



Rapport om situationen vid Granlidens Vård- och omsorgsboende

Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Inledning.....	4
Metod	4
Sammanfattad tidslinje gällande skadegörelse, hot, och inkomna tips och brev.....	4
Beskrivning av händelseförlopp.....	6
Period 1: 1 maj – 26 augusti 2025	6
Period 2: 27 augusti – 18 december 2025	8
Period 3: 19 december – februari 2026	10
Information till nämnd.....	12
Analys och diskussion.....	13
Hyresgästernas vård och omsorg har varit god	14
Låg chefstäthet och bristande förutsättningar.....	14
Stöd och samordning skedde för sent.....	15
Avvikelsehantering och hantering av IA-anmälningar (tillbud och arbetsskador)....	15
Brister i information och kommunikation	16
Slutsatser och vägen framåt.....	17

Sammanfattning

Denna rapport redovisar förvaltningens utredning av den komplexa situation som uppstått vid Granlidens vård- och omsorgsboende sedan maj 2025, präglad av återkommande skadegörelse, hot, arbetsmiljöbrister och spridning av desinformation. Utredningen som genomförts av en tvärfunktionell samordningsgrupp visar att hyresgästernas vård och omsorg upprätthållits på god nivå, men att verksamheten drabbats av strukturella brister: låg chefstäthet, försenad samordning av stödfunktioner, bristande avvikelshantering och ett informationsflöde som försvårats av felaktiga påståenden. Totalt har över 20 polisanmälningar gjorts, fyra visselblåsningar hanterats och fyra medarbetare stängts av under pågående arbetsrättsliga processer.

Utredningen visar att ett bra och närvarande ledarskap kräver tydliga uppdrag, ett rimligt antal medarbetare per chef och att chefen är närvarande i verksamheten. Den visar också att förvaltningens olika delar behöver börja samarbeta tidigt så snart tecken på mer komplicerade problem uppstår. Dessutom behöver medarbetare, anhöriga och politiker få information i ett tidigt skede.

Förvaltningen har vidtagit åtgärder bland annat stöd till medarbetare, väktare som ronderat, förstärkt chefsnärvaro och anhörigdialoger har hållits.

I bilaga 1 redovisas en åtgärdsplan för att säkerställa långsiktig stabilitet.

Om Granlidens Vård- och omsorgsboende

Granlidens Vård- och omsorgsboende i Hovås har fyra enheter för allmän vård och omsorg och två enheter för hyresgäster med demenssjukdom. Boendet har sammanlagt 73 lägenheter av vilka två är för parboende. De flesta lägenheterna är ettor på 20 upp till 28 m². Granlidens Vård- och omsorgsboende är stjärnmärkt vård- och omsorgsboende och betyder att medarbetare har fått specialutbildning från Svenskt Demenscentrum. Denna utbildning ger kunskaper om kognitivsvikt och demenssjukdom samt hur man bäst tar hand om personer med demenssjukdom på ett personcentrerat sätt. För att få stjärnmärkningen måste minst 80 procent av medarbetarna ha genomgått utbildningens fyra steg och aktivt använda de nya metoderna i sitt dagliga arbete.

1. Inledning

Sedan maj 2025 har förvaltningen successivt hanterat rapporter om konflikter, arbetsmiljöbrister, skadegörelse, upplevd otrygghet och inkomna visselblåsningar på Granlidens Vård- och omsorgsboende.

Olika former av skadegörelse har återkommande rapporterats, framför allt mot bilar och annan egendom med mer än 20 polisanmälningar sedan maj 2025. Förvaltningen har polisanmält varje incident och successivt förstärkt säkerheten genom väktarrondering, tekniska lösningar som utökat taggsystem och ökad närvaro av chefer.

För att hantera upplevd otrygghet och risk för hot har medarbetare erbjudits individuella stödinsatser, inklusive fem personlarm under perioden. Det har även erbjudits stödsamtal och möjlighet till förflyttning vid behov.

Syftet med rapporten är att beskriva det som framkommit i förvaltningens interna utredning och visa hur förvaltningen planerar att agera framåt. Utredningen har både undersökt händelser ur ett arbetsmiljöperspektiv och ur ett omsorgsperspektiv för hyresgästerna.

Metod

Utredningen har skett i flera spår, inledningsvis separat utifrån typ av inkommen avvikelse och dessa har hanterats utifrån den ordning som finns för avvikelshantering och diarieföring. Utredning kring enskilda medarbetare har hanterats löpande och också utifrån händelse och behov tillsammans med adekvat stödfunktion. Efter samordningsgruppens uppstart så skedde utredningsarbetet samordnat och med flera kompetenser involverade som arbetade tillsammans i syfte att klargöra orsak, hitta rätt i åtgärder och snabba upp arbetet. I detta arbete koordinerades även inkomna avvikelser för att om möjligt kunna urskilja mönster och se samband. Denna rapport ger en beskrivning av händelser utifrån en kronologisk ordning, analysera orsakerna till uppkommen situation och ger en beskrivning av vidtagna åtgärder. Rapporten innehåller också en diskussion utifrån lärdomar och medskick för framtiden.

