



# GÖTEBORGS UNIVERSITET HANDELSHÖGSKOLAN

## Primärvård inom femton minuter, från Göteborg till Haparanda

En studie om digitala vårdaktörers sätt att förhålla sig till  
institutionaliserade förväntningar kring god vård.

Företagsekonomiska institutionen  
Management & Organisation  
Termin HT16  
Kandidatuppsats  
Tomas Henningsson (870504-4819)  
Arian Ansari (910206-4574)  
Handledare:  
Nanna Gillberg

## **Förord**

Vi vill rikta ett stort tack till de respondenter från respektive organisation som deltagit i vår studie. Deras engagemang och intresse för att medverka har varit mycket uppskattat och avgörande för genomförandet av denna studie. Vi vill även tacka vår handledare Nanna Gillberg på Handelshögskolan vid Göteborgs universitet för den vägledning och alla insiktsfulla kommentarer hon har försett oss med under studiens gång.

## Sammanfattning

Syftet med vår studie var att få en bättre förståelse för Kry och Visiba Care som två av de ledande företagen att tillhandahålla digitala vårdmöten i Sverige. Detta för att sedan undersöka hur dessa företag förhåller sig till och arbetar utifrån den rådande diskursen om god vård. Genom semistrukturerade intervjuer med företagens verkställande direktörer (VD) samt en marknadschef skapades en bättre förståelse för företagets motiv, utmaningar och arbetssätt. Vidare granskades Socialstyrelsens föreskrifter om god vård för att sedan vägas mot informanternas svar. Genom en tematisk analys formades studiens tre huvudteman; *effektivisera hälso- och sjukvården*, *patientcentrering och regulativ marknad*, varigenom studiens resultat presenteras. Studiens mest relevanta fynd och slutsatser är att respektive företag i studien kan anses verka i linje med gällande föreskrifter om god vård. Däremot förekommer det skillnader i utmaningar hos de studerade företagen som i egenskap av e-hälsoplattformsleverantör och en digital vårdcentral förhåller sig på olika sätt till det institutionaliserade fältet, som den reguljära vården i Sverige kan anses vara.

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund och problemformulering .....</b>	<b>5</b>
1.1. Syfte och frågeställning .....	7
<b>2. Teoretisk referensram .....</b>	<b>8</b>
2.1. Institutionell teori.....	8
2.2. Tidig institutionell teori.....	10
2.3. Ny institutionell teori.....	10
2.4. Skandinavisk institutionell teori.....	11
2.5. Institutionella förändringar .....	12
2.6. Institutionellt entreprenörskap.....	13
<b>3. Metod .....</b>	<b>14</b>
3.1. Abduktiv forskningsansats.....	14
3.2. Kvalitativ metod.....	14
3.3. Urvalsprocess.....	15
3.4. Empiriskt material.....	16
3.5. Intervjuguiden.....	16
3.6. Genomförande och transkribering av intervjuerna .....	17
3.7. Etiska överväganden och begränsningar .....	18
3.8. Analysmetod .....	19
<b>4. Empiri och analys .....</b>	<b>21</b>
4.1. Bakgrundsfakta om Visiba Care .....	21
4.2. Bakgrundsfakta om Kry.....	22
4.3. Dokumentstudie av Socialstyrelsens föreskrifter om god vård .....	23
4.4. Effektivisera hälso-och sjukvården .....	28
4.5. Patientcentrering.....	32
4.6. Regulativ marknad .....	35
<b>5. Diskussion och slutsats .....</b>	<b>39</b>
<b>6. Referenslista .....</b>	<b>42</b>

## 1. Bakgrund och problemformulering

Vi lever i en värld som är under snabb och ständig förändring. Något som utmärker dessa snabba förändringar i vår samtid, jämfört med tidigare generationers, är hur informations- och kommunikationsteknik har förändrat sättet individer möter och interagerar med varandra. Aldrig förr har tekniken skapat så många möjligheter att kunna interagera med andra människor utan fysiska möten. Denna utveckling har lett till radikala förändringar i samhället där fenomenet digitalisering, som innebär en omvandling av analoga data till digitala signaler (Nationalencyklopedin, 2016) har haft en avgörande roll. Till följd av digitalisering har exempelvis möten med banker och resebolag samt offentliga myndigheter i högre grad förflyttats från att ha ägt rum i dess lokaler till människors hem, eller valfri plats med tillgång till internet. Detta har bland annat inneburit en frihet för människor att själva bestämma när det bäst passar att handla varor och tjänster eller hantera ärenden hos myndigheter. Vidare implementeras digitalisering i allt större utsträckning i syfte att skära ner kostnader och effektivisera processer inom olika organisationer. Ett samhällsområde där digitalisering blir mer och mer diskuterat är sjukvården, där det görs satsningar både inom privat- och offentlig sektor för att utveckla digitala lösningar.

Från millenniumskiftet och fram tills idag, har kostnader för den svenska sjukvården nått nivåer så höga att de överstiger Sveriges ökning i BNP med ett snitt på 0,9 % per år. Fortsätter denna ökning i samma takt kommer detta innebära att allt större kostnader för sjukvården kommer att belasta den offentliga sektorn. I en rapport från McKinsey & Company (2016) visas att olika digitala lösningar skulle kunna minska kostnaderna för sjukvården med 25 % över en tioårsperiod. Kostnadsminskningarna skulle i sin tur kunna innebära en bruttobesparing på 180 miljarder kronor fram till år 2025.

Eftersom den digitaliserade världen har blivit en naturlig del av människors liv och idag är en förutsättning för att vardagen ska fungera, ökar trycket på de verksamheter som inte ännu tagit steget för att anpassa sig digitalt. Kommuner och landsting inom Sverige står idag inför utmaningar med ökade kostnader för vård och omsorg och tvingas på olika sätt förändra sina organisationer och verksamheter för att möta det behov som ställs på dem.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) fastställde under motion 62 att ett digitalt utvecklingsarbete måste ske för att skapa möjlighet för samt tillgänglighet till effektivare vård och omsorg för Sveriges befolkning. Ambitionen bakom det digitala utvecklingsarbetet är att bidra till en ökad jämlikhet, högre kvalitet samt personcentrering inom vård och omsorg. Vidare har SKL som mål att vara världsledande inom e-hälsa år 2025. (SKL, motion 62, 2015)

Ett vanligt problem idag är att tillgången till sjukvård varierar kraftigt beroende på var individen bor i landet. Med hjälp av nya digitala lösningar som har introducerats inom hälso- och sjukvården blir geografisk placering inte längre en avgörande faktor för tillgänglighet av primärvård. Detta kan i sin tur gynna patienter som har långa sträckor till närmaste vårdgivare.

Kry och Visiba Care är exempel på två aktörer som idag förmedlar digitala tjänster där vårdsökande patienter kan träffa läkare via videosamtal för primärvårdsärenden. Genom att sudda ut geografiska begränsningar för vårdtagare, kan dessa typer av digitala lösningar anses ligga i linje med SKL:s tankar om en mer jämlik vård och omsorg och därmed vara viktiga inom det digitala utvecklingsarbetet i Sverige.

För att ersätta äldre metoder med nya krävs många gånger omfattande förändringar inom organisationer, vilka inte bara kan vara svåra att implementera, utan även ta lång tid att genomföra. Drivandet av förändringar kan möta ännu starkare motstånd när det råder väletablerade handlingsmönster och förhållningssätt till praxis inom de fält organisationer verkar inom. Zetterquist, Kalling & Styhre (2015) kallar dessa fält för *institutionella fält* som bidrar med stabilitet och gör att organisationer inom fältet agerar och blir mer lika varandra. Liknande karaktäristiska drag kan även betraktas inom Sveriges hälso- och sjukvård som är hårt reglerad med olika föreskrifter och bestämmelser vilka ligger till grund för arbetssätt och procedurer. Det förekommer bland annat föreskrifter om vad som avser god vård. Dessa grundar sig i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om yrkesverksamhet på hälso- sjukvårdens område (LYHS). I och med detta är det rimligt att anta att dessa föreskrifter även påverkar den rådande diskursen om hur god vård skall bedrivas och tillhandahållas i Sverige.

## 1.1. Syfte och frågeställning

I vår studie är vi intresserade av att få en bättre förståelse för aktörer som Kry och Visiba Care som är två av de ledande företagen inom den digitala utvecklingen av vårdmöten i Sverige, samt hur de verkar inom en regulativ marknad. Utifrån DiMaggios (1988) tankar kan dessa aktörer betraktas som institutionella entreprenörer som initierar och implementerar förändring inom ett institutionaliserat fält, vilket enligt ovan vården i Sverige kan anses vara.

En bättre förståelse för dessa två aktörers motiv, utmaningar och arbetssätt kan således bidra till viktiga insikter om vad som krävs för att kunna driva förändring inom ett institutionaliserat fält som hälso-och sjukvården. Vidare förklarar Zetterquist, Kalling & Styhre (2015) att institutionella entreprenörer måste forma en diskurs som ligger i linje med de rådande normer och riktlinjer som förekommer inom det fält där förändring skall bedrivas. Detta mynnar således ut i studiens frågeställning:

*Hur arbetar och förhåller sig företagen som tillhandahåller videobaserade vårdmöten i Sverige till den rådande diskursen om god vård?*

Vår förhoppning med denna studie är att också bidra med relevanta insikter om hur det är att bedriva förändring inom ett institutionaliserat fält. Det är därmed inte i vårt syfte att studera kvaliteten av digitala vårdmöten.

## 2. Teoretisk referensram

Följande del fokuserar på de teorier som ligger till grund för vår studie och kan hjälpa oss att tolka och analysera vårt empiriska material. Nedan redogörs bland annat de olika perspektiven kring institutionell teori, institutionell förändring samt institutionell entreprenörskap. Dessa teorier är relevanta då vi avser att studera aktörer som strävar efter att förändra ett starkt institutionaliserat fält som svensk sjukvård.

### 2.1. Institutionell teori

Institutionell teori lyfter fram hur tillvägagångssätt inom organisationer rättar sig efter det som anses som självklart. Den bygger på att organisationer följer både formella och informella regler istället för att kontinuerligt handla rationellt, vilket i sin tur visar på motsatsen till det vanligt förekommande antagandet om organisationers rationalitet (Zetterquist, 2009). Teorin lyfter också fram hur organisationer gradvis förändras och utvecklas till mer stabila enheter. Vidare fokuserar institutionell teori på hur organisationer påverkar varandra och på så vis anammar idéer om förändring.

