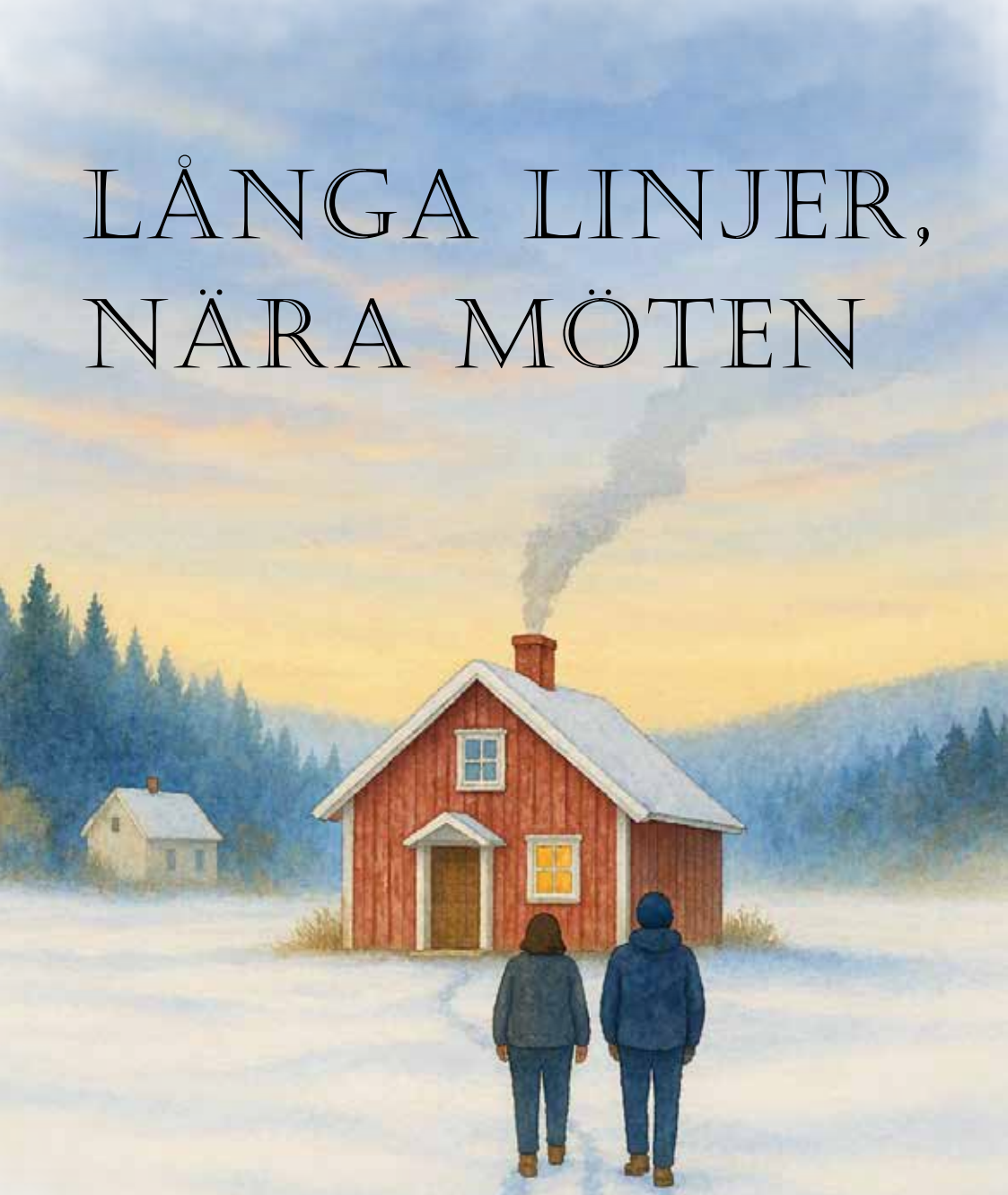
LÅNGA LINJER, NÄRA MÖTEN



VÅRDENS HANTVERK I GLESBYGD

Rapport från projekt Nära vård i glesbygd 2026 via Norra sjukvårdsregionen

Detta är en slutrapport för Nära vård i glesbygd som gavs ut i samband med konferensen ViaRuralis hösten 2026.

Berättelsen och dess gestalter är fiktiva men är inspirerade av erfarenheter, samtal och lärdomar från projektets genomförande. Berättelsen är sammanställd och berättad av Mari Huhtanen, Norrbotten, Niclas Olofsson, Västernorrland, Erika From, Västerbotten och Jessica Isaksson, Jämtland Härjedalen.

Illustrationer: Framtagna med stöd av artificiell intelligens, baserat på egna prompter.

Layout: Anneli Jernberg, Norra sjukvårdsregionförbundet.

Ansvarig organisation: Norra sjukvårdsregionförbundet
Projektet är finansierat av Socialdepartementet

Tryck: Storuman Reklam & Tryckeri AB, 2026
Mer information finns på www.norrasjukvardsregionforbundet.se

– FÖRORD –

Det här är berättelsen om åtta år. Åtta år av vinterföre, videomöten, kaffekoppar, vardagssamtal, långa avstånd och korta beslutsvägar. Åtta år av envishet, trötthet, nyfikenhet och en glesbygdslogik som ofta upplevs klokare än vilken styrmodell som helst.

När vi började visste vi inte hur långt vi skulle nå. Vi visste inte vilka arbetssätt som skulle hålla, hur många som skulle orka eller vilka idéer som skulle växa fram längs vägen. Men vi visste en sak: att glesbygden rymmer en kompetens som alltför ofta förbises. En förmåga att lösa problem där andra ser svårigheter. En vana att hjälpas åt och ta ansvar, både för sig själv och för varandra. En trygghet som byggs i relationer – inte i system.
Vi ville lyfta den kompetensen, både för att skapa stolthet och för att ge andra en möjlighet att förstå vad som faktiskt fungerar i praktiken.

Det här är inte en projektrapport. Det här är våra iakttagelser som projektledare: vad vi sett, hört och lärt i möten med hundratals medarbetare, patienter, chefer och invånare. Det är en berättelse om människor som testade idéer, körde i diket men ändå fortsatte, tog omtag och höll ut trots att strukturerna skavde och tiden inte räckte till. Om våra kollegor runt om i de nordligaste länen, i fyra regioner och sexton kommuner, som gjorde arbetet möjligt.

Vi har valt att skriva i berättande form. Inte för att förenkla verkligheten, utan för att göra det viktiga synligt. För innebörden i nära vård är inget diagram – den sitter i hemtjänstens besök, i biståndets utredningar, i distriktssköterskans intuition, i ambulansens bedömningar, i IT-teknikern som får uppkopplingen att bära och de chefer som modigt banar ny väg. Där uppstår innovationen: i praktiken, inte på pappret. I det som faktiskt blir av.
Det här arbetet hade inte varit möjligt utan er som bidragit.

Vi vill rikta ett särskilt tack till Socialdepartementet som gav oss förtroendet att genomföra detta långsiktiga arbete tillsammans. Tack också till alla er som öppnat dörrar, delat erfarenheter, testat nytt, tagit ansvar och gjort skillnad. Varje dag, i det tysta och i det tydliga. Det har varit en förmån att få arbeta tillsammans med er.

11:e november 2026

Mari, Niclas, Erika och Jessica
Projektledare för modellområdena i norra Sverige

INNEHÅLL

PROLOG – Det börjar med en dörr som öppnas 5

DEL I – LAND OCH LOGIK 6
Analys: Samskapande utifrån behovsbilden 12

DEL II – HANTVERKET 18
Analys: Distribuerad specialistvård och digital infrastruktur 21
Analys: Organisatoriska modeller i glesbygd 26

DEL III – SYSTEMET FORMADES 34
Analys: Modellområden som hälso- och sjukvårdssystem 45
Analys: Gemensam planering och lärande uppföljning 40
Analys: Kompetensförsörjning och relationell kapacitet 44

EPILOG – Ljuset över myrarna 47

BILAGOR
Bilaga 1 Projektorganisation 49
Bilaga 2 Projektansökan 50
Bilaga 3 Aktiviteter i modellområdena 51
Bilaga 4 CFIR-baserad analys av projektets genomförande 56
Samverkande organisationer 59

Det börjar med en dörr som öppnas

Snön föll i stilla, mjuka sjok som gjorde världen mer dämpad än kall. Moa stängde av motorn utanför Ailas hus och satt några sekunder i tystnaden innan hon steg ur. Det var en vanlig förmiddag, men ändå inte. Det låg en slags självklarhet i luften, som om det de byggt upp under flera år nu bar sig självt.
När Moa kom fram till farstubron såg hon att Aila satt vid köksbordet. Hon värmde händerna runt en kaffekopp, inte för att hon frös, mest för att det var en vana. Moa knackade lätt och öppnade dörren som man gör här: utan tvekan, men med respekt.

”Kom in, kom in innan värmen smiter ut,” ropade Aila med ett varmt leende.
Köket var sig likt – rutiga gardiner, brödkorgen på sin plats, kaffebryggaren som puttrade varje gång någon från hemtjänsten kom. Bredvid korsordstidningen låg surfplattan och blodtrycksmanschetten, sådant som för några år sedan hade varit ovana inslag men som nu bara var en del av köket.

”Vi tar den där som piper först,” sa Aila, och nickade mot utrustningen. ”Sen tar vi kaffe.”
När Moa fäste manschetten lade Aila handen över hennes för ett ögonblick.

”Det här ni håller på med, det är bra, vet du. Det känns bra. Inte bara här.” Hon pekade mot armen.

”Utan här.” Hon lade handen mot bröstet.
Moa nickade och log. Hon visste att sådana ord inte sas lättvindigt.

När doktorn dök upp på skärmen lutade Aila sig fram, numera väldigt hemtamt. Moa drog fram en stol och satte sig bredvid. Plötsligt spelade det ingen roll hur långt bort vårdcentralen eller sjukhuset låg. De satt i samma rum nu – tre personer, via en skärm, men ändå tillsammans.
Utanför fortsatte snön falla i samma stilla rytm. Inne i köket pågick något som i en månadsrapport bara skulle bli en siffra under ”digitala besök”. Men

för Aila var det något helt annat: trygghet, tid, lugn. För Moa var det ännu ett bevis på varför det här arbetet behövde finnas. Och för doktorn på skärmen var det ett sätt att möta en människa utan att avståndet stod i vägen.

Det var här förändringen började ta fäste – inte i ett konferensrum, inte i ett styrdokument, inte i ett excelark. Det började vid en dörr som öppnades. Vid ett köksbord där någon blev sedd, hörd och mött.
Där, i det lilla, förändrades något stort.

DEL I

LAND OCH LOGIK



De fyra nordligaste länen omfattar 55 procent av Sveriges landyta men har knappt 9 procent av befolkningen. Här bor omkring 900 000 människor på cirka 223 500 kvadratkilometer, i genomsnitt 4 invånare per kvadratkilometer. Befolkningen är koncentrerad till kuststäder och centralorter, medan många inlandskommuner är små och glest befolkade. I flera av projektets kommuner är omkring 30 procent av invånarna 65 år eller äldre, jämfört med 21 procent i riket.