Sammanfattad tidslinje gällande skadegörelse, hot, och inkomna tips och brev

2025-05-06 – Anonymt brev

2025-05-18 – Misstänkt stöld

2025-05-30 – Skadegörelse bil

2025-05-30 – Skadegörelse bil

2025-05-30 – Skadegörelse bil



2025-05-30 – Skadegörelse bil
2025-05-30 – Skadegörelse bil
2026-06 – Enhetschef mottog mordhot via sms
2025-06-10 – Skadegörelse bil
2025-06-10 – Misstänkt stöld
2025-06-24 – Misstänkt stöld
2025-06-28 – Skadegörelse
2025-06-28 – Annan skadegörelse
2025-07-11 – Visselblåstips nummer 1
2025-08-24 – Skadegörelse
2025-08-27 – Visselblåstips nummer 2
2025-09-20 – Misstänkt stöld
2025-09-22 – Skadegörelse bil
2025-10-05 – Annan skadegörelse
2025-10-05 – Annan skadegörelse
2025-10-16 – Annan skadegörelse
2025-10-17 – Annan skadegörelse
2025-11-01 – Skadegörelse
2025-11-24 – Skadegörelse
2025-11-24 – Skadegörelse
2025-12-02 – Smitning parkeringsskada
2025-12-10 – Visselblåstips nummer 3
2026-02-05 – Visselblåstips nummer 4
2026-01-15 – Anonymt mejl skickas till annan kommun
2026-01-17 – Mejl

Beskrivning av händelseförlopp

I det kommande avsnittet beskrivs händelseförloppet utifrån händelser som inträffat och åtgärder som förvaltningen vidtagits. Avsnittet är indelat i tre perioder för att underlätta läsning och bidra till överblick av tidslinjen.

Period 1: 1 maj – 26 augusti 2025

Period 2: 27 augusti – 18 december 2025

Period 3: 19 december 2025 – februari 2026

Period 1: 1 maj – 26 augusti 2025

Anonymt brev

I maj 2025 inkom ett handskrivet brev till förvaltningens huvudkontor, adresserat till ”alla chefer” inom Göteborgs Stad. Brevet innehöll uppgifter om konflikter, arbetsmiljöbrister och upplevd otrygghet på Granliden. Brevet registrerades och skickades vidare till berörda funktioner inom förvaltningen för vidare hantering. Uppgifterna i brevet följdes upp inom ramen för förvaltningens process vid inkomna synpunkter.

Verksamhetschef vidtog därefter flera åtgärder. Uppgifterna lyftes och diskuterades på APT där brevet lästes upp i sin helhet för transparens och för att bidra till en gemensam förståelse.

Samtliga medarbetare erbjöds individuella samtal med start den 11 juni. Samtalen hölls av verksamhetschef tillsammans med HR. Deltagandet var frivilligt och cirka 25 samtal genomfördes. I samband med samtalen erbjöds stöd och möjlighet till förflyttning diskuterades för medarbetare som mådde dåligt. Vid tillfället valde ingen att byta arbetsplats, trots att situationen beskrevs som påfrestande.

Skadegörelse

Under den här perioden (maj-aug) skedde 12 händelser om skadegörelse och stöld. Tre av de tolv händelserna rör sig om stöld, sex om skadegörelse på bilar, och tre om annan skadegörelse. Samtliga händelser har polisanmälts av förvaltningen.

Förvaltningen har successivt förstärkt säkerheten genom exempelvis väktarbevakning som började rondera verksamheten i juni.

Erbjudande om samtal och individuella stödinsatser till medarbetare

Förvaltningen har erbjudit samtal och individuella stödinsatser till medarbetare för att hantera upplevd otrygghet och risk för hot på Granliden. Totalt har fem personlarm lämnats ut till medarbetare och chefer vid olika tillfällen under 2025 och 2026.



Mordhot gentemot enhetschef och medarbetare

En medarbetare mottog ett meddelande som innehöll mordhot riktade mot en av enhetscheferna och en annan kollega. Den hotade medarbetaren fick ett personlarm och erbjöds flera stödsamtal och möjlighet till annan placering. Hoten polisanmälades.

Polisen inledde en utredning men den lades ned på grund av brist på bevis, det visade sig vara svårt för polisen att kartlägga vem som hade skickat hoten.

Visselblåsartips nummer 1

Den första visselblåsningen kom till förvaltningen den 11 juli 2025 via stadsledningskontoret. Tipset hanterades initialt av stadsledningskontoret.