Redan under 1800-talet diskuterades institutionell teori inom en rad olika discipliner som nationalekonomi, statsvetenskap och sociologi. Innebörden av begreppet ”institution” skiljer sig dock emellan de olika disciplinerna där exempelvis sociologi förklarar institution som ett planerat och etablerat sätt att handla, medan statsvetenskapen förklarar institution som viktiga sammanslutningar av både statlig och offentlig karaktär (Jepperson, 1991). Under 1970-talet fick institutionell teori även större betydelse inom organisationsteori där idén om rationella organisationer som uppnår mål genom producering av varor och tjänster ifrågasattes. Istället argumenterades det vid den här tiden att organisationer är institutionaliserade, där omgivningen och vad som tidigare gjorts internt inom organisationen påverkar och i större utsträckning speglar det som organisationer faktiskt gör. Enligt Berger och Luckman (1966) är en central tanke inom institutionell teori att institutioner tar form i samband med att människor konstruerar sin sociala verklighet.



Inom organisationsteorin förklaras institution som ett mönster för kollektiv handling som är långvarig i kontrast till vanor som är individuella och oftast lokala. Vidare kan institutioner även ha en normativ motivering, till skillnad från vanor som inte kan försvaras med en allomfattande norm eller värdering (Zetterquist, 2015).

DiMaggio och Powell (1991) menar att institutioner inte är medvetet utformade trots att de är ett resultat av människors handlande, utan speglar snarare människors behov att vilja skapa mönster i sitt handlande. Dessa mönster kan i sin tur underlätta för människor att spara energi som istället kan utnyttjas till extraordinärt handlande, eftertanke och innovationsskapande (Berger och Luckmann, 1966).

Utgångspunkten är att människor och organisationer anpassar sig till det mest lämpliga beteendet för att slippa kaos och oordning (March och Olsen, 1989).

När människor förs in i en institution försöker de att upptäcka hur de ska föra sig inom den, och på så sätt lära sig de regler som gäller inom institutionen. Vid obekanta situationer försöker människor att göra jämförelser av situationen med tidigare erfarenheter och de regler som sedan tidigare har internaliserats genom livet. På grund av detta förhållningssätt bland institutioners medlemmar, bidrar institutionen med ordning, stabilitet och förutsägbarhet men även med flexibilitet och förmåga till anpassning.

Institutionen hjälper följaktligen människor att frambringa ordning i sin omvärld och på så sätt försöka begripa och kontrollera den. Enligt Mary Douglas (1986) innebär detta att sociala institutioner underlättar människors beslutsfattande och agerande i olika situationer, men kan samtidigt begränsa individens övriga tolkningar rörande omvärlden. Institutioner har en förmåga att forma om befintlig kunskap hos individen så att det ligger inom ramen för institutionen, vilket gör individen mer konform i sitt beteende. En fördel med denna samordning av beteenden är dock att människor slipper förvirring och oordning (Mary Douglas, 1986). Institutioner kan ha många funktioner, till exempel att prägla hur individer både agerar inom och utanför de upprättade institutionerna. Genom att konstruera regler för vad som anses vara det mest lämpliga beteendet, kan institutioner förse både interna och externa aktörer med kriterier för framgång och misslyckade, samt slutligen förse vissa individer med auktoritet och andra resurser (March och Olsen, 1989). Vidare förändras även själva

institutionerna i samband med att de förändrar aktörer och organisationer i sin omvärld.

## **2.2. Tidig institutionell teori**

Tidigare hade den institutionella teorin stort fokus på organisationens engagemang där enskilda organisationers karaktär var av stor betydelse. Vid en analys av olika organisationers bakgrund gick det att uppfatta hur de olika organisationerna besatt en unik karaktär. I en artikel av Selznick (1957) argumenteras att organisationer är anpassningsbara till skillnad från dess medlemmar samt de olika krav som ställs av omgivningen. Selznick (1957) förklarar att institutionalisering grundar sig i en typ av agerande som skiljer sig från organisationens uppgifter och liknar mer informella beteendemönster.

Den tidigare institutionella teorin förklarar att människor tidigare var ekonomisk rationella där strävan efter att maximera sin nytta stod i centrum. Synen på rikedom var baserad på anskaffandet av ägodelar för att visa sitt välstånd och inte på ett uppbyggande av likvida medel. Det ekonomiska beteendet hos människor var således styrt av att kunna visa upp sina tillgångar. (Zetterquist, 2015.)

Det som fick människor att fungera och passa in i ett ekonomiskt system förklarades genom ett institutionellt perspektiv vara lagar, sedvänjor, magi och religion (Karl Polanyi, 1944). Trots att den tidiga institutionella teorin inte speglar samtiden som sådan, ger den en bra förståelse om hur institutionell teori har utvecklats och varför det har kommit att förändras till att bli det den är idag, vilket bidrar till en djupare förståelse kring institutionell teori.

## **2.3. Ny institutionell teori**

Inom den ny institutionella teorin talas det ofta om olika faktorer i organisationen som myter, löskoppling och olika former av isomorfism som alla påverkar hur organisationen utvecklas (Zetterquist, 2015).

Myterna utgör till stor del den formella strukturen som finns i organisationen. Detta har gjort det viktigt att organisationerna tar till sig myterna för att framstå både

rationella, legitima men också nödvändiga (Zetterquist, 2015). Vidare förklarar Zetterquist att det finns fördelar med myterna då dessa tillför organisationen stabilitet, legitimitet samt resurser. I och med de myter som finns om företaget bildas löskoppling i organisationen, där den formella strukturen skiljer sig från den som faktiskt äger rum i praktiken.

Paul DiMaggio (1983) förklarar att fokus har flyttats från den enskilda organisationen och dess omgivning till att istället se till övriga organisationer inom samma verksamhet. Detta bidrar till att organisationer som verkar inom samma fält blir alltmer lika varandra. I den nya institutionella teorin förklaras detta med hjälp av tre olika former av isomorfism för att beskriva och förklara hur organisationer kommit att bli mer lika varandra (Paul DiMaggio och Powel, 1991).

Med start på 1990-talet har den nya institutionella teorin övergått till att kallas “andra vågens ny institutionell teori” där frågor kring förändring, institutionell entreprenörskap samt institutionella logiker belyses. Det har på senare år blivit mer vanligt att använda denna typ av teoriinriktning för att undersöka förändring i organisationer (Powell, 1991). Även Greenwood och Hinings (1996) förklarar att den nya institutionella teorin bidrar till att förstå de förändringar som sker i organisationer. Ny institutionell teori är relevant för oss att använda i denna studie då vi även är intresserade av frågor kring förändring och institutionell entreprenörskap inom svensk hälso-och sjukvård. Detta kan hjälpa oss att få en bättre förståelse om hur aktörer som förmedlar digitala tjänster till den svenska hälso-och sjukvården kan liknas institutionella entreprenörer som vill göra en avvikande förändring inom ett starkt institutionaliserat fält.

## **2.4. Skandinavisk institutionell teori**

Inom den skandinaviska institutionella teorin beskrivs organisering som en kombination av stabilitet och förändring. Något som skiljer den skandinaviska institutionalismen från övriga inriktningar är de fältnära studier som görs av organisationsförändringar, där fokus ligger på processer och organisering istället för det totala organisationsfältet (Zetterquist, 2015).

Czarniawska och Sevón (1996) förklarar att den skandinaviska institutionella teorin utgår från ett dynamiskt fokus där bland annat utformandet av identiteter studeras, regler skapas och etableras, men även bryts, samt att institutionalisering och av-institutionalisering sker. Enligt Czarniawska är det svårt att få insikt om varför organisationer är välfungerade om man enbart studerar välrutiniserade procedurer. Det är först vid en förändring som det går att se varför en organisation är framgångsrik vilket gör förändringsstudier av organisationer viktiga för detta ändamål (Czarniawska och Sevón, 1996). Då vår studie genomförs på den skandinaviska marknaden och de organisationer som studeras är skandinaviska kan det vara relevant att förstå vad som skiljer skandinavisk institutionell teori från tidig och ny institutionell teori.

## 2.5. Institutionella förändringar

Ur ett traditionellt synsätt verkar organisationer som ett ändamålsenligt instrument för att utföra diverse uppgifter samt uppnå uppsatta mål. Då förändringar ska ske, görs rationella val mellan olika alternativ där förändringens genomförande inte brukar utgöra några större svårigheter. Detta då direktiv ges från ledning och där underställda genomför förändringarna (Zetterquist, 2015).

Trots denna traditionella syn att betrakta förändring i en organisation brukar det i själva verket inte vara helt enkelt att genomföra förändringar. En förklaring kan vara problemet med de välutvecklade organisationerna som har fastnat i sina rutiner där reformbeslut inte når hela vägen fram (Ibid.)

Centralt för en förändring är att alla är aktivt deltagande, i synnerhet de som reformeringen utförs för. Svårigheter uppstår lätt då reformen kan innefatta förändring av bland annat organisationsscheman, centrala symboler och hur människors ska handla i sina arbetsysslor. Även kontinuerliga förändringar som att anpassa institutionen till omkringliggande omgivningen (Zetterquist, 2015).

Teorin om institutionella förändringar är relevant för vår studie då det ger en viktig insikt om vad förändringar inom en organisations institution kan innebära, samt vilka problem och utmaningar som förändringar eventuellt kan medföra.

## 2.6. Institutionellt entreprenörskap

Institutionella entreprenörer beskrivs utifrån forskning som aktörer som bidrar till att förändra redan existerande institutioner och/eller skapar nya, samt är även medverkande i själva implementeringen av de förändringar som avviker från tidigare existerande institutionen (DiMaggio, 1988; Garud, Hardy, & Maguire, 2007; Maguire, Hardy, & Lawrence, 2004). Institutionella entreprenörer kan i sin tur bestå av organisationer, grupper av organisationer, individer samt grupper av individer (Fligstein, 1997; Maguire et al., 2004).

De implementeringsprocesser som institutionella entreprenörer genomför kan påverkas på olika sätt beroende på det fält de verkar inom (Wijen & Ansari, 2007). Vid hög grad av institutionalisering inom fältet kan det vara viktigt för institutionella entreprenörer att forma en diskurs som ligger i linje med de intressen och värderingar som råder bland den dominerande koalitionen. Vid lägre grad av institutionalisering, och mer heterogena fält som är fragmenterade i olika grupper, är det snarare viktigt för institutionella entreprenörer att tillämpa andra diskursiva strategier. Istället kan fokus då ligga på att forma gemensamma visioner som skapar en gemensam identitet för samtliga aktörer som kommer att vara en del av det nya fältet som skapas (Greenwood et al., 2002; Suddaby & Greenwood, 2005). Teorin om det institutionella entreprenörskapet kan hjälpa oss att förstå betydelsen av aktörer som KRY och Visiba Care samt hur de formar sitt budskap vid initiering och implementering av förändringar inom hälso- och sjukvården i Sverige.

