

# Granskning Gagnef

## Rapport ETT (1)

### 25/1-2022

#### Förord

Granskningen görs på Gagnefs kommuns vård- och omsorg, både på det utförda arbetet och arbetsmiljön. Fokus har legat i första hand på äldreomsorg och hemsjukvård, i andra hand förekommer socialtjänsten. LSS har inte legat i fokus men har bitvis även granskats. Granskningen fick sin början i att lokaltidningen hade skrivit om IVO-anmälda händelser i kommunens vård- och omsorg. Intresserade, begärde Nya Dalälvens Tidning (NDT) ut anmälningar och klagomål i flera etapper därefter samt uppmanande folk höra av sig om de hade upplevelser eller synpunkter på kommunens arbete. NDT har nu skrivit flera artiklar om granskningen där vi tagit upp olika aspekter men vi har ännu inte publicerat en större sammanställande artikel/rapport. Med detta arbete ämnar vi dock att göra detta. Förhoppningen med denna rapport är att det får positiva konsekvenser för kommunens omsorgstagare, att rutiner förbättras, kompetensen skärps och arbetsmiljön blir acceptabel. Det sagt hoppas vi att läsaren får en bättre insikt i ämnet.

**Granskare: Roberth Björk**  
roberth.bjork@flodaonline.se  
Nya Dalälvens Tidning  
flodaonline.se

#### Underlag, förtydliganden och annan information

Underlaget för granskningen kommer från handlingar som begärts ut från flera olika myndigheter och täcker åren 2016-2021, tillsammans med vittnesmål från omsorgstagare, anhöriga och personal. Granskningen i denna första rapport kan sägas vara ofullständig och kommer utökas över tid. Underlaget bygger dock inte på vad Gagnefs kommun själva lämnat ut, då dessa handlingar sekretessmarkerats till oläslighet, granskningen uppnår då inte den kvalitet som den annars hade gjort.

Vi markerar också att det som framkommer ur denna rapport är upplevelser, det är svårbedömt om hur sanna dessa är, något definitivt svar kan i många fall vara omöjligt. Vi har ändå valt att låta det mesta komma med, osannolika allvarliga händelser som framstått som mindre trovärdiga har inte tagits med. Vidare undersöks fortfarande de allvarligaste anklagelserna och vi vill inte ta med dessa på ett oansvarigt sätt i denna första rapport. Slutligen får var och en som läser rapporten bilda sin egen uppfattning om upplevelserna verkar trovärdiga.

Flera upplevelser kan hittas under flera kategorier om de passar in under mer än en.

**FB\*:** Står för Flera Belägg. Förkortningen visas när upplevelsen stöds av flera vittnesmål eller handlingar, som vi bedömt är oberoende av varandra.

**VFB\*:** Står för Vanligt förekommande med Flera Belägg. Förkortningen visas när upplevelsen bedöms som vanligt förekommande och stöds av flera vittnesmål eller handlingar, som vi bedömt är oberoende av varandra.

**LSS\*:** Strikt hör dessa till LSS men vi redovisar de fåtal LSS-handlingar vi gått igenom under Äldreomsorg och hemsjukvård.

Andra upplevelser kan vara vanligt förekommande men saknar då flera belägg.

## Granskning av Äldreomsorg och hemsjukvård

### Del 1: Brister i det utförda arbetet

1. Personalen sätter inte brukare först
2. Slarv eller saknad kompetens
3. Kränkningar eller vanvård
4. Bristande bemötande av anhöriga

#### 1. Personalen sätter inte brukare först

**Definition:** Om personalen gynnar sig själva framför brukare eller om prioriteringen gått ut över brukarna.

**VFB\*:** Flera vittnesmål från både anhöriga och personal berättar om att när anhöriga eller besökande underhållning är på äldreboendet dras personalen sig undan och tar sig fika.

**VFB\*:** Vittnen menar att ingen ur personalen tar ett större övergripande ansvar, inte heller chefen inger förtroende och ansvarstagande.

**FB\*:** Rummen på äldreboendet städades inte acceptabelt enligt anhörig, vidare kunde skitiga blöjor och smutsvätt ligga på golvet.

När personalen inte hinner få upp alla boende på morgonen går man istället på fika, så en rullstolsbunden boende får då komma upp först runt kl. 11, den boende har heller inte fått frukost förrän den kommit upp. Den boende hade då inte ätit på minst 12 timmar, sannolikt mer.

