

10. Videolegen som institusjonell entreprenør

SYNNØVE JANSEN

HiMolde

KJERSTI HALVORSEN

HVL

CHRISTINA BERG JOHANSEN

HiMolde

SAMMENDRAG Samtidig som fastlegeordningen i Norge har fått tiltakende kapasitetsproblem, har det vokst fram private helsetjenesteaktører som tilbyr allmennelegetjenester på video. I artikkelen ser vi på det heldigitale selskapet KRY, som startet opp i Norge i 2017, og vi studerer fastlegenes reaksjoner på dette selskapets normer og praksiser. For å utforske hva som skjer i det friksjonsfylte møtet mellom KRY og fastlegene, som er de dominerende aktørene på primærhelsetjenestefeltet, bruker vi det analytiske redskapet institusjonelle logikker. Vi studerer KRY som en potensiell institusjonell entreprenør i 2018.

ABSTRACT In Norway, the public sector scheme for general practitioners in primary health care is increasingly under pressure. Concurrently, private general health actors are emerging to offer consultations and other GP services online via video. In this article we study the digital health company KRY, a start-up in Norway in 2017, and the reactions to its interventions from the dominant actors in the center of the primary health care field. KRY is studied as an institutional entrepreneur in its early phase in 2018, and the frictions between KRY and the established actors are studied with an institutional logics lens.

NØKKELORD nettleger | fastleger | institusjonelt entreprenørskap

INNLEDNING

En ny reformagenda har oppstått i den norske velferdsstaten. Digitalisering er et tema på denne reformagendaen. Ambisjonen blant reformaktørene er at stadig mer sofistikerte digitale løsninger skal gjøre velferdsstatens tjenester til borgerne enklere, mer tilgjengelige og brukervennlige. Bærende ideer i slike post-NPM-reformer er at strategisk ledelse i offentlig sektor bør inkludere mer bruk av innovative digitale løsninger, gjerne utviklet gjennom forskjellige former for privat-offentlig samarbeid, og argumentet er at dette skal gi et helt nytt potensial for offentlig verdiskaping (Greve, 2012). Den digitale æra er dermed over oss. Noen av velferdsstatens tjenesteytere kaster seg entusiastisk inn for å bidra i denne utviklingen, mens andre er mer skeptiske. Vi skal i denne artikkelen undersøke hvordan fastlegene, som er sentrale aktører på primærhelsetjenestefeltet, utfordres av digitale endringsprosesser som pågår i den norske velferdsstaten, og hvordan en perifer aktør, det private videolegeselskapet KRY, gjennom sine handlinger og normer søker å intervensere i primærhelsetjenestefeltet, og dermed utfordrer feltets institusjonaliserte verdier og praksiser.

Institusjonelle forandringer har i løpet av de siste 10–15 årene blitt studert ved hjelp av begrepet *the paradox of embedded agency* (Battilana, Leca og Boxenbaum 2009; Hardy og Maguire, 2008, 2017). Begrepet brukes for å undersøke «how organizations or individuals whose beliefs and actions are determined by existing institutions can break with these very same institutions and innovate» (Battilana mfl., 2009, s. 72). Kort fortalt er antakelsen at sentrale aktører på et felt typisk vil være innleiret i vanetenkning og eksisterende praksiser og derfor sjelden oppdager nye muligheter. Mens perifere aktører til gjengjeld kan ha stor innovasjonskraft og har mye å vinne på forandring. Perifere aktører mangler den innflytelsen på feltet som de sentrale og tunge aktørene har, og når det oppstår strid mellom dem om de oppfatningene som understøtter etablerte normer og praksiser, kan dette undersøkes som friksjoner og sammenstøt mellom institusjonelle logikker på et felt.

Innsiktene fra litteraturen om institusjonell forandring har vært at institusjonell entreprenørskap ikke kan lykkes på grunn av dyktige perifere aktørers handlekraft alene. Det må også eksistere visse betingelser på det institusjonelle feltet entreprenøren opererer i, som understøtter mulighetene for endring. I denne studien er det betingelsene for institusjonelt entreprenørskap på primærhelsetjenestefeltet som undersøkes. Men disse betingelsene utforskes ikke isolert, fordi både sentrale og perifere aktører på primærhelsetjenestefeltet berøres av endring som drives fram av strategiske reformaktører i de statlige helsemyndighetene i Norge.

Problemstillingen vi vil belyse, er om og hvordan videolegetjenesten KRY spiller en rolle som institusjonell entreprenør i synlige forandringer på primærhelse-

tjenestefeltet, og hvilke normer og praksiser som er i friksjon og forandring i denne prosessen. Vi har fulgt nettlegeselskapet KRY og norske fastlegers respons på dette selskapet i 2018. Selskapets tjenester ble lansert her i landet året før. En studie av KRY i denne fasen gir oss en mulighet til å se på hvordan institusjonelt entreprenørskap kan drives fram av perifere aktører i en oppstartsfasen. Det er i den tidlige fasen av institusjonelle forandringer vanskelig å identifisere (a) om det er snakk om en endring av institusjonell betydning, og (b) om den perifere aktøren vil lykkes med å trenge lenger inn i det etablerte primærhelsetjenestefeltet på sikt. I 2019 skjedde det en «omvendelse» i legenes yrkesorganisasjoners syn på bruk av video i fastlegeordningen, og i dag er målet for den norske helseministeren at det skal tilbys videokonsultasjoner fra 4000–4500 fastlegekontor i Norge.

SENTRALE OG PERIFERE AKTØRER PÅ PRIMÆRHELSETJENESTEFELTET

Fastlegene er sentrale aktører på primærhelsetjenestefeltet fordi de inngår i en ordning som har en stabil, innarbeidet infrastruktur med et etablert henvisningssystem mellom de forskjellige nivåene i helsetjenesten, hvor også lokale, kommunale ressurser som helsestasjon og hjemmesykepleie er involvert. Fastlegen forvalter også økonomiske goder som sakkyndig for trygdevesenet, tilgang til spesialistvurderinger samt avgjørelser om den enkeltes rett til førerkort og visse yrker og utdanninger (Schei, 2003). Norske fastleger har vært avventende til å benytte e-konsultasjoner i tekst, lyd eller bilde, og de bestemmer selv om de tar videokonsultasjoner i bruk. Blant de 4700 fastlegene i Norge ble det i 2018 anslått å være bare et tjuetall som brukte videokonsultasjoner (Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, 2018, s. 18), mens tekstkonsultasjoner samme år utgjorde kun 1,5 % av det samlede antallet fastlegekonsultasjoner (Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, 2019, s. 17). Fysiske pasientkonsultasjoner er altså måten den norske fastlegens organiserer sitt arbeid på i 2018.

Hensikten med fastlegeordningen som ble opprettet ved lov i 2001, som en avtale mellom den enkelte næringsdrivende lege og kommunen, var å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (Forskrift om fastlegeordningen § 1, Lovdata.no). Verdier som er innbakt i fastlegeordningen, er altså likebehandling, effektivitet, kvalitet og kontinuitet i lege-pasientforholdet. Blant fastleger er det et engasjement mot overforbruk av helsetjenester og mot overdiagnostisering, som man antar kan framkalle sykdomsfrykt hos pasienter og gi velferdsstaten unødvendige utgifter (Schei, 2007; Roksund, Brodersen, Espolin Johnson,

Hjørleifsson, Laudal & Swensen, 2016). I prinsippprogrammet til Norsk forening for allmennmedisin for 2017 til 2023 (Legeforeningen.no) poengteres det også at fastlegens generalistkompetanse og kontinuitet er nødvendig for å unngå overdrevet fokus på risiko og intervensjoner som kan gjøre mer skade enn nytte. Men det nevnes ikke noe om digitalisering i dette langtidsprogrammet.

Siden ordningen ble opprettet, har fastlegene fått stadig flere oppgaver. Årsakene til dette er sammensatte. Med Samhandlingsreformen i 2012 fikk fastlegene i kommunene et større ansvar for å følge opp kronisk syke pasienter. Flere eldre mennesker med én eller flere sykdommer bor hjemme, og de aller fleste av disse følges opp av fastlegen (Sæther & Frøystad Nærø, 2017). I tillegg skaper den nye fraværsordningen i videregående skole og oppfølging av førerkort for et økende antall eldre behov for flere legeerklæringer (Moe, 2018). Nye administrative krav knyttet til personvern og datasikkerhet øker også fastlegenes arbeidsmengde. I dag er fastlegeordningen i krise. Både tverrfaglig og tverrpolitisk synes det å råde enighet om dette (Moe, 2018). Stadig færre nyutdannede leger velger allmennpraksis som spesialitet, og mange som har jobbet som fastleger i noen år, velger det bort til fordel for andre spesialiteter (Mykleset 2019). Lange arbeidsdager, høyt arbeidspress og utfordringer med å kombinere arbeidsliv med familieliv er pekt på som medvirkende årsaker til dette (Nieland, 2008). I flere kommuner er det i dag fastlegemangel, og mange pasienter opplever lang ventetid før de får time hos fastlegen sin (Skogly, 2017). Å yte legetjenester til «rett tid», slik det beskrives i lovforskriften for fastlegeordningen, har altså blitt en utfordring.