### **3. Metod**

Följande del fokuserar på att förklara och utvärdera studiens tillvägagångssätt. Här motiveras bland annat val av forskningsansats, respondenturval, intervjuguide, analysmetod samt etiska överväganden och begränsningar.

#### **3.1. Abduktiv forskningsansats**

Två klassiska ansatser som ofta diskuteras inom vetenskaplig metod är deduktiva och induktiva ansatser. Deduktiv ansats förhåller sig till en referensram, som teori och modeller, där en formulerad hypotes ställs mot den observerade verkligheten, medan i den induktiva förhåller sig i motsatt riktning och formulerar onyanserad bedömning av observationer till en teoretisk referensram.

I den föreliggande studien tillämpas en kombination av de två ovanstående ansatserna som kallas för en abduktion där forskaren ständigt rör sig mellan teori och empiri i syfte att successivt få en ökad förståelse för det fenomen som studeras. Därmed är den abduktiva ansatsen inte en linjär process utan istället i konstant rörelse mellan datainsamling och en fortlöpande analys av insamlad data. På detta vis skapas en djupgående förståelse för såväl empiri som teori (Dubois & Gadde, 2002).

Detta angreppssätt känns relevant då vår studie berör ett relativt nytt och smalt område där tidigare forskningsmaterial är begränsat. Den abduktiva ansatsen tillåter oss då att ha ett mer explorativt förhållningssätt och genom egna upptäckter via datainsamling, parallellt med den kompletterande teorin som tillförs, kunna bygga grunden för vår studie. Vidare tillåter denna ansats oss att ständigt jämföra och analysera den diskurs som institutionella entreprenörer tillämpar i förhållande till den rådande diskursen och föreskrifter som finns kring god vård inom hälso- och sjukvården i Sverige.

#### **3.2. Kvalitativ metod**

Enligt Svensson et.al. (1996) fokuserar kvalitativa samtalsmetoder på att upptäcka och identifiera mer abstrakta fenomen, kvalitéer och orsaker. Detta tillåter i sin tur forskaren att få en djupare förståelse och bredare syn på det fenomen som studeras. Detta riktar stort fokus på respondenters syn på dess sociala verklighet och tar avstånd

från det naturvetenskapliga objektivistiska fokus som råder i kvantitativa studier. (Bryman & Bell, 2013)

Då ambitionen i denna studie är att få en mer djupgående förståelse för Kry och Visiba Care i egenskap av institutionella entreprenörer, samt hur de formar sitt budskap utifrån den rådande diskursen om god vård i Sverige, blir kvalitativa intervjuer en fördelaktig datainsamlingsmetod. Detta ger oss en rik och beskrivande bild av dessa aktörers verklighet och därmed bra underlag för att kunna besvara vår frågeställning.

### 3.3. Urvalsprocess

Ett vanligt förekommande sätt att välja ut lämpliga informanter är att utgå från "*centrally placed sources*", det vill säga att identifiera de nyckelpersoner som förväntas besitta nödvändig kunskap om det området som ska studeras (Esaiasson et.al. 2007). Den föreliggande studien avgränsades till den svenska marknaden inom e-hälsa, där Kry och Visiba Care identifierades som två ledande aktörer.

För att få tillgång till så mycket nödvändig kunskap och information som möjligt om hur dessa företag verkar på marknaden, intervjuades VD på respektive företag. Vidare intervjuades också marknadschefen på ett av företagen för att bidra med kompletterande insikter om hur dessa aktörer arbetar med extern kommunikation, och därigenom formar sitt budskap utifrån den rådande diskursen om god vård i Sverige.

I vissa fall kan anonymisering av företag och informanter förekomma i kvalitativa studier i syfte att skydda de berördas identitet (Bryman & Bell, 2013). I och med att våra intervjuföretag är ledande på den svenska marknaden i att tillhandahålla videobaserade vårdmöten, ansågs en anonymisering av dessa två företag inte fylla sin funktion. Vidare syftar vår studie till att öka förståelsen och kunskapen kring de aktörer som leder den digitala utvecklingen av vårdmöten i Sverige, vilket en eventuell anonymisering av dem kan motverka.

### **3.4. Empiriskt material**

Vårt empiriska material består av intervjuer med VD och marknadschef vid företagen Kry och Visiba Care, i egenskap av ledande aktörer inom e-hälsan i Sverige. Ytterligare information om företagen har samlats in via hemsidor, bloggar samt publicerade artiklar.

Vidare består empirin av en dokumentstudie av Socialstyrelsens föreskrifter om god vård som delvis bygger på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- sjukvårdens område (LYHS). Dessa föreskrifter syftar till att bidra med en grundläggande förståelse om den rådande diskursen om god vård i Sverige.

### **3.5. Intervjuguiden**

Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om god vård utformades en semi-strukturerad intervjuguide. Enligt Bryman & Bell (2013) kan intervjuguiden bidra till struktur i samtalen samt hålla intervjun inom ramen för vad som är relevant information för studien. Vidare kan den hjälpa till att kategorisera och jämföra insamlad information från genomförda intervjuer (Lind, 2014).

Avsikten med det semi-strukturerade formatet är att informanterna tillåts tala fritt, samt att föra egna resonemang som i sin tur kan bidra till en rikare empiri. Det semi-strukturerade formatet tillför även flexibilitet i intervjuprocessen då intervjuguidens frågor inte nödvändigtvis behöver ställas i en förutbestämd ordning. Kompletterande uppföljningsfrågor kan även ställas till informanterna beroende på deras tidigare svar (Bryman & Bell, 2013).

Intervjuguiden består av två delar. Första delen består av mer övergripande frågor som avsåg att bidra till en bättre förståelse för Kry och Visiba Cares verksamheter. I syfte att öka validiteten för intervjuguidens frågor anpassades även somliga frågor för att bättre matcha det sätt respektive verksamhet opererar.



Tre exempelfrågor som ställdes i första delen var: *"Vad innefattar ert tjänsteutbud?"*, *"Vem ansvar för implementering av tjänsterna och hur ser den processen ut?"* och *"Hur ser ansvarsförhållanden ut mellan köpare och säljare av tjänsterna?"*

Andra delen bestod av mer djupgående frågor som utformades utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om god vård. Detta i syfte att fånga och jämföra hur Kry och Visiba Care, i egenskap av institutionella entreprenörer, förhåller sig till och arbetar utifrån den rådande diskursen om god vård.

Tre exempelfrågor som ställdes i andra delen var *"Hur arbetar ni med att främja/upprätthålla patientsäkerhet?"*, *"Hur arbetar ni för att främja jämlikhet/lika villkor för patienter?"* och *"Hur arbetar ni med att ge en skraddarsydd & patientfokuserad vård till enskild patient?"*.

### **3.6. Genomförande och transkribering av intervjuerna**

För att boka in och genomföra intervjuer med Kry och Visiba Care etablerades kontakt med bland annat VD samt marknadschef på respektive företag. Detta skedde via nätverksplattformen LinkedIn samt mailutskick via företagens hemsidor.

Två intervjuer genomfördes med hjälp av videobaserat samtal via Skype, medan tredje intervjun genomfördes under ett fysiskt möte på Visiba Cares kontor. Videobaserade samtal valdes framför ett traditionellt telefonsamtal i syfte att förmedla samt fånga en så mångfacetterad data som möjligt i form av kroppsrörelser och ansiktsuttryck som annars elimineras. Detta är viktigt då intresset inte bara ligger i vad informanten har sagt, utan även sättet denne uttryckt sig (Bryman & Bell, 2013).

Intervjun som genomfördes på Visiba Cares kontor syftade till att både underlätta tidsmässigt för informanten samt få denne att känna sig bekväm i sin naturliga miljö. Samtliga intervjuer ljud-inspelades via mobiltelefon i syfte att underlätta kommande transkribering samt undvika distraktion genom att föra anteckningar medan informanterna pratade. Varje intervju genomfördes under cirka en timma. (Bryman & Bell, 2013)

Samtliga intervjuer transkriberades sedan till ett Word dokument med hjälp av det inspelade ljudmaterialet. Detta skedde senast påföljande dag i syfte att behålla känslan som förmedlats under intervjun. Ljudinspelningarna kunde i sin tur anses återge den faktiska informationen som förmedlats under intervjuerna i en högre utsträckning än vid andrahandstolkning i form av intervjuanteckningar (Bryman & Bell, 2013).

### **3.7. Etiska överväganden och begränsningar**

De etiska aspekterna är alltid viktiga att beakta när en undersökning görs i akademisk kontext. Detta kan vara av extra vikt vid kvalitativ metod, då dessa studier generellt sett baseras på intervjuer av färre antal informanter som delar med sig av mer djupgående information och personliga erfarenheter, i förhållande till kvantitativ metod. (Bryman & Bell, 2013)

Under de intervjuer som genomförts i vår studie har dessa ljudinspelats i samtycke med informanterna som tydligt underrättades om att ljudfilen enbart skall användas i transkriberingssyfte. Ljudfilen har därefter hanterats konfidentiellt och inte delats med andra obehöriga. (Lind, 2014)

Att vi enbart har intervjuat tre informanter kan ses som en begränsad mängd empirisk underlag som kan försvåra förmågan att dra slutsatser från materialet. (Bryman & Bell, 2013). Detta grundar sig delvis i att informanterna verkar inom en nischad bransch med endast fåtal aktörer i den svenska marknaden. Dessutom är intervjuerna preciserade till nyckelpersoner inom respektive företag som besitter relevant information kring vår frågeställning. Vidare är inte syftet med den föreliggande studien att uppnå statistisk generaliserbarhet. Med grund i detta och i kontexten som sådan kan antalet informanter anses vara rimlig, även om fler informanter eventuellt hade kunnat berika studien.

Studiens kvalitativa karaktär kan även anses vara en begränsning då den utgår från ett litet urval och få antal intervjuer som enbart fokuserar på att lyfta subjektiva tankar och skapa djupare förståelse kring det som avses studeras. Detta ger upphov till en högst kontextuell empiri som kan anses försvåra en eventuell överförbarhet av studiens resultat till andra kontexter (Bryman & Bell, 2013). Ytterligare begränsning kan vara att digitaliseringen av vårdmöten inom svensk hälso- och sjukvård är ett

relativt nytt fenomen och därmed ett begränsat forskningsområde. Detta försvårar dels jämförelser av våra empiriska fynd med andra liknande studier, samt leder till mer spekulativa slutsatser kring de faktiska effekter som videobaserade vårdmöten kan innebära för hälso-och sjukvården i Sverige.

