

**Gäller för:** Socialförvaltningen**Dokumentansvarig:**

Utvecklingsledare

Dnr : **189796**

## **Genomlysning av demensverksamheten 2026**

## Sammanfattning

Under hösten 2025 och våren 2026 uppmärksammandes brister i omsorgen vid Bollegårdens demensboende vilket föranledde att socialförvaltningen beslutade om att göra en heltäckande utredning av demensboendet (nedan genomlysningen). Genomlysningen skulle ge ett nuläge på vilka brister som finns i verksamheten, identifiera bakomliggande orsaker och se vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma till rätta med bristerna med syftet att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg och kunna driva verksamheten framåt med förtroende. Under utredningen har utvecklingsledare arbetat med att genomföra intervjuer, granska dokument, ta in uppgifter och att sammanställa analys.

Genomlysningen visar på en arbetsplats som haft flera chefsbyten på ett antal år. Både nuvarande verksamhetschef och de två enhetschefer som arbetar på Bollegården började under år 2025 och 2026. De många chefsbytena har lett till att det finns informella ledare och grupperingar i arbetsgruppen. Intervjuerna visar också att det finns en upplevelse av bristande struktur och en osäkerhet om arbetsgång och rutiner på arbetsplatsen.

Genomlysningen visar också på konflikter mellan medarbetare. Konflikterna bedöms till stor del ha sin grund i den bristande strukturen och grupperingarna.

Flera lex Sarah-rapporter har visat på brister i bemötandet mot brukare, vilket var en av anledningarna till att genomlysningen inleddes. Genomförda intervjuer talar för att kunskapsnivån gällande bemötandet av brukarna brister och att kunskapen om hur man tar hand om äldre med demenssjukdom behöver stärkas. Många som intervjuats nämner att även rutinerna kring hygien brister. Det finns både uppgifter om bristande kunskap och att uppgifterna inte utförs.

Trots att det finns få registrerade klagomål och synpunkter i äldreomsorgen både i år och tidigare år indikerar både intervjuer och analysteam om att bristerna funnits i verksamheten under en längre tid. Utredningen visar därför på ett behov av att stärka kunskapen om hur man registrerar synpunkter eller klagomål. Man behöver också säkerställa att klagomålen kommer till rätt nivå och inte stannar ute i verksamheten.

Utifrån rapporten har en handlingsplan tagits fram som ligger som en bilaga till rapporten. Handlingsplanen har tagits fram av styrgruppen för genomlysningen med rapporten som utgångspunkt.

## Bakgrund

Under hösten 2025 och våren 2026 uppmärksammandes brister i omsorgen vid Bollegårdens demensboende. Bristerna uppmärksammades genom bland annat lex Sarah-rapporter, avvikelserapporter samt indikationer på bristande följsamhet av rutiner. Både verksamhetschefen i äldreomsorgen och de båda enhetscheferna på demensboendet är nyanställda och började i Bollebygds kommun under 2025.

Förvaltningschef och verksamhetschef för äldreomsorgen beslutade i februari 2026 att en genomlysning av demensverksamheten skulle genomföras. Förvaltningschefen och verksamhetschefen för äldreomsorgen utsåg en styrgrupp för genomlysningen och tog fram en uppdragsbeskrivning. Syftet med genomlysningen var att ge förutsättningar att säkerställa trygg och säker vård och omsorg och kunna driva verksamheten framåt med förtroende. Förvaltningschef och verksamhetschef beslutade att genomlysningen skulle göras internt av en utvecklingsledare på utvecklingsenheten.

Styrgruppen för genomlysningen bestod av:

- Förvaltningschef
- Verksamhetschef för äldreomsorgen
- Tf. utvecklingschef
- Utvecklingsledare som genomför genomlysningen
- Utvecklingsledare som handlägger lex Sarah-rapporter på demensverksamheten

Socialnämnden fick den 24 februari 2026 information om förvaltningens beslut att inleda en genomlysning. En redovisning av genomlysningen kommer att lämnas till socialnämnden den 15 juni 2026, tillsammans med tjänsteskrivelse och rapport innehållande förslag på åtgärder för beslut.