En annan rullstolsbunden icke-kommunikativ boende kunde bli liggande hela dagarna beroende på vilken personal som jobbade, fick då mat och blöjbyte i sängen istället.

När personalen fikar bortprioriteras larm från boende, flera gånger kunde larm ignoreras och en boende kan ha farit illa när hjälp inte kom i tid enligt ett vittne.

Personal hjälpte inte till att tömma sopor på en boendes rum utan anhöriga uppmuntrades tömma själva.

Personalen kunde håna boende när den boende inte var närvarande, om man uppfattade de som jobbiga kunde man önska något negativt hände denne eller att klaga på att de larmade för ofta.

Personal ville inte byta ut ett par nedpissade byxor på en dement boende utan de kunde sitta kvar tyckte man. Personalen tyckte annars om de var jätteblöta kunde byxorna torkas på ett element.

En boende fick nöja sig med blöjbyte och mat i sängen under (minst) flera veckor, för andra i personalen tyckte att den boende var för utåtagerande för annat.

Personalens arbetstider tilläts styra när de boende skulle lägga sig, en boende sorgset hävdade att denne gör som personalen säger och rättar sig efter det.

Fast personal trots att man skulle läsa rapporter om boende sen man jobbade sist lät bli att göra detta, ville timanställd göra detta blev det konstig stämning.

Praktikant vittnar att denne ensam fick duscha en brukare som haft inkontinens medan fast personal satt kvar på kontoret, en ur personalen hälsade på praktikanten som var fullt upptagen att städa själv och gick sedan iväg igen.

**LSS\*:** Kommunen anmäls då den försökt detaljstyra en persons personliga assistans samt för mycket bristfällig handläggning i ärendet.

## 2. Slarv eller saknad kompetens

**Definition:** Om personalen begått fel av oaktsamhet, bekvämlighet eller saknar kompetens för uppgiften.

**FB\*:** Boendes rum hade inte städats och skitiga kläder hade lagts tillbaka bland rena kläder.

Det fanns schemablad för personal där dagens arbetsuppgifter fanns men personal brukade ta för vana att göra som de ville ändå, så struktur saknades till stor del.

Timanställd frågade fast personal om rutiner kring multiresistenta bakterier och Lex Sarah-anmälan, dessa hade ingen aning.

Boende som hade ont vittnade om att sjuksköterska lovat att kolla på dennes kateter men då denne åter påtalar smärta till undersköterska har sjuksköterskan redan åkt hem för dagen. Undersköterskan slutar också vid detta tillfälle och saknade kunskap om det nya dokumentsystemet. Muntlig rapport gavs då istället till kvällspersonalen, oklart om uppföljning gjordes.

Timanställd misstänkte att det fuskades med rehabiliteringslistor, eftersom när denne genomförde rehabiliteringsprogrammet tog det minst 10 min, med sängläggning kom annan personal tillbaka efter bara 5 min. Fusket kan ha lett till förvärrad muskelstelhet.

Maten serverades utan sås, eftersom ingen hade kontrollerat att sås skickades från köket, köket menade att man hade mindre ordning på saker nu än tidigare. Anställd påtalade att maten inte var "ätbar", så anhörig fick annan mat än den de äldre fick.

Gammal dryck fick stå framme i flera dagar på den boendes rum, disk diskades inte.

Personal uppfattades av anhöriga som osäkra och rädda att göra fel när de tillfrågades varför de inte såg till den boende på rummet.

Personal bad anhöriga att utvärdera insatser vid palliativ vård istället för att göra detta själva.

**LSS\*:** Utredning bristfällig i att den inte tagit in allt underlag som behövs för en fullgod bedömning enligt yttrande, utredningen behövde kompletteras efter överklagan. Brukare fick inte se utredningen i sin helhet innan den avslutades och kunde därför inte komma med synpunkter i tid.

## 3. Kränkningar eller vanvård

**Definition:** Handlingar som kränkt en brukare, fysiskt så väl som att inte respektera dennes rättigheter. Vidare handlingar som brukaren tagit skada av, psykiskt, socialt eller fysiskt.

**FB\*:** Rummen på äldreboendet städades inte acceptabelt enligt anhörig, vidare kunde skitiga blöjor och smutsvävt ligga på golvet.

När personalen inte hinner få upp alla boende på morgonen går man istället på fika, så en rullstolsbunden boende får då komma upp först runt kl. 11, den boende har heller inte fått frukost förrän den kommit upp. Den boende hade då inte ätit på minst 12 timmar, sannolikt mer.

