

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Datum: 2026-02-26, fysiskt möte 09:00-15:00.

Samordningsråd primärvård

Deltagare

Aslak Iversen	regionområdeschef Regionhälsan (ordförande)
Alessio Degl'innocenti	Regionområdeschef, Regionhälsan, ansluter 9:30, avviker 14:00
Linda Lundahl	medicinsk sekreterare Regionhälsan (sekreterare), återbud
Helena Lundahl	strateg Koncernkontoret (koordinator)
Cathrine Thanner	primärvårdschef Närhälsan
Elin Magnusson	utvecklingschef Rehab Medtanken, ansluter vid lunch
Helen Jarl	primärvårdschef Närhälsan, Teams –10, 13:30-15:00
Helena Blomqvist	områdeschef Närhälsan
Henrik von Sydow	verksamhetschef Västerläkarna, avviker 14
Katarina Järbur	VD Nötkärnan, avviker 14
Kristine Rygge	primärvårdschef Närhälsan, via Teams
Martin Jensen	verksamhetschef Capio Gårda
Susanna Victoria	cheftandläkare Folktandvården, deltar via Teams
Susanne Lidén	primärvårdschef Närhälsan
Ulrika Ferm	områdeschef Regionhälsan
Lena Ek	strateg Koncernkontoret, återbud
Victor Persson	verksamhetschef Capio Stenungsund

Adjungerade

Martin Rösman	kontaktperson Koncernledning hälso- och sjukvård
Tina Holmberg	ordförande primärvårdsrådet, deltar via Teams, medverkar ej 10-12
Lena Nordeman	vice ordförande primärvårdsrådet

Övriga deltagare

Punkt 3: Pernilla Dahm Kähler, Carolina Bergerum

Punkt 5: Charlotta Sundin Andersson, Martin Röddholm, Mikele Yohannes, Jenny Jansson (Region Örebro), Karin Nilsson Lundahl (Region Halland), Sofia Lexén, Carl-Peter Anderberg, Samordningsgrupp primärvårdsråd (återbud).

Punkt 7: Sara Andersson, Joachim Lindqvist, Maria Nilsson

Punkt 11: Tobias Carlson, Leena Ekberg, Mie Jidetoft, Linda Johansson

Mötespunkt	Anteckning
1. 09:00-09:10	<p>Inledande formalia</p> <p>Snabb övergång till punkt 3 då gäster i punkt 3 redan anslutit.</p>
2. 09:10-09:20	<p>Förberedelse inför samtal med Samordningsråd kvinnosjukdomar och förlossning</p> <p>Gjordes inte.</p>
3. 09:20-09:50	<p>Samordningsråd kvinnosjukdomar och förlossning.</p> <p>Gäster Pernilla Dahm Kähler, ordförande, och Carolina Bergerum, koordinator.</p> <p>Samtalet fokuserade på behovet av förbättrad samverkan mellan primärvård och gynekologi. Man diskuterade ansvarsfördelning där primärvården efterfrågade tydligare formuleringar, exempelvis kring ultraljudsindikation vid menopaus. Pernilla instämde i att vissa formuleringar är otydliga och ska ses över.</p> <p>Primärvården lyfter frågan om ordnad överföring där man önskar en tidigare dialog innan man kommer till dokumentframtagande. En tidig dialog ökar förutsättningarna för ett lyckat överförande.</p> <p>Läkemedelsförsörjning, särskilt restnoterade hormonpreparat, skapar hög belastning i primärvården. Specialiststöd efterfrågas samt även information vid restnotering och vilket preparat man ska använda i stället. Helena tipsar om Vårdgivarnytt om man vill nå ut till samtliga vårdcentraler. Det går även att göra direktutskick till samtliga verksamhetschefer vid behov. Koordinatorer kan vara behjälpliga här.</p>

Tina lyfter möjligheten till delregional samverkan.

