



LUNDS UNIVERSITET
Ekonomihögskolan

VT17

Företagsekonomiska institutionen

FEKH19

Examensarbete i Strategic Management

Vad doktorn ordinerar - under huden på varaktiga konkurrens fördelar

En kvalitativ fallstudie av Min Doktor inom den virtuella primärvården

Författare:

Mette Härning-Nilsson

Olivia Johansson

Amelie Karlsson

Handledare:

Hans Knutsson

Antal ord: 14 930

SAMMANFATTNING

Titel: Vad doktorn ordinerar - under huden på varaktiga konkurrens fördelar. *En kvalitativ fallstudie av Min Doktor inom den virtuella primärvården.*

Seminariedatum: 2017-06-02

Ämne/kurs: FEKH19 Företagsekonomi: Examensarbete i Strategic Management på Kandidatnivå, 15 hp

Författare: Mette Härning-Nilsson, Olivia Johansson och Amelie Karlsson

Handledare: Hans Knutsson

Nyckelord: Dynamiska kapabiliteter, resursförändringar, nätverkseffekter, virtuell primärvård, digitalisering

Syfte: Studiens syfte har varit att undersöka nya digitala branschers förutsättningar att skapa dynamiska kapabiliteter. I detta studeras nätverkseffekters eventuella påverkan på resursförändringar, vilka är två tidigare teorier inom forskningsfältet för Strategic Management vi önskar sammanföra.

Metod: Studien genomfördes utifrån en kvalitativ fallstudie, där företaget Min Doktor agerar fallföretag. För insamling av empiriskt material genomfördes semistrukturerade intervjuer med representanter från Min Doktor, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Region Skåne, Capio och Innovation Skåne. Dataanalysen har därefter genomförts utifrån en tematisk analys. Studien har genomförts med inslag av både en induktiv och deduktiv ansats.

Teoretiskt perspektiv: Det teoretiska perspektivet utgår ifrån teorin om dynamiska kapabiliteter (t.ex. Teece, Pisano & Shuen, 1997; Eisenhardt & Martin, 2000), som utvecklats genom det resursbaserade synsättet, RBV (t.ex. Barney, 1991; Wernerfelt, 1984). Då uppsatsens syfte har varit att undersöka nätverkseffekters eventuella påverkan på resursförändringar inom den virtuella primärvården, har ett förberedande ramverk med utgångspunkt i resursförändringar (t.ex. Danneels 2002, 2007, 2011) och nätverkseffekter (t.ex. Shuen & Sieber, 2009) presenterats.

Empiri: Då den virtuella primärvården är en ny bransch som studiens fallföretag Min Doktor verkar inom har empirin syftat till att genom studiens förberedande ramverk identifiera Min Doktors nätverk och resursförändringar.

Resultat: Studien har visat en indikation på att nätverkseffekter påverkar resursförändringar. Detta antogs inledningsvis bero på digitala samband men har genom studien främst visat sig bero på relationerna inom nätverket. Det finns även en indikation på att detta kan komma att utgöra grunden för dynamiska kapabiliteter. Studien ger därmed stöd för att utveckla begreppet dynamiska kapabiliteter till begreppet dynamiska *relationella* kapabiliteter.

ABSTRACT

Title: What the Doctor Prescribes - Underneath the Skin of Sustainable Competitive Advantage. A Qualitative Case Study of Min Doktor within the Virtual Primary Care.

Seminar date: 2017-06-02

Course: FEKH19 Business Administration: Bachelor Degree Project in Strategic Management Undergraduate Level, 15 ECTS

Authors: Mette Härning-Nilsson, Olivia Johansson, and Amelie Karlsson

Advisor: Hans Knutsson

Keywords: Dynamic Capabilities, Change in Resources, Network Effects, Virtual Primary Care, Digitalization

Purpose: The purpose of this study was to examine how new digital industries are able to create dynamic capabilities. In order to investigate this, the study focuses on network effects' possible impact on changes in resources, which are two theories within the field of Strategic Management that we wish to combine.

Methodology: The study has been performed through a qualitative case study, where the company Min Doktor has been the main focus. To collect empirical material, semi-structured interviews with representatives from Min Doktor, SKL, Region Skåne, Capio, and Innovation Skåne were performed through a thematic analysis. The study has elements from an inductive and a deductive perspective.

Theoretical perspective: The theoretical perspective is based on the theory of dynamic capabilities (e.g. Teece, Pisano & Shuen, 1997; Eisenhardt & Martin, 2000), which has been developed through the resourced based view, RBV (e.g. Barney, 1991; Wernerfelt, 1984). As the paper intended to investigate the impact of network effects on resource changes in virtual primary care, a preparatory framework was presented based on resource changes (e.g. Danneels 2002, 2007, 2011) and network effects (e.g. Shuen & Sieber, 2009).

Empirical foundation: Since the virtual primary care is a new industry in which the business case Min Doktor operates, the empirical material intended to identify Min Doktor's network and resource changes through the study's preparatory framework.

Conclusions: The study has shown an indication that network effects affect changes in resources. This was initially believed to be due to digital connections, but through the study it has mainly been shown to depend on the relationships within the network. There is also an indication that this may provide the basis for dynamic capabilities. Thus, the study supports the development of the concept of dynamic capabilities to the concept of dynamic relational capabilities.

Förord

Vi vill först och främst belysa hur högaktuellt vårt uppsatsämne varit under tiden vi skrivit och att våra intervjuer har hållits allteftersom nya riktlinjer inom branschen tillkommit. Under en intervju med fallföretaget fick vi pausa för att olika tidningar hörde av sig och ville ha kommentarer på en rekommendation som släpptes av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på minuten. Vi har ständigt kunnat läsa om vårt fallföretag i olika nyhetsflöden.

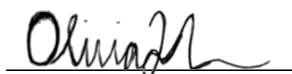
Vi skulle också vilja framföra ett stort tack till handledaren Hans Knutsson som funnits som stöd under hela studiens gång. Vi vill även passa på att tacka tidigare lärare på kandidatkursen inom Strategic Management för att de gett oss gedigen kunskap i ämnet som varit mycket användbart i studien – tack Niklas Hallberg, Stefan Svenningsson och Matts Kärreman.

Därefter vill vi tacka de personer som ställt upp på en intervju och tillfört mycket matnyttig information till vår studie. Stort tack till Carsten Winther & Jonas Gallon på Region Skåne, Daniel Persson & Petronella Warg på Min Doktor, Karina Telling & Agneta Rönn på SKL, Towa Jexmark på Capio och sist men inte minst Bengt Stavenow på Innovation Skåne.

Lund den 29 maj 2017



Mette Härning-Nilsson



Olivia Johansson



Amelie Karlsson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	6
1.1 Praktisk och teoretisk bakgrund	6
1.2 Syfte och frågeställning	10
2. TEORI	11
2.1 Bakgrund och tidigare forskning	11
2.2 Teoretiskt ramverk	13
2.2.1 Resurser	13
2.2.2 Dynamiska kapabiliteter	14
2.2.3 Nätverk inom dynamiska marknader	15
2.2.4 Resursförändringar på en dynamisk marknad	16
2.3 Förberedande ramverk	18
3. METOD	19
3.1 Val av ansats	19
3.2 Val av forskningsdesign	19
3.2.1 Kvalitativ metod	20
3.3 Urval	21
3.3.1 Val av bransch	22
3.3.2 Val av fallföretag	22
3.3.3 Respondenter	23
3.4 Beskrivning av forskningsinstrument	24
3.5 Beskrivning av tillvägagångssätt	25
3.5.1 Databesamling	25
3.5.2 Dataanalys	26
3.6 Metodreflektion	27
4. EMPIRI	29
4.1 Den traditionella primärvården	29
4.2 Den virtuella primärvården	31
4.3 Fallföretaget Min Doktor	33

4.4 Fallföretaget Min Doktors nätverk och resursförändringar	35
4.4.1 Tjänsten och produktens utformning	35
4.4.2 Ny kompetens och kunskap	37
4.4.3 Ökad tillgänglighet och anpassningsbarhet	38
4.4.4 Teknisk utveckling.....	40
4.4.5 Likvida medel och kapital.....	41
4.4.6 Varumärke och hållbarhet.....	42
4.4.7 Samarbete och transparens.....	44
5. ANALYS	46
5.1 Nätverk.....	46
5.2 Nätverkseffekters påverkan på tillgängligheten till externa resurser.....	46
5.3 Nätverkseffekters påverkan på förmågan att skapa nya resurser.....	48
5.4 Nätverkseffekters påverkan på att optimera företagets befintliga resurser.....	49
5.5 Nätverkseffekters påverkan på att bli av med befintliga resurser.....	50
5.6 Dynamiska kapabiliteter	51
5.7 Tabell 2: Sammanfattning av teori, empiri och analys	52
5.8 Reviderat ramverk.....	54
6. SLUTSATS & DISKUSSION	55
6.1 Slutsats	55
6.2 Diskussion.....	56
6.3 Förslag till framtida forskning	59
REFERENSER	61
Tryckta källor.....	61
Elektroniska källor	63
Lagar	65
Muntliga källor.....	65
BILAGOR	67

1. INLEDNING

Det inledande avsnittet presenterar praktisk och teoretisk bakgrund till valt forskningsområde, som sedan mynnar ut i studiens syfte och forskningsfrågor.

1.1 Praktisk och teoretisk bakgrund

Historiskt sett har Sverige genomgått två stora industriella revolutioner, vilka kännetecknas av olika tekniska framsteg. Mycket tyder på att det för närvarande pågår ytterligare en sådan revolution som präglas av den digitala strukturomvandlingen som idag genomsyrar samhällen och förändrar branschstrukturer (Svenskt näringsliv, 2016). Digitaliseringens framväxt har inte bara förändrat befintliga branscher, utan även skapat nya.

Den svenska primärvården är ett av många exempel på branscher som genomgår en sådan digital strukturomvandling. Vad som i många aspekter dock skiljer digitalisering inom primärvården från övriga branscher är komplexiteten i omvandlingsprocessen. Förutom lagstiftning och politiska aspekter som komplicerar utvecklingen inom branschen, står den svenska hälso- och sjukvården inför en rad andra utmaningar. Primärvården präglas idag av långa väntetider och resursbrist, vilket har orsakat ett missnöje bland Sveriges befolkning (Ström, 2016). Den svenska sjukvården i allmänhet kämpar även med en kostnadsutveckling som har en snabbare tillväxttakt än BNP (McKinsey, 2016). Denna utveckling tros bero på en alltmer åldrande befolkning i behov av hälso- och sjukvård där personal och resurser inte räcker till (Socialstyrelsen, u.å.).

Konsultbolaget McKinsey¹ menar att ett ökat användande av digital teknik i den svenska hälso- och sjukvården kan skapa ett mervärde och leda till en mer hållbar kostnadsutveckling. Samtidigt kräver digitaliseringen en omfattande transformation och ett långsiktigt

¹ McKinsey är en förkortning av bolagets fullständiga namn McKinsey & Company

förändringsarbete av det nuvarande systemet (McKinsey, 2016). Inom den svenska hälso- och sjukvårdsbranschen har det nyligen växt fram en bransch där privata företag utmanar både den offentliga och den privata primärvården, genom att erbjuda patientkontakt via videosamtal eller asynkront² via en chattfunktion. Denna bransch, som fortsättningsvis kommer att benämnas den *virtuella primärvården*, bygger sin verksamhet på snabbare service och handläggningstider inom primärvården, oberoende av kundernas, det vill säga patienternas geografiska position. Branschen består idag endast av ett fåtal företag och har därför lyckats ta stora och betydande marknadsandelar. Ett av dessa vårdföretag är *Min Doktor* som tillsammans med konkurrenten *KRY* är branschledande inom den virtuella primärvården (Billing (i), 2016; Zeidler, 2016). Den verksamhetsform som *Min Doktor* bedriver är, förutom den digitala tekniken, även i många avseenden beroende av den traditionella primärvården och dess fysiska aktiviteter. Som branschledande aktörer har både *Min Doktor* och *KRY* idag en fördelaktig position på den svenska marknaden. Samtidigt har den ökade efterfrågan på tillgänglig vård och verksamhetens uppskattning bland befolkningen börjat locka till sig fler aktörer, både nationellt och internationellt (Wallenskog, Erlandsson & Carlsson, 2016).

Ocasio (1997) menar att vi genom att undersöka hur företag beter sig kan förstå om och när företag kan anpassa sig till föränderliga miljöer, oavsett om de framgångsrikt förändrar strategier eller inte svarar tillräckligt på konkurrens. Ett viktigt fokusområde inom Strategic Management-forskningen är att studera hur ett företag skapar och behåller konkurrensfördelar (Besanko, Dranove, Shanley & Schaefer, 2013). En välciterad teori inom forskningsområdet är det *resursbaserade synsättet* (RBV) som förklarar företags och organisationers varaktiga konkurrensfördelar, det vill säga förmågan att behålla en konkurrenskraftig position under en

² Kommunikation som tidsmässigt är oberoende av det andra skeendet

längre tid (Besanko et al., 2013). I takt med dagens dynamiska omgivning och den påstådda och pågående digitala revolutionen, har många forskare börjat fråga sig om de huvudsakliga principerna inom Strategic Management och teorin om konkurrens fördelar har förändrats (Shuen & Sieber, 2009).

Det resursbaserade synsättet gör anspråk på att förklara asymmetrier mellan företag inom en viss bransch, som orsak till uppkomsten av varaktiga konkurrens fördelar. Teorin menar att varaktiga konkurrens fördelar grundar sig i ett företags *resurser* och *kapabiliteter* som dess konkurrenter inte besitter i samma utsträckning (Besanko et al., 2013). I det resursbaserade synsättet belyses olika kriterier för hur resurser och kapabiliteter kan avgöras vara varaktiga konkurrens fördelar. Ett av dessa kriterier är *isoleringsmekanismer* som i sin tur behandlar *fördelen med att vara först*³ och *imiteringshinder*⁴. Inom ramen för ”fördelen med att vara först” belyses bland annat vikten av att i ett tidigt stadium i verksamhetsprocessen bygga upp ett *nätverk*. Nätverkseffekter kan förmedla företagets affärsidé och hindra konkurrenter att imitera dess produkter och tjänster. RBV är utformad för förhållanden som är stabila och därmed består på lång sikt (Barney, 1991; Wernerfelt, 1984). Teorin har därför kritiserats för att vara alltför statisk och inte lyckats förklara hur skapandet av konkurrens fördelar kan uppnås på en dynamisk marknad (Eisenhardt & Martin, 2000; Teece, Pisano & Shuen, 1997; Shuen & Sieber, 2009).

Med kritiken i beaktande och för att kunna appliceras i dagens samhälle har det traditionella resursbaserade synsättet kompletterats med teorin om *dynamiska kapabiliteter*⁵. Begreppet dynamisk kapabilitet kan definieras som företagets förmåga att ständigt anpassa sina

³ Översättning av begreppet Early-Mover Advantage baserat på Besanko et al. (2013).

⁴ Översättning av begreppet Impediments to Imitation baserat på Besanko et al. (2013).

⁵ Översättning av begreppet Dynamic Capabilities baserat på Besanko et al. (2013).

resurser till den föränderliga marknaden för att behålla sin varaktiga konkurrensfördel (Teece et al., 1997; Eisenhardt & Martin, 2000).

