

Stöd för närståendevård på Åland 2025

RAPPORT 2026:1



ÅSUB rapportserie

I ÅSUBs rapportserie publiceras resultatet från ÅSUBs utredningsverksamhet och forskning. Det samhällsekonomiska området är centralt men verksamheten omfattar även många andra samhällsområden. ÅSUBs metodkompetens är särskilt inriktad mot ekonomiska lägesanalyser, prognoser, ekonomisk modellutveckling, surveyundersökningar samt utvärdering av politikinsatser. Utrednings- och forskningsverksamheten är i huvudsak uppdragsfinansierad och har kunder både inom Åland och internationellt.

De senaste rapporterna från ÅSUB

2022:7	Kollektivtrafik på Åland 2022
2023:1	Konjunkturläget våren 2023
2023:2	Arbetsmarknadsbarometern 2023
2024:1	Medborgarundersökning Mariehamn – hösten 2023
2024:2	Ekonomisk utsatthet och social trygghet 2021
2024:3	Konjunkturläget våren 2024
2024:4	Turismens samhällsekonomiska betydelse för Åland 2023
2024:5	Arbetsmarknadsbarometern 2024
2024:6	Tidsanvändning 2024. En studie om hur mycket tid åländska kvinnor och män lägger på obetalt hem-, hus- och omsorgsarbete
2024:7	Flyttorsaker 2024. En studie om varför man flyttar från Åland
2025:1	Konjunkturläget våren 2025
2025:2	Arbetsmarknadsbarometern 2025
2025:3	Kultur- och fritidsvanor på Åland 2025. En återgång till läget innan pandemin

För upplysningar:

Mina Rosenqvist, +358 18 25 494
fornamn.efternamn@asub.ax



<https://www.facebook.com/AASUB>



https://www.instagram.com/asub_statistik_utredning



<https://se.linkedin.com/company/aland-statistik-utredning-asub>

ISSN 1455-3147 (print)

ISSN 2737-078X (online)

Förord

Ålands statistik- och utredningsbyrå, ÅSUB, har haft i uppdrag av Ålands landskapsregering att kartlägga närståendevårdares situation för att få ökad kunskap om var aktuella resurser behövs för att bättre stöda närståendevårdarna i deras viktiga uppdrag. Syftet med undersökningen har varit att fördjupa kunskapen om närståendevårdarnas situation på Åland med målsättningen att bidra med ett kunskapsunderlag för utveckling av stödet till närståendevårdarna och de resurser som finns för dem.

Studien inleds med en sammanfattning av aktuell litteratur om närståendevård i våra närområden och på Åland. Litteraturgenomgången ger en uppdaterad referensram om situationen för dem som vårdar närstående i hemmen generellt. En kartläggning av omfattningen av närståendevården på Åland, både antalet vårdare och vårdtagare, utbudet av annan socialvård för olika vårdmottagare samt kostnaderna för olika vårdformer bidrar också till kunskapsunderlaget.

De två mest omfattande delunderökningarna inom ramen för uppdraget har bestått av intervjuer med sakkunniga i kommunerna och inom kommunalförbundet Kommunernas socialtjänst samt en omfattande enkätundersökning där alla närståendevårdare med vårdavtal bjudits in att delta. Vi vill rikta ett stort tack för alla som bidragit och svarat på våra frågor, och ett alldeles särskilt varmt tack till alla närståendevårdare som tagit sig tid för att dela med sig av sina erfarenheter genom att besvara enkäten. Svarmaterialet utgör ett ovärderligt underlag i rapporten.

Tre forskare har svarat för insamling av material, analys och utarbetande av den här rapporten. Externa forskaren Erika Boman har ansvarat för litteraturgenomgången, genomfört intervjuer med sakkunniga och skrivit om dessa i rapporten. ÅSUBs tidigare forskningschef Sanna Roos har likaså gjort intervjuer med sakkunniga samt därtill kartlagt statistiken och information från kommunerna om närståendevårdens utveckling de senaste åren på Åland och bidragit till rapporten. T.f. forskningschef Mina Rosenqvist har ansvarat för enkätundersökningen bland närståendevårdarna samt koordinerat färdigställandet av rapporten som helhet.

ÅSUBs förhoppning är att studien ska kunna bidra till det fortsatta utvecklingsarbetet för varje närståendevårdare och varje vårdtagares bästa.

Mariehamn i januari 2026

Katarina Fellman
Direktör

Innehåll

Innehåll	5
Figurförteckning	7
Tabellförteckning	8
Bilagor	8
Definitioner	9
1. Sammanfattning.....	11
1.1 Närståendevård på Åland	11
1.2 Kommunalekonomiska nyckeltal relaterade till närståendevård	11
1.3 Hur kommunerna och KST arbetar med närståendevård	12
Informationskanaler	12
Bedömning av vård- och servicebehov och närståendevårdarens förutsättningar	12
Beviljande av närståendevård	12
Vårdarvodet och övrigt ekonomiskt stöd	13
Ledighet och avlastning.....	13
Tjänster till stöd för närståendevård.....	13
Uppföljning.....	14
1.4 Hur närståendevårdarna själva upplever sin vardag	14
Om närståendevårdarna, vårdtagarna och förberedelser inför uppdraget	14
Service- och stödformer för vårdtagaren.....	15
Service- och stödformer för närståendevårdaren.....	15
Hur uppdraget påverkar närståendevårdaren.....	16
1.5 Sammanfattande slutsats.....	16
2. Introduktion.....	17
2.1 Avtalsbaserad närståendevård på Åland	17
2.2 Omfattningen av närståendevård på Åland.....	18
2.3 Metod, disposition och avgränsningar	21
Avgränsningar	21
3. Bakgrund.....	22
3.1 Utveckling av närståendevård	22
3.2 Närståendevård – en plikt eller ett frivilligt åtagande?	24
3.3 Behov av närståendevård	24
3.4 Närståendevårdarens behov	25
3.5 Närståendevårdarens hälsa	27
Psykosocial hälsa.....	27
Fysisk hälsa.....	28
3.6 Påverkan på arbetsliv och ekonomin – på individnivå	29
3.7 Påverkan på ekonomin – på samhällsnivå	30
4. Ekonomisk sammanställning för kommunerna på Åland	33

4.1 Den sociala verksamheten i kommunerna på Åland.....	33
4.2 Utvecklingen av kostnaderna för vårdarvoden inom närståendevård på Åland och i Finland.....	35
4.3 Om skillnader i vårdarvoden mellan kommunerna	36
5. Hur arbetar kommunerna och KST med närståendevård?.....	39
5.1 Om informationskanaler.....	39
Allmän information	39
Personlig och riktad information	40
Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande informationskanaler.....	41
5.2 Bedömning av vård- och servicebehov och närståendevårdarens förutsättningar.....	41
Ansökningsprocess.....	41
Vårdtagarens behov som grund för bedömning.....	42
Bedömning av närståendevårdarens förutsättningar	42
Bedömning av frivillighet i uppdraget	43
Grund för bedömning av vårdklass	43
Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande bedömning av behov.....	44
5.3 Beviljande av närståendevård.....	45
Rutin för beviljande av närståendevård	45
Tröskel för att bevilja närståendevård.....	46
Orsaker till beviljande och nivå av vård- och servicebehov	46
Utvecklingsmöjligheter gällande beviljande av närståendevård.....	47
5.4 Vårdarvode och övrigt ekonomiskt stöd	47
Vårdarvodets storlek.....	47
Annat ekonomiskt stöd.....	48
Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande vårdarvode och annat ekonomiskt stöd.....	48
5.5 Ledighet och avlastning	49
Ordandet av ledighet med hjälp av boendeservice.....	49
Avlastning i hemmet vid vård	49
Dagverksamhet eller dagvård.....	50
Avlastning med stöd av privata aktörer och tredje sektorn	51
Begränsningar i användning av ledighet och avlastning.....	51
Flexibilitet i uttag av ledighet och avlastning.....	51
Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande ledighet och avlastning	52
5.6 Tjänster till stöd för närståendevård.....	53
Förberedelser och utbildning	53
Undersökning av och stödtjänster för hälsa och välbefinnande.....	54
Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande tjänster till stöd för närståendevård	55
5.7 Uppföljning av närståendevård	55

Utvecklingsbehov och -möjligheter relaterat till uppföljning.....	57
6. Hur upplever närståendevårdare sin vardag?.....	58
6.1 Om uppdraget som närståendevårdare.....	58
Deskriptiv information om närståendevårdarna och vårdtagarna	58
Vård- och serviceplan.....	60
Vårdtagarens hjälpbehov.....	61
Förberedelser och information om uppdraget.....	62
6.2 Service- och stödformer för vårdtagaren.....	63
6.3 Service- och stödformer för närståendevårdaren.....	65
Avgiftsfri hälsoundersökning.....	65
Avlösarservice	66
Ledighet och avlastning.....	66
Varför tar man inte ut sin ledighet?.....	67
Stödformer som efterfrågas av närståendevårdarna	67
6.4 Hur uppdraget påverkar närståendevårdaren.....	69
Närståendevårdarens ekonomiska situation.....	69
Närståendevårdarens hälsa.....	71
Självupplevd belastning av uppdraget som närståendevårdare.....	72
6.5 Kontakten med KST och kommunerna, samt tredje sektorns roll.....	75
7. Avslutande reflektioner	76
Referenser	78

Figurförteckning

Figur 1. Antal vårdtagare inom närståendevård på Åland år 2024, efter kön och ålder.....	20
Figur 2. Antal klienter i åldringsvården 2000–2024, efter typ av åldringsvård	23
Figur 3. Antal klienter inom åldringsvård på Åland 2021–2024, efter serviceform.....	35
Figur 4. Antal beslut, nya klienter och avslutade klienter för närståendevård i kommunerna på Åland.....	38
Figur 5. Vårdtagarens ålder. Andel svarande i procent.....	58
Figur 6. Vårdtagarens ålder, efter närståendevårdarens ålder. Andel svarande i procent....	59
Figur 7. Hur länge har du varit närståendevårdare? Andel av samtliga svarande, samt efter om närståendevårdaren har avtal med en kommun eller KST.....	59
Figur 8. Närståendevårdarens relation till vårdtagaren. Andel svarande efter närståendevårdarens kön.....	60
Figur 9. Finns det en vård- och serviceplan upprättad för vårdtagaren? Andel av samtliga svarande samt efter om närståendevårdaren har avtal med en kommun eller KST.	60
Figur 10. Har du som närståendevårdare erbjudits utbildning eller särskilda förberedelser för uppdraget? Andel svarande i procent.....	62
Figur 11. Hur ofta har vårdtagaren använt följande service under de senaste 12 månaderna? Andel svarande i procent.....	63

Figur 12. Användandet av olika serviceformer efter vårdtagarens ålder. Andel svarande som använt respektive service i procent.	64
Figur 13. Har du som närståendevårdare erbjudits avgiftsfri hälsoundersökning? Andel svarande i procent, totalt samt efter närståendevårdarens ålder.	65
Figur 14. Har du som närståendevårdare erbjudits avlösarservice? Andel svarande i procent, totalt samt efter om avtalet är med en kommun eller KST.	66
Figur 15. Kombinerar du uppdraget som närståendevårdare med arbete eller studier? Andel av samtliga svarande samt efter närståendevårdarens kön.	70
Figur 16. Upplever du att arvodet du får för uppdraget som närståendevårdare är skäligt? Andel svarande i procent.	70
Figur 17. Hur har uppdraget som närståendevårdare påverkat din ekonomiska situation? Andel svarande i procent, efter närståendevårdarens ålder.	71
Figur 18. Självupplevd belastning av uppdraget som närståendevårdare. Andel svarande i procent, totalt och efter kön.	73
Figur 19. Självupplevd belastning av uppdraget som närståendevårdare efter vårdtagarens hjälpbehov. Andel svarande i procent.	73
Figur 20. Självupplevd belastning bland närståendevårdare på Åland jämfört med liknande studier.	74

Tabellförteckning

Tabell 1. Stöd för närståendevård, vårdtagare och vårdgivare efter kön och ålder 2010-2024.	19
Tabell 2. Kommunernas driftskostnader efter fördelningsprocent (%) inom institutionsvård, boendeservice och hemservice 2021–2024.	33
Tabell 3. Kommunernas driftskostnader inom institutionsvård, boendeservice och hemservice 2021–2024, 1 000 euro.	34
Tabell 4. Vårdarvoden inom närståendevård på Åland och i välfärdsområden 2019–2023.	36
Tabell 4. Vårdarvoden för närståendevård i kommunerna och KST på Åland 2025, efter vårdklass, hela euro.	37
Tabell 5. Hur ser vårdtagarens hjälpbehov ut?	61
Tabell 6. Genomsnittlig självskattad hälsa bland närståendevårdare och i ett slumpmässigt urval av Ålands befolkning.	72
Tabell 7. Upplevd belastning efter dimension och kön. Andel svarande.	74

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide: intervjuer med sakkunniga i kommunerna och KST.	82
Bilaga 2. Följebrev och frågeformulär till närståendevårdare med avtal.	87
Bilaga 3. Kvalitetsbilaga.	93

Definitioner

Nedan definieras hur nyckelbegrepp används i rapporten.

Anhörig	Person som står den enskilde nära genom familje- eller släktrelation, såsom make eller maka, sambo, barn, förälder eller annan nära släkting. <i>Se även definitionen av närstående</i> ¹ .
Avtal om närståendevård	Ett uppdragsavtal om ordnande av närståendevård som ingåtts mellan vårdaren och den kommun som svarar för ordnandet av vården ² .
Barn	En person som är under 18 år ³ .
Barn som behöver särskilt stöd	Ett barn vars uppväxtförhållanden äventyrar eller inte tryggar barnets hälsa eller utveckling eller som genom sitt beteende äventyrar sin hälsa eller utveckling eller som på grund av de orsaker som anges i lagen behöver särskilt stöd ⁴ .
Klient	En person som ansöker om eller anlitar socialvård eller som oberoende av sin vilja är föremål för socialvård ⁵ .
Närstående	En person som den enskilde själv upplever att står honom eller henne nära. Till närstående räknas en anhörig men även andra personer, såsom vänner eller aktörer inom organisationer och den tredje sektorn, som har en viktig roll i klientens liv ¹ .
Närståendevård	Vård av och omsorg om en äldre, handikappad eller sjuk person ordnas i hemförhållanden med hjälp av en anhörig eller någon annan som står den vårdbehövande nära ² . Vid användning av närståendevård i detta arbete åsyftas avtalsbaserad närståendevård.
Närståendevårdare	En anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära och som ingått ett avtal om närståendevård ⁶ .

¹ RP 164/2014 rd, Regeringens proposition till riksdagen med förslag till socialvårdslagen s. 142–143 (motivering till 43 § om kartläggning av närståendenätverk).

² Lag om stöd för närståendevård (FFS 937/2005), 2 § 1 punkten, tillämplig genom landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård. Av landskapslag (1995:101), 2g § 4 punkten framgår att hänvisningar i lagen om stöd för närståendevård till ett välfärdsområde ska avse en kommun. I praktiken omfattas även kommunalförbund (KST).

³ Landskapslag (2020:12) om socialvård, 3 § 4 punkten.

⁴ Landskapslag (2020:12) om socialvård, 3 § 6 punkten.

⁵ Landskapslag (2020:12) om socialvård, 3 § 2 punkten.

⁶ Lag om stöd för närståendevård (FFS 937/2005), 2 § 3 punkten, tillämplig genom landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård.

Socialservice	Kommunal socialservice och stödtjänster som ingår i den samt andra åtgärder genom vilka yrkesutbildade personer inom socialvården samt annan personal som deltar i klientarbetet främjar och upprätthåller individens, familjens och gemenskapens funktionsförmåga, sociala välfärd, trygghet och delaktighet ⁷ .
Stöd för närståendevård	En helhet som omfattar behövliga tjänster som tillhandahålls den vårdbehövande samt vårdarvode till närståendevårdaren, ledighet och service till stöd för närståendevården ⁸ .
Person och klient som behöver särskilt stöd	En person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälsotjänster på grund av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med nedsatt fysisk, kognitiv, psykisk eller social funktionsförmåga som är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder ⁹ .
Ung person	En person som är 18–24 år ¹⁰ .
Vårdbehövande, vårdtagare	En person som tar emot närståendevård.
Äldre person	En person som har fyllt 65 år ¹¹ .

⁷ Landskapslag (2020:12) om socialvård, 3 § 1 punkten.

⁸ Lag om stöd för närståendevård (FFS 937/2005), 2 § 4 punkten.

⁹ Landskapslag (2020:12) om socialvård, 3 § 3 punkten.

¹⁰ Landskapslag (2020:12) om socialvård, 3 § 5 punkten.

¹¹ Äldrelag för Åland 2020:9, 3 § 1 mom.

1. Sammanfattning

Ålands statistik- och utredningsbyrå (ÅSUB) har utfört den här utredningen om stöd för närståendevård på uppdrag av Ålands landskapsregering. Syftet med utredningen är att öka kunskapen om närståendevårdarnas situation på Åland. Mer specifikt har vi undersökt hur Kommunernas socialtjänst k.f. (KST) och kommunerna arbetar med närståendevård idag, vilka de kommunalekonomiska nyckeltalen är för närståendevården, hur närståendevårdare själva upplever sitt uppdrag, vilket stöd som erbjuds till närståendevårdare och om det finns ett behov av ytterligare stödformer. Utredningen baseras på tillgänglig statistik, aktuell litteratur, intervjuer med sakkunniga från KST och kommunerna samt på enkätsvar från närståendevårdare på Åland.

1.1 Närståendevård på Åland

Finland är ett av tretton EU-länder som har ett formaliserat avtalsbaserat stöd för närståendevård. På Åland tillämpas stödet genom landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård (LL 2023:120). På Åland ansvarar Kommunernas socialtjänst k.f. (KST) för social service till personer som är under 65 år samt för äldre personer som får service enligt speciallagstiftning. För övriga äldre personer ansvarar kommunerna.

På Åland har antalet närståendevårdare ökat från 308 till 403 personer under perioden 2010 till 2024. Även antalet vårdtagare har ökat, från 314 till 396 personer under samma tidsperiod. Majoriteten av närståendevårdarna har varit kvinnor (69 % år 2024), medan drygt hälften av vårdtagarna varit män (55 % år 2024). År 2024 var en majoritet av närståendevårdarna (58 %) 64 år eller yngre och ungefär hälften av vårdtagarna var 65 år eller äldre.

1.2 Kommunalekonomiska nyckeltal relaterade till närståendevård

Den sociala verksamheten står för en betydande del av kommunernas driftskostnader – ungefär en tredjedel. Största utgifterna enligt serviceklass för kommunerna är grundskola (21 %), barnomsorg i daghem (11 %) och boendeservice för äldre med heldygnsomsorg (11 %). Av de tre största serviceklasserna är boendeservice för äldre med heldygnsomsorg den serviceklass som ökat mest från 2021 till 2024.

Det totala beloppet för vårdarvoden inom närståendevård på Åland uppgick till drygt 2,3 miljoner euro år 2024.

Arvodet för närståendevård baseras på vårdbehov, kategoriserat i vårdklasser, och varierar mellan kommuner. Vårdarvodet för vårdklass 1 varierar från 420 euro per månad till 532 euro per månad i kommunerna på Åland. För vårdklass 2 ligger arvodet mellan 500 och 769 euro per månad. För vårdklass 3 varierar arvodet från 600 euro till 1156 euro per månad. Endast sex kommuner har vårdklass 4, där arvodet varierar mellan 944 och 1 477 euro per månad.

Många kommuner på Åland har endast ett fåtal, omkring fem eller färre, ansökningar om närståendevård per år. Totalt för samtliga kommuner (undantaget KST) rör det sig om omkring 40 inkomna ansökningar om närståendestöd per år. Vidare sker få avslag, totalt för samtliga kommuner på Åland rör det sig om två till tre avslag per år.

1.3 Hur kommunerna och KST arbetar med närståendevård

För att belysa hur kommunerna och KST arbetar med närståendevård har vi intervjuat 15 sakkunniga från kommunerna och KST.

Informationskanaler

Alla kommuner och KST använder sin webbplats som huvudkälla för information om närståendevård. Därutöver finns kompletterande kanaler, men förutsättningarna varierar och informationsspridningen är inte likvärdig över hela Åland. Kompletterande metoder är viktiga eftersom inte alla har förutsättningar att ta del av digital information. Vidare bygger informationsinhämtningen i hög grad på att individen själv känner till att stödet finns. För att säkerställa att fler når av informationen föreslås riktade insatser som brev och hembesök. Riktade insatser sägs dock hindras av förutsättningarna att upprätthålla register över kommuninvånarna. Vidare efterfrågas "allåländsk information" om medborgarnas rättigheter till stödtjänster.

Bedömning av vård- och servicebehov och närståendevårdarens förutsättningar

Bedömningen av vård- och servicebehovet är central för beslut om närståendevård och ska enligt lag omfatta såväl vårdtagarens vård- och servicebehov som närståendevårdarens förutsättningar. I praktiken varierar dock bedömningsprocessen, vilket skapar ojämlikhet i tillgången till stöd. Ett återkommande utvecklingsförslag är gemensamma och tydligare kriterier för hela Åland. Att komplettera bedömningen med standardiserade skattningsskalor anges vara en väg att gå. Dessutom efterfrågas tydligare definierade gränser mellan "normalt anhörigstöd" och insatser som ska ersättas. Vidare bör återkommande mindre stödotsatser, som idag faller utanför kriterierna trots att de är betydelsefulla, beaktas som grund för närståendevårdsstöd.

Det framkommer även att vårdtagarens behov i regel bedöms genom C-läkarintyg och hembesök. Kravet på intyg kan dock bli en tröskel för att söka närståendevårdsstöd och kan därför behöva ses över. Bedömning av närståendevårdarens hälsa och kapacitet är ett annat utvecklingsområde. I dagsläget finns inga systematiska kontroller trots att uppdraget kan vara krävande. Regelbundna uppföljningar och ett närmare samarbete med ÅHS lyfts som möjliga förbättringsområden.

Beviljande av närståendevård

Beviljandeprocessen för närståendevård varierar mellan kommunerna. I de flesta kommuner görs både behovsbedömningen och själva beslutet av samma handläggare, vilket skapar risk för ojämlik praxis och ensamhet i beslutsfattandet. Vidare finns ett uttryckt behov av ökat stöd och riktad utbildning för dem som handlägger ansökningar – särskilt vad gäller tolkning av vårdklasser och tillämpning av avlastningsformer.

Det anges även att det finns ett behov av tydliggörande av ansvarsgränserna mellan kommunerna och KST. Överföringen av vissa beslut från kommunerna till KST har skapat situationer där parallella regelverk gäller, vilket gör handläggningen otydlig – det finns önskemål om att kunna få regelbunden rådgivning från landskapsregeringen i frågor där till exempel gränsdragningen mellan KST och kommunerna är oklar.

Därtill ses, framför allt i kommunerna, ett ökat behov av strukturerad samverkan med hemsjukvården eftersom närståendevård med vård- och servicebehov större än vårdklass 1 sällan beviljas på grund av att tillräckliga hälso- och sjukvårdsinsatser inte kan garanteras från hemsjukvården.

Vårdarvodet och övrigt ekonomiskt stöd

Flera intervjuade sakkunniga inom den kommunala sektorn framhåller att ett enhetligt system för vårdarvoden på hela Åland skulle skapa jämlika förutsättningar, även om det finns en viss oro för att justerade nivåer kanske blir högre än dagens ersättning, vilket kan göra servicen svår att förverkliga ekonomiskt.

De flesta intervjuade är positiva till att utveckla användningen av servicesedlar för mer individuellt anpassade tjänster. Erfarenheter från fastlandet visar att sedlar även kan användas för rekreation och återhämtning, vilket skulle ge vårdaren bättre möjlighet till återhämtning och förebygga utmattning. För äldre kan sedlar exempelvis användas för städhjälp, då hemservice inte omfattar detta, och flera föreslår att sedlar även ska kunna användas för andra avlastande insatser såsom snöskottning eller andra hushållssysslor. Vidare kan det antas att det kan behövs mer information om momsfri social service då denna stödform nyttjas sparsamt.

Ledighet och avlastning

Bristen på korttidsplatser skapar osäkerhet och påverkar möjligheten att planera ledighet både inom kommunerna och KST. Enstaka kommuner anger att de samarbetar för att lösa utmaningarna. Idag nyttjas möjligheten till ledighet sparsamt bland äldre närståendevårdare – många vittnar om att de äldre närståendevårdarna inte vill vara till besvär (framför allt i mindre kommuner). Andra vanliga anledningar till begränsat/inget uttag av ledighet sägs vara att vårdtagaren inte vill vara på korttidsboende eller att närståendevårdaren är orolig för vård- och omsorgens kvalitet.

Det uttrycks ett behov av mer ändamålsenliga avlastningsmiljöer för personer med demens, vuxna vårdtagare (under 65 år) samt utökade resurser för korttidsplatser för barnfamiljer. Samverkan med privata aktörer kan utvecklas, särskilt för barn och yngre personer under tider på dygnet/veckan då det idag finns utmaningar med att hitta flexibla lösningar idag. Hemservice och avlösarservice kan också vidareutvecklas för bättre avlastning. Det finns goda exempel i kommunerna. Förutsättningarna varierar dock mellan kommunerna, och rekryteringssvårigheter försvårar bemanningen.

Inom kommunerna och KST upplevs det otydligt och/eller saknas riktlinjer kring hur lagens skrivning om "fem dygns ledighet" ska tillämpas i timbaserade former av avlastning. Det finns behov av klargörande så alla tolkar och tillämpar lagen på samma sätt. Vidare finns lokala variationer i hur länge ledighet kan sparas. Även gällande denna fråga kunde en gemensam riktlinje göras upp, dock med beaktande att det för vissa målgrupper fungerar bättre med längre men glesare avlastningsperioder, än korta och frekventa.

Tjänster till stöd för närståendevård

Varken kommunerna eller KST arbetar systematiskt för att säkerställa att närståendevårdare som har behov får förberedande eller fortlöpande utbildning i sitt uppdrag – inte enbart för att stödja den närstående, utan även för att värna om sin egen hälsa och sitt välbefinnande. Tredje sektorn har kompensatoriska insatser.

När det gäller främjande av närståendevårdares hälsa finns ett behov av att stärka tillgången till hälsofrämjande insatser. Gällande äldre närståendevårdare kunde ett närmare och mer systematiskt samarbete med seniormottagningen skapa bättre kontinuitet. Någon form av samtyckesförfarande som ger seniormottagningen möjlighet att återkoppla till kommunen gällande oro för närståendevårdares hälsa kunde utvecklas.

Vidare sägs att synen på närståendevårdarens roll skulle kunna utvecklas. I och med att närståendevårdare utför uppgifter som annars skulle åligga kommunen, väcks frågor

om huruvida de delvis kunde erbjudas liknande stöd för hälsa och välbefinnande som kommunens anställda – exempelvis julfest och friskvårdsförmåner såsom bidrag för träning, massage eller kulturell aktivitet.

Det är oklart hur många närstående som vårdar utan avtal och som därmed står utanför det formella stödsystemet. Eftersom kommunerna sällan har kontakt med dessa grupper finns det risk att personer med rätt till stöd inte nås av information eller insatser. Detta talar för ett mer proaktivt arbetssätt med informationsspridning och tidig uppmärksamhet på potentiella närståendevårdssituationer.

Uppföljning

Det framkommer att närståendevårdare inte alltid meddelar om förhållandena som ligger till grund för vård- och serviceplan har förändrats. Det finns därför anledning att säkerställa rutiner och resurser för regelbunden uppföljning. Standardiserad uppföljning en gång per år anges, men det ifrågasätts om det är tillräckligt i alla situationer; det bör finnas rutiner för tidigare uppföljning i de fall det finns oro för vårdtagarens eller närståendevårdarens hälsa och välbefinnande. Det kan vidare ifrågasättas om avtalet för närståendevård ska kunna fortlöpa om närståendevårdare upprepat avbokar, eller helt avsäger sig hembesök.

För att stödja personal i att identifiera våld i hemmet kan utbildning i ämnet sättas in inklusive någon fråga som berör tematiken i bedömningen och i de uppföljande samtalen. Det antas även kunna finnas ett behov av stöd för lösningar om vårdtagaren eller närståendevårdaren har annan språkbakgrund, för att uppfylla kriterierna för korrekt myndighetsutövning.

1.4 Hur närståendevårdarna själva upplever sin vardag

Samtliga personer på Åland som vårdar en närstående enligt avtal med en kommun eller KST bjöds in att delta i en enkätundersökning om närståendevårdares vardag. Totalt besvarade 186 personer enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 52 procent.

Om närståendevårdarna, vårdtagarna och förberedelser inför uppdraget

Tre av fyra av de **närståendevårdare** som besvarade enkäten var kvinnor och en fjärdedel män. Lite mer än hälften av närståendevårdarna var mellan 18 och 64 år gamla (52 %) och knappt hälften (48 %) var 65 år eller äldre. Omkring hälften av svarande uppgav att de har avtal om närståendevård med KST, och hälften har avtal med en kommun. Drygt hälften av **vårdtagarna** var 65 år eller äldre. Knappt hälften av vårdtagarna var kvinnor, medan drygt hälften var män.

Nio av tio närståendevårdare bor i samma hushåll som vårdtagaren. Omkring hälften vårdar sin maka, make eller partner medan knappt 40 procent vårdar sitt barn och en av tio vårdar sin förälder. Män vårdar i huvudsak sin maka eller partner, medan lika stor andel kvinnor vårdar sin make eller partner som andelen som vårdar sitt barn. Äldre vårdar i huvudsak sin maka, make eller partner, medan 60 procent av yngre närståendevårdare (18–64 år) vårdar sitt barn, 20 procent vårdar en maka, make eller partner och 15 procent vårdar en förälder.

En majoritet av närståendevårdarna, nästan 60 procent, svarade att de känner till att det finns en vård- och serviceplan upprättad för vårdtagaren. Av dessa uppgav 72 procent att vårdplanen har uppdaterats under de senaste tolv månaderna.

En majoritet av de svarande upplever att vårdtagarna har ett något lindrigare hjälpbehov, där de behöver daglig hjälp men klarar sig själv en del av tiden. Omkring 30 procent bedömde dock att vårdtagaren behöver vård och omsorg dygnet runt.

Nio av tio svarande upplever att de åtminstone till viss del fått tillräckligt med information om vad uppdraget som närståendevårdare innebär. Samtidigt önskar nästan en tredjedel att de hade erbjudits utbildning eller andra förberedelser inför uppdraget som närståendevårdare.

Service- och stödformer för vårdtagaren

I enkäten fick de svarande uppge hur ofta vårdtagaren har använt olika serviceformer under de senaste tolv månaderna. Olika former av hjälpmedel, till exempel duschstol och trygghetslarm, och transportservice är de serviceformer som flest använt och de är också de serviceformer som använts oftast.

Personlig assistent, dagverksamhet, hemservice, rehabiliteringsservice och hemsjukvård, privata tjänster och boendeservice (till exempel intervallvård eller institutionsvård) har använts av omkring 20–25 procent av vårdtagarna.

Äldre vårdtagare (65 år och äldre) har i huvudsak använt olika hjälpmedel, hemsjukvård och transportservice, medan yngre vårdtagare (under 65 år) framför allt använt sig av transportservice och personlig assistans.

Service- och stödformer för närståendevårdaren

Knappt 40 procent av närståendevårdarna uppger att de har erbjudits avgiftsfri hälsoundersökning, varav hälften också har använt sig av erbjudandet. En fjärdedel av närståendevårdarna uppger att de hade önskat att de erbjudits en hälsoundersökning. Det är betydligt vanligare att äldre närståendevårdare erbjudits avgiftsfri hälsoundersökning - nästan 60 procent av närståendevårdare som är 65 år eller äldre har erbjudits hälsoundersökning. Nästan hälften av närståendevårdarna som är yngre än 65 år önskar att de hade fått ta del av avgiftsfri hälsoundersökning.

En majoritet av närståendevårdarna, nästan 60 procent, har erbjudits avlösarservice, men endast knappt hälften av dessa har använt sig av serviceformen. Knappt 30 procent uppgav att de varken erbjudits avlösarservice eller haft behov av det. Avlösarservice används i större utsträckning av närståendevårdare som har avtal med KST jämfört med de som har avtal med kommunen (40 %, jämfört med 22 %).

Drygt hälften av närståendevårdarna uppger att de fått hjälp av släktingar eller vänner med vård, utan ekonomisk ersättning.

En majoritet av närståendevårdarna tar inte ut de lediga dagar de har rätt till. Omkring hälften av de som besvarat frågan uppger att de inte har tagit ut en enda ledig dag under de senaste tolv månaderna. I genomsnitt har närståendevårdarna tagit ut 37 procent av den ledighet de har haft rätt till (baserat på 92 personer som angett både hur många dagar de haft rätt till och hur många dagar de tagit ut).

Bland anledningarna till att de svarande inte tagit ut sin ledighet förekommer att de inte har haft behov av det, eller att de upplever att det är omöjligt eller inte går att få till så de kan ta ut sin ledighet. Det framkommer även att flera svarande inte känt till möjligheten att vara ledig. Dessutom framkommer att det är svårt då det inte finns någon avlösare, eller svårt med avlösare med tillräcklig medicinsk kompetens. Ytterligare en anledning som lyfts fram är att vårdtagaren inte vill att någon annan än den närstående ska ta hand om honom/henne, eller att närståendevårdaren själv inte vill att någon annan ska ta hand om den närstående.

Många svarande lyfter fram ett behov av mer flexibla och individuellt anpassade lösningar för avlastning, samt att det finns ett behov av avlastning som är mer anpassad efter barns behov (till exempel genom avlastning i hemmet i stället för att lämna barnet på korttidsboende). Några nämner också att det är för krångligt och komplicerat att få till avlastning, bland annat att det är svårt att få till avtal kring det.

Andra stödformer som efterfrågades av närståendevårdarna var bland annat samtalsstöd och handledning, praktisk hjälp med hushållssysslor (som städning eller måltidsservice), friskvårdskuponger eller liknande förmåner, sociala träffar för närståendevårdare och transporthjälp.

Hur uppdraget påverkar närståendevårdaren

Knappt hälften av de närståendevårdare som besvarade enkäten förvärvsarbetar eller studerar samtidigt. Det är vanligare att kvinnor kombinerar uppdraget som närståendevårdare med att arbeta eller studera, jämför med män. Även bland närståendevårdare som är yngre än 65 år är det vanligare att kombinera uppdraget med att arbeta eller studera.

En tredjedel av svarande anser att vårdarvudet är skäligt, medan 42 procent inte anser att kompensationen är skälig. Två av tre närståendevårdare upplever att deras ekonomiska situation förblivit ungefär samma sedan de blev närståendevårdare. Knappt 20 procent upplever att deras ekonomiska situation har försämrats och ungefär lika många att den förbättrats.

Närståendevårdarnas självskattade fysiska hälsa är jämförbar med Ålands befolkning generellt i ålder 16–84 år, medan deras självskattade psykiska hälsa ligger något sämre jämfört med Ålands befolkning. Vidare ser vi en statistiskt signifikant könsskillnad hos närståendevårdarna, där den självskattade både fysiska och psykiska hälsan är lägre bland kvinnor än män.

Nästan fyra av fem närståendevårdare upplever en måttlig eller hög belastning av uppdraget som närståendevårdare och endast 20 procent upplever en låg belastning. Vidare upplever kvinnor en högre belastning än män – 82 procent av kvinnorna upplever en måttlig eller hög belastning, jämfört med 62 procent av männen.