Utbildning och fortbildning ansågs centralt där kortare, digitala utbildningar efterfrågas. Önskemål om fortbildning inom gynekologi i primärvårdskontext. Samordningsråd kvinnosjukdomar är gärna behjälpliga. I sammanhanget framförs önskemål om inspelad fortbildning i kortform eller som lunchwebinar för att få in möjligheten i primärvårdens vardag. Pernilla önskar inspel kring vilka områden man behöver fortbildning i. Susanne berättar om Skaraborgs framgångsrika fortbildningsmodell för distriktsläkare: *Fortbildning i allmänmedicin, FIA*. Skaraborg erbjuder distriktsläkare en halvdag/månad med olika fokusområden. Helena lyfter in tanken om regional lösning till Kunskapsstyrningen.

Samordningsråd kvinnosjukdomar och förlossning framför att det varit svårt att få representation från primärvården i arbete med ansvarsdokument.

Båda råden uppmanar till kontakt vid behov genom att mejla respektive koordinator. För primärvårdens sida fördelas ärenden mellan samordningsråd och samordningsgrupp primärvårdsråd kontinuerligt genom tätt samarbete.

Action: Anteckningar skickas till Samordningsråd Kvinnosjukdomar och förlossning och till kontaktperson i Koncernledning hälso- och sjukvård. Helena kontaktar Kunskapsstyrningen.

4. 09:50-10:00 **Paus**

5. 10:00-12:00

Workshop Samsjuklighetsutredningen

Gäster: Charlotta Sundin Andersson, Mikele Yohannes, Jenny Jansson (Region Örebro), Karin Nilsson Lundahl (Region Halland)

- [Vad innebär samsjuklighetsutredningen? - Vårdsamverkan i Västra Götaland](#)
- [260226 Samsjuklighetsreformen](#)

Syftet med samsjuklighetsutredningen är att minska undvikbart lidande, sjukdom och död för personer med psykiatrisk samsjuklighet inklusive skadligt bruk och beroende samt minska undvikbara samhällskostnader. Målgrupperna är patienter med skadligt bruk och beroende tillsammans med annan psykiatrisk diagnos, patienter med stora vårdbehov och komplicerad samsjuklighet samt generellt dålig hälsa och hög dödlighet.

Charlotta inleder med att kort återge dagens pressträff om lagrådsremissen för samsjuklighetsutredningen. Förslaget är ändrat huvudmannaskap från nästa år. [Länk till pressträffen 2026-02-26.](#)

Diskussionen i workshopen kretsar kring implementeringen av en ny organisation för missbruks- och beroendevård, med särskilt fokus på primärvårdens roll, samverkan med kommuner och behov av ett förändrat förhållningssätt till patientgruppen.

Organisatoriska utmaningar och lösningar

Behov av en mellannivå: En central fråga är att enskilda vårdcentraler ofta har för få patienter inom specifika områden (som exempelvis spelmissbruk) för att kunna anställa egen expertis.

Därför föreslås en "mellannivå" eller noder där flera vårdcentraler delar på specialistkompetens och behandlare från kommunen.

Ersättningssystem: För att detta ska fungera krävs att ersättningssystemen ses över så att de stödjer samverkan och inte skapar hinder för gemensamma insatser. Det är viktigt att man i Krav- och kvalitetsboken får till kontakttyper där vi kan samverka. Det finns också farhågor om att man kräver ytterligare en yrkesroll, vilket blir svårt med få patienter inom området.

Kartläggning av volymer: Deltagarna betonar att det behövs en tydlig kartläggning av patientvolymer (hur många som faktiskt behöver vård) innan man kan fastställa den slutgiltiga organisationen.

Kompetensförsörjning och bemötande

Kunskapslyft och fortbildning: Det finns ett stort behov av fortbildning för befintlig personal för att säkerställa bra bemötande och ett evidensbaserat förhållningssätt till behandling.

Bemötande och stigma: En av de mest kritiska punkterna är bemötande av patienterna. Deltagarna lyfter fram att personer med beroendeproblematik ofta möts av stigma och misstro i vården, vilket kan leda till att somatiska sjukdomar, exempelvis cancer, kan missas.