Det har tidigare genomförts forskning på företag vars verksamheter är grundade på nätverkseffekter och social påverkan. Shuen och Sieber (2009) behandlar principerna för dynamiska kapabiliteter bakom de affärsmodeller som grundats genom digitaliseringens utveckling. För att bygga upp fler dynamiska förmågor menar de att affärsmodellen behöver vara uppbyggd kring faktorer som fokuserar på att överbrygga och bygga nya nätverk, så att alla parter kan nyttja nätverken och potentiella konkurrenter blir därmed till potentiella partners. Författarna menar vidare att nästa brytpunkt för en ny teknikutveckling kommer att vara när webben fokuseras på att arbeta med att överbrygga den digitala klyftan⁶. Sådana initiativ bringar fram samarbetande innovationer som knyter samman digitala, finansiella och kunskapsbaserade resurser och kapabiliteter med externa nätverk, som lokala partners och myndigheter. En liknande brytpunkt för webben kan sägas ha skett i samband med den virtuella primärvårdens inträde på den svenska marknaden. Den traditionella primärvården⁷ genomgår som nämnt en förändring där digitaliseringen både utmanar och utvecklar. Förändringen som sker påverkar i högsta grad primärvårdens resurser. Winter (2003) menar att för att en bransch ska kunna anpassa sig och följa med i en utveckling krävs ett aktivt arbete för att förändra resurser och anpassa sig till den dynamiska omgivningen.

Som nämnts ovan, fokuserar Shuen och Siebers (2009) artikel på nätverksrelationen och interaktionen mellan bolaget och kunden. Vår ambition är dock istället att undersöka hur nätverkseffekter påverkar resursförändringar inom den virtuella primärvården och dess

⁶ En form av orättvisa som syftar på skillnaden mellan de som har tillgång till den senaste informationstekniken och de som inte har tillgång till den.

⁷ Traditionell primärvård likställs med den primärvård som är fysisk.

omgivning. Förmågan att åstadkomma dynamiska kapabiliteter genom nätverkseffekters eventuella påverkan på resursförändringar blir intressant att undersöka tillsammans med den komplexitet som präglar den virtuella primärvården. Med det praktiska problem som föreligger inom den svenska primärvården i kombination med den teoretiska aspekten avseende nätverkseffekter, resursförändringar och dynamiska kapabiliteter är förhoppningen att studien kan fylla ett gap och således bidra till ny forskning.

1.2 Syfte och frågeställning

Med utgångspunkt i ovanstående bakgrund och problematisering är syftet med studien att undersöka nya digitala branschers förutsättningar att skapa dynamiska kapabiliteter, utifrån nätverkseffekters påverkan på resursförändringar. Detta genom att besvara forskningsfrågorna nedan. Genom att besvara den första forskningsfrågan, ämnar vi sedan besvara den andra forskningsfrågan.

- *Hur påverkas den virtuella primärvårdens resursförändringar av nätverkseffekter?*
 - *Hur skapar den virtuella primärvården dynamiska kapabiliteter av nätverkseffekters påverkan på resursförändringar?*

2. TEORI

Teorins huvudfokus tar sin utgångspunkt i dynamiska kapabiliteter som utvecklats från det resursbaserade synsättet, RBV. Avsnittet inleds med att presentera tidigare forskning inom RBV samt hur dagens digitaliserade marknad är uppbyggd. Därefter formas det teoretiska ramverket för studien som tar sin utgångspunkt i delavsnitten resurser, dynamiska kapabiliteter, nätverkseffekter och resursförändringar.

2.1 Bakgrund och tidigare forskning

Strategic Management är ett relativt nytt ämne vilket gör att dess forskning enkelt kan hänföras till dagens samhälle. Ett företags resurser och kapabiliteter som grundläggande bas för ett företags strategi fick större betydelse under 1990-talet och blev känt som den resursbaserade teorin, RBV (Hoskisson, Hitt, Wan & Yiu, 1999). Synsättet härstammar från ekonomisk teori och menar att ett företags konkurrensfördelar främst beror på dess resurser vilka ska vara differentierade från de resurser som de konkurrerande företagen besitter (Rangone, 1999). Grundstenen inom RBV är enligt Besanko et al. (2013) *resursheterogenitet*. Om alla företag haft samma resurser och kapabiliteter hade inget företag haft förmågan att skapa värde, då konkurrerande företag hade kunnat imitera och applicera samma strategi. Följaktligen gäller enligt teorin att tre stycken kriterier ska uppfyllas för att ett företags resurser ska kunna leda till varaktiga konkurrensfördelar. Dessa kriterier är att resursen ska präglas av *heterogenitet*, *imperfekt mobilitet* och *isoleringsmekanismer*.

Heterogenitet syftar till att en resurs antingen kan vara mer eller mindre ekonomiskt effektiv, då vissa resurser skapar mer värde än andra. Imperfekt mobilitet innebär att resursen är svåröflyttad och kan därmed inte köpas eller säljas enkelt på en marknad, då resursen exempelvis är relationsspecifik (Peteraf, 1993). När ett företag har imperfekt mobila och sällsynta resurser kan ett företag försöka hindra att konkurrenter imiterar dessa. Detta sker

genom förekomsten av isoleringsmekanismerna: ”fördelen med att vara först”, genom exempelvis nätverkseffekter som sker i ett tidigt skede och ”imiteringshinder” genom exempelvis stordriftsfördelar och legala restriktioner som hindrar nya aktörer att etablera sig (Besanko et al., 2013).

Sedermera har RBV kompletterats efterhand av bland annat Barney (1991) som har utvecklat VRIN-ramverket som innefattar att en resurs bör vara värdefull, unik, icke-imiterbar och icke-substituerbar. Uppfyller ett företag alla dessa fyra kriterier menar Barney (1991) att varaktiga konkurrensfördelar uppnås.

För att ge en mer nyanserad bild av hur RBV kan komma att utvecklas har vissa forskare riktat en del kritik mot teorin. En aspekt är att definitionen av vad en resurs innebär är för vag och diffus för att kunna klassificeras som värdeskapande inom ett företag. Wernerfelt (1984) definierar exempelvis resurser som alla materiella och immateriella tillgångar i ett företag och kan därmed både vara en styrka eller en svaghet inom ett företag. Teorin har även kritiserats för att sakna en förklaring av huruvida varaktiga konkurrensfördelar utvecklas i instabila miljöer. Kraaijenbrink, Spender och Groen (2010) menar att den resursbaserade teorin bör lägga mer vikt på ett dynamiskt perspektiv och komplettera de grundläggande antaganden som teorin har idag, med faktorer såsom tid, rum och osäkerhet.

Till följd av globaliseringen är dagens dynamiska marknad influerad av både globala och lokala aspekter. Det som dock tycks spela en stor roll är huruvida företag lägger fokus på att skapa digitala förutsättningar. Många studier har gjorts på det digitaliserade samhället och i rapporten från SOU 2015:91 beskrivs *digitaliseringen* i termer av att den innehar en transformerande kraft. Vidare beskrivs begreppet som en drivkraft för att skapa nya förutsättningar för hela samhället. För företag gäller det således att ständigt följa med i den

digitala utvecklingen i dagens samhälle (Parviainen, Tihinen, Kääriäinen & Teppola, 2017). Enligt Kraaijenbrink et al. (2010), är det viktigt att särskilja statiska och dynamiska miljöer, då dessa två typer kräver olika sorters resurser och kapabiliteter. Vid snabbföränderliga marknader krävs det dynamiska kapabiliteter för att kunna uppnå varaktiga konkurrensfördelar.

Förståelse för vad resursförändringar dels innebär och hur ett företag ska handskas med dess resurser när förändring sker är av stor vikt för att hjälpa företaget att skapa dynamiska kapabiliteter. Vad gäller ett företags förutsättningar vid digitala förändringar krävs det att företag skapar en anpassningsbar affärsmodell, öppen för innovation och utveckling för att kunna behålla sin marknadsposition (Svenskt näringsliv, 2016).

2.2 Teoretiskt ramverk

Med utgångspunkt i ovanstående forskning kommer studien att fokusera på dynamiska kapabiliteter. Ramverket kommer att belysa olika nätverkseffekter för att se huruvida dessa nätverk eventuellt påverkar resursförändringar. Det teoretiska ramverket baseras i huvudsak på vår initiala idé om förutsättningen att det krävs ett utvecklat nätverk för att företag ska kunna skapa dynamiska kapabiliteter på dagens marknad som präglas av resursförändringar, då nätverkseffekterna eventuellt påverkar resursförändringarna. Syftet med vårt ramverk är därmed att jämföra teorin med våra kunskaper och iakttagelser rent empiriskt av fallföretaget.

2.2.1 Resurser

Begreppet resurser, som bland annat används i det resursbaserade synsättet, har många olika definitioner. Som belyses i avsnittet om tidigare forskning finns kritik riktad mot att resursdefinitionen är för vag och inte anpassad till dynamiska miljöer. En definition som tycks involvera ett flertal dimensioner och som vår studie ämnar använda sig av har utvecklats av Grant (1991). Grant definierar resurser som alla individuella delar i ett företags

produktionsprocess, som behövs för att förbättra ett företags effektivitet, där han följaktligen delar in ett företags enskilda delar i sex kategorier: *fysiska resurser*, *finansiella resurser*, *organisatoriska resurser*, *humankapital* och *rykte*.

De fysiska resurserna kan exempelvis vara teknik eller tillgänglighet till råmaterial. Finansiella resurser involverar den ekonomiska delen, såsom ett företags kapital och likvida medel. Organisatoriska resurser handlar främst om olika former av beslutshierarki, kontroll och koordinationsprocesser. Humankapitalresurserna avser utbildning, erfarenhet och anställdas specifika kunskap och insikt inom företaget. Slutligen innebär rykte hur företaget uppfattas av omvärlden (Barney, 1991).

2.2.2 Dynamiska kapabiliteter

För att uppnå varaktiga konkurrensfördelar och behålla dessa under en längre tid måste företag kunna anpassa affärsidén efter omvärldsförändringar (Teece, 2007; Winter, 2003). Dynamiska kapabiliteter brukar ofta ses som en förlängd arm av RBV, då dynamiska kapabiliteter på ett enklare sätt går att applicera på dagens marknader. Dagens marknader karaktäriseras som tidigare nämnt av förändringar som antingen kan ske gradvis eller snabbt och statiska förhållanden är därmed inte längre aktuellt (Teece et al., 1997; Besanko et al., 2013). Förändringar kan ske inom framförallt teknisk utveckling eller genom lagar och regler som förändrar marknads- och konkurrensförhållanden och som således kräver att företag anpassar sig (Bogner & Barr, 2000). Dynamiska marknader brukar karaktäriseras genom att förändring sker under stabila förhållanden och strukturer, där marknadens aktörer är kända och som många därmed vet om (Eisenhardt & Martin, 2000).

För att definiera dynamiska kapabiliteter beskriver Eisenhardt och Martin (2000) teorin som ett företags förmåga att anpassa sina aktiviteter bättre jämfört med konkurrenterna. Med de

dynamiska kapabiliteterna menas alltså de strategiska beslut, processer och rutiner som kan utveckla nya resurser när förändringar på marknaden sker. Vad många definitioner har gemensamt gällande dynamiska kapabiliteter är att de ofta är nyckeln till att företag kan bibehålla varaktiga konkurrensfördelar och behålla sin position på marknaden (Winter, 2003). Studien kommer att utgå ifrån Eisenhardt och Martins (2000) definition.

2.2.3 Nätverk inom dynamiska marknader

När man talar om dynamiska marknader och dagens marknadsförhållanden blir vikten av att skapa ett brett nätverk allt mer centralt (Shuen & Sieber, 2009). Besanko et al. (2013) kopplar ihop nätverkseffekter med RBV inom isoleringsmekanismer. I en artikel av Shuen och Sieber (2009) beskrivs hur man kan öka och utveckla sina dynamiska kapabiliteter där nätverkseffekter läggs fram som en viktig del. Författarna belyser dock svårigheterna med att aktivera nätverkseffekter och menar att man måste förstå att det finns olika sorter av effekter och skulle ett missförstånd uppstå om effekten kan det påverka företagets strategi. För att skapa nätverkseffekter måste företag förstå vad som är deras huvudbudskap samt vilka målgrupper som genererar mest positiva nätverkseffekter, och hur man därefter kan mäta ett företags värde. Vidare nämner artikeln fem stycken olika nätverkseffekter, vilka är följande: direkt nätverk, indirekt nätverk, efterfrågestyrt nätverk, korsvist nätverk och socialt/lokalt nätverk (Shuen & Sieber, 2009).

Direkt nätverk uppstår när många personer i en befolkning använder en produkt eller tjänst. Detta kan förklaras genom att exemplifiera med användningen av en telefon. Skulle enbart en person ha en telefon blir användandet av telefonen helt värdelöst, då det inte går att ta kontakt med någon. Ökar däremot användandet av telefoner och fler personer köper en telefon ökar således även telefonens värde. Ett *indirekt nätverk* är när en befolkning använder en produkt eller

service, vilket leder till att produktionen av kompletterande produkter snabbt ökar. Ett tydligt exempel på detta fenomen är iPhone med alla dess tillbehör. *Efterfrågestyrt nätverk* styrs, som namnet antyder, av efterfrågan och sker när en persons betalningsvilja för en produkt eller service ökar när fler personer använder produkten. Ett exempel på detta är Flickr eller LinkedIn som tidigare var gratis webbtjänster men som idag erbjuder ett antal olika betaltjänster för att förbättra kundupplevelsen. *Korsvist nätverk* uppstår när en ökning av en grups användande av en produkt eller service, leder till att värdet av kompletterande produkter eller service till en annan grupp av användare ökar. *Socialt/lokalt nätverk* föreligger när en användare är direkt påverkad av ett beslut som en annan konsument fattar (Shuen & Sieber, 2009).

2.2.4 Resursförändringar på en dynamisk marknad

För att företag enklare ska kunna anpassa sin affärsidé och verksamhet till en marknadsförändring kan de aktivt bedriva ett arbete för att förändra sina resurser och därmed enklare anpassa sig till en förändring än konkurrenterna (Winter, 2003). För att företag ska kunna ligga i framkant vad gäller resursförändringar på marknaden och reagera på omvärldsförändringar snabbt, menar Eisenhardt och Martin (2000) att ett företags fokus vad gäller skapandet av konkurrensfördelar bör ligga på hur resurserna förändras, snarare än hur ett företags dynamiska kapabiliteter ändras. Påståendet grundar sig i utsagan om att ett företags resurser oftast leder till en mer direkt påverkan på förmågan att skapa ökat värde för företagets kunder.

En mer avancerad teori kring dynamiska kapabiliteter och hur resurser verkar på en dynamisk marknad har utvecklats av Danneels (2002). Danneels presenterar fyra resursförändringsmöjligheter, vilka i grund och botten baseras sig på Eisenhardt och Martins (2000) artikel. Dessa fyra resursförändringsmöjligheter är (i) *tillgängligheten till externa*

resurser, (ii) *förmågan att skapa nya resurser*, (iii) *optimera företagets befintliga resurser* och slutligen att (iv) *bli av med befintliga resurser*.

Tillgängligheten till externa resurser kan vara en tänkbar resursförändring (Danneels, 2011). Resurserna kan vara i form av fysiska resurser, humankapital eller organisatoriska resurser. Synergieffekter kan uppstå om de befintliga resurserna kompletteras med tillgänglighet till externa resurser (Eisenhardt & Martin, 2000).

När en omvärldsförändring sker påverkas företaget i många aspekter, allt ifrån en förändring av strategi till en förändring av företagets resurser och kapabiliteter. I vissa fall kan en förändring leda till att befintliga resurser blir obsoleta och därmed inte går att använda längre. I lägen där resurserna blir obsoleta krävs en *förmåga att skapa nya resurser*, vilket kan ske genom att företaget försöker finna nya resurskombinationer internt. Företaget kan använda dess intern kompetens och således utnyttja den organisatoriska intelligensen för att hitta nya möjligheter genom exempelvis forskning och utveckling, för att slutligen kunna anpassa sig till förändringen (Danneels, 2011).

