

A large decorative graphic on the left side of the page. It consists of a solid blue triangle pointing right, followed by a series of overlapping triangles in light grey, a single green triangle, and a small blue triangle, all pointing right. The background is white.

Granskning av samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter

Rapport

Karlskrona kommun

2026-09-11

Antal sidor:23

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig nämnd</i>	6
4	Revisionskriterier	6
5	Metod	6
6	Resultat av granskningen	8
6.1	<i>Organisation och ansvar</i>	8
6.1.1	Äldreförvaltningen	8
6.1.2	Ansvar mellan kommun och region	9
6.1.3	Intern ansvarsfördelning	9
6.1.4	Bedömning	10
6.2	<i>Styrande dokument</i>	11
6.2.1	Bedömning	12
6.3	<i>Arbetsätt och processer</i>	12
6.3.1	Utskrivningsprocessen	12
6.3.2	Samordningsspår	14
6.3.3	Preliminärt utskrivningsdatum	15
6.3.4	Cosmic Link	16
6.3.5	Bedömning	17
6.4	<i>Avvikelser</i>	17
6.4.1	Bedömning	19
6.5	<i>Uppföljning av samverkan</i>	20
6.5.1	Bedömning	21
7	Samlad bedömning och rekommendationer	23

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Karlskrona kommuns revisorer fått i uppdrag att granska äldrenämndens samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2026.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden endast delvis säkerställt en ändamålsenlig samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter.

Vi noterar att det finns etablerade styrdokument för samverkan avseende utskrivningsklara patienter via Blekingerutiner. Detta styrdokument reglerar både ansvarsfördelning och redovisar för de olika steg i processen. Vidare har Karlskrona kommun tagit fram ett eget dokument som beskriver de interna arbetsflödena i Cosmic Link. Intervjuerna indikerar att hemtagning av patienter till stor del fungerar väl samt att det finns tillräckliga resurser för att hantera processen. Vi konstaterar dock att det utifrån kommunens uppfattning finns utvecklingsområden avseende samverkan mellan kommunen och regionen vid utskrivningsprocessen. Detta avser exempelvis följsamhet till upprättade rutiner, förståelsen för kommunens planeringsbehov, samt dokumentation i informationsöverföringssystemet Cosmic Link. En väl fungerande samverkan mellan regionen och kommunen är en grundläggande förutsättning för en god utskrivningsprocess. Både regionen och kommunen har ett ansvar för att processen fungerar på ett ändamålsenligt sätt.

Vidare saknas ett gemensamt systemstöd för rapportering av avvikelser i utskrivningsprocessen. I stället vilar ett omfattande manuellt arbete på MAS, som ansvarar för att skicka och ta emot avvikelser till och från regionen. Vi noterar samtidigt att övergripande avvikelser lyfts och analyseras gemensamt med regionen och kommunerna vid ett årligt tillfälle.

Vidare noterar vi att nämnden inte erhåller någon systematisk uppföljning av statistik och information avseende utskrivningsprocessen.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja			
			
Revisionsfråga		Bedömning	

Har äldre nämnden säkerställt att det finns styrdokument för samverkan kring utskrivningsklara patienter?	I allt väsentligt
Har äldre nämnden säkerställt en ändamålsenlig roll- och ansvarsfördelning avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	I allt väsentligt
Har äldre nämnden säkerställt att det finns ändamålsenliga rutiner, processer och arbetssätt, samt resurser, för en trygg och säker hemgång från slutenvården?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att det finns ett ändamålsenligt system för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera avvikelser och arbeta med förbättringar?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av samverkan rörande utskrivningsklara patienter?	Endast delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi äldre nämnd att:

- Säkerställa följsamhet till styrdokumentet "Blekingerutiner".
- Införa och skapa förutsättningar för löpande uppföljning av statistik kopplat till utskrivningsprocessen.
- Säkerställa en ändamålsenlig informationsöverföring mellan berörda parter i utskrivningsprocessen.
- Överväga att införa ett gemensamt avvikelssystem tillsammans med regionen för att stärka hanteringen och uppföljningen av avvikelser i utskrivningsprocessen.
- Säkerställa att återkoppling av hanterade avvikelser sker i verksamheterna för att främja lärande och förebyggande förbättringsarbete.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Karlskrona kommuns revisorer fått i uppdrag att granska äldrenämndens samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2026.

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS) i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlade läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ovanstående ska uppnås genom samverkan mellan de två huvud-männen regionen och kommunen.

Statistik från SKR visar emellertid att under det senaste året har i genomsnitt 50 procent av patienterna i Region Blekinge lämnat sjukhuset på utskrivningsklardagen. Det gör att Region Blekinge, och i förlängningen kommunerna i regionen ligger under det nationella genomsnittet på 60 procent. Det är ett problem att patienter stannar kvar på sjukhuset efter att de är medicinskt färdigbehandlade som en följd av att kommunen inte kan ordna nödvändig hem-tjänst eller annan omsorg. En bristfällig mottagnings- och planeringskapacitet hos kommunen kan dels leda till besvär för den enskilde, dels till överbeläggningar inom den regionala hälso- och sjukvården.

Utifrån ovanstående har revisorerna i Karlskrona kommun beslutat att genomföra en granskning av äldrenämndens samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har äldrenämnden säkerställt att det finns styrdokument för samverkan kring utskrivningsklara patienter?
- Har äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig roll- och ansvarsfördelning avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?
- Har äldrenämnden säkerställt att det finns ändamålsenliga rutiner, processer och arbetssätt, samt resurser, för en trygg och säker hemgång från slutenvården?