Från kontroll till tillit: Diskussionen förespråkar ett paradigmskifte från ett kontrollfokuserat arbetssätt (till exempel rutinmässiga drogtestar) till en vård baserad på personcentrering och tillit. Man betonar att åtgärder som inte är kopplade till patientens egen

motivation ofta har dålig effekt.

Samverkan mellan aktörer

Samverkan mellan primärvård, specialistvård och kommun beskrivs som bristfällig och det finns en rädsla för "remisstennis" där patienter faller mellan stolarna, något som händer redan idag. Det finns en önskan om att arbeta mer integrerat och "kroka arm" i stället för att dela upp ansvaret i vattentäta skott.

Barn- och ungdomsperspektivet: Inom barnhälsovården ser man mycket missbruk. Det är viktigt att identifiera riskfaktorer hos föräldrar tidigt, till exempel på BVC, vilket kan vara avgörande för att förhindra och förebygga framtida problem. Med anledning av detta behöver man även se över ersättningssystemet så vården har möjlighet att göra denna identifiering.

Innovation och framåtblick

Digitala lösningar: Det finns ett intresse för att utveckla digitala stöd och appar (liknande Migränappen) för att öka tillgängligheten och erbjuda anonymitet för högfunktionella personer med beroendeproblematik.

Brukarperspektiv: Deltagarna är eniga om att involvera brukare och anhöriga i utvecklingen av de nya arbetssätten för att säkerställa att vården faktiskt möter deras behov.

Sammanfattningsvis ses reformen som en möjlighet att bygga upp en mer jämlik och samordnad vård, men det kräver stora insatser kring struktur och finansiering men även attitydförändringar inom vårdområdet.

6. 12:00-13:00	Lunch
7. 13:00-13:30	<p>Regional planering av masskadehändelse Gäster: Sara Andersson, Maria Nilsson.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Regional planering av masskadehändelse</u> • <u>260226 Nationellt masskadetriage</u> <p>Plan håller på att tas fram på Socialstyrelsens uppdrag med fem olika delar med fokus på bästa möjliga vård för så många som möjligt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Larmning och kommunikation • Övergång till masskadetriage • Kapacitetsökningsförmåga • Fördelning och omfördelning av patienter • Ransonering av vård – beslut och mandat <p>Vid användning av en nationell masskadetriage kan vi göra på samma sätt och göra samma bedömningar när vi behöver samarbete mellan regionerna. Den nya nationella modellen för masskadetriagering innebär en snabbare och mer förenklad bedömning jämfört med den triageringsmodell som ingår i PS-konceptet som vi använder oss av i nuläget. PS är en förkortning av Prehospital sjukvårdsledning, ett nationellt koncept.</p> <p>Fokus ligger på en ögonblicksbild för att snabbt kategorisera patienter. De kategorier som används är grön (icke brådskande), gul (brådskande), röd (omedelbar eller hög prioritet) samt svart eller avvakta (livlös eller där resurserna inte bedöms räcka för överlevnad). Det poängterades att primärvården inte enbart ska förbereda sig på att ta emot patienter med låg prioritet, utan även</p>

	<p>på att hantera så kallade spontanevakueringar, där drabbade själva tar sig till närmaste vårdcentral.</p> <p>Det framfördes skarp kritik mot att privata vårdgivare ofta exkluderas från informationskedjor och beredskapsplanering jämfört med offentliga vårdcentraler inom Närhälsan. Detta skapar en ojämlig beredskap för befolkningen beroende på vilken vårdcentral man tillhör, vilket anses oacceptabelt vid krig eller större kriser.</p> <p>Det finns en digital utbildning i Lärportalen, <i>Grundläggande krisberedskap och katastrofmedicin</i> (1 timma)</p>
<p>8. 13:30-13:45</p>	<p>Diskussionsfrågor</p> <p>8.1. EU/EES – Lena och Helena</p> <p>Helena har sammankallat en grupp som träffat Angelica och Madeleine som handlägger ärenden på Koncernkontoret. Med i gruppen är Lena Nordeman, Lone Dockered, Gunilla Enlund, Elin Magnusson. Diskussionen har framför allt handlat om rehab och hanteringen av en specifik vårdgivare som upplevs oseriös. Ny information har framkommit att det inte alltid är patienten som söker ersättning. Det är möjligt även för vårdgivare. Underlagen är ofta undermåliga vilket leder till merarbete.</p> <p>Önskemålet är fortfarande att ärenden hanteras någon annanstans än hos samordningsråden. På samordningsgrupp primärvårdsråds möte i förra veckan diskuterades frågan: Håller det om vi skriver under som medicinsk vårdgivare? Frågan kommer ställas till jurist.</p>