### **3.8. Analysmetod**

I den föreliggande studien valdes tematisk analys i syfte att lyfta de viktigaste aspekterna ur vårt empiriska underlag. Målsättningen var därigenom att begränsa den eventuella påverkan vår förförståelse och initiala antaganden kan ha haft vid analys av det empiriska materialet. (Braun & Clarke, 2006)

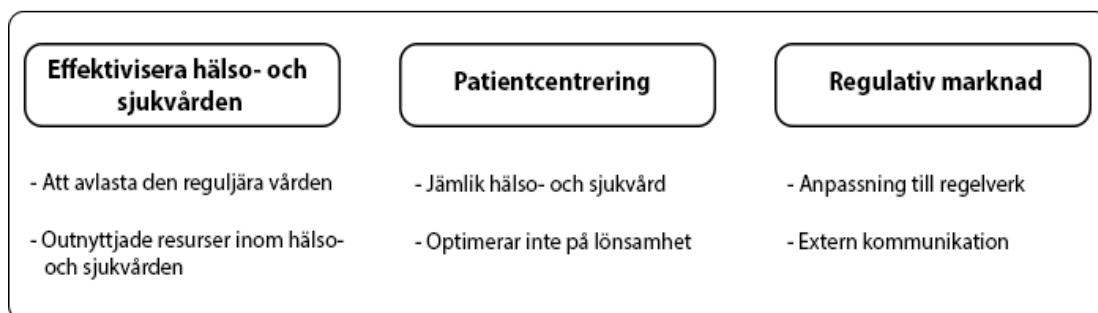
Tematisk analys är enligt Braun & Clarke (2006) en välanvänd och flexibel analysmetod som syftar till att identifiera, analysera och rapportera teman från den empiriska insamlingen. Genom kodning av det empiriska materialet kan olika teman utkristalliseras, vilka sedan analyseras för att bidra till en bättre förståelse kring den insamlade empirin. Mängden teman som används beslutar forskaren själv. (Braun & Clarke, 2006)

En av fördelarna med tematisk analys gentemot andra kvalitativa analysmetoder, som också strävar efter att urskilja mönster i empirin, är enligt Braun & Clark (2006) att den inte är teoretiskt bunden. Tematisk analys kan snarare betraktas som en kontextuell analysmetod och användas för att beskriva upplevelser, mening och verklighet hos informanterna i en studie. Vidare kan det användas för att beskriva hur verklighet, mening samt upplevelser är ett resultat av en rad olika diskurser som råder i samhället. I och med detta kan tematisk analys både användas för att spegla verkligheten samt blotta det som döljer sig under ytan. (Braun & Clark, 2006)

Eftersom forskaren är den som skapar de teman som används, är behovet av transparens stort (Braun & Clark, 2006). Oavsett vad materialet visar kommer forskaren genom sina val av teman att själv kunna styra inriktningen på studien. Vidare argumenterar Braun & Clark för att kvantifierbara mått som frekvensen av ett tema, nödvändigtvis inte avgör dess värde. Det viktigaste är snarare temans förmåga att fånga viktiga aspekter i relation till studiens frågeställning. (Braun & Clark, 2006)

I den föreliggande analysen utgick vi från Braun & Clarks (2006) sex steg för en tematisk analys. Inledningsvis läste vi noggrant igenom våra transkriberade data i syfte att bekanta oss med materialet. Därefter markerades olika textstycken inom det transkriberade materialet som visade på återkommande mönster. Dessa markerade textstycken kommenterades sedan i marginalerna där de kategoriserades i mer övergripande koder som fångade essensen av det markerade textstycket. Dessa koder klipptes sedan ut till ett nytt dokument, under vilka vi sedan sorterade tillhörande textstycken. Det nya dokumentet granskades sedan noggrant igenom för att säkerställa kodernas validitet i förhållande till de tillhörande textstyckenas budskap.

I nästa steg utformades en mind-map i syfte att kategorisera in koderna i mer övergripande potentiella teman. Under den här processen reviderades flertalet koder där vissa togs bort och andra omformulerades. Slutligen bildades tre huvudteman som fångade något gemensamt hos de tillhörande koderna. I figuren nedan presenteras de tre huvudteman och dess underrubriker.



Figur 1. Huvudteman och underrubriker.

## 4. Empiri och analys

I detta kapitel presenteras studiens empiri under olika teman som vi identifierat genom en tematisk analys. För att ge en djupare förståelse för de företag vi valt att undersöka närmre kommer dessa att presenteras med bakgrundsfakta för respektive företag. Detta följs av en genomförd dokumentstudie av Socialstyrelsens föreskrifter om god vård.

Därefter analyseras empirin löpande utefter studiens frågeställning, teoretiska referensram och Socialstyrelsens föreskrifter om god vård. I syfte att ge en mer nyanserad bild av den insamlade empirin och göra våra analyser mer reliabla har vi valt att illustrera våra resonemang och analyser med hjälp av citat från våra intervjuer.

### 4.1. Bakgrundsfakta om Visiba Care

Visiba Care är en ledande plattformslieferantör inom e-hälsa i Sverige. Företaget grundades 2014 och är idag verksamt i fem olika länder inom Europa. Grundarna, utan tidigare medicinsk bakgrund, hade som målsättning att möjliggöra ett effektivare sätt att kommunicera mellan vårdgivare och patient inom primärvården. Med hjälp av en etablerad vårdgivare i Finland och dess medicinska kompetens byggde Visiba Care sin första beta-version av plattformen, som lanserades i Finland under 2014. Utifrån detta byggdes en mer generisk plattform för att sedan lanseras på hemmamarknaden i Sverige under 2015. Denna e-hälsoplattform innehåller i sin tur olika plug-in funktioner och kan anpassas och skräddarsys utifrån olika vårdverksamheters behov. Exempel på sådan funktion är en chatt-tjänst, både genom mobilapplikation samt dator, där patienter ges möjlighet att text-kommunicera med en läkare som då får möjlighet att ta del av meddelandet och ge svar. Ytterligare funktion är videobaserat samtal som ger patienter möjlighet att kommunicera visuellt med en läkare för att få rådgivning. Detta fungerar som ett komplement till ett fysiskt besök hos primärvården och möjliggör för vårdgivare att i stor utsträckning kunna sätta diagnos samt i de fall det är möjligt skriva ut recept för patienten. Dessa videobaserade möten kan i sin tur ske via tidsbokning eller dropp-in via vårdgivarnas egen hemsida eller mobilapplikation. Detta möjliggörs då Visiba Cares e-hälsoplattform kan integreras

och samverka med redan befintliga system för exempelvis journalhantering och tidsbokning hos olika vårdgivare. Vidare utvecklar Visiba Care en mobilapplikation samt funktioner på hemsida utifrån vårdgivarens preferenser kring hur de vill arbeta med digitala flöden. Därefter paketeras tjänsten utifrån vårdgivarens eget varumärke och grafiska profil som kan lanseras på vårdgivarens hemsida samt via App Store och Google Play.

Då Visiba Care tillhandahåller en e-hälsoplattform för vårdgivare blir inte de faktiska patienterna deras kunder. Den primära målgruppen av kunder utgörs istället av Sveriges landsting med flertalet offentliga vårdgivare. Det förekommer även andra kunder i form av privata vårdcentraler samt vårdoperatörer som köper in Visiba Cares tjänster. Privata vårdgivare står själva för kostnaden vid inköp av Visiba Cares tjänster medan offentliga vårdgivare finansieras, i de flesta fall, av landstingen.

Visiba Cares digitala tjänster som förmedlas av olika vårdgivare kan i sin tur innebära olika kostnader för patienter. Prissättningen mot patienter styrs av vårdgivarna själva och kan därmed komma att variera. Inom den offentliga vården är priset oftast detsamma som vid ett vanligt primärvårdsbesök. Då dessa tjänster är i ett tidigt utvecklingsskede, erbjuder somliga vårdgivare dessa kostnadsfritt i syfte att få en ökad volym i användandet av digitala tjänster. Inom den privata sektorn kan priset variera helt beroende på utbud och efterfrågan.

## **4.2. Bakgrundsfakta om Kry**

Kry grundades under 2014 och blev då Sveriges första digitala vårdcentral. Målsättningen var och är att göra vården mer tillgänglig. Genom att förena medicinsk kompetens med digital teknologi har Kry byggt en plattform som möjliggör för patienter från hela Sverige att kunna träffa läkare utan ett fysiskt möte. Företagets grundprodukt är att hjälpa patienter med enklare primärvårdsärenden, som inte kräver en fysisk undersökning för att kunna diagnostiseras. Detta sker med hjälp av videobaserade möten genom företagets mobilapplikation och hemsida, men kan även erbjudas via surfplattor på utvalda apotek runt om i landet som samarbetar med Kry. Vid behov kan även somliga receptbelagda läkemedel skrivas ut av läkarna och hämtas upp på valfritt apotek liksom den ordinarie primärvården. Vid de fall läkarna

bedömer att de inte kan hjälpa patienten hänvisas och guidas denne vidare till en mer lämplig vårdgivare. Vidare förmedlar Kry även andra kringtjänster som psykologsamtal samt möjlighet till inköp av diverse hemtester.

I moderbolaget byggs och utvecklas den digitala plattformen, medan all vårdleverans sker genom ett helägt dotterbolag. I dotterbolaget är således läkare och vårdpersonal anställda. Dessa har oftast en annan huvudsysselsättning inom den reguljära vården där de även fysiskt kommer i kontakt med patienter. Samtliga läkare är legitimerade och dotterbolaget har samma struktur som en ”vanlig” vårdcentral med både verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare. Bolaget är en registrerad vårdgivare och kan klassas som en vårdcentral, till skillnad från de aktörer som enbart tillhandahåller en plattformslösning för videobaserade möten.

Kry är numera också en del av det offentligt finansierade systemet där Sveriges regioner kan anses vara köpare av dess vårdtjänster och vårdsökande patienter användarna. Då det råder ett så kallat co-payment system i Sverige behöver patienten, precis som inom den reguljära vården, betala en liten avgift för varje läkarbesök. Med andra ord kommer ett digitalt läkarbesök hos Kry innebära samma avgift som skulle utgått vid besök hos den vårdcentral där patienten är skriven. Vidare gäller även frikort samt kostnadsfria vårdbesök för barn. Ytterligare köpare är somliga försäkringsbolag som förmedlar krys vårdtjänster genom olika typer av vårdförsäkringar till sina kunder.