1. *Vi som kallar det hemma*

Det finns platser där avstånd inte mäts i kilometer utan i beredskap. Att alltid ha en plan B för väglaget. Att packa en extra jacka och startkablar innan man ger sig av. Att läsa himlen lika självklart som andra läser en väder-app. Att veta var renarna brukar stå när solen ligger lågt över myrarna. Att känna igen lampan som tänds i ett fönster varje kväll – och reagera när den inte gör det. Här är människor vana att klara sig själva, men aldrig utan varandra. Ingen är anonym, men alla är självständiga. Det kallas glesbygd av dem som ser det utifrån. Vi som bor här kallar det hemma.

Och ändå finns något mer där under ytan. En sorts återhållen frustration över att det som är självklart för andra kostar mer kraft här. Att ordet tillgänglighet betyder något annat när en vanlig vårdresa kan ta större delen av dagen. Att man betalar samma skatt men får ta med matsäck och termos när man ska "på en snabb kontroll". Men samtidigt: styrkan, stoltheten och de raka ryggarna. Moa, distriktssköterskan, brukar beskriva sitt jobb så här:

"Jag kör inte mellan adresser. Jag kör mellan livsöden."

Varje dörr hon öppnar rymmer sin egen vardag: hundhår i hallen, kaffet på timer, broddarna i korgen, barnbarnens skolfoton på kylskåpet. Och en stilla förväntan på att vården ska komma fram – oavsett avstånd.
Men det är Lina, undersköterskan i hemtjänsten, som fångar kärnan bäst:

"Jag ser när något är annorlunda. Det behöver inte vara nåt stort. Bara annorlunda."

Hon menar sådant som andra kanske inte skulle se: en kopp som står kvar fast den alltid brukar diskas direkt, en persienn som inte dragits upp, en telefonsignal som ringer ett par sekunder längre. Små skiftningar som berättar att något är ur balans. För att märka sånt måste man känna människan bakom dörren.

Lina gör inget väsen av sig. Hon är praktisk, tålig, van att arbeta i alla väder. Hon kliver ur bilen lika självklart oavsett om det är minus 28 eller blötsnö. Hon känner byarna och människorna – inte genom skvaller, utan genom långvarig närvaro. Hon hör i en röst när någon sovit dåligt, hon hör i tystnaden mellan orden när en anhörig håller ihop för hårt.

"Det här är inget jag tänkt på, eller lärt på nån kurs," säger hon ibland. "Det är sånt man lär sig av att bo här."

Kanske är det just därför vård i glesbygd inte låter sig fångas i siffror. Här korsas gränser – mellan region och kommun, mellan vardag och det oväntade, mellan ensamhet och trygghet. Samira, biståndshandläggaren, beskriver det så här:

”Det handlar inte om att veta allt. Det handlar om att veta vad som är det vanliga för just den personen.”

I byarna är mycket gemensamt men inget likadant. En granne skottar fram rampen innan hemtjänsten kommer. Någon tar hem ett paket näringsdryck åt en äldre. En annan skjutsar en patient tre mil för en undersökning när ingen buss går. Det är inte hjältemod. Det är inte extraordinärt. Det är bara så vi gör. Och kanske är det just här – i den där blandningen av stolthet, tålighet, omtanke och ilska över att inte alltid räknas – som kraften i glesbygdens vård finns. Hos oss som kallar det hemma.

”Det viktigaste är att vi går åt samma håll.
Vi behöver inte gå lika fort. Men vi går.”

Ambulanssjukvårdare

2. *När vården flyttade närmare – fast världen blev större*

”Nära vård” var egentligen inget nytt begrepp. Det var bara ett nytt namn på något människor i glesbygd alltid gjort. Att se förändringar tidigt, att agera innan det blivit akut, att förstå att avstånd inte får fördröja omsorg.
Det som däremot var nytt var att vi försökte göra det mer systematiskt och mer proaktivt. Att vara nära inte bara i geografin, utan nära i tid och relation. Nationellt brottades man med det här även i storstäder med vårdcentraler ibland bara några kvarter mellan varandra. Hur sjutton skulle det då gå i glesbygd, där nästa vårdpunkt kan ligga tio mil bort?
Moa uttryckte det tydligt vid ett tidigt möte:

”Vi kan inte bara komma när något gått fel. Vi ska finnas där när det fortfarande går att göra något enkelt.”

Det blev mer än en riktning. Det blev en princip. Att arbeta så här handlade inte om att uppfinna något nytt. Det handlade om att formalisera en vardagslogik som alltid funnits här: en viktnedgång som fångas i tid, en fallrisk som kan förebyggas, ett sår som bedöms innan det försämras. I norra Sverige väntar många längre än de borde innan de söker vård. Inte för att de är likgiltiga, utan för att de är vana att ”se om sig själva först”. När de väl söker hjälp är problemen ofta större. Därför blev de tidiga insatserna så avgörande.

Proaktivt och förebyggande arbete ger sällan resultat på en vecka eller en månad, men över år syns skillnaden: färre akuta resor, färre försämringar, mindre lidande, större självständighet. I glesbygd är detta inte visioner; det är ren överlevnadslogik. Gör man rätt saker i tid slipper man göra större saker senare. Det blev också tydligt att nära vård inte kunde utvecklas bakom stängda dörrar. Vi behövde invånarna. Inte som publik, utan som medskapare. På möten i bygdegårdar, i skolmatsalar och samlingslokaler beskrev människor vad de behövde för att känna trygghet: enkla kontaktvägar, snabb rådgivning, någon som ser hela personen och inte bara symtomen. Förslagen var sällan extrema. De var rimliga, praktiska, genomförbara och ofta bättre än våra egna.

En av de första digitala konsultationerna blev en sådan ögonöppnare. Moa satt i huset vid sjön där vägen tog slut och hjälpte en äldre kvinna med ett sår

som oroade henne. Bilder delades med sårvårdssköterskan i stan. Dottern sa senare på ett samskapandemöte:

”Det var som att mamma fick hela världen in i köket. Det här är precis vad vi behöver i glesbygd.”

För det var inte tekniken som gjorde skillnaden. Det var närvaron.
Att vården flyttade närmare utan att störa rutiner, utsikter eller trygghet.
I en annan del av länet var det Lina som reagerade först. Hon kom in i ett kök hon besökt i åratal och såg direkt att något skiftat.

”Hon tog fram dosetten själv,” berättade hon. ”Men hon bar den som om den vägde bly.”

En minimal förändring, men en förändring som betydde allt. Lina ringde Moa. Moa ringde vidare. Inom en timme var specialisten med i samtalet. Det var just sådan proaktivitet som gjorde skillnaden: att fånga detaljerna innan de blev problem. Det var då världen blev större.
Inte på grund av imponerande teknik, utan för att rätt stöd kunde ges i rätt tid – utan att någon behövde lämna hemmet.

”När vi flyttade vården närmare människorna
blev världen större för dem
som tidigare hade längst till hjälpen.”

Sjuksköterska

Analys: Samskapande utifrån behovsbilden

Berättelsen i kapitel 2 visar hur omsorgens närhet uppstår genom förståelse för människors vardag. Det Moa och Lina gör i stugorna är samma sak som systemet behöver på strukturell nivå: ett sätt att se vad som verkligen behövs, i vardagen, innan problemen växer och innan systemet drar åt olika håll.

Analys och resonemang

Samskapande med invånare har blivit en bärande källa till kunskap i omställningen. Det handlar inte om dialog för dialogens skull, utan om att fånga upp mönster som sällan syns i statistik eller styrning men som är avgörande för att bygga en fungerande nära vård. I glesbygd är dessa insikter särskilt värdefulla för att nå hållbara och trygga lösningar eftersom invånarnas vardag, nätverk och historia är tätt sammanflätade. Det betyder att människor inte bara kan beskriva sina behov, utan också sina resurser – sin uppfinningsrikedom, sin uthållighet och sina lösningar.

Trots detta är samskapande fortfarande en metod som lätt hamnar vid sidan av ordinarie styrning. Samskapande utmanar inte bara arbetssätt utan också etablerade roller och maktförhållanden. När invånare, politiker och tjänstepersoner från både kommun och region samskapar förskjuts vem som formulerar behov, sätter riktning och äger lösningar. Det ger samskapandet en tydlig demokratisk dimension som behöver tas på allvar.

I glesbygd kan den starka personkännedom som ofta finns vara en tillgång för samarbete som bygger på tillit och trygghet – men bara om samskapandet vilar på tydliga ramar och gemensam ambition. Otydliga styrsignaler, bristande metodstöd och osäkerhet om vem som äger processen gör att arbetssättet riskerar att bli frivilligt. Där samskapande saknar mandat blir det personberoende och därmed sårbart. Något som utförs sällan blir ofta otryggt och något som undviks. Det är en förlust, eftersom modellområdena visar att samskapande inte är ett tillägg till utvecklingsarbetet utan själva grunden för att förstå hur vård ska organiseras i praktiken.

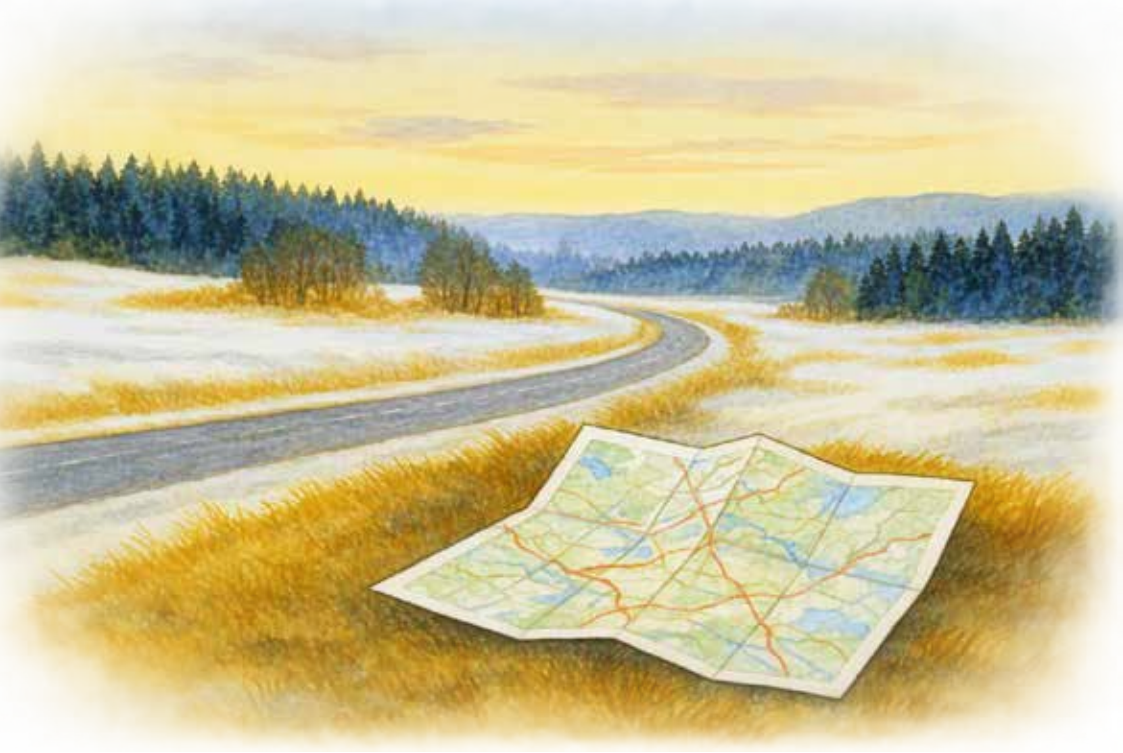
I en tätort är nyttan densamma, även om den tar sig andra uttryck. Människor lever också där med komplexa vardagar, digitala begränsningar, psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar som gör att ”nära vård” inte alltid är geografiskt utan funktionellt. Den som bor tre trappor upp utan hiss kan vara mer avskuren än den som bor fyra mil från hälsocentralen. Samskapande fångar denna logik, oavsett plats.