En annan rullstolsbunden icke-kommunikativ boende kunde bli liggande hela dagarna beroende på vilken personal som jobbade, fick då mat och blöjbyte i sängen istället.

När personalen fikar bortprioriteras larm från boende, flera gånger kunde larm ignoreras och en boende kan ha varit illa när hjälp inte kom i tid enligt ett vittne.

Personalen kunde håna boende när den boende inte var närvarande, om man uppfattade de som jobbiga kunde man önska något negativt hände denne eller att klaga på att de larmade för ofta.

Personal ville inte byta ut ett par nedpissade byxor på en dement boende utan de kunde sitta kvar tyckte man. Personalen tyckte annars om de var jätteblöta kunde byxorna torkas på ett element.

En boende fick nöja sig med blöjbyte och mat i sängen under (minst) flera veckor, för andra i personalen tyckte att den boende var för utåtagerande för annat.

Personalens arbetstider tilläts styra när de boende skulle lägga sig, en boende sorgset hävdade att denne gör som personalen säger och rättar sig efter det.

Anhörig vittnar att utomstående organisation besökte äldreboendet och filmade de boende som inte frågades om lov. Den utomstående organisationen hänvisade att tillstånd gavs av personal men personalen kunde inte säga vem som gjort detta. Oavsett, måste samtycke ges av de som filmas i vad som är deras hem. Den anhöriga upplevde detta som kränkande.

Anhörig upplevde att personalen inte bytte kläder på den boende tillräckligt ofta, byte skedde först då anhöriga påtalat detta och lagt fram nya kläder.

Efter inläggning på sjukhus fick anhörig reda på att boende var mycket röd under bröst och ljumskar, personalen på äldreboendet hade inte genomfört hygien.

När boende dog saknade den personal som då jobbade erfarenhet eller träning i att ta hand om dödsfall, anhöriga fick hjälpa till.

Boende blev bestulna på pengar i deras rum på äldreboendet, händelsen Lex Sarah-anmäldes.

**LSS\*:** Utredning bristfällig i att den inte tagit in allt underlag som behövs för en fullgod bedömning enligt yttrande, utredningen behövde kompletteras efter överklagan. Brukare fick inte se utredningen i sin helhet innan den avslutades och kunde därför inte komma med synpunkter i tid.

#### **4. Bristande bemötande av anhöriga**

**Definition:** Personal som inte bemött anhöriga på ett acceptabelt sätt.

**FB\*:** Lägre chef sitter oengagerad under möte med anhöriga, lovar uppföljning och svar på frågor. Svar fås först 2-3 veckor efter utlovat datum då anhöriga hör av sig igen.

Personal hjälpte inte till att tömma sopor på en boendes rum utan anhöriga uppmuntrades tömma själva.

Anhörig fick tillåtelse att besöka äldreboende efter pandemins besöksförbud av en chef men den anhörige blev utskäld över telefon av en annan chef för att den hade besökt.

Boende fick papper att fylla i om hur denne ville ha det på äldreboendet, detta papper lämnades framme för att fortsätta fyllas i senare men det försvann och ingen hörde av sig trots att det inte var färdigfyllt.

En sjuksköterska som blivit sur på anhörig efter att den tidigare krävt att en boende ska undersökas smäller igen en dörr när denne träffar den anhörige.

Högt uppsatt chef i kommunen pratar med anhörig, som säger att det är beklagligt men att denne får så mycket att göra efter klagomålen. Anhörig tycker det är dåligt att hon ska behöva påpeka vad chefen borde ha gjort själv.

Kommunen gav inget ordentligt svar till anhöriga efter boendes bortgång fast sådant efterfrågades.

När anhörig vakade fick denne inte information om att kvällsmedicin inte hann ges utan att nattsköterskan skulle göra detta istället, vilket orsakade onödig oro hos den anhöriga.

## 5. Utebliven eller försenad service

***Definition:** Om service som brukare är berättigad till uteblir eller försenas för andra anledningar än bekvämlighet eller att personalen prioriterar sig själva. Andra anledningar inkluderar resursbrist.*

**FB\*:** Boendes rum hade inte städats och skitiga kläder hade lagts tillbaka bland rena kläder.

Högtidsfika försenades pga. personalen inte hunnit till, istället för mitt på dagen blev fikaten på kvällen.