- Har äldre nämnden säkerställt att det finns ett ändamålsenligt system för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera avvikelser och arbeta med förbättringar?
- Har äldre nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av samverkan rörande utskrivningsklara patienter?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG NÄMND

Granskningen har avgränsats till verksamhetsåret 2026. Granskningen omfattar äldre nämndens samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter. Vi har inte under projektet granskat Region Blekinges arbete gällande utskrivningsklara patienter.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- **Kommunallagen (2017:725),**
 - KL 6 kapitlet, 6 § Beskrivs det hur nämnderna ska vara och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.
- **Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård,**
 - 1 kapitlet, 2 § beskrivs det hur lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.
 - 2 kapitlet, 6 § framgår att när en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande¹, ska enheten börja sin planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.
 - 4 kapitlet, 4 § beskrivs det hur region och kommun ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.
- **Interna styrdokument,**
 - Blekingerutiner – Samverkan vid in- och utskrivning.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av bland annat äldre nämndens reglemente, Blekingerutiner – Samverkan vid in- och utskrivning, interna arbetsflöden i Cosmic link, förvaltningsplan 2026 för trygg och säker utskrivning, Gap-analys och handlingsplan

för trygg och säker utskrivning, rutin för avvikelshantering i Karlskrona kommun och dokumentet utredningsuppdrag LOS Karlskrona, patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

- Intervjuer har genomförts med äldrenämndens presidium, avdelningschef för myndighetskontoret, avdelningschef för hälso- och sjukvårdsorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, systemförvaltare för systemet Link, enhetschef för trygg hemgång samt hälso- och sjukvårdspersonal och biståndshandläggare.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



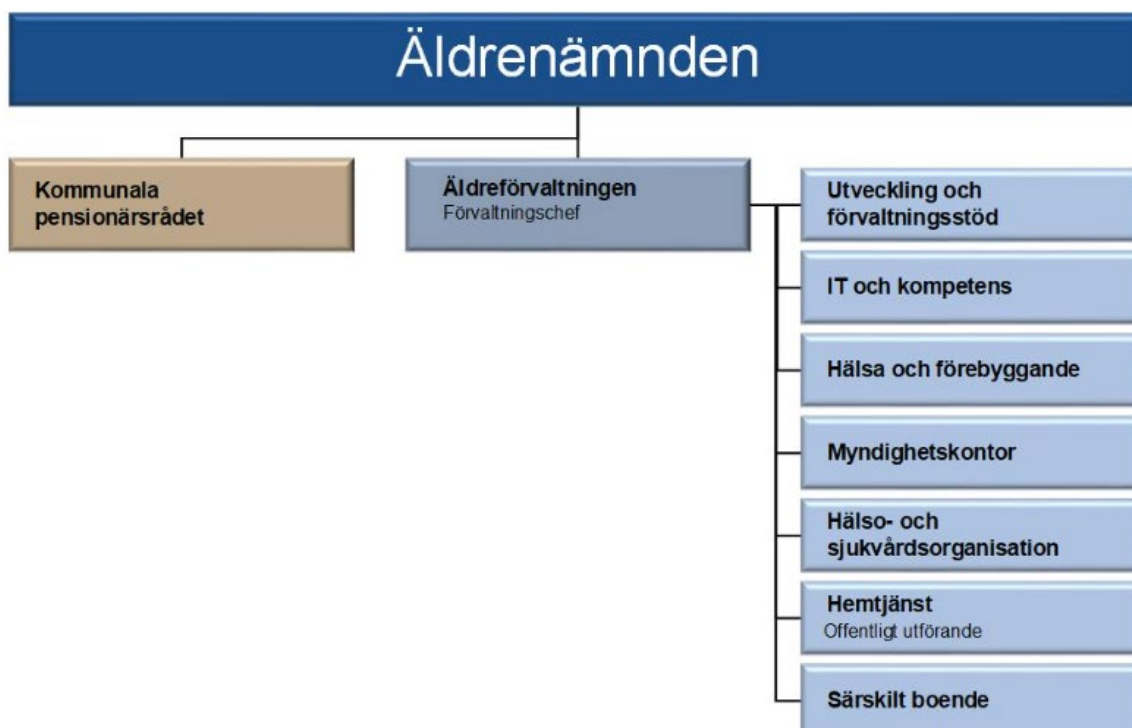
Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktagranska rapporten.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

6.1.1 Äldreförvaltningen

Enligt äldrenämndens reglemente¹ framgår att nämnden ansvarar för omsorgen enligt socialtjänstlagen för personer som är 65 år och äldre samt för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen till de som bor i sådan boendeform som avses i 8 kap. 4 § socialtjänstlagen samt för hemsjukvård och hembesök till personer i ordinärt boende, oavsett ålder, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 14 kap. 1 §.



Ovan bild beskriver äldreförvaltningens organisation och återfinns i "äldrenämndens verksamhetsplan 2026"². Äldreförvaltningen är organisatoriskt fördelat i 7 avdelningar. Av Karlskronas kommuns hemsida framgår att myndighetskontoret fattar beslut om omsorgs- och serviceinsatser. Hälso- och sjukvårdsorganisationen utför och delegerar hemsjukvårdsinsatser samt rehabiliterande insatser. Hemtjänst och särskilt boende utför omsorg och vård i ordinärt boende respektive inom särskilda boendeformer.

Inom förvaltningen samverkar myndighetskontoret och hälso- och sjukvårdsorganisationen med regionen kring utskrivningsklara patienter. Av intervjuer framgår att biståndshandläggarna arbetar utifrån ett geografiskt uppdrag baserat på den enskildes

¹ KF 2026-01-27 § 20

² 2026-01-28

bostadsort. Detta innebär att samtliga biståndshandläggare arbetar med utskrivningar, beroende på vilken patient det avser.

Vidare framgår av intervjuer att inom hälso- och sjukvårdsorganisationen finns särskilt utsedda koordinatorsfunktioner som ansvarar för arbetet med utskrivningsprocessen.

Koordinatorfunktionen är bemannad under arbetstid och består av en arbetsterapeut, en fysioterapeut samt tre sjuksköterskor, där en sjuksköterska representerar varje geografiskt område inom sjukskötersketeamen. Från respektive team är minst två medarbetare primärt ansvariga för att bemanna koordinatruppdraget dagligen, vilket även gäller för arbetsterapeut- och fysioterapeutteamen. Vid behov kan samtliga medarbetare inom respektive team bidra och täcka upp i koordinatörrollen för att säkerställa att uppdraget fullföljs.