### **4.3. Dokumentstudie av Socialstyrelsens föreskrifter om god vård**

Redan för ca 2500 år sedan utformades den än idag högaktuella Hypokritiska eden som innefattade krav på god vård. Den vanligaste tolkningen av eden lyder: ”*aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta.*” Dessa formulerade krav ligger idag till grund för uppsatta mål inom lagstiftningen och syftar till att främja kvalitet inom hälso- och sjukvården så att denna kan utvecklas och säkras på ett systematiskt sätt.

Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning och tillsynsavdelning har i samarbete tagit fram bestämmelser kring ledningssystem för patientsäkerhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården i Sverige. Dessa bestämmelser framgår i en publikation om god

vård som syftar till att stötta rättstillämpning och hantering av ärenden hos huvudman och andra vårdgivare. Vidare klassar Socialstyrelsen den här publikationen som en handbok som i sin tur är sammansatt av rättsfallsreferat, tolkningsexempel, beslut från JO samt kunskapsunderlag. Ett medverkande av vetenskaplig expertis tillgodoser även kraven på vetenskaplighet kring dessa bestämmelser.

Det arbete som god vård innefattar, utifrån Socialstyrelsens föreskrifter, grundar sig i hälso-och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) samt tandvårdslagen (TL 1985:125). Dessa lagar ger i sin tur förväntningar på vad god vård ska omfatta för landets medborgare samt vårdgivare. Vidare ges också riktlinjer för de ledande funktionerna inom vården om hur vården ska säkras, organiseras och utvecklas. Tillsammans bildar nedanstående paragrafer basen för ett ordnat kvalitetsarbete.

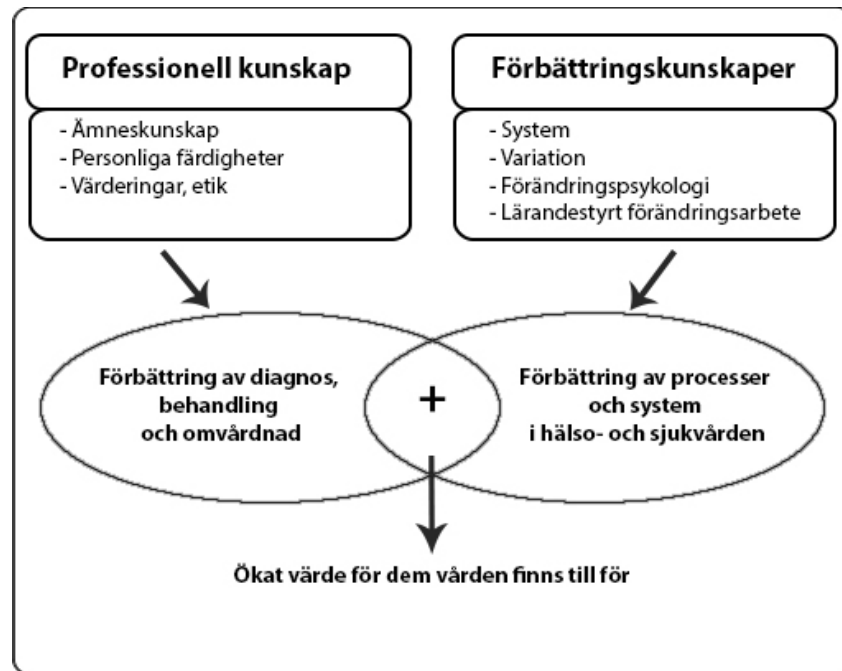
*”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (2 § HSL, 2 § TL)”*

*”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. (31 § HSL ) Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. (28 § HSL)”*

En viktig funktion med Socialstyrelsens handbok om god vård är också att koppla samman patientperspektivet med ledningsperspektivet. En god vård som är lättillgänglig är något som varje medborgare och patient förväntar sig att få, därmed måste vården utifrån ett ledningsperspektiv även utvecklas och förmedlas i linje med dessa regelverk.

I nedanstående figur som är hämtad från handboken om god vård, härleds sambandet mellan professionell- och förbättringskunskap. Här anses en kombination av dessa olika former av kunskap öka värdet för samtliga som vården är till för.





Figur 2. Baserad på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, 2006.

Den professionella kunskapen inom hälso- och sjukvården är någonting som växer snabbt och medför förbättringar inom diagnostik och behandling av patienter. Implementering av den professionella kunskapen varierar dock i både hastighet och utsträckning, vilket medför stora variationer i dess allmänna bruk.

För att se till att den senaste kunskapen och förbättrade metoder kommer patienterna till del, behövs det som härletts i figur 2, kunskap om förbättring, vilket oftast inte ingår i den ordinarie utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa förbättringskunskaper ska fungera som ett komplement till den professionella kunskapen hos hälso- och sjukvården och vilar på beteendevetenskaplig forskning.

I Sverige är kvalitetsarbete något som övergår till en mer integrerad del av verksamheten. I och med detta ställs högre krav på verksamheter som sätter upp mål samt mäter och jämför sig själva med andra. Det förekommer också en mer transparent redovisning av resultat och ett aktivt arbete med kvalitetsförbättringar. Detta gör att ett välfungerande ledningssystem blir en grundförutsättning för att vårdgivare ska kunna följa upp kvalitét och säkerhet i verksamheten.

## **Kvalité inom hälso- och sjukvården**

Nedan följer sex internationellt definierade kvalitetsområden som också tillämpas av Sveriges landsting inom hälso- och sjukvård. Dessa kvalitetsområden får även stöd både utifrån hälso- och sjukvårdslagens (HSL) samt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

### **1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård**

1.1. För att tillgodose patientens individuella behov på ett så tillfredställande vis som möjligt, ska vården utformas på beprövade erfarenheter och vetenskap.

*”Den som tillhör hälso- och sjukvårds- personalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.” -2 kap 1 § LYHS*

### **2. Säker hälso- och sjukvård**

2.1. Genom att aktivt arbeta riskförebyggande förhindras vårdskador.

*”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitets- arbete och innebär att vård skador skall förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet.” - 2 a §, 2 c §, 2 e §, 28 § HSL, 3 § TL*

### **3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård**

3.1. Vård ges genom att väga in och ta hänsyn till individens särskilda behov, förväntningar och värderingar vid kliniska beslut.

*”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten skall visas omtanke och respekt.” - 2 a §, 2 b § HSL, 3 § TL och 2 kap 1 § LYHS*

#### **4. Effektiv hälso- och sjukvård**

4.1. För att uppnå uppsatta mål skall tillgängliga resurser nyttjas på bästa sätt. Olika vårdaktörer samverkar för att utforma och förmedla vård beroende på tillståndets svårighetsgrad samt kostnadseffektiviteten för insatserna.

*“Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.” - 28 § HSL*

#### **5. Jämlik hälso- och sjukvård**

5.1. Vården ska fördelas och ges på lika villkor för alla.

*”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.” - 2 § HSL, 2 § TL*

#### **6. Hälso- och sjukvård i rimlig tid**

6.1. En patient i behov av vårdinsatser ska aldrig vara tvungen att vänta orimlig tid.

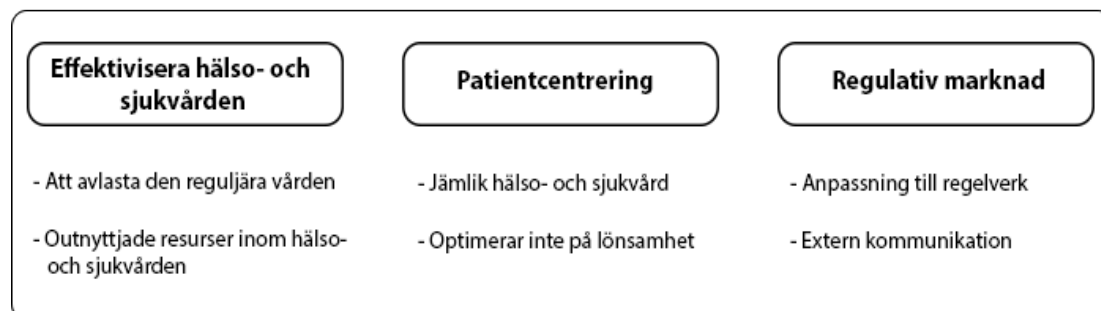
*”Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.” - 2 a §, 3 § HSL, 3 § TL*

6.2. Ett grundläggande krav på hälso- och sjukvården som ska genomsyra all kvalitetsarbete, är ett aktivt patientsäkerhetstänkande. Vidare ställs också krav på utrustning, lokaler och personal i HSL och TL.

*”Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.” - 2 e § HSL, 4a § TL*

Utifrån ovanstående kvalitetsområden som härleds från Socialstyrelsens föreskrifter om god vård, utformades många av de frågor som användes i studiens semi-strukturerade intervjuer. Nästa sektion i detta kapitel kommer att behandla insamlad

empiri från dessa intervjuer. Detta görs med hjälp av studiens tre huvudteman och underrubriker som illustreras återigen i nedanstående figur.



Figur 5. Huvudteman och underrubriker.

#### 4.4. Effektivisera hälso-och sjukvården

Utifrån socialstyrelsen föreskrifter förklaras effektiv vård som en vital del i arbetet om god vård (Socialstyrelsen, 2006). Detta är ett tema som respondenterna berör flertalet gånger i samtliga intervjuer, vilket speglas i underrubrikerna; Att avlasta den reguljära vården samt outnyttjade resurser inom hälso-och sjukvården.

##### Att avlasta den reguljära vården

Ett påtagligt drag som framgår i informanternas intervjusvar är att samtliga beskriver sina verksamheter som ett komplement till den reguljära vården. Det framgår i vår empiri att videobaserade möten mellan vårdgivare och patienter inte lämpar sig för alla symptom, men att det kan avlasta vårdcentraler i dagsläget genom att eliminera uppsökandet av vård för enklare primärvårdsärenden. En av informanterna beskrev detta på följande sätt

*”Vårdcentraler bedömer i dagsläget att vi skulle kunna hjälpa till med ca 40 % av deras möten med patienter. Då finns det ingen poäng exempelvis i att gå till vårdcentralen om du har typ en urinvägsinfektion, bihåleinflammation eller enklare eksem eller bara allmän rådfrågning. Du behöver inte åka till en primärvårdsmottagning och då kan vi avlasta andra.” – VD, Kry*

Vidare förklarade VD:n på Kry att de aktivt arbetar med vägledning av de patienter som bedöms inte kunnat hjälpas via videobaserade möten. Detta sker genom att

patienterna istället guidas och hänvisas till lämplig vårdgivare för sina ärenden, samt får hjälp med att kunna ställa rätt frågor i syfte att effektivisera vårdprocessen. Detta kan anses ligga i linje med Socialstyrelsen riktlinjer om effektivisering av hälso- och sjukvård, där det förklaras att olika vårdaktörer bör samverka i syfte att kunna förmedla kostnadseffektiv vård (Socialstyrelsen, 2006).