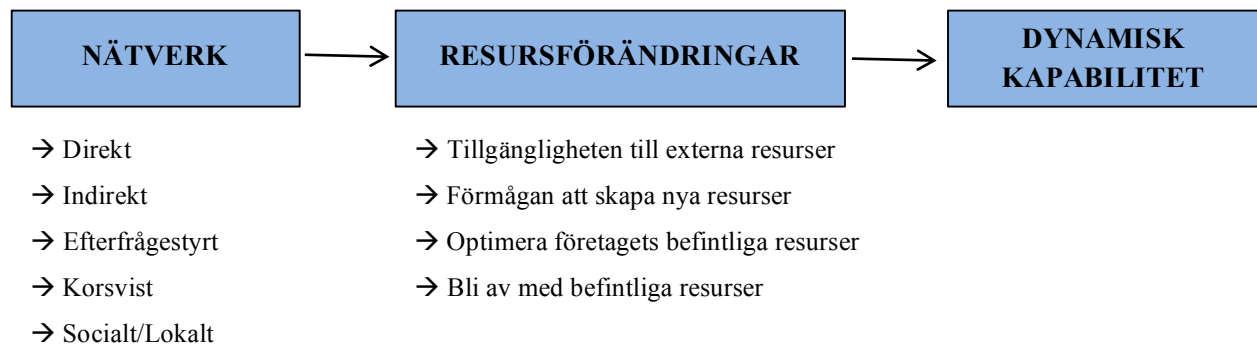
Ytterligare en aspekt som företag kan göra när resursförändringar sker är att *optimera företagets befintliga resurser* och på så sätt dra nytta av de befintliga resurserna genom att applicera dem till nya användningsområden. Många av de resurser som ett företag besitter involverar en outnyttjad potential som ett företag kan använda vid förändringar, exempelvis genom en ökad förståelse för teknik eller företagets relationer med dess leverantörer (Danneels, 2007).

Resursförändringar kan också ske när ett företag försöker att *bli av med dess befintliga resurser*. Dessa resurser genererar ofta inget värde eller nytta för företaget och blir därmed en

onödig tillgång. Ett exempel på sådana resurserna vara maskiner eller produktionsanläggningar som kan avvecklas för att förhindra onödiga kostnader (Danneels, 2011).

2.3 Förberedande ramverk

Ramverket utgår från den teoretiska genomgången ovan och syftar till att undersöka hur nätverkseffekters påverkan på resursförändringar kan leda till skapandet av dynamiska kapabiliteter. Nätverkseffekterna utgår från Shuen och Siebers (2009) definition av de fem olika typerna av nätverkseffekter. Resursförändringarna utgår ifrån Danneels (2002) definition av fyra sätt att hantera resursförändringar. Syftet med ramverket är att sammanföra empiriskt material med befintlig teori för att förhoppningsvis kunna fylla ett gap och bidra med ny forskning.



Figur 1. Studiens förberedande ramverk.

3. METOD

Metodavsnittets syfte är att ge en bild av hur studien utförts. Genomgående ges en motivering till valt tillvägagångssätt genom att presentera för- och nackdelar. Metodens verktyg kommer att forma studien.

3.1 Val av ansats

Studien har präglats av att finna samband och bakomliggande orsaker till nätverkseffekters påverkan på resursförändringar, i förhoppning om att kunna utveckla teori. Studien har därför en induktiv ansats men har även vissa karaktärsdrag av en deduktiv ansats, då den till viss del utgår ifrån befintlig teori och tidigare forskning. En deduktiv ansats innebär även en framställning av egna hypoteser som sedan ska prövas genom det insamlade materialet för att därefter förkastas eller bekräftas i slutsatsen. I denna studie är dock inte målet att förkasta eller bekräfta valt teoretiskt ramverk. Studien ska istället ta utgångspunkt i det teoretiska ramverket för att kunna dra generaliserbara slutsatser utifrån analysen och på så sätt kunna bidra med att utveckla teori (Bryman & Bell, 2015).

3.2 Val av forskningsdesign

Forskningsdesign lägger grunden för insamling och analys av data (Bryman & Bell, 2015). I enlighet med studiens syfte, att undersöka nya digitala branschers förmåga att skapa dynamiska kapabiliteter, har forskningsdesignen genomförts med hjälp av en fallstudie. Yin (2003) menar att fallstudier tillåter forskaren att behålla övergripande och meningsfulla egenskaper i verkliga händelser. Fallstudier bidrar även med mer djupgående förståelse för den bransch studien är ämnad att undersöka.

Målet med fallstudien har varit att få en mer djupgående förståelse för valt fallföretag, då fallstudier bidrar till att beskriva och förklara ett fenomen. Eftersom studien ämnar undersöka och få ökad förståelse för de nätverkseffekter som präglar fenomenet ”den virtuella

primärvården”, har vi ansett att fallstudier är den bäst lämpade forskningsdesignen för vår studie. Vi har valt att fokusera på att analysera nuläget och hur faktorer möjligen kan generera fördelar för framtiden, en metod som även kallas nulägesstudie (Bryman & Bell, 2015).

Den kritik som kan tänkas riktas mot fallstudier är att det enligt vissa forskare inte räknas som ett vetenskapligt tillvägagångssätt och därmed saknar trovärdighet. Fallstudiens tillvägagångssätt anses även vara komplext och det kan finnas svårigheter i hur man ska analysera insamlade data, då man oftast samlat in den på flera olika sätt (Bryman & Bell, 2015). Vi anser dock att fördelarna med att använda sig av en fallstudie överstiger nackdelarna, i kombination med att fallstudier får anses vara den mest lämpliga metoden för att kunna besvara vår forskningsfråga. Fördelarna med fallstudier är nämligen att det är empirin som är den drivande faktorn, snarare än teorin. Detta har använts som en väg till upptäckt och för att utveckla vald teori. Vår förhoppning har varit att kunna applicera och utveckla befintlig teori på en ny digital bransch. En undersökning kan även påvisa en komplexitet som överensstämmer med verkligheten, något som vi ämnar belysa och även utgör motiv till val av bransch (Bryman & Bell, 2015).

3.2.1 Kvalitativ metod

Uppsatsen har genomförts med en kvalitativ metod, vilket innebär att detaljerade och djupgående data sammanställts för en fallstudie. Detta för att kunna mäta fallstudiens kvaliteter och karaktäristiska drag. Fördelarna med att använda sig av en kvalitativ metod är att utrymme ges för eventuella förändringar som kan ske under arbetets gång. För att förstå skillnaden mellan en kvantitativ och kvalitativ metod, fokuserar en kvalitativ metod mer på ord än att ta utgångspunkt i siffror. Ytterligare en skillnad är att en kvalitativ metod ger en mer djupgående syn på hur

relationen mellan undersökning och teori förhåller sig till varandra, genom att påvisa skillnader och likheter (Bryman & Bell, 2015).

Den primära anledningen till varför vi valt att använda en kvalitativ metod är att den lämpar sig bäst för vår undersökning, då den kräver djupgående data från erfarna och kunniga personer på fallföretaget inom den virtuella primärvården. Ser man långsiktigt skulle dock en kvantitativ metod kunna komplettera det insamlade materialet när branschen blivit mer etablerad. Detta då en kvantitativ metod ofta förutsätter tillgång till historiska data (Bryman, 2012).

Då vår undersökning riktar in sig på en ny bransch utan någon tidigare forskning har den främsta styrkan med en kvalitativ metod varit att metoden möjliggör utforskning av nya fakta. En annan aspekt är att en kvalitativ metod ger mer djupgående information än rena mätdata, som är fallet vid ett kvantitativt tillvägagångssätt. För vår studie har det även varit värdefullt med flexibilitet för att kunna sortera material, något som värdesätts i en kvalitativ studie. Tidsperspektivet för planeringsfasen är också kortare i en kvalitativ metod än en i kvantitativ metod, då det oftast finns befintlig information att tillgå om ett fåtal fall, vilket har hjälpt oss i vår studie (Bryman & Bell, 2015).

3.3 Urval

Till skillnad från övrig forskningsdesign där slumpmässiga urval är att föredra, är det inom fallstudier lämpligare att välja ett utmärkande fall (Eisenhardt, 1989). Ett sådant icke-slumpmässigt urval möjliggör ökad transparens, vilket underlättar utveckling och replikering av befintlig teori.

3.3.1 Val av bransch

Den virtuella primärvården har valts i enlighet med studiens syfte om att undersöka nya digitala branscher. Det valda fallföretaget hade vid tillfället för studien framgångsrika marknadsföringskampanjer och var väl synliga i offentliga medier. Efter mer personliga och djupgående observationer av detta fallföretag och den bransch de verkar inom insåg vi dess relevans för studien, då en liknande bransch inte funnits tidigare. Något vi tyckte var extra intressant med branschen är att den berör ett högaktuellt ämne och en marknad som kan tyckas vara direkt nödvändig då ordinära vårdinstanser är överbelastade med långa väntetider. Därmed kan den virtuella primärvården ses som ett alternativ till vanliga vårdcentraler. Vid insamling av data från den traditionella primärvården har vi av bekvämlighetsskäl och med avseende på studiens snäva tidsram, valt att avgränsa studien till Skåne-regionen.

3.3.2 Val av fallföretag

Efter att ha bestämt bransch och vilket typ av urval som skulle användas till studien var nästa steg att bestämma fallföretag inom den virtuella primärvården. Eftersom det är en ny bransch fanns det vid tillfället inte någon stor mängd väletablerade företag att välja mellan. Av praktiska skäl valde vi därför att rikta in oss på företaget Min Doktor som har sin bas i Skåne. Min Doktor har sitt säte i Malmö, vilket gjorde det enklare för oss att exempelvis få till intervjutillfällen.

Därefter riktade vi in oss på andra organisationer och företag som berörs av den nya virtuella primärvården. Detta är bland annat Region Skåne och vårdföretaget Capio, som också står inför nya utmaningar med att följa utvecklingen. Vidare valde vi att intervjua organisationer som SKL och Innovation Skåne som ständigt analyserar och bevakar branschen. Dessa djupintervjuer var ämnade att bidra med en omvärldsanalys samt ge nödvändig bakgrundsfakta till branschen.

3.3.3 Respondenter

Företag/Organisation	Namn	Titel	Datum
Region Skåne	Carsten Winther	Verksamhetsområdes chef	25 april 2017
Min Doktor	Daniel Persson	Vice President Business Development	3 maj 2017
Region Skåne	Jonas Gallon	E-hälsosamordnare	8 maj 2017
SKL	Karina Telling	Digitaliseringskonsult	10 maj 2017
Min Doktor	Petronella Warg	PR och kommunikation	12 maj 2017
Innovation Skåne	Bengt Stavenow	Chef Innovation Management	12 maj 2017
SKL	Agneta Rönn	Senior Adviser	15 maj 2017
Capio	Towa Jexmark	VD Capio Online	18 maj 2017

Tabell 1: Studiens respondenter

De åtta respondenter som valts ut för studien var baserat på ett snöbollsurval, det vill säga att personer valdes ut för intervju och genom dessa fick vi fram ytterligare andra passande respondenter. Sålunda var även processen av målstyrd karaktär (Bryman, 2012). Vi är medvetna om att generaliserbarheten kan ta skada vid användning av ett sådant snöbollsurval. Det är dock ett lämpligt tillvägagångssätt i kvalitativa studier som denna. Enligt Bryman och Bell (2015) är möjligheten till generalisering av kvalitativa studier inte lika väsentlig som i kvantitativa studier.

Eftersom våra forskningsfrågor syftar till att undersöka nätverkseffekter och resursförändringar inom den virtuella primärvården, har vi dels behövt skaffa information om den traditionella primärvården och dels information om fallföretaget Min Doktors nätverk. För

att få reda på mer bransch- och bakgrundsinformation kring primärvården fick vi genom vår handledare Hans Knutsson kontakt med Carsten Winther, verksamhetsområdeschef på Region Skåne. Kontakterna på fallföretaget Min Doktor, fick vi genom LinkedIn och e-post. Efter en del e-postkontakt fick vi kontakt med kommunikationschefen Petronella Warg som sedan ledde oss till affärsutvecklingschefen Daniel Persson.

Vi kände därefter att mer information från Region Skåne var nödvändig och ringde därför till Region Skånes växel för att bli kopplade till Jonas Gallon, ansvarig för digitalisering och e-hälsa. Genom intervjun med Gallon i Lund fick vi ta del av en rapport om den virtuella primärvården framtagen av Innovation Skåne, vilket var av intressant karaktär för vår studie. Därför genomfördes också en intervju med författaren till rapporten, Bengt Stavenow.

För att få reda på mer information kring SKL:s centrala roll, letade vi upp kontaktuppgifter på SKL:s hemsida, till personer vi ansåg vara lämpliga för en intervju. Efter telefon- och e-postkontakt genomfördes en telefonintervju med Karina Telling, varvid vi blev hänvisade till Agneta Rönn för mer information kring ersättningsmodellerna. Då Min Doktor är ett privat företag ville vi även få en inblick från en annan privat vårdaktör som idag verkar inom både den traditionella och snart även den virtuella primärvården. Därför ringde vi Capios växel och blev kopplade till vd:n för det nystartade bolaget Capio Online, Towa Jexmark.

3.4 Beskrivning av forskningsinstrument

Kvalitativa primär- och sekundärdata utgör basen för det empiriska materialet där primära data har samlats in och grundar sig på kvalitativa intervjuer med dels respondenter på fallföretaget Min Doktor, men också från övriga djupintervjuer med företagen och organisationerna Region Skåne, SKL, Capio och Innovation Skåne. Därefter kompletterades primära data med sekundärdata innehållande tillgänglig information, som exempelvis bestod av lagstiftning,

nyhetsartiklar och andra branschdokument. Viktigt vid användning av denna typ av forskningsinstrument, för att undvika potentiell snedvridning, är att säkerställa tillförlitlighet i sekundära data (Bryman & Bell, 2015). Sekundära data som har använts i studien är primärt hämtad från nyligen uppdaterade förstahandskällor, som exempelvis företagens och organisationernas egna webbplatser, varför tillförlitligheten får anses hög.

3.5 Beskrivning av tillvägagångssätt

3.5.1 Databesamling

Studiens primärdata är främst baserad på kvalitativa semistrukturerade intervjuer. I och med detta fokuserade intervjun på olika förbestämda teman i enlighet med studiens teoretiska ramverk, se bilaga 1: intervjuguide. Respondenten hade dock möjlighet att tala fritt kring själva temat. Valet av semistrukturerade intervjuer motiveras genom målet att få fram respondenternas syn på presenterade teman och frågor. Något att beakta vid användning av ett semistrukturerat tillvägagångssätt är svårigheten med mer nyanserade svar, när intervjufrågorna tas upp i en förutbestämd turordning (Bryman, 2012). För att uppnå så nyanserade svar som möjligt var inte intervjuguiden tillgänglig för respondenterna före intervjun.

Intervjuerna skulle enligt önskemål äga rum på respondenternas arbetsplats, vilket så också blev fallet i de flesta fallen. Dock genomfördes även en del telefonintervjuer med vissa respondenter, som inte hade möjlighet att träffas personligen. Önskemålet om att hålla intervjun på respektive respondents arbetsplats grundar sig i möjligheten att kunna observera den arbetsmiljö där respondenten verkar. Nackdelen med de telefonintervjuer som genomfördes var att vi gick miste om denna möjlighet samt inte kunde observera icke-verbala kommunikationssignaler. Trots nackdelen med telefonintervjuer ansågs respondentens värdefulla kompetens vara viktig och lika givande som vid en personlig intervju. För att kvaliteten på

intervjuerna skulle upprätthållas spelades intervjuerna in, för att sedan kunna transkriberas. Detta efter godkännande från respektive respondent. Personliga intervjuer med fallföretaget var dock av högsta vikt, varför samtliga intervjuer med Min Doktor utfördes på plats.

3.5.2 Dataanalys

För att analysera det empiriska materialet användes en tematisk analysmetod (Bryman, 2012). Även om analysen till viss del påbörjades redan vid första intervjutillfället, var det först i samband med att samtliga intervjuer genomförts, som det omfattande analysarbetet kunde påbörjas. Enligt Bryman (2012) innebär en tematisk analys organisering och strukturering av insamlat material utifrån gemensamma teman. För att hitta gemensamma teman inleddes analysarbetet med fram- och tillbaka läsning av utskrivna transkriptioner. Målet var att bekanta oss med det empiriska materialet och koda det utifrån vad vi fann vara relevant information utifrån formulerade forskningsfrågor. Kodningsarbetet inleddes med en förstahandskodning som sedan utvecklades i en andrahandskodning. Därefter påbörjades själva tematiseringen där vi sökte efter samband och skillnader i det kodade materialet. Där vi fann relationer initierades kategorisering och utveckling av teman. De teman vi fann ansågs innehålla sammanhängande mönster och vara relevanta för forskningsfrågorna. I samband med att de identifierade temana applicerades enligt vårt teoretiska ramverk i avsnitt fem, har de problematiserats, vägts mot varandra och definierats enligt de rubriker och kategorier som presenteras i avsnitt fyra.