6.1.2 Ansvar mellan kommun och region

I det länsgemensamma dokumentet *"Blekingerutiner för samverkan vid in- och utskrivning"*³ framgår ansvarsfördelningen mellan slutenvården, regional primär- och öppenvård samt den kommunala primärvården och socialtjänsten. Dokumentet har tagits fram i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Bland annat tydliggör rutinerna vilken aktör som ansvarar för olika delar i in- och utskrivningsprocessen, samt hur processerna är utformade (se avsnitt 6.3 för ytterligare information om arbetssätt och processbeskrivning).

I Blekingerutiner beskrivs bland annat:

- Kommunal primärvårds och socialtjänsts mottagandeprocess från slutenvården,
- Regional primärvårds och öppenvårds mottagandeprocess från slutenvården,
- Slutenvårdens in- och utskrivningsprocess,
- In- och utskrivningsprocessen vid Blekinges akutmottagningar, inklusive medicinsk observationsavdelning.

6.1.3 Intern ansvarsfördelning

I dokumentet *"Interna arbetsflöden Cosmic Link"*⁴ beskrivs hur arbetet med samordning ska genomföras inom Karlskrona kommun. Dokumentet tydliggör ansvarsfördelningen mellan olika professioner, såsom biståndshandläggare, legitimerad personal samt enhetschefer, och vilka uppgifter dessa har i olika steg av processen. Detta gäller från inskrivning och vårdplanering till utskrivning och uppföljning. Här framgår exempelvis att koordinatör för legitimerad personal i Hälso- och sjukvårdsorganisation ansvarar för och följer hela samordningsärendet och informationsutbytet i Cosmic Link.

³ 2025-11-17

⁴ Äldreförvaltningen och Social- och funktionsstödsförvaltningen, senast reviderad 2025-11-12

Vidare framgår ett tydliggörande för ansvaret för funktionen ”kommunklar” i Cosmic Link. ”Kommunklar” syftar till att tydliggöra när kommunen är redo att ta över ansvaret efter att en patient bedömts som utskrivningsklar från slutenvården. Kommunikation sker via ett meddelande i Cosmic Link. Biståndshandläggaren har en samordnande roll i momentet och ansvarar för att i sitt meddelande ange planerat utskrivningsdatum samt kontaktuppgifter till verkställande enhet. Vidare ska biståndshandläggaren dokumentera vilken insats som är beslutad, exempelvis hemtjänst, korttidsplats, trygg hemgång eller särskilt boende, samt vid behov initiera beställningar av insatser via Lifecare. Biståndshandläggaren ska även säkerställa kontakt med verkställare inför utskrivning. För patienter som ska erhålla insatser i ordinärt boende, trygg hemgång, korttidsplats eller vid inflytt till särskilt boende framgår att sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut skickar generella meddelanden till biståndshandläggare. I dessa meddelanden anger respektive profession när de förväntas vara klara att verkställa planerade åtgärder. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska även ange när nödvändiga hjälpmedel beräknas levereras till patient. Biståndshandläggaren skickar därefter meddelandet ”Kommunklar” när samtliga berörda aktörer inom kommunen har slutfört sin planering och lämnat besked om att beslutade insatser kan verkställas. I meddelandet dokumenteras utskrivningsdatum, kontaktuppgifter till ansvarig verkställare samt information om beviljad insats.

För patienter i ordinärt boende som inte har eller inte ska ha insatser enligt socialtjänstlagen, men som tillhör hemsjukvården, är det i stället sjuksköterskan som skickar *Kommunklar*. Arbetsterapeut och fysioterapeut skickar då kompletterande meddelanden till sjuksköterskan med uppgifter om leveranstid för hjälpmedel samt när de bedömer att planerade åtgärder kan verkställas.

Patienter som är inskrivna från särskilt boende är det sjuksköterskan på boendet som ansvarar för att skicka *Kommunklar*. Sjuksköterskan ska i samband med detta ange aktuella kontaktuppgifter samt beakta information från arbetsterapeut och fysioterapeut, exempelvis avseende behov av hjälpmedel eller om planerade åtgärder är möjliga att verkställa inför hemgång.

Av intervjuer framgår att ansvarsfördelningen upplevs tydlig utifrån Blekingerutiner samt dokumentet ”*interna arbetsflöden i Cosmic Link*”.

6.1.4 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden i **allt väsentligt** säkerställt en ändamålsenlig ansvarsfördelning avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst.

Bedömningen grundar sig på att Blekingerutiner reglerar ansvarsfördelningen och samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänsten. Vidare finns även dokumentet

”Interna arbetsflöden i Cosmic Link” som ytterligare beskriver ansvarsfördelningen internt mellan aktörerna som finns inom kommunen.

Vi bedömer det som positivt att det finns fastställda rutiner som tydliggör ansvarsfördelning och arbetsprocesser, eftersom detta bidrar till en strukturerad och förutsägbar hantering av utskrivningsklara patienter. Samtidigt noterar vi, vilket framgår i granskningen (se avsnitt 6.3), att det bland annat finns brister i följsamheten till gällande rutiner samt utmaningar avseende dialogen och informationsöverföringen mellan slutenvården och kommunen.

6.2 STYRANDE DOKUMENT

Det centrala styrdokumentet för samverkan vid utskrivning från slutenvården är *Blekingerutiner – samverkan vid in- och utskrivning*⁵. Syftet med rutinen beskrivs vara att säkerställa en trygg och säker process vid in- och utskrivning när den enskilde har behov av insatser från flera vårdgivare. Rutinen ska bidra till att upprätthålla patientsäkerheten samt säkerställa att den enskilde får vård och stöd på rätt nivå, i rätt tid och från rätt aktör.