Stadsledningskontorets bedömning var att det inte rörde sig om händelser eller situationer som faller inom ramen för visselblåsarlagens tillämpningsområde. Tipset handlade om arbetsmiljöproblematik, konflikter samt bristande omsorg på boendet. Tipset skickades därför vidare till förvaltningen att hantera tillsammans med frågor som förvaltningen återkopplade tillbaka till stadsledningskontoret.

Visselblåsarutredningen genomfördes skyndsamt med rekommendation att se över och eventuellt göra förändringar inom arbetsgruppen.

Avvikelserapportering

Om en avvikelse bedöms som eventuellt missförhållande enligt Lex Sarah, förmedlas detta till socialt ansvarig samordnare (SAS) för utredning enligt Lex Sarah. Enhetschef ansvarar för att utreda avvikelsen, oavsett om den är rapporterad som en möjlig Lex Sarah eller inte. Syftet är att kunna sätta in nödvändiga åtgärder. SAS utreder och fattar beslut om det rör sig om ett missförhållande eller risk för ett missförhållande. I samband med detta förmedlas eventuellt ytterligare förslag till åtgärder till verksamheten. I de fall det bedöms som ett allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande anmäler SAS även ärendet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid beslut om att anmäla ärende till IVO informeras äldre samt vård- och omsorgsförvaltningens individutskott.

Enhetschef bedömer och utreder avvikelser och kontakter MAS/MAR vid allvarliga händelser. MAS/MAR bedömer om Lex Maria-utredning ska initieras. Om utredning visar att händelsen är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada (Lex Maria) anmäler MAS/MAR ärendet till IVO samt informerar Individutskottet. Verksamheten genomför åtgärder löpande.

Anmälda Lex Sara och Lex Maria redovisas till nämnden tre gånger per år.

Avvikelserna har hanterats i ordinarie linjeorganisation, det vill säga i respektive verksamhet och ansvar.

Period 2: 27 augusti – 18 december 2025

Beslut om utökning av enhetschefer och påbörjad rekrytering

I början av september beslutade verksamhetschef efter samråd med avdelningschef att utöka antalet enhetschefer från två ordinarie till tre. Som grund till utökningen låg förvaltningens tidigare beslut om att öka chefstätheten med tjugo medarbetare per chef. Under rekryteringsprocessen som startade upp i september fanns det inte tillräckligt med kvalificerade sökande och processen pausades därför.

Chefsnärvaro under hösten

Under delar av hösten hade boendet en lägre chefsnärvaro än planerat. En enhetschef har arbetat heltid och en enhetschef har arbetat deltid. En enhetschef har varit sjukskriven.

Taggsystem

Ett taggsystem infördes i september. Syftet var att genom att använda personliga nyckeltaggar till lokalerna kunna registrera vilka som rör sig i lokalerna och när. Förhoppningen var att dels avskräcka från ytterligare skadegörelse, dels att upptäcka vem som gör vad.

Beställningar företagshälsovård – flera insatser

Förvaltningen har under september månad lämnat beställning till företagshälsovården för olika typer av insatser, individuella samtal för enhetschefer, gemensamma samtal för enhetscheferna och gruppsamtal för medarbetare.

Utöver det individuella stöd som enskilda påverkade medarbetare fått hittills beställdes även insatser på individ- och gruppnivå. Gruppnivån innehåll dialogmöten med samtliga medarbetare. Efter sommaren påbörjades ett gemensamt arbete med medarbetare, HR, enhetschefer och verksamhetschef. Syftet med insatsen var att skapa förutsättningar för dialog, om möjligt identifiera konflikter på individ- och gruppnivå och planera insatser för förbättrat samarbete och arbetsmiljö.

Arbetet har inte kunnat genomföras enligt plan. Detta beror bland annat på att företagshälsovården inte kunde verkställa beställningen förrän i januari, samt på sjukfrånvaro bland chefer och avsaknad av uppföljning av beställda insatser från företagshälsovården.

Skadegörelse

Under den här perioden (sept-dec) skedde 10 händelser om skadegörelse och stöld. En av händelserna rör sig om stöld, två om skadegörelse eller skador på bilar, och sju om annan skadegörelse. Samtliga händelser har polisanmälts av förvaltningen.

Visselblåsartips nr 2

Den andra visseblåsningen inkom den 27 augusti 2025. Tipset innehöll uppgifter om brister i arbetsmiljön och påståenden om våldsamt agerande från en medarbetare mot

hyresgäster. I tipset nämns en incident som enligt uppgifterna ska ha inträffat för cirka fyra år sedan.

Tipset hanterades initialt av stadsledningskontoret. Stadsledningskontorets bedömning var att det inte rörde sig om händelser eller situationer som faller inom ramen för visselblåsarlagens tillämpningsområde. Tipset skickades därför vidare till förvaltningen att hantera tillsammans med frågor som förvaltningen återkopplade tillbaka till stadsledningskontoret.