Sammanfattning och medskick

Modellområdena visar att

- samskapande måste integreras i ordinarie planering, inte organiseras vid sidan av den
- staber och nationella aktörer behöver tydliggöra att samskapande är en styrningsprincip, inte en projektmetod
- chefer behöver avsätta tid och skapa strukturer där invånarnas perspektiv vägs in innan beslut tas, och där resultatet också leder till konkret förändring
- invånarna som deltar behöver lotsning i arbetet för att delta i hela processen: inte bara förmedla en ”önskelista” utan också vara delaktiga i lösningarna.

Först då kan samskapande gå från välvillig ambition till en system-mekanism som gör vården mer träffsäker – i glesbygd, men också i varje tätort där vardagslogiken är minst lika komplex.



3. *Kartblad över åtta år*

Det finns år som glider ihop som snöfall. Och så finns det år som sätter sig i väggarna. Projektets åtta år blev just sådana – inte en rak linje, utan ett kartblad som ritades om gång på gång: vägar drogs upp, suddades ut, hittade nya riktningar och ibland försvann bara för att dyka upp igen någon annanstans. I efterhand blev det tydligt, det största värdet var tiden. Åtta år är en evighet i projektvärlden, men precis vad som krävdes för att något verkligt skulle kunna växa.

Första vintern

Det började inte med en plan, utan med en känsla. En sorts stilla övertygelse om att något behövde förändras, även om ingen riktigt visste hur. Några av oss skrev ihop en projektansökan utifrån det som då hette God och nära vård. När den beviljades började något ta form.

De som inte hindrades av blixthalka tog sig till uppstartsmötet i Umeå, trevande och lite osäkra, men med ett märkligt pirr. Den där särskilda känslan som kommer när något viktigt håller på att hända.
”Det är som när man anar att det ska börja snöa,” sa en chef då. ”Man känner doften innan man ser det.”

Andra våren

De första små testerna startade i tysthet. Någon provade en digital konsultation. Någon annan samplanerade mellan vårdcentral och kommun. En tredje började dokumentera det som ”alltid löst sig av sig självt”, fast det egentligen aldrig gjort det.

Samtidigt försökte vi översätta nationella utredningar till glesbygdens verklighet. På papperet stod fina ord om omställning. Men hur såg det ut i byar där avstånden var långa, befolkningen äldre och personalen redan gjorde allt de kunde? Vi insåg att vi inte fick bortse från vår glesbygdskompetens – vi behövde utgå från den. Det blev startskottet för att tänka nytt och våga säga högt när något inte passade hos oss.

Den tredje sommaren

Pandemin kom och pausade allt. Det som tidigare känts viktigt fick kliva åt sidan; nu handlade det om att ta sig igenom dag för dag. Men mitt i rädslan och trötttheten hände något märkligt: vi blev modigare.

När rutinerna inte längre bar, uppfann vi nya. När vägar stängdes, hittade vi andra. Samarbete skedde utan diskussion – det fanns inga alternativ.
Fysioterapeuterna och arbetsterapeuterna uttryckte det bäst:
”Vi slutade fråga om vi fick. Vi började tänka på vad som var bäst.
Och så gjorde vi det.”

Fjärde hösten

När pandemin lättade syntes de första strukturerna – svagt, som tunna linjer på ett kartblad. Nätverk växte fram. Parhästar fann varandra. Samtal gick från artiga till ärliga.

Vi insåg att vi behövde flöden, inte instruktioner. En ledning som pekade på riktning snarare än regler. Men det var svårt. Att förändra beteenden tar tid. Vi som stöttat patienter i livsstilsförändringar kände igen oss: vi föll tillbaka i gamla mönster lika lätt som den som kämpar med att sluta röka.
Några nyckelpersoner slutade. Andra kämpade på. Energin pendlade mellan hopp och uppgivenhet. Men vi bar varandra.

”Vi är inte ensamma,” sa någon. Och det blev ett mantra.

När första projektfasen avslutades kände vi alla samma sak: vi har ju precis börjat. Det var då vi förstod värdet av tid på riktigt. Att tro att man förändrar stora system på ett eller två år är en illusion. Det var tydligt att vi behövde en andra fas – för att sätta riktningen, inte bara formulera den.

Femte vintern – när kartan blev nationell

Det var året då kartan bokstavligen följde med oss ut i landet.
Vi packade ner bilden över ”Toppen av Sverige” och reste till Almedalen för att berätta vad som händer långt från storstäder och myndighetskvarter. På Västerbottens scen spelade vi upp Scener ur ett glesbygdsliv – inte teater, utan ren vardag: ett hembesök, ett digitalt möte, ett samtal på bron.

Vår berättelse spreds i rummet och ut över världen med teknikens hjälp. Människor som aldrig satt sin fot i Dorotea eller Ragunda följde våra ord.
Efteråt sa någon i publiken:

”Det här är inte periferi. Det här är framtidens vård i praktiken.”

Då förstod vi att det vi bar inte längre var en regional fråga.
Det var en berättelse många väntat på.

Sjätte året

Nu började resultaten synas tydligare. Vi såg mönster: patienter som slapp resa eftersom vården reste till dem, personal som fann varandra över organisationsgränser, ledningar som började planera och utvärdera tillsammans och, kanske viktigast, en ny trygghet i hur människor pratade om vården.

Inbjudningar började komma från hela landet, men också från Tyskland och Japan. Ingen av oss hade kunnat föreställa sig att stå på internationella scener och tala om glesbygdsvård. Men det bekräftade att vi styrt om kursen.

Sjunde året

När det sjunde året närmade sig sitt slut var mycket fortfarande ofullständigt – men helheten bar. Vi började lita på de mönster vi såg.
Analysen visade såväl möjliggörare som hinder, och gav ledtrådar till varför vissa aktiviteter bar, medan andra tynade bort.

Åtta år senare – när riktningen landade

Det kändes självklart att lansera berättelsen på konferensen ViaRuralis, där politiker, forskare och praktiker möts för att prata glesbygd inte som ett undantag, utan som ett framtidsscenario.
Platsen var vald med omsorg: södra Lappland, där sjukstugor, forskning och långa avstånd alltid samexisterat.

På ViaRuralis ville vi inte avsluta.
Vi ville börja.
Ge energi till dem som kämpat.
Visa att riktningen är möjlig.
Säga högt att detta aldrig varit ett projekt
– utan kunskap för hela landet.
När vår berättelse kom från tryckeriet och vi höll den i handen,
det åttonde året, var det som vid Ailas köksbord:
Det här känns bra.

Projektledarna för
God och nära vård i glesbygd

DEL II

HANTVERKET



Arbete i glesbygd ställer krav på bred kompetens och självständiga bedömningar, eftersom avstånden till sjukhus och annan specialistkompetens ofta är långa. Sjuksköterskor och distriktssköterskor får därför en central roll i bedömning, uppföljning och samordning, med stöd av läkare och andra professioner på plats eller på distans. År 2024 arbetade närmare 90 000 sjuksköterskor i Sveriges kommuner och regioner, varav drygt 17 000 i kommunerna. Samtidigt ansvarade en läkare i primärvården för i genomsnitt 1 750 patienter, jämfört med riktvärdet 1 100 patienter per specialist i allmänmedicin.

4. *När vården flyttade in i hallen*

Det började egentligen inte med ett beslut, utan med en fråga som nästan alla burit på men ingen sagt rakt ut:

”Varför ska patienten krångla sig till oss, om vi lika gärna kan komma till dem?”

Frågan föddes hos Moa, distriktssköterskan, efter ett hembesök hos en äldre kvinna som hasat sig fram till ytterdörren för att släppa in henne. Det var minus 18 och himlen hade den där skarpa blå tonen som bara vintern kan skapa. Två timmar i bil till lasarettet skulle göra henne utslagen. Inte bara resten av dagen, utan ofta dagen efter också.

Och det var inte bara tiden. Ett 30-minutersbesök på sjukhuset kunde innebära att anhöriga behövde ta ledigt från jobbet, fixa barnvakt, ordna hundpassning. Vissa passade på att göra ärenden på stan – inte för att det var smidigt, utan för att resan ändå var gjord. Ibland kostade det mer kraft än det gav. Och när man väl varit där? Då kunde en ny kallelse dimpa ned veckan därpå, till en helt annan mottagning som inte visste att patienten redan rest långt, alldeles nyligen.

Samordning fanns på papperet. I praktiken reste människor i onödan.

Det var mot den bakgrunden som den första digitala specialistkonsultationen genomfördes. Ingen invigning, inga ceremoniella tal. Bara en surfplatta i en kökssoffa, ett varmt ”hej!” från läkaren på skärmen och en äldre kvinna som lutade sig framåt som om doktorn suttit mitt emot henne. Tre sekunder senare var avståndet borta.

”Jag var mer nervös än hon,” sa Moa efteråt. ”Men när hon började prata som om han satt vid bordet, då förstod jag. Det är inte tekniken som är det viktiga. Det är att man är närvarande.”

Lina i hemtjänsten hörde om mötet samma kväll och konstaterade:

”Det sparade henne en hel dags ansträngning. Sånt ser vi direkt.”

Att hon orkade, att hon inte behövde extra stöd på kvällen, att hon slapp återhämta sig från själva resan.

I glesbygd är just detta kärnan i hantverket: att göra något stort av något litet. Att använda en surfplatta för att spara tid, kraft och oro. Att skapa mottagningsrummets trygghet i en kökssoffa. Sådana möten gör att människor slipper välja mellan att orka och att få hjälp.

Effekten syntes inte först i statistiken – den syntes i människors beteenden. De ringde tidigare. Vågade be om råd. Väntade inte tills problemen blev akuta. Och fler märkte skillnaden.

Efter några månader sa Erik, ambulanssjukvårdaren:
”Det blev färre onödiga körningar. Mindre stress. Folk visste att någon kunde titta på dem utan att de behövde åka in först.”
Det handlade aldrig om skärmen.
Det handlade om närhet – på riktigt.

”Det är inte skärmen som gör mig trygg.
Det är att ni ser mig, på riktigt.”

Patient, 78 år

Analys: Distribuerad specialistvård och digital infrastruktur

Mötet i kapitel 4 – där tre personer, varav en via skärm, delar samma rum – visar hur närhet uppstår genom funktion, inte geografi. Den förändringen är inte ett tekniksprång, utan ett perspektivskifte som påverkar hela vårdkedjan.

Analys och resonemang

Distribuerad specialistvård bygger på en enkel men systemförändrande princip: specialistkompetens ska kunna nå invånaren oavsett var personen befinner sig. I praktiken innebär det att vården flyttar närmare, inte genom fler byggnader, utan genom andra former av närvaro. Modellområdena visar att detta inte främst minskar resor – det förändrar logiken i hela vårdkedjan. Bedömningar görs tidigare, onödiga transporter undviks och regional och kommunal primärvård får snabbare stöd i situationer som annars skulle växa. Utmaningarna ligger i systemets struktur, inte i tekniken. Specialistvårdens tid är ofta låst i produktionslogiken där konsultationer på distans sällan räknas som värdeskapande arbete. Så länge tid inte avsätts, och så länge incitamenten inte följer flödet, kommer distribuerad vård att upplevas som extraarbete – trots att det är ett sätt att minska trycket på mottagningar och akutsystem.