Rutinen tydliggör även ansvarsfördelningen mellan slutenvård, regional primärvård, kommunal primärvård och socialtjänst, och betonar vikten av att planeringen sker gemensamt mellan berörda aktörer samt i samråd med den enskilde. Av rutinen framgår samverkansprocessen och ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna. Processen omfattar såväl inskrivning som utskrivning och inkluderar tydliga beskrivningar av ansvar och arbetsmoment för respektive aktör.

Vidare framgår att Cosmic Link är det system som används för informationsutbyte och kommunikation vid samordning mellan olika aktörer, samt vid in- och utskrivning från slutenvård.

Av rutinen framgår att ett antal kriterier ska vara uppfyllda vid utskrivning från slutenvården, exempelvis:

- Utskrivningsplan samt eventuell skriftlig information (t.ex. SIP, träningsprogram) är överlämnad
- Nödvändiga hjälpmedel och utrustning finns tillgängliga vid hemkomst
- Aktuell läkemedelslista är överlämnad
- Meddelande om kommunklar är mottaget
- Kontakt har vid behov etablerats med mottagande enheter (t.ex. hemtjänst, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut)

Av genomförda intervjuer framgår att Blekingerutinerna är kända inom kommunen och att verksamheterna använder sig av dessa. Samtidigt framkommer att kännedomen om

⁵ Beslutad av LSVO 2025-11-17

rutinerna upplevs vara varierande och att rutinerna inte alltid efterlevs (se avsnitt 6.3 och 6.4 för en mer fördjupad beskrivning).

Vidare framgår av intervjuer att ett processteam för trygg och säker utskrivning har initierat en revidering av såväl Blekingerutinerna som de interna arbetsflödena. Detta beskrivs som en naturlig följd av att verksamheterna, efter en tids användning av Cosmic Link, identifierat förbättringsområden. Enligt intervjuerna utformades Blekingerutinerna innan införandet av Cosmic Link och därmed hade verksamheterna inte fått praktisk erfarenhet av att arbeta i systemet. Efter införandet av Cosmic Link har därför behov av justeringar i rutinen uppmärksamats. Dessa justeringar är inte av väsentlig karaktär.

6.2.1 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden i **allt väsentligt** har styrande dokument för samverkan kring utskrivningsklara patienter

Bedömningen grundar sig i att det, genom *Blekingerutiner – Samverkan vid in- och utskrivning*, finns ett tydligt och omfattande styrdokument som reglerar samverkan kring utskrivningsklara patienter. Dokumentet beskriver syfte och mål samt tydliggör ansvarsfördelning, processer, tidsramar och arbetssätt för samverkan mellan berörda aktörer. Rutinen är gemensam för region och kommunerna i länet, vilket innebär att samverkan är formaliserad. Därutöver har kommunen tagit fram interna dokument som beskriver arbetsflöden i Cosmic Link. Dessa fungerar som ett komplement genom att tydliggöra ansvarsfördelning och samverkansmoment inom kommunen. Av intervjuuppgifter framgår dock att rutinerna inte alltid efterlevs (se avsnitt 6.3).

6.3 ARBETSSÄTT OCH PROCESSER

6.3.1 Utskrivningsprocessen

Nedan beskrivs processen för utskrivning som återfinns i rutinen "*Blekinge rutiner - Samverkan vid in- och utskrivning.*"

1: Inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelande ska skickas inom 24 timmar efter inskrivning i slutenvården, eller så snart ett behov identifierats och samtycke har inhämtats. Behovet kan avse insatser från kommunal primärvård (till exempel sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast) och/eller socialtjänstinsatser (till exempel hemtjänst, boendestöd).

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla beräknat utskrivningsdatum, inskrivningsorsak och eventuellt samtycke till SIP (kan även kompletteras senare).

Meddelandet initierar planeringsprocessen inför utskrivning. Kommunal primärvård, socialtjänst samt regional primär- och öppenvård ska inom 24 timmar, eller senast nästkommande vardag, svara med relevant information om den enskilde och eventuellt pågående insatser. Kommunen hanterar inskrivningsmeddelandet som en aktualisering av stödbehov och påbörjar planering. Svaret från kommunen ska innehålla relevant information eller ange att den enskilde inte är känd för kommunen.

Följande uppgifter bör framgå:

- ADL-status (för individer kända av kommunens personal)
- Beviljade insatser enligt SoL
- Insatser enligt HSL
- Information om bostad, boendemiljö och social situation
- Eventuellt övertaget läkemedelsansvar

Av rutinerna framgår att denna information utgör underlag för slutenvårdens bedömning av samordningsspår, vilket beskrivs mer fördjupat i avsnitt 6.3.2.

2: Utskrivningsplan

En utskrivningsplan upprättas och används av samtliga aktörer för att beskriva planerade insatser inför utskrivning. Planen kan initieras av vilken aktör som helst i samordningsärendet. Alla involverade aktörer dokumenterar sina respektive insatser i planen.

3: Samordnad individuell plan (SIP)

Vid behov av samordnade insatser kan en SIP upprättas. Alla aktörer kan initiera behov av SIP.

4: Meddelande om utskrivningsklar

Slutenvården skickar meddelande om utskrivningsklar när den enskilde bedöms vara medicinskt färdigbehandlad. Ansvarig läkare gör bedömningen i samråd med berörda professioner. Det innebär att medicinska åtgärder som inte ska fortsätta efter utskrivning är avslutade och att den enskilde är förberedd för hemgång.

5: Meddelande om kommunklar

Kommunen skickar meddelande om kommunklar när samtliga berörda aktörer är redo att ta emot den enskilde. Innan detta krävs samordning och godkännande från alla involverade professioner. Meddelandet ska innehålla:

- Datum (och tid enligt överenskommelse) då insatser startar och utskrivning kan ske
- Kontaktuppgifter till mottagande enheter

Slutenvården ska invänta detta meddelande innan utskrivning genomförs.