Efter beslutet att inleda en genomlysning har det inkommit fler lex Sarah-rapporter som avser demensverksamheten på Bollegården. Antalet lex Sarah-rapporter uppgår till 12<sup>i</sup> under perioden september 2025 – mars 2026. Efter mars 2026 har det inte

inkommit några rapporter vid tiden för rapportens färdigställande. Inkomna lex Sarah-rapporter har hanterats separat från genomlysningen. Verksamheten har även arbetat med förbättringar och åtgärder parallellt med att genomlysningen genomförts.

## **Uppdraget**

Syftet med uppdraget har varit att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg och kunna driva verksamheten framåt med förtroende.

Uppdraget har haft två primära fokusområden. Det ena är att få ett nuläge på vilka brister som finns i verksamheten och identifiera bakomliggande orsaker. Det andra fokusområdet har varit att se vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma till rätta med bristerna.

## **Metod**

Under utredningen har utvecklingsledare arbetat med att genomföra intervjuer, granska dokument, ta in uppgifter och att sammanställa analys.

## **Intervjuer**

Under mars och april 2026 genomfördes fysiska intervjuer med medarbetare på demensverksamheten, enhetschefer på demensverksamheten, fast poolpersonal, legitimerad personal, bemanningsplanerare och företrädare för Kommunal.

Sammanlagt intervjuades 42 personer. Intervjuerna har varit enskilda.

Intervjuerna innehöll frågor utifrån dessa områden:

- Medarbetarskap – arbetsplatsens kultur
- Kunskap och utbildning
- Omvårdnad och bemötande
- Organisation och ledarskap
- Dokumentation och kommunikation
- Rutiner och arbetssätt

**Granska dokument**

Insamling och granskning av dokumentation i form av inkomna synpunkter och lex-Sarah-utredningar och rapporterade arbetsmiljöhändelser har gjorts.

**Analys**

Insamlad data har sammanställts, avidentifierats och analyserats.

En analysgrupp bestående av representanter från Kommunalii, Vårdförbundet, HR och en enhetschef från socialförvaltningen har fått ge reflektioner och övergripande rekommendationer utifrån ett långsiktigt perspektiv.

lakttagelser från intervjuer, dokumentation och analys med rekommendationer redovisas i denna rapport.

**Handlingsplan**

Utifrån rapporten har en handlingsplan tagits fram som ligger som en bilaga till rapporten. Handlingsplanen har tagits fram av styrgruppen för genomlysningen med rapporten som utgångspunkt.

## **Iakttagelser**

Nedan redovisas iakttagelser från genomförda intervjuer och genomgången dokumentation.

### **Iakttagelser intervjuer**

Intervjuerna var en möjlighet att framföra sina tankar och synpunkter utifrån sina egna upplevelser och erfarenheter.

En sammanfattande iakttagelse vid intervjuerna är att det finns en genomgående vilja att berätta och att bidra till en demensverksamhet av god kvalitet. De flesta av medarbetarna inom demensverksamheten har flerårig erfarenhet och beskriver på olika sätt hur meningsfullt det är att arbeta inom demensverksamheten..

I intervjuerna var följande områden framträdande:

- Ledarskap
- Kvalitet
- Bemötande
- Struktur och rutiner
- Kultur, arbetsmiljö och trivsel

Områdena kommer att behandlas nedan punkt för punkt.

### **Ledarskap**

Intervjuerna visar på en arbetsplats där det finns informella ledare som påverkar arbetsmiljö och trivsel. Ett mer närvarande ledarskap är ett återkommande önskemål. Många efterfrågar också bättre och tydligare rutiner kring struktur och arbetsfördelning i verksamheten.

### **Kvalitet**

Många av de som intervjuas berättar om att nivån på kvaliteten av vården beror på vem som är i tjänst. Många nämner att hygienrutiner, t.ex. dusch och munvård, brister. Det finns både uppgifter om bristande kunskap och att uppgifterna inte utförs.

Vad gäller dokumentation så anger många att den inte görs eller inte används. Man anger också att rapporteringen mellan passen behöver stärkas. Det är också många som uppger att man tycker att dokumentationen fungerar bra.

Många efterfrågar att utbildningsnivån ska höjas på personalen, t.ex. genom att det finns fler undersköterskor och att fler i personalen ska ha delegering, det vill säga ha behörighet att till exempel kunna dela ut läkemedel efter bedömning.

Många efterfrågar även mer tid för att kunna genomföra aktiviteter med de boende.