Det urbana perspektivet är tydligt här. En digital konsultation är lika viktig för en äldre person i en lägenhet som inte klarar trappan ned till vårdcentralen, som för någon som bor fyra mil från närmaste mottagning. Digital specialistvård är därmed inte en glesbygdsinnovation i sig, utan en nödvändig modernisering av hur specialistkompetens används i hälso- och sjukvården. Samtidigt har arbetssättet utvecklats tidigt i glesbygd, där långa avstånd och begränsad tillgång till specialister har krävt mer flexibla och funktionella lösningar. Erfarenheterna därifrån visar hur specialistkompetens kan användas mer effektivt, i tidigare skede och mer jämlikt – lärdomar som idag är relevanta för hela vårdsystemet, oavsett geografi.

Sammanfattning och medskick

Modellområdena visar att

- distribuerad specialistvård fungerar när tre systemförutsättningar är på plats: frigjord specialisttid, gemensamma vårdflöden och stabil digital infrastruktur
- chefer behöver definiera konsultationstid som del av ordinarie produktion

- staber behöver säkra enhetliga digitala verktyg
- nationell nivå behöver utforma modeller som premierar tidiga insatser oavsett geografi – en gemensam minimistandard för digitala konsultationer bör beskriva frågetyper, informationskrav, svarstider, ansvarsfördelning, återkopplingsformat och dokumentation – inklusive patientsäkerhets- och sekretessaspekter och driftberedskap.

Distribuerad vård är inte framtidens lösning – den är nutidens verksamhetslogik, och den gäller lika mycket i flerfamiljshus som längs skogsvägar.



5. *E45 och fibertråden – när uppdrag flätas samman*

Det är något speciellt med E45:an. Den ringlar sig genom landskapet som en lång berättelse – ibland rak och självklar, ibland krokig och omständlig, men alltid nödvändig.

”Det är vår ryggrad,” sa Erik en gång när Moa muttrade över väglaget. ”Men nu har den fått en lillasyster: fibertråden.”

Han syftade inte bara på bredbandet, utan på något större: hur vårdens uppdrag började flätas samman på ett nytt sätt. Likt vägen som band ihop byarna, började digitaliseringen och de nya arbetssätten binda ihop primärvård,

kommun och specialistvård till något som faktiskt liknade en sammanhängande helhet. För tidigare hade allting legat i olika stuprör.
Primärvården såg ett stycke av verkligheten, kommunen ett annat, sjukhuset ett tredje. Var och en gjorde sitt bästa – men inte alltid tillsammans. Patienten "lånades" ibland av specialistvården ena veckan och av kommunen nästa, utan att någon såg hela bilden.

Nu skedde en rörelse. Primärvården började ta ett tydligare ägarskap för helheten, inte bara inom mottagningsrummets väggar. Specialistvården gick från att vara den som "tar över" till att bli den som stöttar, konsulterar, stärker och handleder. För att sedan lämna tillbaka med större trygghet. Kommunens vård och omsorg började i praktiken fungera som en del av primärvårdens team, inte som en parallell värld.
En distriktsläkare kunde samma förmiddag arbeta med två olika team: ett regionalt team på hälsocentralen och ett kommunalt team ute i hemmet. Det såg kanske rörigt ut på papperet – men i verkligheten var det logiskt. Det var där människorna fanns.

Samtidigt förändrades socialtjänstens uppdrag genom den nya socialtjänstlagen. Proaktivitet och närvaro blev inte bara en ambition, utan ett krav: socialtjänsten skulle finnas där människor är, inte där kontoret råkar stå. Det gick hand i hand med nära vård. För i glesbygd är det ofta hemtjänsten, grannarna och biståndshandläggarna som ser förändringar först: en blick som dröjer, en diskbänk som inte tömts som vanligt, en trötthet som inte funnits där veckan innan. När de såg något behövde de veta exakt hur de skulle reagera och vem de skulle ringa.

En dag följde Samira med Lina ut till en man som behövde en snabb bedömning. Förr hade han fått en tid i stan om tre dagar, och alla hade fått skruva lite extra för att hålla situationen stabil tills dess. Nu tog det 20 minuter.
Läkaren kopplade upp sig, zoomade in på de värkande händerna, lyssnade på den tunga andningen, såg det förändrade rörelsemönstret och justerade medicinen. "Moa kommer förbi i eftermiddag," sa han lugnt.
Mannen skrattade: "Det var som att doktorn stod ute på bron."
När Samira gick ut på gården drog hon in luften djupt.
"Det här," sa hon, "det är jämlikhet. Att bo vid en skogsväg ska inte betyda sämre förutsättningar."

Så blev E45:an, fibertråden och de nya arbetssätten en sorts fläta – en sammanhållen struktur som band ihop verksamheterna, precis som älven binder ihop sjöarna. En ryggrad, en nervtråd, ett nät av relationer där uppdragen inte längre låg sida vid sida utan bar varandra.
Och det var just det som blev riktningen: vård som inte följer organisationskartor – utan människor.

”Jag trodde inte jag skulle få träffa en doktor så snabbt i min ålder. Men tydligen bor jag på en bra plats.”

Patient, 84 år

Analys: Organisatoriska modeller i glesbygd

Kapitel 5 visar hur vägar, fiberoptik och arbetssätt flätas samman till ett vardagligt nätverk där uppdrag bärs tillsammans. Det är också på denna nivå de organisatoriska modellerna formas – inte som teoretiska planer utan som funktionella svar på hur vardagen ser ut.

Analys och resonemang
Organisatoriska modeller som sjukstugor, samhällsrum, lokala team och delade funktioner bygger på samma princip: helheten är beroende av att ansvar och kompetens hålls samman. I glesbygd blir denna logik självförklarande. Där är en lokal enhet sällan enbart primärvård, utan en nod där akuta bedömningar, rehabilitering, trygghet och kontinuitet möts. Det som i större städer ibland beskrivs som integrerad vård är här en nödvändighet. Hindren ligger inte i det lokala, utan i systemen runtomkring. Olika lagrum, skilda budgetmodeller och separata ledningsstrukturer skapar friktion. Det är ofta inte viljan som saknas, utan möjligheten. När systemet är byggt för att dela upp ansvar blir det svårt att skapa strukturer som bygger på att ansvar delas. Men modellområdena visar att det är just detta som krävs – och att det är möjligt.

Urban miljö står inför samma utmaning, även om den tar sig andra uttryck. När patientflöden blir mer komplexa och när många aktörer delar ansvar utan gemensam styrning uppstår samma fragmentering som i glesbygd – bara i större skala. Organisatoriska modeller som testats här är därför inte perifera experiment utan prototyper för systemförändring som också urbana system behöver.

Sammanfattning och medskick
Modellområdena visar att

- den bästa organisatoriska modellen är när huvudmän går från parallell styrning till gemensam systemledning
- chefer behöver säkerställa gemensamma mandat
- staber behöver kompromissa kring synkroniserade strukturer för HR, utbildning och uppföljning
- nationell nivå behöver skapa incitament för delade uppdrag och gemensamma långsiktiga statsbidrag.

Organisatoriska modeller är inte projekt – de är systembeslut. Och de behövs i både fjällbyar och förorter.

6. *En telefon, två organisationer*

I många år byggde samarbetet mellan kommun och region på personkännedom. Det var en sorts informell koreografi där ingen riktigt visste stegen, men alla försökte hänga med i dansen. Man ringde ”någon man kände”, och ofta löste det sig. Men ibland föll patienter mellan stolar och bollades runt utan att någon egentligen gjort fel. Lina brukade beskriva det så här:

”Jag hade tre telefonnummer till samma funktion. Ett funkade på måndag, ett på helgen och det tredje… ja, det var mest ett lotteri.”

Befolkningen trodde ofta att vi hade bättre insyn i varandras system än vi faktiskt hade. De tog för givet att vi kunde läsa varandras journaler, att vi hade gemensamma listor, att vi visste exakt vem som gjort vilket besök. För dem spelade det ingen roll om det var hemtjänsten, hemsjukvården eller primärvården som varit där. Det var ”flickorna” de som hjälpte till.

Hösten 2025 togs ett väldigt betydelsefullt steg – inte för att allt föll på plats, utan för att något äntligen började röra sig åt samma håll. Kommunen och hälsocentralen började arbeta i samma journalsystem, även om åtkomsten fortfarande var begränsad och långt ifrån helt gemensam. Det var inte en fullständig sammanslagning, men det gav en delad grund, ett gemensamt språk och en större förståelse för varandras arbetssätt.

Det kan låta administrativt, men det var i själva verket drivet av personalens vardag: behovet av att se samma bitar av verkligheten, följa samma flöden och slippa gissa vad den andra parten visste eller inte visste. Och även om systemet inte gjorde allt möjligt över en natt, lade det grunden för att betydligt mer kan delas i framtiden. Ett första, banbrytande steg – med mycket kvar att bygga vidare på.

Resultatet blev en ny sorts systemledarskap: färre missförstånd, snabbare bedömningar, bättre kontinuitet och mindre personberoende flöden.

En februarimorgon blev effekten glasklar. Lina var hemma hos en kvinna som blivit märkbart förvirrad över natten. Ingen feber, inga tydliga tecken men något var fel. Tidigare hade hon fått chansa mellan tre nummer och ofta hamnat i telefonkö.

Nu ringde hon ett nummer. Och Moa svarade direkt.

”Jag behöver en snabb titt”, sa Lina.

”Jag är hos dig om 20 minuter”, svarade Moa – utan att hänvisa, utan att tveka, utan att ifrågasätta Linas bedömning.

Det var den sortens sömlöshet som invånarna alltid trott att vi haft.
Nu började det faktiskt stämma.

När en chef senare sa: ”det var som att vi slutade vara två system och började vara ett nätverk” handlade det inte om organisationer, utan om människor, roller och ansvar som äntligen hängde ihop. Inte att alla löste allt tillsammans – utan att alla visste vem som skulle göra vad, när, och hur de fick tag på varandra.
Och i glesbygd, där varje minut och varje mil spelar roll, var det kanske den största förändringen av alla.

”Det är inte att vi löser allt tillsammans.
Det är att vi vet vem som ska göra vad – och när.”

Sjuksköterska



7. *Det tysta som håller ihop allt*

Det finns en form av kunskap som aldrig syns i en budget, men som håller hela systemet upprätt: förmågan att läsa vardagen. Det är en kunskap som växer långsamt, byggd av år av närvaro i människors liv – av att känna igen mönster, rytmer och små förskjutningar som inte går att skriva in i en journal. Den är svår att beskriva, men omöjlig att vara utan.

I våra modellområden blir denna kunskap något mer än ”tyst kunskap”. Den blir glesbygdskompetens – ett sätt att se, lyssna och förstå som formats av generationer som levt nära naturen, nära varandra och långt från stödstruk-

turer. De som bor här är inte passiva mottagare av vård. De är specialister på sin plats, sin kropp, sina vägar, sitt sammanhang. De vet när snön bär och när den brister. De vet vilken granne som alltid tänder lampan vid sjutiden. De vet när någon har slutat be om hjälp – och att just det är farligt.