Av Blekingerutiner framgår att varje berörd verksamhet, under helgfria vardagar, kontinuerligt ska bevaka, läsa och hantera samt besvara inkomna meddelanden i Cosmic Link. Rutinen anger tidpunkter för detta arbete vilket är: kl. 08.00, 12.00 och 15.00. Meddelanden som skickas före kl. 15.00 ska läsas samma dag. Meddelanden som skickas efter kl. 15:00 ska läsas senast morgonen nästkommande vardag.

Av intervjuer framgår att det upplevs finnas tillräckliga resurser för hantering av hemtagning av utskrivningsklara patienter.

6.3.2 Samordningsspår

Av Blekingerutiner framgår färgkodade samordningsspår (grön, gul och röd) som används för att indikera graden av samordningsbehov i samband med utskrivning. Färgkodningen görs av regionen. Klassificeringen syftar till att ge vägledning kring omfattningen av planering, samordning och uppföljning.

- *Grön process*

Grön markering avser patienter med oförändrade behov vid utskrivning. Den enskilde är känd sedan tidigare och har etablerade hälso- och sjukvårdsåtgärder, och kan även ha befintliga insatser från socialtjänst och/eller LSS. Processen omfattar utskrivningsplanering, utskrivning samt uppföljning, och vid behov kan en samordnad individuell plan (SIP) aktualiseras.

- *Gul process*

Gul markering avser patienter med nya och/eller förändrade behov av stöd och insatser. Den enskilde kan vara känd eller okänd sedan tidigare och har behov av nya eller justerade hälso- och sjukvårdsåtgärder, samt eventuellt insatser från socialtjänst eller LSS.

För denna grupp ska det säkerställas att bedömningar avseende ADL, förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel har genomförts. Vidare ska ställning tas till behov av SIP. Om en SIP redan finns ska det bedömas om denna behöver uppdateras, och om SIP saknas ska behov av att upprätta en sådan prövas.

Processen omfattar utskrivningsplanering, ställningstagande till eller initiering av SIP, utskrivning samt uppföljning, inklusive eventuell SIP i hemmet.

- *Röd process*

Röd markering avser patienter med omfattande nya eller förändrade behov. Den enskilde kan vara känd eller okänd och har behov av omfattande hälso- och sjukvårdsåtgärder samt i många fall även omfattande insatser från socialtjänst eller LSS.

För denna grupp ska det, liksom vid gul process, säkerställas att relevanta bedömningar av exempelvis ADL, förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov har genomförts. En samordnad

individuell plan (SIP) rekommenderas genomföras innan utskrivning. Processen innefattar utskrivningsplanering, initiering och kallelse till SIP under vårdtiden, utskrivning samt uppföljning av SIP i hemmet enligt beslutade åtgärder.

Region Blekinge beslutade den 5 november 2025 att säga upp det nuvarande LOS-avtalet om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Med anledning av detta initierade kommunerna i Blekinge ett arbete där respektive vård- och omsorgsförvaltning tog fram underlag och statistik som beskriver hur arbetet och samverkan fungerar. Av denna rapport, "*Karlskrona utredningsuppdrag LOS*"⁶, framgår att samordningsspår används på ett ändamålsenligt sätt i cirka hälften av fallen. I de fall samordningsspår upprättas bedöms färgmarkeringen för samordningsbehov vara relevant och ge ett stöd i planeringen.

Samtidigt framgår både av utredningen och av intervjuerna att färgkoderna inte används konsekvent. Av intervjuerna uppges att slutenvården i vissa fall saknar kännedom om att de olika samordningsspåren finns. Detta uppges bland annat bero på att funktionaliteten med färgkoder i Cosmic Link inte funnits i tidigare system.

6.3.3 Preliminärt utskrivningsdatum

I "*Gapanalys och handlingsplan för Trygg och säker utskrivning*"⁷ framgår att det finns utmaningar kopplade till fastställandet av preliminärt utskrivningsdatum. I dokumentet beskrivs det hur slutenvården ofta har svårt att ange ett tillförlitligt preliminärt utskrivningsdatum, och datumet ändras frekvent under vårdtiden i takt med att patientens tillstånd utvecklas. Detta framförs även vid intervjuer.

Förändringar av det preliminära utskrivningsdatumet medför svårigheter för kommun att planera insatser inför hemgång eftersom planeringen i regel utgår från det preliminära datumet. Dock framgår att det samtidigt finns en osäkerhet kring hur tidigt planering bör initieras. Om planeringen påbörjas för tidigt finns risk att den behöver göras om till följd av förändrade behov, vilket leder till ineffektiv resursanvändning.

Av intervjuer framgår att kommunen ofta väntar med planeringen som en följd av osäkra utskrivningsdatum. Därmed påbörjas inte alltid planeringen inför hemgång direkt i anslutning till att ett inskrivningsmeddelande inkommer, i enlighet med vad som framgår i Blekinge rutiner. De intervjuade lyfter även att förändringar av preliminärt utskrivningsdatum i vissa fall sker med kort varsel, ibland samma dag som planerad utskrivning, vilket enligt de intervjuades mening, försvårar planeringen. Därtill kan det uppstå svårigheter med att tillse rätt insatser eller hjälpmedel för brukaren om planeringstiden är kort.

⁶ Saknas datering

⁷ Uppdaterad 2025-04-08. Gapanalysen tillhör processteamet för trygg och säker hemgång. Läs mer om detta i avsnitt 6.5

I gapanalysen återfinns förslag på åtgärder utifrån problemet med utskrivningsdatum, samt vem eller vilka som ska genomföra dessa. Av tillhörande förvaltningsplan 2026⁸ för processteamet trygg och säker utskrivning, framgår att gapanalysen ska revideras minst tre gånger per år. Vi har, inom ramen för denna granskning, tagit del av gapanalysen från april 2025. Därmed är den inte uppdaterad enligt gällande förvaltningsplan.