1.5 Sammanfattande slutsats

I den här rapporten har vi undersökt närståendevården på Åland från flera olika perspektiv. Flera resultat återkommer både i intervjuerna med sakkunniga från kommunerna och KST och i enkätsvar från närståendevårdarna själva och speglas dessutom av resultat från forskning i våra närregioner. Det finns ett behov av mer flexibla och individuellt anpassade lösningar för närståendevården, speciellt när det gäller avlastning och barnfamiljer. Även informationen om möjligheten till närståendevård och vilka stödformer som finns behöver förbättras och nå ut till fler. Vidare påverkar uppdraget som närståendevårdare både den egna ekonomin och den egna hälsan, och kan stundvis upplevas tungt och isolerande. Samtidigt betonar flera närståendevårdare att de upplever det positivt att möjlighet finns att vårda sin närstående.

2. Introduktion

I regeringsprogrammet (11.12.2023) anges att landskapsregeringen ska kartlägga närståendevårdares situation för att få kunskap om var aktuella resurser behövs för att bättre stöda närståendevårdarna i deras uppdrag. Särskilt betonas att närståendevårdarna ska kunna erhålla adekvat stöd och resurser, såsom utbildning, rådgivning och ekonomiskt stöd, och det konstateras att flexibla och anpassade lösningar för avlastning underlättar en balans mellan vårdgivare och eget välbefinnande.

ÅSUB har utfört den här utredningen om stöd för närståendevård på uppdrag av Ålands landskapsregering. Syftet med utredningen är att öka kunskapen om närståendevårdarnas situation på Åland. Mer specifikt är syftet att undersöka följande frågeställningar:

- Hur arbetar Kommunernas socialtjänst k.f. (KST) och kommunerna med närståendevård idag?
- Hur upplever närståendevårdare sitt uppdrag
- Vilket stöd erbjuds till personer som är närståendevårdare och finns ett behov av ytterligare stödformer?
- Vilka är de kommunalekonomiska nyckeltalen för närståendevården?

Målsättningen med undersökningen är att ge aktuell kunskap om närståendevårdarnas vardag som kan utgöra ett viktigt underlag för eventuella åtgärder för att förbättra deras situation, inklusive möjlig revidering av gällande lagstiftning om stöd för närståendevård samt lagstiftning som sammanhänger med denna. Därmed ska undersökningen kunna utgöra grund för eventuella kommande politiska beslut om åtgärder som kan stöda närståendevårdarnas vardag.

2.1 Avtalsbaserad närståendevård på Åland

Finland är ett av tretton EU-länder som har ett formaliserat avtalsbaserat stöd för närståendevård (European Commission, 2021). Nedan presenteras det juridiska ramverket och omfattningen av närståendevård på Åland.

Den avtalsbaserade närståendevården i Finland regleras i lag om stöd för närståendevård (937/2005; närståendevårdarlagen) vilken tillämpas på Åland genom landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård. Syftet med lagen är ”att främja närståendevård som är förenlig med den vårdbehövandes bästa genom att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster samt en kontinuerlig vård och stöd för närståendevårdarens arbete” (FFS 937/2005, 1 §).

På Åland ansvarar, från och med 1.1.2021, Kommunernas socialtjänst k.f. (KST) för social service till personer som är under 65 år samt för äldre personer som får service enligt speciallagstiftning. För övriga äldre personer ansvarar kommunerna.¹²

Om en person ger vård och omsorg till en närstående med funktionsnedsättning eller en äldre eller en sjuk närstående i hemförhållanden kan personen enligt närståendevårdarlagen ansöka om stöd för närståendevård. Stöd för närståendevård kan enligt närståendevårdarlagen (3 §) beviljas om följande kriterier uppfylls:

¹² Landskapslag (2020:12) om socialvård, Grundavtal för kommunernas socialtjänst k.f. 1.1.2020.

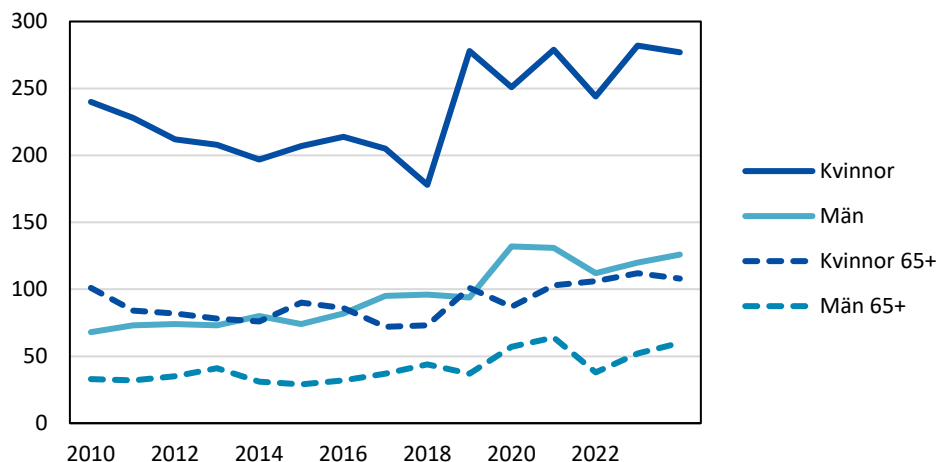
1. Någon på grund av nedsatt funktionsförmåga, sjukdom eller handikapp eller av någon annan motsvarande orsak behöver vård eller annan omsorg i hemförhållanden,
2. En anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära är beredd att ansvara för vården och omsorgen med hjälp av behövlig service,
3. Vårdarens hälsa och funktionsförmåga svarar mot de krav som närståendevården ställer,
4. Närståendevården tillsammans med andra behövliga social- och hälsovårdstjänster är tillräcklig med tanke på den vårdbehövandes välbefinnande, hälsa och säkerhet,
5. Den vårdbehövandes hem till sina sanitära förhållanden och övriga förhållanden är lämpligt för den vård som skall tillhandahållas där, och om
6. Beviljande av stöd bedöms vara förenligt med den vårdbehövandes bästa.

Nästa avsnitt presenterar hur omfattande avtalsbaserad närståendevård är på Åland.

2.2 Omfattningen av närståendevård på Åland

Befolkningsstrukturen på Åland har förändrats bland annat genom att andelen äldre i befolkningen ökat från 18 procent år 2010 till 25 procent år 2024. Även antalet närståendevårdare på Åland har ökat, från 308 till 403 personer mellan 2010 och 2024.

Figur 1. Antal närståendevårdare på Åland 2010–2024, efter kön och åldersgrupp



Källa: ÅSUB, Socialväsende

Majoriteten av **närståendevårdarna** har varit kvinnor, totalt 69 procent år 2024. Andelen kvinnor som närståendevårdare har under tidsperioden varierat mellan 65 procent (2018) och 78 procent (2010). Närståendevårdarna har även varit relativt unga. Andelen äldre närståendevårdare var 42 procent år 2024 (varav 64 % kvinnor och 36 % män). Andelen äldre närståendevårdare har under 2010-2024 varierat mellan 36 procent (2017) och 44 procent (2010).

Tabell 1. Stöd för närståendevård, vårdtagare och vårdgivare efter kön och ålder 2010-2024

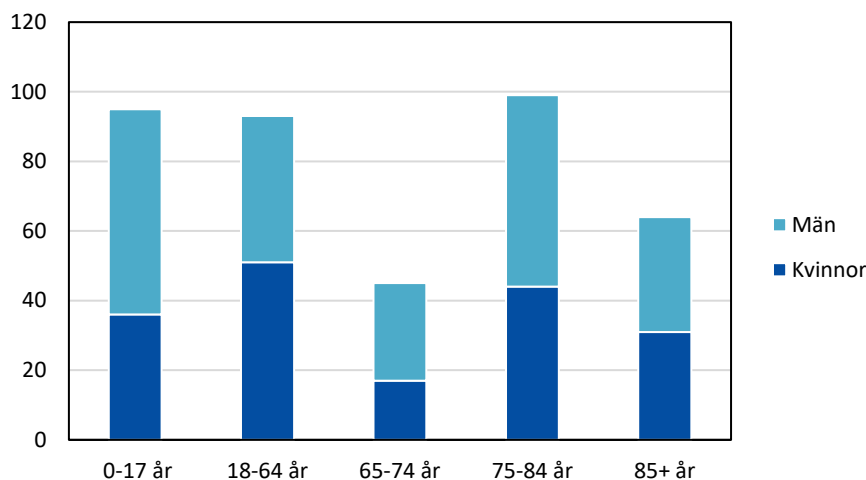
		Vårdtagare						Vårdgivare	
		Totalt	0-17 år	18-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	Totalt	65+ år
2010	Totalt	314	69	80	41	65	59	308	134
	Kvinnor	142	17	50	15	25	35	240	101
	Män	172	52	30	26	40	24	68	33
2011	Totalt	301	78	60	46	57	60	301	116
	Kvinnor	130	23	27	20	24	36	228	84
	Män	171	55	33	26	33	24	73	32
2012	Totalt	298	72	75	37	62	52	286	117
	Kvinnor	126	21	37	14	29	25	212	82
	Män	172	51	38	23	33	27	74	35
2013	Totalt	283	69	73	36	55	50	281	119
	Kvinnor	117	20	36	12	25	24	208	78
	Män	166	49	37	24	30	26	73	41
2014	Totalt	287	64	75	41	58	49	277	107
	Kvinnor	115	16	34	16	24	25	197	76
	Män	172	48	41	25	34	24	80	31
2015	Totalt	287	61	78	44	51	53	281	119
	Kvinnor	122	19	39	17	17	30	207	90
	Män	165	42	39	27	34	23	74	29
2016	Totalt	303	72	85	40	52	54	296	118
	Kvinnor	139	22	43	16	24	34	214	86
	Män	164	50	42	24	28	20	82	32
2017	Totalt	315	59	103	44	61	48	300	109
	Kvinnor	138	17	52	18	29	22	205	72
	Män	177	42	51	26	32	26	95	37
2018	Totalt	356	93	92	57	62	52	274	117
	Kvinnor	163	27	47	30	30	29	178	73
	Män	193	66	45	27	32	23	96	44
2019	Totalt	387	106	86	62	71	62	372	138
	Kvinnor	161	31	46	23	30	31	278	101
	Män	226	75	40	39	41	31	94	37
2020	Totalt	385	103	80	61	77	64	383	144
	Kvinnor	169	31	44	25	35	34	251	87
	Män	216	72	36	36	42	30	132	57
2021	Totalt	395	113	94	61	63	64	410	167
	Kvinnor	170	36	51	22	30	31	279	103
	Män	225	77	43	39	33	33	131	64
2022	Totalt	363	99	86	54	75	49	356	144
	Kvinnor	155	31	43	22	34	25	244	106
	Män	208	68	43	32	41	24	112	38
2023	Totalt	393	98	89	62	82	62	402	164
	Kvinnor	171	32	48	21	38	32	282	112
	Män	222	66	41	41	44	30	120	52
2024	Totalt	396	95	93	45	99	64	403	168
	Kvinnor	179	36	51	17	44	31	277	108
	Män	217	59	42	28	55	33	126	60

Källa: ÅSUB, Socialväsande
Senast uppdaterad 03.04.2025

Även i Finland har majoriteten av närståendevårdarna varit kvinnor¹³ som generellt varit yngre än närståendevårdande män. Studier från Finland har visat att närståendevårdande mödrar har gett vård nästan fem år längre än närståendevårdande fäder. Det är även vanligare att förvärvsarbeta (utanför hushållet) parallellt bland de mödrar som är närståendevårdare än de fäder som är närståendevårdare (55 % respektive 27 %)¹⁴ (Juntunen et al., 2018; Mikkola et al., 2021).

I takt med ökat antal närståendevårdare har även antalet **vårdtagare** ökat. På Åland har antalet personer som fått närståendevård ökat från 314 till 396 personer under 2010–2024 (se *Tabell 1* för detaljerade siffror kring utvecklingen av antal vårdtagare och närståendevårdare efter kön och ålder under perioden 2010-2024).

Figur 1. Antal vårdtagare inom närståendevård på Åland år 2024, efter kön och ålder



Källa: ÅSUB, Socialväsande

Majoriteten av vårdtagare, 55 procent, var män år 2024, se *Figur 1*. Andelen har under tidsperioden 2010-2024 varierat mellan 54 procent (2016 och 2018) och 60 procent (2014). De senaste uppgifterna visar att 53 procent av samtliga vårdtagare på Åland var 65 år eller äldre (44 % kvinnor, 56 % män). Andelen äldre vårdtagare har varierat mellan 48 procent (2016, 2018 och 2021) och 54 procent (2011).

År 2024 var andelen vårdtagare i befolkningen 0,8 procent bland 0–64-åriga och 2,8 procent bland äldre. Av Ålands alla invånare som är 85 år eller äldre är cirka sju procent vårdtagare inom närståendevård (7,2 % 2021, 5,4 % 2022, 6,7 % 2023 och 6,8 % 2024).

Även i Finland har majoriteten av vårdtagare inom närståendevård varit äldre, år 2023 hade ungefär varannan vårdtagare fyllt 75 år. Samtidigt som antalet barn i befolkningen har minskat har antalet vårdtagare under 18 år ökat (Ilmarinen et al., 2024). På Åland har andelen minderåriga som vårdtagare inom närståendevård varierat mellan 19 procent (2017) och 29 procent (2021) under tidsperioden.

¹³ Se t.ex. <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/social-service-for-vuxna/narstaendevardare>

¹⁴ Vårdtagarna var i genomsnitt två år äldre om närståendevårdaren var en kvinnlig partner/maka (jämfört med man) och i genomsnitt tre år äldre om närståendevårdaren var en dotter (jämfört med son) (Juntunen et al., 2018).

2.3 Metod, disposition och avgränsningar

Vi har använt flera metoder för att kunna ge en samlad bild av närståendevårdarnas situation på Åland. För att belysa de kommunalekonomiska nyckeltalen för närståendevården har vi använt oss av tillgänglig statistik från ÅSUB och uppgifter från kommunerna. Genom intervjuer med sakkunniga från kommunerna och KST belyser vi hur kommuner och KST arbetar med närståendevård. En enkätundersökning riktad till samtliga närståendevårdare med avtal på Åland används för att undersöka hur närståendevårdarna själva upplever sin vardag. Kortfattad information om datainsamling och metod finns tillgängligt under respektive kapitel samt i *Bilaga 3. Kvalitetsbilaga*.

Kapitel 3 ger en bakgrund till hur närståendevården har vuxit fram, behovet av närståendevård, vad vi vet om närståendevårdares stödbehov och mående, samt vilken påverkan närståendevård har på arbetsliv och ekonomi både för närståendevårdare och för samhället, baserad på aktuell forskning.

I *Kapitel 4* visas resultatet från den ekonomiska sammanställningen av närståendevårdens betydelse för kommunerna.

Resultatet från intervjuer med sakkunniga från KST och kommunerna sammanställs i *Kapitel 5*, medan resultatet från enkätundersökningen till närståendevårdare redovisas i *Kapitel 6*. Sista kapitlet består av sammanfattande reflektioner.

Avgränsningar

Utredningen har avgränsats till att endast omfatta personer som har avtal med antingen kommunen eller KST för att vårda en närstående. Studier har visat att en stor del av befolkningen ger informell vård¹⁵, men exakta uppgifter är svåra att ge i synnerhet om vården inte har formaliserats genom avtal. Försättningsvis i rapporten används "närståendevårdare" för att hänvisa till personer som vårdar en närstående med avtal i rapporten.

Vidare ingår inte en analys på en bred samhällsekonomisk nivå, exempelvis analys av stödets samhällsekonomiska effekter i utredningen. Prognoser av behovet av närståendevård, tillsyn eller utvärdering av systemet med närståendevården innefattas inte heller av undersökningen.

¹⁵ Se, t.ex. Koyanagi et al., 2018. I Sverige vårdar, hjälper eller stödjer nästan var femte person regelbundet en närstående som är äldre, har en funktionsnedsättning eller är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk (*Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga*, 2024).

3. Bakgrund

I det här kapitlet presenteras kunskapsläget kring närståendevård baserat på aktuell forskning. Målet har varit att bygga en litteraturbaserad bakgrund primärt på material från Finland, inklusive Åland, då systemen för närståendevård skiljer sig åt mellan länder. För att bredda litteraturbakgrunden har även studier från närregioner, primärt från Sverige¹⁶ och EU, inkluderats. I de fall där material från andra länder än Finland har inkluderats bör läsaren vara medveten om att stödsystemet för närståendevårdare skiljer sig åt mellan länder.

3.1 Utveckling av närståendevård

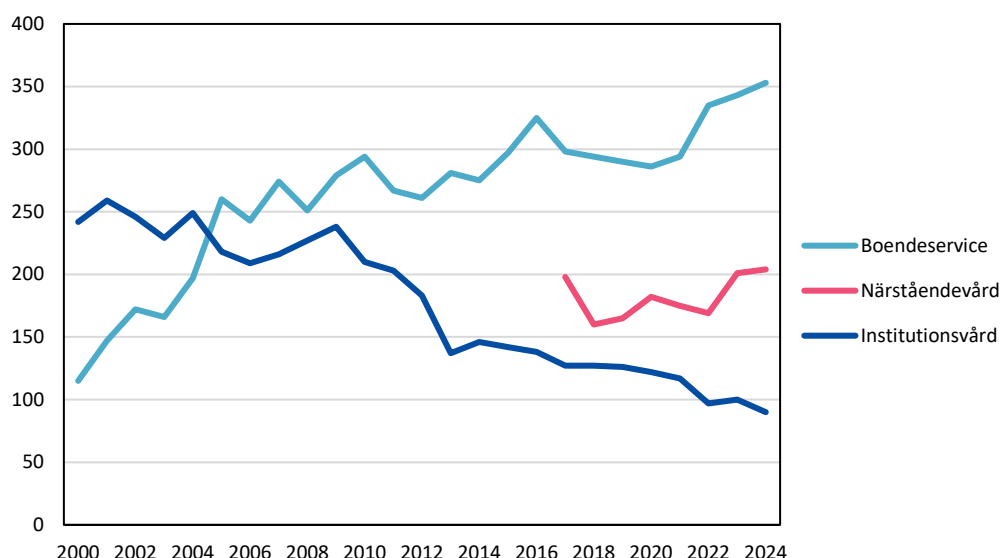
Under 1970–80-talen finansierades social- och hälsovården i stor utsträckning enligt den nordiska välfärdsmodellen och principer för universalism, som innebar att sociala rättigheter och förmåner skulle vara tillgängliga för alla medborgare oavsett inkomst, yrke eller socialt status. Parallellt utvecklade Finland alternativa vård- och serviceformer, vilket underlättade kvinnors deltagande på arbetsmarknaden (Rostgaard et al., 2022). Det skedde en så kallad avfamilisering, där delar av omsorgsansvaret övergick från familjen till offentliga eller andra vård- och serviceproducenter i syfte att minska familjernas omsorgsbörda och beroende. De grundläggande principerna för avfamilisering syftar till att stärka individens självbestämmande och rättigheter. Det innebär att individen inte per automatik ska vara beroende av familjens förmåga att tillgodose behov av vård och omsorg, utan ges möjlighet att välja alternativa lösningar. Målet är att skapa en mer jämlik tillgång till omsorg, oberoende av individers olika familjeresurser (Kröger, 2019; Szebehely & Meagher, 2018).

Under 1990-talet inleddes en demontering av den så kallade "långvården", som ersattes med andra vård- och serviceformer. Platserna inom institutionsvården i Norden, inklusive i Finland, har sedan dess minskat kraftigt (Institutet för hälsa och välfärd, 2017; Kröger, 2019; Rostgaard et al., 2022) och andra kompletterande insatser inom socialvården har införts. På Åland har institutionsvården kompletterats med bland annat nedanstående insatser (Landskapslag om socialvård (LL 2020:12)):

- hemservice (inkluderat stödtjänster som måltids-, klädvårds- och städservice och tjänster som främjar socialt umgänge)
- hemvård (helhet som bildas av hemsjukvård och hemservice, den kommunala socialvården och Ålands hälso- och sjukvård tillhandahåller hemvård i samarbete)
- boendeservice (inkluderat stödboende som ordnas för personer som behöver stöd för att bo självständigt och serviceboende som ordnas för personer som behöver en lämplig bostad samt vård och omsorg)
- service som stöder rörligheten (inkluderat ledsagarservice, grupptransport och ersättning för transport med taxi, färdtjänstbil etc.).

I *Figur 2* illustreras att institutionsvården inom äldreomsorgen har minskat markant på Åland sedan år 2000 samtidigt som boendeservicen har ökat.

¹⁶ I Sverige används begreppet anhörigomsorg eller -vård

Figur 2. Antal klienter i åldringsvården 2000–2024, efter typ av åldringsvård

Not: Data för närstående vård specifikt bland klienter i äldre hushåll kan endast redovisas fr.o.m. 2017. Fram till och med 2012 ingick Gullåsen i uppgifterna för äldreboende.

Källa: ÅSUB databas Socialväsande

Enligt forskning ses i Finland ingen kompensatorisk ökning av hemvård sedan början av 2000-talet trots minskade institutionsplatser (Institutet för hälsa och välfärd, 2017; Rostgaard et al., 2022; Ulmanen & Szebehely, 2015). Snarare har den service som hemvården erbjuder begränsats; hushållsarbete har långt exkluderats och närstående får ta större ansvar för genomföra eller ordna för hushållssysslor som den allt mer medicinskt inriktade hemvården inte längre genomför (Kröger, 2019; Rostgaard et al., 2022). Forskare hävdar att användningen av universella lösningar som kan användas av alla, oavsett individuella behov och förutsättningar, har minskat i de nordiska länderna, särskilt i Finland och Sverige. Forskning pekar på att samhället befinner sig i en fas av refamilisering då ansvaret i ökande grad återförs till familjen. Detta sker genom stödjande strukturer, vilket innebär att familjen förväntas bära det primära ansvaret för omsorgen, men med stöd i form av ekonomiska ersättningar och andra välfärdspolitiska insatser för att möjliggöra fullgörandet av detta ansvar (Kröger, 2019; Szebehely & Meagher, 2018). Forskare hävdar dock att de aktuella policyförändringarna, i bland annat Finland, inte har lyckats säkerställa universella sociala rättigheter för närståendevårdare (Åkerman et al., 2025b). Sand (2016) konstaterar att genom minskad offentlig omsorg skapas olika konsekvenser beroende på socialgruppsstillhörighet. Personer med starkare socioekonomisk situation har förutsättningar att ta hjälp via service på den privata marknaden, medan personer med svagare socioekonomisk position inte väljer den möjligheten, vilket kan betyda att de i stället förlitar sig på hjälp av närstående.

Forskare hävdar vidare att utvecklingen från den universella modellen har lett till regionala variationer inom länder. Rostgaard et al (2022, s. 4) sammanfattar:

*"det finns inte en enhetlig 'välfärdsstat' i de nordiska länderna [längre], utan snarare ett stort antal 'välfärdskommuner' som skiljer sig avsevärt från varandra, inte minst i servicenivåer, det vill säga andelen av en given befolkningsgrupp som erhåller tjänster samt kvaliteten på dessa tjänster"*¹⁷.

¹⁷ Egen översättning.

Att regionala variationer konstateras underbygger betydelsen av att genomföra regionala utvärderingar, som bland annat föreliggande rapport, i vilken även regionala skillnader inom landskapet Åland studeras i mån av möjlighet.

3.2 Närståendevård – en plikt eller ett frivilligt åtagande?

De flesta hjälper någon gång i livet en närstående som är sjuk, har funktionsnedsättning eller behöver stöd på grund av hög ålder. I den nationella anhörigstrategi som finns i Sverige går att läsa att det för många kan vara en positiv erfarenhet:

"Att ge vård omsorg till en närstående kan vara en positiv och berikande erfarenhet som ger nya perspektiv och fördjupar relationen till den närstående" (Socialdepartementet, 2022 s. 6).

Att vårda en närstående kan upplevas som ett personligt och frivilligt val, men närståendevård har även identifierats som en strukturell nödvändighet där omfattningen och formerna inte alltid är självvalda (Sand, 2016). Forskning visar en generell trend på en ökning av motvilligt tillhandahållande av stöd, vård och service till närstående (Kröger, 2019).

Gällande laglig skyldighet finns det krav på vårdnadshavare att trygga en balanserad utveckling och välfärd för barnet enligt dess individuella behov och önskemål (FFS 361/1983, 1 § och 4 §). Föräldrars ansvar lyfts även i barnkonventionen¹⁸. Däremot finns det ingen laglig skyldighet eller krav att som make eller maka agera som närståendevårdare¹⁹. Sedan 1970-talet har det inte heller funnits lagligt stöd för att kräva att vuxna barn ska ta hand om sina föräldrar (Leinonen, 2011).

I praktiken är det dock svårt för många närstående att dra en gräns mellan frivillig och ofrivillig omsorg. Det kan konstateras att även om vård och omsorg till enskilda i grunden är det offentliga skyldighet, är närståendes stöd ofta en förutsättning för att insatserna eller vårdtagarens egenvård ska fungera (Socialdepartementet, 2022). I en rapport från Finland framkommer att 26–46 procent av de som får närståendevård skulle ha varit i behov av heldygnsomsorg om de inte hade haft en närståendevårdare (Linnosmaa et al., 2014).

3.3 Behov av närståendevård

I en kartläggning som genomfördes i Finland (Åland inkluderat) år 2012-2013 framkommer att de vanligaste orsakerna till behov av närståendevård är försämring av den fysiska funktionsförmågan, långvariga fysiska sjukdomar eller skador och/eller kognitiv funktionsnedsättning eller -sjukdom (inklusive demenssjukdom) (Linnosmaa et al., 2014). I en senare rapport från Socialstyrelsen i Sverige rapporteras liknande orsaker till behov av närståendevård, men i rapporten lyfts även nedsatt psykisk hälsa, sociala eller personliga problem, och/eller beroendeproblematik fram som relativt vanliga orsaker till behov av vård och omsorg av en närstående (Socialstyrelsen, 2021).

När det specifikt gäller närståendevård av barn visar forskningen att det rör sig om en heterogen grupp med ett brett spektrum av diagnoser och funktionsnedsättningar. Gruppen domineras främst av barn med neuropsykiatriska och neurodevelopmentala tillstånd, såsom intellektuell eller utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning, autismspektrumtillstånd och cerebral pares, samt av barn med fysiska

¹⁸ Konventionen om barns rättigheter, artikel 18 <https://www.unicef.fi/vart-arbete/barnets-rattigheter/barnkonventionen/>

¹⁹ För mer information, se t.ex. Äktenskapslagen 234/1929.

funktionsnedsättningar, exempelvis ryggmärgsskador, skolios eller traumatiska hjärnskador (Lindholm et al., 2022).

Gällande vilka insatser som generellt kan behövas finns olika "sorteringssystem". Oasvett system är det, enligt Sand (2016), vanligt att behoven omfattar nedanstående (med exempel inom parentes).

- Direkt praktisk hjälp (personlig vård och omsorg (på- och avklädning, assistens med personlig hygien, måltidsstöd), hushållssysslor (inom- och utomhus), assistens vid förflyttning och transporter, allmän tillsyn)
- Känslomässig och socialt stöd (motiverande samtal för att höja humör och stimulera till egenvård, sällskap)
- Hjälp genom att agera ombud för kontakter med myndigheter och organisationer (kommun och hälso- och sjukvård, folkpensionsanstalten)
- Ekonomisk hjälp (betala räkningar, deklarerera)
- Sjukvårdande insatser (medicinering, omläggningar)
- Stöd och insatser i samband med delat hushåll (allmän tillsyn, stöd och insatser för funktionellt vardagsliv – ofta dygnet runt)

Forskning från Finland (Åland inkluderat) bland äldre vårdtagare visar att sannolikheten för behov av närståendevård ökar om vård och omsorgsåtgärder utförs dagligen, om vårdtagaren har kognitiv funktionsnedsättning eller behöver hjälp med personlig hygien och att insatserna genomförs i det egna hemmet (Åkerman et al., 2025).

I studier från Sverige framkommer att cirka hälften av deltagarna som ger vård, omsorg och stöd till en närstående gör det mellan en och tio timmar per vecka (Malki et al., 2025; Ekman et al., 2021), vilket överensstämmer med andra länder i norra Europa (Sand, 2016). I norra Europa ger mindre än 20 procent en intensiv omsorg med mer än 20 timmar per vecka, vilket är mindre än i vissa andra delar av Europa. Detta kan förklaras av tillgång till annan service motsvarande hemservice, serviceboende eller institutionsvård (Sand, 2016). Än dock ägnar ungefär en femtedel mer än 60 timmar i veckan till uppgiften i Sverige (Malki et al., 2025). Studiernas resultat visar således att behovet av närståendevård kan variera i tidsåtgång. En stor majoritet av de som ger vård, omsorg och stöd till en äldre närstående gör det över ett år (Malki et al., 2025), det vill säga behoven kvarstår i regel under en längre tidsperiod. För föräldrar med barn med behov av närståendevård kan uppdraget fortsätta även när barnet har nått vuxen ålder (Olin & Dunér, 2016). I en undersökning från Finland konstateras att närståendestöd i genomsnitt har används i fyra till fem år; 20 % beviljas närståendevård under ett år och ca 13 % under minst tio år (Sten-Gahmberg et al., 2024).

3.4 Närståendevårdarens behov

I studier framkommer att närståendevårdare upplever att de får kämpa för sina rättigheter (Leinonen, 2011; Olin & Dunér, 2016). Forskning visar vidare att beviljande av närståendestöd (eller motsvarande) kan vara ett erkännande av den insats som närstående genomför (Olin & Dunér, 2016).

Forskningsresultat från Finland, kompletterat med forskningsresultat från Sverige, visar att närstående som ger stöd, vård och omsorg till en vårdtagare önskar mer allmän information och råd gällande sin situation och om möjligheter till avlastning och finansiellt stöd (Malki et al., 2025; Suhonen et al., 2015). Suhonen et al. (2015) konstaterar att det finns ett samband mellan önskan om information och råd och ålder; ju yngre närståendevårdare, desto större andel önskade mer information och råd.

Vidare konstateras att utbildning och informationsöverföring tenderar att fokuseras på sjukdomslära och läkemedelsbehandling, vilket också är efterfrågat av närstående, men mindre fokus läggs vid att bemästra vardagen (Suhonen et al., 2015; Socialstyrelsen, 2021). Det finns forskning som visar på samband mellan upplevt stöd och belastning; stöd av hög kvalitet har samband med lägre upplevd belastning (Juntunen et al., 2018).

I en studie av Malki et al. (2025), som var en enkätstudie som inkluderade personer mellan 18-89 år (medelålder: 61 år) som gav stöd, vård och omsorg till en närstående i Sverige, framkom att en majoritet (82 %) använder sig av någon form av teknologiskt stöd dagligen och även att tre av fyra (75 %) är intresserade av digitalt stöd (via webbsidor och appar) (Malki et al., 2025). I en studie bland äldre personer i Finland (Åland inkluderat) och Sverige framkommer att formella stödinsatser används i mindre grad i samband med självständig internetanvändning. Det antas att internetanvändning kan bidra med socialt stöd genom användning av sociala plattformar och/eller öka förutsättningarna till att hitta andra typer av stöd (Åkerman et al., 2025).

Vidare visar tidigare forskning att det finns utmaningar för närstående att ta del av ledighet och avlastning. Tillgängligheten på avlastningsplatser i olika former av boendeformer varierar beroende på beläggning i övrigt (Åkerman et al., 2021). Vid avlastning i hemmet lyfts omsättning av personal i hemservice och korta besök som ett övergripande problem (Leinonen, 2011), som kan upplevas särskilt besvärligt av närstående till personer med kommunikativa eller kognitiva funktionsnedsättningar som vid demenssjukdom (Van Aerschoot et al., 2022) eller intellektuella funktionsnedsättningar (Olin & Dunér, 2016). Vidare finns en rädsla för att otillräcklig kompetens, som i kombination med kommunikationssvårigheter, kan resultera i att vårdtagaren inte kan uttrycka sina behov och/eller missförstås (Van Aerschoot et al., 2022; Olin & Dunér, 2016). Det finns en oro för att missförstånd kan leda till oro och ångest hos vårdtagaren, som kan komma till uttryck i utåtagerande beteende, som i sin tur kan leda till att vårdtagaren utsätts för begränsande åtgärder (Olin & Dunér, 2016).

Vidare konstateras hemservicen inte nödvändigtvis finns tillgänglig när den behövs som mest (Van Aerschoot et al., 2022). Även andra brister lyfts som påverkar att närstående tvekar till att ta emot avlastande service, såsom avsaknad av städservice inom kommunal hemservice och dålig kvalitet på måltidsservice (Leinonen, 2011). Det framkommer vidare att närståendevårdare inte "bara" efterfrågar hjälp med praktiska göromål, utan också psykosocialt stöd (Socialstyrelsen, 2021 & Van Aerschoot et al., 2022).

Det finns ett begränsat antal studier som rör erfarenhet av närståendevård bland inflyttade. Heino et al. (2022; 2024) har genomfört studier bland föräldrar som har immigrerat till Finland och som ger vård och omsorg till barn med funktionsnedsättning. Det konstateras att social- och hälsovårdstjänsterna upplevs som oflexibla, dåligt koordinerade och svåra att få tillgång till på grund av språkbarriärer och strikt reglerad byråkrati. Dessutom känner man inte till servicesystemet. När man inte hittar gemensamma lösningar kan föräldrarna i stället välja att upprepade gånger söka vård på akutmottagningen (Heino et al., 2024; Heino & Lillrank, 2022).

Som stöd för att erhålla sina lagliga rättigheter har stödet från tredje sektorn ökat; tredje sektorn spelar en viktig roll i att erbjuda information, utbildning, hälsofrämjande aktiviteter och emotionellt stöd för närståendevårdare. Att ta del av detta stöd är dock kopplat till en viss selektivitet, eftersom det kräver aktiv handling i form av att inhämta information, vidta åtgärder och vanligtvis betala en medlemsavgift. I en studie bland äldre personer (65 år och äldre) som ger stöd, vård och omsorg till en närstående

(Åland inkluderat) framkommer samband mellan användning av formella stödinsatser och vårdgivarens medlemskap i tredje sektorn; de som hade aktivt medlemskap i tredje sektorn använde även formella tjänster mer. Detta förklaras med att engagemang i tredje sektorns aktiviteter sannolikt bidrar till information om vilka formella tjänster som närståendevårdare kan ha rätt till. Det kan också vara så att om man tar del av formella tjänster ökar också möjligheten att man får kännedom om vilka stödtjänster tredje sektorn kan erbjuda för närståendevårdare (Åkerman et al., 2025).

3.5 Närståendevårdarens hälsa

Internationellt finns det ett stort antal studier som konstaterar hur närståendevårdarens hälsa negativt påverkas av uppdraget, framför allt den allmänna och psykiska belastningen. Särskilt belastande konstateras uppdraget vara då närståendevårdaren bor tillsammans med vårdtagaren (Costa-Font & Vilaplana-Prieto, 2025; European Commission, 2021; Malki et al., 2025). Närståendevårdsbördan upplevs även tyngre om vårdtagaren har kognitiv funktionsnedsättning eller sjukdom (såsom demenssjukdom) och om annat informellt stöd saknas.

Närståendevårdsbördan blir även tyngre ju sämre hälsotillstånd vårdtagaren har/med större behov av insatser (Juntunen et al., 2018; Stephan et al., 2015; Sutcliffe et al., 2016; Ulmanen, 2022). Samtidigt lyfter forskare fram att resultaten i många av de internationellt publicerade studier har varit blandade, bland annat på grund av metodologiska skillnader²⁰ (European Commission, 2021, Mikkola et al., 2021). Juntunen et al. (2018) lyfter vidare fram att fokus ofta har legat på att studera negativa konsekvenser på närståendevårdarens hälsa, men det finns också positiva aspekter. Detta oaktat finns det negativa hälsoeffekter att beakta.