Lina är en av dem som bär denna kompetens. Inte bara för att hon är undersköterska, utan för att hon är en del av byn. Hon hör på en röst när någon sovit dåligt tre nätter i rad. Hon kan se i en blick när någon försöker dölja sin oro för att ”inte vara till besvär”.
En gång berättade hon om en man som alltid hade en kopp kaffe redo när hemtjänsten kom. En morgon stod koppen där som vanligt – men den var tom. Det var ett så obetydligt tecken att ingen rutin hade fångat det. Men Lina såg det direkt.

”Han hade inte orkat brygga nytt. Då är något fel.”

Det lilla tecknet räckte för att sätta igång allt: Moa kom, Samira anslöt senare, och tillsammans fångade de upp något som annars kunnat bli stort.
Det var inte en strategi. Det var glesbygdens egen form av triagering.

I många städer fångas förändringar upp av system: larm, drop-in-mottagningar, appar, övervakning. I glesbygd är systemet ofta människan själv. Inte som en ersättning, utan som förstahandsobservatör.
Det är här glesbygdens sjuksköterskor och undersköterskor blir något mer än en yrkesgrupp. De blir förlängda ögon och öron för läkare som ibland sitter många mil bort. De ersätter inte specialistkompetensen – men de kompletterar den på ett sätt som inget digitalt verktyg kan. De tolkar kroppsspråk, samtalston, hemmets atmosfär, det där tysta som säger mer än bara blodtrycket.

Och denna kompetens bärs inte bara av professionen. I byarna är vårdkedjan inte en kedja – den är ett nät. En granne ser att rampen inte är skottad. En brevbärare märker att brevlådan inte är tömd. En förening organiserar skjuts när någon inte vågar be. Det är en intuitiv men robust infrastruktur, lika viktig som fibertråden och E45:an.
Det är därför vi behöver synliggöra denna kunskap, inte ta den för given.

Centrum för hälsa i glesbygd formulerar, beskriver och utbildar i just den kompetensen. I glesbygd, för glesbygd – där sjuksköterskor, undersköterskor och socialtjänstpersonal möts för att sätta ord på det som annars bara känns. För det går att undervisa i triagering.

Det går att undervisa i bedömning. Men det går inte att undervisa i en kaffekopp som står tom fast den alltid brukar vara full. Det är något man lär sig över tid – i ett sammanhang där både människor och landskap berättar när något förändras.
En väv av erfarenhet, relationer och ansvar.

”Det är små saker
som berättar de stora historierna.”

Undersköterska

8. *När det skaver*

Det här arbetet har burits av människor som gjort mer än de haft tid till. Det vore oärligt att beskriva resan utan att också beskriva friktionen – det som skaver och ibland nästan stoppade oss.
Tiden var den första utmaningen.
Nästan alla beskrev samma sak: utvecklingstid fanns inte som en egen kategori. Den fick alltid pressas in mellan kvällsbesök, rondlistor, schemaläggning, akuta frågor och meddelanden som aldrig tog slut.

”Man får ju inte mindre att göra bara för att man driver projekt,” sa Moa, och det sammanfattade mycket.
Sedan fanns strukturen – eller ibland bristen på densamma.

Kommun och region arbetar under olika lagrum, med olika journalsystem, olika ekonomiska logiker och olika tidshorisonter. När skillnaderna inte hanteras med omsorg uppstår friktion. När den ena organisationen är mångdubbelt större än den andra kan balansen snabbt rubbas. Och utan en gemensam bild av nuläge och mål faller saker lätt mellan stolar, inte av ovilja utan av ren systemtröghet.

Kulturen var kanske den sköraste delen. Tillit är en av glesbygdens största styrkor – men också något som kan naggas i kanterna. Ett missförstånd kunde sätta samarbetet tillbaka i veckor. En historik av upplevt utnyttjande gjorde det svårt att tro på välvilja. En otydlig finansiering skapade oro. Och ett nytt projekt sågs som ”ännu en sak” att lägga till en redan full arbetsdag.
Lina uttryckte det så här:

”Vi vill samma sak. Men vi kommer från olika håll.”

Och i det låg mycket av problemets kärna. För även när pilotområden visade goda resultat var inte breddinförandet självklart. Det berodde inte på brist på engagemang – tvärtom. Det handlade om otydliga roller, parallella styrsignaler, kortsiktiga ekonomiska beslut, politiska mandatperioder som inte matchade professionens kontinuitet och att ingen riktigt ägde övergången mellan pilot och linje.

Det går inte att ge frihet med ena handen och bromsa med den andra.
Inte uppmuntra till att tänka nytt, men samtidigt följa upp allt som vanligt, som om ingenting får ändras.

Det går inte att prata om systemförändring och samtidigt mäta indikatorer som i ett kortsiktigt projekt.
Men mitt i allt detta fanns ändå det som bar oss framåt.
Hoppet. Och människorna.
För det mest konsekventa i allt var detta: medarbetare fortsatte göra det som var bäst för patienten, även när systemen inte gjorde det enkelt.
Som Samira sa:

”Det är inte det perfekta som gör skillnad. Det är det som blir gjort.”

”Vi snubblar ibland.
Men vi snubblar framåt.”

Fysioterapeut

DEL III

SYSTEMET FORMADES



Sveriges 290 kommuner och 21 regioner delar ansvaret för vård och omsorg. Den nya socialtjänstlagen gäller sedan den 1 juli 2025 och betonar förebyggande arbete, planering och samverkan. Sedan den 1 juli 2026 ska kommuner och regioner enligt hälso- och sjukvårdslagen samverka vid planering och utveckling av vården. Systemledning är inte en juridisk organisationsform, utan ett arbetssätt för gemensam riktning, planering och uppföljning när flera självständiga huvudmän ansvarar för samma invånares vård och omsorg.

Analys: Modellområden som hälso- och sjukvårdssystem

När berättelsen nu rör sig mot systemnivån blir det tydligt att det som i tidigare kapitel framstått som enskilda möten, digitala konsultationer och lokala initiativ egentligen bildar en större helhet. Just i glesbygd, där marginalerna är små och vardagen ställer höga krav på samordning, framträder denna helhet tidigt. Samtidigt blir det också tydligt att samma strukturer som bär i vardagen – när roller är tydliga, flöden hålls ihop och relationerna fungerar – är de som ger styrka när omvärlden rör sig snabbare och mer oförutsägbart än vanligt. Att bygga nära vård i glesbygd är därför inte bara en fråga om tillgänglighet och kvalitet, utan också om beredskap.

Analys och resonemang
Det som vuxit fram i modellområdena är inte en samling projektresultat, utan ett sätt att organisera vård som står sig även när förutsättningarna förändras. I glesbygd har man länge vetat att hållbarhet i vardagen och uthållighet i kris är två sidor av samma mynt. När primärvård, kommunal omsorg och specialistvård rör sig i samma riktning skapas en struktur som inte faller samman när trycket ökar, utan tvärtom blir mer användbar. Den digitala närvaron, de förflyttningsbara arbetssätten, den gemensamma uppföljningen och de invanda kontaktytorna är alla delar av en verksamhet som klarar att fortsätta fungera även när något oväntat händer.

Det är därför arbetet i modellområdena har bäring långt utanför fjällbyar och inlandskommuner. Samma logik kommer att behövas i större regioner, där ökande vårdtyngd, demografi och kompetensbrist successivt pressar fram arbetssätt som håller ihop flöden och skapar gemensamma lägesbilder. Här har glesbygdens arbete ett värde: det visar hur ett nätverksbyggande system kan fungera i praktiken, inte som en teoretisk modell utan som ett sätt att organisera vardagen så att den håller – även när yttre omständigheter gör det svårare.

I denna bemärkelse blir modellområdena inte en förvarning, utan snarare ett tidigt exempel på den riktning som kommer att bli nödvändig i hela landet. De aktiviteter som vuxit fram här – samskapande med invånare, distribuerad specialistvård, digitala konsultationer, gemensam planering, utvecklade av sjukstugemodellen – har vuxit fram därför att den gamla logiken inte längre bar. Det är just denna förmåga att anpassa sig, att bygga strukturer som håller

även när vardagen skiftar, som också är grunden för robusthet. De myndigheter, staber och beslutsfattare som tidigt tar in denna systembild står bättre rustade när samma krav når tätorter och större regioner.

Sammanfattning och medskick

Modellområdena visar att

- nära vård fungerar när systemet byggs som ett nätverk, inte som en samling stuprör
- chefer behöver skapa tid, forum och riktning för att bygga nätverkande strukturer som bär både i vardagen och när trycket ökar. Det handlar om att ge mandat till gemensamma arbetssätt, säkra tydliga kontaktvägar och låta digital närvaro ingå i ordinarie verksamhet
- staber behöver stödja detta genom samordnade datastrukturer, stabil digital infrastruktur och gemensamma principer för planering och uppföljning. När flera aktörer använder samma lägesbild blir verksamheten mer förutsägbar och mindre sårbar
- nationell nivå behöver tydliggöra att nära vård också är ett sätt att stärka Sveriges beredskap.

En primärvård som är samordnad, delad och digitalt närvarande är inte en glesbygdsfråga – det är en strategisk systemfråga för hela landet. Beslut som tas i tid skapar robusthet när det behövs som mest. Kort sagt: glesbygden visar både bristerna i dagens system och möjligheterna i morgondagens.

9. *Det som blev möjligt*

Ingen vaknade en dag och tänkte: ”nu fungerar allt.” Inga fanfarer, inga stora rubriker. Men långsamt, nästan omärkligt, började riktningen kännas mer självklar än osäker. Samtalen förändrades. Det som tidigare känts motigt blev rimligt. Det som varit undantag gled över i rutin för att det började kännas naturligt. Patienterna visade det först. En kvinna i 70-årsåldern, som alltid suckat djupt när hemtjänsten nämnde sjukhusbesök, sa plötsligt:

”Det går bra. Vi tar det väl på plattan.”

Orden var enkla, men för Lina var de större än så. De bar en trygghet – en tillit som man inte kan besluta fram, bara förtjäna.
Moa märkte det i hur dagarna rörde sig.

Förr hade varje insats känts som att springa i motvind. Det blåste fortfarande, men hon var inte ensam längre. Arbetet bars av fler händer, fler blickar, fler som reagerade tidigt. Det gav kraft och samhörighet.
Jonas, AT-läkaren, såg förändringen utifrån.

”Det märks att ni jobbat ihop länge,” sa han en dag. ”Ni pratar med varandra på ett sätt som inte riktigt finns med i föreläsningarna.”

Karin log åt det, han hade rätt.

”Det har väl blivit vårt språk,” svarade hon. ”Att försöka lösa saker.”

Och just det var kärnan.

Förändringen märktes i de där små rörelserna som tillsammans bildar något större. När en man fick hjälp i tid och slapp en akutresa. När läkare, hemtjänst och biståndshandläggare satt i samma rum och insåg att arbetet blev enklare när de såg varandra. När ett dokument som tidigare funnits i tre versioner plötsligt bara fanns i en – och alla kunde lita på att den var rätt. När ett beslut som förr studsat mellan två organisationer togs på tio minuter eftersom ingen behövde leta efter ”vem som ägde frågan”. Det var inga invigningar eller pressmeddelanden. Bara små steg som tillsammans bildade en riktning. Just det blev den tysta signalen att något höll på att förändras – och att förändringen höll.