Förvaltningen gjorde en genomgång av tidigare rapportering tillsammans med Socialt ansvarig samordnare (SAS), i syfte att bedöma om det fanns underlag för missförhållande enligt Lex Sarah. I genomgången inkluderades samtliga tillgängliga underlag. Varken verksamhetschef, SAS eller enhetschef hade kännedom om den händelse som tipset hänvisade till. Genomgång av verksamhetssystemet Treserva samt avvikelssystemet visade att det inte fanns några rapporteringar eller avvikelser som motsvarade de uppgifter som framförts eller den incidenten som ska ha ägt rum fyra år tidigare. Sammantaget visade genomgången att vissa uppgifter inte hade dokumenterats i ordinarie system, vilket begränsade möjligheten till fullständig verifiering av händelseförloppet.

Hantering av IA-anmälningar

Inom området arbetsmiljö står IA oftast för Incident/Avvikelse. IA är ett avvikelssystem för att rapportera och beskriva händelser, tillbud eller risker som avviker från det normala arbetet och som kan påverka säkerhet och hälsa. Genom rapporteringen kan arbetsgivaren upptäcka brister, vidta åtgärder och förebygga framtida olyckor som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Gällande lagstiftning anger att undersökning och rapportering, åtgärder och uppföljning av arbetsmiljön ska ske löpande.

Från 2025 fram till slutet av januari 2026 fanns totalt 76 anmälningar rapporterade, varav 35 stycken var ej hanterade i systemet. Merparten av ärendena som inte är avslutade är dubletter i systemet och ett mindre antal är ärenden som är avslutade utan åtgärd. De flesta ärendena rör konflikter i verksamheten som igensatta lås, otrygg arbetsmiljö, spridning av rykten med mera. Det förekommer även vissa mer ”vardagliga” händelser, exempelvis att hjälpmedel saknades eller att någon stack sig på en nål. Genomgången av anmälningarna visar att ärenden som handlar om konflikter har minskat markant sedan årsskiftet.

Tvister

Tre arbetsrättsliga tvister har initierats med hänvisning till diskrimineringslagstiftningen. Samtliga avser påstådda brott mot diskrimineringslagen, varav en av dem handlar om att hanteringen av en diskrimineringsanmälan har varit bristfällig och inte har hanterats inom föreskriven tid. Det har inte gått att identifiera IA-anmälningar som direkt kan kopplas till dessa tvister. Tvisterna pågår fortfarande (2026-02-19).

Arbetsrättsrättsliga åtgärder

Under hösten erbjöds fem medarbetare förflyttningar inom avdelningen utifrån arbetsmiljösituationen på Granliden. Två medarbetare bytte till nya tjänster på olika

boenden och tre valde att stanna kvar. Inga arbetsrättsliga åtgärder har vidtagits under perioden då det inte funnits händelser som kunnat kopplas till detta.

Period 3: 19 december – februari 2026

Beslut om samordningsgrupp

Den 19 december 2025 hölls ett internt möte gällande Granlidens vård- och omsorgsboende. Situationen bedömdes vara hanterbar över jul- och nyårsperioden utan risk för verksamheten. Under mötet beslutade förvaltningsdirektören att fler åtgärder skulle göras efter helgerna och att en samordningsgrupp skulle bildas.

Samordningsgruppen skapades för att skapa ett mer strukturerat och koordinerat arbetssätt, stärka det ordinarie linjearbetet och tydliggöra ansvarsfördelningen inom organisationen.

Att gruppen inte kunde starta tidigare berodde på att Göteborg under inledningen av januari drabbades av omfattande snöoväder vilket påverkade både staden och förvaltningens verksamheter i stor utsträckning. Förvaltningen befann sig då i ett krisläge med fokus på att hantera de akuta konsekvenserna av väderläget. Aktiveringen av samordningsgruppen fick därför senareläggas till den 14 januari.

Samordningsgruppens arbete

Samordningsgruppen har samlat kompetenser från olika funktioner för bidra till helhetssyn och säkerställa att behov, risker och möjliga åtgärder kan bedömas ur flera perspektiv samtidigt. Samordningsstaben har bestått av representanter från HR, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS), verksamhetschef och avdelningschef för vård- och omsorgsboende samt utredare/ansvarig funktion för visselblåsning. Därutöver har förvaltningscontroller, nämndsekreterare samt funktioner för säkerhet och kommunikation ingått i staben, medan registrator och förvaltningsjurist har bidragit med stöd till samordningsstabens arbete.

Det är samordningsgruppen som har genomfört en samlad utredning av de uppgifter som framkommit. I den här rapporten redovisas samordningsgruppens genomförande, bedömningar och resultat samt de åtgärder som vidtagits eller föreslås med anledning av utredningen.

Utökning av väktarrondering

Från och med den 23 december beslutades att väktare skulle rondera dygnet runt på

Granlidens område. Syftet med förändringen var att minska risken för skadegörelse framför allt kring parkeringen.