Psykosocial hälsa

Att vara närståendevårdare kan påverka förutsättningarna till socialt umgänge.

Närståendevårdande föräldrar vittnar om att det finns utmaningar med att balansera närståendevård med andra aspekter i livet. Många uttrycker att de inte har tid eller energi för sociala aktiviteter eller är ekonomiskt begränsade att utföra önskvärd hobby. Vidare framkommer att relationen till sin partner försämras.

Närståendevårdare beskriver att de känner sig utanför omvärlden och utestängda från arbetslivet utan att själva ha valt det (Lindholm et al., 2022). Det vittnas vidare om att personer i omgivningen undviker att ta kontakt i synnerhet om vårdtagaren har stora behov av vård och omsorg (Vonneilich et al., 2016) och/eller utåtagerande beteende (Lindholm, 2022). Det kan också finnas en oro gällande avvikande beteende publikt, vilket kan leda till isolering (Lindholm et al., 2022). Motsvarande kan konstateras i studier bland äldre (Sutcliffe et al., 2017; Åkerman et al., 2023; Åkerman et al., 2025), och sammantaget kan det konstateras att närståendevård bidrar till ökad risk för social isolering och ensamhet.

Närståendevårdare riskerar även att drabbas av psykisk ohälsa. I en internationell studie, som Finland varit del av, framkommer att personer som ger stöd, vård och omsorg till närstående med större sannolikhet än övrig befolkning upplever stress (3,15 gånger högre odds), depression (1,54 gånger högre odds) och sömnproblem (1,37 gånger högre odds). Större vård- och omsorgsbehov ökar riskerna ytterligare. Bland deltagarna i Finland var sambandet mellan närståendevård och sömnproblem mest framträdande (Koyanagi et al., 2018). I en finsk studie framkommer det att nästan

²⁰ Blandade resultat kan bl.a. bero på att vårdgivarnas hälsa inför vårduppdraget inte har beaktats eller följts upp över tid, utan istället har man jämfört den informella vårdgivarens hälsa med motsvarande icke-vårdgivande grupper i befolkningen. Detta kan vara problematiskt om friskare personer oftare väljer att ge informell vård än personer med egna hälsoproblem.

varannan kvinna som är närståendevårdare till en partner uppvisar tecken på depression (50 %) och/eller endast lite intresse eller glädje i vardagen (48 %). Motsvarande andelar bland män var lägre (33 % respektive 33 %) men samtidigt var depressiva symtom den enskilt starkast bidragande orsaken till ökad upplevd belastning. Vid djupare analys av kvinnorna som ingick i studien, framkom att en lägre andel av de närstående döttrarna och mödrarna uppvisade negativa symptom jämfört med kvinnor som gav närståendevård till en partner (Mikkola et al., 2021).

Att vara närståendevårdare är något som kan oroa alla timmar på dygnet – en oro som sägs ticka i bakgrunden (Van Aerschot et al., 2022). I Finland uttrycker närståendevårdande föräldrar till barn med särskilda behov oro för barnets hälsa, för om den vård och omsorg de ger är tillräckliga, om barnet får sina behov tillgodosedda när föräldrarna får avlastning och vad som kommer att hända med barnet i framtiden. Det framkommer även oro för att barnet kunde skada sig själv och andra, inklusive syskon och dem själva, samt förstöra fysiska föremål (Lindholm et al., 2022). I en studie om burnout hos föräldrar konstateras samband mellan att ha barn med särskilda behov och utmattning (Sorkkila & Aunola, 2020).

Psykiska symtom kan även framträda på grund av andra orsaker. Forskning visar att närstående kan uppleva att byråkratin och processen att bli närståendevårdare kan skapa stress. Generellt finns en trend att närstående i allt högre grad ställs inför att samordna ett mer fragmenterat och komplext vårdssystem, med vanligtvis flera tjänsteleverantörer inblandade i att tillgodose komplexa vårdbehov (Åkerman et al., 2021; Ulmanen, 2022). Föräldrar till barn med särskilda behov upplever att de inte får tillräckligt med information, vilket förutsätter att de själva känner sig tvungna i att vara proaktiva att söka information, skicka in ansökningar och överklaga beslut. Samma byråkratiska process upprepas när behoven förändras med nya handläggare och med långa handläggningstider (Lindholm et al., 2022).

Påverkan på närståendevårdarens psykiska hälsa bekräftas i studier om läkemedelsbruk. I en registerstudie i Finland konstateras att risken för användning av antidepressiva är högre bland närståendevårdare jämfört med motsvarande befolkning (21 % högre bland kvinnor och 28 % högre bland män). Risken var relativt jämnt fördelad bland kvinnor, medan den var högst bland män i 45–65 års ålder. Närståendevårdarna konsumerade större dagliga doser av antidepressiva och lugnande läkemedel (bensodiazepiner) jämfört med motsvarande befolkning och det var vanligare för närståendevårdarna att långvarigt konsumera dagliga doser av lugnande läkemedel (hypnotika). Lugnande läkemedel används särskilt av män över 50 år (hypnotika) och närståendevårdare från medelåldern upp till 75 år (anxiolytika). Resultaten indikerar mer sömnproblem och psykisk ohälsa jämfört med motsvarande personer i befolkningen som inte är närståendevårdare (Mikkola et al., 2021a; Mikkola et al., 2022a).

Fysisk hälsa

Till vår kännedom finns det begränsat med nationella studier som visar på negativa fysiska hälsoaspekter vid närståendevård. Att påverkan på fysisk hälsa är mindre vanligt förekommande jämfört med psykisk hälsa bekräftas i en rapport av EU-kommissionen (European Commission, 2021). I en intervjustudie bland föräldrar till barn med särskilda behov i Finland uttrycks dock att de praktiska åtgärderna en närståendevårdare behöver utföra är utmattande, speciellt om barnet har konstanta behov som också bidrar till upprepade insatser nattetid. Ofta genomförs aktiviteter med begränsade fysiska förutsättningar eller under förutsättningar som inte är förenliga med ergonomiskt arbete, och många uppgifter kan vara monotona, vilket sammantaget leder till fysisk utmattning och smärtproblematik framför allt i rygg och nacke (Lindholm et al., 2022). I forskning bland äldre närståendevårdare framkommer

att det är vanligt att närståendevårdare själva är sköra, vilket kan utgöra risk för påverkan på fysisk hälsa och även utmaningar att särskilja på vad som är en konsekvens av närståendevård och annan sjuklighet (Kiljunen et al., 2024). Det har konstaterats att närståendevårdande äldre kvinnor mer ofta än män besvärar sig av problem relaterat till rörelseapparaten som reumatoid artrit och andra ledsjukdomar (Savela et al., 2022).

3.6 Påverkan på arbetsliv och ekonomin – på individnivå

Ett stort antal av OECD-länderna ger ekonomiskt stöd till närstående. Länder som ger betalning direkt till närstående bygger i regel på ett anställningsavtal (ersättning för timmar utfört arbete som baseras på en behovsbedömning) eller behovsbedömt bidrag relaterat till vårdbehovets omfattning (Sand, 2016) – i Finland tillämpas det sistnämnda. I december 2023 var det genomsnittliga vårdarvode i Finland 584 euro; 13 % erhöll arvode under minimisumman, 28 % erhöll minimisumman och 59 % erhöll arvode över minimigränsen (Sten-Gahmberg et al., 2024). I Finland har skillnader i beviljande av vårdarvode uppmärksamats och harmonisering av dessa grunder har efterfrågats (Institutet för hälsa och välfärd (THL), 2025).

Positionen på arbetsmarknaden är sämre för personer som är närståendevårdare än i övriga befolkningen. Fler närståendevårdare står utanför arbetslivet. Inkomstgapet mellan närståendevårdare och övriga befolkningen har dock minskat (Sten-Gahmberg, 2024). Kvinnor drabbas ekonomiskt mer än män av närståendevårdens negativa konsekvenser, vilket kan leda till sambandet mellan omfattande omsorgsinsatser och lägre deltagande i arbetslivet (Sand, 2016). Inkomstförlusterna kan inledas redan upp till fem år innan närståendevårdavtal upprättas och de sjukner sedan relativt kraftigt det år då avtalet om närståendevård ingicks samt i allmänhet (Pensionsskyddscentralen, 2024).

Inom EU förlorar närståendevårdande kvinnor i åldern 45-64 år i genomsnitt 18 000 euro per år. Däremot är skillnaden för återanställning störst bland män i åldern 45-64 år: sannolikheten att bli återanställd är 22 procent bland vårdgivande män jämfört med 30 procent i motsvarande grupp i övrig befolkning. Lägre sannolikhet för återanställning kan leda till kompetensförlust och förlorad arbetsinkomst, inklusive negativ inverkan på den kommande pensionen. I genomsnitt förlorar vårdgivare i EU med ett avbrott i arbetslivet nio procent av den pension de annars skulle ha varit berättigade till²¹ (European Commission, 2021).

Närståendevårdande kvinnor påverkas även av andra utmaningar på arbetsmarknaden. Kvinnliga vårdgivare med hög utbildning kan ofta ha nedsatt arbetsförmåga i form av svårigheter med att hålla fokus på arbetsuppgifter, behålla arbetstiden, och färdigställa arbetsuppgifter. Detta förklaras med att högutbildade sannolikt har mer krävande arbetsuppgifter både gällande innehåll och omfattning, samtidigt som kvinnliga närståendevårdare i större utsträckning ansvarar för mer intensiva insatser än män (Ulmanen, 2022; Ulmanen & Szebehely, 2015). Närståendevårdare har generellt flera sjukfrånvarodagar jämfört med kontrollgruppen och skillnaden kan nästan helt förklaras av psykisk ohälsa hos närståendevårdarna (Mikkola et al., 2022b).

²¹ Detta bygger på en genomsnittlig vårdperiod på tre år för vårdgivare under 45 år och sex år för kvinnor i åldern 45-64 år, samt ett omedelbart återinträde på arbetsmarknaden efter vårdperioden.

I Finland har i synnerhet närståendevårdande föräldrar till barn med särskilda behov upplevt att ekonomin påverkas negativt och föräldrarna känner oro över den ekonomiska situationen. Föräldrar som inte kan vara aktiva på arbetsmarknaden är ofta ensamstående eller har fler än ett barn. Dessa föräldrar bedöms vara särskilt stressade över ekonomin, men även kvinnliga närståendevårdare som helt blir beroende av mannens inkomster uttrycker oro. Det finns även oro för den kommande pensionen (Lindholm et al., 2022). I Sverige har föräldrar till vuxna med särskilda behov uttryckt att det stora ansvaret är mycket svårt att kombinera med ett vanligt arbete utanför familjen. De flesta av de intervjuade kvinnorna beskriver hur de mer eller mindre har känt sig tvingade att ge upp sina tidigare anställningar och istället bli primära vårdgivare för sina funktionsnedsatta barn. Att få ekonomisk ersättning ger en viss erkänsla för det arbete de upplever sig vara tvungna att utföra, eftersom det formella stödsystemet har upplevts brustit i sina åtaganden (Olin & Dunér, 2016).

Vårdarvode ska åtminstone delvis kompensera den tid och de kostnader som uppstår när man vårdar en närstående. Resultaten av en studie genomförd i Finland visade att trots en relativt låg utbildningsnivå i gruppen av närståendevårdarna var de totala inkomsterna (inklusive vårdbidrag) högre jämfört med kontrollgruppen som bestod av personer i motsvarande ålder, kön och boendekommun. Generellt var inkomsten högre hos män än hos kvinnor (Mikkola et al., 2021b). Resultaten i en annan studie från Finland (Åland inkluderat) och Sverige bland äldre som ger stöd, vård och omsorg till en närstående, visade ett samband mellan användning av formella tjänster och avsaknad av ansträngd ekonomisk situation (Åkerman, Nyqvist, Zechner, et al., 2025). I Finland har vårdare uppmuntrats att köpa tjänster på den privata marknaden och att utnyttja skatteavdrag. Dock kan inte alla vårdare göra det eftersom skatteavdrag förutsätter att det finns beskattningsbar inkomst, vilket många äldre inte har (Åkerman et al., 2021).

3.7 Påverkan på ekonomin – på samhällsnivå

Att personer ger stöd, vård och service till en närstående påverkar statens budget genom förlorade skatteintäkter och socialförsäkringsavgifter samt genom utgifter för olika bidrag till närståendevårdare. I en rapport från EU kommissionen uppgick uppskattningsvis dessa förlorade intäkter till 0,76 procent av EU:s bruttonationalprodukt (BNP) år 2019. Den största delen beror på minskad sysselsättning, i synnerhet bland kvinnor i åldern 45–64 år, både under vårdperioden och efter vårdperioden på grund av låg sannolikhet att återgå i arbete. Om endast de förlorade intäkterna på grund av att kvinnor i åldern 45–64 år slutar arbeta i samband med närståendevård beaktas, skulle påverkan på statens budget redan uppgå till cirka 0,5 procent av EU:s BNP. Utgifter för vårdbidrag påverkar ytterligare och uppgår uppskattningsvis till 0,2 procent av EU:s BNP. Inkluderas även de andra uppskattade förlorade intäkterna²² och de ökade utgifterna, uppgår den totala effekten till 1,1 procent av EU:s BNP (motsvarande 1,46 miljarder euro 2019) (European Commission, 2021).

Påverkan på statens budget varierar mellan länder. Ser man på enskilda länder i Europa beräknas påverkan av informell vård på statens budget (2019) vara störst i Sverige (2,1 %) och Grekland (1,6 %) på grund av stora sysselsättningsgap mellan

²² I den arbetsföra befolkningen är sysselsättningsgraden bland informella vårdgivare liknande som bland icke-vårdgivare, förutom för kvinnor i åldern 45–64 år, där vissa kvalificerar sig för informella vårdbidrag. Därför beräknas de ytterligare utgifterna för arbetslöshetsförmåner och minimilivsförsörjning på grund av skillnader i sysselsättningsgrad mellan informella vårdgivare och andra uppgå till endast 0,02 % av EU:s BNP. På samma sätt är värdet av pensionsrättigheter begränsat, eftersom särskilda villkor gäller för att kvalificera sig som informell vårdgivare för pensionsrättigheter. (European Commission, 2021)

personer som ger stöd, vård och omsorg till en närstående och övrig befolkning. Påverkan är relativt stor även i Frankrike (1,7 %) och Österrike (1,6 %), där betydande summor spenderas på vårdbidrag. Påverkan på statens budget beräknas vara minst i länder där kvinnor i åldern 45–64 år som ger stöd, vård och omsorg till en närstående oftare är anställda. Den beräknade effekten är till och med positiv i Belgien och Danmark, där sysselsättningsgraden för personer som ger stöd, vård och omsorg till en närstående i åldern 45–64 år är betydligt högre än i den allmänna befolkningen (European Commission, 2021).

I en annan europeisk studie beräknades det dolda värdet av stöd, vård och serviceinsatser från närstående, som vanligtvis inte beaktas i finansiella perspektiv. Det dolda värdet omfattar vårdens effekter på vårdgivares välbefinnande genom bland annat depressiva symptom, stress och ångest, men även personlig utveckling och förstärkt känslomässigt band till vårdtagaren. Det kompenserade överskottet (*compensating surplus*, CS) används för att uttrycka hur mycket pengar en vårdgivare skulle behöva få för att uppnå samma nivå av välbefinnande som en person som inte ger stöd, vård och service till en närstående. I förhållande till landets BNP per capita (2016) var värdet störst i Frankrike (4,2 %) och minst i Tyskland (0,9 %). Det relativa värdet minskade i takt med att landets andel av formella utgifter ökade då vårdbehoven ökar över tid. Det uppskattades att det genomsnittliga kompenserande överskottet per timme för informell omsorg är 9,55 euro, med en variation från 5 euro per timme i Spanien till 22 euro per timme i Schweiz. Det saknas data från Finland i den aktuella studien, men bland annat Sverige och Danmark ingår, där motsvarande summa var 9,64 euro respektive 11,21 euro. I studien konstateras vidare att det långsiktiga kompenserande överskottet tenderar att vara lägre än det kortsiktiga kompenserande överskottet (Costa-Font & Vilaplana-Prieto, 2025).

För att bedöma den samlade samhällskostnaden bör därtill alternativkostnaderna beaktas, vad kostnaden skulle vara vid professionell vård av samma person på en samhällsfinansierad vårdplats, såsom ett serviceboende eller en institution. Det finns studier där kostnader för specifika diagnosgrupper har beräknats. I en europeisk studie från år 2015, i vilken Finland ingick, jämfördes kostnaderna för vård och omsorg av personer med demens i hemmet jämfört med vård på institution²³. Det konstateras att i alla länder var kostnaderna för hemservice betydligt lägre jämfört med kostnaderna för boende inom någon form av institution. I genomsnitt var kostnaderna för vård på institution 1,8 gånger högre än vård i hemmet (4 491 euro per månad jämfört med 2 491 euro). I Finland var siffran något lägre (1,5 gånger) vilket kan förklaras av högre kostnader för närståendevård. Vidare visade studien att vid vård i hemmet var stöd, vård och omsorg till närstående den viktigaste kostnadsfaktorn (i genomsnitt 52 %) och att i alla länder ökade kostnaderna för vård i hemmet kraftigt med sjukdomens svårighetsgrad. Den viktigaste förklarande faktorn för kostnader var hur självständig vårdtagaren kunde vara i all dagliga aktiviteter²⁴ (Wübker et al., 2015).

I en studie från Sverige, som har ett annat stödsystem än Finland, konstateras att cirka 15 procent av den vuxna befolkningen i Sverige ger stöd, vård och serviceinsatser till en närstående, och att denna vård motsvarar en kostnad på cirka 152 miljarder kronor per år (ungefär tre procent av BNP) eller omkring 128 000 kronor per vårdande anhörig. Cirka 55 procent av kostnaderna utgörs av inkomstförluster för närstående.

²³ I studien jämfördes kostnader för vård av personer med demens som riskerar institutionsvård och som får professionell hemtjänst med personer med demens som nyligen blivit skrivits in inom institutionsvård. Personerna förväntades ha motsvarande vårdbehov.

²⁴ ADL – Activities of Daily Living, i studien skattat med Katz ADL-index. Självständighet. I Spanien och Frankrike var neuropsykiatriska symtom den viktigaste kostnadsdrivaren. En ökning på en standardavvikelse i ADL-självständighet ledde i genomsnitt till en kostnadsminskning på cirka 22 %.

De största kostnadsposterna är minskad arbetstid och direkta kostnader kopplade till att ge närståendevård. Att ersätta stöd, vård och service av närstående med professionella vårdgivare skulle vara kostsamt och uppskattas till cirka 193,6 miljarder kronor per år (Ekman et al., 2021).

I granskning av ekonomiska analyser är det viktigt att notera att det finns olika stödsystem i olika länder. Vidare kan det finnas skillnader i vad som har räknats med i kostnaderna, då ersättningssystem för närståendevård kan variera, liksom personbeskattningen är olika i olika länder. Kostnaderna kan även variera om, till exempel, hälsofrämjande stödinsatser och vårdinsatser för närståendevårdaren och eventuellt stöd för att bemästra vardagen har inkluderats i beräkningarna (Stephan et al., 2015; Sutcliffe et al., 2016).

4. Ekonomisk sammanställning för kommunerna på Åland

Nedan presenteras en ekonomisk sammanställning samt kommunekonomiska nyckeltal för närståendevård på Åland.

4.1 Den sociala verksamheten i kommunerna på Åland

Kommunernas verksamhet kan synliggöras med statistiska uppgifter om kommunernas driftskostnader för år 2024²⁵. Utgifterna inom den sociala sektorn motsvarar cirka en tredjedel (31 %) av kostnaderna i samtliga huvudsektorer. De övriga huvudsektorerna är allmän förvaltning, undervisning och kultur samt övriga tjänster (2 % respektive 39 % respektive 28 % av samtliga driftskostnader). De största utgifterna enligt serviceklasserna är grundskola (21 %), barnomsorg i daghem (11 %) och boendeservice för äldre med heldygnsomsorg (11 %). Bland dessa har den procentuella ökningen av driftskostnader i förhållande till totalkostnader varit störst inom boendeservice för äldre med heldygnsomsorg (från 9,5 % år 2021 till 11,1 % år 2024).

Tabell 2 visar fördelningsprocenten av driftskostnaderna för vissa verksamheter inom den sociala sektorn. Uppgifterna visas från 2021 och framåt eftersom KST bildades då, vilket begränsar jämförbarheten med åren innan.

Tabell 2. Kommunernas driftskostnader efter fördelningsprocent (%) inom institutionsvård, boendeservice och hemservice 2021–2024

	2021	2022	2023	2024
Driftskostnader totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Institutionsvård för äldre	4,9	4,0	3,7	4,1
Bo.service för äldre med heldygnsomsorg	9,5	10,7	11,1	11,1
Övriga tjänster för äldre	0,7	0,7	0,8	0,8
Institutionsvård för handikappade	0,3	0,1	0,2	0,1
Bo.service för handikapp. m. heldygnsomsorg	3,7	4,2	4,0	4,0
Annan service för handikappade	3,6	3,7	3,8	4,1
Hemservice	3,2	2,9	3,0	3,4

Fotnot: Denna tabell innehåller uppgifter om totalkostnader, d.v.s. inklusive interna kostnader, avskrivningar och nedskrivningar samt överföringsposter. För beskrivning av statistiken se ÅSUB:s hemsida

<http://www.asub.ax/sv/beskrivning-statistiken-om-offentlig-ekonomi>

Källa: ÅSUB databas Offentlig ekonomi

Institutionsvård. Institutionsvård för äldre stod för cirka fyra procent av kommunernas totala driftskostnader år 2024. Långvarig institutionsvård kan enligt äldrelag (2020:9) för Åland endast erbjudas då det finns medicinskt motiverade skäl eller då klient- eller patientsäkerheten förutsätter det (17 §), medan periodplatser erbjuds för äldre vid behov av kortare, tidsbegränsade perioder²⁶. Statistik över institutionsvård för äldre visar att av totalt 90 personer i institutionerna vid slutet av 2024 var två klienter under 65 år. Totalt sett hörde 44 procent av de boende inom institutionsvård till ålderskategori 85 år och äldre (77,5 % kvinnor, 22,5 % män). Av Ålands alla invånare som var 85 år eller äldre bodde cirka fyra procent inom

²⁵ Mera om kommunernas ekonomi och bl.a. nettodriftskostnader finns på ÅSUB:s webbplats <https://www.asub.ax/sv/statistik/offentlig-ekonomi>.

²⁶ Se t.ex. <https://www.oasen.ax/avdelningar-och-enheter/information-narstaende>

institutionsvården. Inom *institutionsvård för handikappade* var driftskostnaderna små i förhållande till totalkostnaderna.

Boendeservice med heldygnsomsorg. *Boendeservice för äldre med heldygnsomsorg* omfattade cirka elva procent av kommunernas driftskostnader år 2024. Enligt landskapslag (2020:12, 21 §) om socialvård ska boendeservice ordnas för personer som av särskild orsak behöver hjälp eller stöd i boendet eller med att ordna boende. Service som tillhandahålls hemma prioriteras i förhållande till service som förutsätter flytt och inkluderar både boende och service. Boendeservice kan ordnas i form av stödboende för självständigt boende eller genom kortvarigt, tillfälligt boende. Serviceboende omfattar även boende och service som ordnas i en servicebostad och som kan varieras i form och omfattningen av vård och omsorg. Totalt 353 klienter ingick i boendeservice för äldre och handikappade 2024 av vilka 17 var under 65 år. Totalt sett hörde 95 procent av klienterna med boendeservice till ålderskategori 65 år och äldre (68 % kvinnor, 32 % män). *Boendeservice för handikappade med heldygnsomsorg* omfattade fyra procent av kommuners totala driftskostnader.

Hemservice. Hemservice ska enligt landskapslag (2020:12, 19–20 §) om socialvård fullgöra eller bistå vid fullgörandet av uppgifter och funktioner som hör till klientens dagliga liv och som tillhandahålls personer som på grund av exempelvis sjukdom, en funktionsnedsättande orsak eller i en särskild familje- eller livssituation behöver hjälp med att klara av dagliga sysslor i hemmet. Som stödtjänster som ingår i hemservicen tillhandahålls måltids-, klädvårds- och städservice och tjänster som främjar socialt umgänge. Kommunernas driftskostnader för hemservice motsvarade drygt tre procent av totala driftskostnader år 2024. Antalet hushåll som fick hemservice uppgick till totalt 606 hushåll. Inom hemservicen fanns 85 procent av klienthushållen i kategorin 65 år eller äldre och 42 procent låg i kategorin 85 år eller äldre. Avgränsningen mellan hemservice och boendeservice i statistiken kan i vissa fall vara osäker och variera mellan kommunerna.

Tabell 3 visar utvecklingen av driftskostnaderna inom institutionsvård, hemservice och boendeservice med heldygnsomsorg som riktar sig till både äldre och funktionsnedsatta.

Tabell 3. Kommunernas driftskostnader inom institutionsvård, boendeservice och hemservice 2021–2024, 1 000 euro

	2021	2022	2023	2024
Driftskostnader totalt	227 776	239 341	253 780	266 902
Institutionsvård för äldre	11 205	9 552	9 374	11 067
Bo.service för äldre med heldygnsoms.	21 698	25 595	28 147	29 589
Övriga tjänster för äldre	1 524	1 737	2 112	2 062
Institutionsvård för handikappade	641	302	536	251
Bo.service för handikapp. m. heldygnsoms.	8 499	10 135	10 242	10 793
Annan service för handikappade	8 190	8 763	9 565	11 021
Hemservice	7 347	6 824	7 686	9 113

Fotnot: Denna tabell innehåller uppgifter om totalkostnader, d.v.s. inklusive interna kostnader, avskrivningar och nedskrivningar samt överföringsposter. För beskrivning av statistiken se ÅSUBs hemsida

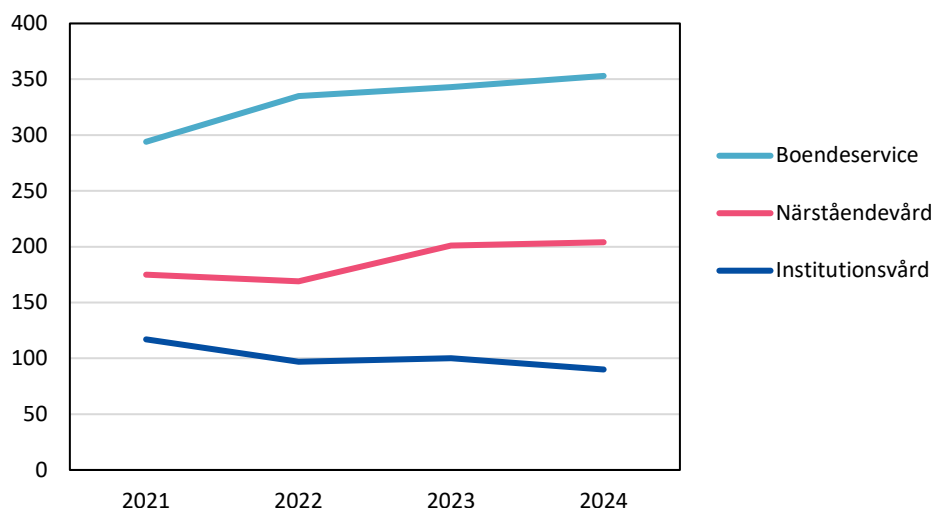
<http://www.asub.ax/sv/beskrivning-statistiken-om-offentlig-ekonomi>

Källa: ÅSUB databas Offentlig ekonomi

De äldres behov av vård blir alltmer aktuellt att följa upp bland annat genom de ändringar som sker i befolkningens åldersstruktur. *Figur 3* visar utvecklingen av antalet klienter i åldringsvården inom institutionsvård, boendeservice och närståendevård 2021–2024. Andelen invånare i olika åldrar som antingen bor inom institutionsvård, i boendeservice eller som fick närståendevård år 2024 ökar kraftigt

med åldern. I åldern 65–74 år var andelen drygt två procent, i åldern 75–84 år nästan tolv procent och 34 procent bland personer som fyllt 85 år (ÅSUB Statistik 2025:1). I följande avsnitt ser vi närmare på utvecklingen av kostnaderna inom närståendevård.

Figur 3. Antal klienter inom åldringsvård på Åland 2021–2024, efter serviceform



Källa: ÅSUB databas Socialväsande

4.2 Utvecklingen av kostnaderna för vårdarvoden inom närståendevård på Åland och i Finland

THL (2025) genomförde en utredning över närståendevård år 2023 i vilken ingår samtliga närståendevårdare med avtal och även avlösare inom närståendevården²⁷. Uppgifterna visar att antalet närståendevårdare per 1 000 invånare var större på Åland än i landet i genomsnitt, 14 respektive 11 närståendevårdare. Det genomsnittliga antalet närståendevårdare i välfärdsområdena varierade från sju (Helsingfors, Västra-Nyland och Päijänne-Tavastland) till 18 närståendevårdare (Kajanaland) per 1 000 invånare. Även det genomsnittliga arvudet var högre på Åland än i hela landet i genomsnitt, 68 respektive 57 euro per 1 000 invånare. Det lägsta genomsnittliga arvudet var 33 euro (Päijänne-Tavastland) och det högsta 86 euro (Södra Savolax) per 1 000 invånare.

Slutligen visar statistiken från THL att arvoden i förhållande till de äldsta i befolkningen är högre på Åland än de genomsnittliga arvodena. Arvoden i förhållande till befolkningen i åldern 65 år och äldre var i genomsnitt 281 euro på Åland genomfört med 242 euro i landet i genomsnitt. Det lägsta genomsnittliga beloppet var 115 euro (Päijänne-Tavastland) och det högsta 332 euro (Norra Österbotten). Även hushållens totala inkomster varierar. Bland närståendevårdare som vårdar äldre personer hade de med de lägsta vårdarvoden en hushållsinkomst på 3 023 euro per månad, jämfört med de som fick de högsta ersättningarna, som hade hushållsinkomst på 3 438 euro per månad (Savela et al., 2023).

Det totala beloppet för vårdarvoden inom närståendevård på Åland år 2023 omfattade 2,1 miljoner euro med en ökning på 1,5 procent sedan 2019 och 1,8 procent sedan

²⁷ På Åland var antalet närståendevårdare 402 personer, i THL:s utredning 428 personer (2023). Källa: THL, 2025.

2022 (i fasta priser). Ökningen på Åland är betydligt lägre än i landet i genomsnitt (7,8 % respektive 3,8 %). *Tabell 4* visar hur de totala vårdarvodena har ändrat i välfärdsområdena och på Åland sedan 2019 och 2022. Den totala kostnaden för vårdarvoden på Åland 2024 uppgick enligt ÅSUBs statistik till drygt 2,3 miljoner euro.

Tabell 4. Vårdarvoden inom närståendevård på Åland och i välfärdsområden 2019–2023

	Förändring (%) 2019–2023	Förändring (%) 2022–2023
Åland	1,5	1,8
Södra Karelen	-7,7	-16,4
Södra Österbotten	-0,4	4,1
Södra Savolax	10,9	-3,7
Helsingfors	-5,9	-3,0
Östra Nyland	1,7	-0,9
Kajanaland	-18,8	-4,9
Egentliga Tavastland	58,9	29,8
Mellersta Österbotten	-9,1	-15,1
Mellersta Finland	-3,5	-4,7
Mellersta Nyland	19,3	1,3
Kymmenedalen	4,8	0,2
Lappland	9,7	2,1
Västra Nyland	-1,1	-2,1
Birkaland	6,1	2,8
Österbotten	4,0	2,5
Norra Karelen	-1,0	-2,5
Norra Österbotten	13,4	15,7
Norra Savolax	41,9	22,8
Päijänne-Tavastland	-19,0	-7,4
Satakunta	9,5	-2,9
Vanda och Kervo	32,1	16,3
Egentliga Finland	19,6	13,2
Okänd	12,2	7,9
Hela landet	7,8	3,8

Källa: THL, 2025; ÅSUB.

4.3 Om skillnader i vårdarvoden mellan kommunerna

Enligt lagen om stöd för närståendevård (937/2005, 5 §) bestäms vårdarvodet enligt hur bindande och krävande vården är. Vårdarvodet kan enligt avtal fastställas till ett lägre belopp, om vården binder vårdaren i mindre utsträckning än vad som förutsätts i lagen och behovet av vård samt omsorg är ringa, eller om vårdaren anför särskilda skäl till det.

Det finns skillnader i beskrivning av vårdklasser mellan kommunerna och även i antal; de flesta kommuner har fyra vårdklasser, men några kommuner tillämpar bara tre. I stora drag kan likheter gå att finna, men variationer kan förekomma.

- **Vårdklass 1:** Vårdtagarna behöver dagligen vård, omsorg, tillsyn eller vägledning i aktiviteter i det dagliga livet. Vårdtagaren klarar sig på egen hand en del av tiden, till exempel nattetid. Vårdtagaren kan bo ensam. Närståendevårdaren kan förvärvsarbeta, studera eller motsvarande. Kan ses som ett alternativt till service i hemmet.

- **Vårdklass 2:** Vårdtagaren behöver kontinuerlig vård, omsorg och tillsyn flera gånger om dagen. Vårdtagaren klarar sig självständigt enbart under korta tidsperioder i taget och klarar i regel inte att bo ensam. Kan ses som ett alternativ till intensiva insatser med service i hemmet (fem eller flera besök per dygn) eller serviceboende med heldygnsoomsorg.
- **Vårdklass 3:** Vårdtagaren är i behov av total hjälp i alla aktiviteter i det dagliga livet - dygnet runt. Närståendevården är mycket bindande. Kan ses som ett alternativ till institutionsvård.
- **Vårdklass 4:** Tillämpas vid särskilda fall, exempelvis vid vård i livets slutskede. Vårdtagaren behöver kontinuerligt omfattande vård- och omsorgsinsatser och övervakning dygnet runt. Ständig närvaro av närståendevårdare krävs. Kan ses som ett alternativ till institutionsvård eller palliativ vård.

Minimibeloppet för vårdarvodet bestäms i närståendevårdarlagen och indexjusteras varje kalenderår. Ålands landskapsregering informerar årligen om de fastställda minimiarvodena. För år 2025 är vårdarvodets minimibelopp 472,15 euro i månaden. Det lägsta beloppet på vårdarvode som betalas ut under en vårdmässigt tung övergångsperiod är 944,31 euro per månad. *Tabell 4* sammanställer vårdarvoden inom närståendevård på Åland 2025 efter vårdklass.

Tabell 4. Vårdarvoden för närståendevård i kommunerna och KST på Åland 2025, efter vårdklass, hela euro.

	Vårdklass 1	Vårdklass 2	Vårdklass 3	Vårdklass 4
Brändö	496	713	992	
Eckerö	494	701	989	1 402
Finström	475	761	1 156	
Föglö	420	500	600	
Geta	470	627	951	
Hammarland	472	709	944	
Jomala	472	549	797	944
KST	472	694	1 048	
Kumlinge	472	694	1 048	
Kökar	472	549	797	944
Lemland	472	693	1 039	
Lumparland	472	693	1 039	
Mariehamn	472	769	944	1 477
Saltvik	532	688	958	1 316
Sottunga	472	549	797	944
Sund	473	675	945	
Vårdö	472	671	944	

Not: avrundat till heltal.