### **Bemötande**

Svaren indikerar att kunskapsnivån gällande bemötande av äldre med demenssjukdom behöver stärkas. Väldigt många anger att brukarna inte bemöts på rätt sätt och efterfrågar mer utbildning och kompetensutveckling, både riktade utbildningar som kunskap i lågaffektivt bemötande, men också en långsiktig kompetensutvecklingsplan med återkommande aktiviteter.

### **Struktur och rutiner**

Många av de som intervjuas berättar om bristande rutiner. Man anger att det finns dålig kunskap om vad som gäller och en upplevelse om att man har olika rutiner på olika våningsplan. En vanligt förekommande uppgift är att man gör på sitt sätt och inte på det sätt som det står i rutinerna. Rutiner som efterfrågas är framför allt kring praktiska frågor som städ och tvätt.

### **Kultur, arbetsmiljö och trivsel**

De som intervjuats beskriver en kultur där det finns grupperingar i personalgruppen. Grupperingarna leder till konflikter och det finns olika uppfattningar om vad som ska göras och hur. Det finns också uppgifter om att viss personal inte kan tänka sig att ha ett arbetspass tillsammans med all personal eller att man inte gör sitt jobb.

Många uppger att gruppkänslan och kommunikationen i personalgruppen behöver förbättras. Många uppger samtidigt att det fungerar bra i personalgruppen.



Det finns ett stort missnöje kring schemaläggningen och bristande bemanning särskilt på helger.

Många av de intervjuade önskar ett ökat fokus på grunduppdraget och att man ska se helheten istället för att lägga tid och energi på konflikter.

Det finns önskemål om att göra om personalgrupperna så att man får bort grupperingarna. Andra efterfrågar att arbeta för en demensverksamheten där verksamheten ses som en helhet och inte två separata enheter.

### **Iakttagelser dokumentation**

I detta avsnitt redovisas iakttagelser från genomgången dokumentation.

#### **Lex Sarah-rapporter**

Under perioden september 2025 - mars 2026 har det inkommit tolv rapporter enligt lex Sarah som rör demensverksamheten på Bollegården. En rapport var felregistrerad och avslutades med beslut att inte inleda utredning. Övriga elva rapporter har lett till nio utredningar då vissa rapporter har hanterats i samma utredning. Efter mars 2026 har det inte inkommit några rapporter vid tiden för rapportens färdigställande.

Utredningarna har konstaterat allvarliga missförhållanden med anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid tre tillfällen.

Två utredningar avslutades med bedömningen att det var ett missförhållande.

I övriga avslutade utredningar är beslutet att det inte varit ett missförhållande. I slutet av maj 2026 finns en pågående utredning.

De rapporter som inkommit sedan oktober 2025 beskriver händelser som på olika sätt brister i vård och omsorg, bemötande, rättssäkerhet och kvalitet.

De tre allvarliga missförhållanden som anmälts till IVO rör brister i rättssäkerheten vid införande av digital tillsyn, återkommande brister i omvårdnad och allvarliga brister i bemötande och vård och omsorg.

De tre allvarliga missförhållanden som anmälts till IVO har också åtgärder för att säkerställa kraven på god kvalitet. Här finns åtgärder som att säkerställa personalens

kompetens när det gäller bemötande och värdegrund, säkra att dokumentationen följer antagna rutiner och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Andra åtgärder som ska genomföras är att säkra följsamheten kring rutin angående skyddsåtgärder och inhämtande av samtycke, upprätta rutin för tvärprofessionell teamsamverkan och att säkerställa att avvikelser, synpunkter och klagomål blir omhändertagna i det systematiska kvalitetsarbetet för att säkra verksamhetens kvalitet.

### **Synpunkter och klagomål**

Under det senaste året (maj 2025 – maj 2026) finns två registrerade synpunkter och klagomål för demensverksamheten. Man ser samma tendens även om man tittar bakåt i tiden. Antalet registrerade och hanterade synpunkter och klagomål är ett fåtal per år för hela socialförvaltningen.

Samtidigt som antalet synpunkter och klagomål är få är det många av de som intervjuats som uppger att bristerna förekommit under en längre tid.

En trolig slutsats att dra utifrån detta är att kunskapen om hur man registrerar en synpunkt eller ett klagomål via formulär på kommunens websida behöver stärkas. Klagomål och synpunkter behöver dokumenteras och man behöver säkerställa att klagomålen kommer till rätt nivå och inte stannar i verksamheten.

Det är ett behov som finns inte bara för demensverksamheten, utan hela förvaltningen.