Visselblåsartips nr 3

Den tredje visselblåsningen kom den 10 december och innehöll uppgifter om konflikter och brister inom verksamheten. Bland annat att läkemedel ska ha hanterats utan giltig läkemedelsdelegering, påstått grovt våld mot hyresgäst, allvarliga beteenden samt att medarbetare utsatts för sexuella trakasserier.

Uppgifterna om läkemedelshantering utreddes av enhetschef på boendet, medan påståenden om grovt våld utreddes med stöd av SAS, som även undersökte koppling till tidigare Lex Sarah-utredning. Uppgifter om sexuella trakasserier hanterades enligt gällande rutin för arbetsmiljö och personalärenden. Förvaltningen genomförde även intervjuer med nyckelfunktioner inom verksamheten, hälso- och sjukvården samt chefer. En genomgång gjordes av avvikelserapporter och Lex Sarahdokumentation.

Granskningen visade att läkemedelshanteringen gällde en tidigare medarbetare som felaktigt antagit att tidigare delegering fortfarande var giltig. Påstått grovt våld kopplades till en situation där åtgärder vidtogs för att förhindra skada på andra hyresgäster och medarbetare. Avvikelsen har bedömts som ett missförhållande, då verksamheten har brustit i att förebygga och systematiskt arbeta för att undvika att denna typ av situation uppstår. Det fanns inga ytterligare avvikelser eller rapporter som motsvarade övriga uppgifter i tipset.

Visselblåsartips nr 4

Den fjärde visselblåsningen kom den 5 februari 2026 med uppgifter om att namngivna medarbetare kan ha arbetat på annan arbetsplats samtidigt som de varit anställda på Granlidens vård- och omsorgsboende. Uppgifterna är utredda och återkoppling är lämnad till stadsledningskontoret i enlighet med gällande rutin. Den inkomna visselblåsningen är inte helt färdigställd av stadsledningskontoret.

Mejl med fiktivt namn

Förvaltningen har mottagit flera synpunkter och mejl från både anonyma avsändare och identifierbara medarbetare. Synpunkterna har skickats till förvaltningen via e-post samt till nämndens ledamöter och förvaltningsdirektören vid flera tillfällen under perioden. Innehåll i mejlen har till stor del rört anklagelser, påståenden om enskilda medarbetare, kritik mot medarbetare och chefer, och frågor kring arbetsmiljö och verksamheten.

Förvaltningen har bekräftat mottagandet av samtliga mejl och säkerställt att innehållet tas om hand inom befintliga rutiner för synpunkter, arbetsmiljöfrågor och klagomål. Samordningsgruppen har systematiskt gått igenom all information som inkommit via mejl, kontaktcenter och andra kanaler, analyserat innehållet och samordnat utredningsåtgärderna. Detta för att säkerställa att inget underlag har förbisetts och att hanteringen har varit samlad, strukturerad och rättssäker.

Arbetsrättsliga åtgärder/processer

Under utredningstiden har fyra medarbetare varav en chef stängts av från sitt arbete. Dessa är fortsatt avstängda och den arbetsrättsliga processen fortgår enligt

plan. Arbetsrättsliga processer och eventuella åtgärder hanteras utanför utredningen om Granliden och i den särskilda ordning som finns för det kopplat till gällande lagstiftning.

Skadegörelse

Under perioden från 19 december till och med januari 2026 har en polisanmälan registrerats. Förvaltningen har gjort polisanmälan för varje skadegörelse och hot som kommit till kännedom.

Avvikelserapportering

Genomgång av avvikelser från 1 januari 2025 fram till och med 31 december 2025 visar att verksamheten inte avviker i rapporteringsgrad jämfört med andra boenden. De brister som identifierats inom avvikelshantering kan inte kopplas till visselblåsningarna. Utredningen visar att problemen är mer generella och speglar utmaningar som även andra verksamheter inom förvaltningen upplever.

Som del av utredningen har rapporteringen av avvikelser enligt Lex Sarah och Lex Maria sammanställts. Under perioden 1 januari till 31 december 2025 har nio händelser inträffat som rapporterats som möjliga missförhållanden. Av dessa bedöms majoriteten inte utgöra missförhållanden enligt Lex Sarah. Inga Lex Maria-ärenden har rapporterats. Två är bedömda som missförhållande. Ingen av händelserna bedöms som allvarligt missförhållande och har därför inte anmälts till IVO. Dokumentation av vidtagna åtgärder är ett identifierat utvecklingsområde.

Anhörigträffar

Hyresgäster och närstående informerades i mitten av januari 2026 skriftligt om situationen och vidtagna åtgärder. Två anhörigträffar för hyresgäster och närstående hölls den 22 och den 26 januari 2026. Syftet med mötena var att ge en bild av vad som har hänt på boendet, vilka åtgärder som vidtagits och framför allt att ge möjlighet att ställa frågor, både i helgrupp och enskilt. Ytterligare två anhörigträffar är planerade, nästa anhörigträff är den 26 februari.