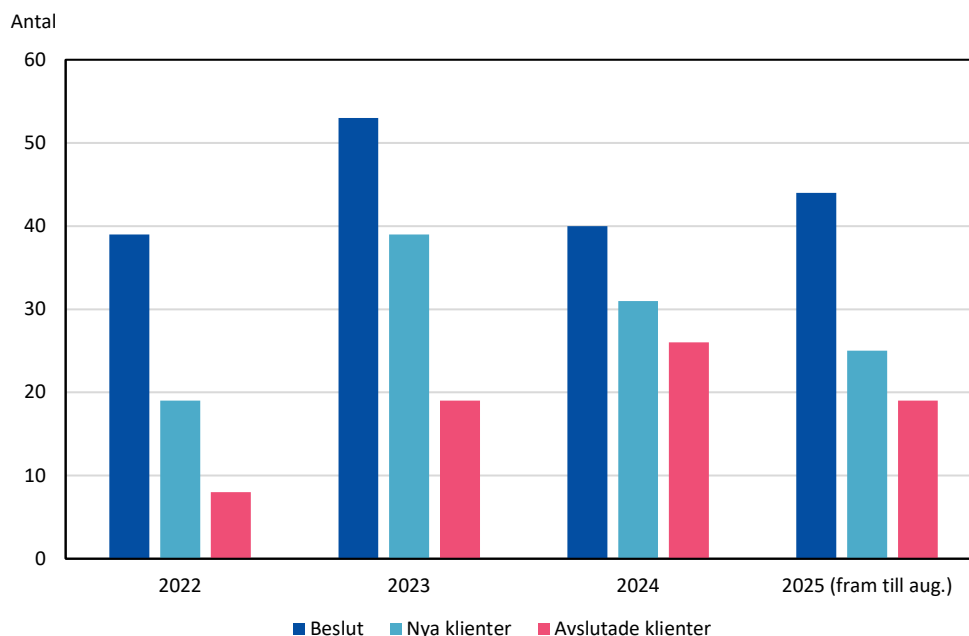
Källa: ÅSUB; uppgifter inhämtade från respektive kommuns hemsida eller kontaktperson.

Vårdarvodet för vårdklass 1 varierar mellan 420 euro/månad och 532 euro/månad, medan arvodet för vårdklass 2 varierar från 500 euro/månad till 769 euro/månad. För vårdklass 3 ligger vårdarvodet mellan 600 euro/månad och 1 156 euro. Färre kommuner har fastställda arvoden för vårdklass 4, de varierar från 944 euro till 1 477 euro per månad.

Många kommuner på Åland har endast ett fåtal, omkring fem eller färre, ansökningar om närståendevård per år. Därför redovisas inte dessa uppgifter skilt för de olika kommunerna. Totalt för samtliga kommuner (undantaget KST) rör det sig om omkring

40 inkomna ansökningar om närståendestöd per år, medan ungefär 35–55 beslut fattas, antalet nya respektive avslutade klienter uppgår till omkring 30 respektive 20 per år. Baserat på uppgifterna från kommunerna sker få avslag, totalt för samtliga kommuner på Åland rör det sig om två till tre avslag per år.

Figur 4. Antal beslut, nya klienter och avslutade klienter för närståendevård i kommunerna på Åland



Not: baserat på uppgifter från Brändö, Eckerö, Finström, Geta, Hammarland, Jomala, Kumlinge, Lemland, Saltvik, Sottunga, Sund, Vårdö och Mariehamn (endast för 2025). Uppgifterna är inhämtade i augusti 2025, för 2025 avses därför fram till augusti.

Källa: ÅSUB

Den statistik som kommunerna själva för över närståendevården varierar både mellan kommunerna och över åren. Noggrannheten är varierande och det gör det svårt att jämföra över tid. Uppgifterna får därför ses som indikativa.

Vidare har några kommuner lämnat in uppgifter om uttagen ledighet för närståendevårdare. Baserat på de cirka fem kommuner som haft möjlighet att bistå med den informationen kan vi konstatera att antalet sparade dagar 2025 markant överstiger antalet använda ledighetsdagar (2 225 sparade dagar, jämfört med 312 använda dagar, enligt uppgifter från augusti 2025).

I det här avsnittet har vi visat att varje kommun hanterar få ansökningar om närståendevård per år samt att antalet sparade lediga dagar för närståendevårdarna överskrider antalet använda dagar. I nästa avsnitt kommer vi att gå in närmare på hur de olika kommunerna och KST arbetar med närståendevård.

5. Hur arbetar kommunerna och KST med närståendevård?

I samband med undersökningen intervjuades sakkunniga inom närståendevård om stödet för närståendevård. Totalt 15 personer från kommunerna och KST deltog i intervjuerna. Mer specifikt undersöktes bland annat följande: Hur arbetar kommunerna och KST med närståendevård idag? Vilket stöd erbjuds närståendevårdare? Vilka fördelar och utmaningar finns med det nuvarande stödsystemet? Finns det behov av ytterligare stödformer?

Utgångspunkten för de semistrukturerade frågorna är lagstiftningen, bland annat lag (937/2005) om stöd för närståendevård, landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård samt landskapslag (2020:12) om socialvård. Intervjuguiden finns med som *Bilaga 1*. Nedan presenteras en summering av intervjutexterna under sju olika teman med relevans för hur kommunerna och KST arbetar med närståendevård. Under varje rubrik finns en summering av de utvecklingsförslag som framkommit i intervjuerna.

5.1 Om informationskanaler

Allmän information

Samtliga kommuner och KST använder sin **webbplats** för att informera om närståendevård. Användning av digitala plattformar sägs bidra med flexibilitet, bland annat genom möjlighet att ansöka om stöd för närståendevård elektroniskt, även om detta ännu inte är vanligt förekommande i kommunerna.

Att informationen på webbplatserna är tydlig och lätt att förstå anses viktigt. I likhet med vissa kommuner lyfter KST utmaningar med informationstexternas utformning. Formuleringarna är ofta komplexa och direkt hämtade ur lagstiftningen, vilket gör dem svåra att ta till sig. För KST är det dessutom en utmaning att informationen även ska kunna nå barn:

"Vi har väl lite förbättrat, men den är ju i dagsläget alltså inte på en tillräcklig nivå. Vår hemsida är ju inte tillgänglighetsanpassad och för den delen inte heller barnanpassad, så att där tänker jag att det är väl en brist får man säga."

Användningen av webbplatsen som huvudkanal problematiseras generellt i intervjuerna, bland annat då det förutsätts digital kompetens och tillgång till digitala verktyg. Informationen ges i regel på svenska. KST framhåller därför vikten av att webbplatsen ska finnas på flera språk och även kunna lyssnas på.

En annan utmaning är att man måste känna till att tjänsten finns för att veta att man ska söka information:

"...för det är ju inte på något vis givet att man intuitivt ska förstå att det kanske finns någonting här som jag har möjlighet till."

För att komplettera webbplatsinformationen används i flera kommuner även det **kommunala månatliga informationsbladet**. Rutinerna varierar: vissa kommuner informerar regelbundet – i ett fall tre till fyra gånger per år som en del av verksamhetsmålen – medan andra gör det mer sporadiskt eller inte alls. En risk som lyfts är att digitaliseringen av informationsbladen kan försämra tillgängligheten. Vissa kommuner, bland annat Mariehamn, har heller inte månatliga informationsblad.

En del kommuner erbjuder även **informationstillfällen**, såsom öppet hus riktat till 65+ eller seniorcafé med information om både äldreomsorg och närståendevård. Deltagandet vid dessa tillfällen har dock varit begränsat. I vissa kommuner erbjuds hembesök som alternativ för dem som har svårt att delta på plats.

Informella nätverk beskrivs också som en viktig informationskanal, särskilt i mindre kommuner:

"Det är lite djungeltrumman, man har hört sig för och fått veta att det finns någonting som heter närståendevård."

Även **tredje sektorn**, framför allt Folkhälsan, sprider information särskilt om rekreation och utbildning för närståendevårdare. Pensionärsföreningar och andra föreningar nämns som ytterligare forum för informationsspridning.

ÅHS fungerar också som informationskanal, bland annat via socialkuratorer, seniormottagningen och hemsjukvården. För den service KST tillhandahåller kan även "psykiatrin" (ÅHS) och **skolan** vara länkar för information. Samtidigt problematiseras risken för missvisande förväntningar om andra aktörer lämnar för generösa löften:

"När det gäller närståendevård krävs en helhetsbedömning – det handlar om vilken typ av insatser som görs och i vilken omfattning. Det ska göras en ansökan, vi ska ha en dialog, vi ska se hur behovet ser ut. I stället för att direkt erbjuda en ansökningsblankett för närståendevård eller hemservice, bör ÅHS och kommunen ha en dialog med den enskilde."

Särskilt KST nämner att det vore värdefullt att mer proaktivt gå ut i samhället för att utöka förutsättningarna att sprida information om närståendevård vidare genom **nyckelaktörer**. Bland annat Funktionsrätt Åland, Ålands synskadade och närvårdarutbildningen vid Ålands gymnasium nämns som arenor som hittills har använts för ändamålet.

Personlig och riktad information

I mindre kommuner kan personalen oftare, genom lokalkännedom, känna till vilka individer som kan vara aktuella för närståendevård, vilket möjliggör riktad muntlig information. Detta förutsätter dock kontinuitet: nyanställda behöver tidigare kollegors lokalkännedom.

Generellt nämns att avsaknad av register över äldre invånare, till följd av dataskyddsbestämmelser, försvårar riktade insatser. Även i de mindre kommunerna anges att när antalet äldre ökar anses det personligt och riktade arbetssättet bli ohållbart.

I en kommun eftersträvar man att göra hembesök till alla som för tillfället inte har annan service och i någon annan kommun görs hembesök till de som redan har service, till exempel måltids- eller hemservice. En kommun har systematiskt börjat med de äldsta i befolkningen.

"...personer som är 85 år och äldre, samt de över 80, och kommer sedan att gå vidare till yngre grupper. På så sätt kan vi informera fysiskt och samtidigt lära känna befolkningen bättre – något som är möjligt i mindre kommuner. Det möjliggör ett mer förebyggande arbetssätt."

Information till etablerade närståendevårdare, exempelvis om förändringar eller utbildningar, skickas i regel per post.

Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande informationskanaler

Alla kommuner och KST använder webbplatsen som huvudkälla för information om närståendevård. Därutöver finns kompletterande kanaler, men förutsättningarna varierar och informationsspridningen är inte likvärdig över hela Åland. Kompletterande metoder är viktiga eftersom inte alla har förutsättningar att ta del av digital information.

Informationsspridningen bygger i hög grad på att individen själv känner till att stödet finns. För att säkerställa att fler nås av informationen föreslås riktade insatser, förslag som framkommit i intervjuerna presenteras nedan.

- Skicka personliga brev till alla som är 65 år eller äldre med information om stödmöjligheter vid närståendevård. Det förutsätter dock att kommunen har register över vilka som är/fyller 65 år.
- De tidigare förebyggande hembesöken från ÅHS till personer 75+ beskrivs som värdefulla — dels för att informera om kommunal service, dels för att upptäcka sådant som inte syns vid mottagningsbesök såsom bostadens utformning och risker i hemmet. De förebyggande hembesöken har upphört i och med seniomottagningens etablering 2023, men flera kommuner planerar liknande insatser i egen regi. Dessa förebyggande hembesök har flera kommuner nu försökt ersätta på olika sätt. I åtminstone tre av kommunerna har man planerat att införa liknande hembesök, till exempel vid 65, 80 eller 82 års ålder. Samtidigt noterar en av de intervjuade att besöken är tidskrävande. Även gällande detta förslag väcks frågor gällande möjlighet att upprätta register.
- Ta fram en alläländsk folder att "sätta i handen" med tydlig information om både rättigheter och möjligheter – inklusive att även personer utan avtal kan ha rätt till avlastning.

5.2 Bedömning av vård- och servicebehov och närståendevårdarens förutsättningar

Enligt närståendevårdarlagen (3 §) ska vissa förutsättning uppfyllas för att kunna bevilja närståendevård. För att klargöra om kriterierna uppfylls genomförs en bedömning av av vårdtagarens vård- och servicebehov. Bedömningen föregås av en ansökan om närståendevård. Vidare anges att undersökningar av närståendevårdarens välmående och hälsa ska ordnas vid behov.

Ansökningsprocess

Ansökan om stöd för närståendevård initieras vanligtvis efter kontakt med kommunen. Oftast är det närstående eller den person som behöver vård som tar kontakt och ansökningsblanketten fylls i av sökanden. I vissa fall bistår kommunens ansvariga med att fylla i ansökan. Det förekommer att den närstående inte orkar hantera ansökningsprocessen; vid hembesök kan det snabbt bli tydligt att behov föreligger, men krav på intyg och administrativa åtgärder upplevs då som övermäktiga. En intervjuad exemplifierar:

"Man gjorde ett hembesök, och det blev snabbt tydligt att sambos tillstånd kunde motivera närståendevårdsstöd. [Personen] informerades om möjligheten, hur man ansöker, och att det är kommunens skyldighet att erbjuda detta stöd. Men [hen] upplevde att det var för krångligt att få ett läkarintyg. [Personen] valde därför att i stället köpa hemservice för att få hjälp med duschningen. [Personen] sa att hon har så mycket annat att tänka på, inklusive sambons övriga läkarbesök, att det helt enkelt blev för övermäktigt."

Det är frivilligt att både ta kontakt med kommunen och att ansöka om närståendevård. I mindre kommuner lyfts oro för att alla inte tar kontakt "då alla känner alla" och man vill inte vara den som blir till belastning för kommunen. I vissa situationer kan en orosanmälan från exempelvis grannar utgöra underlag för att kommunen tar kontakt och på så sätt fångar upp personer som annars inte söker stöd.

Vårdtagarens behov som grund för bedömning

Vid ansökan om stöd för närståendevård krävs i majoriteten av kommunerna ett **C-läkarintyg** för den blivande vårdtagaren. I åtminstone en kommun har man dock tagit bort kravet på intyg:

"Vi har slopat kravet på att de lämnar in ett C-läkarintyg för att göra det lättare att ansöka [om närståendevårdsstöd]".

Ytterligare två av de intervjuade berättar att kommunen inte alltid begär ett läkarintyg om det är uppenbart vad problemet är – intyget är då ingen nödvändighet. Många har dock redan ordnat intyget eftersom det efterfrågas i kommunernas information om närståendevård.

Utöver C-intyget genomförs en **helhetsbedömning genom ett hembesök**. Hembesök görs enligt flera intervjuade, om möjligt, av två personer för att få "dubbla par ögon och öron". Det personliga mötet värdesätts eftersom det ger insikt i vardagen och hemmiljön.

"Tycker att det är jätteviktigt med det personliga mötet... För att det kan ju också vara så att ett läkarintyg baserar sig kanske på hur det är under en sjukhusvistelse eller något liknande. Och trots allt så mår ju ändå människor bäst i sin egen miljö. Så att för mig är det nog viktigt att ha det här hembesöket och den här personliga kontakten."

Bedömningen omfattar inte bara den specifika vårdinsatsen utan även behov av kompletterande tjänster, såsom färdtjänst, måltidsservice, anpassningar i hemmet eller stöd för rörlighet²⁸. Resultatet av bedömningen utgör underlag för vård- och serviceplanen som bifogas det avtal om närståendevård som görs upp vid beviljad närståendevård.

Bedömning av närståendevårdarens förutsättningar

Att bedöma närståendevårdarens förutsättningar, inklusive fysiska, kognitiva och psykiska hälsa, framstår i intervjuerna som utmanande. I dagsläget krävs inga läkarintyg för den potentiella närståendevårdaren, även om flera menar att någon form av medicinsk bedömning eller tydligare kriterier skulle vara värdefullt för att säkerställa att vårdaren klarar uppdraget. Samtidigt påpekas att krav på hälsointyg kan göra ansökningsprocessen svårare, särskilt för de som bor på landsbygd/i skärgård.

Utöver hälsomässiga aspekter diskuteras behovet av andra säkerhetskontroller. En intervjuad uttrycker oro för att en vårdare i undantagsfall kan utgöra en säkerhetsrisk, framför allt när det finns ekonomiska fördelar att hämta:

"[Närståendevårdaren] kan vara vilken kriminell person som helst. Kanske man borde kolla upp dem i straffregistret eller någonting sånt... Men det kan vara svårt när det är anhöriga..."

²⁸ Enligt en intervjuad vill inte alla ansöka om stöd för rörlighet då den förutsätter en ekonomisk utredning och en genomgång av klientens privatekonomi samtidigt som ytterst få beviljas stödet.

Hembesöket ger också endast ett begränsat fönster in i vardagen: personer med kognitiv svikt sägs kunna "skärpa till sig" inför besök, och vardagens problem behöver inte alltid komma fram. Därför framhålls av några intervjuade önskemål om att vid behov, vid väckt oro eller misstanke, kunna begära in särskilda intyg (till exempel straffregisterutdrag eller läkarintyg) som ett verktyg för att komplettera bedömningen av den potentiella vårdaren.

Bedömning av frivillighet i uppdraget

En av frågorna i frågeguiden berörde om och hur frivillighet i uppdraget berörs i samtal med vårdtagare och närståendevårdare. Majoriteten av de intervjuade angav att detta inte var en fråga som lyfts per automatik. Å ena sidan betonas att ingen är tvingad att bli närståendevårdare:

"Man måste absolut inte vara närståendevårdare... man har rätt att bara vara make/maka också. Då kan man hellre ta hjälp av hemservice eller en kombination av båda."

Å andra sidan lyfts sociala och normpressande faktorer, särskilt i mindre samhällen, där det kan finnas en stark förväntan att man ska klara av att vårda sin närstående utan extern hjälp och man vill inte bli en belastning för kommunen. Denna sociala press kan göra det svårt för personer att be om stöd eller att ta emot avlastning, trots att vårdinsatsen över tid kan bli mycket tung. I intervjuerna framkommer att man från kommunernas sida är måna om att närståendevårdarna återkopplar om uppdraget blir för utmanande:

"Vi diskuterar [att uppdraget är frivilligt] och jag brukar också poängtera... att det är viktigt att de säger till också om det blir för mycket... det kan ju bli väldigt tungt många gånger beroende på hur vårdkrävande just det är... man ska inte känna sig tvingad på något vis."

I resonemang kring frivillighet lyfte många intervjuade otydlighet i gränsdragningen mellan vad som ingår i att vara medmänniska och närståendevårdare. Detta berörs vidare nedan.

Grund för bedömning av vårdklass

Kommunernas **kriterier för vårdklasser** används som underlag för bedömningen av behov av närståendevård och dess omfattning. Kriterierna är viktiga för en professionell och likvärdig bedömning. Flera intervjuade upplever dock att kriterierna behöver förtydligas. Uttryck som "mycket vård och omsorg" kan tolkas olika och kan variera mellan sammanhang.

"Kriterierna skulle absolut kunna vara tydligare – och framför allt enhetliga över hela landskapet. Det skulle bidra till en mer jämlik och rättvis vård. Att varje kommun tolkar (lagen) och tillämpar kriterierna på sitt eget sätt är inte optimalt."

I någon enstaka intervju framkommer dock att det finns ett värde i att kommunerna själv får besluta över kriterier och ersättning – framför allt i de mindre kommunerna kan det behövas utrymme för mer flexibla lösningar.

Vidare bedöms det av flera vara olyckligt att personer som utför mindre hjälpsatser några gånger i veckan, som att handla, betala räkningar eller skotta snö, hamnar under klass 1/utanför befintliga kriterierna och därmed utan ersättning, trots att insatserna är betydelsefulla. I minst en kommun har man dock beviljat visst bidrag för uppgifter under klass 1-nivån. En annan grupp som idag inte heller beviljas närståendevårdsstöd är vårdnadshavare till föräldrar till barn och unga som inte mår bra och inte går i

skolan - dessa familjer sägs hamna mellan regelverk där kriterierna för närståendevård inte uppfylls, samtidigt som vård-/stödbehovet är mycket krävande.

I resonemang kring vem som kan och bör beviljas närståendevård reflekterar flera intervjuade vidare över vad som ingår i att vara partner, förälder, medmänniska, här med exempel från KST:

"Dels så går vi ju efter kriterierna då, att man tittar på hur mycket tid man måste lägga på den särskilda vården. Det ska ju baseras på att barnet har någon form av funktionsnedsättning och att man lägger mer tid än normalt, så att säga. Då behöver vi ju jämföra att om det är till exempel ett litet barn och man behöver gå upp ett par gånger på nätterna, så då hör det till det normala, det gör man ju. Men om det är så att man behöver gå upp och till exempel använda en slemsug eller någonting liknande så då är det ju vård som är utöver normal barnvård. Så att det är inte alldeles enkelt i alla fall att göra den där gränsdragningen, det finns ju ingen manual att exakt så här många timmar lägger du ut normalt på ditt föräldraskap. Och sen räknar vi ju in då att det kan finnas utmaningar i olika skeden i livet i tonåren och i såna olika perioder. [...] Det står ju inte specificerat i närståendevårdslagen på det viset, det finns inte heller upprädat de här kriterierna för vad som är normalt föräldraskap utan det är ju socialarbetarens bedömning som ligger till grund."

Intervjuade från kommunen reflekterar på liknande sätt. En intervjuad säger:

"Samtidigt som man kan också kontra och tänka att var går liksom gränsen till vad hjälper man sina egna föräldrar med utan att kräva något? Det är jättesvårt. Vi är så olika. Vissa hjälper sina föräldrar liksom dygnet runt och funderar inte på nån ersättning. Och det finns de som inte skulle lyfta ett finger, det är ju jättesvårt. Det handlar ju väldigt mycket om hurdant förhållande man har, liksom det är sina föräldrar, till sin make, maka eller liksom."

Förutom kommunens kriterier för vårdklasserna har flera kommuner övervägt och i vissa fall använt (delar av) **RAI**²⁹ som stöd för behov av närståendevård. En RAI-bedömning omfattar olika standardiserade mätare och frågeområden om förmåga att klara sig i vardagen, kognition, social aktivitet och mental hälsa³⁰. En av de intervjuade hänvisar till att bedömningen då inte skulle vara lika beroende av vem som gör bedömningen:

"Då blir det ju en mer objektiv bedömning för att ens kunskap och erfarenhet spelar ju såklart roll hur man beviljar. Och det där är ju genomgående för all omsorg på Åland. Att det beror så mycket på vem sitter på den här platsen och så där."

Den bedömning som genomförs ligger till grund för den **vård- och serviceplan** som, vid beviljat stöd, finns med som bilaga till avtal om närståendevård.

Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande bedömning av behov

Bedömningen av behov är central för beslut om närståendevård och ska enligt lag omfatta såväl vårdtagarens vård- och servicebehov som närståendevårdarens förutsättningar. I praktiken varierar dock bedömningsprocessen mellan kommunerna,

²⁹ RAI-systemet (Resident Assessment Instrument) är ett standardiserat verktyg för datainsamling och observationer som används av välfärdsområdena i Finland. Den är avsedd för utvärdering av servicebehov och funktionsförmåga hos klienten av äldreservice eller funktionshinderservice samt för planering av vård och service. <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/anvisningar-for-inlamning-av-uppgifter/rai-information-om-bedomning-av-servicebehov-och-funktionsformaga>

³⁰ <https://thl.fi/sv/teman/alldre/bedomning-av-servicebehovet-med-rai-systemet/information-om-rai-systemet/rai-systemets-matare>

vilket skapar ojämlikhet i tillgången till stöd. Ett återkommande utvecklingsförslag är gemensamma och tydligare kriterier för hela Åland. Att komplettera bedömningen med standardiserade skattningsskalor/mätare som finns tillgängliga i RAI kan vara en väg att gå.

I arbetet med kriterierna finns det behov av att tydligare definiera gränsen mellan "normalt anhörigstöd" och insatser som ska ersättas. Vidare bör återkommande stödinsatser, som idag faller utanför kriterierna trots att de är betydelsefulla, beaktas.

Vårdtagarens behov bedöms oftast genom C-läkarintyg och hembesök. Intygskravet kan dock bli en tröskel. Kravet på läkarintyg kan vara något som kan behöva ses över.

Bedömningen av närståendevårdarens hälsa och kapacitet är ett annat utvecklingsområde. I dagsläget finns inga systematiska kontroller trots att uppdraget kan vara krävande. Regelbundna uppföljningar och ett närmare samarbete med ÅHS lyfts som möjliga förbättringar – med omtanke både om närståendevårdaren och vårdtagaren.

Avslutningsvis beviljas sällan närståendevård för de högre vårdnivåerna då de kräver mer omfattande insatser. För att möjliggöra närståendevård i mer avancerade vårdsituationer sägs ett förstärkt samarbete/resurser från ÅHS behövas.

5.3 Beviljande av närståendevård

Beviljande av närståendevård baseras på den bedömning av vård- och servicebehov som har genomförts. Vid beviljande ska, enligt närståendevårdslagen (8 §) ett avtal om närståendevård göras upp. En vård- och serviceplan, baserad på bedömning av vård- och servicebehov, görs upp tillsammans med vårdtagaren och närståendevårdaren och bifogas avtalet.

Rutin för beviljande av närståendevård

Beviljandet av närståendevård sker i de flesta kommunerna av samma person som genomför hembesök och bedömning av behov av vård och service – vanligtvis av äldreomsorgsledare, äldreomsorgschef eller motsvarande³¹. Det nämns att förfarandet kan vara problematiskt, framför allt i de mindre kommunerna, där de som ska fatta beslut också kan vara bekant med personerna de ska besluta om närståendevård för. Att generellt vara den som skapar grund för kriterier, genomför bedömning och fattar beslut problematiseras i några av intervjuerna. En intervjuad säger:

"Det skulle vara skönt om alla hade samma grund, och sedan kan man ha individuella lösningar - men nu är det väldigt mycket individuellt. Och så blir man lite så här, väntas nu, är man för generös nu eller hur? Så där kan man känna när man sitter själv och beslutar att jaha..."

I Mariehamns stad och KST är det fler personer som handlägger ärendena och genomför bedömningarna. Fler inblandade ställer högre krav på att kriterierna för vårdklasserna är tydliga. I Mariehamns stad och KST sker beviljande av stöd i en bedömargrupp.

Inom KST framkommer specifika utmaningar gällande beviljande av närståendevård. Dels kan det finnas olika typer av service som beviljats från olika instanser och även före KST bildades; i samband med att KST startade sin verksamhet år 2021 överfördes

³¹ Olika titlar för äldreomsorgens ansvarsperson används av kommunerna.

viss närståendevård från kommunerna till KST med olika kriterier som bedömningsgrund.

"Då skulle man ju hellre önska att KST hade hela kakan för det här det här blir jättesvårt att hantera. Till exempel personlig assistans, någonting som jag har ärvt, ett gammalt beslut. Då finns det ett beslut om personlig assistans till den som behöver vård och så har man också närståendevård och det här är svårt. För att det blir liksom ingen riktig... det blir väldigt otydligt, tycker jag. Så har man fört över den ena delen, men inte det andra, och det här är jättesvårt ur avlastningssynpunkt."

Det efterfrågas utbildning och stöd från Ålands landskapsregering för de som ska bevilja närståendevård. Bland annat framkommer att nya avlastningsformerna som infördes 2015³² – inklusive kriterier, arvoden och bedömningar – upplevs som otydliga och svårtolkade.

"Kanske ha någon föreläsning för oss som beviljar stöd för närståendevård? Och som den här klientprocessen och hur man ska tänka med avlastning och kan man ha så här och så vidare. Att vi skulle få en samsyn på något vis, vi som sitter i alla kommuner och beviljar stöd för närståendevård, att man från landskapsregeringens sida ska kunna koordinera det här. För man är ju ganska ensam i sitt uppdrag, som jag, till att bevilja och ha hand om de här närståendevårdarna på något vis."

Från KST framkommer önskat stöd från landskapet vad gäller gränsdragning som berör överföring inom närståendevård till en primärkommun efter att vårdtagaren fyllt 65 år – något som sägs vara en nästan daglig fråga inom KST. Det finns ett dokument³³ med vissa exempel, men enligt de intervjuade är informationen "ganska luddig",

Tröskel för att bevilja närståendevård

Tröskeln för att bevilja närståendevård bedöms, av flera intervjuade, vara relativt låg:

"Man tänker att det är ju ändå en... en rätt ekonomiskt bra vård för kommunen att ha närståendevårdare. Sen måste man ju också se lite vad det är för vår vård... ska hemservicen sitta och köra liksom alla årstider, fem-sex gånger i dygnet? Ja, så kan det vara jättebra om man kan komplettera med närståendevård."

Vidare lyfts att det är många närstående som gör värdefulla insatser i hemmet och då är det bättre att, om möjligt, ge stöd till dessa närstående så de orkar i längden än att också närstående kan bli vårdbehövande. En intervjuad säger:

"Det ligger i kommunens intresse... vi är intresserade av, att om det är (ett äldre) par till exempel, att ha två personer på benen istället för två personer på boendet."

Orsaker till beviljande och nivå av vård- och servicebehov

I intervjuerna framkommer att demenssjukdom är en av de vanligaste orsakerna till behov och beviljande av närståendevård i kommunerna. Även fysiska funktionsnedsättningar, stroke, cancer och psykisk ohälsa omnämns. Inom KST kan de bakomliggande orsakerna till närståendevård variera stort. Samtidigt konstateras att

³² Landskapslag (2015:18) om tillämpning i landskapet Åland av familjevårdarlagen.

³³ Klarläggande av gränsdragningar KST – primärkommun utgående från gällande och kommande (1.1.2021) lagstiftning, https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/kst-primarkommun-gransdragning_0.pdf

det inom KST har skett en tydlig ökning av diagnoser relaterat till neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF).

Vårdbehovet bland dem som tar emot närståendevård sägs oftast vara i enlighet med vårdklass 1. Att personer med större vårdbehov sällan vårdas i hemmet förklaras av att insatserna då är mer omfattande och bedöms bli för krävande för närståendevårdaren. Det finns också en utmaning gällande hemsjukvårdens insatser – beroende på var man bor kan det dröja timmar innan hemsjukvårdspersonalen kommer på plats, framför allt under kvällar, helger och nätter. Detta påverkar till exempel möjligheten till palliativ vård i hemmet inklusive brådsakande symtomlindring. Att det finns tillgängliga platser i kommunens serviceboende kan ytterligare bidra till att närståendevård i högre vårdklasser sällan tillämpas. Vidare nämns att skillnaderna i ersättning mellan den lägsta stödklassen och de som är mycket bundna till sitt vårduppdrag som små, vilket kan minska incitamenten för att utföra mer krävande närståendevård.

Utvecklingsmöjligheter gällande beviljande av närståendevård

Beviljandeprocessen för närståendevård varierar mellan kommunerna. I många kommuner görs både behovsbedömningen och själva beslutet av samma handläggare, vilket skapar risk för ojämlik praxis och ensamhet i beslutsfattandet.

Det finns ett uttryckt behov av ökat stöd och riktad utbildning för dem som handlägger ansökningar – särskilt vad gäller tolkning av vårdklasser och tillämpning av avlastningsformer.

Det anges även att det finns ett behov av tydliggörande av ansvarsgränserna mellan kommunerna och KST. Överföringen av vissa beslut från kommunerna till KST har skapat situationer där parallella regelverk gäller, vilket gör handläggningen otydlig – det finns önskemål om att kunna få regelbunden rådgivning från landskapsregeringen i frågor där till exempel gränsdragningen mellan KST och kommunerna är oklar. Förslagsvis skulle man kunna hålla regelbundna möten exempelvis var sjätte vecka. Då skulle man kunna lyfta frågor och problem på ett naturligt sätt och få förståelse för varandra.

Därtill ses ett ökat behov av strukturerad samverkan med hemsjukvården, då mer omfattande vårdbehov i praktiken kräver att vårdinsatser kan ges i hemmet för att närståendevård ska vara ett realistiskt alternativ.

5.4 Vårdarvode och övrigt ekonomiskt stöd

Enligt närståendevårdarlagen (5 §) har närståendevårdare rätt till vårdarvode. Vårdarvodet bestäms enligt hur bindande och krävande vården är.

Vårdarvodets storlek

Vårdarvodet upplevs av flera intervjuade som ett viktigt erkännande av närståendevårdarens insats, men det är sällan huvudmotivet för att åta sig uppdraget:

"Man gör det inte för pengarnas skull."

Generellt uppfattas ersättningsnivån som skälig, delvis eftersom få klagar över arvodets storlek. Samtidigt nämner flera att närståendevårdarnas insats är avgörande för att avlasta kommunerna och KST. I situationer med omfattande vårdbehov, motsvarande fem till sex hembesök per dag, skulle kommunal bemanning ofta vara otillräcklig utan stöd från närståendevårdare. Ur detta perspektiv kan vårdarvodet uppfattas som lågt, då ersättningen är begränsad i relation till vad motsvarande kommunal service skulle kosta.

Samtidigt lyfts en oro för att kommunerna och KST är ekonomiskt pressade, och höjda arvoden kräver att budgetförutsättningarna är säkerställda. I åtminstone en mindre kommun framkommer det att stödet tidigare uteblivit när budgetanslaget tagit slut:

"Det [stödet] ges inom ramen för budgetanslag och då kom gränsen emot. Ja, vi hade använt slut pengarna och då fick vi be att få återkomma nästa budgetår. Men det var för jättelänge sen."

I intervjuerna framkommer det att det är ovanligt att arvodets storlek kritiseras av vårdare, men det förekommer. Samtidigt lyfts att det kan finnas en risk att ekonomiska incitament kan påverka:

"Ibland kanske det inte är bra att barn ska bli närstående till en förälder... man ser ganska hastigt att detta kanske är en ekonomisk... hur ska jag säga... att själva vården och omsorgen kanske inte riktigt finns utan att det är mera att man... man tänker pengamässigt och då måste man ju kanske ge avslag och säga att det kanske passar bättre med hemservice."

Det framkommer vidare att för närståendevårdare med låga inkomster kan arvodet utgöra ett betydande ekonomiskt tillskott, medan andra värderar avlastning betydligt högre.

Annat ekonomiskt stöd

Närståendevårdsstödet kan kompletteras med andra stödformer. En fråga i intervjuguiden berörde **servicesedlar**. Intresset för servicesedlar är generellt stort. I en kommun startade ett projekt gällande servicesedlar i september 2024 med utvärdering planerad vid årsskiftet 2025–2026. I april 2025 hade cirka en tredjedel av de berättigade (30–40 personer av ca 120) hämtat ut servicesedlar och omkring tio personer hade använt dem, främst för städning. Även kommuner som inte infört servicesedlar ser dem som ett potentiellt komplement som kan avlasta den kommunala servicen.

Det finns dessutom möjlighet att köpa **momsfri social service** från privata aktörer, men enligt intervjuerna används detta stöd sparsamt.

Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande vårdarvode och annat ekonomiskt stöd

Flera intervjuade framhåller att ett enhetligt system för vårdarvoden på hela Åland skulle skapa jämlika förutsättningar, även om det finns en viss oro för att justerade nivåer kanske blir högre än dagens ersättning, vilket kan göra servicen svår att förverkliga ekonomiskt.

De flesta intervjuade är positiva till att utveckla användningen av servicesedlar för mer individuellt anpassade tjänster. Erfarenheter från fastlandet visar att sedlar även kan användas för rekreation och återhämtning, vilket skulle ge vårdaren bättre möjlighet till återhämtning och förebygga utmattning. För äldre kan sedlar exempelvis användas för städhjälp, då hemservicen inte omfattar detta, och flera föreslår att sedlar även ska kunna användas för andra avlastande insatser såsom massage, snöskottning eller hushållssysslor.

Det kan antas att det kan behövs mer information om momsfri social service då denna stödform nyttjas sparsamt.

5.5 Ledighet och avlastning

Enligt närståendevårdarlagen (5 §) har närståendevårdare rätt till ledighet.

Ordandet av ledighet med hjälp av boendeservice

Traditionellt har ledigheten för äldre och även äldre vuxna ordnats genom **kortvarig service med heldygnsomsorg** (periodplats) på serviceboende eller institution. Planering av kortvarig service med heldygnsomsorg sker i samråd mellan vårdtagare, närstående och kommunen, där tidpunkt och längd av vistelsen anpassas efter vårdtagarens behov och kommunens kapacitet.