6.3.4 Cosmic Link

Cosmic Link är det system som används för informationsutbyte och kommunikation vid samordning mellan olika aktörer, samt vid in- och utskrivning från slutenvård, vilket beskrivs i blekingerutiner. Av intervjuer framgår att Cosmic Link implementerades under november 2025.

De intervjuade lyfter att införandet av Cosmic Link medfört en ökad administrativ belastning. Intervjuerna lyfter bland annat fram långa inloggningstider, frekventa utloggningar, samt parallella informationsflöden. Hanteringen av meddelanden uppges även skapa merarbete, särskilt vid frånvaro i arbetsgruppen. Det beskrivs att när en kollega behöver ta över ett ärende, krävs att hela ärendet, inklusive samtliga meddelandetrådar, går igenom för att skapa en tillräcklig helhetsbild. I tidigare system kunde personalen lättare få en helhetsbild vid en sammanfattning av ärendet. De intervjuade inom biståndsavdelningen beskriver att det nya systemet i nuläget är mer resurskrävande.

Vidare framgår av intervjuer att det finns brister i informationsöverföringen. Exempelvis om patienten har lämnat samtycke kan hälso- och sjukvårdsorganisationen i kommunen ta del av de 25 senaste slutenvårdsanteckningarna, medan biståndsorganisationen saknar motsvarande tillgång. Detta medför att slutenvården ofta utgår från att kommunen har mer omfattande information än vad som i praktiken är fallet, vilket kan resultera i att underlaget inför utskrivning blir bristfälligt. Sådana exempel kan röra läkemedel eller medicinsk information. De intervjuade lyfter även att inskrivningsorsaken inte alltid anges i inskrivningsmeddelandet, då slutenvården i stället kan ha dokumenterat detta i journalen. I vissa fall har även 25 anteckningar upprättats sen journalteckningen om inskrivningsorsak skrevs ned och därmed är informationen inte längre tillgänglig för kommunen.

⁸ Beslutad av LSVO (saknar datering)

6.3.5 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **endast delvis** säkerställt att det finns ändamålsenliga rutiner, processer och arbetssätt, samt resurser, för en trygg och säker hemgång från slutenvården.

Bedömningen grundar sig på att det finns etablerade styrdokument, primärt i form av Blekingerutiner. I detta dokument återfinns beskrivningar av rutiner, processer och arbetssätt som ska tillämpas för att säkerställa en trygg och säker hemgång från slutenvården. Vi konstaterar dock att det förekommer brister i efterlevnaden av dessa arbetssätt.

Vidare framkommer att implementeringen av det nya systemet Cosmic Link har inneburit ytterligare utmaningar. Systemet upplevs av de intervjuade som mer resurskrävande än det tidigare ett exempel på systemets begränsningar beskrivs vara att kommunen inte har full tillgång till journalanteckningar från slutenvården, vilket försvårar planeringen för berörda verksamheter. Biståndshandläggarna har ingen direkt tillgång till dessa uppgifter och behöver därför inhämta informationen via hälso- och sjukvårdsverksamheten.

6.4 AVVIKELSER

Avvikelsehanteringen internt inom Karlskrona kommun beskrivs i "*Rutin för avvikelsehantering*"⁹.

Avvikelse som uppstår inom den egna verksamheten registreras i respektive organisations interna system. När en avvikelse berör den andra huvudmannens verksamhet registreras den fortfarande i det egna systemet, varefter ärendet hanteras vidare av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), som ansvarar för att vidarebefordra ärendet till berörd enhet i regionen. Av rutinen för avvikelsehantering i Karlskrona kommun framgår att rapportören kan välja avvikelse typ som berör "extern vårdgivare". Av intervjuer framgår att vid dessa fall skickar MAS:en vidare avvikelserna till regionen via etablerade kontaktvägar. Av intervjuer framgår att motsvarande tillvägagångssätt tillämpas av regionen. Det vill säga i de fall en avvikelse som rör kommunens verksamhet uppkommer informeras MAS i kommunen och därefter hanteras ärendet. Svaret skickas sedan tillbaka till regionen via MAS:en.

Av intervjuerna framgår att det i dagsläget saknas ett gemensamt avvikelssystem mellan regionen och kommunen. Det framgår dock att ett utvecklingsarbete pågår och ett utkast på rutin har tagits fram i väntan på implementering av ett sådant system.

⁹ 2025-02-20 Äldreförvaltningen

De intervjuade beskriver hur det finns ett MAS-nätverk inom Region Blekinge som sammanträder cirka en gång per månad¹⁰. Inom ramen för nätverket diskuteras och analyseras avvikelser kopplade till utskrivningsprocessen. En gång per år sammanställs dessa på en övergripande nivå och presenteras och diskuteras tillsammans med regionens patientsäkerhetsavdelning. Vid mötet behandlas avvikelser och mer övergripande brister inom regionen och dess kommuner, med särskilt fokus på utskrivningsprocessen och samverkan i samband med utskrivning.

I *"patientsäkerhets--och kvalitetsberättelsen 2025"*¹¹ framgår att avvikelser som rör samverkan med andra vårdgivare rapporteras i relativt stor omfattning och rör främst övergångar i vården. Merparten av avvikelserna i kategorin identifieras i verksamheten och vidarebefordras till andra berörda vårdgivare för åtgärd. Det förekommer även avvikelser som uppmärksammas av annan vårdgivare. Avvikelseerna omfattar framför allt brister i följsamhet till gemensamma rutiner och överenskommelser samt brister i informationsöverföring. Ingen av dessa avvikelser har under 2025 lett till någon vårdskada, men i flera fall har det medfört ett merarbete för att säkerställa en trygg och sammanhållen vård och omsorg för den enskilde.