Bryman (2012) menar att en induktiv ansats i kombination med tematisk analys innebär identifiering av teman ur det insamlade materialet, medan en deduktiv ansats utgår från förutbestämda teman grundade i tidigare forskning och befintliga teorier. Även om forskningsfrågorna delvis utformades före insamlingen av det empiriska materialet i enlighet med den deduktiva ansats som till viss del kan anses ha applicerats på studien, så har

forskningsfrågorna anpassats efter intressanta aspekter som hittades i det empiriska materialet i överensstämmelse med den induktiva ansatsen. Således har den valda ansatsen och metod för analysen resulterat i en analys som är utformad både enligt det teoretiska ramverket och empiriskt material.

3.6 Metodreflektion

Detta delavsnitt belyser begreppen validitet och reliabilitet, som syftar till att utvärdera den metod som applicerats på studien. Det första begreppet, validitet, berör de slutsatser som själva forskningen genererar och framförallt integriteten hos dessa slutsatser. Validitet finns enligt Bryman och Bell (2015) i olika former. Då studien är kvalitativ kommer därför validiteten att bedömas både internt och externt.

Den *interna validiteten* undersöker sambandet mellan det teoretiska bidraget som genererats i resultatet och de observationer som utförts i studien. Studien kan anses uppfylla den interna validiteten då de intervjuer som genomförts är högst relevanta för det som studien ämnar undersöka. Respondenterna på Min Doktor är nyckelpersoner inom företaget och har positioner som gör de väl lämpliga för studiens forskningsfrågor. De kompletterande intervjuer som genomförts med kringliggande företag och organisationer inom branschen bidrar därefter till ett mer nyanserat resultat med flera olika perspektiv. Ändamålet var att åstadkomma en källtriangulering, vilket vi anser har uppfyllts då vi lyckats intervjua flera personer som har olika synvinklar på det vi undersöker (Bryman & Bell, 2015).

Extern validitet handlar däremot om huruvida studiens resultat skulle vara applicerbart och generaliserbart i andra sammanhang. Det finns svårigheter med att mäta om detta går att uppfylla, speciellt när det gäller fallstudier. Detta beror huvudsakligen på att generalisering inte bör göras från ett specifikt fall till en mer omfattande studie (Bryman & Bell, 2015). Denna

studie har eftersträvat ett resultat som kan vara vägledande i andra sammanhang, det vill säga analytisk generalisering (Yin, 2003). Detta anser vi även vara fallet då resultatet kan tas i beaktning av andra branscher som är nätverksstyrda i kombination med resursföränderliga.

Något som mäter trovärdigheten i studiens resultat och enkelhet i att följa tillvägagångssättet är *reliabiliteten*. Viktigt att belysa är dock att mätning av reliabiliteten är mer relevant vid kvantitativa studier (Bryman & Bell, 2015). Alvesson och Kärreman (2011) i Eksell och Thelander (2014) menar till och med att reliabilitet inom kvalitativa studier är ett intetsägande mått eftersom det empiriska material som presenteras endast är ett urval och tolkning av vad vi som forskare anser relevant och intressant. Bryman och Bell (2013) menar vidare att en kvalitativ studies reliabilitet kan höjas genom att utföra upprepade mätningar. Den fallstudie som genomförts för denna undersökning har utspelats under en kortare tidsperiod, varför upprepade mätningar inte varit möjliga att genomföra.

Vi anser dock att de inspelningar som genomförts, tillsammans med transkriberingarna, till viss del bidrar med ökad reliabilitet, eftersom risken för snedvridningar har minskat. Inspelningen har skett med en Apple iPhone, vilket har genererat en hög ljudkvalitet och förenklat avlyssningen och således transkriberingen. Vad gäller den mänskliga faktorn har vi under studiens gång haft metoden att stödja oss mot och den har använts grundligt genom hela rapporten. För att få ett utomstående perspektiv på studien har rapporten granskats både av vår handledare och av opponenter vid olika tillfällen under skrivandets gång. Författargruppen har också haft erfarenhet av tidigare uppsatsskrivande på c-nivå, vilket förenklat skrivandet som i sin tur kan ha lett till ökad reliabilitet. Vi vill dock göra läsaren uppmärksam på att våra egna värderingar och erfarenheter delvis kan ha påverkat studiens resultat.

4. EMPIRI

I empiriavsnittet presenteras primärdata från de kvalitativa intervjuerna. Dessa primärdata understöds av sekundärdata för att få ett grundligt analysmaterial. Empiriavsnittet utgår framförallt från resursförändringar och nätverkseffekter. Utöver detta presenteras generella branschfakta om både den traditionella och den virtuella primärvården samt mer ingående information om fallföretaget Min Doktor.

4.1 Den traditionella primärvården

Den svenska primärvården utgör basen i hälso- och sjukvården och definieras enligt 2 kap. 6 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30):

”Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”.

Basen för primärvården är vårdcentraler, barnvårdscentraler, barnmorskemottagningar, familjecentraler, ungdomsmottagningar, psykoterapimottagningar, smärtmottagningar och BUP:s första linjen-mottagningar (Region Skåne, 2017).

Primärvården i Region Skåne regleras av landstinget och har de senaste åren genomgått förändringar som påverkat organisationens utformning. År 2009 införde Region Skåne hälso- och vårdval vilket innebar att privata aktörer fick fri etableringsrätt i primärvården. Beslutet fattades nationellt och innebar att man gick ifrån lagen om offentlig upphandling (LOU), till lagen om valfrihet (LOV) (Winther, 2017). De svenska medborgarnas valmöjlighet ökade, då de fick möjlighet att fritt välja vilken vårdgivare de skulle gå till. Samtidigt blev primärvårdens

verksamhet mer utsatt för konkurrens, då privata vårdgivare nu kunde erbjuda liknande vård som offentliga vårdgivare (Deloitte, 2016).

I en intervju med Jonas Gallon (2017) framgår att ”*med privatiseringen av primärvården så är vi är på väg mot 50 procent nästan som är listade på en privat vårdcentral i Skåne*”. En av Sveriges största privata aktörer är idag Capio, som grundades år 1994 genom ett förvärv av ett sjukhus i Göteborg. Capio har sedan dess vuxit och etablerat sig både i Sverige och internationellt. Totalt äger Capio idag 83 stycken mottagningar för primärvård i Sverige (Capio, 2017). I mars år 2017 lanserade Capio dessutom en ny tjänst, Capio Online, där företaget ska kunna erbjuda digitala vårdbesök via videomöten. Under en intervju med Towa Jexmark (2017), VD för den nystartade bolaget, förklarar hon att beslutsfattare, landsting och potentiella patienter blivit mer alerta, accepterande och kunniga vilket har lett till att den traditionella primärvården börjat förändras.

År 2013 genomfördes en omorganisation av förvaltningsorganisationen inom Region Skåne vilket innebar att den offentligt drivna primärvården delades upp i tre enheter som fick huvudansvar för primärvårdens verksamhet: ”Kryh”, som ansvarar för palliativ vård, ”Sund” som ansvarar för primärvårdsforskning, barnhälsovård, kvinnohälsa och migration samt ”SUS” som ansvarar för minnessjukdomar, smärtrehab, hälsoenheten och barn- och mödravårdspsykologer (Winther, 2017). Under år 2015 skedde ytterligare en politisk omorganisation i Region Skåne, vilket innebar att Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), som tidigare hade ansvar för enbart vårdplanering, utvecklade sitt ansvarsområde till att även ansvara för själva vårdproduktionen. HSN har även övergripande ansvar för ackrediteringsvillkor för de enheter som ingår inom hälsovalet samt mandat för att sluta nya avtal med leverantörer. Ackrediteringsvillkoren granskas årligen och gäller för såväl offentliga som privata vårdgivare.

Villkoren innehåller bland annat information om ersättningsmodellen där varje vårdenhet får ett visst belopp beroende på hur många personer som är listade på enheten. Beloppet som tillfaller vårdenheten är beroende av två index, patienternas vårdtyngd, det vill säga ett sammantaget värde av hur sjukdomsbenägen en patient är, samt patientens risk för vårdbehov som baseras på främst socioekonomiska faktorer såsom utbildning och yrke. Skulle däremot en patient vara listad inom Region Skåne, men söker vård hos en annan vårdenhet inom exempelvis Värmlands landsting, ackrediteras Värmlands landsting för kostnaden och får därmed en ersättning för patientbesöket (Region Skåne, 2017).

4.2 Den virtuella primärvården

Digitalisering av hälso- och sjukvården i Sverige har pågått under en längre tid och utvecklats i takt med den tekniska utvecklingen och omvärldens förändrade krav. Samtidigt som denna utveckling sker präglas hälso- och sjukvården av en långsam förändringstakt och en organisatorisk struktur som i många fall premierar egna satsningar inom geografiska områden snarare än förändringar som är verksamhetsöverskridande (Innovation Skåne, 2017; Vinnova, 2016). Begreppet virtuell vård är brett och inkluderar ett antal olika digitala vårdtjänster och lösningar. I ett förslag från SKL definieras två typer av virtuella vårdbesök vilka är (i) besök som inkluderar video med läkare eller annan vårdpersonal, (ii) besök som inkluderar medicinsk konsultation genom ett utbyte av elektroniskt meddelande som i ett senare skede kan övergå till videobesök (Läkemedelsmarknaden, 2017).

Som tidigare nämnt finns det idag framförallt två företag på den svenska marknaden vars verksamheter är inriktade mot virtuella vårdtjänster och kan appliceras och kategoriseras utifrån SKL:s definitioner. Även om flera sådana företag, såväl nationella som internationella, är på framväxt, är det just företagen KRY och Min Doktor som idag anses representera den virtuella

primärvården (Zeidler, 2016). KRYs verksamhet kan definieras enligt den första kategorin av virtuella vårdbesök. Det virtuella vårdbesöket utförs genom att patienten identifierar sig med BankID⁸ och sedan träffar läkaren över ett videosamtal (Kry, 2017). Min Doktor kan istället definieras utifrån den andra definitionen, där vårdkontakten primärt inleds med medicinsk konsultation genom att patienten elektroniskt besvarar frågor i ett symtomformulär och sedan träffar läkaren via en chattfunktion. Vid behov tillkommer även videosamtal.

Det är dock inte endast privata aktörer som erbjuder virtuella vårdbesök. Jonas Gallon menar att Region Skåne sedan årsskiftet har infört en ny funktion för IT-digitalisering, eftersom de upptäckte att den dåvarande IT-avdelningen främst var teknikfokuserad. Den nya IT-funktionen ligger närmare verksamhetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och är därmed mer utvecklingsfokuserad. Syftet med införandet av den nya avdelningen och Gallons roll som e-hälsosamordnare är att *”komma närmare vårdens behov och utveckla tjänster mot det också och det innebär också att vi ska jobba mycket med att föra ut IT på olika sätt.”* Vidare involverar den nya funktionen hela koncernkontoret, det vill säga Sund, Kryh och SUS (Winther, 2017).

Bengt Stavenow (2017) menar att flera aktörer kommer att utveckla virtuella vårdbesök i framtiden. Capios nya online-tjänst lanserades som tidigare nämnt i mars år 2017 med målet om att kunna öka tillgängligheten inom vården. Towa Jexmark belyser vikten av att Capio kan erbjuda både en fysisk verksamhet och en digital plattform och menar på att trots att virtuella vårdbesök kommer att bli en allt mer central del av primärvården, kommer det ändå att finnas ett behov av fysiska besök i form av operationer och röntgenundersökningar.

⁸ En elektronisk ID-handling som är likvärdigt med bland annat körkort eller pass

4.3 Fallföretaget Min Doktor

Min Doktor är ett privat e-hälsobolag som verkar inom den virtuella primärvården och är baserat i Malmö. Bolaget startades i Lund år 2013 av Magnus Nyhlén med en vision om att erbjuda kunder möjligheten till digital läkarvård. Bolaget har växt mycket sedan starten, främst med hjälp av externa investeringar. Idag har företaget över 70 anställda och cirka ett femtiotal anslutna läkare som jobbar på konsultbasis menar Daniel Persson (2017).

Min Doktor började med att rikta sig till kvinnor med urinvägsinfektion, men har idag utvecklat en tjänst som tillgodoser en bredare målgrupp med likartade tjänster som den traditionella primärvården erbjuder. Vägen där emellan har varit en entreprenörsresa, enligt Daniel Persson. Han menar att allt handlade om att ständigt utveckla och att försöka bredda produkten. Idag beskrivs affärsidén som att leverera en tillgänglig och högkvalitativ digital vårdkontakt som är så snarlik den vårdkontakt eller den hjälp du kan få på en vårdcentral.

Själva tjänsten går ut på att det digitala läkarbesöket följer en process där patienten loggar in på Min Doktors hemsida genom att identifiera sig med BankID, för att beskriva sina symtom i en symtomguide, fylla i personuppgifter samt genomföra betalning för läkarbesöket. Symtomguiden fungerar som beslutsunderlag där läkaren följaktligen kan be om kompletterande bilder, information eller provsvar. Kommunikationen med patienterna sker via e-post, videomöten eller telefonsamtal. Ett läkarbesök hos Min Doktor kostar 250 kr och omfattas av högkostnadsskyddet (Min Doktor, 2016).

Min Doktors verksamhet bedrivs i en dynamisk omgivning, vilket innebär många utmaningar för att fortsätta ligga i framkant. Daniel Persson menar att affärsutveckling är av högsta vikt för att kontinuerligt anpassa affärsidén utifrån kundbehoven. Han menar att det faktiskt kan innebära att de måste kannibalisera på sin egen affärsidé, innan någon annan gör det

åt dem. Däremot ser Min Doktor endast positivt på att nya aktörer tar sig in på marknaden, eftersom fler aktörer på marknaden kan skapa mer acceptans för branschen. Persson spekulerar i att de nya aktörerna kommer att hitta sin specifika nisch och identitet, vilket är viktigt.

Även om den virtuella primärvården är en ny och dynamisk bransch är den starkt kopplad till den trögrörliga branschen som styrs av politiker, den traditionella hälso- och sjukvårdsbranschen. Därför påverkar dess tillhörande lagar och regler denna bransch, som ursprungligen var ämnade enbart för en traditionell regional sjukvård. Sverige har idag 21 regioner som styr hur vården ska fungera för respektive regions medborgare. Varje region definierar utbudet av primärvården inom sin region och sedermera finns så kallat riksavtal för utomlänsvård. Detta riksavtal tillsammans med patientlagen säger att en patient har rätt att söka primärvård i hela landet, mot en utomlänskostnad för sitt hemlandsting. Min Doktor är inte knuten till någon geografisk position och därför är detta fallet på majoriteten av besöken som tas emot hos rådgivaren (Persson, 2017).

Min Doktors ersättningsmodell skiljer sig alltså från den fysiska primärvården. Under år 2016 ingick Min Doktor ett avtal med Region Jönköping, närmare bestämt Wetterhälsan. Wetterhälsan fungerar som en underleverantör till Min Doktor, där företagets patienter kan söka vård. Detta innebär att ett läkarbesök utfört av Min Doktor, för en patient som inte är listade inom Region Jönköping leder till en utomlänskostnad. Region Jönköping fakturerar utomlänskostnaden till den region eller landsting som patienten är listad på (Persson, 2017).