Det framkommer att tillgång till lediga platser är en återkommande utmaning i flera kommuner. Det förekommer att man försöker pussla med platser mellan kommuner vid behov. Trots planering kan så kallade periodplatsrum med kort varsel behöva avsättas för andra klienter med akuta behov, exempelvis efter sjukhusvistelse, vilket innebär att tidigare överenskommelser med närståendevårdare kan behöva omförhandlas. Det förekommer att närståendevårdare med kort varsel nekas plats på grund av platsbrist.

I intervjuerna framkommer vidare att det kan vara särskilt svårt att ordna kortvarig service för personer med demenssjukdom, då miljöombyte kan öka oro, ångest och ökad "rymningsbenägenhet". En intervjuad i en skärgårdskommun säger att det i dessa fall kan krävas planering längre tid i förväg (tre till fyra veckor i förväg) för att säkerställa tillräcklig personaltäthet, exempelvis dubbel bemanning på natten – något som är utmanande då tillgången på extra personal i skärgårdskommunerna kan vara begränsad.

För yngre personer med demenssjukdom, som ofta är fysiskt aktiva men i behov av omfattande tillsyn, är avlastning också en utmaning. Att erbjuda en plats inom äldreomsorgen är inte optimalt eftersom tempot och aktiviteterna där inte är anpassade för till exempel en 50-åring, men andra anpassade alternativ finns inte på Åland idag.

Inom KST finns även utmaningarna gällande avlastningsboende för barn. Det finns korttidshem men långa köer förekommer, vilket gör att man inte kan uppfylla allas behov. Det är oftast störst tryck på korttidsboende under helger.

Avlastning i hemmet vid vård

Ett alternativt sätt att avlasta närståendevårdare är genom **hemservice**³⁴. Inom ramarna för äldreomsorg handlar det främst om till exempel hjälp med tvätt, personlig omvårdnad eller matservice. De intervjuade beskriver dock att många kan uppleva motstånd mot att ta emot stöd i det egna hemmet. En intervjuad "citerar" inledningsvis närståendevårdare:

"Ska jag vara hemma när det ändå kommer någon? Jag är ju ändå hemma?" Och då känns det liksom meningslöst att ha dit en hemservicepersonal. Utan, den bästa hjälpen skulle vara att man får den vårdbehövande någonstans någon eller några dagar i månaden. Men man lyckas inte."

Hemservice kan möjliggöra kortare ledigheter under dygnet för närstående, exempelvis för ärenden, läkarbesök eller sociala aktiviteter. Eftersom alla inte vill ha besök hemma förekommer det även exempel på att personalen inom äldreomsorgen

³⁴ Hemservice beskrivs närmare i Landskapslag (2020:12) om socialvård (19 §).

ringer till vårdtagaren när närståendevårdaren gör ärenden, är på möten eller liknande:

"Vi ringer och pratar bort lite tid, påminner om var [vårdaren] är..."

I någon kommun möjliggörs att hemservicepersonal tar med vårdtagaren på promenader eller någon annan aktivitet, vilket medför att närståendevårdaren får en stund för sig själv hemma.

Hemservice används också för avlastning när vårdtagaren är ett barn. Hemservice upplevs dock inte alltid tillräckligt avlastande för familjen då familjen är kvar i vårdsituationen. Som komplement kan familjen också beviljas stödpersoner och stödfamiljer.

Likväl som flexibla lösningar eftersträvas framkommer det även begränsningar i hur mycket hemservice som kan erbjudas på grund av begränsade personalresurser. Framför allt i de mindre kommunerna finns det mindre tillgång på extra resurser vid behov.

Ett annat sätt att erbjuda vård i hemmet är genom **avlösarservice**. I intervjuerna med kommunerna nämns avlösarservice som något som oftast ordnas med någon släkting.

"Jag har haft några enstaka som vi har tecknat avlösarserviceavtal med och då har det varit ofta någon annan i släkten, ofta barn eller syskon som har då trätt in som avlösare för några timmar, några dagar i månaden. Men det är inte jättevänligt, nej."

I analys av intervjuerna med kommunerna framkommer att avlösarservice tenderar att vara vanligare i skärgårdskommunerna där det inte finns samma förutsättningar att rekrytera personal till hemservice (för kortare perioder) och/eller att avstånden/restiderna är långa. I en intervju framkommer att ett besök till någon som bor utanför huvudöarna kan ta fyra till fem timmar i anspråk inkluderat väntetider på färjorna och då har det enda möjliga sättet till kvarboende i hemmet varit att lösa det med avlösarservice.

En utmaning med avlösarservice har varit att det är mycket svårt att hitta en ersättare när avlösaren blir sjuk. En intervjuad ger förslag på en gemensam pool av avlösare som delas mellan flera kommuner.

En intervjuad lyfter även utmaningen med att kontrollera om avlösaren har uppfyllt sitt uppdrag. En intervjuad säger:

"Den är väldigt svår att kontrollera, om man säger så. Man kan inte veta att har det överhuvudtaget varit någon där eller har det inte? För vi har ingen koll, de bara kryssar i listan att nu har [avlösaren] varit där och de får själva fullt [närståendevård]arvode också, avlösaren får ett arvode enligt sitt avtal då. Men det är jättesvårt att kontrollera om det stämmer eller inte."

Dagverksamhet eller dagvård

Dagverksamhet eller dagvård är en annan form av service som kan erbjudas. Dagverksamhet kan omfatta social stimulering, gemensamma måltider och fysisk aktivitet. Dagvård kan även omfatta assistens med till exempel dusch. Dagverksamhet förutsätter transport till och från serviceboendet. I någon intervju framkommer att det har varit ett hinder för dagverksamhet, då det under perioder saknats tillgång på taxi.

Avlastning med stöd av privata aktörer och tredje sektorn

I enstaka intervjuer med kommunerna lyfts privata marknaden som aktör för avlastning. Det bedöms ännu vara en relativt ny och underutnyttjad serviceform. En rädsla för att tappa kontrollen när man står som ansvarig lyfts bland annat i en intervju:

"Nackdelen kan vara att man tappar det här... man får inte samma relation och man får inte samma insyn i hur det är hos vårdtagaren till exempel, utan man tappar ju lite. Sen så går det naturligtvis [att ha] gemensamma möten med den privata aktören som kanske utför hemservicen, gemensamma uppföljningar jämna mellanrum. Man ska tänka att det här då kan handla om barnfamiljer. Äldre vill inte ha så mycket folk som springer där, men det är ju en fördel att det åtminstone är samma personer hela tiden. Tänker att det går att lösa med privata aktörer också, att det ändå blir bra för klienten och så, för det handlar ju om informationsöverföring och att man inte ska tappa... Jag tänker att även om vi köper in tjänster så är vi ansvariga för servicen och behöver följa upp på något sätt, just att ha kännedom om klienten."

Gällande barnfamiljer lyfts tredje sektorn som en viktig möjlig källa till avlastning, till exempel lägerverksamhet via DUV³⁵. Bidraget som DUV gör är enligt de intervjuade oerhört kvalitetshöjande för helheten i familjerna, men tyvärr blir lägren ofta fulla och med kö.

Begränsningar i användning av ledighet och avlastning

I intervjuerna framkommer att det är relativt få äldre närståendevårdare som använder möjligheten till ledighet och avlastning. Många uttrycker att de "klarar sig själva" och vill inte belasta kommunen. En annan återkommande orsak är motstånd från vårdtagaren när det gäller att ta emot kortvarig service på serviceboende. Trots stöd och uppmuntran från personalen är det ofta svårt att övertala den som vårdas, och den anhöriga vill inte tvinga fram en placering:

"När maken eller maken säger nej, då lyssnar man på det. Nej, oavsett sitt eget behov."

För personer med demenssjukdom kan dessutom miljöbytet i sig vara påfrestande eftersom det kan ta tid att anpassa sig till nya omgivningar. Utöver detta finns en utbredd föreställning om äldreboendet som "sista anhalt", starkt förknippad med ohälsa och livets slutskede:

"Jag förstår att man har kanske en bild av ett äldreboende, att där bor de som är väldigt gamla och jag vill inte dit för att jag inte är nära döden på det sättet. Att det är väldigt förknippat med ohälsa och död hos många. Därför vill man inte riktigt komma."

Ytterligare en utmaning gäller yngre vårdtagare (under 65 år), som i vissa fall endast erbjuds kortvarig service på äldreboenden där majoriteten av de boende är multisjuka äldre. Den miljön upplevs inte som anpassad till deras livssituation, vilket minskar viljan att ta emot avlastning.

Flexibilitet i uttag av ledighet och avlastning

Gällande uttag av ledighet kommenterar flera intervjuade utmaningar med formuleringen i den uppdaterade klientavgiftslagen gällande förutsättningarna för ledighet, som upplevs problematisk i de fall där ledigheten nyttjas till annat än service

³⁵ DUV på Åland r.f. - en intresseorganisation för barn och vuxna som har en intellektuell funktionsnedsättning, för deras föräldrar och anhöriga, samt för andra intresserade.

med heldygnsomsorg. Man hänvisar till att rätten till ledighet kan uppgå till fem dygn, vilket omfattar 120 timmar och exemplifierar:

"Det som jag upplever är väldigt tokigt formulerat om den här uppdaterade lagstiftningen är... om man ska man ha tillsynsbesök, om vi säger två gånger per dag under de fem dagarna som är avgiftsfritt, kan vi inte räkna det som en dag, utan man måste räkna timme för timme. Är ett tillsynsbesök en halvtimme har de under den dagen bara använt en timme av totalt 24 timmar de får använda på ett dygn."

Personen fortsätter exemplifiera, att om någon skulle hårdra det skulle man ha rätt till fyra timmars hemservice per dag med per månad ($120 \text{ timmar} / 30 \text{ dagar} = 4 \text{ timmar/dag}$) – något som är mer tid än vad personer med enbart hemservice i regel kan erbjudas. På frågan om hur man hanterar det idag så konstateras att ingen hittills har nyttjat möjligheten och det finns inte heller resurser för det.

Lagstiftningen öppnar även upp för flexibelt nyttjande av dagvård på serviceboende, vilket innebära att man nyttjar serviceboende sex timmar om dagen 20 dagar per månad ($24 \text{ h} \times 5 \text{ dagar} = 120 \text{ timmar}$) och i åtminstone en kommun har man haft fall där lagen har nyttjats så. Det hänvisas till fastlandet, där det sägs att max tre dygn kan omvandlas i timmar och ta ut³⁶.

Enligt en av de intervjuade borde det finnas en tydligare tidsgräns för vad som kan räknas som ledighet; för att kunna hinna utföra ärenden utan stress borde ledigheten till exempel motsvara minst en halv dag. En annan person påpekar att oavsett antalet timmar som erbjuds under ett dygn bör det betraktas som att man tagit ut en hel dygnsledighet. Vidare lyfts att det kan finnas skäl att överväga om antalet avlastningsdagar borde kopplas till vårdklassificeringar, diagnoser eller liknande bedömningar.

Flexibilitet i uttag av ledighet kan också relateras till att närståendevårdare kan spara avlastningsdagar. Möjligheterna varierar mellan kommunerna: vissa tillåter att lagstadgade dagar sparas i tre månader, andra i sex eller upp till tolv månader. I kommuner där dagarna kan sparas i ett år innebär det i praktiken att en närståendevårdare kan ta ut upp till 60 dagar i följd. Även om den möjligheten sällan utnyttjas lyfts det att reglerna kan behöva ses över – kortare men mer frekventa ledigheter antas ha större effekt på återhämtningen. För personer med kognitiva sjukdomar, som kan ha svårt att anpassa sig till nya miljöer, används dock mer ofta längre perioder, exempelvis två veckor varannan månad, eftersom täta miljöbyten kan vara påfrestande för denna målgrupp.

Det finns specifika utmaningar inom KST. För barnfamiljer är det särskilt svårt att få avlastning på kvällstid eller några timmar i veckan. Hemservice på timbasis kan ibland vara en lösning, men behovet av mer flexibla alternativ är tydligt.

Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande ledighet och avlastning

Bristen på korttidsplatser skapar osäkerhet och påverkar möjligheten att planera ledighet. Idag nyttjas möjligheten till ledighet sparsamt bland äldre närståendevårdare, men med ökat antal äldre och generationsväxlingar förväntas nyttjandet öka. Enstaka kommun anger att de samarbetar för att lösa utmaningarna.

³⁶ I övriga Finland har närståendevårdare rätt till tre dygns ledighet per månad (närståendevårdarlagen), medan närståendevårdare på Åland har rätt till fem dygn genom landskapslag (1995:101).

Det uttrycks ett behov av mer ändamålsenliga avlastningsmiljöer för personer med demens, vuxna (under 65 år) samt utökade resurser korttidsplats för barnfamiljer. Samverkan med privata aktörer kan utvecklas, särskilt för barn och yngre personer under tider på dygnet/veckan då det idag finns utmaningar med flexibla lösningar.

Hemservice och avlösarservice kan vidareutvecklas för bättre avlastning. Det finns goda exempel i kommunerna. Förutsättningarna varierar dock mellan kommunerna, och rekryteringssvårigheter försvårar bemanningen. En gemensam pool men avlösare föreslås som en möjlig lösning.

Det upplevs otydligt och/eller saknas uppstyrning kring hur lagens skrivning om "fem dygns ledighet" ska tillämpas i timbaserade former av avlastning. Det finns behov av klargörande så alla tolkar och tillämpar lagen på samma sätt. Vidare finns lokala variationer i hur länge ledighet kan sparas. Även gällande denna fråga kunde en gemensam riktlinje göras upp, dock med beaktande att det för vissa målgrupper fungerar bättre med längre men glesare avlastningsperioder, än korta och frekventa.

En intervjuad föreslår även att det borde vara möjligt att dela uppdraget mellan två närståendevårdare för att minska belastningen, förutsatt att frågan om arvodesfördelning löses. I Mariehamns stad finns redan en sådan möjlighet, men där betalas arvodet endast till en person som sedan ansvarar för att dela det internt.

5.6 Tjänster till stöd för närståendevård

Enligt närståendevårdslagen (3a §) ska närståendevårdare vid behov förberedas och utbildas för uppdraget. Vidare ska det ordnas undersökningar av närståendevårdares välmående och hälsa samt sådana social- och hälsovårdstjänster som stöder vårdarnas välmående och vårduppdrag.

Förberedelser och utbildning

Kommunerna erbjuder generellt inte specifika förberedelser eller utbildning inför eller under uppdraget som närståendevårdare. I vissa kommuner har utbildning erbjudits vid enstaka tillfällen, men det sägs att intresset bland närståendevårdarna har varit svalt. Mariehamns stad har tidigare till exempel ordnat utbildning i ergonomi som har hållits av äldreomsorgens fysioterapeuter samt bjudit in seniormottagningen att berätta om sin verksamhet. Behovet bedöms ligga i att få information om stöd mer än "vårdutbildning". En intervjuad säger:

"Tror inte behovet är så stort av kunskap relaterat till olika sjukdomar, tror mer det handlar om vad har rätt till i samhället: rätt att gå till seniormottagningen regelbundet och få läkarkontakt; rätt till FPA-vårdbidrag för pensionstagare, rätt till färdtjänst. Också information om det som finns i egen (kommunens) regi som dagverksamhet och rätt till hemservice som avlastning."

I andra intervjuer framkommer att det kunde vara värdefullt med mer sjukdomsspecifikt kunnande, framför allt vid svår demens, psykisk ohälsa eller missbruk. Detta för att öka förståelsen för sjukdomsrelaterade beteenden och hur de kan hanteras. Det bedöms vara oklart vilken information som närstående får vid specialistsjukvården och primärvården, till exempel om demenssjukdom vid seniormottagningen och av hemsjukvården. Utöver detta sägs att det även kan finnas ett behov att mer information om rättigheter i samband med närståendevård.

I Mariehamns stad har regelbundna träffar för närståendevårdare ordnats en gång per månad, men de har inte varit så väl besökta. Trots allt kan de fylla en viktig funktion, framför allt för äldre som vårdar en partner:

"Tänker att där är det ju säkert lite varierande också beroende på vem som är den här vårdgivaren. Jag upplever att det kanske, bland de som är äldre make och makar som kommer på träffar som har mycket utbyte av det här att få höra andra i samma situation, att det ger dem väldigt mycket att höra att man inte är ensam i sin utsatta situation, utan det finns andra som kämpar lika hårt och de kanske kämpar hårdare och så hittar man ett litet guldskrud i att oj nej, men den där har jättesvårt med att duscha sin man, medan för mig går det ganska bra... jag får vara tacksam för det så att man hittar den där små sakerna som lite lyfter. Och påminner om att det går ganska bra ändå, fast det känns jättetungt."

Vid KST finns klienter med brett spektrum av behov. Utbildningar ordnas, bland annat till tidigt stöd i barnfamiljer, nepsy-coaching³⁷ och liknande, men dessa har dock inte specifikt berört närståendevård.

Vidare berörs utmaningen med lämplig tidpunkt för utbildningsinsats. En intervjuad lyfter att utbildningen helst inte ska ordnas i början av uppdraget, då det kan vara mycket nytt att ta in. Man behöver även beakta att uppdraget kan utvidgas över tid och med det kan även utbildningsbehoven öka/ändras – även om man agerat som närstående med eller utan avtal under många år kan det ändå föreligga utbildningsbehov.

I flertalet intervjuer med representanter lyfts den tredje sektorn som en viktig källa för utbildning och stöd till närståendevårdare. Folkhälsan sägs vara den aktör som stöder mest i utbildningsfrågor, men som också ordnar stödträffar och rekreation för närståendevårdare. Även andra aktörer inom tredje sektorn är viktiga, bland annat för informationsspridning och givande av stöd. Bland annat omnämns Cancerföreningen, Demensföreningen, Funktionsrätt Åland, Röda Korset och även kyrkan, men någon organiserad utbildning känner man inte till att skulle erbjudas av dessa i nuläget. Vid Demensföreningen på Åland ordnas stödgrupper för närståendevårdare.

Undersökning av och stödtjänster för hälsa och välbefinnande

Att lyfta fram vikten av egenvård bland närståendevårdarna är viktigt enligt många intervjuade. Kommunerna informerar om de kostnadsfria hälsoundersökningarna vid seniomottagningen vid ÅHS som närståendevårdarna har rätt till. Om närståendevårdare tar del av denna service och/eller om det framkommer några eventuella hälsohinder för att bedriva närståendevård är inget som kommunerna får återkoppling på, om inte närståendevårdaren själv delger informationen. Från representanter i skärgårdskommunerna finns önskemål om att personal från seniomottagningen regelbundet besöker skärgårdskommunerna och man hänvisar till de långa resvägar som vissa närståendevårdare kan ha, liksom utmaningen med att lämna vårdtagaren hemma – något som kan vara ett hinder för att delta i hälsoundersökning även för personer som bor på fasta Åland.

Som tidigare nämnts finns det stödgrupper, specifikt för närståendevårdare till vårdtagare med till exempel demens. Flera intervjuade tror det kunde vara värdefullt att utveckla möjligheterna till emotionellt stöd, men förverkligandet kan vara utmanande då många har svårt att lämna hemmet. De flesta aktiviteter som erbjuds ordnas i Mariehamn. Digitala gruppsamtal ses inte som ett alternativ då alla, framför allt i den äldre generationen, inte har förutsättningar att delta i digitala aktiviteter.

³⁷ Nepsy-coaching är en stödtjänst för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, såsom ADHD, autism och språkstörningar, samt deras familjer. Syftet är att hjälpa individen att utveckla strategier och färdigheter för att hantera vardagen och utnyttja sina styrkor.

Av några intervjuade uttrycks att närståendevårdare, som utför uppgifter som kommunen annars långt skulle ansvara för, i större utsträckning borde ses som "anställda av kommunen" och därmed även få ta del av förmåner som ges anställda för hälsa och välbefinnande såsom friskvård, julfester och en längre sammanhållande semester och måltidsförmåner.

Avslutningsvis lyfts frågan gällande utmaningar som uppstår när närståendevårdarens hälsa försämras – framför allt vid akut sjukdom. Den vanligaste lösningen är att vårdtagaren akut får förflyttas in till serviceboende eller institution – om det finns plats.

Utvecklingsbehov och -möjligheter gällande tjänster till stöd för närståendevård

Ett centralt utvecklingsområde är att säkerställa att närståendevårdare som har behov får både förberedelse och fortlöpande utbildning i sitt uppdrag – inte enbart för att stödja den närstående, utan även för att värna om sin egen hälsa och sitt välbefinnande. Då vårdtagarens tillstånd kan förändras över tid, kan även utbildningsbehoven förändras över tid – uppföljning av utbildningsbehovet behöver ske i samband med att vårdtagarens tillstånd har förändrats. Det är dock utmanande för varje enskild kommun att erbjuda utbildningsinsatser inom alla relevanta områden.

När det gäller främjande av närståendevårdarens hälsa finns ett behov av att stärka tillgången till hälsofrämjande insatser. Ett närmare och mer systematiskt samarbete med seniormottagningen skulle kunna skapa bättre kontinuitet, samt ge möjlighet till lokalt eller mobilt genomförda hälsokontroller, särskilt i skärgårdskommunerna. Någon form av samtyckesförfarande som ger seniormottagningen möjlighet att återkoppla till kommunen gällande oro för närståendevårdarens hälsa kunde utvecklas.

Ett hot mot närståendevårdformen är risken att vårdaren själv insjuknar eller på annat sätt tillfälligt förlorar sin omsorgsförmåga. För att minska sårbarheten i dessa situationer bör det finnas tydliga och väl förankrade rutiner för hur vården av vårdtagaren tryggas vid vårdarens sjukdom eller frånvaro. Närståendevårdare behöver kunna känna trygghet i att det finns beredskap och snabba lösningar att tillgå – även om det innebär att omsorgen tillfälligt ges i en annan kommun än hemkommunen.

Vidare kan synen på närståendevårdarens roll utvecklas. I och med att närståendevårdare utför uppgifter som annars skulle åligga kommunen, kan det diskuteras huruvida de delvis kunde erbjudas liknande stöd för hälsa och välbefinnande som kommunens anställda – exempelvis julfest och friskvårdsförmåner såsom bidrag för träning, massage eller kulturell aktivitet.

Slutligen är det oklart hur många närstående som vårdar utan avtal och som därmed står utanför det formella stödsystemet. Eftersom kommunerna sällan har kontakt med dessa grupper finns det risk att personer med rätt till stöd inte nås av information eller insatser. Detta talar för ett mer proaktivt arbetssätt med informationsspridning och tidig uppmärksamhet på potentiella närståendevårdssituationer.

5.7 Uppföljning av närståendevård

Enligt socialvårdslagen för Åland (2020:12, 39 §) ska klientens vård- och serviceplanen justeras vid behov. I avtal om närståendevård finns, enligt de intervjuade, en skrivning om att **om tillståndet hos vårdtagare förändras är närståendevårdare ålagda att meddela** kommunen/KST. Detta är viktigt eftersom förändringar, framför allt hos äldre personer kan komma plötsligt – både för vårdtagare och närståendevårdare. Det är dock inte alltid som återkoppling sker. En intervjuad säger:

"Vårdaren har ansvar att meddela kommunen vid förändringar, men avtalet om närståendevård kan ha legat orört i kommunen upp till fyra år."

Det framkommer dock att det kan vara utmanande för närståendevårdaren att identifiera försämring då den sker gradvis, men också att se när situationen börjar bli ohållbar.

"Jo, för det blir ju en normalisering i det där också. Alltså att den man vårdar blir sjukare och sjukare och sjukare och att det är svårt [att se förändringen] ... man behöver jobba med det här... också för den som vårdar att våga förstå att det kanske är dags för nästa steg nu."

I tillägg eftersträvas idag i de flesta kommuner en **årlig uppföljning** och revidering av planen och avtalet vid behov, vanligtvis genom ett hembesök. Det framkommer dock att det inte genomförts systematiskt i alla kommuner på grund av resursbrist och det finns en oro för att resurseringen kommer sättas ytterligare på prov om antalet närståendevårdare ökar. Vid KST pågår en systematisk genomgång av alla avtal och planer – att planerna är uppdaterade och att rätt service erbjuds och nyttjas anges som viktigt, men även vid KST hänvisar man till resursbrist. Det framkommer också, att även om uppföljande hembesök planeras in från kommunen, händer det att närståendevårdare avbokar.

"Vissa närståendevårdare vill sköta vården helt själv och avbokar upprepade gånger när man har bokat in uppföljande besök."

I mindre kommuner, där man kan ha enstaka närståendevårdare på årlig basis, kan tätare kontakt upprätthållas. En intervjuad berättar om individuella upplägg, till exempel uppföljning genom telefonsamtal var tredje vecka – det kan i många fall vara ett bättre alternativ för att snabbt kunna identifiera eventuella utmaningar och för vissa kan det vara en mindre belastande kontaktform då hembesök kan upplevas stressande och integritetskränkande.

Samtidigt sker även en mer **informell uppföljning** bland de som tar emot någon form av annan service av kommunen – vård- och servicepersonal kan flagga för om vårdtagarens tillstånd förändras. Dagverksamheten lyfts i någon kommun som särskilt viktig kanal – inom denna verksamhet kommer personalen i kontakt med vårdtagarna varje vecka och kan identifiera eventuella förändringar i hälsotillstånd. Personalen vid dagverksamheten står även ofta i tätt kontakt med närståendevårdaren, som kan få stöd/bekräftelse från personalen. En intervjuad säger:

"Dagverksamheten har en jättetät dialog med anhöriga. De ser ju också hur klienten är när de är hos dom, [t.ex.] "vi ser att det finns lite orolighetstendenser och såna saker, nu ska vi se på hur vi kan justera...om det finns någonting vi kan göra". Det är en ständig dialog däremellan".

Våld i nära relationer var en specifik fråga i intervjuguiden. I intervjuerna framkommer att kommunerna endast i mycket begränsad omfattning har konkreta erfarenheter av att våld aktualiserats i samband med närståendevård. En intervjuad exemplifierar med en situation där man uppfattat att närståendevårdaren blivit hårdhänta, till exempel vid förflyttningar där den närståendevårdare som ensam utfört tunga lyft och inte längre kunnat genomföra dem på ett skonsamt sätt, vilket exemplifieras nedan och i detta fall blev lösningen att vårdtagaren, efter gemensamma diskussioner, fick flytta till boende.

"Vårdåtgärderna blev så våldsamma i sig när [närståendevårdaren] gjorde allting själv, att det blev så mycket rivande och dragande."

I andra fall kan våldsmisstankar ha diskuterats inom hemservicegruppen, men det har inte funnits något konkret att agera på – det har rört sig om ”verbal irritation” eller ”en invand jargong” som man bedömt att inte kan ligga till grund för fortsatta åtgärder. På grund av att förekomsten av våld i hemmet upplevs som sällsynt sågs det att det inte funnits behov av att utveckla särskilda rutiner för detta inom den kommunala äldreomsorgen, samtidigt som det i intervjuerna lyfts att man ändå kanske mer strukturerat borde fråga om våld. Vidare konstateras att bara för att man inte har sett våld betyder det inte att det inte finns, och flera intervjuade lyfter att de är medvetna om att det kan finnas ett stort mörkertal både vad gäller psykiskt och fysiskt våld. En intervjuad säger:

”Jag tycker att det är ett svårt ämne, för det är jättesvårt att avgöra många gånger. För att många gånger kan det ju också vara så att det finns, hur ska vi kalla det för, en dynamik i ett hem där det kanske alltid har förekommit någon form av våld, behöver inte vara fysiskt. Och hamnar man då i den position att den som kanske har utövat våld blir sjuk, så kan ju också våldet eskalera. Men det kan också vara så att den som har utövat våld är den som ska vara närståendevårdare och ta hand om en sjuk människa. Det här tycker jag är jättesvårt. Jag kan tycka att det kan vara svårt att peka ut det.”

Det lyfts att det oftast krävs tid för att bygga en förtroendefull relation mellan personal och närståendevårdare för att man ska våga lyfta en sådan känslig sak som våld i hemmet.

En annan fråga som lyftes i intervjuguiden rörde **integration och närståendevård kopplat till personer med en annan kulturell eller språkbakgrund**. I denna fråga fanns mycket begränsat med erfarenheter. I vissa fall har vårdtagaren haft annat modersmål än svenska, men det har oftast funnits personal som kunnat kommunicera åtminstone delvis, eller anhöriga som kunnat tolka. Flera intervjuade lyfter dock att behovet kan förändras över tid men hittills har praktiska lösningar hittats – även om de inte alltid följer en strikt myndighetsstruktur. Dock anges av några att tolktjänster har varit tillgängliga vid behov.

Utvecklingsbehov och -möjligheter relaterat till uppföljning

Det framkommer att närståendevårdare inte alltid meddelar om förhållandena som ligger till grund för vård- och serviceplan har förändrats. Det finns därför anledning att säkerställa rutiner och resurser för regelbunden uppföljning. Standardiserad uppföljning en gång per år kan vara ett alternativ, men det kan ifrågasättas om det är tillräckligt i alla situationer; det bör finnas rutiner för tidigare uppföljning i de fall det finns oro för vårdtagarens eller närståendevårdarens hälsa och välbefinnande. Det kan vidare ifrågasättas om avtal för närståendevård ska kunna fortlöpa om närståendevårdare helt avsäger sig/upprepat avbokat hembesök.

För att stödja personal i att identifiera våld i hemmet kan utbildning i ämnet sättas in inklusive någon fråga som berör tematiken i bedömningen och i de uppföljande samtalen. Det antas även kunna finnas behov av stöd för lösningar om vårdtagaren och/eller närståendevårdaren har annan språkbakgrund för att uppfylla kriterierna för korrekt myndighetsutövning.

6. Hur upplever närståendevårdare sin vardag?

I det här avsnittet presenterar vi resultat från enkätundersökningen riktad till 355 personer som vårdade en närstående enligt avtal med kommunen eller KST i augusti 2025. Dessa personer fick en inbjudan att delta i en enkätundersökning om närståendevårdares vardag på Åland under hösten 2025. Totalt besvarade 186 personer enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 52 procent. I de fall närståendevårdaren vårdar flera personer ombads de svara utgående från den vårdtagare som har störst vårdbehov.

I frågeformuläret fick deltagarna besvara frågor om sig själv och sin situation som närståendevårdare, om vårdtagaren, vilka stöd- och serviceformer som använts, samt hur uppdraget som närståendevårdare påverkar dem och deras hälsa. I enkäten fanns även ett par öppna frågor, där de svarande kunde komplettera sina svar i fritext (se mer i Bilaga 3. Kvalitetsbilaga). Dessa svar har analyserats kvalitativt och används genomgående för att komplettera enkätsvaren.

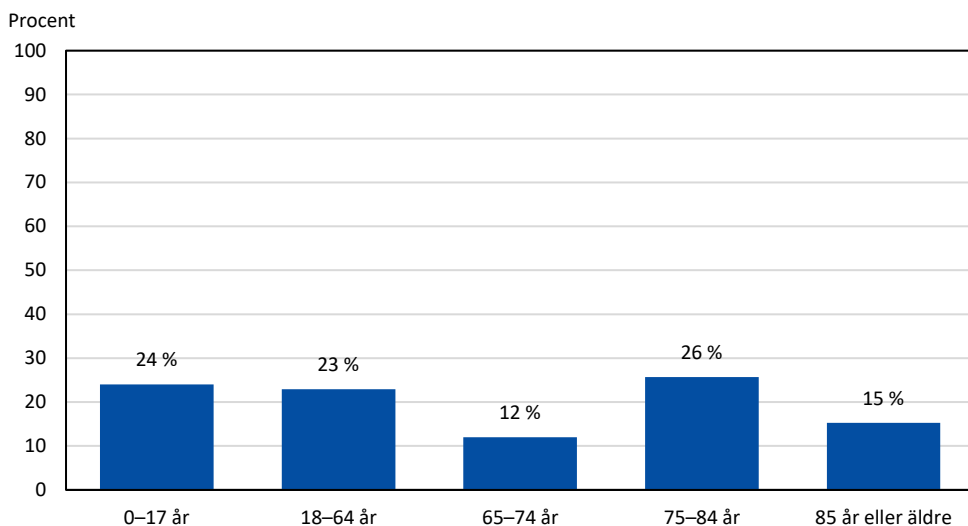
6.1 Om uppdraget som närståendevårdare

I det här avsnittet beskriver vi närståendevårdarna, vårdtagarna och uppdraget som närståendevårdare.

Deskriptiv information om närståendevårdarna och vårdtagarna

Hälften av de **närståendevårdare** som besvarade enkäten uppgav att de har avtal om närståendevård med KST och hälften har avtal med en kommun. Vidare var tre av fyra av närståendevårdarna kvinnor och en fjärdedel män. Lite mer än hälften av närståendevårdarna var mellan 18 och 64 år gamla (52 %) och knappt hälften (48 %) var 65 år eller äldre.

Figur 5. Vårdtagarens ålder. Andel svarande i procent

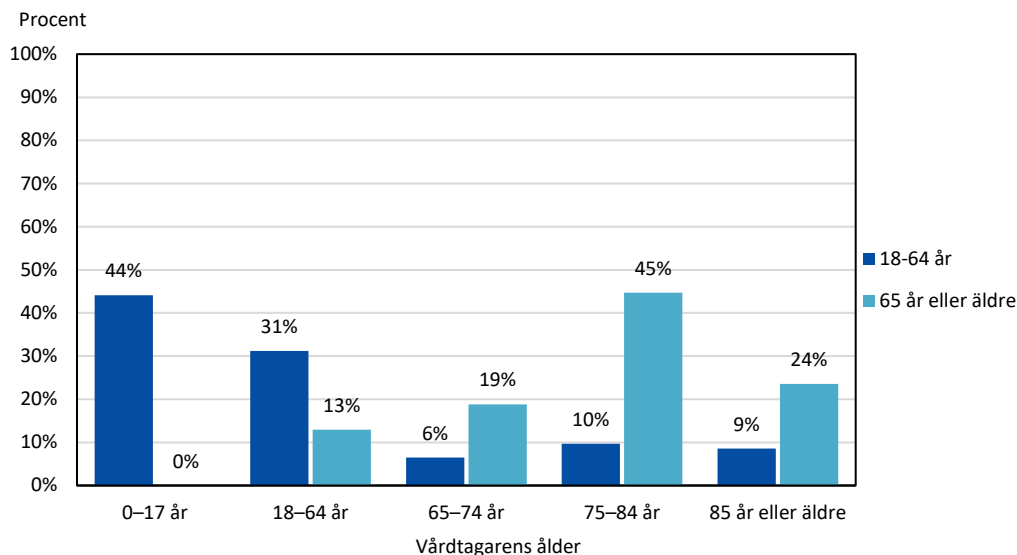


Källa: ÅSUB

En fjärdedel av **vårdtagarna** var under 18 år, ytterligare en knapp fjärdedel var 18 till 64 år, medan drygt hälften var 65 år eller äldre, se *Figur 5*. Knappt hälften, 48 procent, av vårdtagarna var kvinnor, medan drygt hälften, 52 procent, var män.

Det är vanligare att närståendevårdare som är 18 till 64 år gamla vårdar en person som är yngre än 18 eller 18–64 år, se figuren nedan. Närståendevårdare som själva är 65 år eller äldre vårdar i stället huvudsakligen en person som också är äldre än 65 år.