Samtidig som fastlegeordningen har fått tiltakende kapasitetsproblem, har det i det norske primærhelsetjenestefeltets periferi vokst fram flere teknologidrevne private helsetjenesteaktører som tilbyr allmennlegetjenester med korte ventetider. EYR, Lommelegen, Dr. Dropin, Hjemmelegene og KRY er noen av aktørene som tilbyr sine tjenester fra en app som kan lastes ned på smarttelefon, nettbrett eller PC. Slik kan venterommet hos fastlegen eller på legevakten erstattes med en hurtig levert legetime på jobben eller hjemme i sofakroken. Etterspørselen etter slike videolegetjenester er stor. Allerede i løpet av sitt første år i Norge leverte selskapet KRY ca. 25 000 videokonsultasjoner (Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, 2018, s. 18). KRY i Norge er i dag en heldigital tjeneste. Det vil si at all kontakt mellom lege og pasient skjer via en digital plattform (Jansen 2019). I Sverige, der bruken av e-legekonsultasjoner er grundigere kartlagt enn i her i landet, viser undersøkelser at majoriteten av nettlegenes kunder er kvinner i urbane strøk, i aldergruppen mellom 19 og 49 år (Socialstyrelsen, 2018). Spesielt har videolegekonsultasjoner vist seg å være populære blant småbarnsforeldre (Conferere, 2018). Videolegetjenester blir også benyttet av norske forsikringsselskap som til-

byr nettlegetjenester fra store aktører som KRY og EYR til sine bedriftskunder og reiseforsikringskunder. Det legges i markedsføringen av tjenestene vekt på at geografiske hindringer bortfaller når legen konsulteres på video (se for eksempel Gjensidige.no, 2019 og If.no, 2019).

Selskapet KRY ble etablert i Sverige i 2014 av fire gründere: Josefin Landgård, Joakim Hedenius, Fredrik Jung-Abbou og Johannes Schildt, hvorav ingen er hel-sepersonell. Virksomheten ble startet opp med utgangspunkt i en ide om å bruke videoteknologi for å gjøre helsetjenester mer tilgjengelig for pasienter. I oppstartfasen må slike private aktører som driver med teknologisk innovasjon, framskaffe store midler fra sponsorer. Investorer forventer avkastning for at deres investeringsvilje skal opprettholdes, og dette gjør det nødvendig for unge nettlegeselskap å vokse raskt. KRY anses i dag som en av de største digitale helsetjenesteaktørene innenfor sitt felt i Europa (Auchard, 2018). Veksten i KRY har skjedd parallelt med at selskapet har blitt en del av det offentlige helsevesenet i flere europeiske land. I Sverige, som mangler en fastlegeordning (Rian Johannessen, 2017, s. 137), ble KRY raskt en del av det skattefinansierte helsevesenet. Etter at KRY ble en del av det offentlige helsevesenet i Sverige i 2016, ved å koble seg til en fysisk klinikk, 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 helsevesenet. I juni 2017 hentet KRY inn 200 millioner kroner i én investeringsrunde. En ny investeringsrunde i juni 2018 brakte nye 550 millioner kroner inn i KRY. Høsten 2018 besluttet KRY å endre sitt internasjonale navn til LIVI. Men tjenesten vil fortsatt hete KRY i de nordiske landene. Samtidig 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 til sammen over 350 000 pasientmøter i Sverige, Norge og Spania (Auchard, 2018). Investeringsviljen i selskapet i Norge er i 2020 fremdeles stor.

ANALYTISK TILNÆRMING

For å utforske om og hvordan den private nettlegetjenesten KRY spiller en rolle som institusjonell entreprenør i synlige forandringer på primærhelsetjenestefeltet, og hvilke normer og praksiser som er i friksjon og forandring i denne prosessen, vil vi kombinere to analytiske tilganger. Den første er et institusjonelt entreprenørskapsperspektiv. Det analytiske grepet vi benytter for å identifisere prosesser i institusjonelt entreprenørskap i denne studien, springer ut av sosiologiske og organisasjonsteoretiske tilganger, som har dannet grunnlaget for institusjonell teori. Institusjonelt entreprenørskap dreier seg her om å skape nye modeller for organi-

sering som avviker fra normer, strukturer og oppfatninger på det feltet aktøren opererer i (Battilana, Leca & Boxenbaum, 2009). Det involverer organiserte aktører som har ressurser til å igangsette forandringer i de institusjonelle rammene de har interesser i, enten ved å skape nye institusjoner eller transformere de eksisterende (DiMaggio, 1988; Hardy & Maguire, 2017; Lawrence & Suddaby, 2006; Maguire, Hardy & Lawrence, 2004). Vi forstår KRY som en potensiell institusjonell entreprenør i den forstand at selskapet i oppstartfasen har mobilisert store ressurser og har bygget allianser til sponsorer og forsikringsselskap for å utvikle en videolegetjeneste som før 2017 ikke har eksistert i Norge. KRYs måte å organisere pasient–legerelasjonen på avviker fra den institusjonelle malen i den norske fastlegeordningen og kan vise seg å bidra til transformasjon av etablerte institusjonelle rammer for sentrale aktører i den norske primærhelsetjenesten.

I periferien av etablerte felt kan det dukke opp aktører som er mindre innleiret i feltet og dets logikker og praksiser, enn de sentrale aktørene er. De samler ideer fra andre institusjonelle felt, er eksponert for andre logikker og er typisk sterkt motivert for å skape forandring (Leca & Naccache 2006, s. 633). Institusjonelle entreprenører er ikke per definisjon heroiske handlekraftige aktører som kan stille seg helt utenfor eksisterende sosiale strukturer og derfra handle fritt og kreativt (Garud, Hardy & Maguire 2007; Meyer, 2008) – de er selv innleiret i forskjellige strukturer som er mer eller mindre «taken-for-granted» (Leca & Naccache, 2006), men som kommer fra andre steder. Ser vi på betingelsene i et gitt institusjonelt felt for hvordan perifere institusjonelle entreprenører kan oppstå og utfolde seg, handler det om feltets konstante dynamikker og usikkerheter. Institusjonelle felt som allerede er i krise, eller som kommer i krise på grunn av bestemte begivenheter, motiverer til forandring og gir plass til institusjonelle entreprenører (Hardy & Maguire, 2017). At fastlegeordningen er i krise, gir KRY en mulighet til å tre inn og tilby allmennlegetjenester under nye normer og med nye praksiser.

Det grunnleggende politiske ved hvordan nye institusjoner blir til og gamle endres, løftes for første gang fram i den institusjonelle teoritradisjonen av DiMaggio, som poengterer at institusjonaliseringsprosesser: «... reflects the relative power of organized interests and the actors who mobilize around them» (DiMaggio, 1988, s. 13). Dette innebærer at institusjonelle forandringer vil være gode for noen organiserte interesser, og dårlige for andre (Khan, Munir & Willmott, 2007), og at den relative makten aktørene har til å mobilisere rundt sine interesser, reflekteres i hvilken form institusjonaliseringsprosessen tar. Om et endringsarbeid lykkes eller ikke, påvirkes av måten institusjonelle entreprenører klarer å koble sitt prosjekt til andre aktørers aktiviteter og interesser på et felt. Prosjektet må formes slik at det «passer inn» på feltet (Garud mfl., 2007). Når institusjonelle entrepre-

nærer interagerer i et større felt, for eksempel i politiske felt eller reformfelt, blir dette også et felt som prosjektet kan «passes inn» i. En ressurs som institusjonelle entreprenører ofte besitter, er at de er dyktige til å skape nettverk og anledninger for kunnskapsutveksling (Albertini & Muzzi, 2016), som aktører med andre ressurser også er interessert i. De har også en evne til å bygge bro mellom forskjellige interessenter og på den måten skape nye relasjoner og dagsordener (Battilana & Dorado, 2010; Battilana et al., 2009; Maguire et al., 2004; Zietsma & Lawrence, 2010).