Anhöriga var rädda att ingen personal kunde agera vak om de inte var där, delvis därför vågade de inte lämna döende brukare ensam.

Viss utrustning för palliativ vård saknades på äldreboendet enligt anhörig, vissa insatser blev lidande pga. detta.

## Del 2: Brister i arbetsmiljön

1. Otillräcklig information för personalen
2. Skaderisker för personal
3. Bristande ledarskap
4. Bristande bemötande och mobbning

### 1. Otillräcklig information för personalen

***Definition:** Personal som inte informerats om rutiner, utrustning, villkor, brukares behov eller annan information till nytta i arbetet.*

**VFB\*:** Enhetliga standarder för personalen verkade saknas enligt flera vittnen då många utförde arbetet på olika sätt.

**FB\*:** Bristfällig eller nästan icke-existerande introduktion och genomgång för personal i både äldreomsorgen och hemsjukvården. I äldreomsorgen bestod introduktionen på en ny arbetsplats av två-tre dagar, den saknade struktur och enligt vittne var det mer av att bara fråga sig fram. Timanställd vittnar att ingen genomgång gjordes av pappersarbetet och om det behövde göras något där. Ingen genomgång gjordes av utrustningen, nycklar eller larmsystem. Ingen genomgång gjordes av de individuella behoven som de boende hade och hur man bäst kunde hjälpa. I hemsjukvården var det likadant men tillfrågades annan personal så uteblev svar och man bollades runt mellan kollegor som ingen hade tid eller vilja att svara.

Timanställd fick inte veta sjukdomsproblematiken hos boende och kunde heller inte anpassa omsorgen efter denna. Timanställd kände att dess utbildning och kunskap gick förlorad.

## 2. Skaderisker för personal

**Definition:** Risker som kan ha lett till att personal skadat sig.

Personal med allergi nonchalerades och fick besöka brukare där allergen förekom.

Timanställd fick ingen genomgång hur hotfulla brukare skulle hanteras och blev senare hotad av en boende, blev avbytt av personal som kände den boende bättre. Viss personal hade vägrat vara inne hos den boende.

I pandemins början saknades skyddsutrustning, visir skulle återanvändas av hela personalen med rengöring med handsprit emellan.

## 3. Bristande ledarskap

**Definition:** Chefer som brustit i sitt ledarskap att styra verksamheten, så att kvaliteten eller arbetsmiljön försämrats.

**VFB\*:** Det saknades ledarskap på lokal nivå för att se till att rutiner fanns, kändes till och att de faktiskt efterföljdes. Detta enligt vittnande anhöriga och anställda.

**FB\*:** Efter att timanställda blivit anklagade för problem eller fel i arbetet har dessa inte fått förklara eller försvara sig utan bara fått sparken.

Chefer var oförmögna att samtala med personal som man upplevde hade problem, chefer har vid flertal tillfällen undvikit att prata med berörda personer och inte gett förklaringar.

Chefer pratar samman på kommunal nivå om anställd och avfärdar denne, att sådant samtal förkommit kommunicerades inte till anställd utan bara efter att denne frågat runt.

På möte mellan facket, sparkad personal och chefer ville inte cheferna veta av andra medarbetares felsteg, detta upplevdes som ett frikort för andra anställda.

Anhörig fick tillåtelse att besöka äldreboende efter pandemins besöksförbud av en chef men den anhörige blev utskäld över telefon av en annan chef för att den hade besökt. Den bristande ledarskapsaspekten är att det saknades konsensus bland cheferna som ledde fram till denna händelse.

#### 4. Bristande bemötande och mobbning

**Definition:** Medarbetare eller chefer som inte bemött kollegor på ett acceptabelt sätt eller som mobbat andra i arbetet.

**FB\*:** Timanställda upplevde utfrysning av fast personal och att de ogärna ville ha med en att göra. Fast personal var oförmögna att ta upp saker de tyckte var problem, det lät hellre de timanställda begå fel i arbetet. Däremot pratade man mycket bakom berörda personers ryggar och klagade till chefer.

**FB\*:** Efter att timanställda blivit anklagade för problem eller fel i arbetet har dessa inte fått förklara eller försvara sig utan bara fått sparken.

Tillfrågades personal om hur arbetet skulle utföras i hemsjukvården så uteblev svar och man bollades runt mellan kollegor som ingen hade tid eller vilja att svara.