I empirin framgår även en distinkt skillnad och oenighet kring det sätt som Kry och Visiba Care vill agera som komplement till den reguljära vården. Kry i egenskap av en digital vårdgivare förklarade att det mest effektiva sättet att avlasta den reguljära vården är genom att tillhandahålla en helhetslösning med egen vårdpersonal. Detta anses bidra med många skalfördelar och en snabbare tillgång till primärvård som annars inte vore möjligt. Visiba Care argumenterade istället för vikten av den reguljära vårdens förmåga att själva kunna erbjuda digitala möten för patienter, i syfte att inte fragmentera den befintliga vårdkedjan.

*”Utmaningen för andra aktörer som går in och blir en digital vårdgivare är att de fragmenterar vårdkedjan och sen tar det stopp, och så får patienten börja om processen igen. De kan försöka remittera men det blir knöligt, för man är inte inne i rätt flöde.” – VD, Visiba Care*

Vidare följer ett annorlunda resonemang från Kry VD:

*”Det finns många aktörer som är ren plattformslieferantörer som argumenterar för att vården kan göra precis som de gör annars, men de vårdcentralerna kommer aldrig att kunna leverera vård under 15 minuter med 15 olika språk och dygnet runt i Sverige. Och då gör man som man alltid gjort inom vården vilket är att vi jobbar på som vi alltid gjort tidigare och köpt en digital grej som ska hjälpa oss, men i själva verket tappar många fördelar som den här typen av lösningar kan innebära.” – VD, Kry*

Detta kan tolkas som att båda aktörerna legitimerar sin existens på marknaden genom att förmedla ett budskap om att vilja avlasta primärvården. Trots att budskapen skiljer sig åt i dess tillvägagångssätt kan båda anses ligga i linje med de föreskrifter som gäller om god vård (Socialstyrelsen, 2006). Vidare förmedlade Kry ett skeptiskt

förhållningsätt till den reguljära vårdens förmåga att själva kunna tillhandahålla digitala lösningar för vårdtagare.

*”Tittar man på andra vårdaktörer så har du typ ett sjukhus med några IT-gubbar som har hand om ”data” och alla IT-grejer och de där uppe tror att gubbarna ska typ köpa något system som ska lösa massa problem, vilket blir istället att man lägger en tunn filt, något digitalt ovanpå en befintlig icke-fungerande struktur.” – VD, Kry*

Detta kan tolkas som löskoppling inom den reguljära vården som snarare köper in digitala lösningar för att framstå som moderna, rationella och i linje med föreskrifter om god vård, än att faktiskt skapa förutsättningar till att effektivisera vårdprocessen (Zetterquist, 2015). Vidare kan detta tyda på svårigheter för organisationer inom hälso- och sjukvården att ersätta äldre metoder med nya som ofta kräver omfattande organisatoriska förändringar och förhållningsätt internt. Inköp av nya digitala lösningar som videobaserade möten kan då rimligtvis möta starkt motstånd inom ett institutionaliserat fält som Sveriges hälso-och sjukvård, där det anses råda väletablerade handlingsmönster och förhållningssätt kring hur vård skall bedrivas. (Zetterquist, Kalling & Styhre, 2015)

### **Outnyttjade resurser inom hälso-och sjukvården**

För att uppnå uppsatta mål skall tillgängliga resurser inom hälso-och sjukvården nyttjas på bästa sätt (Socialstyrelsen, 2006). Vårt empiriska material pekar ut flertalet brister inom hälso-och sjukvården i Sverige där resurser inte anses användas på ett optimalt sätt. Bland annat lyfts bristen på patientdelaktighet och språkkunskaper samt en outnyttjad vårdkompetens. Digitala lösningar som tillhandahålls av aktörer som Kry och Visiba Care anses kunna öka möjligheten till en större patientdelaktighet samt ett förbättrat nyttjande av vårdkompetens och språkkunskaper. Genom ökad patientdelaktighet i vårdprocessen anses vårdpersonalen kunna frigöra tid från administrativt arbete, som istället kan avsättas till att träffa fler patienter. En av informanterna beskrev detta på följande sätt:

*”Vi gör att en stor mängd av den tiden vårdgivare lägger på patienter nu görs av patienten själv. Dem fyller i information om sina symtom själva, de bokar*

*sina möten själva, vilket gör att sjuksköterskor inte behöver prata med patienten i fem minuter för att ett möte ska bli bokad. Det finns flera aspekter av ett helt vårdflöde som gör att vi tar bort delar som vården tidigare gjort och lägger över det på patienten istället. Så det är utifrån det ett effektivitetsperspektiv.” – VD, Visiba Care*

Vidare antyder empirin att användning av digitala tjänster som videobaserade möten bidrar till en bättre nyttjad vårdkompetens och språkkunskaper, vilket i sin tur resulterar i effektivare användning av de resurser som finns inom hälso-och sjukvården.

*”Nu finns det riktlinjer kring att man måste tala flytande svenska för att ha läkar-leg, vilket leder till en massa outnyttjade resurser och kompetens som går miste om där personer skulle kunna bedriva vård fast på sitt modersmål. Där tror jag att det kommer öppna upp sig mer framöver. Sedan är många av de befintliga läkarna som jobbar hos oss sådana resurser som inte kommer systemet till gagn som annars kanske inte hade jobbat, vilket är väldigt coolt! Några är exempelvis på väg in i pensionen och vill inte springa runt på golvet men vill fortfarande träffa lite patienter. Vi hade en läkare som klättrat upp på ett träd och ramlat och brutit foten och därmed inte kunde arbeta på sin akutmottagning, men som kan jobba genom oss.” – VD, Kry*

De ovanstående citaten kan tolkas som ett aktivt ställningstagande från både Kry och Visiba Care i att bidra till effektivisering av hälso-och sjukvården i Sverige. Detta sker genom att båda aktörerna fångar upp olika former av outnyttjade resurser med hjälp av sina digitala lösningar och därmed ligger i linje med den rådande diskursen om hur effektiv vård skall bedrivas (Socialstyrelsen, 2006). I och med detta kan dessa aktörer även legitimera drivandet av en digital förändring inom hälso-och sjukvården, i egenskap av institutionella entreprenörer. (Wijen & Ansari, 2007)

Ett ytterligare fynd i empirin är att det kan förekomma tolkningsutrymme kring Socialstyrelsens föreskrifter om god vård, trots dess härledning från hälso-och sjukvårdslagen (HSL). De faktiska målen som sätts upp inom hälso-och sjukvårdens organisationer kan anses vara mindre ambitiösa i förhållande till den snabba

utvecklingen och effektiviseringsmöjligheter som digitaliseringen faktiskt möjliggör. En av informanterna beskrev detta på följande sätt:

*”De vill att vi ska vara en ledande e-hälsonation inom tio år, sedan pratas det om sammanhållna journalføring och delade patientinfo. Jag tänker på teknikutvecklingen senaste tio åren, det kommer förmodligen accelereras gånger tre kommande tio åren. Med andra ord har man ganska lågt ställda ambitioner om man tror att vi kommer vara ledande inom någonting som har med e-sjukvården att göra om ambitionen är att ha sammanhållna journalføring” – VD, Kry*

Dessa lågt satta målsättningar kan ytterligare ha sin förklaring i professionell kunskap inom hälso-och sjukvården som anses leda till förbättring av diagnostik och behandling av patienter. Implementering av den professionella kunskapen varierar idag i både hastighet och utsträckning inom hälso-och sjukvården i Sverige, vilket också leder till stora variationer i dess allmänna bruk (Socialstyrelsen, 2006). Vidare förklarar Socialstyrelsen att förbättring av processer och system inom hälso-och sjukvården kräver just kunskap om förbättring, vilket oftast inte ingår i den ordinarie utbildningen för hälso-och sjukvårdspersonal i Sverige. (Socialstyrelsen, 2006)

Detta gör det rimligtvis svårt för organisationer inom den reguljära vården att anpassa praxis utifrån den senaste kunskapen. Detta kan således tolkas som att den reguljära vården inte nyttjar tillgängliga resurser på ett optimalt sätt och att föreskrifter om god vård snarare används som målsättningar än krav.

#### **4.5. Patientcentrering**

En jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Även ett gott bemötande till patienten är en viktig faktor för att utveckla en mer jämlik och patientfokuserad hälso- och sjukvård. (Socialstyrelsen, 2006) I vårt empiriska material lyfts skillnader och ojämlikheter som idag finns gällande den vård som tillhandahålls i olika kommuner och landsting. Samtidigt kan vi se hur en bild målas upp av den rådande hälso-och sjukvården där patientfokus inte står i centrum utan kommer i andra hand.



## Jämlik hälso- och sjukvård

Ett budskap som blir tydligt i vårt empiriska material är Kry och Visiba Cares uppmärksammande på att hälso- och sjukvården idag inte tillhandahålls lika för alla, oberoende av geografisk placering. Det framgår även att bemötandet från vårdgivare kan skilja sig åt, då patienter kan bemötas olika beroende på deras personliga status. Kry och Visiba Care gav uttryck för en ambition att sudda ut dessa skillnader och skapa en mer jämlik vård för alla i Sverige.

*”Det som ofta pratas om är ojämlikhet i vården och det är jättestora skillnader på vård tillgänglighet beroende på vart man bor, vi är en nationell aktör så vi fungerar likadant överallt, vår ambition är att du ska kunna söka vård hos oss inom 15 minuter dygnet runt och det gäller alla. Nu ser jag exempelvis i kry-appen att det är drygt tre minuter väntetid för att få träffa en läkare, och detta kan man göra från Stockholm, Haparanda, Göteborg eller vart som helst.” – VD, Kry*

Tjänsten som Kry tillhandahåller vårdtagare visar på ett aktivt arbete som ligger i linje med Socialstyrelsens riktlinjer om god vård, för att tillgodose att vården ska ges på lika villkor för alla (Socialstyrelsen, 2006). Även Visiba Care uttryckte att de brinner för att förändra sjukvården men också göra den mer tillgänglig för allmänheten. Fysiska möten med vårdgivare förklaras vara myter och att digitala lösningar är ett måste för att upprätthålla välfärden i framtiden. Vidare kan vi se Visiba Cares intresse för att placera patienten i centrum genom videobaserade möten med vårdgivaren, för att tillgodose en mer jämlik hälso- och sjukvård.