Aktører som allerede dominerer et felt, kan forventes å forsvare status quo og forsøke å restabilisere etablerte institusjonelle rammer, gjerne ved hjelp av statlige aktører (Fligstein & McAdam, 2011, s. 10). I andre tilfeller kan perifere aktørers mobilisering vedvare, og sakte begynner det å institusjonaliseres nye praksiser og regler (DiMaggio, 1991; McAdam mfl., 2001). Også perifere aktører kan søke statlige allianser. Noen allianser er konstruert på situasjonsbasis og endres etter hvert som samlinger av aktører definerer nye saker og hensyn som viktige. Sjøansen for at transformasjon av eksisterende institusjoner på et felt kan skje, øker når det finnes en aktør med store ressurser på utsiden av feltet (Zietsma & Lawrence, 2010, s. 201–212), som inngår i et nærliggende felt og har kapasitet og motivasjon til å engasjere seg i den institusjonelle entreprenørens prosjekt. I denne studien er det de strategiske reformaktørene i de statlige helsemyndighetene i Norge som er den interessante aktøren med ressurser på utsiden av primærhelsetjenestefeltet som har kapasitet til å gjøre beslutninger som berører både sentrale og perifere aktørers interesser på primærhelsetjenestefeltet. At reformagendaen for strategisk ledelse i offentlig sektor inkluderer mer bruk av innovative digitale løsninger og oppfordrer til forskjellige former for privat–offentlige samarbeid (Greve, 2012, s. 41), åpner muligheter for KRYs institusjonelle entreprenørskap ved å bygge relasjoner og nettverk med de norske helsemyndighetene.

For å studere meningsdanning og forhandlinger om normer og oppfatninger, som kan forventes i institusjonelle forandringsprosesser, supplerer vi institusjonelt entreprenørskapsperspektivet med perspektivet institusjonelle logikker. Dette gjøres for å få et grep om hvordan forskjellige normer møtes, kolliderer og påvirker hverandre når den institusjonelle entreprenøren KRY begynner å intervensere og «skubbe til» sentrale aktører i det etablerte primærhelsetjenestefeltet. Antakelsen i perspektivet institusjonelle logikker er at forandring skapes i friksjonen mellom forskjellige institusjonelle meningsordener, normer og praksiser (Berg Johansen & Boch Waldorff, 2017). En institusjonell logikk omfatter antakelser, verdier og oppfatninger som gir mening til handling både på individ- og organisasjonsnivå (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012). De angår også overorganisatoriske

meningsmønster (Friedland & Alford, 1991). Vi skal i denne studien bruke dette perspektivet for å utforske hva friksjonen mellom fastlegene og videolegene dreier seg om, ved å empirisk identifisere meningsmønster de sentrale aktørene på primærhelsetjeneste feltet bygger på, og hvilke praksiser og normer KRY utfordrer med.

I de senere årene har det vokst fram en interesse for mer komplekse sammensetninger av institusjonelle logikker, og utgangspunktet er at alle organisasjoner, på alle institusjonelle felt, i økende grad befinner seg i et kontinuerlig, dynamisk samspill og friksjon mellom mange logikker (Greenwood et al., 2011). Flere studier argumenterer for at det tjener entreprenører å omfavne konkurrerende logikker (Almandoz, 2012; Pache & Santos, 2013), og at nye logikker adopteres av de organisasjonene som aspirerer til nye og bedre framtidsutsikter (Kodeih & Greenwood, 2014). Sammensetningen av praksiser og normer i nye former undersøkes også i studier av «hybrider» mellom logikker. Hybrider representerer sammenslåingen av to logikker til en ny organisatorisk form (Berg Johansen & Boch Waldorff, 2017, s. 55). En institusjonell entreprenør kan hybridisere sine praksiser og normer for å skape endring og tiltrekke seg samarbeidspartnere. Hybridisering av praksiser og logikker kan utvikles ved at organisasjonen, i sin utadrettede kommunikasjon, velger å fokusere på enkelte element i de konkurrerende logikkene som har legitimitet blant viktige aktører i omgivelsene (Battilana & Dorado, 2010). Institusjonelle entreprenører på et felt kan altså hybridisere sine normer og praksiser på høyst strategisk vis. Strategiske manøvrer hører også med til handlingsrepertoaret for sentrale aktører, som kan mobilisere sine institusjonaliserte, organiserte interesser for å forhindre, utsette, nedskalere eller endre retning på institusjonelle forandringer på et felt.

METODE

Empirisk bygger denne studien på intervju med tre fastleger og fire ansatte i KRY, kombinert med en tekstanalyse av innlegg fra fastleger og videoleger fra KRY helsetjenesteselskap i en debatt som pågikk mellom dem i Dagens Medisin, Tv2.no og vi.no i 2018. Åtte tekster er hentet fra Dagens Medisin, som er en uavhengig nyhetsavis for helsevesenet, en artikkel er fra vi.no, som er en uavhengig redaksjon for formidling av forbrukerstoff i Scandinavia Online AS, samt en artikkel som tar for seg en fjernsynsdebatt mellom Legeforeningen og KRY i TV 2 høsten 2018. Fastleger og Norsk forening for allmennmedisin står for fem av innleggene, KRY for tre, og artiklene er publisert på vi.no og tv2.no, som er nøytral i debatten. Intervjuene med fastleger og ansatt i KRY varte i ca. 30 minutter. Fem

av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt ved at respondentene ble oppsøkt på deres arbeidssted, og to av intervjuene ble tatt over FaceTime og Google Hangout. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og deretter ble lydfilene transkribert ordrett til tekstfiler. En av representantene for det etablerte feltet er kommunelege og ansvarlig for alle fastlegene i kommunen, mens to av respondentene fra det etablerte primerhelsetjenestefeltet er praktiserende leger som opplever hverdagen med pasienter. De sistnevnte baserer sine uttalelser på personlige erfaringer og ikke på grunnlag av politisk konflikt. Legene som representerer fastlegeordningen, omtales som Fastlege 1, Fastlege 2 og Fastlege 3. Blant de fire respondentene fra KRY er to leger med spesialitet i allmennmedisin, en er jurist og en er sivilingeniør. Tre av disse har lederstillinger, mens en av dem er praktiserende videolege. Respondentene fra KRY blir gitt titlene Videolege, Legeleder, Juristleder og Ingeniørleder. Vi har også hatt et oppfølgingsintervju med Legeleder i 2020, mens sekundærkilder fra nettstedet Conferere for fastleger (Conferere.com) er benyttet for å finne informasjon om hvordan lederen i Norsk forening for allmennmedisin stiller seg til bruk av videokonsultasjoner i 2019. Andre sekundærkilder som er brukt, er rapporter fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse i 2018 og 2019 samt en rapport fra konsultentselskapet Accenture fra 2018. I analysen tar vi først for oss det empiriske materialet fra fastleger, deretter følger en analyse av intervjumaterialet fra leger og ledere i KRY samt debattinnlegg fra representanter for selskapet i Dagens Medisin.

FASTLEGENES FRIKSJONSFYLTE MØTE MED KRY

Året etter at KRY lanserte sine tjenester i Norge, startet en skarp debatt i Dagens Medisin om de nye nettlegetjenestene. Før 2018 hadde det ikke vært noen offentlig diskusjon om digitalisering av allmennlegetjenester her i landet. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse skriver i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet samme år at: «(...) bruk og nytteverdi ved disse (digitale) konsultasjonsformene har i begrenset grad vært kjent for fastlegene» (2018, s. 18). Blant fastleger og i Norsk forening for allmennmedisin var mobiliseringen av motstand mot de nye videolegeselskapene markant, og den offentlige debatten mellom KRY og representanter for fastlegeordningen løftet fram spørsmål som: Skal listen for å søke helsehjelp senkes eller heves, skal det være kontinuitet i lege-pasientrelasjonen eller rekker det med «engangsleger», er det nødvendig med fysiske legekonsultasjoner for å sikre faglig forsvarlige tjenester, og fører framvekst av private nettlegeselskap til ulikebehandling i helsevesenet? I analysen av det empiriske materialet fra fastlegene har vi identifisert fire institusjonelle logikker som ser ut

til å disponere for meningsproduksjon i deres møte med de ekspanderende nettlegeselskapene i Norge i 2018. Gjennom disse logikkene som organiserer meningsmønster for fastlegene, som er de sentrale aktørene på primærhelsetjenestefeltet, adresser de sin formelle kontrakt med staten, men også uformelle «tatt for gittantakelser» om forholdet mellom marked og velferdsstat ble brakt til overflaten i fastlegenes friksjonsfylte møte de nye videolegetjenestene.

PORTVOKTERLOGIKKEN

Å være portvokter for velferdsstatens ressurser løftes frem som en av legens viktigste oppgaver, både i intervjuene med fastleger og i debattinnlegg fra fastleger i Dagens Medisin. Fastlege 1 forklarer at: «Fastlegene har en rolle der de forvalter goder eller legger premisene for goder fra velferdssamfunnet; sykepenger, uførestønad, henvisning til spesialisthelsetjenesten, resepter (...) førerkortattester (...) blåresept.» Han mener dette er en rolle leger bør være seg bevisst, slik at velferdsstatens goder blir forsvarlig forvaltet. Fastlege 2 understreker at de nye nettlegetjenestene ikke ivaretar portvokterfunksjonen, og forklarer dette slik: «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.» Han mener at det er en offentlig leges oppgave å ivareta portvokterfunksjonen, og at dersom man i helsevesenet skal benytte videokonsultasjoner, så bør dette skje i regi av fastlegeordningen. Han begrunner dette slik: «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.»