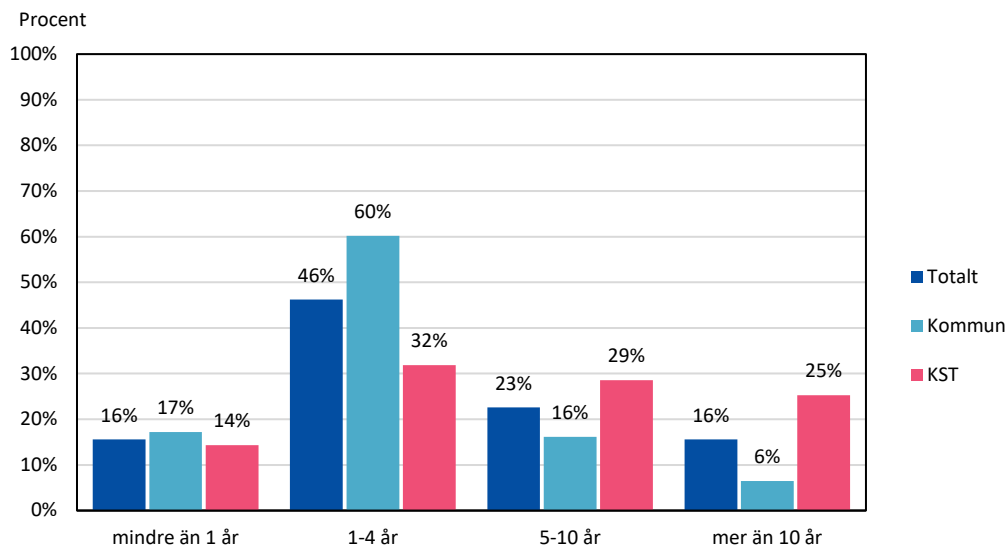
Figur 6. Vårdtagarens ålder, efter närståendevårdarens ålder. Andel svarande i procent.



Källa: ÅSUB

Många av närståendevårdarna som besvarade enkäten har varit närståendevårdare i flera år (Figur 7). Endast 16 procent har varit närståendevårdare i mindre än ett år. Det är vanligare att närståendevårdare som har avtal med KST har varit närståendevårdare en längre tid, jämfört med de som har avtal med en kommun.

Figur 7. Hur länge har du varit närståendevårdare? Andel av samtliga svarande, samt efter om närståendevårdaren har avtal med en kommun eller KST.

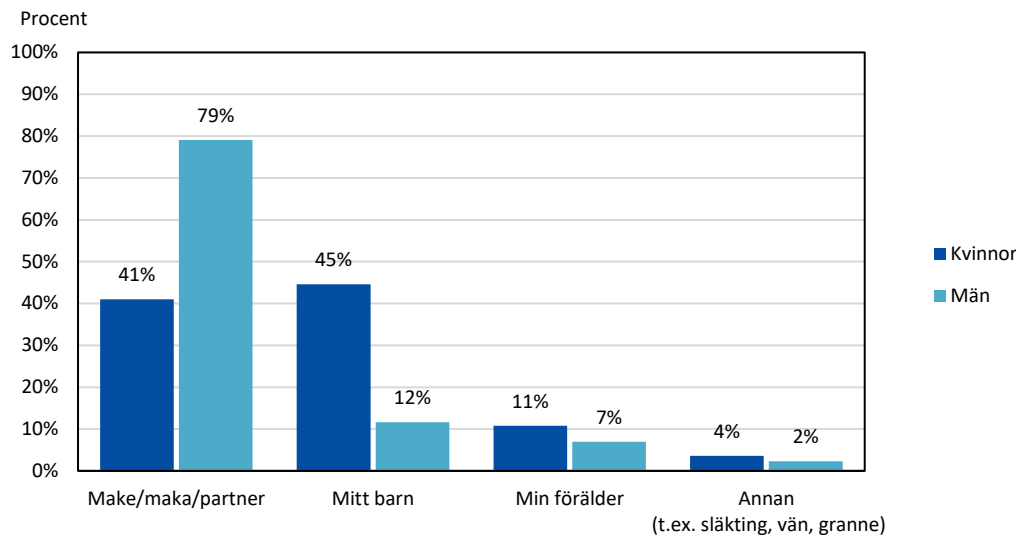


Källa: ÅSUB

En klar majoritet, 87 procent, bodde vid tidpunkten för svarandet i samma hushåll som vårdtagaren. Omkring hälften av närståendevårdarna vårdar sin make, maka eller partner, medan 37 procent vårdar sitt barn och en av tio vårdar sin förälder. Endast tre procent av de svarande vårdar till exempelvis en släkting, vän eller granne. Här framkommer en signifikant könsskillnad, där män i huvudsak vårdar sin maka eller

partner, medan en lika stor andel av kvinnorna vårdar sin make eller partner som de som vårdar sitt barn (*Figur 8*).

Figur 8. Närståendevårdarens relation till vårdtagaren. Andel svarande efter närståendevårdarens kön.



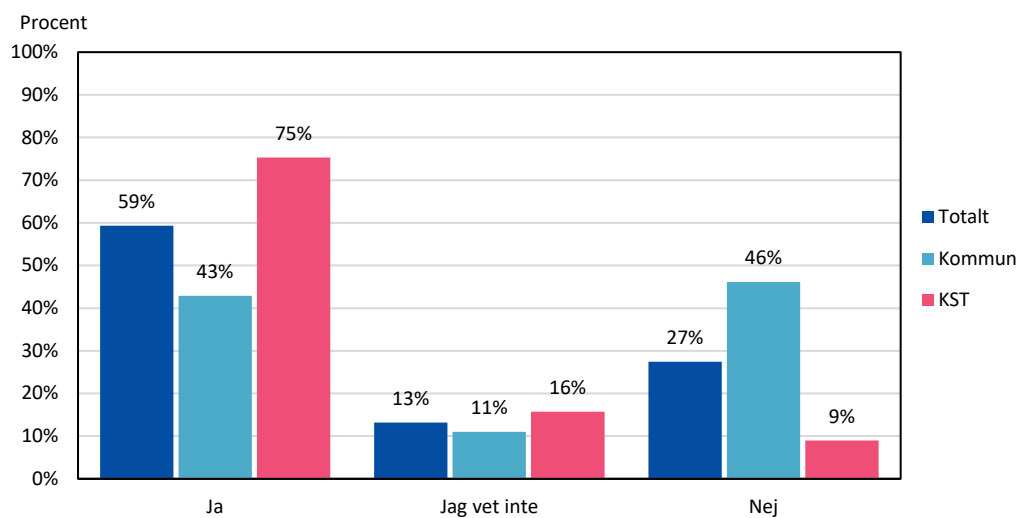
Källa: ÅSUB

Vidare finns det en signifikant skillnad utifrån närståendevårdarens ålder. Äldre vårdar i huvudsak sin maka, make eller partner (85 %), medan 60 procent av yngre närståendevårdare (18–64 år) vårdar sitt barn, 20 procent vårdar en maka, make eller partner och 15 procent vårdar en förälder.

Vård- och serviceplan

En majoritet av de svarande, nästan 60 procent, uppgav att det finns en vård- och serviceplan upprättad för vårdtagaren. Resterande 40 procent visste inte om det fanns någon vård- och serviceplan, eller svarade att det inte finns någon.

Figur 9. Finns det en vård- och serviceplan upprättad för vårdtagaren? Andel av samtliga svarande samt efter om närståendevårdaren har avtal med en kommun eller KST.



Källa: ÅSUB

Närståendevårdare med avtal med KST, som också tenderar att vara yngre än närståendevårdare med avtal med kommunerna, svarar i högre utsträckning att det finns en vård- och serviceplan upprättad.

Av de 108 personer som svarat att det finns en plan uppgav 72 procent att vårdplanen har uppdaterats under de senaste tolv månaderna, medan 21 procent menade att den inte har uppdaterats och sju procent svarade att de inte visste. Det var vanligare att kvinnor svarade att vård- och serviceplanen hade uppdaterats än män (78 %, jämfört med 54 %), medan män i högre utsträckning var osäkra på om planen hade uppdaterats (19 % av männen svarade att de inte visste, jämfört med 4 % av kvinnorna).

Vårdtagarens hjälpbehov

I enkäten frågade vi närståendevårdarna vilken vårdklass vårdtagaren har enligt avtalet med kommunen eller KST. Svaren antyder att det råder en viss osäkerhet – nästan 60 personer besvarade inte frågan alls, ett tiotal personer svarade att de inte vet, medan ytterligare knappt 20 personer svarade genom att uppges annan information (till exempel arvode, sjukdomstillstånd eller liknande).

Bland de som besvarade frågan var vårdklass 1 den vanligaste (66 svarande), följt av vårdklass 2 (31 svarande). De högre vårdklasserna var betydligt mer ovanliga, färre än fem personer uppgav vårdklass 3 och ingen svarande uppgav vårdklass 4.

Eftersom vårdklasser kan definieras något olika i olika kommuner bad vi även närståendevårdarna att bedöma vårdtagarens hjälpbehov enligt kategorierna i tabellen nedan. Här var det endast färre än fem personer som lämnade tomt.

Tabell 5. Hur ser vårdtagarens hjälpbehov ut?

Hjälpbehov	Andel svarande
Vårdtagaren behöver daglig hjälp men klarar sig på egen hand en del av tiden. Vårdbehovet förutsätter inte att vårdaren och vårdtagaren bor i samma hushåll. Närståendevården kan ses som ett alternativ till hemvård.	34 %
Vårdtagaren behöver hjälp flera gånger om dagen. Vårdtagaren klarar sig själv korta tidsperioder men kan inte bo ensam. Närståendevården är jämförbar med personlig assistans eller dygnet runt serviceboende.	37 %
Vårdtagaren behöver vård och omsorg dygnet runt. Vårdtagaren kan endast lämnas ensam korta stunder. Vården är jämförbar med dygnet runt boendeservice eller möjligen institutionsvård.	25 %
Vårdtagaren behöver hjälp, omsorg och tillsyn i alla dagliga, personliga funktioner dygnet runt. Närståendevården är jämförbar med permanent institutionsvård eller sjukhusvård, t.ex. palliativ vård eller efter en allvarlig olycka.	4 %

Källa: ÅSUB

En majoritet av de svarande upplever att vårdtagarna har ett något lindrigare hjälpbehov, där de behöver daglig hjälp men klarar sig själv en del av tiden. Omkring 30 procent bedömde dock att vårdtagaren behöver vård och omsorg dygnet runt.

En majoritet av vårdtagare med det lättaste vårdbehovet är kvinnor (64 %), medan en majoritet av vårdtagare med högre hjälpbehov i stället är män (57–62 %). Vi ser även en tendens till att hjälpbehovet är något högre bland de med avtal med KST, jämfört med kommun, men skillnaden uppnår inte formell statistisk signifikans.

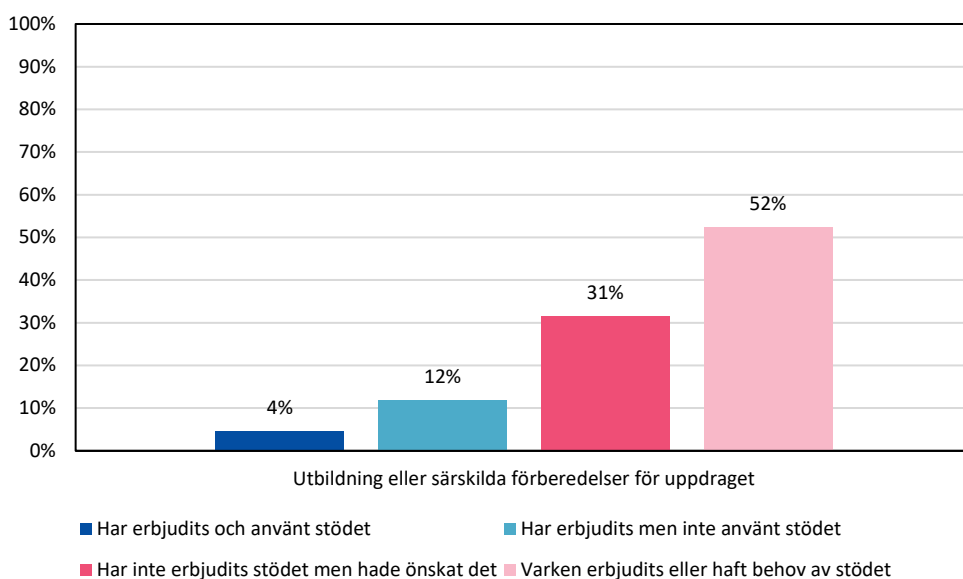
Kategorin där närståendevårdaren har bedömt att vårdtagarens hjälpbehov är som störst består uteslutande av vårdtagare som är yngre än 65 år, som är den närståendes barn och där närståendevårdaren och vårdtagaren bor i samma hushåll. I dessa fall är avtalet för närståendevård uteslutande med KST.

Förberedelser och information om uppdraget

De allra flesta (92 %) upplever att de åtminstone till viss del fått tillräckligt med information om vad uppdraget som närståendevårdare innebär – 59 procent upplever att de har fått tillräcklig information och ytterligare 34 procent har åtminstone till viss del fått tillräckligt med information. Här förekommer inga statistiskt signifikanta skillnader utifrån närståendevårdarens kön, ålder eller utifrån om avtalet är med KST eller en kommun.

Vidare önskar nästan en tredjedel av närståendevårdarna att de hade erbjudits utbildning eller andra förberedelser inför uppdraget som närståendevårdare. Endast fyra procent uppger att de har erbjudits och tagit del av utbildning eller särskilda förberedelser, medan drygt hälften varken har erbjudits utbildning eller förberedelser eller haft ett behov av det.

Figur 10. Har du som närståendevårdare erbjudits utbildning eller särskilda förberedelser för uppdraget? Andel svarande i procent.



Källa: ÅSUB

Svarande som har avtal om närståendevård med en kommun uppger i högre utsträckning är de som har avtal med KST att de har fått utbildning eller särskilda förberedelser inför uppdraget som närståendevårdare (24 %, jämfört med 10 %). I båda grupperna är det en relativt stor andel som hade önskat att de fått möjligheten till utbildning inför uppdraget (36 % av de som har avtal med KST, jämfört med 26 % av de med avtal med en kommun).

Från de öppna svaren kan vi se att flera personer (omkring tio) lyfter fram att de upplever att informationen kring uppdraget har varit knapphändig, bristfällig och svår att hitta, där flera nämner att de främst fått information från andra närståendevårdare. Till exempel:

"Jag önskar att man skulle fångas upp och informeras om allt tidigare. För oss så skulle det ha betytt så mycket att få hjälp/avlastning för många år sedan."

"Informationen på vad man kunnat få för stöd, både ekonomiskt och personligt varit svår att veta var hitta. Man har mest fått höra det av en annan som fått veta av någon annan, också gällande vad barnet har rätt till för stöd osv."

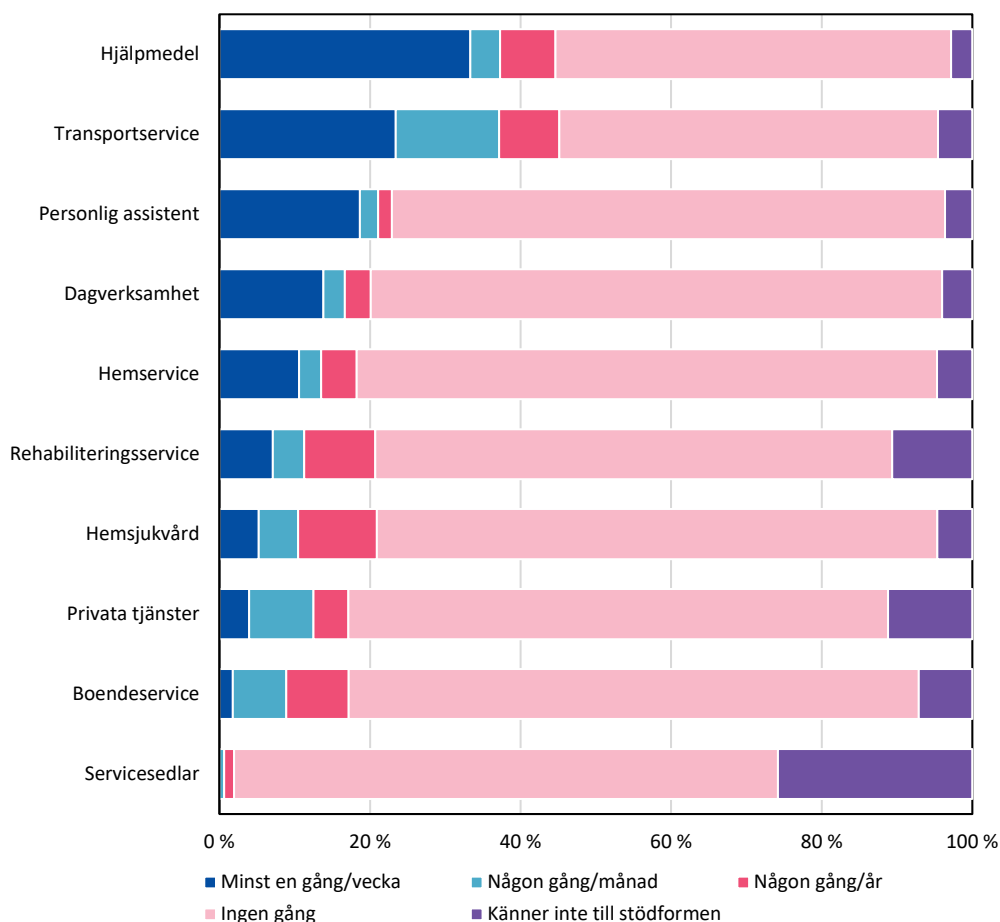
"Under hela tiden som närståendevårdare har det varit bra med ekonomiskt tillskott, men inget stöd/avlastning eller information/uppföljning/framtidsplanering har gjorts från myndigheten."

6.2 Service- och stödformer för vårdtagaren

I enkäten fick de svarande uppge hur ofta vårdtagaren har använt olika serviceformer (till exempel hjälpmedel, transportservice och dagverksamhet) under de senaste tolv månaderna. Figur 11 visar hur vanligt förekommande de olika serviceformer är. Om vårdtagaren använt sig av servicesedlar eller privata tjänster ombads de svarande att ange vilka tjänster det rörts sig om.

Olika former av hjälpmedel, till exempel duschstol och trygghetslarm, och transportservice är de serviceformer som flest använt och de är också de serviceformer som använts oftast. En tredjedel av de svarande uppger att hjälpmedel har använts minst en gång i veckan, samtidigt som drygt hälften inte använt hjälpmedel alls. Nästan en fjärdedel har använt transportservice minst en gång i veckan.

Figur 11. Hur ofta har vårdtagaren använt följande service under de senaste 12 månaderna? Andel svarande i procent.



Källa: ÅSUB

Personlig assistent, dagverksamhet, hemservice, rehabiliteringsservice och hemsjukvård, privata tjänster och boendeservice (till exempel intervallvård eller institutionsvård) har använts av omkring 20–25 procent av vårdtagarna. Personlig assistent och dagverksamhet har använts oftast, omkring 15 till 20 procent har använt

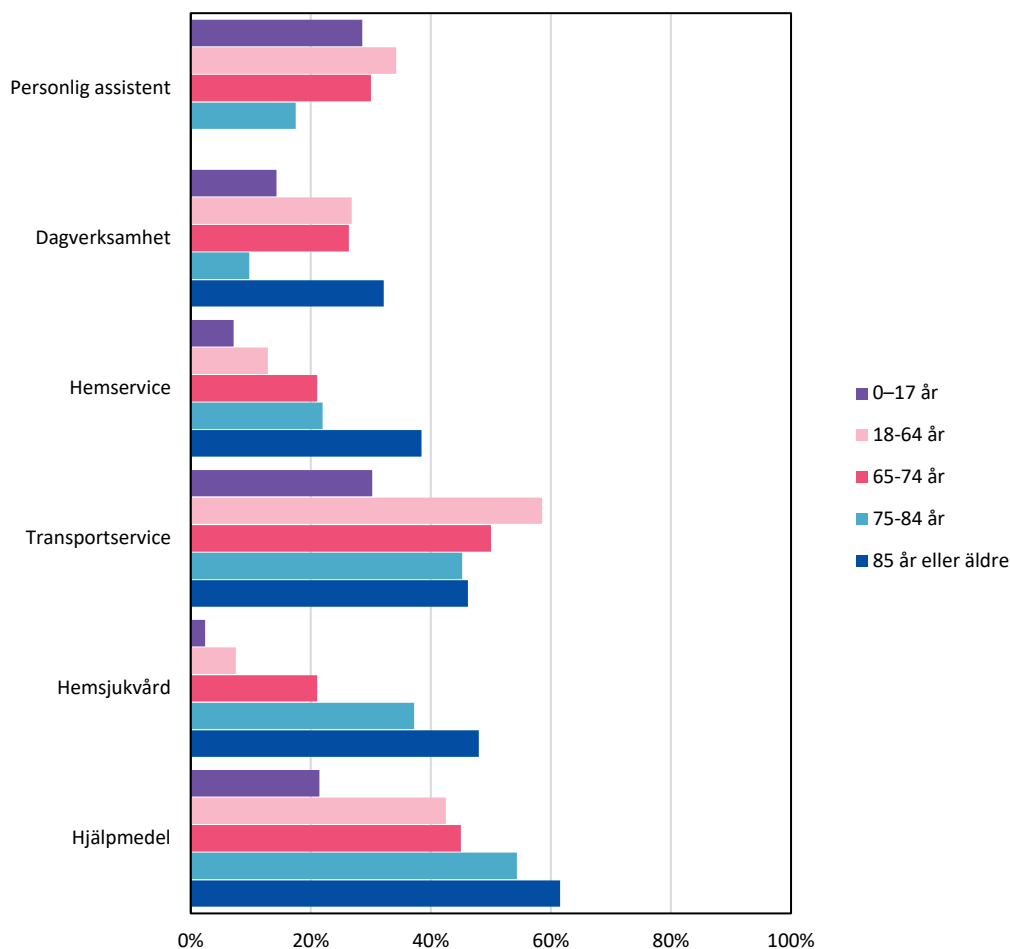
de serviceformerna minst en gång i veckan, medan hemservice, rehabiliteringsservice och hemsjukvård verkar ha använts något mer sällan.

Privata tjänster verkar framför allt ha använts för städhjälp och annat tyngre hemarbete och för fotvård och duschhjälp. Enstaka personer har använt privata tjänster för sjukvård, avlastning, transport och olika ärenden.

Endast två procent har använt servicesedlar. De färre än fem svarande som uppgett vad servicesedlarna använts till har svarat färdtjänst eller till godkända företag. Servicesedlar är också den serviceform som verkar mest obekant för de svarande - en fjärdedel har svarat att de inte känner till den stödformen.

I enkäten fanns det även möjlighet för de svarande att uppge att vårdtagaren använt sig av någon annan serviceform. Knappt tjugo procent hade använts sig av någon annan serviceform. Även här fick de svarande fritt formulera vad för service det rörde sig om. Olika former av sjukvård, till exempel fysioterapi, var den vanligaste kategorin som lyftes av knappt tio personer. Övriga serviceformer som alla nämndes av omkring fem personer vardera var olika former av avlastning, till exempel av anhöriga och av folkhälsan, fotvård och annan hjälp med personlig hygien, transporthjälp samt olika former av hjälpmedel eller sjukvårdsmaterial.

Figur 12. Användandet av olika serviceformer efter vårdtagarens ålder. Andel svarande som använt respektive service i procent.



Not: figuren visar endast de serviceformer där de olika åldersgrupperna signifikant skiljer sig åt.
Källa: ÅSUB

Vissa skillnader förekommer utifrån vårdtagarens ålder. Äldre vårdtagare (65 år och äldre) har i huvudsak använt olika hjälpmedel, hemsjukvård och transportservice, medan yngre vårdtagare (under 65 år) framför allt använt sig av transportservice och personlig assistans.

Vidare kan vi se skillnader i vilka serviceformer vårdtagaren använt beroende på om avtalet är med en kommun eller med KST. Hjälpmedel, privata tjänster, hemservice, hemsjukvård och boendeservice används i större utsträckning då avtalet är med en kommun, medan personlig assistent och rehabiliteringsservice är vanligare förekommande då avtalet är med KST.

6.3 Service- och stödformer för närståendevårdaren

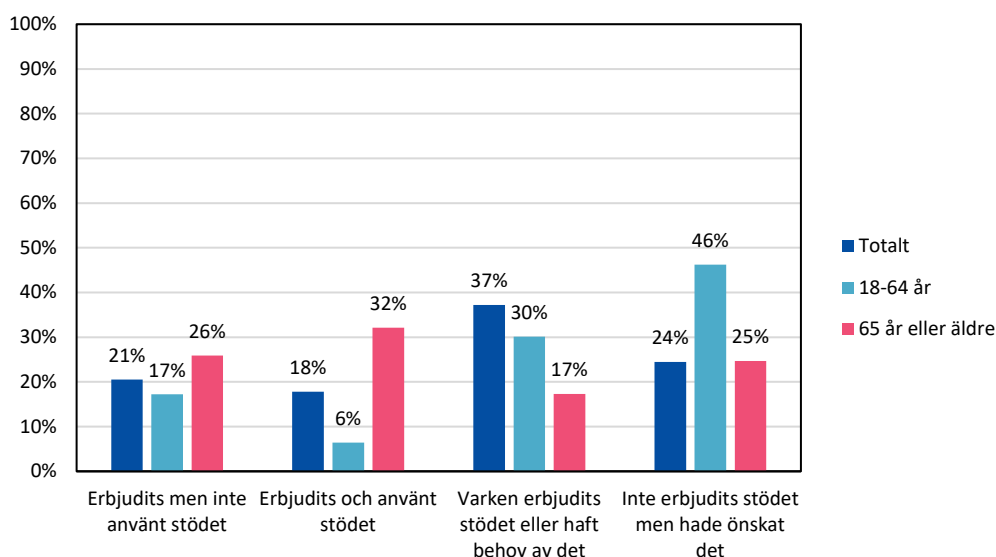
I enkäten fick närståendevårdarna även uppge om de själva erbjudits service eller stöd i form av avlösarservice, avgiftsfri hälsundersökning och ledighet.

Avgiftsfri hälsundersökning

Knappt 40 procent av närståendevårdarna har erbjudits avgiftsfri hälsundersökning, varav hälften också har använt sig av erbjudandet (18 % av samtliga svarande). Nästan lika stor andel, 37 procent, uppger att de varken blivit erbjuden någon hälsundersökning eller haft behov av det, medan en fjärdedel av närståendevårdarna uppger att de hade önskat att de erbjudits en hälsundersökning.

Det är betydligt vanligare att äldre närståendevårdare erbjudits avgiftsfri hälsundersökning. Nästan 60 procent av närståendevårdare som är 65 år eller äldre har erbjudits hälsundersökning och ytterligare en fjärdedel önskar att de hade fått erbjudandet om en hälsundersökning.

Figur 13. Har du som närståendevårdare erbjudits avgiftsfri hälsundersökning? Andel svarande i procent, totalt samt efter närståendevårdarens ålder.



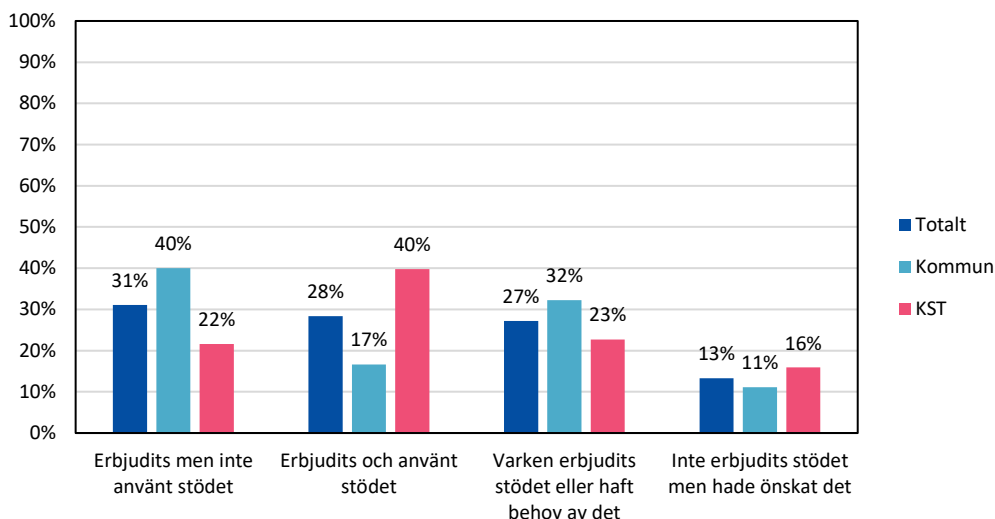
Källa: ÅSUB

Bland närståendevårdare som är yngre än 65 år har i stället endast en knapp fjärdedel erbjudits avgiftsfri hälsundersökning, samtidigt som nästan hälften hade önskat att de hade fått det erbjudandet.

Avlösarservice

En majoritet av närståendevårdarna, nästan 60 procent, har erbjudits avlösarservice, men endast knappt hälften av dessa har använt sig av serviceformen (28 % av samtliga svarande). Ytterligare 13 procent av närståendevårdarna önskade att de hade blivit erbjudna avlösarservice, medan knappt 30 procent uppgav att de varken erbjudits avlösarservice eller haft behov av det.

Figur 14. Har du som närståendevårdare erbjudits avlösarservice? Andel svarande i procent, totalt samt efter om avtalet är med en kommun eller KST.



Källa: ÅSUB

Ungefär lika stor andel närståendevårdare har blivit erbjuden avlösarservice, oavsett om avtalet är med kommun eller KST. Däremot har närståendevårdare som har avtal med KST använt sig av avlösarservice i större utsträckning än de som har avtal med kommunen (40 %, jämfört med 22 %).

Ledighet och avlastning

Drygt hälften av närståendevårdarna (55 %) uppger att de har fått hjälp av släktingar eller vänner med vård, utan ekonomisk ersättning.

I enkäten fick de svarande uppge hur många dagar ledighet de har haft rätt till under de senaste tolv månaderna, samt hur många av dessa dagar som de också tagit ut. Baserat på svaren kan vi se att de här frågorna verkar ha varit svåra att svara på. Många har helt avstått från att svara på frågorna (64 personer har avstått från att besvara frågan om hur många dagar de har rätt till och 55 har avstått från att svara på hur många dagar de tagit ut). Vidare kan vi konstatera att det verkar råda en osäkerhet kring rätten till ledighet då 21 personer har svarat att de antingen inte har rätt till någon ledighet eller att de inte vet hur många dagars ledighet de har rätt till.

Vi kan dock konstatera att en majoritet av närståendevårdarna inte tar ut de lediga dagar de har rätt till:

- Av de 131 personer som angett hur många lediga dagar de tagit ut uppger 56 procent att de inte har tagit ut en enda ledig dag under de senaste tolv månaderna.
- I genomsnitt har närståendevårdarna tagit ut 37 procent av den ledighet de har haft rätt till, baserat på 92 personer som angett både hur många dagar de haft rätt till och hur många dagar de tagit ut.

Inga statistiskt signifikanta köns- eller åldersskillnader förekommer när det gäller hur stor andel av sin ledighet de tagit ut.

Varför tar man inte ut sin ledighet?

I enkäten fanns möjlighet för närståendevårdarna att fritt formulera varför de inte tagit ut sin ledighet. Knappt 50 personer menar att de inte har haft behov av att ta ut ledighet och vissa nämner att de har fått hjälp av andra anhöriga för avlastning.

Ungefär lika många svarande upplever att det är omöjligt, eller att det inte går att få till av olika anledningar, till exempel:

"Omöjligt med nuvarande situation."

"Har inte kunnat transportera barnet till avlösaren."

"Jag måste resa bort för att få ledigt, hemma är jag alltid bunden."

"Svårt att få det pga. måste ha en orsak, t.ex. resa. Skulle önska att få vara själv hemma i lugn och ro."

"Det finns inga alternativ och jag har inte erbjudits något förslag."

"De dikterar villkoren för när jag kan ha avlastning och det passar sällan mig. De skyller på personalbrist etc."

Nästan 20 personer har svarat att de inte kände till möjligheten till ledighet. Ungefär lika många har svarat att det inte finns möjlighet att få någon avlastning eller avlösare och några lyfter även fram att det är svårt med avlösare som har tillräcklig medicinsk kompetens.

"Jag har försökt att ta ut, men när jag begär hjälp från kommunen så säger dom att dom inte har tillräckligt med personal. Det bästa är om vi kan ordna det inom familjen. Och det går inte."

Vidare har ett tjugotal personer svarat att det beror på att vårdtagaren inte vill att någon annan ska ta hand om honom/henne, eller att vårdtagaren inte trivs på avlastningsboende. Ytterligare omkring tio personer har svarat att de själva inte vill att någon annan ska ta hand om deras närstående.

"Jag kan inte ta ledigt från mitt barn. Hur skulle jag kunna ta ledigt från mitt barn? Ingen kan ersätta mig."

"Att lämna bort mitt barn till främmande människor är otänkbart. Att mitt barn skulle vara borta hela dygn motsvarar inte behoven av stöd vi har."

Andra anledningar som närståendevårdarna nämner är till exempel att de nyligen påbörjat uppdraget som närståendevårdare, att vårdtagaren har varit sjuk, att de har tagit ut timmar i stället för hela dagar, eller att det inte har passat för stödfamiljen.

Stödformer som efterfrågas av närståendevårdarna

I enkätens sista fråga fanns möjlighet för de svarande att bland annat berätta om det är något annat stöd de önskar sig. Även här lyftes behovet av avlastning fram av många svarande (mer än 40 personer). Fler än tio närståendevårdare efterfrågar **mer flexibla och individuellt anpassade lösningar för avlastning**, till exempel:

"Hade önskat mer avlösarservice i hemmet i stället för dåligt fungerande korttidsboende. Hade önskat att korttidsboende hade öppettider som var anpassade efter behovet."

"[...] avlastning borde vara att någon kommer hem och är där en dag när man har minnessjukdom. Hemvården har vi ej anlitat, är för korta besök och olika personal."

"Vårdtagaren för "frisk" för att vårdas på institution, för sjuk [...] för att få vardagen att fungera utan hjälp."

"Avlastningen och hjälpen i hemmet behöver vara mera individuellt beroende på vad närståendevårdaren önskar."

"Avlösning på helger och/eller hela dygn har jag inte behov av. Punktinsatser i vardagen finns det behov av."

Flera personer betonar även att avlastningen inte är anpassad efter **barns behov**, där ytterligare individuella lösningar kan behövas. Vissa menar att kortare avlastning eller hjälp i hemmet skulle vara betydligt mer användbart än att lämna sitt barn på korttidsboende, medan andra lyfter fram ett utvecklingsbehov av de korttidsboenden som finns:

"Vi som har barn med osynliga funktionshinder passar inte in i mallen, man förstår inte sig på vår situation och våra barn passar inte att sätta på ett korttidsboende för avlastning då dessa är till för personer med synliga funktionshinder. Stödfamiljer finns det väldigt dåligt av så det blir en evigt lång kö men svar att det helt enkelt inte finns. Det som skulle behöva finnas är ett kortis som är anpassat för npf barn. Det är oskäligt att vi föräldrar till dessa barn ska bli helt utbrända och måsta gå ner i arbetstid osv för att livet ska gå ihop."

"DUV-läggerverksamheten är fantastiskt bra, men verksamheten kan inte täcka hela det avlastningsbehov som föräldrar har. KST erbjuder avlastning via sitt korttidsboende, men den verksamheten är inte anpassad för [barnets] psykiska behov."

Ytterligare knappt tio personer betonar att det är svårt att få till avlastning, speciellt avlastning som är längre än någon timme, när vårdtagaren inte vill ha hjälp av någon annan, exempelvis:

"Det skulle nästan behöva komma som ett krav från KST att närståendevårdaren måste få avlastning viss tid i månaden/året för då blir inte närståendevårdaren "skurken" och vårdtagaren blir inte arg på närståendevårdaren. Det är tillräckligt jobbigt att vara närståendevårdare utan att ta striden att man vill/behöver vara lite ledig när vårdtagaren inte vill att någon annan tar han om den."