Chefer var oförmögna att samtala med personal som man upplevde hade problem, chefer har vid flertal tillfällen undvikit att prata med berörda personer och inte gett förklaringar.

Fast personal tog inte hjälp av timanställd utan tog bara hjälp av annan fast personal, den timanställda fick då heller inte lära sig mer om sina arbetsuppgifter.

Chefer pratar samman på kommunal nivå om anställd och avfärdar denne, att sådant samtal förkommit kommunicerades inte till anställd utan bara efter att denne frågat runt.

Fd. anställd blev utskälld vid möte mellan facket och chefer på kommunen, som la all skuld på den fd. anställda, kommunen var inte intresserad av att höra sitt eget ansvar.

Vad som framkommit av ett vittne och jämförelse vi gjort med dokument som begärts ut framstår det som att annan personal ljugit i skrift om händelseförlopp. Vittnet kan förstås ha felaktigt återgett förloppet men flera omständigheter stärker vittnets trovärdighet.

Praktikant vittnar att denne ensam fick duscha en brukare som haft inkontinens medan fast personal satt kvar på kontoret, en ur personalen hälsade på praktikanten som var fullt upptagen att städa själv och gick sedan iväg igen.

## Granskning av Bostadsanpassningen

### Del 1: Brister i det utförda arbetet

1. Personalen eller kommunen sätter inte medborgare först
2. Slarv eller saknad kompetens
3. Kränkningar

#### 1. Personalen eller kommunen sätter inte medborgare först

**Definition:** Om personalen eller kommunen gynnar sig själva framför medborgare eller om prioriteringen gått ut över medborgare.

Person i behov av bostadsanpassning anser att kommunen försöker slingra sig ut ur att hjälpa denna med bostadsanpassning genom att använda sig av en hel rad ursäkter och knep. Att personen inte

fick hjälp med detta anser denne var en del av förklaringen till att personen skadat sig i hemmet och legat flera veckor på sjukhus. Utan bostadsanpassning är personen nu fast i hemmet.

Personal har inte ens velat se på läkarintyg utan avfärdat hjälp direkt.

## 2. Slarv eller saknad kompetens

**Definition:** Om personalen begått fel av oaktsamhet, bekvämlighet eller saknar kompetens för uppgiften.

Person som begärt bostadsanpassning menar att handläggarna saknar kunskap om det, de ska bedöma. Här ingår lagkunskap och professionell expertis.

Personalen saknar realistisk uppfattning om vilken bostadsanpassning är möjlig. Det vill säga klämma in för många saker på för liten yta.

## 3. Kränkningar

**Definition:** Handlingar som kränkt en medborgare, fysiskt så väl som att inte respektera dennes rättigheter. Vidare handlingar som medborgare tagit skada av, psykiskt, socialt eller fysiskt.

Bostadsanpassningen tog foton i persons hem utan att fråga om lov, dessa användes senare av kommunen i domstol.

Att förneka och försvåra någon kommunal hjälp när denne ska tryggt kunna förvänta sig detta. Personen som varit skötsam hela livet och betalat skatt får nu i gengäld behöva strida för sin rätt istället för att tillgodose när denne redan är funktionshindrad.

# Granskning av Socialtjänsten

1. Personalen eller kommunen sätter inte medborgare först
2. Slarv eller saknad kompetens
3. Bristande bemötande av medborgare

## 1. Personalen eller kommunen sätter inte medborgare först

**Definition:** Om personalen eller kommunen gynnar sig själva framför medborgare eller om prioriteringen gått ut över medborgare.

**FB\*:** Flera skriver att de fått dåligt bemötande från socialtjänsten, vissa pratar om att de blivit utsatta för väldigt ensidiga utredningar och partiskt agerande. I ett fall upplever man att beslut har fattats innan den egna sidan ens blivit hörd. Samma personal dyker upp i dessa klagomål.

**FB\*:** Flera klagande menar att socialtjänsten håller isär föräldrar och barn och inte tillåter dessa att träffas, även om det finns domstolsbeslut på detta.

**FB\*:** Klagomål menar att kommunen inte agerat på misshandel och övergrepp i hemmet. I ett fall har kommunen enligt klagande hänvisat till en rättegång som då inte ägt rum och att man avvaktar på den.

Förälder får inte träffa sitt barn trots att föräldern nu lever under ordnade former och socialtjänsten medverkar till att undanhålla barnet enligt ett klagomål.