Region Jönköping gör ur ett ersättningsperspektiv ingen skillnad på om en läkare träffar en patient i det fysiska rummet eller i det digitala mediet, om läkaren utför samma typ av utredning och sätter in en behandling som i det fysiska rummet. Ett digitalt besök likställs således med ett fysiskt besök under förutsättning att det som förväntades bli gjort utförts. Min

Doktor går därmed inte miste om några intäkter. Detta hade dock varit fallet om Min Doktor gått via en vårdcentral i Skåne, som benämner den digitala vårdkontakten som ”kvalificerade telefonbesök”, där patienten således inte behöver betala någon avgift för besöket (Persson, 2017).

Min Doktor har det senaste året rekryterat sin första press- och samhällsansvarige, Petronella Warg. Detta är en ny kompetens för företaget som blir allt mer ovärderlig. Warg jobbar huvudsakligen med relationer som ska gynna Min Doktors affärer, såsom med politiker i Stockholm. Vidare jobbar hon ständigt med att informera och förmedla att de arbetar för ett bättre samhälle i sin helhet, vilket kan vara en utmaning när riskkapitalister finansierar Min Doktors verksamhet (Warg, 2017). År 2016 fick Min Doktor in drygt 55 miljoner kronor från riskkapitalbolaget EQT Ventures som blev delägare i bolaget. Målet med kapitalet var att nå ut till ännu fler privatpersoner, revolutionera vårdflödet och bli ett alternativ till den traditionella primärvården (Billing (i), 2016; Billing (ii), 2016; Min Doktor, 2017).

4.4 Fallföretaget Min Doktors nätverk och resursförändringar

4.4.1 Tjänsten och produktens utformning

Min Doktor har sedan starten arbetat aktivt med att utveckla produktens utformning. Daniel Perssons roll som affärsutvecklare, där hans dagliga arbete genomsyras av att utveckla produkten, är därmed ett aktivt val företag valt att ha. Den största anledningen till att Min Doktor började med att hjälpa kvinnor med urinvägsinfektion, var av den okomplicerade anledningen att symtomen för urinvägsinfektion i många fall är självdiagnostiserande. Däremot förekommer det att antibiotikarecept ibland måste förskrivas. För Min Doktors del genomfördes en utredning av inspektionen för vård och omsorg (IVO), där företaget analyserades om de var behöriga till att

skriva ut recept. Efter utredningen framgick det att det inte förekom några medicinska hinder för recepthantering. För Min Doktors del var bekräftelsen av denna information en form av kvalitetssäkring och medförde att mer resurser kunde läggas på produktutveckling. Idag erbjuder Min Doktor en stor variation av primärvårdstjänster och möjligheten till både receptutskrift, receptförnyelse, provtagning och remisshantering. Till skillnad från Min Doktors konkurrenter har företaget med tiden utvecklat välfungerande symtomguider som patienten fyller i, för att dels tidseffektivisera och dels underlätta för läkaren att ställa en diagnos. Värt att nämna är dock att företaget inte har något patent på deras produkter eller tjänster (Persson, 2017).

Under intervjun med Bengt Stavenow utvecklas idéerna kring att använda patienten som en resurs och mobilisera patientens nyfikenhet. Framtidens primärvård tycks präglas av nya digitaliserade förutsättningar och således en förändring av nya produkters utformning. Stavenow betonar att Min Doktors roll i framtidens primärvård ska vara som en underleverantör till Region Skåne. Vidare nämner Stavenow att hemma-kit och självdiagnostiserade test kommer att bli vanligare genom att uttrycka *”jag är exempelvis ganska övertygad att det här konceptet om att trycka på stöd för egenvård kommer att komma”*. Stavenow refererar till en rapport från Vinnova (2016) som menar att framtidens tjänst och produkt kräver resursförändringar. Dessa förändringar kan ske i form av: ”en ökad egenförmåga och kunskap”, där individen tar ansvar för sin egen hälsa, ”tjänster som personcentrerade”, där individens behov möts med rätt typ av produkter och tjänster, ”en vårdkedja som präglas av digitala lösningar i alla led” samt ”ett systematiskt flöde av information och analyser”, för att kunna bidra till en kontinuerlig utveckling av primärvårdens produkter och tjänster.

4.4.2 Ny kompetens och kunskap

För Min Doktor har ny kompetens och kunskap varit väsentligt för dess utveckling. Bolaget började i ren nystartsanda i Medicon Village i Lund med endast några fåtal personer involverade till att idag ha runt 70 anställda och Daniel Persson menar på att de redan känner sig trångbodda i sina nya lokaler i Malmö. Till en början beskrivs det som att ”*alla visste vad alla gjorde hela tiden och oerhört snabba och korta kommunikationscykler*”, enligt Persson. Men allteftersom bolaget växte anställdes personal efter behov. Företaget behövde olika teamledare. Nyligen anställdes en HR-person för att underlätta det interna i företaget, som är en utmaning att strukturera när man växer snabbt (Persson, 2017).

Petronella Warg är också en relativt ny rekrytering till företaget och hon fyller en roll som inte funnits tidigare på Min Doktor. Warg agerar idag som kommunikationschef och har huvudsakligen hand om press- och samhällsrelationer. Enligt Daniel Persson har det varit ett tydligt uppdrag för Petronella Warg att jobba med ersättningsmodellerna, få det digitala på den politiska agendan och således börja tänka mer nationellt. Warg anser att hennes roll blir mer detaljerad och svårare ju mer hon lär sig. Mer ansvar har lagts på henne. För Warg gäller det också att arbeta med stor transparens och att alltid försöka vara tillgänglig på sociala och traditionella medier. Sedermera används Daniel Persson som talesman utåt i pressen, vilket är för att framgent få samma ansikte utåt i pressen då vd:n har bytts ut. Warg menar också att det är fördelaktigt att använda sig av Daniel Persson eftersom han har jobbat på företaget i så pass många år och därmed kan mycket om affärerna, företaget och det medicinska.

Daniel Perssons roll är annars affärsutvecklingschef, vilket beskrivs som viktig för företaget. Rollen går främst ut på att utveckla och kunna utvidga tjänsten till fler

patientmålgrupper, säger Persson. Han beskriver vidare att något av det viktigaste just nu är fortfarande att affärsutveckla, där hans roll är central.

4.4.3 Ökad tillgänglighet och anpassningsbarhet

Den tjänst som Min Doktor har utvecklat har ökat tillgängligheten i vården. Många av de parter vi har intervjuat menar att tjänsten har utvecklats som ett svar på patienternas efterfrågan om ökad tillgänglighet. Jonas Gallon menar att den största utveckling som han har upplevt inom branschen är att de plötsligt är styrda av kundernas efterfrågan, vilket krockar med den traditionella vården, där det är behovet som ska styra. *”Det är ju ett sätt att lösa tillgängligheten för de allra flesta. Så är det ju. Och det blir ju också så att det ofta blir det att. Det är ju en röststark grupp som hörs och det är ju de som driver på och då krockar man ju lite med vården”*, säger Gallon. Detta framgår även i intervjun med Karina Telling (2017) som menar att:

Telling K: [...] ”KRY och Min Doktor och andra företag skapar ju möjlighet att jag kan söka vård utan att uppsöka en fysisk plats eller rum som en läkare eller vårdgivare som jag vill få hjälp av. Och jag ser det som en ganska naturlig utveckling. Det patienterna vill ha är en snabb tillgänglighet, och få hjälp vägledning eller behandling med problem. Jag tycker man ska se dessa tjänsterna snarare som ett komplement till att jag kan söka vård på en annan plats än den fysiska som en vårdcentral eller sjukhus”

Även personalens arbetstider har förändrats till följd av insikten och förståelsen om patienternas krav på ökad tillgänglighet. Fram till slutet på år 2015 hade Min Doktor enbart öppet mellan 07:00–22:00. Idag har företaget dock öppet dygnet runt, vilket innebär att läkarna också ska finnas tillgängliga under dessa arbetstider (Persson 2017; Min Doktor, 2017). Även verksamheten i stort har fått anpassas under åren. Innan Min Doktor utvecklades till det företag

det är idag så hette tjänsten uvi.se och riktade sig enbart till kvinnor med urinvägsbesvär till att idag rikta sig till en bred målgrupp med olika typer av vårdbehov (Persson, 2017).

Samtidigt som patienten efterfrågar ökad tillgänglighet eftersträvar både den traditionella och virtuella primärvården att patienten alltmer ska vara medproducent och ansvara för sin egen hälso- och sjukvård (Persson, 2017). Patienten själv blir därför en viktig resurs som Min Doktor försöker ta vara på med hjälp av sin tjänst. Daniel Persson fortsätter, *”Och det låter vi de faktiskt vara här. Det är faktiskt många som svarar det på våra utvärderingar ’nämen jag fick faktiskt vara med och bestämma här. När jag började svara på dessa frågor – ja men vad är det jag vill ha hjälp med egentligen och varför’.”*. Även Bengt Stavenow menar att patienter inom primärvården och den typ av vårdtjänster som ges där är en outnyttjad resurs. Stavenow anser även att *”digitalisering som möjliggör verktyg som främst används för att kunna hjälpa individen för att på ett bättre sätt kunna hantera situationen själv. Då får vi troligtvis en mer nöjd medborgare, en mer nöjd anhörig och en mer nöjd patient. Och vi får ett billigare system”*.

Ytterligare en aspekt som primärvården för närvarande håller på att utveckla och anpassa inom landet är journalhanteringen, som verkar komma att förändra branschen i sin helhet. Jonas Gallon menar att nästan alla landsting och regioner i dagsläget är på väg att handla upp stora nya journalsystem, vilket gör det svårt för Region Skåne att lägga mer resurser på virtuell primärvård. Min Doktor är inte medlem i nationell patientöversikt, som gör att man kan se patientens alla kontakter med hälso- och sjukvården. Läkarna har endast tillgång till information om patienten som denne själva har skrivit eller om patienten tidigare har besökt och journalförts i Min Doktors system. Persson menar dock att de hoppas på att bli medlemmar i nationell patientöversikt i framtiden.

4.4.4 Teknisk utveckling

Användningen av teknik och digitala medier och tjänster har ökat explosionsartat sedan millennieskiftet (Svenskt näringsliv, 2016; SOU, 2016:85). För Min Doktors del har företaget således kunnat ta del av den ökade teknikanvändningen för att kunna iscensätta sin grundläggande affärsidé och därefter fortsätta arbetet med att utveckla sin webbtjänst och plattform.

Den teknik som Min Doktor använder sig av främst baseras på företagets webbplats som stöder både Android, iOS och PC. Min Doktor använder sig även av BankID, som beställs genom patientens bank för att patienten skall kunna identifiera sig på ett säkert sätt (Min Doktor, 2017). Den tekniska utvecklingen har enligt Daniel Persson lett till att Min Doktor har kunnat leverera sin tjänst till hela Sverige, eftersom den inte är knuten till någon geografisk position. Vidare berättar Persson att det i takt med att dagens teknik ständigt utvecklas krävs nya kompetenser i företaget och att företaget just nu satsar på att anställa fler tekniker. Persson framför sedan att *”vi har ett dataanalysteam som jobbar med allt liksom alltifrån artificiell intelligens till liksom data, multidimensionell dataanalys”*. Vidare beskriver Persson att *”det finns någonting hos dem och deras kompetens som gör att det kommer att underlätta ännu mer”*. De algoritmer som kommer att kunna genereras kommer att kunna underlätta läkarens beslutsfattande. Det gäller att börja allokera själva läkarresursen, menar Persson.

Jonas Gallon menar däremot under sin intervju att den teknik som de virtuella primärvårdsföretagen använder sig av inte är speciellt avancerad. Följaktligen anser Gallon även att den tekniska utvecklingen av exempelvis olika plattformar bör fokusera på nya målgrupper som ungdomar som lider av psykisk ohälsa för att kunna utveckla tekniken ytterligare och

således åstadkomma bättre vård till unga och han menar vidare att [...] *“det är en sån grupp som vi tror är väldigt lämpad för mycket av ny teknologi, ja ni vet ju själva er interaktion med”*.

4.4.5 Likvida medel och kapital

Det finns styrkor i att ha ett starkt kapital och tillgångar i form av likvida medel i ett företag. Att ha möjlighet att utveckla företagets digitala tjänster och samtidigt synas genom marknadsföring stärker företagets marknadsposition och skapar ett medvetande hos kunder. Med kunders förändrade betalningsvilja i kombination med SKL:s ändring av ersättningssystemen, uppkommer situationer som företaget inte är van vid, och som kräver nya tillvägagångssätt och metoder för att behålla sin marknadsposition (SKL, 2017; Rönn, 2017).

Förändringar i ett företag medför att gamla rutiner möter nya metoder och skapar nya tankesätt. Daniel Persson förklarar att för varje patient som betalar patientavgift får företag ersättning från den region kunden är listad i. Min Doktor måste således förhålla sig till de ersättningsmodeller som SKL rekommenderar tillsammans med landstings- och kommundirektörer, vilka utvecklas och förnyas när det uppstår förändring i vården.

Vad som dock är av intresse är att Min Doktor även erbjuder en guide för receptförnyelse där patienterna betalar för förnyelsen själva *”Det är ingenting vi begär offentlig ersättning för utan det betalar man 150 kronor för och det ska liksom täcka kostnaderna för allting runtomkring”*, säger Daniel Persson. Vidare förklarar Persson hur kunders betalningsvilja har förändrats i takt med att tjänsten utvecklats. När företaget lanserade sin tjänst var sökmönstret anpassat efter den traditionella primärvårdens öppettider. Idag har däremot en förändring skett i kombination med att Min Doktors kunder insett tjänstens tillgänglighet och många patienter söker på kvällarna.

Ytterligare en förändringsaspekt som Min Doktor kalkylerat och laborerat med är priset på de digitala besöken. Konkurrensen mellan olika aktörer inom primärvården är stark och kräver att man kan sätta ett marknadsmässigt pris på tjänsten och samtidigt klara av att sköta företagets ekonomi. Daniel Persson förklarar att en studie vid Lunds universitet har undersökt snittkostnaden för ett fysiskt respektive ett digitalt vårdbesök. Studien kom fram till att produktionskostnaden för ett digitalt besök enligt Min Doktors modell är ungefär 1000 kronor och att snittkostnaden för ett fysiskt besök på en vårdcentral är ungefär 1700 kronor”. Persson fortsätter förklara att om vi hade kunnat ersätta tio procent av de besök som idag görs i primärvården skulle vi kunna spara ungefär en miljard i direkta kostnader och en miljard i indirekta kostnader för bland annat minskad restid och minskad frånvaro från jobbet. Att inse detta faktum och förändra vård- och sjukvårdssystemen kan skapa ett stort flöde av likvida medel och således bidra till att mer kapital kan läggas på forskning och utveckling (Persson, 2017).

4.4.6 Varumärke och hållbarhet

Petronella Wargs roll som chef för press- och samhällsrelationer innebär att hon arbetar med kommunikation mot media och informerar om tjänsten och Min Doktors verksamhet. Vidare arbetar hon mycket mot [...] ”politiker i Stockholm, jag reser upp för att förklara hur vi kan bidra till en bättre ekonomi och ökad tillgång till vård, i princip”. Warg menar att de som tidig aktör på marknaden är viktigt för Min Doktor att upprätthålla ett gott rykte och varumärke mot såväl nya nationella och internationella aktörer. Enligt Warg måste de ”fortsätta påverka, informera, diskutera kvalitetsinnehållet och det är ju precis samma sak, samma argument som kommer att skilja oss från när det kommer in andra aktörer på vår marknad här i Sverige så att ehm, vi håller fast vid, ehm, våra kvalitetsaspekter att vi står för, att vi fortfarande är the good guys”.

Vidare hävdar hon att det inte har skett några större förändringar i hennes roll sedan hon blev tillsatt, men menar att de redan nu tittar på och bevakar den internationella marknaden då målet är att inom en snar framtid börja etablera verksamheten i utlandet (Warg, 2017). *”Sen så handlar det ju också om att gå utomlands och hantera de olika marknader, deras olika debatter, deras olika nyckelpersoner då, målgrupper. Det kan ju vara helt andra frågor som vi måste lobba för där.”* Petronella Warg säger att de idag arbetar proaktivt och att hennes fokus kommer att riktas mot utlandet när de vinner nya marknader. Gentemot KRY verkar Min Doktor inte i dagsläget vilja särskilja sig så mycket. Daniel Persson menar att de istället ser KRYs aktiva marknadsföringskampanjer som ett sätt att marknadsföra digital vård i största allmänhet.