Omkring fem personer lyfter fram att det är för krångligt och komplicerat att få till avlastning, till exempel att det är svårt att få till avtal kring det, eller att de inte vet hur det går till om de ska vara lediga.

"Är inte ledig för känns för komplicerat."

"Problem med att min avbytares avtal inte är fortlöpande. Det skall förnyas och det skall ske på dagtid vilket betyder att [avbytaren] måste lämna sitt arbete för att skiva på det förnyade avtalet."

Ytterligare ett par personer lyfter fram att det inte finns någon ersättare och ett par menar att fem dygn i månaden är för lite för att hinna återhämta sig. Slutligen menar drygt fem personer att de inte har något större behov av avlastning eller att de själva har valt att inte ta så mycket hjälp

Utöver mer flexibilitet och mer individuellt anpassat stöd framkom även önskemål om andra stödformer. Flera personer, omkring fem, efterfrågade **samtalsstöd och handledning** för hela familjen, framför allt då vårdtagaren är under 18 år.

"Det saknas insatser för familjens mentala återhämtning, inget samtalsstöd erbjöds vid insjuknande. Vi bad om det och fick prata med sjukskötare vid ett tillfälle, därefter har vi själva fått söka stöd vid Folkhälsans familjerådgivning på eget initiativ utan förmedling från sjukvården."

Praktisk hjälp med hushållssysslor som städning eller måltidsservice betonades av omkring fem personer, särskilt närstående vårdare till yngre vårdtagare lyfte fram detta.

"Vi har fått avslag på alla former av stöd som skulle varit till hjälp för oss. T.ex. istället för städning som inte hinns med för att barnet behöver mig har det sagts att för barnet okända personer skulle komma och ta med barnet ut medan jag städade hemmet. En lösning som inte är lämplig för barnet."

Knappt fem lyfte fram ett önskemål om **friskvårdkuponger** eller liknande för närståendevårdarnas välbefinnande och återhämtning. Ytterligare omkring fem personer betonade betydelsen av **sociala träffar** för närståendevårdare, till exempel genom organiserade middagar, utflykter och liknande. Vidare lyfte knappt fem personer fram ett behov av **transporthjälp** och svårigheten att ta sig fram med kollektivtrafiken.

Andra önskemål som lyftes fram av enskilda personer var:

- Rätt till att vara hemma för att vårda barn då barnets assistent är sjuk.
- Hjälp med eget boende för vuxna vårdtagare.
- Hjälp att anpassa den fysiska miljön i hemmet.
- Mer kunskap i samhället kring typ 1-diabetes.
- Tillgång till assistent.
- Mer information om säkerhetstänk för närståendevårdare.
- Mer möjligheter till promenader och utevistelser för vårdtagare när de befinner sig på olika boenden.

6.4 Hur uppdraget påverkar närståendevårdaren

I det här avsnittet redogör vi för hur uppdraget som närståendevårdare påverkar deras ekonomiska situation, hälsa, samt belastningen av uppdraget.

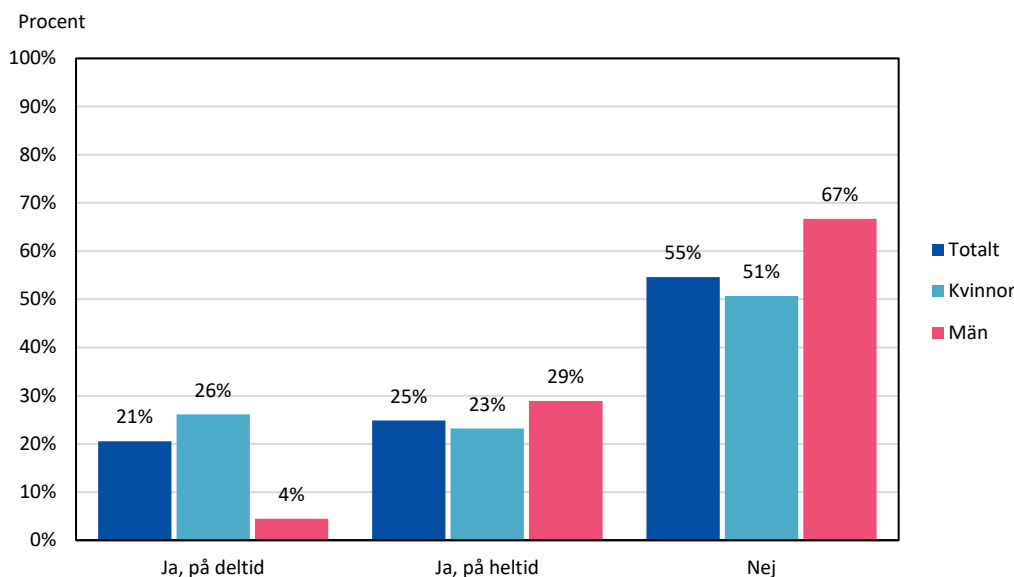
Närståendevårdarens ekonomiska situation

Knappt hälften av de närståendevårdare som besvarade enkäten kombinerar uppdraget med arbete eller studier. En fjärdedel arbetar eller studerar på heltid och en av fem arbetar eller studerar på deltid.

Det är vanligare att kvinnor kombinerar uppdraget som närståendevårdare med att arbeta eller studera, jämför med män. Hälften av kvinnorna arbetar eller studerar på antingen heltid eller deltid, jämfört med en tredjedel av männen.

Många yngre närståendevårdare (18–64 år) kombinerar uppdraget med att arbeta eller studera. Nästan hälften, 47 procent, arbetar eller studerar på heltid och ytterligare 35 procent på deltid. De allra flesta (95 %) närståendevårdare som är 65 år eller äldre kombinerar däremot inte uppdraget med arbete eller studier.

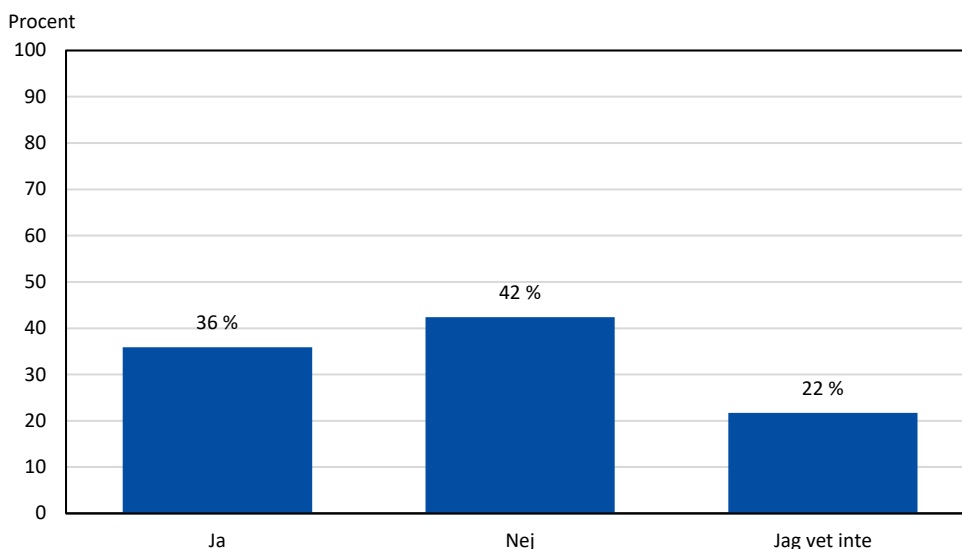
Figur 15. Kombinerar du uppdraget som närståendevårdare med arbete eller studier? Andel av samtliga svarande samt efter närståendevårdarens kön.



Källa: ÅSUB

När det gäller den kompensation närståendevårdarna får för sitt uppdrag är det endast en dryg tredjedel (36 %) som upplever att arvudet är skäligt, medan 42 procent inte anser att arvudet är skäligt och 22 procent svarade att de inte vet. Här förekommer inga statistiskt signifikanta skillnader utifrån närståendevårdarens kön, ålder eller utifrån om avtalet är med KST eller en kommun.

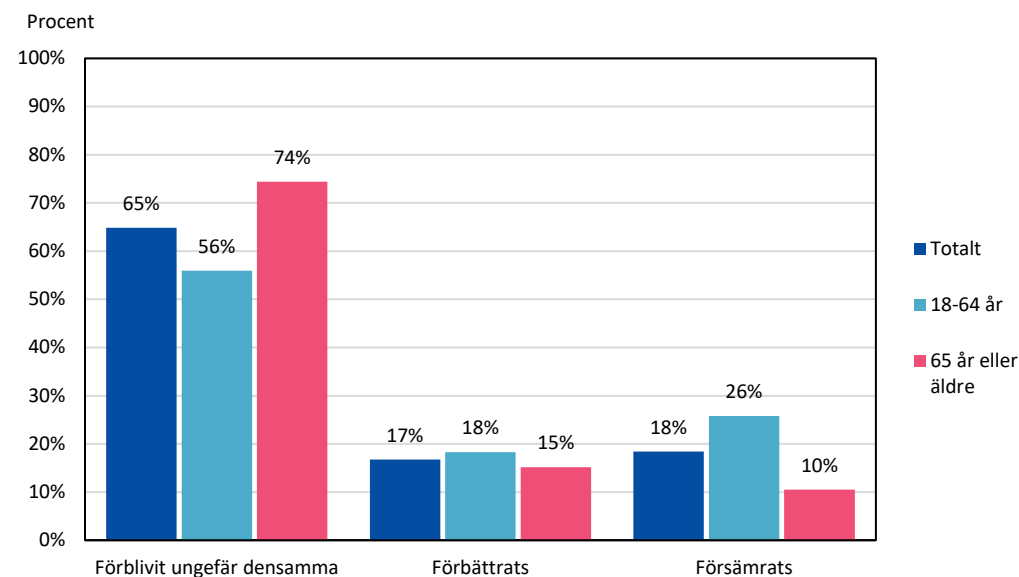
Figur 16. Upplever du att arvudet du får för uppdraget som närståendevårdare är skäligt? Andel svarande i procent.



Källa: ÅSUB

Vidare frågade vi hur uppdraget som närståendevårdare påverkat deras ekonomiska situation. Omkring två av tre närståendevårdare upplever att deras ekonomiska situation har förblivit ungefär densamma, medan knappt 20 procent upplever att den har förbättrats respektive försämrats sedan de blev närståendevårdare. Det är vanligare att personer i arbetsför ålder (18–64 år) upplever att deras ekonomiska situation har försämrats.

Figur 17. Hur har uppdraget som närståendevårdare påverkat din ekonomiska situation? Andel svarande i procent, efter närståendevårdarens ålder.



Andelen som upplever att ekonomin försämrats stiger signifikant i relation till hur stort hjälpbehov vårdtagaren har, från åtta procent av de som har lättast hjälpbehov, till 57 procent av de som har det tyngsta hjälpbehovet. Här finns också en tendens till att närståendevårdare till vårdtagare med störst vårdbehov inte anser att arvudet är skäligt, även om inte uppnår formell statistisk signifikans.

Nästan 20 närståendevårdare lyfte också fram i enkätens avslutande öppna fråga att de önskade att vårdarvudet skulle vara högre. Flera ansåg att arvudet inte täcker det arbete som utförs. Här nämns även att några personer känner att de behöver arbeta heltid, i stället för deltid som de önskar, eller har behövt flytta för att få det att gå ihop ekonomiskt. Det framkommer även att arvudet inte täcker till exempel behov av specialkläder och liknande utrustning.

"Ersättningen täcker inte det jobb man gör, då man finns till dygnet runt +all annan service och hjälp man ger men det är en symbolisk summa och bra då jag behöver ta ledigt från arbetet för läkarbesök mm."

"Större ekonomisk kompensation för den enorma belastning vi har som föräldrar till barn med diabetes typ 1 och som kompensation för att det inte är möjligt att jobba heltid."

Närståendevårdares hälsa

Närståendevårdarna fick skatta sin fysiska och psykiska hälsa på en skala från noll till tio, där noll står för "dålig" och tio står för "utmärkt". Därefter har vi räknat ut ett genomsnitt baserat på dessa uppgifter.

ÅSUB har tidigare använt samma mått i en enkätundersökning som riktats till ett slumpmässigt urval av personer bosatta på Åland (16–85 år), vilket därför kan generaliseras till hela Ålands befolkning i samma ålder (ÅSUB, 2022).

Närståendevårdarnas självskattade fysiska hälsa är jämförbar med hela Ålands befolkning. Däremot kan vi se att närståendevårdarnas psykiska hälsa ligger något lägre än motsvarande mått i hela Ålands befolkning.

Tabell 6. Genomsnittlig självskattad hälsa bland närståendevårdare och i ett slumpmässigt urval av Ålands befolkning

	Närståendevårdare	Ålands befolkning (16–85 år)
Fysisk hälsa	6,8	6,9
Psykisk hälsa	6,8	7,5

Källa: ÅSUB; Stöd för närståendevård (2026) och Tillitstudie för Åland (2022)

Vidare ser vi en statistiskt signifikant könsskillnad hos närståendevårdarna, där den självskattade både fysiska och psykiska hälsan är lägre bland kvinnor än män. Inga statistiskt signifikanta skillnader förekommer utifrån närståendevårdarens ålder eller om avtalet är med KST eller en kommun.

Från svaren på enkätens öppna fråga bekräftas att uppdraget som närståendevårdare kan vara mycket tungt och påfrestande. Omkring 30 närståendevårdare beskriver hur uppdraget påverkar både deras fysiska och psykiska hälsa negativt, med berättelser om sömnproblem, utmattning och långvarig sjukskrivning från arbete, en känsla av att ständigt vara uppkopplad och behöva finnas till hands samt ångest och oro inför framtiden.

"Påverkan på livssituationen är total: umgänge, spontanitet, resor, kulturliv, etc. Kort och gott; pensionstiden blev fortsatt heltidsarbete."

"Jag kan aldrig ta ledigt från [mitt barns] ångest för det finns ingen annan som kan hjälpa [barnet] med det."

"Uppdraget som närståendevårdare känns ofta tungt och svårt, en närstående blir hela tiden sämre och försämrades helt. Man kan läsa om minnessjuka och Alzheimers, att på riktigt uppleva dessa sjukdomars framfart är hemskt."

"Det är extremt tufft i alla situationer. Man får kämpa otroligt mycket. Hela livet, med arbeten, familj, syskon och vänner. Till och med semester och fritidsintressen blir lidande. Man ses som jobbig på arbetsplatser, sjukhus, skolor, bland vänner och familj. [...] Anpassningarna kostar karriär, förlorad inkomst och större utgifter [...]."

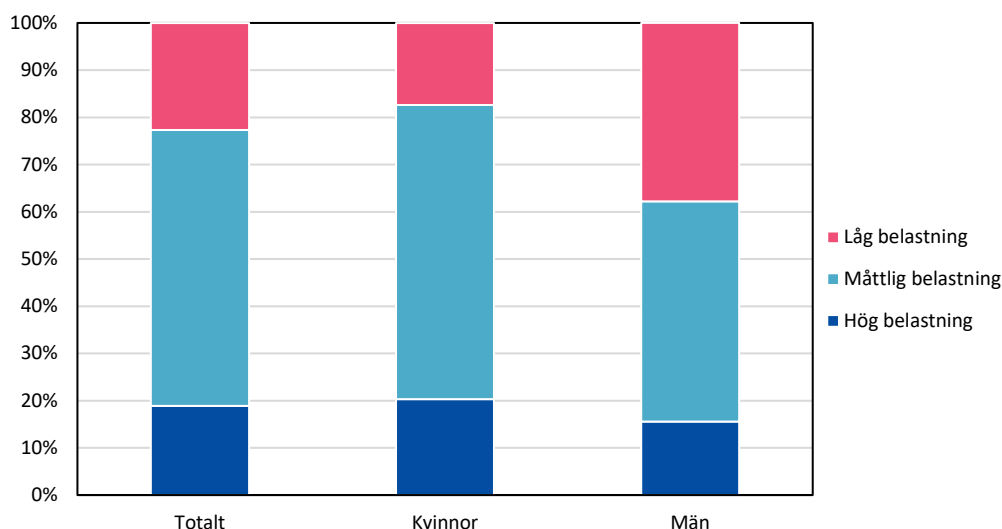
Samtidigt framkommer att många närståendevårdare mår bra, är nöjda med sitt uppdrag och över att möjligheten finns att vara närståendevårdare. Till exempel *"Jag är glad över att vi ändå klarar vår livssituation och kan bo tillsammans i vårt hem."* Detta framfördes av lite mer än 10 personer.

Självupplevd belastning av uppdraget som närståendevårdare

För att mäta den självupplevda belastningen av uppdraget som närståendevårdare använde vi Anhörigskalan (*Caregiver Burden Scale*), framtagen av forskare vid Lunds universitet specifikt för att skatta den självupplevda belastningen bland personer som tar hand om en anhörig (Elmståhl et al., 1996). Baserat på skalan kan man ta fram både ett övergripande mått på belastning samt uppskatta belastningen på fem olika dimensioner:

- *allmän belastning*, till exempel om man upplever att man får ta för stort ansvar för vårdtagaren;
- *isolering*, till exempel om ens sociala aktiviteter, som att träffa andra familjemedlemmar och vänner, påverkats;
- *besvikelse*, exempelvis en känsla av att livet behandlat en orättvist;
- *emotionell påverkan*, om man till exempel känner sig sårad eller arg på vårdtagaren;
- och *miljö*, om den fysiska miljön gör det svårt att ta hand om vårdtagaren.

Figur 18. Självupplevd belastning av uppdraget som närståendevårdare. Andel svarande i procent, totalt och efter kön.

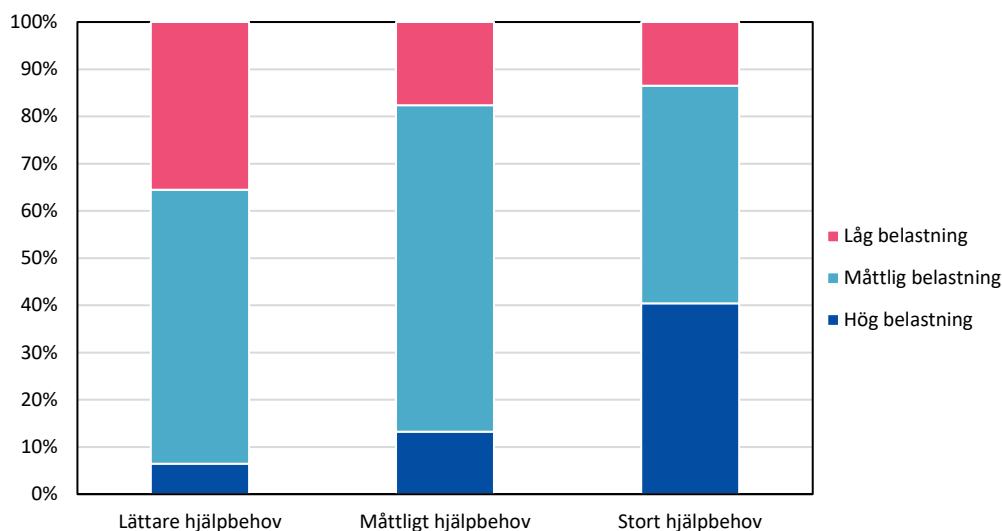


Källa: ÅSUB

Knappt fyra av fem närståendevårdare upplever en måttlig eller hög belastning av uppdraget som närståendevårdare. Endast 20 procent upplever en låg belastning. Vidare upplever kvinnor en högre belastning än män – 82 procent av kvinnorna upplever en måttlig eller hög belastning, jämfört med 62 procent av männen.

Vi ser ingen statistiskt signifikant skillnad i belastning utifrån närståendevårdarens ålder eller om avtalet är med KST eller en kommun. Däremot ökar belastningen signifikant med vårdtagarens hjälpbehov (se avsnitt 6.1 för indelning av hjälpbehov).

Figur 19. Självupplevd belastning av uppdraget som närståendevårdare efter vårdtagarens hjälpbehov. Andel svarande i procent.



Källa: ÅSUB

Vidare kan vi se att fler svarande upplever en högre belastning på dimensionerna *isolering*, *allmän belastning* och *besvikelse*, än på *emotionell påverkan* och *miljö*. Även här förekommer en signifikant könsskillnad, där kvinnor upplever en högre belastning än män på samtliga dimensioner förutom *miljö*.

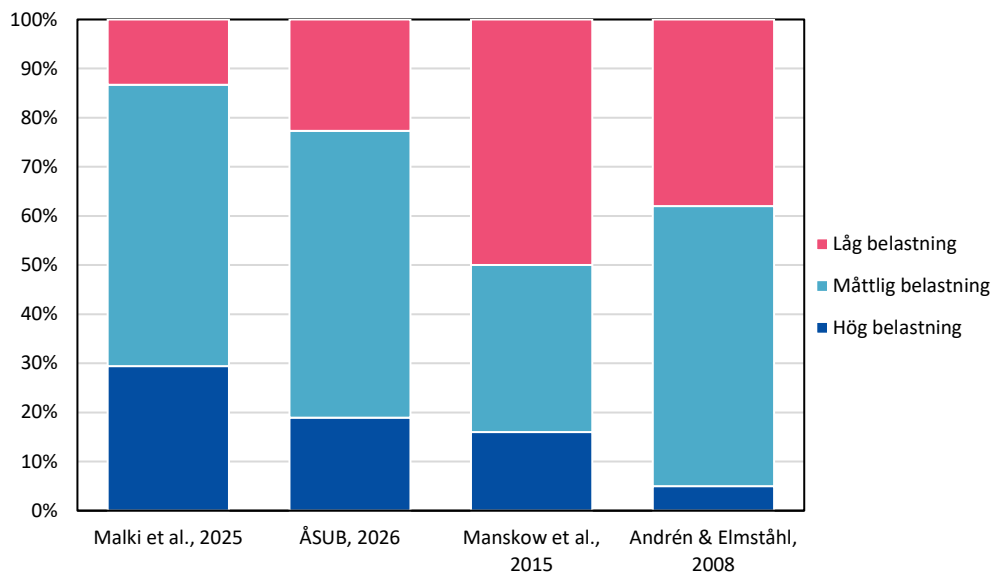
Tabell 7. Upplevd belastning efter dimension och kön. Andel svarande.

	Belastning		
	Hög	Måttlig	Låg
Isolering			
Män	40 %	31 %	29 %
Kvinnor	52 %	30 %	18 %
Allmän belastning*			
Män	29 %	38 %	33 %
Kvinnor	41 %	44 %	14 %
Besvikelse*			
Män	22 %	42 %	36 %
Kvinnor	30 %	53 %	17 %
Emotionell påverkan			
Män	9 %	44 %	47 %
Kvinnor	26 %	34 %	40 %
Miljö			
Män	11 %	40 %	49 %
Kvinnor	11 %	37 %	52 %

* anger statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män

Källa: ÅSUB

Anhörigskalan har använts på motsvarande sätt i andra studier för att mäta upplevd belastning hos personer som vårdar en närstående, både i Sverige och i Norge (till exempel Malki et al, 2025, Manskow et al., 2015 och Andrén & Elmståhl, 2008). Resultatet från den här undersökningen ligger i linje med andra studier, även om viss variation förekommer.

Figur 20. Självupplevd belastning bland närståendevårdare på Åland jämfört med liknande studier.


Källa: ÅSUB, Stöd för närståendevård 2025; Malki et al, 2025; Manskow et al., 2015 och Andrén & Elmståhl, 2008.

Skillnader mellan studierna kan troligen förklaras med skillnader i studiernas urval och metod. Till exempel är vårdtagarna i de tre andra studierna 16 år eller äldre, medan den här utredningen även inkluderar barn. Vidare delar nästan 90 procent av närståendevårdarna i den här utredningen hushåll med vårdtagaren, jämfört med hälften av närståendevårdarna i studien av Malki et al., medan Manskow et al samt Andrén och Elmståhl inkluderar personer som besökte vårdtagaren mer sällan.

6.5 Kontakten med KST och kommunerna, samt tredje sektorns roll

Både KST och kommunerna har en viktig roll i kontakten med närståendevårdarna. Det märks både i efterfrågan på information kring uppdraget (se 6.1 Om uppdraget som närståendevårdare) och i kommentarerna på enkätens öppna fråga. Där lyfter omkring fem personer fram både positiva och negativa erfarenheter av kontakten med KST och kommunerna. Det blir tydligt att en bra kontakt behövs för att skapa trygghet i uppdraget som närståendevårdare.

"Under alla år har jag kunnat prata med socialarbetare i kommunen och de som arbetar på stödverksamheten."

"Varken jag eller vårdtagaren har känt förtroende för kommunens äldreomsorgsledare. Det har inte känts tryggt."

Ungefär lika många svarande lyfter fram tredje sektorns roll. Här berättar svarande om ett bra bemötande och att tredje sektorns aktiviteter har bidragit till att skapa ett socialt sammanhang för närståendevårdarna. Samtidigt framkommer upplevelser om att tredje sektorn fått täcka upp för bristande stöd från kommuner eller KST:

"Forskning visar att närståendevårdare är i behov av socialt stöd, interventioner inriktade på hållbara coping-strategier och stresshantering och att arbetsgivare på ett bättre sätt behöver stöda närståendevårdare som ska kombinera arbete med närståendevårdarskap. Inget av detta tillhandahålls på Åland i dagsläget utöver det fantastiska arbete som tredje sektorn gör [...]. Skulle inte DUV finnas skulle vi nog ha flyttat från Åland för att få den service vi är berättigade till. "

7. Avslutande reflektioner

I den här rapporten har vi undersökt närståendevårdares situation på Åland från flera olika perspektiv. Vi kan konstatera att mycket av det forskningen påvisat i omliggande regioner finns det stöd för även på Åland, då det speglas både av resultatet från intervjuer med sakkunniga och från närståendevårdarnas enkätsvar.

Från intervjuer med sakkunniga vid kommunerna och på KST kan vi konstatera att det finns ett önskemål om gemensamma riktlinjer för närståendevården. Dessutom framkom att informationen om närståendevård behöver bli bättre och nå ut till fler. Detta speglades även av närståendevårdarnas svar, där många till exempel var osäkra på vad de kan få för stöd eller inte visste hur många dagars ledighet de har rätt till. Här kan den kommande Medborgarportalen hjälpa till genom att samla och synliggöra informationen på ett ställe, vilket kan underlätta för många. Samtidigt behöver det finnas ytterligare kanaler för informationsspridning som inte förlitar sig på digitala lösningar. Ett alternativ är att använda den tredje sektorn som ett komplement för att systematiskt nå ut med informationen.

Gällande beviljandet av närståendevård kan det vara värt att samarbeta mer mellan kommuner kring bedömningen av ansökningar för att öka rättssäkerhet, likabehandling och kvalitet i beslutsprocessen. Vi ser även ytterligare möjligheter till ett ökat samarbete mellan kommuner för nyttjande av lediga vårdplatser, där ett mer samordnat system mellan kommuner kan vara en möjlig lösning för att förbättra tillgången till och nyttjandet av vårdplatser på Åland till periodplats för avlastning.

I enkätsvaren har vi sett att uppdraget som närståendevårdare stundvis kan upplevas mycket tungt och belastande, framför allt för kvinnor, vilket även stöds av forskningen. Kvinnor vårdar dessutom sina barn i större utsträckning än vad män gör. Just närståendevårdare till barn är en särskilt utsatt grupp då uppdraget tenderar att bli mer långvarigt och därför också mer påfrestande under en lång period med ökad oro och belastning. Att vara närståendevårdare till sitt barn har även större påverkan på privatekonomin, både en direkt effekt i form av förlorad förvärvsinkomst och ökade omkostnader, men även genom långsiktiga effekter på framtida pensionsbortfall. Dessutom kan det bli svårare att återgå i arbetslivet efter uppdragets avslut.

Det är med andra ord viktigt att värna om närståendevårdarnas hälsa och se till att det finns möjlighet till återhämtning och avlastning. Därför behövs mer flexibla och individuellt anpassade lösningar för olika former av avlastning, så att närståendevårdare kan ta ut sin ledighet och få tillgång till viktig återhämtning. Samtidigt är viktigt att det inte upplevs för krångligt att ta ut sin ledighet – vi ser både i enkätsvaren och i forskningen att administrativa krav skapar stress. Om det är för omständligt att få till ett avtal med en avlösare, eller om avlastningen ska fungera enligt mallar som inte passar närståendevårdarna och vårdtagarnas situation, så blir det ingen avlastning. Behovet av individuellt utformade stöd- och avlastningsformer kan vara ännu större hos de som vårdar sitt barn. Här kan olika former av avlastning i hemmet, till exempel genom hjälp med hushållsarbete, användas i större utsträckning.

Vidare efterfrågas hälsobedömning och stödsamtal eller stödgrupper för närståendevårdare, men en del närståendevårdare har svårt att lämna sitt hem. Ett alternativ kan vara att hålla inledande hälsosamtal digitalt, i hemmet, eller vid behov vid en hälsovårdsmottagning, på kommunens serviceboende eller motsvarande. Även om närståendevårdaren kan behöva lämna hemmet för hälsoundersökningen blir frånvarotiden från hemmet kortare än vid besök vid till exempel Seniorsmottagningen vid Ålands centralsjukhus. På motsvarande sätt kunde det finnas möjlighet att delta i exempelvis utbildningsinsatser och stödgrupper för närståendevårdare som inte nödvändigtvis behöver anordnas av hemkommunen.

Det finns sannolikt ett behov av att utveckla någon form av säkerhetsmekanism som gör det möjligt att omedelbart identifiera att en person är närståendevårdare om denne drabbas av en akut händelse utanför hemmet, såsom sjukdomsattack eller olycka. Det kan annars ta lång tid att komma till kännedom om att en vårdtagare befinner sig ensam i hemmet och är beroende av hjälp. Ett sådant system skulle kunna minska riskerna för allvarliga konsekvenser och samtidigt stärka tryggheten för både vårdtagare och närståendevårdare. Dessutom kan det finnas behov av en mer systematisk uppföljning av vårdsituationen i hemmen för att kunna fånga upp om vårdtagaren eller närståendevårdaren snabbt blir sämre eller inte längre mår med sitt uppdrag.

Utifrån intervjuerna med sakkunniga finns det en farhåga att intresset för närståendevård kan komma att minska, och att fler närståendevårdare kommer att nyttja möjlighet till ledighet och avlastning, vilket kommer att öka kraven på kommunerna. Därtill finns det allt fler enpersonshushåll där det inte finns någon självklar person som kan ställa upp som närståendevårdare, vilket ställer högre krav på den kommunala servicen.

Samtidigt betonade flera närståendevårdare det positiva i att möjligheten finns att kunna vara närståendevårdare och få ta hand om sin närstående i hemmet:

"Positivt att [vårdtagaren] får bo hemma i sin lägenhet där hon känner sig trygg. Allt fungerar bra, vi trivs tillsammans och jag är tacksam att vi barn kan sköta våra anhöriga. Ett stort tack till er som har ordnat det bra!"

Referenser

- Andrén, S. & Elmståhl, S. (2008). The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17:790-799. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02066.x>
- Costa-Font, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2025). The hidden value of adult informal care in Europe. *Health Economics*. <https://doi.org/10.1002/hec.4928>
- Ekman, B., McKee, K., Vicente, J., Magnusson, L., & Hanson, E. (2021). Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden. *BMC health services research*, 21(1), 1236. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07264-9>
- Elmståhl S, Malmberg B, Annerstedt L. (1996). Caregivers burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel Caregiver Burden Scale. *Arch Phys Med Rehabil*, 77: 177-82.
- European Commission. (2021). *Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU*. ECORYS. <https://www.infocop.es/pdf/long-term.pdf>
- Heino, E., Kara, H., & Lillrank, A. (2024). 3 Contesting universalism in Finnish health and social services: experiences of migrant parents with a disabled child. In *Decolonising Social Work in Finland* (pp. 66–84). Policy Press.
- Heino, E., & Lillrank, A. (2022). Experiences among migrant parents with a disabled child when interacting with professionals: recognition as an inclusionary and exclusionary mechanism in Finnish public health and social services. *Disability & Society*, 37(7), 1197–1215.
- Ilmarinen, K., Lindström, E., Neijonen, A., Honkanen, S. & Kehusmaa, S. (2024). *Sopimusomaishoidon tilannekuva 2024: Hyvinvointialueiden myöntämisperusteet, toimintakäytänteet ja omaishoidon tuen menot*. <https://www.julkari.fi/handle/10024/149865>
- Institutet för hälsa och välfärd. (2017). *Statistisk årsbok om social- och hälsovården 2017*.
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *Omaishoidon tuen kansalliset myöntämisperusteet – THL:n ehdotus*. Työpaperi 43/2022.
- Institutet för hälsa och välfärd. (2023). *Statistisk årsbok om social- och hälsovården 2023*.
- Institutet för hälsa och välfärd. (2025). *Omaishoitajat 2023*. Tilastoraportti 1/2025.
- Juntunen, K., Salminen, A. L., Törmäkangas, T., Tillman, P., Leinonen, K., & Nikander, R. (2018). Perceived burden among spouse, adult child, and parent caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2340–2350.
- Kiljunen, O., Vaelimaeki, T., Savela, R. M., Koponen, S., Nykanen, I., Suominen, A. L., & Schwab, U. (2024). Prevalence and risk factors of frailty among older family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(1), 57–64.
- Koyanagi, A., DeVyllder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115–123.

Kröger, T. (2019). Looking for the Easy Way Out: Demographic Panic and the Twists and Turns of Long-Term Care Policy in Finland. In T.-K. Jing, S. Kuhnle, Y. Pan, & S. Chen (Eds.), *Aging Welfare and Social Policy: China and the Nordic Countries in Comparative Perspective* (pp. 91–104). Springer International Publishing.

Leinonen, A. (2011). Informal family carers and lack of personal time: Descriptions of being outside the sphere of formal help. *Nordic Social Work Research*, 1(2), 91–108.

Lindholm, M., Reiman, A., & Keväjärv, M. (2022). Safety and health challenges affecting the informal caregivers of children. *Nordic Social Work Research*, 12(4), 506–522.

Linnosmaa, I., Jokinen, S., Vilkkio, A., Noro, A., & Siljander E. (2014). *Omaishoidon tuki – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. [Stöd för närståendevård – Utredning av arvoden och tjänster gällande stödet för närståendevård i kommunerna 2012]*. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 9/2014. <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/72d06b59-0a3d-43ea-a098-8763ed3a3e47/content>

Malki, S. T., Johansson, P., Andersson, G., Andréasson, F., & Mourad, G. (2025). Caregiver burden, psychological well-being, and support needs among Swedish informal caregivers. *BMC Public Health*, 25(1), 867. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22074-y>

Manskow, U., S., Sigurdardottir, S., Røe, C., Andelic, N., Skandsen, T., Damsgård, E., Elmståhl, S. & Anke, A. (2015). Factors Affecting Caregiver Burden 1 Year After Severe Traumatic Brain Injury: A Prospective Nationwide Multicenter Study. *J Head Trauma Rehabil.* 30:411-423.

Mikkola, T. M., Kautiainen, H., Mänty, M., von Bonsdorff, M. B., Koponen, H., Kröger, T., & Eriksson, J. G. (2021a). Use of antidepressants among Finnish family caregivers: a nationwide register-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(12), 2209–2216.

Mikkola, T. M., Kautiainen, H., Mänty, M., von Bonsdorff, M. B., Kröger, T., & Eriksson, J. G. (2021b). Age-dependency in mortality of family caregivers: a nationwide register-based study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(7), 1971–1980.

Mikkola, Tuija M., Mänty, M., Kautiainen, H., von Bonsdorff, M. B., Koponen, H., Kröger, T., & Eriksson, J. G. (2022a). Use of prescription benzodiazepines and related drugs in family caregivers: a nation-wide register-based study. *Age and Ageing*, 51(12). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac279>

Mikkola, T. M., Mänty, M., Kautiainen, H., von Bonsdorff, M. B., Haanpää, M., Koponen, H., Kröger, T., & Eriksson, J. G. (2022b). Work incapacity among family caregivers: a record linkage study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(6), 580–585.