For flere av fastlegene er motsatsen til portvokterlogikken, «business». I et debattinnlegg fra fastlege Lina Linnestad i Dagens Medisin (27.02.2018) argumenteres det for at hensyn til inntjening og vekst kan gi nettlegene tvilsomme motiver: «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.» Fastlege 1 poengterer at det er nødvendig å kunne bruke nok *tid* på pasienten for å være en god portvokter, og sier at: «(...) 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 han løfter fram, er at legen må bruke tid på å si nei til en helseattest for et førerkort. Dette er saker fastlegene må ha kapasitet til å gjøre, og det finnes i varierende grad i dag, mener han. Fastlege 1 tilføyer at: «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.» Men han tror ikke at bruk av videoteknologi i seg selv er avgjørende for om portvokterrollen skjottes godt eller dårlig: «(...) 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 om en gjør det på video eller ikke (...)» Hvordan den enkelte lege forvalter sitt ansvar overfor velferdsstaten, og hvilke ressurser de norske helsemyndighetene setter inn fastlegeordningen, er altså det som ifølge Fastlege 1 sikrer en forsvarlig ivaretagelse av portvokterrollen.

KVALITETSLOGIKKEN

Kvalitet er en verdi som eksplisitt er uttrykt i Formål for fastlegeordningen § 1 (Lovdata.no). I mediedebatten som pågikk i 2018, befester sentrale aktører på feltet sin oppslutning om denne verdien, ved å fremholde at fastlegeordningen er kunnskapsbasert. Nettlegetjenester, som i dag er nye og lite utforsket, inkluderes ikke som en kunnskapsbasert måte å praktisere allmennlegetjenester på. Ifølge Mjølstad, Prytz, Pahle og Brelin (Dagens Medisin, 31.10.2018) er motsatsen til sikker kunnskap «urealistisk synsing» om hva som kommer til å skje i framtidens helsevesen. De advarer spesielt mot framskrivninger fra konsulentbyrået Accenture, som ser til tall fra World Economic Forum og anslår at 40 % av dagens fysiske legekonsultasjoner kan gjøres digitalt innen 2025. De fire fastlegene begrunner sin bekymring for slike prognoser med at de: «(...) etablerer sannheter som gjør at beslutninger om digitalisering fattes på feil grunnlag». Videre konstaterer de at det lille som finnes av forskningsbasert kunnskap om netttjenestene, indikerer problemer med diagnostikk: «Fra flere steder rapporteres det også om urovekkende episoder der fastlegen må rydde opp i ettertid.» Videre forklarer de at: «Den norske fastlegeordningen bygger på mye forskning som bekrefter helsegevinst av kontinuitet i lege-pasientforholdet, det bærende prinsippet for en god primærhelsetjeneste.» Petter Brelin, som er fastlege og leder i Norsk forening for allmenntmedisin, skriver i vi.no (07.11.2018) 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.» Fysisk legekonsultasjon og kontinuitet i lege-pasientforholdet anses altså her som nødvendige betingelser for kvalitet.

KONTINUITETSLOGIKKEN

Kontinuitetslogikken står sterkt blant de sentrale aktørene på primærhelsetjenestefeltet. I et innlegg i Dagens Medisin (20.11.2018) forklarer fastlege og leder for Norsk forening for allmennmedisin, Petter Brelin, at legen må kunne følge opp pasienten over tid, få kjennskap til tidligere sykdom, medisinbruk og reaksjoner på medisiner, og han skriver at: «På det grunnlaget skal diagnoser eller henvisninger være velinformerte.» At kunnskap som opparbeides om den individuelle pasient, over tid, er avgjørende, understreker også Fastlege 2, som sier at: «Fastlegen eller legevakten er det første møte med helsetjenesten. Det å etablere kontinuitet er helt avgjørende.» Det som skiller en fastlege fra en lege i KRY, er ifølge Fastlege 1 først og fremst kontinuiteten: «Det at legen kjenner pasienten fra før, med alt det medfører. Kjennskap til omgivelser, ikke minst tidligere sykehistorie, (...) også komparentopplysninger.» Videre forklarer han at vurderinger fastlegen gjør, er basert på mer enn det pasienten sier: «(...) ikke bare i det som blir sagt. Men også i det man kjenner pasienten fra før og det som ikke blir sagt.» Fastlege 2 støtter dette og sier: «Som en gammel fastlege og allmennlege så er jeg veldig skeptisk til at det [bruk av videokonsultasjoner] er en god ordning, hvis det ikke skjer i regi av fastlegeordningen.» Den samme begrunnelsen bruker leder i Rådet for legeetikk, Svein Aarseth, i sitt innlegg i TV2.no (29.19.2018), der han sier at: «Det er stor forskjell på å møte en pasient for første gang digitalt og å følge opp en pasient som man allerede kjenner godt». Han har forståelse for at pasienter ved enkelte tilfeller kan ønske seg enkle løsninger og da henvender seg til nettlegeselskap, men han mener å se at: «(...) kvaliteten som ligger i at en fastlege kjenner deg og har fulgt deg over tid, forsvinner». Ifølge Aarseth er problemet med de nye digitale tjenestetilbyderne at leger som treffer pasienter for første gang på video lett kan overse ting som fastlegen ut ifra sin kjennskap til pasienten ville ha reagert på, og han legger til at: «Det er ofte også nødvendig med fysiske undersøkelser, blodprøver og andre analyser, som man ikke kan gjøre ved hjelp av en app». Men på enkelte områder åpner imidlertid Fastlege 1 for at videokonsultasjoner kan ha sin plass: «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.» Dersom digitale legekonsultasjoner skal brukes, anbefaler fastlegene i denne studien altså at det skjer i regi av allerede etablerte offentlig ordninger.

LIKEBEHANDLINGSLOGIKKEN

Likebehandling er også en tydelig uttrykt norm hos fastlegene. Flere fastleger er bekymret for at framveksten av nettlegeselskap skal skape et todelt helsevesen, der unge, velstående og ellers friske pasienter i urbane strøk gis mer helsehjelp enn resten av befolkningen. Fastlege 1 utdyper 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 understreker at dette er det myndighetens ansvar å gjøre noe med, ved å styrke ressursoverføringen til fastlegeordningen. Ifølge Fastlege 1 er det slik at: «Hadde man hatt veldig god tilgjengelighet, så hadde det ikke vært et marked der». Videre sier han: «Jeg ønsker jo at fastlegetjenesten skal være edderkoppen i helsevesenet og sånn sett gjør tilleggstjenester for de som har råd til å betale for det, overflødig». Sentralt for denne fastlegen er at ordningen han representerer er «edderkoppen», altså den som spinner trådene til nettet som består av alle de andre instansene i helsevesenet. Likebehandling står sentralt for flere representanter for fastlegeordningen og Lina Linnestad uttrykker i sitt innlegg i Dagens Medisin (27.02.2018) bekymring for at dette idealet er på vikende front: «Prinsippet om like rettigheter til helsehjelp har tidligere virket å stå grunnstøtt. Vinden har snudd. Nå gjelder markedskreftene i økende grad». Hun er kritisk til at tilbud og etterspørsel skal regulere fordeling av helsetjenester og skriver videre: «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». Her ser vi at også det å utjevne sentrum–periferi-forskjeller i tilgang på helsetjenester inkluderes i fastlegens likebehandlingslogikk.

Inga Marthe Grønseth, som også er fastlege, mener å se at evnen til å tufte viktige avgjørelser på gjennomtenkte vurderinger om digitale legetjenester er på vei inn i helsevesenet, og hun poengterer i sitt innlegg i Dagens Medisin, samme dag (27.02.2018), at økt bruk av nettleger kan øke forskjeller mellom folk og at de nye digitale tjenestene er for de friskeste pasientene. Slike tjenester vil ifølge henne kun ha en avlastende funksjon dersom man tror at behovet for helsetjenester «kan mettes», og «at tilbud ikke gir etterspørsel». Hun forklarer at det finnes en «inversee care law» som fungerer slik at «de som trenger helsetjenester mest, er dem som får minst». I motsetning til Fastlege 1, som tror at markedet kan mettes hvis man kanalisere mer ressurser inn i fastlegeordningen, ser denne fastlegen det slik at nye helsetjenestetilbud vil generere ny etterspørsel, men fra de friskeste pasientene. Inga Marthe Grønseth (27.02.2018) poengterer videre at nettlegesel-

skap «(...) har alt å vinne økonomisk på at helsevesenet går hodeløst ukritisk inn i den digitale tidsalderen», og hun understreker at: «Helsedigitaliseringen krever ansvarlige aktører». Ansvarlige aktører er for denne fastlegen aktører som motvirker at flere helsetjenester gis til de friskeste og hun legger til at: «Det er fortsatt noen svarte svaner der ute i den digitale dammen som ikke deler disse idealene. En slik aktør er rådgivningstjenesten KRY». For fastlegene i denne studien blir altså nettlegetjenester i privat regi ansett som en trussel for likebehandling av pasienter.