*”Vi tycker att det blir ”patient empowerment”, där man stärker patienter på ett väldigt bra sätt när man kan erbjuda en digital vård, därför att när du kommer in till en vårdgivare så blir du snabbt väldigt mycket bedömd efter det fysiska, hur du ser ut och hur du pratar osv. Men när du kopplar upp via en digital tjänst så är du lite skyddad bakom en digital identitet och du blir inte bedömt på samma sätt. Och studier visar på att hemlösa som har testat på digital vård i England har upplevt sig blivit mycket bättre bemötta när de kommer in via digitala behandlingar än när de går fysiskt till en vårdcentral.*

*Detta är en väldigt intressant iakttagelse och kan klart visa på och ge en mer jämlik vård.” – VD, Visiba Care*

Detta tyder på att aktörerna i egenskap av institutionella entreprenörer formar en diskurs som ligger i linje med de värderingar och krav som ställs både utifrån socialstyrelsens föreskrifter om god vård, men också vårdtagarnas efterfrågan på tillgänglig vård. Vidare visar detta på flexibilitet hos aktörerna i att kunna möta olika individers vårdbehov.

### **Optimerar inte på lönsamhet**

För att kvaliteten i hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas och säkras måste även patientfokus beaktas och vara en central del i det fortlöpande arbetet. (Socialstyrelsen, 2006) Bristen på patientfokus inom hälso- och sjukvården blev tydlig när Kry förklarade det sätt på vilket vårdbolagen drivs i dagsläget, där vårdgivaren anses prioriteras före patienten och begreppet patientfokus mest blivit ett trendord. Kry VD förklarade att dess målsättning istället är att bygga den bästa patientupplevelsen och inte optimera på lönsamhet.

*”Vi är ett startup som inte optimerar på att tjäna pengar i dagsläget, utan optimerar på att bygga den bästa patientupplevelsen och då har vi tagit ganska mycket höjd för att vi i långa perioder ska kunna finansiera detta själva och vi ser att det kan ta tid att gå in i varje ny marknad och varje land.  
– VD, Kry*

Vidare följde samma person upp detta resonemang med:

*”Så som vi arbetar med patientfokus är att vi bygger detta direkt till patienten och är tydliga med det. Vi bygger vår tjänst för patienten och inte för några befintliga vårdssystem. Vi tänker inte på hur ersättningsmodellerna funkar, utan hur vi tycker att vården borde fungera och sedan bygger vi det så. Vi har haft långa sträckor där vi har sponsrat det själva och gett bort möten till barn gratis etc. och prissätter på samma sätt som vanlig vård, vilket kan vara svårt att göra.” – VD, Kry*

Detta kan tolkas som att Kry sätter patienten i fokus och tar en aktiv roll i att bidra och utveckla patientcentrering inom hälso- och sjukvården, vilket också ligger i linje med Socialstyrelsens föreskrifter om god vård (Socialstyrelsen, 2006). Vidare kan den kritik som riktas mot vårdbolagens förfarande att utåt sett förespråka patientcentrering, men i själva verket prioritera vårdgivaren, visa på löskoppling inom hälso-och sjukvården (Zetterquist, 2015).

Kry och Visiba Cares arbete med patientcentrering kan således tolkas som ett aktivt bidragande till att tillgodose vårdtagare med en flexibel, patientfokuserad och jämlik hälso- och sjukvård som möter individens behov, samtidigt som aktörerna kan anses ligga i linje med den rådande diskursen om god vård. (Socialstyrelsen, 2006)

#### 4.6. Regulativ marknad

Socialstyrelsens föreskrifter om god vård förklarar de krav och regler som ska följas samt de mål som ska eftersträvas inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2006). Detta speglas även i vår empiri där bland annat anpassning till regelverk i form av patientsäkerhet samt vikten av extern kommunikation anses vara nyckelfaktorer för att lyckas driva förändring inom en regulativ marknad som hälso-och sjukvården.

##### **Anpassning till regelverk**

Att hälso- och sjukvården är ett regulatoriskt fält förklaras som anledning till att så få entreprenörer idag jobbar inom området, då utmaningen med att förhålla sig till de många regler och krav upplevs som ett stort hinder. Kry och Visiba Cares respektive VD tydliggjorde under intervjuerna att de aktivt arbetar utifrån gällande regelverk, anpassad efter den marknad de verkar inom, för att de digitala vårdmöten de tillhandahåller skall ske på ett korrekt sätt.

*”Vi har en bolagsjurist nu som bara jobbar med Compliance Legal delarna. Vår ambition är alltid högre och vill vara bättre än de befintliga vårdaktörerna, så vi har haft en hel del kritiska ögon på oss från början, och därför är vi trygga i att vi har alla de bitarna på det klara. Det finns inte så mycket innovatörer och entreprenörer som jobbar inom detta område, då det är ett regulatoriskt fält och det finns många hinder, och självklart tyckte vi*

*också att det var lite läskigt i början med vård och allt det innebär. Men det går att hantera, man måste bara se till att göra det.” – VD, Kry*

Ovanstående citat kan tolkas som att Kry anpassar sin verksamhet till rådande regelverk och de riktlinjer som ges av kommuner och landsting. I empirin framgår det även att Visiba Care tar höjd för olika marknaders standarder och krav i syfte att kunna anpassa olika typer av tekniska lösningar. På samma sätt förklarade VD:n på Kry att företaget har intern policy och rutiner kring hur läkarna ska agera i videobaserademöten för att upprätthålla ett professionellt bemötande till patienten. Ytterligare framgick det att Kry till en början var tvungna att tona ner dess roll som digital vårdgivare, och istället sälja sina tjänster till redan befintliga vårdaktörer inom den reguljära vården och genomföra pilottester för att legitimera värdet av sina tjänster. Detta kan återigen tolkas som att Kry och Visiba Care verkar inom ett högt institutionaliserat fält och därmed måste forma sitt budskap efter den rådande koalitionen för att kunna legitimera sina tjänster och därigenom bedriva förändring (Zetterquist, 2015).

En ytterligare trend som visas i empirin är en ökad acceptans för digitala lösningar inom hälso- och sjukvården. VD:n på Kry förklarade att det inte fanns ersättningssystem för att bedriva digital vård vid företagets uppstart för ca två år sedan, medan företaget nu är en del av det offentligt finansierade systemet. På samma sätt förklarade Visiba Cares VD att branschen länge legat efter initialt och inte gett någon ersättning för digitala vårdmöten. Idag ser det emellertid annorlunda ut då många av landstingen succesivt har reviderat reglerna så att vårdgivare skall kunna få ersättning för videobaserade möten på samma sätt som ett fysiskt vårdbesök. Detta kan tänkas skapa nya incitament för både entreprenörer som vill leverera digitala vårdtjänster, samtidigt som den reguljära vården får nya incitament att köpa in digitala tjänster.

Ett grundläggande krav på hälso- och sjukvården är det patientsäkerhetstänk som ska genomsyra hela verksamheten (Socialstyrelsen, 2006). Detta kräver i sin tur att medarbetarna ges sådana förutsättningar för att kunna bedriva en säker vård. Detta speglas i empirin då Kry som en registrerad vårdgivare bland annat har en liknande organisationsstruktur som ett vanligt fysiskt primärvårdsbolag, med både medicinskt

ansvarig läkare och en verksamhetsansvarig för att kunna säkerställa god kvalitet i vårdleveransen. Vidare är plattformen hos både Visiba Care och Kry CE-märkta medicintekniska produkter som försäkrar om att de tillverkats i överensstämmelse med läkemedelsverkets krav. Allt detta tyder på att båda aktörerna följer den regulativa marknadens regelverk och värnar om en säker vårdleverans vilket ligger i linje med Socialstyrelsens föreskrifter om god vård och patientsäkerhet. (Socialstyrelsen, 2006).

### **Extern kommunikation**

Vikten av extern kommunikation är ett tydligt drag i vårt empiriska material. Genom den externa kommunikationen kan respektive företag i vår studie nå ut med budskap om sina tjänster och verksamhet och på så vis legitimera sin existens. Dessa budskap kan förmedlas i allt från hur respektive företag paketerar sina tjänster, talar om hälso- och sjukvård, väljer marknadsföringskanaler till det sätt de svarar på våra intervjufrågor.

För att kunna bedriva förändring inom ett institutionaliserat fält är det av stor vikt att kunna forma en diskurs som ligger i linje med den dominerande koalitionen. (Zetterquist, 2015). I och med detta kan det budskap som förmedlas genom extern kommunikation av institutionella entreprenörer vara av stor vikt för dess framgångar. På samma sätt kan Kry och Visiba Cares sätt att paketera sina tjänster och förmedla dess värde i linje med de riktlinjerna som ska följas inom hälso-och sjukvården vara avgörande för deras framgångar. Här blir den externa kommunikationen ut mot både vårdtagare och befintliga vårdorganisationer också en viktig del för aktörerna, i syfte att fånga intresse och marknadsföra sina digitala tjänster. Marknadschefen på Visiba Care förklarade vikten av att synas på olika typer av medier och att effekten av det omfattande arbete med marknadsföring nu börjar visa sig.

*”Vi jobbar med metodik som heter Inbound Marketing. I grova drag så handlar det om att vi ska ha så pass mycket bra innehåll, i form av bloggar, white papers, rapporter och sådana saker som underlättar för våra kunder att genomföra ett beslut i köpprocessen. Inbound handlar iallafall om att få besökarna på hemsida, blogg och sociala medier att känna att detta är hjälp för dem i sin beslutsprocess. Det vi ser nu är att det har gett med att vi har jobbat med detta under en relativt lång tid” - Marknadschef, Visiba Care*

Vidare förklarade Kryss VD vikten av att öka medvetenheten hos vårdtagare kring digitala vårdmöten.