Ser vi till Region Skånes varumärke är det inte jättestarkt ur många perspektiv, vilket tros bero på resursbrist och en kris i vården generellt (Gallon, 2017). Samtidigt tror Jonas Gallon ändå att Region Skånes varumärke som offentlig vårdaktör är en fördelaktig resurs. *”Folk tycker ju ganska illa om Region Skåne rent generellt, men också att det är tryggt och ordentligt och det är primärvården och slutenvården och att det är lättare att komma in på sjukhuset. Så är det inte, men det finns någonting i det någonstans som ... och det är ju som ett svenskt etablissemang att vi är vana vid offentlig vård.”* Detta argument stöds även till viss del av Bengt Stavenow som menar att Innovation Skåne blev förvånade över att se att ungdomarna i regionen känner en tillit till Region Skåne. *”Vi skulle önska, trots allt så är vi lite, någonstans lite svenska, folkhemsorienterade i botten och vi skulle önska att vi fått det från Region Skåne men det får vi inte och då går vi någon annanstans. Och den reaktionen trodde jag inte vi skulle få.”* Vidare menar Stavenow att denna starka vilja att den virtuella primärvården ska präglas av Region Skånes varumärke kommer från patienternas sida, patienterna associerar främst Region Skånes varumärke med trygghet och tillit.

4.4.7 Samarbete och transparens

Samarbete är vitalt för Min Doktor för att överleva och för att hela tiden kunna anpassa sig till den föränderliga omgivningen. Min Doktor har bland annat ett bra och välfungerande samarbete med Region Jönköping och närmare bestämt Wetterhälsan, vilket de inte heller ämnar lämna trots erbjudande från Sörmlands landsting då de nyligen införts avgiftsfria patientbesök. Detta menar Petronella Warg är tack vare den goda relationen och samarbetet mellan Region Jönköping och Min Doktor. Denna grundas främst på ett samarbete sedan en tid tillbaka när Region Jönköping bestämde sig för att inte göra skillnad på ett fysiskt och digitalt vårdbesök ur ett ersättningsperspektiv, vilket har gynnat Min Doktor.

Ett annat samarbete som är uppskattat från Min Doktors sida är med försäkringsbolag, som varit en trygg inkomstström att ha, enligt Daniel Persson. Petronella Warg menar vidare att *”de är viktiga kunder för oss och de är väldigt viktiga för vi kan utveckla saker tillsammans med dem för de har en begränsad skara patienter. Så vi kan rulla ut och testa nått och att vi vet att det kommer liksom inte hela Sveriges befolkning samtidigt och vill, haha, p-piller eller vad det nu än är vi testar”*. Sedermera är även samarbetet med Novakliniken, en vårdgivare runt om i hela i Skåne, uppskattat. Detta samarbete inleddes i samband med att Novaklinikens nuvarande vd avslutade sin tjänst på Region Skåne. Persson menar att den nuvarande vd:n har en stor passion för att [...] *“att utveckla vårdvals-koncept och vårdvalsmodeller. Hon är väldigt intresserad av digital hälsa generellt så när hon började jobba på Novakliniken så kontaktade hon oss och sa men jag skulle gärna erbjuda digitala besök”*. Persson åsyftar att Novakliniken förstått vikten i tillgänglighet och bemanning. Sedermera samarbetar Min Doktor även med Apoteket AB som assisterar dem med tjänster som blodtrycksmätning vid preventivmedelsförskrivning samt hemleverans av receptbelagda läkemedel. Apoteket vill satsa på att vara mer som ett komplement till den traditionella vården (Carpman, 2016).

Petronella Warg pratar även om vikten av samarbete med vårdcentraler som Capiro, för att kunna skicka Min Doktors patienter på exempelvis provtagning om så behövs. I dagsläget menar även Warg att [...] *“vi samarbetar gärna med Region Skåne och ändå är det så att de bara väljer att inte samarbeta, utan de sätter upp hinder för oss genom att vägra våra patienter att gå på provtagning på deras vårdcentraler i regionen.”*

Petronella Warg menar att tongångarna för ett halvår sedan var annorlunda då bolaget Innovation Skåne, som är helägt av Region Skåne, var affärsrådgivare åt Min Doktor samt att de satt i diskussioner *”om våra svårigheter och utmaningar, hur vi skulle behöva jobba och så inte”* för att det skulle mynna ut i ett samarbete med Region Skåne. Därefter säger Warg att vi sedan *”får vi höra att Innovation Skåne tar fram förslag på hur de ska utveckla detta åt Region Skåne”*.

För övrigt kan andra regionsamarbeten vara på gång och *”vi har redan haft det här pilotprojektet med Halland.”*, enligt Petronella Warg. Utmaningen i detta är inte att få en region att skriva på ett papper om samarbete, utan *”att få vårdpersonalen där att ta till sig ny information, ta till sig ny teknik.”* Där menar Warg att det gäller att vara ute och prata om tjänsten för att vinna förtroende och förståelse hos vårdprofessionella, så att de känner sig trygga med tjänsten.

5. ANALYS

Analysavsnittet avser att analysera det empiriska materialet insamlat, från primär- och sekundärdata, gentemot teoretiskt ramverk presenterat ovan. Därmed analyseras nätverkseffekters påverkan på resursförändringar. I avsnittet presenteras först en analys av nätverk i sig för att sedan sammanfläta nätverkskomponenterna med resursförändringarnas fyra delar. Detta avslutas med att anknyta till dynamiska kapabiliteter som mynnar ut i ett nytt begrepp med tillhörande reviderat ramverk.

5.1 Nätverk

Den virtuella primärvårdens nätverk präglas av relationer både till kunder och konkurrenter såväl som offentliga och privata organisationer. Vi har kunnat identifiera att Min Doktors nätverk är brett och genomsyras av relationer med landsting, kommuner och politiker, både på lokal nivå inom Skåne-regionen och på nationell nivå. Vi har även funnit relationer med den traditionella primärvården såsom Novakliniken, Capios provsvarsenhet, pilotprojektet i Halland samt relationer med kunder, investerare, Apoteket AB, media och företagets anställda. För Min Doktors del är dess samarbeten och relationer av stor vikt när det gäller att arbeta operativt och positionera sig på den dynamiska marknaden. Det gäller därmed för företaget att förhålla sig på rätt sätt till dess relationer när förändringar sker för att behålla sin marknadsposition. Då den virtuella primärvården är en ny bransch och i ständig förändring följer en djupgående analys om huruvida Min Doktors nätverkseffekter påverkar resursförändringar.

5.2 Nätverkseffekters påverkan på tillgängligheten till externa resurser

Denna resursförändring går ut på att skapa och få ny tillgång till externa resurser, det vill säga resurser som ligger utanför branschen ”den virtuella primärvården”. Dessa resurser kan vara ett komplement till de redan befintliga, men kan också vara helt nya resurser.

Min Doktors val att samarbeta med Apoteket AB kan antas tillhöra ett *socialt/lokalt nätverk* genom att de skapar ett komplement till deras redan befintliga resurser. Samarbetet med apoteket är en viktig extern resurs för Min Doktor, då deras verksamhet idag går ut på att de efter ett patientbesök behöver hänvisa patienten till vidare konsultation eller medicinering. Apoteket AB kan därmed genom samarbetet direkt influeras och påverkas av ett beslut, som en läkare på Min Doktor tillsammans med den sökande patienten fattar. Det sociala/lokala nätverket med Apoteket AB påverkar därmed tillgängligheten till externa resurser.

Vidare kan Min Doktor även få tillgång till externa resurser enligt Danneels (2011) definition genom att komplettera ersättningsmodellerna, som är en befintlig resurs. Min Doktor är idag i hög grad påverkade av de ersättningsmodeller som rekommenderas av SKL och som landstinget sedan godkänner, för att kunna generera intäkter. Skulle Sverige få öppnare region- och landstingsgränser där samma ersättningsmodell gällde i hela landet hade det inneburit en viktig resursförändring och tillgång till samarbete med nya aktörer. Shuen och Sieber (2009) benämner denna aspekt som ett socialt/lokalt nätverk. Således kan Min Doktors nätverk med SKL ses som direkt beroende. Följaktligen kan ett socialt/lokalt nätverk även finnas i Min Doktors samarbete med Capio vårdcentraler, där Min Doktor i nuläget är beroende av att få tillgång till Capios provsvarsenheter. Ett beslut av Capio, som förändrar Min Doktors tillgång till externa resurser, skulle därmed direkt influera företags affärsidé. Vidare kan vi analysera att Min Doktors tillgång till Capios provsvarsenheter således sker med hjälp av ett annat företags kompetens, det vill säga Capio. Från Min Doktors sida genererar det förmodligen en effektivitet och en förbättring när det gäller att kunna ge kvalitetssäker vård till fler patienter, och då i slutändan kunna erbjuda kunderna ett komplett primärvårdsutbyte. Vi argumenterar därmed för att Min Doktors tillgänglighet till externa resurser även här påverkas av ett socialt/lokalt nätverk.

För att bygga vidare på Danneels (2011) resonemang kan relationer med externa partners vara ett sätt för ett företag att öka tillgängligheten till externa resurser. Detta är även ett strategiskt arbete från Min Doktors sida, det vill säga att bygga ut sitt nätverk av externt samarbete för att på så sätt växa och få ökat förtroende bland fler i branschen. Detta kan bland annat visas utifrån pilotprojektet med Hallandsregionen. För att än en gång utgå från Shuen och Siebers (2009) teori om nätverkseffekter går detta att identifiera som ett indirekt nätverk. Att strategiskt bygga ut sitt partnerskap handlar till största del om relationen till vårdprofessionella⁹ i regionen i kombination med dess kapacitet. Därför är Min Doktors nätverkseffekter även här en källa till resursförändringar avseende tillgängligheten till externa resurser.

5.3 Nätverkseffekters påverkan på förmågan att skapa nya resurser

Min Doktor har grundats med hjälp av den digitaliserade utveckling som skett i samhället de senaste åren. Företaget har därmed kunnat dra nytta av de förändringar som skett genom att utveckla nya resurser. Enligt Danneels (2011) kan företag skapa nya resurser genom att finna nya resurskombinationer med hjälp av företagets interna kompetens. Min Doktor har börjat skapa nya resurser genom att anställa fler tekniker och således utveckla tjänsten. För att kunna utveckla den fullt ut och skapa nya resurser är dock Min Doktor beroende av landstingens hantering av journalsystemen, som idag är väldigt strikta och säkerhetsanpassade. Enligt Shuen och Siebers (2009) definition kan Min Doktor återigen anses befinna sig i ett socialt/lokalt nätverk med landstingen och regionerna. Vidare analyserar vi att en förändring i journalhanteringen därmed hade kunnat hjälpa Min Doktors tekniker att vidareutveckla tjänsten och således skapa nya resurser. Viktigt att belysa är dock att Min Doktors resursförändringar är beroende av hur dess nätverk med landstingen utvecklas.

⁹ Sjuksköterskor och läkare

Vidare har Min Doktor satt igång en process att utveckla sin resurs i form av det interna humankapitalet genom att ha ett dataanalysteam med målet att utveckla artificiell intelligens, som då ska komma att bli en ny resurs för företag att nyttja. Anledningen till att utveckla tjänsten ännu mer är delvis på grund av att kunderna efterfrågar enkelhet, men även att företaget upplever en ökad konkurrens, där internationella företag har utvecklat nya innovativa lösningar. Eisenhardt och Martins (2000) teori vad gäller skapandet av nya konkurrensfördelar menar att fokus bör ligga på hur ett företags resurser förändras, snarare än hur de dynamiska kapabiliteterna ändras, för att således skapa en mer direkt påverkan på företagets kunder. Min Doktor motiverar dataanalysteamets utveckling av tjänsten som underlättande för framförallt läkaren. Vi analyserar även att skapandet av artificiell intelligens kan leda till konkurrensfördelar, då det således medför en direkt påverkan på företagets kunder.

5.4 Nätverkseffekters påverkan på att optimera företagets befintliga resurser

Min Doktor har även genom resursförändringar kunnat optimera de befintliga resurserna. Danneels (2007) påvisar att många resurser som ett företag besitter är en outnyttjad potential som ett företag sedermera kan använda när förändringar sker. Ett tydligt exempel på hur Min Doktor utvecklat befintliga resurser från primärvården är genom dess utveckling av symtomguider som kan ses som en fysisk tillgång enligt Grant (1991). En av anledningarna till denna utveckling är bland annat ett ökat behov av att frigöra och optimera läkarresurser. Enligt Shuen och Siebers (2009) definition av indirekt nätverk ökar produktionen av kompletterande produkter ju fler som använder tjänsten. För Min Doktors del är patienten en av de viktigaste resurserna. I takt med att patienterna mer frekvent börjat använda Min Doktors tjänst har produktion av kompletterande produkter ökat. Patienterna kan därmed, förutom en resurs, även ses som en del av företagets indirekta nätverk. Företaget har således lyckats optimera dess befintliga resurser i form av

symtomguiderna, där patienten tar mer ansvar och resurser kan frigöras från vården. Vidare analyserar vi att förändringen av resurser som Min Doktor lyckats optimera således påverkats av det indirekta nätverket med patienten som företaget har idag.

Ett annat sätt för Min Doktor att optimera sina befintliga resurser är att förbättra och bredda sitt samarbete med försäkringsbolagen, det vill säga deras företagskunder. Ju fler som anlitar försäkringsbolagen och då indirekt Min Doktor, desto mer ökad nytta ger det till en annan grupp av användare, de privata kunderna. Enligt Shuen och Siebers (2009) definition kan detta ses som ett korsvist nätverk. Min Doktors generella värde ökar nämligen tack vare försäkringsbolagen eftersom det är där de har störst möjlighet att utveckla och pröva nya tjänster. Detta ger i sin tur ökad kundnytta för privatkunderna. Genom Min Doktors goda nätverksrelation med försäkringsbolagen har de således kunnat optimera sina befintliga resurser.

Min Doktors verksamhet och tjänst kräver även att kunden och patienten ska kunna legitimeras sig via BankID. Användandet av BankID är därmed en tjänst som Min Doktor köper in. Relationen dem emellan kan ses som ett direkt nätverk enligt Shuen och Siebers (2009) definition, då ju fler som använder BankID även kommer att kunna dra nytta av Min Doktors tjänst. Fler användare av tjänsten kommer förmodligen att kräva ökade resurser i form av läkare som tillgodoser kundbehovet. Min Doktors arbete med att utveckla artificiell intelligens kan därför ses som en resursförändring i syfte att optimera de befintliga resurserna.

5.5 Nätverkseffekters påverkan på att bli av med befintliga resurser

Enligt Danneels (2011) teori om resursförändringar och det presenterade ramverket kan företaget också försöka att bli av med resurser som inte genererar önskat värde. Detta kan appliceras till Petronella Wargs uttalande om att hennes roll förhoppningsvis inte kommer att behövas i framtiden och att bolaget således kan bli av med resurser. Enligt Warg är förhoppningen att hon i

sin roll som kommunikationschef inte ska behöva hävda och försvara Min Doktors verksamhet. Ytterligare en nätverksform som Shuen och Sieber (2009) nämner är efterfrågestyrt nätverk, som inträffar när efterfrågan av en tjänst ökar. Då branschen fortfarande är relativt ny, har vi inte kunnat identifiera behovet av att bli av med befintliga resurser. Ju mer etablerad branschen blir med en ökad efterfrågan och starkare nätverk, desto mer kan det komma att påverka Min Doktors eventuella behov att bli av med befintliga resurser.