Information till nämnd

Presidiet fick första information om situationen på Granliden via mejl den 19 december. Bedömningen då var att situationen på boendet var hanterbar och att mer information skulle ges vid nästkommande ordinarie nämndmöte (i januari 2026). Ytterligare information om läget gavs muntligen på årets första presidiummöte 13 januari.

Förvaltningsdirektör bjöd därefter in till extrainsatt möte med presidiet och en enskild nämndledamot 14 januari 2026 efter att ett mejl skickats till den gruppen politiker. Vid mötet gavs information om uppgifterna i mejlet och hur förvaltningen hanterar frågan.

Uppdateringar om läget på Granliden har sedan presenterats på nämndens möten 27 januari och 3 februari. Skriftlig information har därefter skickats ut vid behov.

I förvaltningens ordinarie uppföljningsrapporter (mars, augusti och årsrapport) informeras nämnden kontinuerligt om vilka tips till visselblåsarfunktionen som har inkommit.

Förstärkning av chefer

För att stärka tryggheten och stabiliteten på Granliden har chefsnärvaron förstärkts genom att tre enhetschefer har flyttats dit från andra vård- och omsorgsboenden. Ytterligare stöd ges av en chef på deltid. Åtgärderna syftar till att öka tillgängligheten, tydliggöra ledarskapet och ge stöd till medarbetarna. Enhetscheferna arbetar även under kvällar och helger för att följa upp verksamhet, bemanning, schemaläggning och finnas tillgängliga för medarbetare och hyresgäster.

Desinformation

Under utredningen har ett omfattande flöde av desinformation, e-post, klagomål och meddelanden via privata kanaler förekommit, vilket har försvårat arbetet. Det har konstaterats att rykten och felaktiga uppgifter spridits av enskilda personer. Påståenden som framkommit har inte kunnat styrkas och kan därför inte betraktas som verifierade. Det har bidragit till ökad komplexitet i ärendet. Samtliga inkomna ärenden har registrerats och hanterats. Flera berörda medarbetare har polisanmält spridning av påståenden och anklagelser som kan utgöra förtal. Två av de mejl som nämnts ovan har inkommit från annan kommun, där det har påståtts att en medarbetare ska ha arbetat. Uppgifterna har utretts men har inte kunnat styrkas.

Etablerad och löpande kontakt med polismyndigheten

I samband med utredningen och den löpande uppföljningen har en aktuell lägesbild tagits fram. Kontakter har etablerats med Polismyndigheten och ett samordnande möte hölls den 19 januari 2026. Det finns flera polisanmälningar kopplade till händelser vid boendet. Förvaltningen är inte målsägande i dessa ärenden och har därför inte insyn i hur dessa fortskrider.

Kontakt med SKR

Delar av samordningsgruppen och förvaltningsdirektören har haft ett möte med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), den 13 februari, för dialog om den uppkomna situationen. Syftet med mötet var erfarenhetsutbyte samt att diskutera eventuell möjlighet till stöd i det fortsatta arbetet.

Medial uppmärksamhet

Sedan i januari har händelserna på Granliden varit uppmärksammade i både lokal som nationell media. Förvaltningen har svarat på alla intervjuförfrågningar, hanterat dessa skyndsamt och enligt rutin. Under januari var det ett särskilt stort medialt intresse.

Analys och diskussion

Situationen på Granliden bedöms vara ovanlig och komplex. Kombinationen av för få chefer, hög arbetsbelastning, otillräcklig samordning mellan chefsnivåer och stödfunktioner, och högt informationsflöde präglad av svårigheten att avgöra riktigheten i informationen har skapat en situation som organisationen inte fullt ut varit rustad för.

Utredningen visar att tidigare och tydligare agerande sannolikt hade begränsat problematikens omfattning.

Här nedan följer utredningens slutsatser. I bilaga 1 – Åtgärdsplan Granlinden beskrivs åtgärder som görs framåt.

Hyresgästernas vård och omsorg har varit god

Det finns inga tecken eller grund för att hyresgäster ska ha farit illa med anledning av situationen vid Granliden. Detta beskriver både hyresgäster och närstående i de samtal som chefer och medarbetare har löpande i vardagen. Tvärtom vittnar många närstående att de är nöjda med den omvårdnad som deras anhöriga får. Medarbetare berättar att de är stolta över sin arbetsplats och är måna om att hyresgästerna har det bra. Utredningen ger inga belägg för att hyresgäster har haft en bristande omvårdnad eller att omsorgsinsatserna inte hållit tillräcklig kvalitet, inte heller uppföljningen av avvikelser visar på detta

Förvaltningen har fokuserat på att säkra hyresgästernas vård och omsorg, att denna håller hög kvalitet och att man bemöts med professionalitet av medarbetare. Att hyresgäster kan ha märkt av att medarbetare påverkats av arbetsmiljön och den situation som varit kan dock inte uteslutas.