*”Ska det här bli en kostnadsbesparing för oss som nation och spara patienter en massa tid och avlasta vårdcentralerna, då måste folk känna till det också. Det räcker inte med att det bara finns, vilket tyvärr är ett vanligt sätt att tänka inom vården där man köper in något nytt system och säger vad bra nu har vi det sedan är det ingen som använder det.” – VD, Kry*

Detta kan tolkas som att båda aktörerna lägger stor vikt vid extern kommunikation men att det förekommer en del skillnader i vad som skall uppnås samt det sätt den externa kommunikationen sker på. I Kryss fall riktas en större fokus på att sprida kännedom till allmänheten och därigenom öka användandet av sina tjänster, medan det i Visiba Cares fall främst handlar om att tillhandahålla beslutsunderlag för att underlätta eventuella köpbeslutsprocesser för beslutsfattare inom den reguljära vården.

Detta lyfts även i empirin då Visiba Care flertalet gånger förklarade White-Label funktionaliteten som den mest centrala delen av företagets erbjudande. Genom detta kan Visiba Care då hjälpa vårdgivare att bygga upp ett nytt digitalt vårdflöde utifrån vårdgivarens behov som sedan anpassas efter deras eget varumärke och grafiska profil.

Tillsammans kan det ovanstående tyda på att Visiba Care är mer intresserade av att nå ut till den reguljära vårdens beslutsfattare än att rikta fokus på den enskilde vårdtagaren. Detta kan i sin tur legitimera Visiba Cares affärsmodell utifrån den reguljära vårdens praxis för inköp och nyttjande av digitala lösningar från externa parter. Utifrån detta är en rimlig slutsats att Visiba Care formar en diskurs som ligger i linje med de redan befintliga normer inom det högt institutionaliserade fältet som den reguljära vården kan anses vara. (Zetterquist, Kalling & Styhre, 2015)

## 5. Diskussion och slutsats

I detta avslutande kapitel presenteras en sammanfattning av studiens syfte och de mest betydelsefulla fynden från vårt empiriska material. Avslutningsvis lyfts studiens slutsatser samt förslag till vidare forskning inom fältet.

Syftet med den föreliggande studien var att få en bättre förståelse för två ledande aktörer inom den digitala utvecklingen av vårdmöten i Sverige. En bättre förståelse för dessa två aktörers motiv, utmaningar och arbetssätt tänktes således bidra till viktiga insikter om vad som krävs för att kunna driva förändring inom ett institutionaliserat fält som hälso-och sjukvården i Sverige. Det är således inte i vårt syfte att studera kvaliteten i den här typen av vårdmöten. Utifrån teorier om institutionellt entreprenörskap förklarades det som nödvändigt att forma en diskurs som ligger i linje med rådande normer och riktlinjer för att kunna bedriva förändringar inom det avsedda fältet. Studiens frågeställning mynnade således ut i hur företagen som tillhandahåller videobaserade vårdmöten i Sverige arbetar och förhåller sig till den rådande diskursen om god vård.

Ett av studiens viktigaste fynd är de skillnader som uppmärksammades mellan de två studerade företagen. Trots att båda förespråkar en digital utveckling av Sveriges hälso-och sjukvård, visades påtagliga skillnader i företagens externa kommunikation och det sätt de förhåller sig till den reguljära vården. Dessa skillnader anser vi grundar sig i att företagen bedriver två olika typer av verksamheter. Visiba Care tillhandahåller en e-hälsoplattform till den reguljära vården och har därmed ett stort fokus på att utveckla de befintliga vårdorganisationernas sätt att arbeta med digitala lösningar internt. Kry, å andra sidan, vill bedriva vård på egen hand i egenskap av en digital vårdcentral och har ett mer skeptiskt förhållningssätt till den reguljära vårdens förmåga att nyttja digitala lösningar internt. Kry vill istället tillhandahålla en helhetslösning för att på ett effektivt sätt avlasta den reguljära vården med enklare primärvårdsärenden.

Detta mynnar ut i att båda aktörerna förespråkar, på olika sätt, en ökad användning av digitala lösningar inom hälso- och sjukvården, och formar därmed en diskurs utifrån

de värden och fördelar som just deras affärsmodell kan tillföra den svenska hälso- och sjukvården.

Vid första anblick kan det antydast att Visiba Care, i förhållande till Kry, har en affärsmodell som ligger mer i linje med vad som speglar normen och den praxis som förekommer inom den reguljära vården, där digitala lösningar vanligtvis köps in från externa parter. Att Visiba Cares e-hälsoplattform kan anses ligga i linje med befintliga vårdorganisationers föreställningar och rutiner om hur digitala lösningar skall tillhandahållas patienter, kan förväntas underlätta legitimering av företagets tjänsteutbud. Detta kan i sin tur förenkla för Visiba Care att bedriva sin verksamhet på ett effektivt sätt som en ny aktör på en marknad med institutionaliserade praxis.

Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om god vård kan vi däremot se att båda företagen ligger i linje med de regelverk och krav som ska tillämpas inom hälso- och sjukvården. Båda företagen kan anses genom sin affärsmodell och tjänster tillföra effektivisering, patientcentrering, och en mer jämlik vård till Sveriges hälso- och sjukvård.

I detta fall kan Kryns affärsmodell till och med anses ligga mer i linje med just de föreskrifter och krav som finns om god vård. Detta då befintliga vårdaktörer flertalet gånger påpekas ha en bristande struktur där huvudfokus riktas på själva vårdsystemets utveckling snarare än genuint patientfokus. I och med dessa brister kan digitala lösningar som införskaffas inom den reguljära vården snarare bli ett sätt att framhäva en modern och digital profil, än att faktiskt nyttjas till att göra vårdprocessen mer patientcentrerad och effektiv. Fördelen med Kryns affärsmodell blir här att de verkar som en fristående vårdaktör och därmed inte påverkas i samma grad av existerande strukturer inom den reguljära vården. Samtidigt blir det rimligtvis svårare för aktörer som Kry att legitimera sitt tjänsteutbud då de behöver konkurrera med väletablerade vårdgivare inom den reguljära vården, som allmänheten är vana vid att vända sig till.

De empiriska fynden tyder på att det finns ett gap mellan idealbilden om vad som utgör god vård utifrån föreskrifter, och hur vård faktiskt praktiseras av befintliga aktörer inom den reguljära vården. Utifrån de studerade företagens sätt att anpassa



sina tjänster och verksamhet samt forma en diskurs som ligger i linje med gällande normer och föreskrifter om god vård, kan dessa företag tänkas påverka den reguljära vården och rimligtvis bidra till en förändring mot ett minskat gap mellan föreskrifterna om god vård och hur vård faktiskt praktiseras inom den reguljära vården. Det som blir intressant för framtida forskning är således att undersöka mer konkret hur digitala vårdaktörer kan medverka till att sluta detta gap och även om den övergripande kvalitén, som vårdgivarens bedömningsförmåga och andra viktiga aspekter i vårdmöten kan upprätthållas i linje med föreskrifter om god vård.

## 6. Referenslista

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge* (1.th ed.). Garden City, N.Y: Doubleday.

Braun, V. och Clarke, V. (2006) "Using thematic analysis in psychology" *Qualitative Research in Psychology*, 3, 2, 77-101.

Bryman, A., & Bell, E. (2013). *Företagsekonomiska forskningsmetoder* (2., [rev.] uppl. ed.). Stockholm: Liber.

Czarniawska, B., & Sevón, G. (1996). *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter.

DiMaggio, P. (1988). Progressivism and the arts. *Society*, 25(5), 70.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.

Douglas, M. T. (1986). Risk acceptability according to the social sciences

Dubois, A., & Gadde, L. (2002). The construction industry as a loosely coupled system: Implications for productivity and innovation. *Construction Management and Economics*, 20(7), 621-631. doi:10.1080/01446190210163543

Eriksson-Zetterquist, U. (2009). *Institutionell teori: Idéer, moden, förändring* (1. uppl. ed.). Malmö: Liber.

Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., & Styhre, A. (2015). *Organisation och organisering* (4., uppdaterade uppl. ed.). Stockholm: Liber.

FLIGSTEIN, N. (1997). Social skill and institutional theory. *American Behavioral Scientist*, 40(4), 397-405. doi:10.1177/0002764297040004003

Garud, R., Hardy, C., & Maguire, S. (2007). Institutional entrepreneurship as embedded agency: An introduction to the special issue. *Organization Studies*, 28(7), 957-969. doi:10.1177/0170840607078958

Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1022-1054. doi:10.5465/AMR.1996.9704071862

Jepperson, R. L. 1991. Institutions, institutional effects, and institutionalism. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*: 143-163. Chicago: University of Chicago Press.

Lind, R. (2014). *Vidga vetandet: En introduktion till samhällsvetenskaplig forskning* (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Maguire, S., Hardy, C., & Lawrence, T. B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. *The Academy of Management Journal*, 47(5), 657-679. doi:10.2307/20159610

March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*. New York: Free Press.

McKinsey & Company. (2016). *Värdet av digital teknik i den svenska vården*. Hämtad 2016-11-15, från <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/digitizing-healthcare-in-sweden>

Motion 2015/15:4296. *Digitaliserad vård - en möjlighet för alla*. Tillgänglig: <http://skl.se/download/18.85439e61506cc4d3a2765a7/1445863128227/Motion+62+Digitaliserad+v%C3%A5rd+-+en+m%C3%B6jlighet+f%C3%B6r+alla.pdf>

*Nationalencyklopedin*, digitalisering.

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/digitalisering> (hämtad 2017-01-05)

Polanyi, K. (2001). *The great transformation: The political and economic origins of our time / [elektronisk resurs]* (2nd Beacon Paperback ed.). Boston, MA: Beacon Press.

Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Selznick, P. (1957). *Leadership in administration: A sociological interpretation*. New York: Harper & Row, publ.

SFS (1982). Hälso- och sjukvårdslagen. (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.

SFS (1985). Tandvårdslag. (SFS 1985:125) Stockholm: Socialdepartementet

SFS (1998). Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. (SFS 1998:531) Stockholm: Socialdeartimentet

Suddaby, R., & Greenwood, R. (2005). Rhetorical strategies of legitimacy. *Administrative Science Quarterly*, 50(1), 35-67. doi:10.2189/asqu.2005.50.1.35

Svensson, L. E. O., Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet, & Samhällsvetenskapliga fakulteten. (1996). *Inflation forecast targeting: Implementing and monitoring inflation targets*

Sverige. Socialstyrelsen. (2006). God vård: Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen.

Wijen, F., & Ansari, S. (2007). Overcoming inaction through collective institutional entrepreneurship: Insights from regime theory. *Organization Studies*, 28(7), 1079-1100. doi:10.1177/0170840607078115