”Vi fick tid tillbaka.
Och tid är det dyraste vi har.”

Enhetschef



10. **Sjukstugans långa tråd**

Sjukstugan är en av glesbygdens äldsta organisatoriska innovationer. Långt innan begrepp som integrerad vård och nära vård fanns var sjukstugorna ett nav där primärvård, närsjukvård, akutkompetens, jour, rehabilitering och socialt stöd samlades under samma tak.

WHO Europa lyfter i dag just den här typen av upplägg som en förebild för primärvård i glest befolkade områden – modeller där verksamheter är samlokaliserade, där multidisciplinära team arbetar tillsammans och där specialister kan stötta primärvården på distans. I Dorotea, Sorsele och andra delar av norra Sverige har detta arbetssätt funnits i decennier.

Jonas såg det direkt när han gjorde sin placering.

”Det här,” sa han och drog handen över receptionsdisken, ”är som en destillerad vårdkedja. Man har kokat fram det viktigaste och satt ihop det.”
Enhetschefen Karin visste också hur mycket arbete som låg bakom. Ekonomi, kultur, kompetens och historia behövde både förvaltas och förnyas – samtidigt som verksamheten hölls i gång. ”Det är som att renovera medan man bor kvar”, brukade hon säga. Och det stämde.

Det mest fascinerande var ändå trådarna ut från sjukstugan – tentaklerna som nådde ända ut i de minsta fjällbyarna. Det kunde vara hembesök, snabba digitala avstämningar, ambulanspersonal som stannade till på vägen eller biståndshandläggare som körde tre mil extra för att lösa ett bekymmer. WHO beskriver just detta som kärnan i framgångsrika rurala primärvårdsmodeller: ett nav som sträcker sig långt utanför byggnaden, till varje by där människor bor.

Det var ingen manual som gjorde att sjukstugan fungerade. Det var organisatorisk fantasi – förmågan att se vad som kunde fungera, testa i liten skala, anpassa och prova igen. När region och kommun började diskutera delade tjänster trodde få att det skulle gå. Men så stod Lina där, med ena foten i kommunen och den andra i regionens flöden, och visade att det inte bara var möjligt – det var logiskt.

”Vi gjorde egentligen bara som vi alltid gjort,” sa hon. ”Sen fick det ett namn.”

Den största förändringen var kulturell: att gå från ”vår del av systemet” till ”vårt gemensamma system”.
När Samira och Karin hade sitt första gemensamma planeringsmöte med specialistvården var det trevande, men efter första patientfallet skedde skiftet.
”Vi jobbar ju för samma människa”, sa Karin.
Självklart – och ändå omvälvande.

”Det var inte modellen som gjorde skillnad.
Det var modet att göra modellen till vår.”

Karin, enhetschef

Analys: Gemensam planering och lärande uppföljning

Sjukstugans väv av roller och ansvar visar hur ett system håller ihop när alla ser samma verklighet. Just därför blir frågan om gemensam planering och uppföljning avgörande: utan en delad bild faller även de bästa arbetssätten isär.

Analys och resonemang
Gemensam planering och lärande uppföljning är inte en metod utan en styrningsprincip. Den handlar om att skapa en gemensam förståelse för behov, resurser och prioriteringar – och om att låta denna förståelse styra både vardagens beslut och långsiktiga förändringar. Modellområdena visar att när huvudmän och verksamheter delar bild av nuläge och riktning blir systemet stabilt och resilient även när resurserna är små.

Utmaningen ligger i att dagens styrning är byggd för parallella organisationer. Uppföljning sker ofta i separata spår, baserat på olika indikatorer, ekonomiska modeller och tidshorisonter. Ramverket för lärande uppföljning kan därmed uppfattas som tungt när det inte stöds av gemensamma strukturer. Modellområdena visar dock att när ramverket används som avsett, med tydliga roller, linjebeslutad tid och gemensamt ägarskap, blir det ett av de mest kraftfulla verktygen i omställningen. Urban miljö har samma problem: samtidigt som befolkningsmängden är större är också fragmenteringen större. Gemensam uppföljning blir därför lika nödvändig i städer som i glesbygd, men av olika skäl. I städer för att hålla ihop flöden, i glesbygd för att säkerställa att varje resurs används med precision.

I detta sammanhang finns också en aspekt som sällan lyfts men som påverkar det långsiktiga arbetet. I större samhällen, där budgetar och resultat ofta följs upp i tydliga stuprör, finns en risk att tidiga insatser inte prioriteras eftersom de direkta kostnaderna hamnar hos en aktör medan vinsterna realiseras hos en annan. Det kan handla om en insats i primärvården som på sikt minskar sjukskrivningar, eller ett samordnat arbete kring barn och unga som ger lägre tryck i andra delar av systemet. I glesbygd är man ofta mindre benägen att räkna på detta sätt – man gör det som behövs, eftersom man känner människorna och vet vad som står på spel – men principen påverkar ändå helheten. Därför skulle ett mer sammanhållet system, där värdet av tidiga insatser synliggörs även när nyttan uppstår någon annanstans, kunna stärka den gemen-

samma planeringen. Det behöver inte vara ett formellt ”utjämningssystem”, men en nationell struktur som erkänner och premierar samhällsnyttan av tidiga och samordnade insatser. På så sätt kan sjukstugemodellen och andra samlokaliserade arbetssätt fortsätta att utvecklas utan att hämmas av att olika huvudmän bokför nyttan på olika rader.

Sammanfattning och medskick

Modellområdena visar att

- gemensam uppföljning bara fungerar när den är linjebeslutad, ägd av verksamheten och integrerad i styrkedjan
- chefer behöver besluta om gemensamma forum som säkrar tid för analys och förankra gemensamma prioriteringar så att tidiga insatser inte faller bort när budgetar pressas
- staber behöver bygga delade strukturer för data och uppföljning samt utveckla uppföljning som gör samhällsnyttan synlig, även när effekten uppstår i en annan verksamhet än där insatsen gjordes
- nationell nivå behöver tydliggöra att omställningen inte är möjlig utan en styrning som följer människans väg genom systemet. De behöver skapa principer som gör att tidiga, tvärgående insatser premieras – inte för att glesbygden kräver det, utan för att hela systemet vinner på det.

När planering blir gemensam och uppföljning blir lärande, blir systemet både smartare och mer motståndskraftigt – oavsett geografi.

11. *Relationer som håller ihop ett system*

Det svåraste med utveckling är inte att börja. Det är att fortsätta.
När arbetet hade pågått i flera år frågade någon Moa vad som gjorde att hon orkade. Hon tänkte länge innan hon svarade:
”För att det känns meningsfullt. Och för att jag inte är ensam.”
Och kanske var det just det som bar arbetet genom både toppar och lågvatten. Det som höll arbetet vid liv var inte en struktur, inte en projektfinansiering och inte ett styrdokument. Det var relationerna.

Relationer som bar – och ibland relationer som skavde – men som alltid betydde något. De där små vardagsbanden som knyts över tid.
Mellan människor som egentligen arbetar i olika system, med olika uppdrag, olika lagrum och olika arbetskulturer – men som delar samma verklighet och samma målsättning: att göra det så bra som möjligt för dem som bor här.
Relationerna fanns långt innan strukturerna var på plats. De växte i korridorerna, i fikarummen, på gårdsplaner, i bilen mellan två byar, i ett snabbt telefonsamtal:
”Har du fem minuter? Jag tror vi behöver prata om det här.”

Och där någonstans började det hända saker.
När regionens specialisering och kommunens helhetssyn möttes uppstod något nytt. När chefer började se varandra inte bara som ”motpart”, utan som kollegor. När sjuksköterskan och biståndshandläggaren utvecklade en egen arbetsrytm, där den enes blick blev den andres kompass. När invånare litade på personalen, och personalen litade på varandra.

Men relationer är inte friktionsfria. Det fanns perioder då små missförstånd växte till stora hinder. När olika tolkningar av ansvar skapade irritation. När någon gick hem och grubblade över en formulering i ett möte, utan att säga det högt. När konflikter blossade upp, inte för att någon hade gjort fel, utan för att två perspektiv kolliderade innan de hunnit förklaras.

Men relationerna var det som gjorde att man tog sig igenom det. De formades av små handlingar: ett sms sent på kvällen, ett ”vänta, jag följer med”, ett gapskratt över något tokigt eller en ärlig suck när allt kändes tungt.

För i glesbygd är relationer mer än ”arbetsmiljö”. De är en del av infrastrukturen. De avgör om människor stannar eller slutar. De avgör om man vågar prova nytt eller inte. De avgör hur mycket trygghet som finns när formella strukturer inte räcker. Och ibland var det någon oväntad som bar relationerna allra mest. Som IT-teknikern Tommy. Han som såg till att plattorna fungerade, att ljudet inte hackade, att personalen vågade prova nya arbetssätt.

”Tekniken måste förstå hur ni jobbar, inte tvärtom”, brukade han säga. Och han menade det.

När allt skavde; budgeten, schemat, styrningen. Då var det relationerna som höll ihop helheten.

”Det var aldrig glamouröst,” sa Lina. ”Det var bara viktigt.”

”Vi håller inte liv i ett projekt.
Vi håller liv i ett sätt att jobba.”

Biståndshandläggare

Analys: Kompetensförsörjning och relationell kapacitet

Relationerna som beskrivs i kapitlet visar hur arbetet faktiskt hölls ihop när allt annat skavde. Detta är inte bara en berättelse om människor – det är en systemdynamik som avgör om kompetensförsörjningen lyckas eller faller.

Analys och resonemang
Kompetensförsörjning är den mest genomgripande utmaningen i glesbygd. Inte för att det saknas vilja att rekrytera, utan för att systemets förutsättningar grundas i demografi, avstånd och fragmentering. Modellområdena visar att det inte går att lösa kompetensfrågan genom fler annonser eller tillfälliga lösningar. Det kräver strukturell samordning och en kultur där kompetens delas, inte ägs. Det centrala mönstret är tydligt: där relationerna är starka fungerar kompetensförsörjningen, även under svåra förutsättningar. Där relationerna är sköra faller även formella strukturer. Detta gäller lika mycket i städer som i glesbygd. En vårdcentral eller akutmottagning i en större stad med hög personalomsättning är inte mindre sårbar än ett litet team i fjällvärlden – det är bara antalet personer som skiljer dem åt. Relationell kapacitet är därför ett systemvillkor, inte en mjuk fråga.

Samtidigt kräver kompetensförsörjning att roller och arbetsuppgifter ses över. Modellområdena visar att när breddad kompetens, delade tjänster och multiprofessionella team införs ökar systemets flexibilitet. Men detta förutsätter gemensamt mandat och gemensam styrning. Utan det fastnar arbetet i professionella gränser, olika budgetlogiker och organisatoriska stuprör.

Sammanfattning och medskick
Modellområdena visar att

- kompetensförsörjning kräver tre saker: en bas i gemensamma behov, flexibilitet i roller och investeringar i relationell kapacitet
- chefer behöver skapa multiprofessionella team, dela kompetens och använda det lokala rekryteringsmandatet aktivt
- staber behöver bygga gemensamma HR-strukturer över huvudmannagränser
- nationell nivå behöver möjliggöra rollutveckling, delade tjänster och lagrum som inte låser fast verksamheter i ett stuprörstänkande.