Fra intervjumaterialet framgår det at det også finnes en bekymring for en annen type ulikebehandling, som ikke angår pasienter, men leger. Fastlege 3 beskriver på denne måten en fryktet 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 Fastlege 3 at en todeling av helsevesenet i framtiden kan komme til å ramme fastlegene, fordi legene som arbeider for de nye digitale selskapene vil få de letteste og (for mange) mest attraktive pasientene, som genererer mest penger per konsultasjon, mens fastlegene vil sitte igjen med de pasientene som genererer minst inntekt per konsultasjon.

Oppsummert var det i den offentlige debatten som pågikk i Dagens Medisin, Tv2.no og vi.no i 2018, lite som tydet på at fastlegenes normer og praksiser var under forandring. Tvert om fikk de sentrale aktørene på det institusjonaliserte primærhelsetjenestefeltet befestet sin posisjon ved å distansere seg fra de nye digitale helsetjenestenes modeller for organisering av legetjenester som avviker fra normer, strukturer og oppfatninger på det feltet fastlegene opererer i. Fastlegenes meningsmønster kretser rundt motsetninger mellom marked og velferdsstat, og oppfatningen er at den enkelte fastlege tar et profesjonelt ansvar for å ivareta både

velferdsstatens og pasientens behov. I intervjuene med fastlegene er det imidlertid noe mer bevegelse å spore med hensyn til mulig bruk av videokonsultasjoner, gitt at det skjer i regi av fastlegeordningen eller legevakten.

HYBRIDE PRAKSISER OG NORMER UTVIKLES I KRY

I KRY finnes en annen forståelse av hva en privat endringsaktør kan bidra med til velferdsstaten og til den enkelte pasient. Med en fastlegeordning som har kapasitetsproblem, ligger det åpne muligheter til å vokse seg stor, og utfolde seg på et større område ved å tilby enkle, tilgjengelige og brukervennlige videolegetjenester. Friksjonen som oppstod i møtet med fastleger og legenes profesjonelle yrkesorganisasjoner, resulterte i at selskapets strategiske ledelse raskt søkte etter nye samarbeidspartnere som KRYs endringsprosjekt kunne passe bedre inn i. I selskapets jakt etter nye muligheter og bedre framtidsutsikter (Kodeih & Greenwood, 2014) skjer en omfavning av konkurrerende logikker (Almandoz, 2012). Parallelt med at selskapet søker å spre sine tjenester til flere pasienter og flere medisinske områder, søker KRY også vekst ved å «passe inn» sitt endringsprosjekt til reformagendaen hos strategiske reformaktører i de norske helsemyndighetene. I analysen av det empiriske materialet ser vi spor av en vekstlogikk i KRY som inkluderer hybride praksiser og normer. Denne hybride vekstlogikken adresserer hvordan selskapet ser på potensialet i sitt eget endringsarbeid, og hvordan leger og ledere i KRY oppfatter samarbeidet med offentlige helsemyndigheter i Norge. Den ene versjonen av vekstlogikken er markedsorientert, mens de nye praksisene og normene som utvikler seg i selskapet, er orientert mot brobygging til offentlige helsemyndigheter. Sistnevnte praksiser og normer har element som harmonerer med post-NPM-ideal for strategisk ledelse av reformarbeid i offentlig sektor de to første tiårene på 2000-tallet, som lover et helt nytt potensial for offentlig verdiskaping ved å ta i bruk innovative digitale løsninger utviklet gjennom privat-offentlige samarbeid (Greve, 2012).

MARKEDSVERSJONEN AV VEKSTLOGIKKEN

Markedsvekst er avgjørende for leger og ledere i KRY. «Kortsiktig mål er jo å være den fremste leverandøren av digitale helsetjenester til så mange pasienter som overhodet mulig», forklarer Juristleder. Ingeniørleder støtter dette og sier: «Gi sykehjelp til flere pasienter, å vokse». Mens Lege-leder understreker at veksten i selskapet skal skje «takket være vår kompetanse og hvordan vi bedriver helsehjelpen». Samtlige ledere poengterer at det også er et mål for KRY å vokse «i

bredden», ved at en stadig søker mot å utvide det medisinske spekteret av tilstander videoleger kan arbeide med. Videolegen mener at målet er å «håndtere størsteparten, eller kanskje alt av det en primærhelsetjeneste kan håndtere», og han forklarer videre, «(...) 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». Han viser til at KRY nylig har introdusert psykologer og at det kjøres piloter for astmatikere og pasienter med hjertesvikt.

Høsten 2018 initierte KRYs markedsføringsekspert i Sverige en reklamekampanje der norske «influensers», eller bloggere, ble brukt for å gjøre selskapets tjenester mer kjent her i landet. Som aktører på et marked konkurrerer KRY med fastleger og andre offentlige legetjenester, og dette gikk tydelig fram av reklamen. Reklamen skapte sterke reaksjoner i Legeforeningen, som mente at markedsføringen stred mot foreningens etiske regler, og potensielt også med loven (Bu & Fossum, 2018). Svein Aarseth, leder for Rådet for legeetikk, uttalte i en debatt på TV 2 Nyhetskanalen (29.10.2018) følgende om KRYs markedsføringskampanje: «Bloggere og influensere som reklamerer for legetjenesten, snakker ned andre leger og bygger opp under sykdomsangst. Dette bryter med legeforeningens etiske regler og potensielt også med loven.»

KRY var i denne perioden en ny aktør i Norge, selskapet var en «start-up» i rask vekst, og kommunikasjonsstrategiske normer på feltet var ikke etablert. I KRY resulterte kampanjen i at tjenesten ble mer kjent, men samtidig førte Legeforeningens kritikk til at selskapet straks gikk bort ifra den typen markedsføring i Norge. Legeleder i KRY forklarer at: «(...) tidligere ble det kjørt ut en del reklame, markedsføring som gjorde at fagmiljøer reagerte. Delvis forståelig, fordi at det ga en kultur-krasj med faggruppene.» Han tror reklamen ikke var godt nok tilpasset norske forhold, og sier at: «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 (...)» Videolegen støtter dette og sier at: «(...) man skal være veldig forsiktig med slike utspill (...)» Han forklarer at: «Den beste reklamen for KRY er at fornøyde pasienter forteller videre om gode erfaringer. Så kan man ta ut noen eksempler av de tilbakemeldingene vi får, og legge det ut i en reklame som viser dette.» I dag markedsføres KRYs tjenester blant annet på Facebook og Instagram, men mer offensive markedsføringskampanjer har selskapet gått bort fra i Norge. Videolegens og Legelederens doble identifikasjon med selskapet og med profesjonen de begge tilhører, går fram av deres kommentarer til reklamepraksiser som selskapet i Norge nå har forlatt. For være en attraktiv arbeidsplass for gode leger

justerte KRY sin kommunikasjonsstrategi. Vekstlogikken i selskapet ble beholdt, men i en ny versjon, der den kombineres med flere andre institusjonelle logikker som har høy grad av legitimitet blant viktige interessenter i omgivelsene.

VEKST INNRETTET MOT PRIVAT–OFFENTLIG SAMARBEID

Brobygging innrettet mot privat–offentlig samarbeid er den andre komponenten i KRYs hybride praksiser og normer. Denne versjonen av vekstlogikken gir retning til det selskapet aktivt gjør for å nå sitt langsiktige mål, som i 2018 var å bli en del av det offentlige helsevesenet i Norge. Møter med myndigheter på sentralt og lokalt nivå, i tillegg til utadrettet kommunikasjon i mediene og på offentlige arrangement, er måten KRY utfører dette brobyggingsarbeidet på. Både leger og ledere i KRY beskriver relasjonen til de norske helsemyndighetene som harmonisk, men Legeleder erkjenner at den offentlige reformagendaen i dag «(...) er veldig sentrert rundt fastlegeordning, kommunal legevakt og sykehusvesen». Samtidig mener han å se at KRY, gjennom hyppig kontakt med myndighetene, har styrket sin legitimitet. Han forklarer det slik: «Jeg tror vi har opparbeidet oss mye tillit. Vi har nok en ‘høy standing’ i direktoratene, (...) i Stortinget (...) og (...) ‘partiuavhengige.’ Han utdyper dette slik: «Vi har vært to ganger i Helsedepartementet, (...) vi har flere ganger blitt invitert til Helsedirektoratet og E-helsedirektoratet, vi sitter i en ressursgruppe nå for fremtidige helsetjenester, medisinsk avstandsoppfølging.» Juristleder legger til at KRY også har deltatt i debatter på TV og på Arendalsuka i 2018. Hun understreker at god kommunikasjon med omgivelsene er avgjørende for å gjøre det KRY driver med, kjent: «(...) 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 (...) det er uvitenhetsdelen.» Kommunikasjon utad for å gjøre tjenestene kjent er altså avgjørende. Juristleder forklarer at det trengs en bro mellom de sentrale aktørene på feltet og digitale tilbydere: «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.»