Olin, E., & Dunér, A. (2016). A matter of love and labour? Parents working as personal assistants for their adult disabled children. *Nordic Social Work Research*, 6(1), 38–52.

Pensionsskyddscentralen (2024). *Fler närståendevårdare i arbetsför ålder – har en svagare ställning på arbetsmarknaden än den övriga befolkningen*. 27.11.2024.

Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people-still equal? Special issue EJA, edited by Fritzell, Jylhä and Rostgaard. *European Journal of Ageing*, 19(2), 201–210.

Sand, A.-B. (2016). *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg* (uppdaterad version). Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/kunskapsoversikter/anhorigomsorg_sand_uppdat.pdf

Savela, R. M., Nykänen, I., Schwab, U., & Välimäki, T. (2022). Social and Environmental Determinants of Health Among Family Caregivers of Older Adults. *Nursing Research*, 71(1), 3–11.

Savela, R. M., Vaelimaeki, T., Kiljunen, O., Nykaenen, I., Koponen, S., Suominen, A. L., & Schwab, U. (2023). Assessing Social Inequalities in Older Family Caregivers' Frailty Conditions, Comorbidity, and Cognitive Functioning: A Cross-sectional Study. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/23337214231214082>

Socialdepartementet (2022). *Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg*. Promemoria. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/contentassets/29579d4400834b759d3c78faf438dece/nationell-anhorigstrategi-inom-halso--och-sjukvard-och-omsorg.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf>

Sorkkila, M., & Aunola, K. (2020). Risk Factors for Parental Burnout among Finnish Parents: The Role of Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 29(3), 648–659.

Sten-Gahmberg, S., Heinänen, J. & Kuivalainen, S. *Employment, earnings, and pension accumulation of working-age informal carers*. Finnish Centre for Pensions, Studies (summary) 08/2024. <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/306f0f6f-37fd-4c04-bc53-d04fe0766f1a/content>

Stephan, A., Afram, B., Koskeniemi, J., Verbeek, H., Soto, M. E., Bleijlevens, M. H., Sutcliffe, C., Lethin, C., Risco, E., Saks, K., Hamers, J. P., Meyer, G., & RightTimePlaceCare Consortium (2015). Older persons with dementia at risk for institutionalization in eight European countries: a cross-sectional study on the perceptions of informal caregivers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1392–1404. <https://doi.org/10.1111/jan.12493>

Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga (SOU 2024:60). (2024). Statens offentliga utredningar.

Suhonen, R., Stolt, M., Koskeniemi, J., & Leino-Kilpi, H. (2015). Right for knowledge - the perspective of significant others of persons with memory disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 83–92.

Sutcliffe, C., Giebel, C., Bleijlevens, M., Lethin, C., Stolt, M., Saks, K., Soto, M. E., Meyer, G., Zabalegui, A., Chester, H., Challis, D., & RightTimePlaceCare Consortium. (2017). Caring for a Person With Dementia on the Margins of Long-Term Care: A Perspective on Burden From 8 European Countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 967–+.

Sutcliffe, C. L., Giebel, C. M., Jolley, D., & Challis, D. J. (2016). Experience of burden in carers of people with dementia on the margins of long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 101–108.

Szebehely, M., & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294–308.

Ulmanen, P. (2022). Reversed socioeconomic pattern in the costs of caring regarding well-being and paid work among women in Sweden. *Social Policy & Administration*, 56(4), 563–579.

Ulmanen, P., & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81–92.

Van Aerschot, L., Kadi, S., Rodrigues, R., Hrast, M. F., Hlebec, V., & Aaltonen, M. (2022). Community-dwelling older adults and their informal carers call for more attention to psychosocial needs - Interview study on unmet care needs in three European countries. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 101.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104672>

Vonneilich, N., Lüdecke, D., & Kofahl, C. (2016). The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disability and Rehabilitation*, 38(8), 761–767.

Wimo, A., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Sjölund, B. M., Sköldunger, A., Fagerström, C., Berglund, J., & Lagergren, M. (2017). Formal and Informal Care of Community-Living Older People: A Population-Based Study from the Swedish National Study on Aging and Care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(1), 17–24.
<https://doi.org/10.1007/s12603-016-0747-5>

Wübker, A., Zwakhalen, S. M. G., Challis, D., Suhonen, R., Karlsson, S., Zabalegui, A., Soto, M., Saks, K., & Sauerland, D. (2015). Costs of care for people with dementia just before and after nursing home placement: primary data from eight European countries. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 16(7), 689–707.

Åkerman, S., Nyqvist, F., & Nygård, M. (2023). A Cross-Sectional Study on the Associations between Economic, Social, and Political Resources and Subjective Caregiver Burden among Older Spousal Caregivers in Two Nordic Regions. *Nursing Reports*, 13(1), 365–377.

Åkerman, S., Zechner, M., Nyqvist, F., & Nygård, M. (2021). Capabilities in care for older adults in Finnish familialistic policy transformations: a longitudinal, one-case study. *International Journal of Care and Caring*, 5(2), 229–246.

Åkerman, S., Nyqvist, F., Nygård, M., Snellman, F., & Olofsson, B. (2025a). Risk factors for loneliness among older informal caregivers in regions of Finland and Sweden: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948241308028.

Åkerman, S., Nyqvist, F., Zechner, M., Nygård, M., & Olofsson, B. (2025b). Using the Andersen Behavioural Model to explore formal support use among older informal carers in Finland and Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 34(2), e70000.

ÅSUB Statistik 2025:1. *Kommunernas och kommunalförbundens ekonomi och verksamhet 2024*. <https://www.asub.ax/sv/statistik/kommunernas-och-kommunalforbundens-ekonomi-och-verksamhet-2024>

ÅSUB (2022). *Tillitsstudie för Åland 2022. Om förtroende, delaktighet och upplevelsen av att blomstra*. (Rapport 2022:6). <https://www.asub.ax/sv/utredning/tillitsstudie-aland-2022-om-fortroende-delaktighet-och-upplevelsen-blomstra>

Bilaga 1. Intervjuguide: intervjuer med sakkunniga i kommunerna och KST

Sakkunniga både i kommunerna och KST: (Huvudfrågorna är fetmarkerade.)

Inledning: Tack för att du vill medverka. Som du känner till genomför vi på uppdrag av landskapsregeringen en undersökning om närståendevård. Undersökningen kommer att öka kunskapen om närståendevårdarnas situation på Åland. I samband med undersökningen är det viktigt att få fram ert perspektiv som sakkunniga inom närståendevård i kommunen/KST.

(Intervjuare presenterar sig och informerar om sekretess, se bilagan i följbrevet.)

Intervjun kommer att ta max 1,5 timme och behöver spelas in, inspelningen används enbart för transkribering och vi raderar inspelningen efter analyserna – är det ok? Vi kommer att turas om med att ställa frågor och anteckna. Är du redo att börja intervjun, har du frågor?

Vi börjar med några generella frågor om stöd för närståendevård. Som stöd för frågorna använder vi den nuvarande lagstiftningen, dvs. lagen om stöd för närståendevård (FFS 937/2005) som tillämpas på Åland med stöd av landskapslag (1995:101) (FFS 937/2005; tas fram i pappersformat för att användas under intervjun).

Hur informerar ni kommunens invånare om rättigheter och skyldigheter relaterat till närståendevård? Vilka är för/nackdelar med det nuvarande informationssystemet?

- Informeras närstående, utöver vårdnadshavare om uppdragets frivillighet?
- Finns det utvecklingspotential?

För att få en helhetsbild av hur beviljandet av stödet har fungerat i kommunerna och KST, har vi några frågor om förutsättningarna enligt lagen (3 §).

Hur beaktas förutsättningarna för beviljande av stödet, t.ex. bedömningen av vårdarens hälsa och funktionsförmåga? (3 §, punkt 3) Har bedömningen av förutsättningarna varit tillräckliga med tanke på den vårdbehövandes bästa (t.ex. välbefinnande, hälsa och säkerhet) eller finns det någonting ytterligare som borde beaktas i samband med beviljandet?

- Enligt er uppfattning vilka är de 1–3 vanligaste orsakerna till uppdraget som närståendevårdare? (3 §, punkt 1) *Finns det statistik om dessa?*
- Enligt er uppfattning vilka är de 1–3 vanligaste orsakerna till att stödet inte beviljats? *Finns det statistik om dessa?*
- Vilka andra relevanta social- och hälsovårdstjänster har beaktats i bedömningen än de som har nämnts och hur i så fall? (3§, punkt 4)

Stöd till närståendevårdare omfattar olika delar. Vi kommer att nu gå igenom stödformerna och börjar med det ekonomiska stödet, dvs. vårdarvodet.

Vilka möjligheter och utmaningar ser ni relaterat till det ekonomiska stödet som kan erhållas för närståendevård? (5 §) Upplever ni att vårdarvodet har varit en

**skälig ekonomisk kompensation för det uppdrag närståendevårdarna utför?
Varför, varför inte?**

- Finns det köns- eller åldersskillnader i det som upplevs som en skälig ekonomisk kompensation, t.ex. med tanke på vårdnadshavare som är närståendevårdare för sina barn under 18 år?
- Enligt er uppfattning hur många närståendevårdare kombinerade uppdraget med förvärvsarbete eller studier (heltid eller deltid)? *Finns det statistik om dessa? (efter kön och ålder)*
- Upplever du att vårdarnas möjlighet att kombinera uppdraget med arbete eller eget företag borde beaktas på ett annat sätt än nu? Hur i så fall?
- Skapar bedömningen av stödets omfattning utmaningar i beviljandet, dvs. att det finns olika nivåer beroende på behovet av stöd?
- Finns det möjlighet/behov av att använda servicesedlar³⁸?

Följande frågor handlar om ledigheter och avlastning, vi börjar med möjligheterna till ledighet.

Motsvarar alternativen och möjligheterna till ledighet behoven som finns bland närståendevårdare? (4 §) Upplever ni att det finns tillräckligt mångsidiga/flexibla alternativ för ledigheter? Varför, varför inte?

- Om ledigheter inte har använts, vad skulle behövas för att vårdarna kunde använda sina ledigheter i högre grad?
- Finns det köns- eller åldersskillnader i dessa behov?
- Finns det behov av/önskemål om utökade möjligheter att spara ledighet eller att kunna dela på uppdraget som närståendevårdare med annan person/andra personer?
- Finns det behov av/önskemål om utökade möjligheter att ta ut ledighet som är kortare än hela dygn?
- Finns det behov av/önskemål om att kunna vara ledig från förvärvsarbete en period på samma sätt som exempelvis föräldraledighet? Behövs möjlighet till tillfällig vårdledighet även för närståendevårdare?³⁹
- Har övriga ledigheter än de lagstadgade beviljats?

Regeringen på Åland har konstaterat i sitt regeringsprogram (11.12.2023) att flexibla och anpassade lösningar för avlastning underlättar en balans mellan uppdraget att vara närståendevårdare och eget välbefinnande.

³⁸ Tjänster som skaffas med servicesedlar utgör ett alternativ till den service som välfärdsområdet producerar. Servicesedlarna är dock inte avsedda att användas vid brådskande vård eller vård som ges oberoende av vilja. Välfärdsområdet beslutar om de inför servicesedlar eller inte, och för vilka tjänster sedlarna beviljas. Om en klient eller patient inte vill använda sig av en servicesedel ska välfärdsområdet hänvisa personen till tjänster som ordnas på annat sätt. (se även LL 2016:15)

³⁹ Enligt Finlands regeringsprogram ska möjlighet till tillfällig vårdledighet även för närståendevårdare främjas, och den svenska modellen (med närståendepenning) ska utredas.

Motsvarar alternativen och möjligheterna till avlastning behoven som finns bland närståendevårdare? (4a §) Upplever ni att det finns tillräckligt mångsidiga/flexibla alternativ för avlastning, avlösarservice? Varför, varför inte?

- Har kommunen/KST hjälpt med att ordna avlösarservice i hemmet och utom hemmet?
- Hur omfattande har den beviljade avlastningen varit i form av:
 - Hemservice
 - Avlösarservice med ett uppdragsavtal (vikarie för närståendevårdaren)
 - Korttidsvård
 - Annat? Vad?

Finns det statistik om dessa uppgifter?

Sammanfattningsvis: Vilka är de största förändringsbehoven gällande avlastning för närståendevårdare (t.ex. avgifterna i samband med avlastningen)?

Vi fortsätter med intervjun och går över till frågor som omfattar stödet som berör utbildning, hälsa och mående.

Är det vanligt att en särskild förberedelse för uppdraget t.ex. utbildning eller liknande erbjuds? (3a §) Har förberedelserna i form av utbildning varit tillräckliga eller finns det någonting ytterligare som borde beaktas?

- Hur ordnas förberedelsen (utbildning eller liknande), av vilken aktör?
- Finns det skillnader i behovet av förberedande utbildning eller liknande beroende på vårdtagarens kön, ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning? Beroende på demens, psykisk ohälsa, missbruk? Vilka skillnader?

Hur beaktas och utreds vårdarens hälsa, mående och ork i förutsättningarna att klara av uppdraget som närståendevårdare? (3a §) Har förberedelserna i form av utredning av närståendevårdarens välmående och hälsa varit tillräckliga eller finns det någonting ytterligare som borde beaktas?

- Har den avgiftsfria hälsoundersökningen erbjudits och har den lett till åtgärder, exempelvis justering av vårdarvode eller stödtjänster? Finns det köns- eller åldersskillnader hur möjlighet till hälsoundersökning har utnyttjats?
- Hur samarbetar kommunen/KST med hälso- och sjukvården (ÅHS) kring närståendevårdare?
- Har annat stöd erbjudits för närståendevårdarnas hälsa, mående och ork än de som nämnts?
- Har stöd/åtgärder initierats på grund av att närståendevårdaren har uppmärksammat hot om eller våld i hemmet?

Uppföljning har en viktig funktion i sammanhanget. Vi ställer även några frågor som handlar om uppföljning av hälsan och måendet hos vårdarna samt uppföljning av vård- och serviceplanen.

Följer kommunen/KST upp hälsan och måendet hos vårdarna, hur i så fall? Finns det köns- eller åldersskillnader i kontakterna?

Vad innehåller vård- och serviceplanen? Hur följs den upp eller uppdateras? (7 §)

Vi avslutar intervjun genom att sammanfatta behovet av ytterligare stöd för personer som vårdar en närstående.

Vilken stödform är vanligast bland närståendevårdare utöver de lagstadgade (vårdarvoden, ledigheter, avlastning och hälsokontroll)? Finns det statistik om dessa? Finns det behov eller önskemål om andra stödformer? (Exempelvis på grund av vårdtagarens demens, psykiska ohälsa, missbruk, vård i livets slut, svår fysisk funktionsnedsättning osv)

Är det möjligt att uppskatta vilken service som vårdtagarna i kommunen/KST skulle ha om inte stöd för närståendevård, dvs. vilken serviceform ersätter uppdraget som närståendevårdare?

Finns det (regelbundna) kontakter med personer som vårdar en närstående utan ett avtal? Finns det i så fall behov av specifikt stöd (eller ledigheter), hurdant stöd?

- Vad finns det för grund för att personerna inte har ett avtal?
- Uppskatta omfattningen av stödbehovet, finns det behov av förändringar av t.ex. möjligheter till avlastning eller annan ledighet?

Finns det andra aspekter i samband med närståendevård, exempelvis ur integrationsperspektiv, som vi behöver uppmärksamma, t.ex. utmaningar eller möjligheter?

Med tanke på rollen som privata aktörer och tredje sektorn har inom närståendevård – finns det någonting vi behöver uppmärksamma, t.ex. utmaningar eller möjligheter?

Frågor riktade specifikt till KST:

Finns det utmaningar med lagstiftningen för närståendevård samt med lagstiftningen som reglerar ansvarsfördelningen mellan KST och kommun; t.ex. hur hanteras frågor kring närståendevård för personer med funktionsnedsättning som blir/är över 65 år? Finns det potential till eller behov av förbättring?

Vilken lagstiftning grundar man sig på när det gäller vårdnadshavarens ansvar att ta hand om sitt barn (upp till 18 år)? Jmf med att man inte är skyldig att ta hand om make/maka eller föräldrar.

Avslutande frågor till samtliga:

Baserat på allt det som vi har talat om idag, vad tycker du att är **viktigast att beakta för att säkerställa en trygg och bra vardag hos närståendevårdarna på Åland eller för att förbättra vardagen för närståendevårdare?**

Har du ännu ytterligare kommentarer eller frågor? Finns det något du tycker att vi borde ha frågat om eller diskuterat?

Vi tackar för deltagandet. Undersökningens slutrapport kommer att publiceras på ÅSUB:s webbplats vid årsskiftet 2025/2026. Vi kommer att skicka en sammanställning av intervjuerna för er genomläsning innan rapporten publiceras (även eventuella citat).

Bilaga 2. Följebrev och frågeformulär till närståendevårdare med avtal



Svarsnummer: «id_nr»

Sidnr
1 (2)
Dnr
ÅSUB 2024/62

Datum
17.09.2025

«NAMN»
«ADRESS»
«POSTNUMMER» «POSTADRESS»

Berätta om dina upplevelser som närståendevårdare!

Du är en av ca 360 personer som får inbjudan att delta i en undersökning om hur närståendevårdares situation ser ut på Åland. Enkäten skickas till alla närståendevårdare som har ett aktuellt avtal, antingen med en kommun eller med Kommunernas Socialtjänst (KST). Syftet med undersökningen är att utveckla stödet i närståendevårdarnas vardag. Därför är dina åsikter och erfarenheter viktiga!

Undersökningen kartlägger hur närståendevårdares vardag ser ut, hur man upplever sitt uppdrag som närståendevårdare, vilka stödformer som erbjuds och vilket stöd man saknar som närståendevårdare. Uppdragsgivare för undersökningen är Ålands landskapsregering.

Genom att delta har du chansen att vinna ett presentkort på 150 € som kan användas hos valfritt företag på www.presentkort.ax.

För att delta, gå in på <https://www.asub.ax/narstaende> eller via QR-koden. Ange ditt svarsnummer «id_nr» i första svarsrutan.



Skicka in ditt svar så fort som möjligt, gärna innan den 3 oktober 2025.

Det tar cirka 15 minuter att svara på frågorna. Du kan även välja att svara på pappersenkäten.

Om du vårdar flera närstående kan du utgå från den person som har störst vårdbehov när du svarar på frågorna.

Svaren behandlas med sekretess och endast av ÅSUB. På följande sida finns mer information om hur ÅSUB hanterar insamlade uppgifter. Resultatet redovisas på ÅSUB:s webbplats (www.asub.ax) under 2025. Du kan även prenumerera på vårt nyhetsbrev för att få information om våra publiceringar.

Om du har frågor om undersökningen eller behöver hjälp med att fylla i enkäten, kontakta oss!

Stort tack för din hjälp!

Mina Rosenqvist
mina.rosenqvist@asub.ax
tel. +358 18 25 494

Katarina Fellman
katarina.fellman@asub.ax

Ålands statistik- och utredningsbyrå
PB 1187, AX-22111 Mariehamn
+358 18 25 490 | info@asub.ax | www.asub.ax

Information om ÅSUB och hur insamlade uppgifter hanteras

Ålands statistik- och utredningsbyrå, ÅSUB, är ett oberoende institut vars främsta uppgifter är att verka som Ålands officiella statistikmyndighet och bedriva forskning och utredningsverksamhet.

Uppgifter som begärs in behandlas endast av ÅSUB som följer statistiklagen för Åland (ÅFS 42/94), EU:s dataskyddsförordning (2016/679) samt landskapslagen (2019:9) om dataskydd inom landskaps- och kommunalförvaltningen.

Uppgifterna hanteras med sekretess. Resultaten publiceras så att enskilda svar inte kan identifieras.

Att delta i enkätundersökningar är frivilligt.

Lagstöd för databehandling

Behandlingen av personuppgifter har sin rättsliga grund i artikel 6.1.e i Europaparlamentets och rådets förordning 2016/679 (EU:s allmänna dataskyddsförordning), Statistiklag (1994:42) för landskapet Åland 14–15 §§ och Landskapslag (2019:9) om dataskydd inom landskaps- och kommunalförvaltningen.

Personuppgifter behandlas i enlighet med Statistiklag (1994:42) för landskapet Åland 3 § samt landskapslag (2019:9) om dataskydd inom landskaps- och kommunalförvaltningen 5 § och 31 §.

Hantering av uppgifter

Uppgifterna som lämnas in används för statistiska ändamål samt för forskning och lämnas inte ut till utomstående. Uppgifter som lämnas in behandlas med sekretess och hanteras enbart av de anställda som behöver uppgifterna i sitt statistik- och forsknings-/analysarbete.

Tillgången till uppgifter är begränsad med hjälp av behörighetsstyrning. ÅSUBs lokaler är skyddade mot obehörig närvaro.

Insamling av uppgifter sker i första hand via e-tjänstverktyg för säker uppgiftsinlämning och alla personuppgifter förstörs då studien färdigställts.

Lagar och förordningar som styr ÅSUBs verksamhet

[Europaparlamentets och rådets förordning 2016/679 \(EU:s allmänna dataskyddsförordning \(GDPR\)\)](#)
[Landskapslag \(193:116\) om Ålands statistik- och utredningsbyrå](#)
[Statistiklag \(1994:42\) för landskapet Åland](#)
[EU:s statistikförordning](#)
[FN:s grundläggande principer för statistik \(engelska\)](#)

Länkar till utförligare information på ÅSUBs webbplats

Dataskydd och behandling av personuppgifter:
<https://www.asub.ax/sv/om-asub/dataskydd-och-behandling-personuppgifter-personuppgiftspolicy>

Frågeformuläret är numrerat endast för att kunna dra en vinnare bland dem som svarat, och för att undvika onödiga påminnelser.

Ålands statistik- och
utredningsbyrå**Närståendevård 2025**Fyll gärna i blanketten elektroniskt på www.asub.ax/narstaende

Svarsnummer

Några frågor om dig som vårdar en närståendeDitt födelseår Ditt juridiska kön ☐ Kvinna ☐ ManBor du i samma hushåll som vårdtagaren? ☐ Ja ☐ Nej

Vad är din relation med vårdtagaren?

☐ Mitt barn ☐ Make/maka/partner ☐ Min förälder ☐ Annan (t.ex. annan släkting, vän, granne)**Några frågor om vårdtagaren (personen du tar hand om)**Vårdtagarens födelseår Vårdtagarens juridiska kön ☐ Kvinna ☐ Man

Vilken är vårdtagarens vårdklass enligt avtalet som du har med kommunen eller KST? _____

Hur ser vårdtagarens hjälpbehov ut? *Ange den kategori som stämmer bäst in.*

- ☐ Vårdtagaren behöver daglig hjälp men klarar sig på egen hand en del av tiden. Vårdbehovet förutsätter inte att vårdaren och vårdtagaren bor i samma hushåll. Närståendevården kan ses som ett alternativ till hemvård.
- ☐ Vårdtagaren behöver hjälp flera gånger om dagen. Vårdtagaren klarar sig själv korta tidsperioder men kan inte bo ensam. Närståendevården är jämförbar med personlig assistans eller dygnet runt serviceboende.
- ☐ Vårdtagaren behöver vård och omsorg dygnet runt. Vårdtagaren kan endast lämnas ensam korta stunder. Vården är jämförbar med dygnet runt boendeservice eller möjligen institutionsvård.
- ☐ Vårdtagaren behöver hjälp, omsorg och tillsyn i alla dagliga, personliga funktioner dygnet runt. Närståendevården är jämförbar med permanent institutionsvård eller sjukhusvård, t.ex. palliativ vård eller efter en allvarlig olycka.

Om uppdraget som närståendevårdare

Om du vill utveckla dina svar får du gärna göra det på sista sidan.

Hur länge har du varit närståendevårdare till vårdtagaren? ☐ Mindre än 1 år, månader

☐ 1-4 år

☐ 5-10 år

☐ mer än 10 år

Kombinerar du uppdraget som närståendevårdare med arbete eller studier?

- ☐ Ja, jag arbetar/studerar på heltid
- ☐ Ja, jag arbetar/studerar på deltid
- ☐ Nej

Upplever du att du har fått tillräcklig information om vad uppdraget som närståendevårdare innebär?

- ☐ Ja
- ☐ Ja, till viss del
- ☐ Nej

Upplever du att arvodet du får för uppdraget som närståendevårdare är skäligt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Jag vet inte

0997386710

5491386714

Hur har uppdraget som närståendevårdare påverkat din ekonomiska situation?

- Den ekonomiska situationen har ☐ Förbättrats
☐ Förblivit ungefär densamma
☐ Försämrats

Finns det en vård- och serviceplan upprättad för vårdtagaren? ☐ Ja

- ☐ Nej
☐ Jag vet inte

Om ja, har den uppdaterats under de senaste 12 månaderna? ☐ Ja

- ☐ Nej
☐ Jag vet inte

Service och stöd

Om du vill utveckla dina svar får du gärna göra det på sista sidan.

Hur ofta har vårdtagaren använt följande service under de senaste 12 månaderna? Fyll i ett kryss per rad.

	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Någon gång/år	Ingen gång	Känner inte till stödformen
Hjälpmedel, t.ex. duschstol, trygghetslarm	☐	☐	☐	☐	☐
Transportservice	☐	☐	☐	☐	☐
Personlig assistent	☐	☐	☐	☐	☐
Hemservice	☐	☐	☐	☐	☐
Hemsjukvård	☐	☐	☐	☐	☐
Dagverksamhet	☐	☐	☐	☐	☐
Rehabiliteringsservice	☐	☐	☐	☐	☐
Boendeservice, t.ex. intervallvård eller institutionsvård	☐	☐	☐	☐	☐
Servicesedlar, ange för vad:	☐	☐	☐	☐	☐
Privata tjänster, vilka:	☐	☐	☐	☐	☐
Annat, vad?	☐	☐	☐	☐	☐

Har du som närståendevårdare erbjudits följande service och stödformer? Fyll i ett kryss per rad.

	Ja, jag har erbjudits och använt stödet	Ja, jag har erbjudits men inte använt stödet	Jag har varken erbjudits stödet eller haft behov av det	Nej, jag har inte erbjudits stödet men hade önskat det
Avlösarservice	☐	☐	☐	☐
Avgiftsfri hälsoundersökning	☐	☐	☐	☐
Utbildning eller särskilda förberedelser för uppdraget	☐	☐	☐	☐

Hur uppdraget som närståendevårdare påverkar dig

Om du vill utveckla dina svar får du gärna göra det på sista sidan.

Här är några frågor som berör din situation som anhörig: Fyll i ett kryss per rad. (Källa: Anhörigskalan, Lunds universitet)	Nej, inte alls	Nej, knappast	Ja, i viss mån	Ja, i hög grad
Känner du dig trött och utarbetad?	☐	☐	☐	☐
Känner du dig ensam och isolerad p.g.a. vårdtagarens problem?	☐	☐	☐	☐
Tycker du att du får ta för mycket ansvar för vårdtagarens väl och ve?	☐	☐	☐	☐
Känns det ibland som om du skulle vilja fly undan hela den situation du befinner dig i?	☐	☐	☐	☐
Ställs du inför rent praktiska problem i vården som du tycker är svåra att lösa?	☐	☐	☐	☐
Kan du bli sårad och arg på vårdtagaren?	☐	☐	☐	☐
Tycker du att din hälsa har blivit lidande p.g.a. att du tagit hand om vårdtagaren?	☐	☐	☐	☐
Har vårdtagarens problem lett till att umgänget med andra, t.ex. släkt och vänner, minskat för dig?	☐	☐	☐	☐
Finns det något i vårdtagarens bostad som gör det besvärligt att ta hand om honom/henne?	☐	☐	☐	☐
Känner du dig bunden av vårdtagarens problem?	☐	☐	☐	☐
Känner du dig besvärad av vårdtagarens beteende?	☐	☐	☐	☐
Leder vårdtagarens problem till att du inte kan göra det du hade tänkt göra vid denna tid i livet?	☐	☐	☐	☐
Tycker du att det är fysiskt påfrestande för dig att ta hand om vårdtagaren?	☐	☐	☐	☐
Tycker du att vårdtagaren tar så mycket tid att du inte får tillräckligt med tid för dig själv?	☐	☐	☐	☐
Oroar du dig över att du inte ska kunna ta hand om vårdtagaren på rätt sätt?	☐	☐	☐	☐
Kan du ibland skämmas över vårdtagarens uppförande?	☐	☐	☐	☐
Finns det något i omgivningen runt vårdtagarens hem som gör det besvärligt att ta hand om honom/henne?	☐	☐	☐	☐
Har det inneburit någon ekonomisk uppoffring för dig att ta hand om vårdtagaren?	☐	☐	☐	☐
Tycker du att det är psykiskt påfrestande för dig att ta hand om vårdtagaren?	☐	☐	☐	☐
Har du ibland en känsla av att livet behandlat dig orättvist?	☐	☐	☐	☐
Hade du tänkt dig att livet skulle vara annorlunda i den ålder du är i nu?	☐	☐	☐	☐
Undviker du att bjuda hem vänner och bekanta p.g.a. vårdtagarens problem?	☐	☐	☐	☐
Har släktingar eller vänner hjälpt dig med vård (utan ekonomisk ersättning)?	☐	☐	☐	☐

3659386718

Som närstående vårdare med avtal har du lagstadgad rätt till ledighet. Ange hur många dagar du haft rätt till under de senaste 12 månaderna: dagar, och hur många du har tagit ut: dagar

Om du inte tagit ut all din ledighet får du gärna berätta varför:

	Dålig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Utmärkt
Hur skulle du bedöma din fysiska hälsa?		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Uppskatta på en skala från 0-10.													
Hur skulle du bedöma din psykiska hälsa?		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Uppskatta på en skala från 0-10.													

Övrigt

Har du några andra kommentarer eller synpunkter? Vill du t.ex. berätta mer om hur uppdraget som närståendevårdare påverkar dig, hur det kommer sig att du inte använt eventuella stödformer som erbjudits, eller om det är något annat stöd du önskar?

[illegible]

Bilaga 3. Kvalitetsbilaga

Den ekonomiska sammanställningen som presenteras i kapitel 4 grundar sig på ÅSUBs statistiska uppgifter om kommunernas och kommunförbundens ekonomi och verksamhet. Uppgifterna består bland annat av totala driftskostnader, inklusive interna kostnader, avskrivningar och nedskrivningar samt överföringsposter. Uppgifterna finns även presenterade på ÅSUBs webbplats och databaser.

Utöver denna statistik kontaktades kommunerna och KST för kompletterade uppgifter som bland annat berörde fastställda vårdarvoden efter vårdklasser. Även uppgifter om antal ansökningar och beslut samt ledigheter samlades in från kommunerna, dessa rapporteras på en aggregerad nivå.

Intervjuerna med sakkunniga genomfördes under våren 2025. Inbjudan till intervju skickades under mars månad till samtliga sakkunniga inom kommunerna och KST som är ansvariga för närståendevård. Information om undersökningen, sekretess och hur insamlade uppgifter hanteras på ÅSUB fanns med i inbjudan som en bilaga.

Intervjuerna genomfördes på plats på ÅSUB eller online via Teams och de tog cirka 1–1,5 timmar. Samtalen var konfidentiella och spelades in för att underlätta transkribering. Samtliga intervjuer genomfördes under perioden 7 april till 8 maj 2025. Lagstiftningen för närståendevård fungerade som underlag för intervjufrågorna som bearbetades ytterligare i samförstånd med uppdragsgivaren till en intervjuguide.

Samtliga intervjuade fick en sammanställning av intervjun för genomläsning och eventuell komplettering. Citat från intervjuerna som presenteras i den här rapporten har godkänts av de intervjuade. Intervjumaterialet sammanställdes tematiskt till en helhet i kapitel 5.

Enkätundersökningen till närståendevårdare utfördes under hösten 2025. KST samt kommunerna tillhandahöll adressuppgifter till de 355 personer som hade ett aktuellt avtal för närståendevård i augusti 2025. Enkäten kunde besvaras antingen via ett pappersformulär eller via en digital enkät. En påminnelse skickades ut. Insamlingen pågick 17 september till 3 november 2025.

Då kommunerna och KST har tillhandahållit adressuppgifterna för närståendevårdare med aktuellt avtal har vi begränsad tillgång till bakgrundsinformation för att undersöka hur representativa svarande är för urvalet. Vi kan dock konstatera att andelen närståendevårdare som har avtal med KST är lägre bland svarande än i hela urvalet (49 %, jämfört med 57 % av urvalet). Genom att jämföra med statistik över närståendevårdare på Åland 2024 (se Tabell 1) kan även vi se att äldre närståendevårdare och kvinnor verkar att vara något överrepresenterade bland de som besvarat enkäten, vilket även är vanligt förekommande i enkätundersökningar generellt.

Enkätsvaren har i huvudsak analyserats deskriptivt och redovisas som andelen svarande per svarskategori. Vi har genomgående undersökt om det finns skillnader i svaren utifrån närståendevårdarens kön och ålder, samt utifrån om avtalet kring närståendevård är med KST eller en kommun. Närståendevårdarens ålder och huruvida avtalet för närståendevård är med KST eller med en kommun samvarierar dock – nästan 80 procent av de närståendevårdare som har avtal med en kommun är själva 65 år eller äldre, medan 84 procent av de som har avtal med KST är yngre än 65 år. P-värden <0,05 används för att notera statistiskt signifikanta skillnader.

I enkäten ombads närståendevårdarna bedöma vårdtagarens hjälpbehov enligt fyra kategorier. Dessa kategorier är framtagna baserat på Mariehamns stads och Jomala kommuns vårdklasskriterier.

För att mäta närståendevårdarnas självupplevda belastning har vi använt Anhörigskalan (Elmståhl et al., 1996). Baserat på skalans 22 frågor kan man ta fram ett övergripande mått på belastning, som antingen kan rapporteras som ett medelvärde eller som andelen svarande som upplever låg, måttlig eller hög belastning⁴⁰. I den här utredningen valde vi att rapportera det senare. Därför jämför vi resultatet med forskningsstudier som valt samma tillvägagångssätt.

I enkäten förekom även två öppna frågor för att komplettera enkätfrågorna med fasta svarsalternativ. De svarande hade möjlighet att fritt formulera varför de inte tagit ut sin ledighet, där 145 svarande bidrog med sina synpunkter. Dessutom avslutades enkäten med en öppen fråga där det fanns möjlighet för de svarande att berätta mer till exempel om hur uppdraget påverkar dem, varför de inte använt sig av eventuella stödformer och om det är något annat stöd de önskar. Totalt svarande 110 personer på den avslutande öppna frågan. De öppna svaren har analyserats kvalitativt och kategoriserats tematiskt. Fokus har varit att skilda bredden i de svar som inkommit samt att ge en ungefärligt bild av hur vanligt förekommande de olika typerna av svar är. Det är bra att notera att vissa svar kan höra till flera kategorier samtidigt.

⁴⁰ Se <https://www.geriatrik.lu.se/instrument/anhorigskalan> för mer information om och instruktioner till anhörigskalan.

Ålands statistik- och utredningsbyrå, ÅSUB, är en oberoende institution vars främsta uppgifter är att verka som Ålands officiella statistikmyndighet och bedriva forskning och utredningsverksamhet. ÅSUB producerar aktuell statistik inom ett stort antal områden. Inom forskningen och utredningsverksamheten är det samhällsekonomiska området centralt men verksamheten omfattar även många andra relevanta samhällsfrågor.

All statistik, alla rapporter och annat kunskapsunderlag publiceras på ÅSUB:s webbplats www.asub.ax.



Tel. +358 18 25490
info@asub.ax | www.asub.ax
PB 1187 | AX-22 111 Mariehamn