Det som fungerar i glesbygd är därför inte nödlösningar – det är strukturella principer som hela landet behöver när kompetensbristen blir alltmer omfattande.

12. **Berättelsernas kraft**

I början var berättelserna mest ett sätt att dokumentera exempel. Få trodde att de skulle spela så stor roll. Men det gjorde de. De bar arbetet. De blev det som höll kursen när allt drog åt olika håll, och det som gjorde det möjligt att minnas *varför* mitt i vardagens brus. Efter hand blev de ett av de viktigaste verktygen för att förstå – och visa – att riktningen var rätt.
När Karin stod på en regional konferens och berättade om Lina som såg att kaffekoppen var orörd och förstod att något var fel, blev det knäpptyst. Inte för att någon tyckte handlingen var dramatisk, utan för att alla förstod: det där är vård. Den mänskliga blicken. Den tysta kunskapen. Det som inga indikatorer fångar – men som förändrar förlopp.
Jonas brukade säga att berättelser är som ”mikroskop för empati”.
Att de gör det omöjligt att avfärda ett utvecklingsarbete som ”ett projekt”.
Och så blev det.

Berättelserna var det som fick politiker att lyssna. De gjorde chefer modiga. De gjorde personalen stolta – inte över en modell, utan över ett hantverk. De skiftade också bilden av glesbygden. Från något utsatt till något uppfinningsrikt, kompetent och handlingskraftigt. De visade att innovation inte bara är teknik och processer – det är människor som ser, gör och vågar.
Att lyfta berättelser var aldrig bara kommunikation. Det var strategi, förankring, riktning och sanning.

I samiska traditioner har berättelser i århundraden varit en form av kunskapsöverföring – jojk, myter och muntligt berättande som hållit erfarenheter levande över generationer. Det är en påminnelse om att berättelser inte är något mjukt vid sidan av systemet. De är ett system.
Berättelserna blev broar mellan det vi gjorde och det vi lärde. Mellan praktik och styrning. Mellan vardagens detaljer och det övergripande målet.

”När människor hör hur vi gör,
då förstår de varför vi gör det.”

Läkare



– EPILOG –

Ljuset över myrarna

Det är något särskilt med septemberljuset i norr. Det ligger lågt, letar sig in mellan granarna och lägger sig över marken som en viskning. Det var i det ljuset som Moa en dag stannade bilen vid en av sina vanliga adresser. Hon satt en stund innan hon gick ur, bara för att ta in känslan.

Hon tänkte på Aila. På Lina. På Samira, Karin och Jonas. På Tommy, som fått tekniken att fungera när allt annat bråkade. På alla patienter som öppnat dörrar, lyft blicken och delat sina liv under de senaste åtta åren. Det slog henne hur många som faktiskt burit det här arbetet – inte i rubriker eller styrdokument, utan i det dagliga.

När hon steg ur bilen skiftade löven i gult på det där trygga sättet som betyder att hösten kommit. Hon gick mot huset med ett lugn som hon inte riktigt kunde sätta ord på. Kanske var det vetskapen om att arbetet inte längre hängde på enskilda personer. Kanske var det insikten om att det som byggts inte skulle försvinna bara för att ett projekt tog slut. Det hade fått fäste nu. Levde vidare i andra händer.

När dörren öppnades stod patienten där, med samma leende som alltid.
Det luktade nykokt kaffe i hallen, den där trygga doften som betyder att någon väntat.
”Du kommer med ljuset, flicka,” sa hon, som hon brukade.
Moa log, men den här gången på ett annat sätt än förr.
”Jag kommer för att du ringde,” sa hon mjukt.

Och där, i hallen där vardagen och vården möttes, kändes det tydligt:
Det här är början. Inte slutet.
Det här är glesbygdens styrka – och vårdens framtid.

Bilaga 1 Projektorganisation

Modellområdena
Region Norrbotten, kommunerna i Kalix, Haparanda, Överkalix och Övertorneå

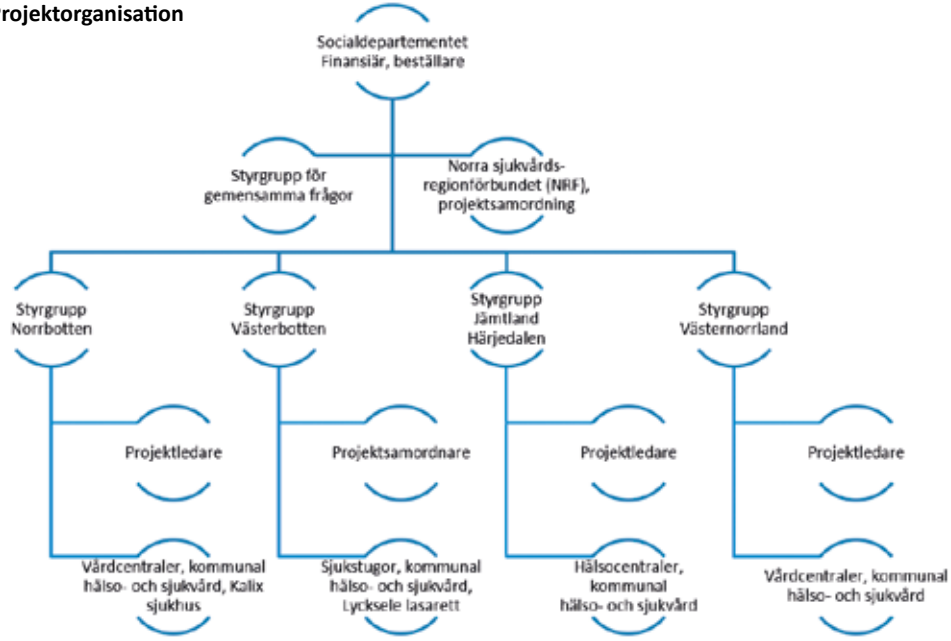
Region Västerbotten, kommunerna i Sorsele, Storuman, Vilhelmina, Dorotea, Malå, Lycksele och Åsele

Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun och Ragunda kommun

Region Västernorrland, Kramfors kommun och Sollefteå kommun



Projektorganisation



Bilaga 2 Projektansökan

I ansökningarna beskrivs uppdragets målområden och den gemensamma inriktningen. Projektansökningarna ligger även till grund för den systematiska styrningen, där varje modellområde har egna självständiga styrgrupper. Norra sjukvårdsregionförbundet, NRF, har haft en samordnande roll under projektets tid med koppling till förbundets beredande organ på tjänstepersonsnivå.

FAS 1 (2019–2022): Grundläggande struktur och riktning
I fas 1 etablerades den gemensamma inriktningen för omställningen till god och nära vård i norra Sverige. De fyra regionerna och Norra sjukvårdsregionförbundet erhöll statliga medel för att utveckla och pröva digitala och innovativa arbetssätt med särskilt fokus på gles- och landsbygdsförhållanden.

Arbetet koncentrerades till att:

- fastställa modellområden som gemensam plattform för utveckling
- skapa strukturer för samverkan med kommuner och invånare
- ta fram gemensamma projektplaner
- undersöka möjligheter för systematisk datainsamling
- etablera en gemensam struktur för uppföljning och utvärdering

Målbilden var att skapa digitalt möjliggjorda arbetssätt, organisationsmodeller och datagrundande strukturer som leder till skalbara lösningar och en nära, trygg och tillgänglig vård oavsett avstånd. Detta lade grunden för en mer långsiktig och systematisk styrning av omställningen.

FAS 2 (2023–2026): Fördjupning, samskapande och systemledning
I fas 2 vidareutvecklades och fördjupades arbetet tillsammans med femton kommuner och fyra regioner. Modellområdena fungerar nu som lokala systemledningsarenor med gemensam styrning, projektledning och kontinuerlig samordning via Norra sjukvårdsregionförbundet. Denna struktur är nu central för den systematiska styrningen mellan kommuner och regioner i norra Sverige.

Arbetet orienterades i enlighet med projektansökan runt sex målområden:

1. Fördjupa och bredda samskapandet med medborgarna,
2. Fördjupa samarbetet mellan regioner och kommuner med gemensam planering och uppföljning av den nära vården
3. Undersöka och utveckla organisatoriska lösningar för den primära vården som är anpassade för de lokala behoven
4. Utveckla den specialiserade vården till mer distribuerade former i glesbygd och landsbygd
5. Utveckla samarbetet i norra Sveriges glesbygd avseende kompetensförsörjningen
6. Konceptualisera och sprida kunskaper och erfarenheter från projektet nationellt för att i tillämpliga delar även kunna implementeras i mer urbana miljöer.

Bilaga 3 Aktiviteter i modellområdena

Konkreta exempel på vad som genomförts i varje modellområde: samskapande, digitala arbetssätt, gemensam planering, utbildningar och organisatoriska lösningar.

Målområde 1. **Fördjupa och bredda samskapandet med medborgarna**	
Gemensamt	• Genomfört utbildning i samskapandemetodik med Martin Sande och Dialogues • Inlett samverkan med Centrum för hälsa i glesbygd kring studier och utveckling av arbetssätt i glesbygd
Jämtland Härjedalen	• Genomfört samskapande dialoger med invånare i Rätan och Klövsjö
Västerbotten	• Breddat samskapadet och dialoger i lokalt utvecklingsarbete • Deltagande i olika utvecklingsprojekt ex Crane och Tique där digitalisering och ägande av egen data testats tillsammans med invånare • Etablerat testbädd med äldresköterska, hemmonitorering och samhällsrum
Västernorrland	• Genomfört medborgardialoger kring samhällsfrågor och behov i glesbygd inom ramen för ”Samskapande i Näsåker”, vilket blev grunden till Samhällsrummet som idag har spridits sig till flera delar av länet
Norrbotten	• Genomfört medborgardialoger i samtliga kommuner i modellområdet • Producerat ”Magasin Starka tillsammans” som är ett informationsmagasin som riktar sig till invånare i Östra Norrbotten som berättar om hur vården utvecklas mot framtidens nära vård. • Skapat korta presentationsfilmer för allmänheten om samverkan och nära vårdteam. • Infört en stående punkt om modellområdets arbete på lokala patientråd • Information och föreläsningar för olika föreningar. • Samverkan mellan huvudmän kring evenemang