Av *"Karlskrona utredningsuppdrag LOS"*¹² framgår att Karlskrona kommun under 2025 tagit emot sju avvikelse rapporter från Region Blekinges slutenvård som rör utskrivningsprocessen. Avvikelseerna berör:

- Avsaknad av vådrapport vid inskrivning
- Upplevd lång handläggning innan patienten bedömts som kommunklar
- Situationer där en samordnad individuell plan (SIP) hade kunnat genomföras i hemmet i stället för inläggande inom slutenvården

Efter utredning har två av händelserna bedömts utgöra avsteg från gällande arbetssätt, men ingen har lett till vårdskada för någon enskild patient. Av rapporten framgår att reflektioner av arbetssätten inom både hälso- och sjukvårdsorganisationen och myndighetskontoret har genomförts och flera förbättringsområden har identifierats. Rapporten beskriver att bristfällig eller felaktig information från slutenvården som en återkommande utmaning. Detta har bidragit till en mer försiktig arbetspraxis där hemtagning ofta skjuts upp till nästkommande dag för att säkerställa korrekt underlag och undvika dubbelarbete. Vidare framkommer att SIP i flera fall genomförs under inläggande vård trots att detta inte alltid är nödvändigt, vilket kan förlänga utskrivningsprocessen. Bedömningen är att SIP i större utsträckning kan genomföras i hemmiljö utan att påverka kvalitet eller säkerhet.

Vidare framgår av dokumentet att under 2025 har Karlskrona kommun rapporterat 45 avvikelser till Region Blekinge med direkt koppling till utskrivningsprocessen. Dessa

¹⁰ Mötena är inte protokollförda

¹¹ 2026-02-25 § 20

¹² Saknas datering

avvikelser berör flera olika kliniker och handlar främst bristande följsamhet till gemensamma rutiner, exempelvis att patienter skrivs ut utan att vara kommunklara. Därutöver förekommer avvikelser som rör övriga brister vid utskrivning, bland annat utebliven överrapportering eller ofullständiga uppgifter inför hemgång.

I rapporten beskrivs att flera av dessa avvikelser kan kopplas till vårdplatsbrist inom slutenvården som i vissa fall medfört att patienter markeras som utskrivningsklara i förtid eller att utskrivningen tidigareläggs, ibland till korttidsvård där väntetid kan uppstå innan utskrivning. Konsekvensen blir att kommunen påbörjar hemtagningen innan patientens behov är fullt utredda. I flera fall rapporteras även felaktig eller bristfällig information tidigt i vårdförloppet, vilket gör att kommunen senare tvingas genomföra en ny planering av insatser och ibland genomföra akuta åtgärder för att säkerställa en trygg hemgång.

Av intervjuer framgår att det förekommer en underrapportering av avvikelser i enskilda ärenden kopplade till utskrivningsprocessen. Detta innebär att avvikelser, särskilt sådana som inte bedöms ha lett till en vårdskada men som rör brister i rutinföljsamhet, i mindre utsträckning dokumenteras.

Vidare framgår av intervjuer att återkopplingen på avvikelser kopplade till samverkan i utskrivningsprocessen upplevs som varierande. Vissa delar av verksamheten får återkoppling, exempelvis via APT. Andra delar av verksamheten upplever att de i begränsad utsträckning får återkoppling på rapporterade avvikelser. Andra intervjuade lyfter dock att den som har rapporterat en avvikelse alltid får återkoppling via e-post, där regionens svar förmedlas.

6.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **endast delvis** säkerställt att det finns ett ändamålsenligt system för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera avvikelser och arbeta med förbättringar

Bedömningen grundar sig på att det finns etablerade arbetssätt för hur avvikelser ska hanteras inom Karlskrona kommun och att avvikelser mellan region och kommun faktiskt registreras, hanteras och i viss utsträckning analyseras.

Vi kan dock notera att det saknas en gemensamt fastställd rutin för avvikelshantering mellan huvudmännen. Vidare saknas ett gemensamt avvikelshanteringssystem. Detta innebär att avvikelshanteringen i stor utsträckning sker manuellt via kommunens MAS.

I gällande patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen återfinns en övergripande analys av avvikelser. Djupare analys återfinns i rapporten *”Karlskrona utredningsuppdrag LOS”* men denna analys genomförs dock inte systematiskt varje år. Vi noterar även att det finns ett MAS-nätverk för kommunerna i länet. Vid dessa tillfällen berörs frågor kopplade till utskrivningsprocessen. Därtill beskrivs det hur det en gång per år sammanställs avvikelser på

en övergripande nivå inom länets kommuner och presenteras och diskuteras tillsammans med regionens patientsäkerhetsavdelning.

Därutöver indikerar intervjuade att det förekommer en underrapportering av avvikelser. Även återkopplingen på rapporterade avvikelser upplevs som otydlig och varierande mellan verksamheter, vilket riskerar att minska incitamenten för rapportering och försvåra lärande och utveckling i organisationerna. Att rapportera och hantera avvikelser är viktigt i flera aspekter, dels för att följa följsamheten mot beslutade rutiner och riktlinjer, dels att säkerställa att eventuella kvalitetsbrister blir åtgärdade.

6.5 UPPFÖLJNING AV SAMVERKAN

I Region Blekinge finns en samverkansstruktur för vård och omsorg (PSVO). Rådet består av ordföranden i Region Blekinges hälso- och sjukvårdsnämnd samt ordförandena i respektive kommuns nämnder för vård och omsorg samt skola. Av region Blekinges hemsida framgår att syftet med rådet är att upprätthålla en långsiktig och strategisk planering för att möjliggöra för parterna att skapa ett attraktivt Blekinge och använda gemensamma resurser på ett effektivt sätt. Av protokollsgranskning framgår att PSVO har tagit del av information avseende uppsägandet av LOS-avtalet¹³ samt information avseende extern utvärdering av Hemsjukvård och LOS-avtal¹⁴.

