



## Synpunkter från Gävle demensförening på Valfärd Gävles förslag till lokal demensstrategi

Gävle demensförening arbetar systematiskt och med många medel för att uppmärksamma, stödja och förbättra de demenssjukas och deras anhörigas situation. Vi uppskattar därför att vi getts möjlighet att lämna synpunkter på nu liggande förslag (utkast) till en lokal demensstrategi. Vi vill lämna följande synpunkter:

Strategin ger flera goda utgångspunkter för det fortsatta arbetet mot de mål den anger. Det är också positivt att den sträcker sig över flera år då det kan skapa goda förutsättningar för långsiktighet och kontinuitet. Samtidigt behöver den enligt vår uppfattning kompletteras. När KPMG 2024 gjorde en genomlysning av kommunens demensvård visades "*stora utvecklingsbehov*" inom tre områden: personal, kunskap och kompetens samt uppföljning och utvärdering. Dessutom "*vissa utvecklingsbehov*" gällande samarbetet med hälso- och sjukvården. Det är anmärkningsvärt då Omvårdnadsnämnden redan 2012 i sin då antagna värdighetsgaranti gett förvaltningen uppdrag att säkerställa god personalkompetens och kontinuitet, genomförandeplaner för varje individ, uppföljning av verkställigheten av beslut och samverkan mellan aktörer kring den enskildes insatser. Ändå hade man inte på de viktiga områdena lyckats genomföra det uppdrag politikerna gav.

Vi ser från den utgångspunkten en fara i att målsättningarna inte heller denna gång kan nås om inte det nu liggande utkastet kompletteras med ett antal mer konkreta klargöranden. Det gäller hur man tänker sig att arbetet mot målen ska organiseras, vilka ekonomiska medel som kan lösas och hur samverkan kring den demenssjuke ska hanteras. De som ska utarbeta den tänkta handlingsplanen måste rimligtvis få veta vad de har att spela med och vilka förutsättningar som därmed gäller för att strategins målsättningar ska uppnås. Ett antal frågor behöver alltså klargöras och redovisas i strategin. Exempel:

-Hur ser läget kring de demenssjuka ut i dag i kommunen? Här bör strategin ange en kort och samlad utgångspunkt för vad som i dag fungerar bra eller mindre bra gentemot dess respektive målsättningar. Vi tror det är nödvändigt som underlag för vilka insatser som behöver sättas in och vilka prioriteringar och delmål som kan behövas. Det behöver också fastslås en tidplan för genomförandet av strategin så att uppfyllandet av den kan flyta så effektivt som möjligt.

- Hur ska arbetet med strategin genomföras ur huvudmännens perspektiv? Den nationella strategin ålägger att rätt insatser ges i rätt tid under en demenssjuks hela sjukdomstid. Den personcentrerade omsorg som nu eftersträvas kräver en samverkan över tid mellan social-

tjänst och hälso-och sjukvård men också med anhöriga och övriga aktörer i civilsamhället så insatserna sker sömlöst och effektivt och alla inblandade drar åt samma håll. Vem/vilka tar ansvar för att den samverkan kommer till och organiseras? Hur ska sedan ansvaret för hur det dagliga arbetet fördelas? Vilka kring den enskilde ska engageras i samverkan, på vilket sätt och i vilken utsträckning? Hur ska uppföljning, eventuella justeringar och regelbunden utvärdering mot satta mål gå till och vem tar ansvar för det?

- Hur ska den nödvändiga kompetensutvecklingen av personalen gå till? Hur mycket insatser kommer att krävas? Hur ska säkerställas att all personal oavsett huvudman ges samma grundläggande kunskap om demens och att alla kan tillämpa ett adekvat och gemensamt arbetssätt? Vad krävs för att organisera detta och vem ska ta ansvar för, genomdriva och följa upp de utbildningsinsatser som kan behövas och hur ska de samköras mellan huvudmännen?

- Vilka kostnader kommer förmodligen krävas för att nå de mål strategin anger? Vilka medel finns och vilka kan behövas ytterligare och varifrån ska de i så fall hämtas? Hur ska ekonomisk samverkan ske och kostnader fördelas mellan huvudmännen? Vem ska ansvara för och besluta om kostnadsutvecklingen och dess ramar?

Vi vill också lyfta ett antal konkreta områden som vi tror är centrala för att hela vårdprocessen kring den enskilde ska fungera och som därför bör noteras i strategin som viktiga områden med fokus på avgörande insatser för att målen ska nås. Vi vill lyfta fram följande områden:

### **Den obrutna vårdprocessen**

De centrala begreppen i det uppdrag som nu getts till kommunerna - och som strategin förtjänstfullt lyfter fram - är personcentrerad vård, samordnade insatser, kompetent personal och anhörigstöd. Som vi tidigare uttryckt i möte med politiker behövs *"en hel obruten vårdprocess från diagnos till att behöva flytta till ett vård-boende, utan att behöva märka organisatoriska- eller administrativa gränser"*. Det är bra att strategin särskilt markerar behov att utveckla och samordna de individuella planerna då det inte fungerar fullt ut i dag. Det bör här handla om att:

- Förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och region inte bara ur ett organisatoriskt utan också brukarperspektiv.
- Beskriva hur övergångarna i vårdkedjan, exempelvis vid diagnos, hemtjänst, dagverksamhet och inflyttning till särskilt boende ska göras trygga och sammanhållna.
- Betona vikten av kontinuitet i personal och fasta kontaktpersoner. Här bör strategin inte bara markera vikten av detta utan också vilka medel som behövs inför strategins implementering.