Aslak har lyft in förslag till Regionhälsan i uppdragsdialogerna. Det är en fråga om finansiering. Regionhälsan är öppna för att värdera ett brett uppdrag. I väntan på besked förbereds hur man kan underlätta hanteringen för de som handlägger idag. En beloppsgräns är möjlig, Angelica och Madeleine ser över formulering som Försäkringskassan kan godta. Det finns en farhåga att vårdgivarna lär sig beloppsgränsen. Då får vi ta nytt beslut. Madeleine och Angelica undersöker med Försäkringskassan om det är en möjligt att återsända ansökan utan granskning om kompletta underlag inte inkommer vid förfrågan. Det anses svårare att ange gräns för antal behandlingar.

Action: Helena kommer sammankalla till nytt möte.

8.2. Säker digital kommunikation – Ulrika och Helena

[SDK - Säker digital kommunikation](#)

Frågan skjuts upp till kommande möte på grund av tidsbrist.

8.3 Digital ortopedkonsult – Katarina

Digital ortopedkonsult: Nyttokalkyl av dagens modell har visat att den fungerar dåligt. Ortopederna tycker det blir ineffektivt med många obokade tider. Katarina berättar om förslag framåt.

Helen inflikar att det har fungerat bra på rehab utifrån patientens perspektiv.

Action: Frågan tas upp igen på nästa möte. Helen samlar mer underlag från Närhälsan för ett genomarbetat svar.

Katarina sprider nyttokalkyl via Helena.

8.4. Information BUP vårdval – Aslak

Aslak meddelar att han sitter med i operativ styrgrupp.

<p>9. 13:45-14:05</p>	<p>Samordningsgrupp primärvårdsråd</p> <p>260226 Rapport från PVR till SOR</p> <p>2026-02-19 Mötesanteckningar Samordningsgrupp primärvårdsråd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tina berättar om vilka RMR som hanterats. • Det saknas representation av en distriktsläkare till RPT diabetes. Alla ombeds söka i sina led. • Rådet undersöker remissflöden mellan primärvård och sjukhus. Kanske kan nämnas på kommande ordförandemöte. • Fråga om Psykosentrum – är det ett regionalt problem eller enbart Göteborgsperspektiv? • Gränssnitt för stomivård – allt fler remisser skickas till primärvården med önskan om förskrivning i primärvården. Förskrivningen påverkar primärvårdens budget. Ibland skickas remiss när patienten inte är färdigbehandlad på sjukhus.
<p>10.14:05-14:15</p>	<p>Förberedelse inför dialog med Samordningsråd akutsjukvård</p> <ul style="list-style-type: none"> • Från samordningsgrupp primärvårdsråd: Hur kan vi få till kulturförändring? • Subakuta flödet – att få träffa någon inom 1–4 dagar. Hur kan vi komma vidare där? • Remisser till våc – när vi skriver remiss till annan vårdenhet – upplevelse av meningslös byråkrati o brevväxling när remisser inte skickas direkt till berörd instans • Uppföljningar som ska göras inom en vecka – omöjligt att hantera med dagens förutsättningar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Stora strukturella problem. Vad kan primärvården göra?
<p>11. 14:15-14:45</p>	<p>Samordningsråd akutsjukvård - Teams</p> <p>Gäster: Tobias Carlson, ordförande, Leena Ekberg, koordinator, Mie Jidetoft, verksamhetschef Akutmottagningen, NÄL, Linda Johansson, verksamhetschef akutsjukvård, Sjukhusen i Väster.</p> <p>Samordningsråd akutsjukvård önskar lyfta följande ämnen: uppgift för akutmottagningarna, möjlighet att kontakta varandra och planering för sköra äldre.</p> <p><u>Uppgift för akutmottagningarna</u></p> <p>Enligt samordningsråd akutsjukvård ses tre delar som ska vara uppfyllda för hantering på akutmottagning: bråttom, potentiellt farligt, oförutsägbart. Primärvården behöver ha med sig detta kring vilka patienter som lämpar sig för akutmottagningarna. Om det är förutsägbart bör man ha en plan. Är det potentiellt farligt eller räcker det att hantera inom 24 timmar? Vi ska göra det vi kan för att utföra vården utifrån detta.</p> <p>Patienter åker ofta till akutmottagning när de får vänta och även när vi sagt att de inte ska åka till er. Primärvården ser ett stort behov av tillgång till subakuta bedömningar. Det fungerar bra bland annat i Skåne. Kan vi ta efter? Undersöka mera?</p> <p>Omvärldsbevaka?</p> <p>Tobias svarar att man även sjukhusinternt ser vi behov av subakuta tider. Vi hänvisar till annan vårdnivå och är generellt dåliga på att välja optimal vårdnivå. Det finns även tendens att man hänvisar egenvårdråd till vårdcentral. Här ser Tobias att akutvården har en</p>