De identifierade problemen i utredningen handlar om organisatoriska, strukturella och arbetsmiljömässiga förhållanden och kan inte kopplas till utförandet gentemot hyresgästerna. Av de missförhållanden som rapporterats in genom olika kanaler till förvaltningen har två visat sig vara missförhållanden enligt Lex Sara. En handlar om ett missförhållande och den andra pekar på avsaknad av förebyggande arbete.

Låg chefstäthet och bristande förutsättningar

En låg chefstäthet och chefsnärvaro under hösten i kombination med ett för högt antal medarbetare har inneburit att enhetschefen har saknat förutsättningar för ett nära ledarskap. Att vara närvarande och synlig i verksamheten ökar möjligheten för chefen att arbeta proaktivt och tidigt fånga upp signaler om arbetsmiljöproblem. Enhetscheferna har inte haft tillräckliga förutsättningar för att utföra sitt uppdrag.

Att rekrytera chefer med rätt kompetens är inte lätt och ska göras med noggrannhet. Att fatta beslut om att inte gå vidare med kandidater som inte uppfyller kravprofilen är i sig ett korrekt beslut. Men i detta fall tog det för lång tid att starta upp rekryteringsprocessen på nytt och att se över andra lösningar för att i ett mycket tidigare skede möjliggöra för tre chefer på plats.

Att ha chefer på plats under kvällar och helger har visat sig spela stor roll för trygghet och närvaro. En slutsats som kan dras är att ett närvarande ledarskap innebär att chef är på plats på samma tider som sina medarbetare. Närvaron gör det möjligt att möta upp medarbetare, hyresgäster och närstående för dialog.

Som chef behöver det vara tydligt med ansvar, mandat och befogenheter i uppdraget. Utredningen visar att dessa behöver förtydligas då det vid några tillfällen funnits oklarheter om vem som skulle svara för och följa upp avvikelser. Att inte veta om man som chef har mandat att agera eller vem som ska fatta beslut bidrar till osäkerhet och minskad handlingskraft.

Ytterligare en slutsats är att när fokuset i för hög utsträckning är på den formella rapportering och uppföljning som sker i systemen finns en risk att komplexa situationer hanteras administrativt snarare än genom tidiga, kvalitativa insatser. Nuvarande arbetssätt med stort administrativt fokus riskerar att begränsa förutsättningarna för ett mer närvarande ledarskap .

Stöd och samordning skedde för sent

I arbetet med utredningen framkommer indikationer på en organisatorisk kultur där självständighet och förmågan att "klara sig själv" som chef i alla led har värderats högt. En sådan kultur kan på kort sikt uppfattas som handlingskraftig, men riskerar på längre sikt att motverka tidig eskalering, kollegial dialog och gemensamt ansvarstagande. Konsekvensen av att som chef under längre tid förväntas eller tro sig behöva hantera komplexa situationer på egen hand kan leda till att behovet av stöd, samverkan och rätt kompetens tillgodoses för sent.

I situationen på Granliden visar utredningen att vid varje enskild händelse har enhetschef hanterat enligt ordinarie strukturer och satt in åtgärder i tron om att hanteringen var tillräcklig. När den yttre påverkan som synpunkter och mejl med desinformation ökade, blev det tydligt att det krävdes en annan hantering. Även stödfunktioner har agerat och gjort det som ligger inom ramen för det ordinarie arbetet. Men samordningen mellan professioner hade behövts tidigare och nya arbetssätt behöver komma till stånd för att tidigare etablera samverkan.

Avvikelsehantering och hantering av IA-anmälningar (tillbud och arbetsskador)

Utredningen visar att avvikelssystemet i vissa fall har använts av ett begränsat antal individer som ett sätt att uttrycka missnöje snarare än att rapportera faktiska avvikelser. Här har rapporterats händelser och anklagelser mot specifika medarbetare som inte går att styrka och där motivet till deras agerande fortfarande är oklart.

Vid en samordnad genomgång av avvikelser och IA-anmälningar har ingen koppling kunnat göras eller något som visat faktiska missförhållanden i vardagen. De har bidragit till ökad administrativ belastning och risk för en missvisande bild av verksamheten samt en ökad spridning av felaktig information.

Vikten av att ha en kultur där det är legitimt och förväntat att agera tidigt, korrekt och med rätt kompetens kan inte nog understrykas. Tidig samverkan, gemensamt ansvarstagande och kvalitetssäkrade insatser är avgörande för att förebygga eskalering och säkerställa en hållbar verksamhet.