DIGITALISERINGSPRAKSISER OG NORMER

Digitalisering er et satsingsområde for reformer i offentlig sektor, samtidig er det KRYs ekspertiseområde å utvikle og benytte digitale redskaper. Legeleder i KRY poengterer at digitalisering i selskapet «ikke er det samme som bruk av bestemte IT verktøy», det noe mer og noe annet. Ingeniørleder løfter fram betydningen av å «tracke data» og «dele data». Hun forklarer at legenes arbeidsprosesser følges

digitalt, både for å sikre kvaliteten i tjenestene selskapet leverer, og for å kontrollere legenes tidsbruk. Ingeniørleder sier at: «Digitalisering bidrar faktisk til økt kvalitetskontroll nettopp fordi den tekniske plattformen gir oss bedre muligheter til å ha oversikt over hvordan helsepersonellet arbeider.» Hun utdyper dette og sier 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.» Juristleder forklarer at digitalisering også innebærer å: «(...) 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». Hun forklarer at digitalisering åpner for å bruke de samlede legeressursene i landet på en bedre måte, og eksemplifiserer dette slik: «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.» At geografiske kommunikasjonsbarrierer bortfaller ved bruk av videokonsultasjoner, kobles her til et potensial for mer effektiv legeressursutnyttelse i Norge.

Ressurseffektiviteten i digitale legetjenester løftes også fram av tidligere fastlege, nå leder i KRY, Thorleif Jansen, som i sitt innlegg i Dagens Medisin (07.04.2018) viser til beregninger McKinsey har gjort, som antyder at nærmere 40 % av alle fysiske legebesøk kan skje digitalt. Han forklarer at: «Accenture har anslått en samfunnsverdi på over 23 milliarder kroner dersom 40 prosent av de fysiske legekonsultasjoner erstattes med video innen 2025.» Slik kobles KRYs og andre nettlegeselskaps vekst til velferdsstatens helt nye muligheter for offentlig verdiskaping.

Videolegenes raske tilgjengelighet regnes i KRY som en avgjørende kvalitetsindikator, og denne kvaliteten sikres organisatorisk av selskapets digitale plattform. Ingeniørleder mener at informasjonen legen har om pasienten, er vel så viktig som hvilken lege man snakker med, og hun sier at: «(...) kontinuiteten handler om informasjonen om pasientene, og det ser man ofte i journaler og i journalopplysninger.» Juristleder poengterer at KRY gjør det selskapet kan for å holde fastleger informert, og hun sier at: «(...) jeg (...) jobber for at vi får enda mer og nærmere integrasjon med fastlegene og de praktiske systemene.» Slik hun ser det, er integrasjonen med det offentlige helsevesenet i gang, men det går langsommere i Norge enn andre land som UK, Frankrike og Sverige, fordi det i dag finnes norske lover og reguleringer som hindrer en rask integrasjon med nye digitale leverandører av helsetjenester.

INNOVASJONSPRAKSISER OG NORMER

Forventningene til teknologiske innovasjoners betydning for framtidens helsevesen kommer klart til uttrykk i Lege-leders visjon for selskapet. Han ser for seg at vi i dag står «helt i startgropen» for en digital utvikling som raskt kommer til å skyte fart, og at selskapet i løpet av fem år «vil ha skapt en effektiv og sømløs pasientreise for veldig mange problemstillinger, også for kroniske problemstillinger (...)». Her løfter han fram at KRY ikke utelukkende retter seg inn mot det fastlegene kalte «low hanging fruit», altså pasienter med tilstander som er lette å kurere. For kroniske lidelser antar han også at det kommer til å bli vanlig med hjemmetjester og «devices» av forskjellige slag. Slik han ser det, vil framtidens teknologiske innovasjoner ta bort flere oppgaver som utføres på legekontor i dag: «Automatiserende teknologi, (...) inklusiv AI, kunstig intelligens kan ha tatt bort en del oppgaver i både diagnostisering og oppfølging». At noe av legenes arbeid, også med kroniske pasienter, med tiden vil bli overtatt av automatisert teknologi, oppfatter han som en naturlig utvikling.

Ingeniørleder forklarer at KRY lett og raskt kan drive med innovasjon på grunn av den digitale plattformen selskapet 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 å gjøre på et fastlegekontor, hvor man ikke har alt integrert. Juristleder i KRY poengterer at private aktører både kan og må drive innovasjon, for at de skal framstå som attraktive i samarbeid med offentlige instanser. Hun sier: «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.» Slik Juristleder ser det, er denne arbeidsdelingen mellom innovative private foretak og offentlige myndigheter rimelig, fordi «(...) 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.» Her kommenteres forskjellene mellom hensyn som skal tas i private foretak, og hensyn som skal tas av helsemyndighetene, på en diplomatisk måte.

EVALUERINGS- OG BRUKERINVOLVERINGSPRAKSISER OG NORMER

Å sette pasienten i sentrum og å gjøre helsetjenestene mer brukerorienterte er helsepolitiske mål i Norge. I KRY poengterer både leger og ledere at hele tjenesten er bygget opp om dette. Ingeniørleder forklarer at for KRY er evaluering, måling og oppfølging av legene på basis av pasienters tilbakemeldinger en selvfølge, og hun forklarer: «så vi kan sikre oss at vi leverer topp kvalitet (...) Vi ser hver dag

på alle pasienter vi har, vi ber dem å vurdere oss på 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.» Videre understreker hun at evalueringer fra brukerne av KRYs tjenester forplikter: «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?» Å sette pasienten i sentrum innebærer altså i KRY å ta pasientevalueringer på alvor.

Legeleder kobler KRYs policy med å sette pasientevalueringer i sentrum til myndighetenes planer for utviklingen av framtidens helsetjenester. Målet om Én innbygger – én journal, som ble satt av regjeringen i 2012 (red. anm. Meld. St. 9 2012–2013), skal, når denne ordningen blir realisert, gi innbyggerne tilgang til sin egen journal digitalt. Ifølge Legeleder vil reformen Én innbygger – én journal gi pasienten mer innflytelse, og han sier at: «Myndighetene har jo sagt at pasientene skal settes mer i sentrum og gjøres mer ansvarlig for egen helse.» Juristleder, som også følger våkent med på myndighetenes styringssignaler, tror at innføringen av Én innbygger – én journal vil få pasientene til: «(...) å ta eierskap til sine egne journalhandlinger». Ingeniørleder mener å se at trenden går mot at pasienten får mer selvbestemmelse, og hun forklarer 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.» Med dette mener hun at pasienten også kan velge å ta med seg journalen sin til et nettlegeselskap.

Oppsummert finner vi en vekstlogikk i KRY som inkluderer hybride praksiser og normer. I KRY lever disse side om side. Hybridiseringen oppstod da en markedsføringskampanje som gjorde selskapet mer kjent, samtidig skadet dets omdømme i mediene og i legeprofesjonens yrkesorganisasjoner. Etter dette skiftet KRY kommunikasjonsstrategi og la mer vekt på vekst gjennom samarbeid med offentlige helsemyndigheter. I dette samarbeidet kobles KRYs vekst til velferdsstatens nye digitale muligheter for å få mer helsetjenester for hver krone. Meningsmønsteret hos leger og ledere i KRY kretser rundt potensialet som ligger i digital innovasjon, og at det praktiseres offentlige styringsideal i selskapet.

HVA STÅR PÅ SPILL I STRIDEN MELLOM KRY OG FASTLEGENE?

Institusjonelt entreprenørskap dreier seg om å skape nye modeller for organisering som avviker fra normer, strukturer og oppfatninger på det feltet aktøren opererer i (Battilana et al., 2009). De institusjonelle dynamikkene som genererer friksjon

når den institusjonelle entreprenøren KRY intervenerer fra periferien i primærhelsetjenestefeltet med en ny måte å organisere legetjenester på, er mange. KRYs digitaliseringspraksiser og normer skiller seg markant fra fastlegenes. For fastlegene er digitale verktøy for avstandskonsultasjon noe sekundært, som i 2018 ble oppfattet som noe som eventuelt i framtiden kan benyttes for å følge opp pasienter som legen allerede har gjort fysiske undersøkelser av, eller i legevakten der kontinuitet i pasient–lege-relasjonen likevel ikke er til stede. Mens fastlegene ser på digital konsultasjon som et eksternt fenomen, eller et ekstra verktøy, er utvikling og bruk av digitale redskaper det organisatoriske DNA-et hos nettlegeselskapet KRY. Leger og ledere i KRY anbefaler en ny organisasjonsmodell for primærhelsetjenesten, der en digital plattform er sentralen som alle henvendelser skal kanaliseres gjennom, før pasienten eventuelt sendes videre til en fysisk legekonsultasjon. I kontrast til fastlegene som i 2018 i liten grad bruker e-konsultasjoner i sin pasientkontakt, har leger og ledere i KRY opparbeidet ekspertise på hvordan videokonsultasjoner kan benyttes, og hvordan digitale plattformer for avstandskonsultasjon bygges opp. KRYs digitale ekspertise gir også et annet syn på hva kvalitet og kontinuitet i legetjenester er, enn den vi finner hos de sentrale aktørene på primærhelsetjenestefeltet. Hos fastlegene er det den fysiske konsultasjonen og kontinuiteten i den individuelle lege–pasient-relasjonen som skal gi legen et grunnlag for å gjøre gode medisinske vurderinger. I KRY er det den interne og kontinuerlige ledelseskontrollen som skal sikre legetjenestenes kvalitet og kontinuitet. Både Legeleder og Videolegen understreker samtidig at det legges stor vekt på å sikre den medisinske kvalitet i legetjenestene som leveres. Å gi pasientene lett tilgjengelige, brukervennlige og raskt leverte legetjenester er også viktige kvalitetsindikatorer. Og pasientevalueringer av legens tjenester brukes i det kontinuerlige arbeidet for kvalitetsforbedring av tjenesten.