Av patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för 2025 samt genomförda intervjuer framgår att samverkan även sker på övergripande nivå genom ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO). LSVO är en regional ledningsgrupp där kommuner, region, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skola gemensamt beslutar om inriktning och ramar för den långsiktiga utvecklingen. LSVO består av förvaltningschefer från kommunernas socialtjänst, vård och omsorg, hälso- och sjukvård samt skola. Region Blekinge representeras av hälso- och sjukvårdsdirektören, divisionschefer samt en representant för Hälsoval Blekinge. Gruppen sammanträder cirka 8–10 gånger per år. Av protokoll från mötena framgår exempelvis att LSVO har diskuterat arbete och utmaningar med Cosmic Link,¹⁵ frågor kring avvikelssystem¹⁶, och fastställt antalet genomsnittliga kalenderdagar som gräns för när kommunens ersättningsskyldighet ska inträda¹⁷.

Inom ramen för LSVO finns ett tillsatt processteam för trygg och säker utskrivning. Processteamet ansvarar för att ta fram och vidareutveckla Blekingerutinerna och inkluderar representanter från både kommunerna och regionen. Inom processen har en förvaltningsplan för trygg och säker utskrivning tagits fram. Syftet med planen är att säkerställa en långsiktig förvaltning av den etablerade processen samt att planera det fortsatta utvecklingsarbetet. Förvaltningsperioden är ettårig och revideras årligen i oktober.

¹³ 2025-12-05 § 50

¹⁴ 2026-05-22 § 23

¹⁵ 2025-11-07 § 77, 2025-12-12 § 91, 2026-01-16 § 5, 2026-02-13 § 15

¹⁶ 2025-11-07 § 86

¹⁷ 2025-11-07 § 80/25

I planen återfinns ett flertal processmål rörande bland annat: ökad följsamhet mot Blekingerutinen, utbildningsinsatser och framtagande av rutin för preliminärt utskrivningsdatum. Uppföljning av arbetet genomförs av processledare i samråd med processägare och processteam. Åtgärder planeras utifrån analyser av tillgänglig statistik. I processteamet finns även en tillhörande gapanalys (se avsnitt 6.3.3). I denna framgår analyser och åtgärder kring förbättringsarbete. Gapanalysen är dock senast reviderad i april 2025.

Som tidigare nämnt beslutade Region Blekinge den 5 november 2025 att säga upp det dåvarande LOS-avtalet om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Med anledning av detta har respektive kommun i länet tagit fram underlag och statistik för att beskriva hur arbetet och samverkan fungerar. Detta framgår av dokumentet *“Karlskrona utredningsuppdrag LOS”* (se avsnitt 6.3.2 och 6.4). I utredningen framgår statistik och analyser kring samverkan utifrån Karlskronas kommuns perspektiv.

Av genomförd protokollgranskning framgår inte om äldre nämnden har mottagit information avseende samverkan kopplat till utskrivningsprocessen. I patientsäkerhet- och kvalitetsberättelsen, som nämnden tagit del av, återfinns dock viss information avseende avvikelser kopplade till samverkan med regionen.

Av intervjuerna framgår även att det i det tidigare verksamhetssystemet fanns en funktion för att ta fram statistik, exempelvis avseende antal dagar från att en patient bedömts utskrivningsklar till hemgång, samt hur många SIP:ar som genomförts under tid i slutenvård respektive i hemmet. Sådan statistik finns idag inte tillgängligt i Cosmic Link.

6.5.1 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **endast delvis** säkerställt en tillräcklig uppföljning av samverkan rörande utskrivningsklara patienter

Bedömningen grundar sig på att det finns etablerade strukturer och forum för uppföljning och utveckling av samverkan mellan kommun och region. Frågor rörande utskrivningsprocessen hanteras bland annat inom PSVO, LSVO och processteamet för trygg och säker utskrivning. Inom ramen för processteamets arbete finns en förvaltningsplan med processmål samt tillhörande gapanalys och handlingsplan för identifierade utvecklingsområden avseende utskrivningsprocessen. Denna är dock inte reviderad sedan april 2025. Enligt förvaltningsplanen för trygg och säker utskrivning ska denna uppdateras 3 gånger per år, vilket inte har skett.

Därutöver sker uppföljning genom patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen samt inom MAS-nätverket, där avvikelser kopplade till samverkan och utskrivningsprocessen analyseras.

Av granskningen framgår dock att äldrenämnden inte på ett systematiskt sätt tar del av strukturerad och återkommande information om samverkan kopplad till utskrivningsprocessen, utöver den information som redovisas i patient- och kvalitetsberättelsen. Vi noterar även att de intervjuade lyfter att införandet av Cosmic Link har begränsat möjligheten att följa relevanta nyckeltal och statistik, vilket försvårar en ändamålsenlig och kontinuerlig uppföljning av samverkan och utskrivningsprocessen.

Vi noterar även att det, som en följd av uppsägningen av LOS-avtalet mellan regionen och kommunerna, inte har genomförts någon fördjupad uppföljning av samverkan eller utskrivningsprocessen vid nämndens sammanträden. Samtidigt framgår av protokollgranskningen av PSVO:s sammanträden att en extern utvärdering av LOS-avtalet ska genomföras. Vid dessa sammanträden medverkar ordförande i äldrenämnden från Karlskrona kommun.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldre nämnden säkerställt en ändamålsenlig samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldre nämnden endast delvis en ändamålsenlig samverkan med slutenvården gällande utskrivningsklara patienter.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi äldre nämnden att:

- Säkerställa följsamhet till styrdokumentet "Blekingerutiner"
- Införa och skapa förutsättningar för löpande uppföljning av statistik kopplat till utskrivningsprocessen.
- Säkerställa en ändamålsenlig informationsöverföring mellan berörda parter i utskrivningsprocessen
- Överväga att införa ett gemensamt avvikelssystem tillsammans med regionen för att stärka hanteringen och uppföljningen av avvikelser i utskrivningsprocessen
- Säkerställa att återkoppling av hanterade avvikelser sker i verksamheterna för att främja lärande och förebyggande förbättringsarbete

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

John Martinsson

Verksamhetsrevisor

Amalie Christensen

Verksamhetsrevisor

Jörn Wahlroth

Certifierad kommunal revisor/kvalitetssäkrare