Brister i information och kommunikation

Förvaltningen har genomfört en genomlysning av informationsvägar och rutiner mellan verksamhet, förvaltning och nämnd, med fokus på hur allvarliga händelser, konflikter och arbetsmiljörisker rapporteras och hanteras. Genomlysningen visar att det i huvudsak finns etablerade och fungerande strukturer men att behov finns av förtydliganden kring direktkontakter, hantering av synpunkter samt återkoppling mellan politisk nivå och verksamhet. Analysen har omfattat rutiner för ärendeberedning, kvalitetssäkring av beslutsunderlag, löpande rapportering vid nämndsammanträden samt information till presidiet mellan sammanträden vid behov. Genomlysningen visar att strukturen i grunden är ändamålsenlig men att den förutsätter att etablerade kanaler används konsekvent.

Hyresgäster, närstående, medarbetare, fackliga representanter och nämndens förtroendevalda upplevde brist på information. Personalärenden och arbetsmiljöfrågor på enhetsnivå brukar vanligtvis inte kommuniceras mer än med de som berörs, fackliga och ansvariga chefer. Som arbetsgivare finns också en skyldighet att värna medarbetares integritet. Däremot blev det tydligt att situationen på Granliden kom till en sådan omfattning att en ny bedömning av kommunikationsbehovet borde gjorts betydligt tidigare. Information om situationen på Granliden borde ha förmedlats tidigare till alla målgrupper som nämns ovan.

I efterhand är det enkelt att se när informationsbehovet växte och då skulle förvaltningen agerat tidigare och mer proaktivt.

Hur och när information förs vidare i organisationen baseras på bedömning i varje enskilt fall. Det är chefens ansvar att informera sin chef om det den behöver ha kännedom om. Det gäller samtliga chefsled från enhetschef till verksamhetschef till avdelningschef vidare till förvaltningsdirektör och nämnd. Samtidigt behöver den mottagande chefen lyssna och skapa förutsättningar för detta att vara möjligt. När båda dessa fungerar finns bra förutsättningar för information att flöda upp och ner i beslutshierarkin. I det här avseendet har organisationen brustit i flera led i bedömningen om när informationen ska föras vidare.

Slutsatser och vägen framåt

Det finns ett stort lärande i allt som har hänt vid och runt Granliden. Att ställas inför en ny situation som förvaltningen inte tidigare har mött prövar organisationens förmåga att snabbt ställa om, tänka nytt och hitta lösningar på oväntade utmaningar. Sådana händelser synliggör både styrkor och de områden som behöver utvecklas och ger värdefulla insikter för framtiden.

Sammanfattning av utredningens slutsatser

- Hyresgästernas vård och omsorg har varit god
- För få chefer på plats i verksamheten
- Bristande förutsättningar för nära ledarskap
- Bristande hantering och uppföljning avvikelser och tillbud
- För sen samordning av kompetenser och funktioner
- Bristande kommunikation och information

Utredningen visar att en del av den uppkomna situationen handlar om ett fåtal individer som agerat på ett olämpligt vis med att systematiskt använda olika kanaler för att försöka påvisa missförhållanden och att peka ut personer som delaktiga i de missförhållanden som lyfts fram. Att på detta sätt missbruka systemen där misstag, felaktigheter och missförhållanden ska rapporteras är att störa den demokratiska processen.

Chefernas och medarbetarnas förutsättningar utgör grunden för vår förmåga att bedriva en god vård och omsorg. När medarbetare har rätt kompetens, rimliga arbetsvillkor och ett tydligt stöd i sitt uppdrag skapas trygghet både för dem själva och för de hyresgäster som de möter varje dag.

Att vara fler medarbetare som arbetar nära omsorgen är därför en nödvändighet. Det handlar inte bara om antal, utan också om att kontinuerligt utveckla kunskap och kompetens. Genom utbildning, erfarenhetsutbyte och reflektion i vardagen byggs en stabil grund som gör verksamheten mer hållbar över tid.

För chefer är rimliga förutsättningar avgörande. Att ha ett hanterbart antal medarbetare skapar möjlighet att vara närvarande i verksamheten tillsammans med både medarbetare och hyresgäster. När ledarskapet finns nära det dagliga arbetet stärks dialogen, förståelsen och förmågan att fatta välgrundade beslut. Detta gäller i alla chefsled och mellan chefer. Att ha en väl utvecklad kollegial kultur och en nära och tät dialog med överordnad chef ger goda förutsättningar att omhänderta utmaningar, stödja och lära av varandra i vardagen.

Slutligen behöver förvaltningen fortsätta utveckla styrning och ledning. En modell som bygger på ett närvarande ledarskap med tydliga mandat och med fokus på uppföljning



och återkoppling snarare än detaljkontroll via olika system. Genom att visa förtroende och samtidigt följa upp resultat på ett strukturerat sätt läggs grunden för en verksamhet som är både kvalitativ och flexibel.

Sammantaget ger erfarenheterna från Granliden en tydlig riktning framåt: förbättra förutsättningar för chefer och medarbetare, satsningar på kompetens och närvaro i verksamheten är avgörande för att möta framtidens utmaningar med trygghet och kvalitet.