KRY er altså mindre innleiret i primærhelsetjenestefeltet og dets etablerte logikker og praksiser, enn det fastlegene er. Som Leca og Naccace (2006) har observert hos andre institusjonelle entreprenører, samler KRY som en perifer aktør ideer fra andre institusjonelle felt for å drive fram forandring. I selskapet er det å skape nettverk og samarbeidsrelasjoner for kunnskapsutvikling viktig, og dette er de norske helsemyndighetene interessert i for å opparbeide seg den ekspertisen som trengs for å gjennomføre strategisk, digitalt reformarbeid på primærhelsetjenestefeltet. I tråd med Battilana og Dorado (2010), Maguire mfl. (2004) og Zietsma & Lawrence (2010) sine beskrivelser av den institusjonelle entreprenøren har KRY på den måten en evne til å bygge bro mellom forskjellige interessenter, skape nye relasjoner og søke innflytelse på helsemyndighetens dagsordener. Gjennom brobyggingnormer og praksiser styrker KRY sitt

omdømme og sine allianser i Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Som Battilana og Dorado (2010) forklarer, kan legitimitet i hybride organisasjoner oppnås ved at man bevisst velger å fokusere på element i de konkurrerende logikkene som har legitimitet blant viktige aktører i omgivelsene. Det var dette KRY gjorde da det ble satset på å kommunisere utvalgte institusjonelle logikker i selskapet som sammenfaller med post-NPM styringsideal for reformarbeid i offentlig sektor på begynnelsen av 2000-tallet.

For fastlegene er de norske helsemyndighetene også en viktig alliert. Som sentrale aktør på primærhelsetjenestefeltet uttrykker fastlegene, gjennom portvokterlogikken, at det må tas begrensningshensyn for at velferdsstaten skal være økonomisk bærekraftig. Mens KRYs vekst fremmes ved å gjøre tjenestene mer tilgjengelige og senke listen for å søke legehjelp, er det for fastlegeordningen, som er «edderkoppene» i helsevesenet og har tiltakende kapasitetsproblem, av flere grunner viktig å få aksept for begrensningshensyn. Likebehandlingslogikken står også i et spenningsfylt forhold til markedsversjonen av vekstlogikken i KRY. Gjennom likebehandlingslogikken adresserer fastlegene i den offentlige debatten at nettlegenes brukere ikke er de sykeste pasientene, og at slike tjenester bidrar til å skape ulikebehandling som de yngste, friskeste og rikeste pasientene fra urbane strøk nyter godt av. Men likebehandlingslogikken harmonerer også med fastlegenes organiserte økonomiske interesser. I intervjuene der to av fastlegene ikke uttaler seg i en politisk kontekst, som offentlige representanter for ordningen, ser vi at arbeidsdelingen mellom aktørene på feltet er en kime til næringsøkonomisk konflikt. En av disse fastlegene mener å se at flere av hennes kolleger bekymrer seg for at nettlegeselskapene plukker «low hanging fruit», mens pasienter som er mer tidkrevende, søker fastlegens kontor. Fordi de fleste fastleger i Norge er private næringsdrivende, hvis inntjening avhenger av antall pasienter som behandles, er både den sentrale og den perifere aktøren på primærhelsetjenestefeltet orientert mot inntjening, men deres organiserte interesser er ulike.

Fastlegene, som allerede er sterke og dominerende aktører på feltet, opptrer som Fligstein og McAdam (2011) forventer – de forsvarer status quo. I den offentlige debatten som pågikk om de nye digitale helsetjenesteaktørene i 2018, men også i intervjuene, så fastlegene ut til å ville restabilisere den institusjonelle orden og befeste ordningens etablerte praksiser som den autoritative måten å utøve allmennlegetjenester på. Som Khan et al. (2007) har observert, tjener institusjonelt entreprenørskap noen organiserte interesser mer enn andre, og fastlegenes respons på KRYs og andre nettlegeselskapers intervensjon i periferien av primærhelsetjenestefeltet tyder på at ordningens interesser ble forventet å kunne komme dårlig ut av institusjonelle forandringer. Tre av logikkene vi har identifisert som organi-

serende prinsipp for meningsproduksjon blant sentrale aktører på feltet, er forankret i formålet med fastlegeordningen § 1, som gir fastlegene sitt samfunnsmandat. Fastlegene befester at legene som tilhører denne ordningen, overholder sitt ansvar i denne kontrakten, men det forhandles også med staten om mer ressurser. KRYs intervensjoner «forstyrret» fastlegene og resulterte i at et vidt spekter av konflikter ble aktivert i 2018. Det er i slike friksjoner mellom institusjonelle logikker at endringer kan forventes å skje (Berg Johansen & Boch Waldorff, 2017). Men i den offentlige debatten som pågikk i Dagens Medisin, Tv2.no og vi.no samme år, kan det ikke spores noen synlige tegn til endring i motivasjonen for å ta bruk i ny digital teknologi. I intervjumaterialet viser fastlegene imidlertid noe mer bevegelse med hensyn til en mulig framtidig benyttelse av videokonsultasjoner.

EN DIGITAL «OMVENDELSE» I FASTLEGEORDNINGEN

Ett år etter debatten som pågikk i 2018 i Dagens Medisin, Tv2.no og vi.no, har Norsk forening for allmennmedisin, som var KRYs argeste motstander og skeptisk til videokonsultasjon generelt, skiftet mening om bruk av video i fastlegeordningen. Til Dagsnytt 18, 29. juli 2019, uttaler Petter Brelin, fastlege og leder for foreningen, at han nå er nå positiv til bruk av videokonsultasjoner i fastlegepraksis. Han sier at: «Nå er rammebetingelsene her, den tekniske infrastrukturen er lagt til rette, de økonomiske forutsetningene ligger til rette, jeg forventer at det kan bli et ganske brukbart verktøy også for fastlegen og fastlegenes pasienter også i tida som kommer.» Dette tyder på at formen institusjonaliseringsprosessen har tatt, reflekterer fastlegenes organiserte interesser (DiMaggio, 1988, s. 13).

Legeleder i KRY ser i 2020 fastlegeordningens oppslutning om å ta i bruk video som en forventet utvikling og sier at: «De som går foran og driver nyutvikling møter motstand fra det etablerte (...) kanskje spesielt i vår yrkesgruppe er det en ganske sterk konservatisme.» Han mener å se at fastleger og legenes yrkesorganisasjoner nå har oppdaget at: «(...) nyutviklingen ikke er farlig, og til og med kan være positiv og nødvendig.» Han trekker fram et eksempel: «Se bare den sterke oppfordringen nå (red. anm. Dagens Medisin 11.03) om å skaffe seg video umiddelbart som fastlege og leder i IT-utvalget kom med i forbindelse med covid-19-utbruddet.» Slike erfaringer av kriser og usikkerheter på et etablert felt er nettopp det som skaper betingelser for å lykkes med institusjonelt entreprenørskap ifølge Hardy og Maguire (2017). Hvor stor institusjonell betydning og utbredelse benyttelse av video i fastlegeordningen vil få, og om KRY som perifer aktør på det etablerte primærhelsetjenestefeltet med tiden vil få en mer sentral posisjon, gjenstår å se.