Ett annat perspektiv är att företaget genom utökad artificiell intelligens kan optimera onödiga läkarresurser. Den artificiella intelligensen ska nämligen kunna avgöra om patienten verkligen behöver träffa en läkare. Det skulle alltså betyda att själva läkarresursen inte är nödvändig på alla patienter. Liknande gäller när man lägger över mer ansvar på patienten för dennes hälsa och sjukvård. Ju mer ansvar de tar, desto mindre resurser enligt Grants (1991) teori om humankapital, behöver läggas på ansvar och kontroll från Min Doktors sida. På så sätt kan Min Doktor skapa utrymme för de resurser som behöver läggas på nätverk och samarbeten.

5.6 Dynamiska kapabiliteter

Som tidigare nämnt befinner sig den virtuella primärvården på en marknad präglad av snabba förändringar, som möter inlärd organisatoriska mönster från den traditionella primärvården. Winter (2003) menar att dynamiska kapabiliteter är operativa rutiner som finns inom företaget och som bidrar till att nå en förbättrad effektivitet. Enligt analysen ovan kan Min Doktors främsta dynamiska kapabilitet tänkas vara dess relationer med omgivningen. De resursförändringar vi har kunnat utläsa har i hög grad påverkats och varit beroende av Min Doktors nätverkseffekter, som uppkommit genom dess aktiva arbete med att bygga upp relationer. Ett exempel på detta är företagets samarbete med försäkringsbolagen, som i hög grad har skapats och vidareutvecklats som ett resultat av företagskundernas positiva inverkan på

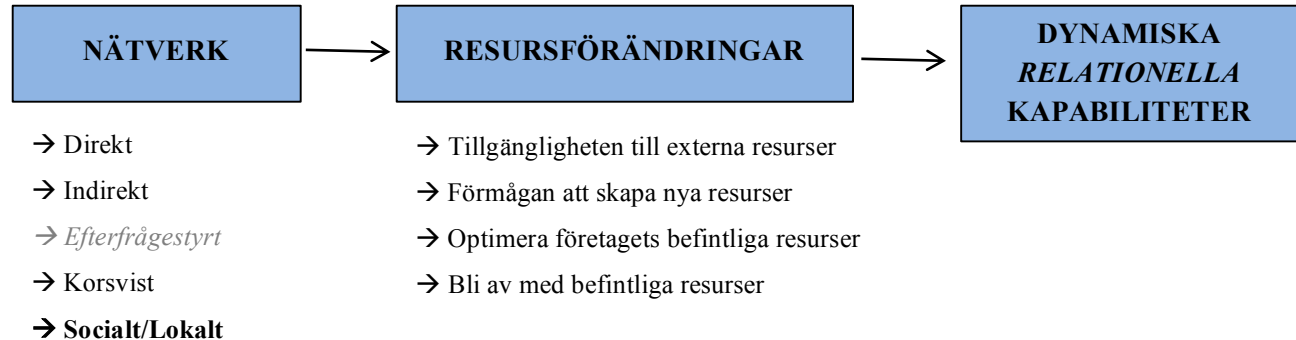
kundnyttan bland privatkunder. Dessa nätverkseffekter ger i sin tur en möjlighet till resursförändringar för att kunna anpassa verksamheten på en dynamisk marknad och således behålla den konkurrensfördel de besitter idag. Detta indikeras i Min Doktors arbete med att ständigt försöka förbättra och bygga vidare på relationerna. För Min Doktor är skapandet av relationer som bygger på förtroende och lojalitet av stor betydelse för att kunna tillskansa sig större marknadsandelar och bibehålla relationerna. Vidare kan vi i analysen se att Min Doktor funnit en rutin i det operativa arbetet och lärt sig att relationerna är av vikt för att behålla marknadsandelar och konkurrensfördelar på en dynamisk marknad. Med utgångspunkt i ovanstående påstående har nätverk och relationer en så pass stor påverkan på den virtuella primärvården att ett nytt begrepp kan introduceras. För att bidra till att utveckla forskning presenterar vi därför begreppet *dynamiska relationella kapabiliteter*, för att tydligare betona nätverkens och därmed relationernas betydelse inom den virtuella primärvården.

5.7 Tabell 2: Sammanfattning av teori, empiri och analys

TEORI	EMPIRI	ANALYS
TILLGÄNGLIGHETEN TILL EXTERNA RESURSER (DANNEELS, 2011)		
Direkt nätverk		
Indirekt nätverk	→Pilotprojekt med Hallandsregionen	→ Min Doktor förklarar dess strategiska arbete med Halland för att utveckla tjänsten
Efterfrågestyrt nätverk		
Korsvist nätverk		
Socialt/Lokalt nätverk	→Samarbete med Apoteket AB →Beroende av ersättningsmodeller →Beroende av Capios provsvarsenheter	→ Min Doktors relation med Apoteket AB och Capio är en extern resurs som de nyttjar genom att erbjuda sina patienter medicinering och provtagning efter läkarbesöket. → Min Doktor förklarar att de är påverkade av ersättningsmodellerna som finns.
FÖRMÅGAN ATT SKAPA NYA RESURSER (DANNEELS, 2011)		
Direkt nätverk		
Indirekt nätverk		
Efterfrågestyrt nätverk		
Korsvist nätverk		
Socialt/Lokalt nätverk	→Förändra landstingens journalhantering för att utveckla tjänsten →Anställt tekniker	→Företaget har anställt fler tekniker som kan utveckla tjänsten om landstinget förändrar dess regler kring journalhantering.
OPTIMERA FÖRETAGETS BEFINTLIGA RESURSER (DANNEELS, 2011)		
Direkt nätverk	→Användandet av BankID	→ Min Doktor köper in tjänsten BankID för att säkerställa dess erbjudande till patienter
Indirekt nätverk	→Utvecklat symtomguider	→ Fler patienter har börjat använda tjänsten vilket lett till en utveckling av symtomguider för att frigöra samt optimera läkarresurser.
Efterfrågestyrt nätverk		
Korsvist nätverk	→Breddat samarbetet med försäkringsbolag	→ Genom att bredda samarbetet med försäkringsbolagen kan det ge ökad nytta till de privata kunderna.
Socialt/Lokalt nätverk		
BLI AV MED BEFINTLIGA RESURSER (DANNEELS, 2011)		
Direkt nätverk		
Indirekt nätverk		
Efterfrågestyrt nätverk	→(Petronella Wargs roll) →(Optimera onödiga läkarresurser)	→Warg uttalade sig om att hon inte ska behöva försvara och hävda sin roll i framtiden om efterfrågan på tjänsten ökar. → Artificiell intelligens lär minska behovet av fysiska läkarresurser om efterfrågan ökar i framtiden.
Korsvist nätverk		
Socialt/Lokalt nätverk		

5.8 Reviderat ramverk

I det reviderade ramverket presenteras information som har sammanställts i teorin, empirin och analysen. Vad vi har kunnat utläsa från tidigare kapitel har nätverkseffekten socialt/lokalt nätverk haft starkast påverkan på den virtuella primärvårdens resursförändringar, därav är denna fetstilsmarkerad. Det efterfrågestyrda nätverk har en lägre grad av påverkan, vilket medför en kursiv och vagare markering. Vidare har vi även kunnat utläsa vikten av att skapa och bibehålla *relationer* på en dynamisk marknad, vilket har medfört att begreppet *dynamiska relationella kapabiliteter* introducerats. För att förtydliga för läsaren vill vi påpeka att det reviderade ramverket är baserat på våra egna empiriska iakttagelser för det specifika fallföretag som är valt för studien.



Figur 2: Reviderat teoretiskt ramverk

6. SLUTSATS & DISKUSSION

6.1 Slutsats

Genom analysen har vi kunnat se att den virtuella primärvårdens nätverk har en koppling till dess resursförändringar. För att få *tillgång till externa resurser* har vi kunnat urskilja att den virtuella primärvården använder det sociala/lokala nätverket, som sker genom en ökad tillgänglighet genom samarbeten med andra aktörer i branschen, vilket således kan tillgodose kundbehov samt affärsidé. Den virtuella primärvården *får tillgång till nya resurser* genom att använda sig av företagets interna kunskaper, med en förhoppning om att utveckla verksamheten. Detta genom att nyttja det sociala/lokala nätverket. Den virtuella primärvården kan genom att använda sig av en outnyttjad potential i det indirekta nätverket *optimera dess befintliga resurser*. Vi har även kunnat se dessa samband i det direkta nätverket och det korsvisa nätverket. För att branschen ständigt ska utvecklas och vara effektiv, det vill säga kunna konkurrera på en dynamisk marknad, måste de enligt Danneels (2011) *bli av med befintliga resurser* som inte genererar något värde. Då branschen ännu är omogen har vi inte kunnat se några tydliga samband mellan nätverkseffekter och förmågan att bli av med befintliga resurser.

Vad gäller skapandet av dynamiska kapabiliteter inom den virtuella primärvården har vi genom fallstudien funnit att den virtuella primärvårdens främsta dynamiska kapabilitet är dess relationer med andra aktörer inom hälso- och sjukvården. Dynamiska kapabiliteter skapas genom den virtuella primärvårdens arbete med att bygga upp förtroende och lojalitet. När detta arbete sker skapas rutiner i det operativa arbetet och aktörer inom branschen inser vikten av att skapa hållbara relationer. När en resursförändring sker har de operativa rutinerna vad gäller relationsbyggande betydelse för kommande strategier och skapandet av varaktiga konkurrensfördelar.

Likt det reviderade ramverket antyder har vi inte kunnat urskilja att det efterfrågestyrda nätverket har några starka samband med den virtuella primärvårdens resursförändringar. Vi har dock kunnat se samband mellan de övriga nätverken och dess påverkan på resurserna, varför vi anser att relationerna inom nätverket har betydelse för den virtuella primärvårdens förmåga att förändra resurser och därmed konkurrera på en dynamisk marknad. Vi vill i samband med vår studie därför utveckla begreppet dynamiska kapabiliteter till *dynamiska relationella kapabiliteter*.

6.2 Diskussion

Syftet med studien har varit att undersöka nya digitala branschers förutsättningar att skapa dynamiska kapabiliteter. Detta genom att undersöka hur nätverkseffekter i den nya branschen ”den virtuella primärvården” påverkar resursförändringar och i sin tur möjligheten att skapa dynamiska kapabiliteter. För att undersöka detta har vi genomfört en kvalitativ fallstudie av Min Doktor inom den virtuella primärvården genom semistrukturerade intervjuer med aktörer inom branschen. Fokus har varit på att undersöka fallföretaget Min Doktors nätverk och dess effekter på och eventuella samband med de resursförändringar som gjorts inom Min Doktor.

I enlighet med den första forskningsfrågan om hur den virtuella primärvårdens resursförändringar påverkas av nätverkseffekter, har vi kommit fram till att det är relationerna inom nätverken som har betydelse för förändring av resurserna. Den nätverkseffekt som vi funnit ha haft starkast samband med resursförändringar är det sociala/lokala nätverket. Detta då Min Doktor skapar relationer med aktörer som har en direkt påverkan på företagets förmåga att utvecklas. Vidare har vi även funnit att det efterfrågestyrda nätverket har en svagare påverkan på när förändringar i resurserna sker. Detta är dock något som kan komma att ändras i framtiden.

Utifrån den andra forskningsfrågan, hur den virtuella primärvården skapar dynamiska kapabiliteter genom nätverkseffekters påverkan på resursförändringar, kan vi även här påvisa relationernas betydelse. Vi har kunnat identifiera hur fallföretaget strategiskt använder relationerna inom nätverket för att bibehålla sin position på den dynamiska marknaden. Vi vill även argumentera för att det kan ha uppstått en form av lärandeffekt inom fallföretaget, där kärnan är att Min Doktor insett betydelsen av att skapa hållbara relationer som bygger på förtroende och lojalitet. Ett tydligt exempel på detta är att Min Doktor i nuläget utvecklar sina relationer med försäkringsbolagen, en resursförändring som de tror är av stor vikt för framtida utveckling och positionering. Företaget har även insett att relationen med landstingen är en viktig förutsättning för att kunna utveckla tjänsten, något som många indikerar är av högsta vikt för att skapa dynamiska kapabiliteter i framtiden. Vad vi vidare kunnat utläsa är att de digitala aspekterna har viss betydelse. Däremot är dagens teknik inte tillräckligt avancerad, varför just kringliggande faktorer som relationer blir mer centrala. Detta är ett resultat som indikerar att mer fokus bör ligga på relationerna inom dynamiska marknader, där de nya digitala branscherna verkar, snarare än de digitala aspekter som samhället präglas av idag. Detta blir även av särskild vikt då fallföretaget saknar patent i de tekniska delarna av verksamheten, vilket gör deras tjänst enkel att kopiera. Vidare går det att argumentera för att de relationer inom nätverken som vi identifierat är resurser som Min Doktor värdesätter högt. Dessa ”relationella” resurser går inte att applicera på Grants (1991) resursdefinition. Följaktligen skulle resursbegreppet behöva utvecklas.

Dynamiska relationella kapabiliteter är ett subjektivt begrepp som inte finns beskrivet i tidigare forskning eller teoretiskt ramverk. Detta är ett begrepp som vi själva utvecklat utifrån vårt resultat. Huruvida detta begrepp går att generalisera till hela den virtuella primärvården är

svårt att svara på. Dock präglas branschen på den svenska marknaden för närvarande endast av ett fåtal aktörer, vilket till viss del begränsar studiens resultat. Vidare kan den virtuella primärvården ses som en unik bransch, eftersom många olika faktorer och relationer påverkar branschens utformning och utveckling. I inledningen tar vi upp förhoppningen om att kunna undersöka och applicera resultatet på nya digitala branscher i sin helhet. Under studiens gång har vi dock upptäckt att denna bransch är alltför komplex för att resultatet ska kunna appliceras på andra nya digitala branscher. Dock anser vi att resultatet går att generalisera inom den virtuella primärvården då de semistrukturerade intervjuer som gjorts i hög grad representerar en stor del av de aktörer som idag verkar inom branschen. Intervjuerna med aktörerna har också gett en tydlig indikation på de resultat som genererats. En annan aspekt som bör belysas är de avgränsningar som gjorts för studien. De intervjuade aktörerna verkar främst på den svenska marknaden, vilket gör att hotet och konkurrensen från internationella företag inte har beaktats. För att stärka studien hade vi gärna gjort fler intervjuer med företagsrepresentanter på fallföretaget Min Doktor för att fallföretaget ska få en mer framträdande roll i studien. Vi vill också poängtera att studien har gjorts i syfte att undersöka pågående verksamhet inom branschen. Framtida studier kommer därför troligtvis att identifiera andra nätverkseffekters påverkan på resursförändringar, varför det går att kritisera replikerbarheten i studien.

Den virtuella primärvårdens framtid är oviss och har därför inte kunnat undersökas i denna fallstudie. Däremot tror vi att primärvårdens framtid kommer att präglas av ännu mer virtuella vårdbesök, då både tillgänglighet och enkelhet efterfrågas alltmer. De tekniska aspekterna vad gäller artificiell intelligens lär förmodligen till viss del kunna ersätta befintliga läkarresurser. Samtidigt kommer behovet av fysiska besök alltid att vara nödvändigt. Utifrån det empiriska materialet har vi även upplevt att det finns ett indirekt hot från den offentliga vården

som ämnar ta allt större marknadsandelar inom det virtuella, då de offentliga aktörerna idag rustar upp för att utveckla egna virtuella tjänster. Vad som då blir intressant att spekulera i är huruvida isoleringsmekanismer i form av imiteringshinder kommer att påverka de privata aktörerna eller inte. Detta är dock något som Min Doktor verkar medveten om, då de ständigt arbetar med att förbättra sitt rykte och sina relationer med landsting och kommuner för att förbli konkurrenskraftiga. Vad som även är spännande att spekulera i är vinster i välfärden där ett privat företag som Min Doktor ständigt behöver försvara sin position som ”the good guys”. Kanske kan ett bra alternativ vara att fokusera mer på att bli av med befintliga resurser, då riskkapitalister idag till viss del tycks ligga dem i fatet ur ett externt perspektiv.