### **Rapporterade arbetsmiljöhändelser**

Socialförvaltningen använder systemet KIA där medarbetare kan anmäla tillbud, olycksfall, riskobservationer och kränkande särbehandling.

Under senaste året (maj 2025-maj 2026) har det inkommit 50 KIA-rapporter från medarbetare inom demensverksamheten.

Av dessa var 22 tillbud, 12 olycksfall, 9 riskobservationer och 7 registrerade som kränkande särbehandling. Tillbuden rör främst ohälsosamma scheman (9), konflikter

mellan medarbetare (5) och hög vårdtyngd (3). Olycksfallen var framför allt situationer som uppstått i relation till brukare (8).

### **Uppgifter om utbildningsnivå**

Utifrån att flera medarbetare som intervjuats uttryckt ett önskemål om att höja utbildningsnivån på personalen, bland annat genom att ha fler undersköterskor, finns skäl att se över nuläget för utbildningsnivån.

De två demensenheterna som ingår i genomlysningen har sammanlagt 34 tillsvidareanställda. Av dem är 27 undersköterskor och 7 sju vårdbiträden. Två av vårdbiträdena läser idag äldreomsorgslyftet, vilket innebär att man läser till undersköterska. Utbildningen beräknas ta upp till tre år. Två andra vårdbiträden ska börja läsa äldreomsorgslyftet till hösten. Efter deras avslutade utbildning kommer det alltså finnas 31 undersköterskor och 3 vårdbiträden om personalen är densamma. På demensenheterna finns även sex vikariat. Där är en av sex undersköterska och övriga vårdbiträden.

### **Analys och rekommendationer**

Efter att intervjuerna var genomförda och sammanställda fick en analysgrupp ge sina reflektioner och övergripande förslag och rekommendationer utifrån ett långsiktigt perspektiv.

#### **Analysgrupp**

I detta avsnitt redovisas analysgruppens reflektioner och förslag.

#### **Ledarskap och styrning**

Det kan konstateras att verksamheten har haft flera chefsbyten på kort tid vilket skapat bristande kontinuitet. Samtidigt är de identifierade problemen inte nya utan har funnits tidigare.

Analysgruppen föreslår att:

- Cheferna ges ökat stöd
- Chefernas uppdrag och ansvar tydliggörs

- Man tydliggör kommunikation och gemensam riktning

### **Organisation, medarbetarskap, struktur och rutiner**

lakttagelserna visar att det finns dokumenterade rutiner men att de inte följs i tillräcklig utsträckning. De visar också att rutiner och arbetssätt skiljer sig åt mellan grupper, vilket skapar osäkerhet och kvalitetsbrister. Olika arbetssätt förekommer vilket påverkar samarbete och stöd mellan medarbetare.

Analysgruppen föreslår att:

- Gemensamma rutiner för hela demensverksamheten införs. Rutinerna ska utgöra ett stöd.
- Ansvarsfördelning och rollfördelning tydliggörs
- Man skapar flexibilitet i arbetssättet
- Arbetet ska ske på gruppnivå (hela demensavdelningen) för att stärka helheten.
- Ökad delaktighet i schemaläggning, utveckling av arbetssätt och arbetsmiljö möjliggörs
- Ta in extern hjälp för att arbeta med gruppdynamik och samarbete

### **Kompetensutveckling, utbildning och kunskap**

Det finns ett konstaterat behov av kontinuerlig och systematiserad kompetensutveckling.

Analysgruppen föreslår att:

- Det fattas beslut på högre nivå kring vad som ska prioriteras när det gäller utbildning
- Man utbildar specialistundersköterskor för att stärka spetskompetensen.
- Insatser för att stärka kunskap och kompetens generellt, inklusive värdegrundsarbete.

## **Bemötande och värdegrund**

Handledning och utbildning kring bemötande har genomförts men behöver nå fler medarbetare.

Analysgruppen föreslår att:

- Man arbetar med värdegrundsfrågor
- Man arbetar med att koppla bemötande direkt till trygghet och kvalitet i vården

## **Samlad bedömning**

### **Ledning, styrning och arbetsmiljö**

Genomlysningen visar på en arbetsplats som haft flera chefsbyten på ett antal år. Både nuvarande verksamhetschef och de två enhetschefer som arbetar på Bollegården började under år 2025 och 2026. De många chefsbytena har lett till att det finns informella ledare och grupperingar i arbetsgruppen. Intervjuerna visar också att det finns en osäkerhet i vad som gäller i verksamheten. Medarbetarna upplever en bristande struktur och att det är oklart vilka rutiner och regler som gäller. I intervjuerna framkommer bland annat att man upplever att det finns olika rutiner på de två våningsplanen. Man beskriver också att det finns en bristande följsamhet till regler och att man gör på sitt sätt.