LITTERATURLISTE

- Albertini, S. & Muzzi, C. (2016). Institutional Entrepreneurship and Organizational Innovation: The Start-up of a Divergent New Venture at the Periphery of a Mature Field. *Journal of Entrepreneurship and Innovation* 17(2):110–119.
- Accenture (2018). Digitale legetjenester skyter fart – er det riktig behandling? Nedlastet 30. januar 2020. https://www.accenture.com/t20180829t140637z__w__/no-en/_acnmedia/pdf-85/accenture-digitale-legetimer-skyter-fart-report-2018.pdf
- Almandoz, J. (2012). Arriving at the starting line: The impact of community and financial logics on new banking ventures. *Academy of Management Journal*, 55(6), 1381–1406.
- Auchard, E. (2018). Swedish doctor-patient video app Kry to expand into France. *Reuters*:2. 9. juli 2018. Nedlastet 30. januar 2020. <https://mobilemarketingmagazine.com/swedish-digital-health-app-kry-expands-into-france-livi-telemedicine>
- Battilana, J. & S. Dorado (2010). Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations. *Academy of management Journal* 53 (6):1419–1440.
- Battilana, J., Leca, B. & Boxenbaum, E. (2009). How actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship. *Academy of Management Annals* 3 (1): 65–107.
- Berg Johansen, C. & Boch Waldorff, S. (2017). «What are Institutional Logics and Where is the Perspective Taking Us?» In *New Themes in Institutional Analysis*, pp. 51–76. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, Incorporated.
- Blix, M. & Jeansson, J. (2018). Natlekare i primærvården – lindring eller lidande? *National ekonomi*:13
- Bu, F. & Fossum, C. (2018). Raser mot at bloggere fremmer privat helsehjelp på mobil: bryter potensielt med loven. Tv2.no. 29.10.2018, Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.tv2.no/a/10176555/>
- Conferere (2018). Video og fastlegepraksis. Presentasjon holdt av Svein Willassen 01.11.2018 for Direktoratet for e-helse.
- DiMaggio, P. J. (1988) Interest and Agency in Institutional Theory.” Pp. 3–21 in *Institutional Patterns and Organizations*, edited by L. G. Zucker. Cambridge, UK: Ballinger Publishing co.
- Fligstein, N., McAdam, D. (2011). Toward a General Theory of Strategic Action Fields *Sociological Theory Vol. 29, No. 1, pp. 1–26*.
- Friedland, R. & Alford, R. (1991). «Bringing Society Back In: Symbols, Practices and Institutional Contradictions.» Pp. 232–263 in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, edited by W. Powell and P. DiMaggio. Chicago, USA: University Of Chicago Press.
- Garud, R., Hardy, C. & Maguire, S. (2007). Institutional entrepreneurship as embedded agency: An introduction to the special issue. London, England: Sage Publications Sage
- Gjensidige.no (2020). Ta legetimen på mobilen. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.gjensidige.no/godtforberedt/content/ta-legetimen-pa-mobilen/>
- Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E.R. & Lounsbury, M. (2011). «Institutional Complexity and Organizational Responses.» *The Academy of Management Annals* 5(1):317–371.
- Greve, C. (2012). Reformanalyse. Hvordan den offentlige sektor grunnleggende er blevet forandret i 00'erne. København, Danmark: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

- Grønseth, I.M. (2018). Hva betyr videolegetjenester for primærhelsetjenesten? *Dagens Medisin*. 9. november 2018. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/09/hva-betyr-videolegetjenester-for-primarhelsetjenesten/>
- If.no (2020) Snakk med legen uten å ta fri fra jobben. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.if.no/bedrift/forsikring-for-bedrifter/personforsikring/helseforsikring/videokonsultasjon-med-lege>
- Hardy, C. & Maguire, S (2008). Institutional entrepreneurship. *The Sage handbook of organizational institutionalism* (1), pp.198–217.
- Hardy, C. & Maguire, S. (2010). Discourse, Field-Configuring Events, and Change in Organizations and Institutional Fields: Narratives of DDT and The Stockholm Convention. *Academy of Management Journal* (53):1365–1392.
- Hardy, C. & Maguire, S. (2017). «Institutional Entrepreneurship and Change in Fields.» pp. 261–80 in *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, edited by R. Greenwood, C. Oliver, T. Lawrence, and R. E. Meyer. London, UK: Sage Publications.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.
- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse (2018) *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt*. Rapport IS-2801 til Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.2018.
- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse (2019) *E-konsultasjon og triage hos fastlege*. Rapport IS-2867 til Helse- og omsorgsdepartementet 01.11.2019.
- Jansen, S. (2019) Er fremtidens primærhelsetjeneste digital, fysisk eller hybrid? En studie av en ny, digital helsetjeneste i møte med det etablerte helsevesenet. Høgskulen i Molde, Masteroppgave.
- Jansen, T. (2018). Fremtidens digitale revolusjon. *Dagens Medisin*. 27. oktober 2018. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/27/digitalehelsetjenester-vil-revolusjonere-norsk-helsevesen/>
- Khan, F. R., Munir, K. A. & Willmott, H. (2007). A Dark Side of Institutional Entrepreneurship: Soccer Balls, Child Labour and Postcolonial Impoverishment. *Organization Studies* 28(7):1055–1077.
- Kodeih, F & Greenwood, R. (2014). Responding to Institutional Complexity: The Role of Identity *Organization Studies* Volume: 35 (1): 7–39.
- Lawrence, T. B. & Suddaby, R. (2006) Institutions and Institutional Work. Pp. 215–254 in *Handbook of Organization Studies*, edited by S. R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence, and W. R. Nord. London, UK: SAGE Publications.
- Leca, B. & Naccache, P. (2006). A Critical Realist Approach to Institutional Entrepreneurship. *Organization* 13(5):627–651.
- Linnestad, L. (2018). På ville veier med markedsstyrt helsehjelp. *Dagens Medisin*. 27. februar 2018. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/02/27/pa-ville-veier-med-markedsstyrthelsehjelp/>
- Lovdata.no (2012) Forskrift om fastlegeordningen § 1. Nedlastet 30. januar 2020. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Maguire, S., Hardy, C. & Lawrence, T.B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. *Academy of management journal* 47 (5), pp. 657–679.

- McAdam, D. & Scott, W.R. (2005) Organizations and Movements, pp.4–40 in *Social Movements and Organizations*, edited by Davis G., McAdam D., W.R. Scott, and Zald M.N. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Meyer, J. W. (2008). Reflections on Institutional Theories of Organizations. In *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 790–811). SAGE Publications.
- Mjølstad, B., Prytz, A., Pahle & Brelin, P. (2018). Behov for ansvarlige aktører. *Dagens Medisin* 31. oktober 2018. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/31/behov-for-ansvarlige-aktorer/>
- Moe, M. (2018). Fastlegekrisen. *Dagens Medisin*. 31. oktober 2018. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/16/fastlegekrisen/>
- Mykleset, S. M. (2019). Farvel – allmennpraksis! *Dagens Medisin*. 24. april 2019. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/04/24/farvel-allmennpraksis/>
- Nieland, A. (2008). Det gode liv i allmennpraksis – hvor ble det av? *Utposten* (8). Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.utposten.no/asset/2008/2008-08-11-14.pdf>
- Pache, A.C. & Santos, F. (2013). Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics. *Academy of Management Journal*. 56 (4), pp. 972–1001.
- Regeringskansliets rettsdatabaser (2008), SFS 2008:962: Lag om valfrihetssystem. Nedlastet 30. januar 2020. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962
- Rian Johannessen, C. (2017) Norge har lyktes med det Sverige ikke har klart på 40 år. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, s. 137–410. Nedlastet 30. januar 2020 <https://tidsskriftet.no/2017/03/aktuelt-i-foreningen/norge-har-lyktes-med-det-sverige-ikke-har-klart-pa-40-ar>
- Roksund, G., Brodersen, J., Johnson, G.E., Hjörleifsson, S., Laudal, M. & Swensen, E. (2016) Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 136, s. 1903–1905 doi: 10.4045/tidsskr.16.0572
- Schei, E. (2003). Makt i lege-pasient-forholdet. Rapport 57 i *Makt og medisin–Makt og demokratiutredningens rapportserie*. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-MAKT-4.html>
- Schei, E. (2007). *Hva er MEDISIN*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations. Foundations for organizational science*. London: A Sage Publication Series.
- Skogly, A. H. (2017). Fastlegene svikter i å gi time raskt nok. *Forbrukerradet.no* 2. august 2017. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/fastlegene-svikter-i-a-gi-timeraskt-nok/>
- Socialstyrelsen (2018). *Digitale vårdtjenster riktade till patienter*. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-15>
- Sæther, A. S. & Frøystad Nærø, A. (2017). Kampen om fastlegene. *VG spesial*, 11. november 2017. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>
- Thornton, P. H. & Ocasio, W. (2008). Institutional logics. *The Sage handbook of organizational institutionalism*. 840, pp. 99–128.
- Thornton, P. H., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process. USA: Oxford University Press on Demand.

- Tracey, P., Phillips, N. & Jarvis, O. (2011). Bridging institutional entrepreneurship and the creation of new organizational forms: A multilevel model. *Organization science* 22 (1), pp. 60–80.
- Zietsma, C. & Lawrence, T.B. (2010). Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work. *Administrative science quarterly* 55 (2), pp. 189–221.
- Aarseth, S. (2018). Har sjelden sett slik markedsføring i Norge. TV 2 Nyhetskanalen (29.10.2018) og NRK.no. Nedlastet 30. januar 2020. <https://www.nrk.no/troms/kjendiser-markedsforer-digitale-legetimer-1.14255489>