Socialtjänsten beslöt över telefon att skriva ut elev från skola i annan kommun för att ha inte gått till skolan, utan att ta del av skriftlig eller mera information innan detta gjordes. Hanteringen upplevdes som särbehandlande bestraffning. Skolan som gjorde orosanmälan från början gjorde ytterligare en orosanmälan då man oroade sig över vad som kommer hända eleven nu.

## 2. Slarv eller saknad kompetens

**Definition:** Om personalen begått fel av oaktsamhet, bekvämlighet eller saknar kompetens för uppgiften.

En person beskriver hur denne väntat på att få uttala sig i en utredning till socialtjänsten men där istället personen uppfattar att man i två månader bara pratat med den andra parten i ärendet. När personen själv ska höras upplever man att beslut redan har fattats.

Mejl från advokat som skickades till socialtjänsten hade inte tillförts barnens akt trots att det diskuterade domstolsbeslut relevanta till barnens situation. När detta påtalades sex månader senare lades de till akten.

Socialtjänsten menade att en dom inte var relevant fast den berörde den andra föräldern och dennes agerande med barnen.

Klagomål säger att socialtjänsten inte alls inkluderat dennes mejl i en utredning utan bara klippt och klistrat från mejlet så det fått en annan innebörd. Utredningen avslutades och behöll den felaktiga innebörden.

En utredning ska enligt klagomål sakna handlingar som det refereras till och intervjuer är inte antecknade fast de används som underlag.

Socialtjänsten har inte fört protokoll eller anteckningar över möten med en förälder.

## 3. Bristande bemötande av medborgare

**Definition:** Personal som inte bemött medborgare på ett acceptabelt sätt.

**FB\*:** Flera skriver att de inte blir tagna på allvar av socialtjänsten, i vissa fall då de säger att deras barn far illa hos den andra föräldern.

**FB\*:** Flera skriver att de fått dåligt bemötande från socialtjänsten, vissa pratar om att de blivit utsatta för väldigt ensidiga utredningar och partiskt agerande. I ett fall upplever man att beslut har fattats innan den egna sidan ens blivit hörd. Samma personal dyker upp i dessa klagomål.

Klagomål säger att socialtjänsten inte alls inkluderat dennes mejl i en utredning utan bara klippt och klistrat från mejlet så det fått en annan innebörd. Utredningen avslutades och behöll den felaktiga innebörden.

Enligt advokat ska socialtjänsten uppmanat en förälder att gå vidare och glömma tidigare händelser, där advokaten lyfter fram att dessa händelser varit traumatiserande.

Ett klagomål menar på att kommunen håller igång en utredning utan belägg, att grannar ska ha hittat på anmälningar och dessutom jobbat på socialtjänsten. Om en granne både skrivit anmälan och handlägger den borde det vara en solklar intressekonflikt.

Förälder säger att hon tappade livsgnistan och övervägde dränka sig efter att socialtjänsten sagt att hennes barn som bor hos pappan sagt att denne inte älskar mamman. När klagomålet skrevs hade föräldern inte fått någon ursäkt.

Socialtjänsten beslöt över telefon att skriva ut elev från skola i annan kommun som inte gått till skolan, utan att ta del av mer information innan detta gjordes. Hanteringen upplevdes som särbehandlande bestraffning. Skolan som gjorde orosanmälan från början gjorde ytterligare en orosanmälan då man oroade sig över vad som kommer hända eleven nu.

Elev i behov av stöd blev inkallad till socialtjänsten för att förklara sin överklagan av beslut, var rädd att tacka nej till besöket och oroad över om denne inte kunde ha med sig personal till besöket som stöd. På plats blev personalen först nekad till att sitta med men fick sedan göra detta på villkoret att denne höll tyst. Personalen ringde sedan och bad sin chef avbryta mötet eftersom det upplevdes som ett olustigt ifrågasättande av eleven och denne skulle motivera varför den behövde ha kvar stödet.

Person skriver att efter att ha ringt polisen blir hon uppmanad att kontakta socialtjänsten men eftersom hon anser att de ändå inte kommer göra något låter hon bli att kontakta dem.

Klagomål angående långa svarstider, klagande har fortfarande inte fått återkoppling på klagomål som lämnades in tre år tidigare. I ett nyare klagomål har klagande inte fått svar på nio veckor.

Förälder upplever att kommunen försvårat utlämning av en utredning gällande dennes barn.