Både intervjuer och rapporterade arbetsmiljöhändelser visar på konflikter mellan medarbetare. Konflikterna bedöms till stor del ha sin grund i vad som är beskrivet ovan om grupperingar, bristande struktur och rutiner. Konflikterna påverkar arbetsmiljön både för chefer och medarbetare och riskerar att ta fokus från huvuduppgiften. Både intervjuer och analysteamets analys visar att nuvarande chefer behöver få ökat stöd och stärkas i sina roller.

### **Kvalitet**

Genomlysningen inleddes efter att flera lex Sarah-rapporter visat på brister i bemötandet mot brukare. Även om inga nya lex Sarah-rapporter gjorts på Bollegården sedan mars 2026 indikerar intervjuerna att kunskapsnivån gällande bemötandet av brukarna brister och att kunskapen om hur man tar hand om äldre med demenssjukdom behöver stärkas.

Kvalitén på vården ska inte bero på vem som jobbar. Många som intervjuats nämner att rutinerna kring hygien brister. Det finns både uppgifter om bristande kunskap och att uppgifterna inte utförs.

I intervjuerna har många efterfrågat att utbildningsnivån ska höjas på personalen, till exempel genom att det finns fler undersköterskor och att fler har delegering. Det ska

dock noteras att på Bollegårdens demensboende är 27 av 34 av den fasta omvårdnadspersonalen utbildade undersköterskor. Fyra av dem som inte är undersköterskor läser eller ska läsa till det. Det finns således en plan som gör att 91 % av personalen kommer vara utbildad i framtiden. Mot bakgrund av vad intervjuerna visat om brister och då upplevelsen av utbildningsnivån är låg finns dock skäl att ändå se över kompetensutvecklingen för att säkra trygg och säker vård.

### **Säkerställa att synpunkter/klagomål registreras och kommer till rätt nivå**

Vissa av lex-Sarah-rapporterna har visat på att det finns en tystnadskultur på Bollegården. Det är dock inget som lyfts i intervjuerna med medarbetarna. Det finns dock skäl att vara uppmärksam på frågan och att uppmuntra medarbetare att anmäla och rapportera när saker inte står rätt till.

Trots att det finns få registrerade klagomål och synpunkter i äldreomsorgen både i år och tidigare år indikerar både intervjuer och analysteam om att bristerna funnits i verksamheten under en längre tid. Eftersom de inte märkts i dokumentation förrän under hösten 2025 när antalet lex Sarah-rapporter ökade har de inte kommit till förvaltningsledningens kännedom. Utredningen visar därför på ett behov av att stärka kunskapen om hur man registrerar synpunkter eller klagomål via formulär på kommunens websida. Man behöver också säkerställa att klagomålen kommer till rätt nivå och inte stannar ute i verksamheten.

### **Sammanfattande rekommendation utifrån den samlade bedömningen**

Utifrån framkomna iakttagelser och de rekommendationer som framkommit av analysgruppen rekommenderas följande.

- Formulera vad som ingår i omvårdnadspersonalens grunduppdrag och hur det ska genomföras för att skapa en gemensam kultur på arbetsplatsen
- Se över och stärka uppdrag, förutsättningar och regelbundet stöd för första linjens chef
- Skapa gemensamma arbetssätt och rutiner och vidta åtgärder som stärker en sammanhållen verksamhet med god och trygg arbetsmiljö

- Säkerställa kontinuerlig kompetensutvecklingsplan för trygg och säker vård och omsorg
- Säkerställa att synpunkter och klagomål hanteras enligt gällande rutiner på ett sätt som möter behoven och utvecklar verksamheten
- Utveckla samarbetet mellan bemanningsenhet och verksamhet för att skapa en hållbar bemanningsplanering
- Säkerställa kvalitet i verksamheten

---

<sup>i</sup> En av rapporterna var felregistrerad och har avslutats med beslut om att inte inleda utredning.

<sup>ii</sup> Inte samma fackliga företrädare som deltagit i intervjuer