Målområde 2. **Fördjupa samarbetet mellan regioner och kommuner med gemensam planering och uppföljning av den nära vården**	
Gemensamt	• Samordnat pilotprojekt i varje modellområde för att vidareutveckla ramverket för lärande uppföljning.
Jämtland Härjedalen	• Genomfört gemensamma planeringsdagar för HSL-personal på primärvårdsnivå, i Berg respektive Ragunda • Tillgängliggjort fysioterapeut från hälsocentralen till elevhälsan i Ragunda • Startat gemensam fallpreventiv balansgrupp för patienter på SÄBO, ordinärt boende och hälsocentralen. Ragunda • Implementerat ”Dans för hälsa”, en nationellt framtagen och beforskad aktivitet för tjejer årskurs 4–9 i Ragunda, i samarbete med två skolor • Utvecklat samarbete mellan ambulans, hälsocentral och kommun vid sociala behov på jourtid, Berg • Drivit studiecirkel ”Samtal kring hälsa” via Studieförbundet Vuxenskolan, Ragunda, för att utveckla samarbete mellan vården och övriga aktörer • Tagit fram gemensam plan för primärvårdsnivå med gemensamt prioriterade lokala aktiviteter i Berg respektive Ragunda
Västerbotten	• Ett av pilotområdena i utvecklingen av SKR Ramverk för Lärande uppföljning i modellområdet • Vidareutveckling av gemensam plan (mål, aktiviteter) i flera av kommunerna • Arbetat fram färdplan för tjänsteinovation, digital transformation
Västernorrland	• Genomfört program för hjärnhälsa, ett förebyggande koncept för befolkningen i Kramfors • Utvecklat gemensamt koncept: Hälsa lärande och trygghet, ett samarbetsprojekt för skolan, primärvården och socialtjänsten för att så tidigt som möjligt hjälpa barn och unga • Genomfört ”Hemma hos mig”, ett koncept för en gemensam vård i hemmet, med hjälp av digitala mätutrustningar och kommunikationshjälpmedel
Norrbotten	• Gemensam politisk och tjänstepersonsstyrning. • Länsdelsgemensamma samverkansmöten • Arbetat i gemensam arbetsgrupp med processledare kommun, MAS samt samordnare region med kartläggning av behov och utvecklingsområden samt därefter uppföljningen. • Tagit fram gemensamma handlingsplaner för respektive ort i modellområdet samt en gemensam i Östra Norrbotten • Workshops med fokus på psykisk ohälsa bland barn och unga. • Öppnat Familjenshus i samverkan med kommun, hälsocentral, familjecentral, öppenvård och socialtjänst (Övertorneå). • Gemensam temavecka för hot och våld bland unga i samarbete med kommun, hälsocentral och kvinnojouren. • Öppnat allmänmedicinska slutenvårdsplatser i Haparanda

Målområde 3. **Undersöka och utveckla organisatoriska lösningar för den primära vården som är anpassade för de lokala behoven**	
Gemensamt	• Samarbetat med Centrum för hälsa i glesbygd kring organisationsforskning riktat mot glesbygd, systemledning etc.
Jämtland Härjedalen	• Utvecklat gemensamt hemtagningsteam Ragunda • Etablerat rehabiliteringssamverkan oberoende av avtalsgränser • Testat parallellt ansvar sjuksköterskor, en modell för "delad vårdnad" mellan kommunens och hälsocentralens sjuksköterskor i Berg • Infört samma journalsystem för hälso- och sjukvård i regionens verksamheter och Ragunda kommun
Västerbotten	• Genomfört översyn av systemledning både länsdelsvis och lokalt • Utvecklar gemensam systemledning i Dorotea • Samlokalisering av verksamheter för stärkt samverkan • Etablerat Centrum för våld Södra Lappland • Tagit fram gemensam implementeringsstrategi, basutbud och arbetssätt rörande digitalisering • Utvecklat flödet för personer med kognitiv svikt, samverkan kring läkemedels-robotar • Genomfört digitala ronder på SÄBO och inom HSV • Utvecklat gemensamma team för olika behovsgrupper • Utvecklat Nytänkande ledning och styrning Sjukstugemodellen • Genomfört flerpartssamverkan inom ramen för Samordningsförbundet – NAFS • Genomfört gemensamt arbete kring problematisk skolfrånvaro
Västernorrland	• Genomfört digitala ronder på SÄBO och inom HSV • Etablerat äldremottagning som anpassad form av primärvård i Sollefteå
Norrbotten	• Etablerat gemensamt Nära vård-team i Kalix, Haparanda, Övertorneå, Överkalix • Prioriterat utvecklingsområde gemensam ledning och styrning, Övertorneå och Överkalix • Lokala gemensamma ledningsmöte samt yrkesträffar • Utvecklat samarbetet, arbetssätt och rutiner för samverkan kring läkemedelsrobottar hos patienter utan hemsjukvård (Övertorneå). • Utbildad och utrustat baspersonal på kommunen i att ta vitala parametrar (Övertorneå) . • Utbildning och förbättringsarbete kring suicidprevention.

Målområde 4. **Utveckla den specialiserade vården till mer distribuerade former i glesbygd och landsbygd**	
Gemensamt	• Genomfört webbinarier med fokus mobila team (MiNT, SPOT mfl) som utgår från specialiserad vård
Jämtland Härjedalen	• Utforskat förenklat arbetssätt: SIP light, för samordnad individuell plan, Ragunda
Västerbotten	• Genomfört preoperativa bedömningar på distans • Utveckllingsarbete kring utökning av mobil/digitala arbetssätt • Genomför digitala bedömningar i ambulans med ökad samverkan • Genomför distansinläggning på AVA platser på sjukstugan från Lycksele sjukhus • Digitalkonsultation i akutrum • Utarbetar gemensam plan för barn och unga rörande hälsofrämjande och förebyggande insatser
Västernorrland	• Etablerat mobila team
Norrbotten	• Genomfört utbildning i rehabiliterande arbetssätt för kommunens undersköterskor på Kalix sjukhus • Utbildat Nära vård sjuksköterskor i specifik smärtpump för att ge intravenösa antibiotika i hemmet • Utbildat allmänläkare i ultraljud på glesbygds hälsocentraler • Infört mobilt EKG för uppföljning och bedömning i hemmet • Genomfört en specialiserad funktion för äldre och sköra genom att införa äldre sjuksköterska i Kalix hälsocentral

Målområde 5. **Utveckla samarbetet i norra Sveriges glesbygd avseende kompetensförsörjningen.**	
Gemensamt	• Fördjupat dialogen med Centrum för hälsa i glesbygd om möjlighet till gemensamma utbildningar utifrån lokala behov • Genomfört webbinarium med fokus på kompetensförsörjning
Jämtland Härjedalen	• Utvecklat idéer om delat lärande i teamet för att skapa dubbelkompetens, Berg
Västerbotten	• Genomfört gemensam planering av sommaren rörande bemanning för att möjliggöra öppethållande av platser • Tagit fram gemensam kompetensförsörjningsprognos 2024–2028 • Deltagit i Socialstyrelsens fallstudie kring metoder för att arbeta med lärande för ett effektivt nyttjande av personalresurser utifrån ett nationellt perspektiv – Ett nationellt lärandesystem för att införa en patient- och personalcentrerad planering • Gemensam systemledning i Dorotea • Gemensam rekryteringsfilm för Södra Lappland
Västernorrland	• Deltagit i SKR:s Näravårdpodd för att berätta om Näsåker samskapar • Utgjort ett av Experios showcases med Näsåker samskapar • Producerat visningsfilmen En resa mot förändring. Filmen kan användas vid rekrytering och kompetensutveckling
Norrbotten	• Skapat och stärkt samverkan mellan Region Norrbotten, kommunerna Övertorneå, Överkalix, Kalix och Haparanda samt andra aktörer för att gemensamt möta kompetensutmaningar i glesbygd. • Utvecklat arbetssätt där kompetens delas över organisationsgränser genom multiprofessionella team, gemensamma möten och kunskapsutbyte. • Spridit erfarenheter och lärdomar regionalt och nationellt genom nätverk, konferenser och kunskapsdelning, vilket bidrar till långsiktig kompetensförsörjning i norra Sveriges glesbygdsområden

Målområde 6. **Konceptualisering och spridning av kunskaper och erfarenheter från projektet nationellt för att i tillämpliga delar även kunna implementeras i mer urbana miljöer**.	
Gemensamt	• Genomfört sju webbinarier med samlad erfarenhetsspridning • Medverkat i föredrag och nätverkande i Almedalen, inklusive webbstreaming, radio- och tidningsintervjuer • Deltagit i två avsnitt av SKR's Nära vård podd med Lisbet Löpare Johansson • Delat erfarenheter från projektet med Japans ambassad, med liknande utmaningar i glesbygd, på förfrågan från ambassaden. • Hållit föredrag kring erfarenheter från projektet med studenter vid Medicinska högskolan i Brandenburg, på förfrågan från högskolan • Medverkat i regionala forum inom kunskapsstyrningen: RPO Levnadsvanor, RPO Infektionssjukdomar, RPO Primärvård • Deltagit i Nära vårds framtidsdag; iHac Storuman; nätverksträff Luleå; Prioriteringskonferens Umeå, Glesbygdsmedicins konferens Sollefteå mm • Genomfört återrapportering till socialdepartementet, muntligt och skriftligt • Fört dialog med säkerhetsansvarig Region Stockholm med fokus på nära vårds koppling till säkerhet och beredskap • Tillsammans med Centrum för hälsa i glesbygd genomfört slutkonferens ViaRuralis • Sammanställt lärdomar och exempel till en gemensam publikation

Bilaga 4 CFIR-baserad analys av projektets genomförande

Projektet har analyserats enligt **CFIR – Consolidated Framework for Implementation Research**, ett internationellt etablerat ramverk för att förstå och utvärdera komplexa implementeringar. CFIR används för att beskriva *varför* en förändring fungerar (eller inte) genom att analysera fem områden:

1. Interventionens egenskaper
2. Yttre kontext
3. Inre kontext
4. Individnivå
5. Implementeringsprocessen

CFIR valdes som utvärderingsform eftersom ramverket gör det möjligt att förstå både lokala variationer och gemensamma mönster i komplexa system, och därmed ger ett stabilt underlag för fortsatt styrning och implementering. Analysen av modellområdena visar fem centrala insikter för nära vård i glesbygd:

1. Arbetssätten är legitima och meningsfulla
Samskapande, distribuerad vård, gemensam planering och organisatoriska modeller har stark behovsgrund och upplevd nytta. Utmaningen är inte *om* de ska genomföras, utan *hur* de ska bli hållbara.

2. Glesbygden har unika tillgångar
Ökande digital mognad, stark lokal förankring, befintliga nätverk och vilja att hjälpas åt är centrala möjliggörare.

3. Kultur och tillit är avgörande
Där tillit och gemensam målbild finns fungerar arbetssätten. Där den saknas bromsas de av revirbevakning och målkonflikter.

4. Brist på gemensamma strukturer är den största begränsningen
Den egna strukturen fungerar ofta väl när undantagen minimeras. Nytänkande kan vara utmanande, speciellt inom HR, uppföljning, systemledning och tid för lärande.

5. Implementering kräver stöd av ledning och metodik
Utan tydligt mandat, gemensamma ramverk och avsatt tid riskerar arbetssätten bli personberoende och rinna ut i sanden.

Anteckningar

– SAMVERKANDE ORGANISATIONER –









































LÅNGA LINJER, NÄRA MÖTEN är resultatet av ett åttaårigt nationellt uppdrag i norra Sveriges glesbygd, där fyra regioner och sexton kommuner tillsammans har utvecklat arbetssätt för en mer sammanhållen och nära vård. Dokumentet är inte en traditionell projektrapport, utan en berättelse som skildrar hur förändring faktiskt sker i praktiken – i möten, relationer och vardagliga situationer där vårdens riktning tar form. Berättelsen kompletteras med analytiska avsnitt som lyfter mönster, insikter och lärdomar från modellområdena, med fokus på systemperspektiv, glesbygdens förutsättningar och implementering i komplexa miljöer.

Ambitionen är att ge en fördjupad förståelse för hur nära vård kan utvecklas i områden med långa avstånd, liten befolkning och hög samverkansgrad – men också att visa att många av dessa insikter är relevanta i hela landet. Förhoppningen är att materialet ska inspirera, utmana och bidra till fortsatt utveckling för både verksamheter, beslutsfattare och alla som arbetar med att förnya vården.

Detta är berättelsen om det som blev möjligt – och om den riktning som fortsatt behöver hållas.