förbättringspotential.

Fråga ställs vad vi kan göra kring subakuta tider – kan sjukhusen öppna upp för detta? Enligt Tobias pågår denna diskussion på Sahlgrenska. Kanske kan man lyfta det strategiskt till tvåpartsmöten regionalt?

Möjlighet att kontakta varandra

Kommunikationsproblem hindrar effektiv konsultation mellan vårdnivåer och leder till längre ledtider och felaktiga hänvisningar. Det finns få avvikelser om detta trots att alla i mötet är överens om att det är ett omfattande problem.

Akutmottagningarna har generellt försökt att ha direktlinje in för primärvården. De vill gärna bli kontaktade innan remittering. Den omvända kontaktvägen upplevs svårare.

Kontaktuppgifter med direktnummer till vårdcentralerna ska finnas i KIV till varje vårdenheter. Även sjukvårdens larmcentral har nummer till alla. Upplevelsen är ändå att det är svårt att läkaren på vårdcentralen att ringa upp akutmottagningen. Vi är överens om att vi behöver hitta en lösning.

Planering för sköra äldre hann vi inte med denna gång.

Samordningsråd primärvård lyfter sex olika frågor: kommunikation, konsultation, subakuta flöden, direktinläggning, remissflöden och vad vi kan göra för att optimera flödet mellan oss.

Kommunikation lyftes kort med önskemålet att förhålla oss professionella mot patienten och inte tala kritiskt om kollegor på annan vårdnivå.

Konsultation: Precis som diskuterats ovan önskas möjlighet att konsultera.

Subakuta flöden – se ovan.

Direktinläggning hann vi inte diskutera.

Remissflöden hann vi inte diskutera.

Vad kan vi göra för att optimera flödet oss emellan – vi närmar oss varandra i ovanstående diskussion.

Susanne nämner att det finns över 400 1177-tider som akutmottagningarna kan boka in på vårdcentralerna varje dag.

Tobias kommer gärna tillbaka för att diskutera förutsägbara akuta tillstånd. Inbjudan från samordningsråd primärvård kommer.

Action: Anteckningar skickas till samordningsråd akutsjukvård som underlag för fortsatt diskussion samt till kontaktperson i Koncernledning hälso- och sjukvård.

12. 14:45-14:55

Övriga frågor/Tidigare frågor

- Representation av distriktsläkare i RPT diabetes behövs. Medskick till alla att se i sina organisationer om vi kan hitta någon.

13. 14:55-15:00

Avslut

Nästa möte har vi bjudit in samordningsråd Prehospital vård och Geriatrik (ej svar ännu)