### **Biståndsbedömningen**

För att allt ska fungera krävs att det blir rätt redan från början. Vi vill påpeka att biståndsbedömningen efter diagnos enligt vår uppfattning inte alltid följer det uppdrag vi anser ha getts uppifrån. Där ingår demens i personkrets 2 och beslut om insatser ska ges enligt LSS och inte enligt SoL vilket fortfarande sker. Att rätt lagrum tillämpas är avgörande för att den enskilde får de insatser som svarar mot dennes faktiska behov. Därför bör

strategin markera att klargörande måste till om hur lagrummen ska tillämpas. Vi vill också påpeka att nya socialtjänstlagen ger möjligheter och uppmanar kommunerna att erbjuda stöd också utan individuell behovsprövning ("*förenklade insatser*"). En översyn av vilka insatser som det kan gälla bör också införas som delmål i strategin.

### **De yngre demenssjukas situation**

Vi har också tidigare påpekat och vill nu ytterligare markera situationen för de yngre demenssjuka. Planer har tex. diskuterats om ett LSS-boende för demenssjuka yngre än 65 år. Det är viktigt att översyn med beslut om de yngres insatsbehov kommer till stånd och den kan och bör med fördel inlemmas som delmål i strategin

### **Delaktighet och inflytande**

Strategin beskriver på ett tydligt sätt vikten av personcentrerad vård. Vi saknar dock ett mer utvecklat resonemang kring hur personer med demenssjukdom själva ska ges reellt inflytande över sin vård och omsorg, särskilt i sjukdomens tidiga skeden. Vad som behövs och strategin bör utveckla är därför att:

- Förtydliga hur den enskildes röst ska tas tillvara i planering, uppföljning och utveckling av insatser
- Lyfta fram behovet av stöd i beslutsfattande ("*stöttat beslutsfattande*") i takt med tilltagande kognitiv svikt.
- Beskriva hur livsberättelser, genomförandeplaner och kontinuerliga uppföljningar ska användas systematiskt i verksamheterna.

### **Tidiga insatser, mötesplatser och lättillgängligt stöd:**

Vi ser positivt på att strategin lyfter behovet av förebyggande och lättillgängliga verksamheter och på tanken att verksamheter liknande kommunens träffpunkter för seniorer även kan vara relevanta för personer i ett tidigt skede av demenssjukdom. Samtidigt vill föreningen förtydliga att personer i början av en demensdiagnos ofta har andra och mer specifika behov än den generella seniorgruppen. För att verksamheten ska vara trygg, inkluderande och meningsfull kan därför krävas en mer utarbetad och anpassad verksamhet. Utvecklandet av en sådan bör vara ett av delmålen i strategin.

**Anhörigperspektivet** Vi ser positivt på att strategin tydligt slår fast att anhörigas insatser alltid är frivilliga och att anhöriga har rätt till stöd. Trots strategins tydliga intentioner upplever många anhöriga i praktiken att stödet är svårtillgängligt, otydligt eller kommer för sent. Vi tror därför att anhörigstödet behöver stärkas i det praktiska genomförandet. Det kan därför behöva

- Tydliggöras hur anhöriga tidigt ska få information om vilket stöd som finns, redan i samband med utredning och diagnos.
- Beskrivas hur kommunen säkerställer att anhörigstöd är likvärdigt i hela kommunen.
- Förtydligas hur samverkan med anhörig- och demensföreningar ska ske långsiktigt och strukturerat.

### **Barnperspektivet**

Vi ser det positivt att barnperspektivet nämns, det kan dock med fördel konkretiseras ytterligare.

### **Hälsocentraler med demensinriktning**

Då demensvården nu i högre grad än tidigare ses som ett ständigt pågående samarbete mellan kommun och region ser vi ett behov av utveckling också inom hälso-och sjukvården. Primärvården som den fungerar i dag upplevs som otillräcklig för målgruppen. Därför menar vi i Demensföreningarna i Gävleborg att det behövs ett utvecklingsarbete inom primärvården. Vi föreslår nu 2 hälsocentraler, en i Gästrikland och en i Hälsingland med det särskilda uppdraget att bli primärvårdens centrum för demensdiagnoser, dit patientgruppen och de anhöriga kan vända sig. Uppbyggnaden av dem och hur arbetet på dem ska organiseras bör anges som ytterligare ett viktigt delmål i implementeringen av demensstrategin.

### **Demensteam**

Vi har tidigare påtalat behovet av demenssjuksköterskor i vården, något som strategin också bör beakta. Vi har också lyft behovet av multiprofessionella demensteam. Vi ser positivt på att detta också markeras i strategin som en väg att ” *stärka förutsättningar att samordna och individanpassa åtgärder och insatser*”. Inrättandet av sådana team är en av de viktigaste åtgärder som kan vidtas och bör därför införas som ett delmål i strategin.

Gm/ Agneta Brinne, ordförande.

Antaget på Gävle Demensförenings styrelsemöte 2026-02-11