6.3 Förslag till framtida forskning

Som nämnts i inledningen och i tidigare forskning har det gjorts studier på vardera begrepp och teori. Däremot har relativt lite forskning bedrivits kring huruvida dessa begrepp påverkar varandra. Syftet med vår studie har därmed varit att fylla gapet och studera nätverkseffekters eventuella påverkan på resursförändringar. För att utveckla studien och bidra till framtida forskning hade det varit intressant att undersöka och göra jämförelser med en annan dynamisk bransch, för att på så sätt kunna observera eventuella likheter och skillnader. Studien hade även kunnat göras med en mer djupgående analys, som involverar fler aktörer både nationellt och internationellt. En sådan studie hade kunnat komplettera vårt resultat och förstärka generaliserbarheten ytterligare. Det hade även varit intressant att applicera en mer triangulerande metod som exempelvis att komplettera intervjuerna med företagsobservationer. Även om syftet med studien har varit att undersöka branschen utifrån ett företags- och organisationsperspektiv, hade det även varit intressant att undersöka kundernas, eller patienternas upplevelse av

branschen. Vidare har studien genomförts under en kortare tidsperiod. Möjligheten att undersöka detta fenomen under en längre tid hade förmodligen kunnat bidra till ett mer djupgående resultat.

REFERENSER

Tryckta källor

Akio, T. 2005. The Critical Assessment of the Resources-Based View of Strategic Management: The Source of Heterogeneity of the Firm. *Ritsumeikan International Affairs*, 3: 125-150.

Barney, J. B. 1991. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17: 99-120.

Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S. 2013. *Economics of Strategy*. 6th edition, John Wiley & Sons

Bogner, W. C. & Barr, P. S. 2000. Making sense in hypercompetitive environments: A cognitive explanation for the persistence of high velocity competition. *Organization Science*, 11: 212-226.

Bryman, A. 2012. *Social Research Methods*. 4th edition. New York: Oxford University Press Inc.

Bryman, A., & Bell, E. 2015. *Business Research Methods*. 4th edition. New York: Oxford University Press Inc.

Danneels, E. 2002. The dynamics of product innovation and firm competences. *Strategic Management Journal*, 23: 1095-1121.

Danneels, E. 2003. Tight-loose coupling with customers: the enactment of customer orientation. *Strategic Management Journal*, 24: 559-576.

Danneels, E. 2007. The process of technology competence leveraging. *Strategic Management Journal*, 28: 511-533.

Danneels, E. 2011. Trying to become a different type of company: Dynamic capability at Smith Corona. *Strategic Management Journal*, 32: 1-31.

Eisenhardt, K. M. 1989. Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14: 532-550.

Eisenhardt, K.M., & Martin, J.A. 2000. Dynamic Capabilities: What Are They? *Strategic Management Journal*, 21:1105–1121.

Eksell, J. & Thelander, Å. 2014. *Kvalitativa forskningsmetoder i strategisk kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Grant, R. M. 1991. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. *California Management Review*. University of California. 33: 114-135

Hoskisson, R. E., Hitt, M. A., Wan W. P. & Yiu, D. 1999. Theory and research in strategic management: Swings of a pendulum. *Journal of Management*, 25: 417-456.

Kraaijenbrink, J., Spender, J.-C., Groen, J. 2010. The Resource-Based View: A Review and Assessment of Its Critiques. *Journal of Management*, 36: 349-372

Ocasio, W. 1997. Towards an Attention-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 18: 187-206.

Parviainen, P., Tihinen, M., Kääriäinen, J., Teppola, S. 2017. Tackling the digitalization challenge: how to benefit from digitalization in practice, *International Journal of Information Systems and Project Management*, 05: 63-77

Peteraf, M.A. 1993. The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource Based View. *Strategic Management Journal*, 14: 179-191.

Rangone, A. 1991. A resource-based approach to strategy analysis in Small-Medium sized enterprises. *Small business economics*, 12: 233-248.

Shuen, A. & Sieber, S. 2009. Orchestrating the New Dynamic Capabilities. Collaborative Innovation in Action. *IESE Insight*.

Teece, D. J. 2007. Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 1350:1319–1350.

Teece, D. J., Pisano, G. & Shuen, A. 1997. Dynamic capabilities and strategic management, *Strategic Management Journal*, 18: 509-533.

Wernerfelt, B. 1984. A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 5:171-180

Winter, S. G. 2003. Understanding dynamic capabilities. *Strategic Management Journal*, 24:991-995.

Yin, R. K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. 3rd edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Elektroniska källor

Billing, M. (i). 2016. Genombrottsavtal för nätläkaren Min Doktor. *DI Digital*.
<http://digital.di.se/artikel/genombrottsavtal-for-natlakaren-min-doktor>. Hämtad: 2017-05-02

Billing, M. (ii). 2016. EQT Ventures gör sin första svenska investering. *DI Digital*.
<http://digital.di.se/artikel/eqt-ventures-gor-sin-forsta-svenska-investering>. Hämtad: 2017-05-02

Capio. 2017. Om Capio. <http://capio.com/sv/om-capio/>. Hämtad: 2017-05-11

Carpman, A. 2016. Apoteket AB i samarbete med Min Doktor. *Dagens Apotek*.
<https://www.dagensapotek.se/artiklar/2016/03/02/apoteket-ab-i-samarbete-med-min-doktor/>.
Hämtad: 2017-05-22

Deloitte. 2016. Primärvårdens granskningsrapport organisation och ekonomi. *Skane.se*.
https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/revision/granskningsrapporter-2016/rapport-primarvardens-organisation-och-ekonomi---slutlig.pdf. Hämtad: 2017-04-28

Innovation Skåne. 2017. Virtuella vårdbesök i primärvården - digitala lösningar och digitala vårdbesök. *Sirona Group*. http://www.sironagroup.se/sites/default/files/slutrappport_-_virtuella_vardbesok.pdf. Hämtad: 2017-05-08

Läkemedelsmarknaden. 2017. SKL-grupp undersöker digitala vårdbesök.
<http://www.lakemedelsmarknaden.se/Nyhetsarkivet/Pharma-Online-Apoteksmarknad/2017/03/09/SKL-grupp-undersoker-digitala-vardbesok/>. Hämtad: 2017-05-08

McKinsey. 2016. Värdet av digital teknik i den svenska vården.
<http://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Se>

[rvices/Our%20Insights/Digitizing%20healthcare%20in%20Sweden/Digitizing-healthcare-in-Sweden.ashx](#). Hämtad: 2017-04-20

Min Doktor. 2016. Så funkar det. <https://www.mindoktor.se/archive/sa-funkar-det>. Hämtad: 2017-05-23

Min Doktor. 2017. Om företaget. <https://www.mindoktor.se/about>. Hämtad: 2017-05-02

Region Skåne. 2017. Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne. **Skane.se**. https://www.skane.se/Public/Protokoll/Hälsa-%20och%20sjukvårdsnämnden/2016-11-23/Ackrediteringsvillkor%20vårdcentral%202017/Ackrediteringsvillkor%202017%20VC_2016-11-15.pdf. Hämtad: 2017-05-01

SKL. 2017. Ersättning för vård via nätet - SKL. <https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/ersattningforvardvianatet.12360.html>. Hämtad: 2017-05-17

Socialstyrelsen. (u.å.). Vård och omsorg om äldre. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Vard-och-omsorg-om-aldre-15.pdf>. Hämtad: 2017-05-23

SOU. 2015:91. Digitaliseringens transformerande kraft - vägval för framtiden. **Regeringen**. <http://www.regeringen.se/contentassets/b69dac4f05d44e8d836cdd91a5a7401b/digitaliseringens-transformerande-kraft--vagval-for-framtiden-sou-201591>. Hämtad: 2017-04-20

SOU. 2016:85. Digitaliseringens effekter på individ och samhälle. **Regeringen**. http://www.regeringen.se/4af25c/contentassets/bf87c5fce6fc4f9a889d57ea2e46a27d/sou-2016_85_webb-pdf-med-framsida.pdf. Hämtad: 2017-05-15

Ström, M. 2016. Bottenbetyg för svensk sjukvård. **Läkartidningen**. <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/11/Bottenbetyg-for-svensk-sjukvard/> Hämtad: 2017-05-23

Svenskt näringsliv. 2016. Företagen och digitaliseringen. https://www.svensknaringsliv.se/migration_catalog/Rapporter_och_opinionsmaterial/Rapporter/foretagen-o-digitaliseringenpdf_648145.html/BINARY/Foretagen%20o%20digitaliseringen.pdf. Hämtad: 2017-04-19

Sveriges Riksdag. 2017. Hälso- och sjukvårdslag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30. Hämtad: 2017-05-02

Vinnova. 2016. En personlig och digital vårdupplevelse - Framtidens primärvård. [http://www.vinnova.se/PageFiles/751333543/En%20personlig%20och%20digital%20vårdupplevelse%20-%20framtidens%20primärvård%20\(kort%20version\).pdf](http://www.vinnova.se/PageFiles/751333543/En%20personlig%20och%20digital%20vårdupplevelse%20-%20framtidens%20primärvård%20(kort%20version).pdf). Hämtad: 2017-05-08

Vården. 2016. Min Doktor – vårdcentralen som har öppet dygnet runt. <https://www.varden.se/artiklar/15/mindoktor>. Hämtad: 2017-05-22

Wallenskog, A., Erlandsson, E., Carlsson, P. 2014. Vården kräver tydliga prioriteringar och nya lösningar. SKL. https://skl.se/tjanster/press/debattartiklar/arkivadedebattartiklar/vardenkravertydligaprioriteringar_ochnyalosningar.2502.html. Hämtad: 2017-05-20

Zeidler, K. 2016. Nu tar den digitala vården över - med kortare köer, lägre kostnader och mycket riskkapital. *Veckans Affärer*. <https://www.va.se/nyheter/2016/06/27/digitala-vardcentraler/>. Hämtad: 2017-05-23

Lagar

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.

Muntliga källor

Gallon, J. Intervju inför studie [Personlig intervju] Region Skåne, Lund, 2017-05-08.

Jexmark, T. Intervju inför studie [Telefonintervju] Capio, Lund, 2017-05-18.

Persson, D. Intervju inför studie [Personlig intervju] Min Doktor, Malmö, 2017-05-03.

Rönn, A. Intervju inför studie [Telefonintervju] SKL, Lund, 2017-05-15.

Stavenow, B. Intervju inför studie [Personlig intervju] Innovation Skåne, Lund, 2017-05-12.

Tellinger, K. Intervju inför studie [Telefonintervju] SKL, Lund, 2017-05-10.

Warg, P. Intervju inför studie [Personlig intervju] Min Doktor, Malmö, 2017-05-12.

Winther, C. Intervju inför studie [Personlig intervju] Region Skåne, Malmö, 2017-04-25.

BILAGOR

Bilaga 1: Intervjuguide

Intervjuerna har skett genom fysiska möten eller via telefon där författarna varit delaktiga. För att förenkla för transkribering, har intervjun genomförts av två av författarna, varvid den tredje författaren har antecknat. Nedanstående guide sammanfattar intervjun huvudsyfte samt de huvudsakliga frågor som ställdes till respondenten.

Respondent: Carsten Winther (Region Skåne)

Syfte: få reda mer om branschen, hur primärvården fungerar rent konkret - subventioner, Region Skånes syn på digitalisering och framtid.

Respondent: Daniel Persson (Min Doktor)

Syfte: få reda på mer information om Min Doktor och förståelse av vårt fallföretag; affärsidé, omvärlden, konkurrens, framtid.

Respondent: Jonas Gallon (Region Skåne)

Syfte: få mer information och bättre kunskap om hur Region Skåne arbetar med digitaliseringen, omvärlden, konkurrens, framtid.

Respondent: Karina Telling (SKL)

Syfte: få mer information och kunskap kring det nationella landstinget syn på utveckling av digitaliseringen

Respondent: Bengt Stavenow (Innovation Skåne)

Syfte: få ytterligare ett perspektiv på branschen och dess utveckling.

Respondent: Towa Jexmark (Capio)

Syfte: få en djupare bild av hur privata fysiska vårdcentraler ser på digitalisering, samt hur dem bemöter branschen.

Respondent: Petronella Warg (Min Doktor)

Syfte: få en djupare förståelse av Min Doktor, samt hur dem arbetar med kommunikation och framtiden.

Respondent: Agneta Rönn (SKL)

Syfte: få en förståelse kring hur ersättningsmodellen i Sverige är uppbyggd och påverkas av digitaliseringen. Även hur respondenten ser på ersättningsmodellens framtid.

Intervjufrågor

Inledande frågor till respondenten:

- Berätta om er titel, er roll och ditt ansvarsområde?
- Hur är organisationen uppbyggt?
- Hur länge har du arbetat på företaget/organisationen? Hur har era arbetsuppgifter förändrats sedan ni började på företaget? Både interna och externa orsaker.

Om organisationen/företaget och dess målgrupp (främst till företag)

- Vilka målgrupper fokuserar ni på? Har denna målgrupp förändrats över tiden?
- Vad är er affärsidé och hur ser er affärsmodell ut? Har den förändrats över tiden? Hur?
- Vad anser ni har drivit förändringar i er affärsidé? Vad var de bakomliggande orsakerna till de/dessa? Har dessa förändringar skett externt eller internt? (Lagar, kapital, kunder, teknologisk utveckling?)
- Har ni fastställt om ni kommer ändra ert erbjudande/affärsidé i framtiden? Vilken/vilka är i så fall anledningen/-arna till att dessa nya erbjudanden tagits fram?
- Hur fungerar sjukvårdssystemet i Skåne? Subventioner? Lagar och regleringar?

Uppkomsten av den digitaliserade sjukvården (främst till Region Skåne)

- Den digitaliserade sjukvården är en bransch som blivit allt mer framträdande, vad är din syn på denna bransch?
- Hur hanterar sjukvårdssystemet digitaliserade förändringar? Uppkomsten av nya företag?
- Hur anser ni att era befintliga resurser påverkas av den digitala transformationen? Har ni gjort något för att möta förändringen? Ändrat ert arbetssätt?
- Har primärvårdens organisation förändrats i takt med att nya aktörer uppkommit på marknaden? Hur påverkas i sådana fall olika lagar och regleringar?
- Har ni upplevt ett behov av annan/ny kompetens inom organisationen för att kunna leverera ert erbjudande?

Omvärldsanalys

- Hur har marknaden förändrats sedan ni började på företaget/organisationen?
- Då denna bransch fortfarande är relativt ny, uppkommer nya företag ständigt. Arbetar ni aktivt för att motverka förekomsten av att nya aktörer tar sig in på marknaden?
- Vad är kundernas betalningsvilja?
- Upplever ni att konsumenters efterfrågan har förändrats? Vad upplever ni att konsumenter efterfrågar idag?

- Hur ser er konkurrenssituation ut? Vilka är era främsta konkurrenter inom primärvården?
- Vilka utmaningar anser ni att den virtuella sjukvårdsbranschen står inför idag?

Resursförändringar

- Vilka är era huvudsakliga resurser och kapabiliteter?
- Vad har ni för resurser? Vilken resurs är ni beroende av? Följdfråga: hur skulle er affärsmodell påverkas om resursen förändrades?
- Hur skapar ni nya resurser? Hur bibehåller ni era resurser?
- Har ni några onödiga resurser som ni vill bli av med?
- Hur jobbar ni med att utveckla företaget?
- Patent? Subventioner? Lagar och regler?

Nätverk

- Hur ser ert nätverk ut idag?
- Samarbetar ni med någon aktör? Hur förhåller ni er till Region Skåne och primärvården?

Konkurrensfördelar

- Hur skapar ni varaktiga konkurrensfördelar?
- Vad särskiljer er affärsmodell i jämförelse med primärvårdens och KRYs?
- *Följdfråga:* hur tänker ni att ni alltid ska kunna vara konkurrensmässiga?

Framtid

- Hur ska ni skapa långsiktig lönsamhet?
- Vad har ni för framtidsplaner?