

Vård för alla?

En kartläggning av
vårdtillfällen för folkbokförda
och icke folkbokförda
2015–2024

Förord

I denna rapport redovisas en kartläggning över vårdtillfällen i Region Skåne, åren 2015 – 2024. Syftet är att få ett underlag för att säkerställa jämlik och patientsäker vård för alla som har rätt att få vård i Skåne. Rapporten jämför folkbokförda med icke folkbokförda patienter utifrån bland annat vårdnivå, tolkanvändning och patientavgifter.

Sammanfattningsvis visar resultaten att icke folkbokförda utgör en mycket liten andel (0,6 %) av totala antalet vårdtillfällen. Samtidigt ser vi en del stora skillnader mellan grupperna. Det är fler barn bland icke folkbokförda, könsfördelningen är annorlunda och icke folkbokförda får sin vård på andra vårdnivåer, exempelvis i högre utsträckning inom slutenvården. Över tidsperioden har antalet icke folkbokfördas vårdtillfällen förändrats mycket och efter hand sjunkit.

Resultaten kring abortvård visar att gruppen självbetalande patienter är överrepresenterade, samtidigt som asylsökande är underrepresenterade. Fyndet skulle kunna tyda på att personer blir felregistrerade.

Resultaten tyder på att icke folkbokförda patienter möter barriärer i hälso- och sjukvården. Rapporten visar att tolk används i låg utsträckning, 17 % av icke folkbokförda patienters vårdtillfällen har tolk registrerat.

Rapporten tydliggör förbättringsområden och kompetenshöjande insatser med syfte att undanröja ovannämnda barriärer.

2026-05-27,

Jeanette Knutsson
Verksamhetschef
Nära Vård och Hälsa

Innehållsförteckning

Förord	2
Introduktion	5
Syfte.....	6
Begrepp och definitioner.....	6
Vårdtillfälle	6
Vårdsnivå.....	6
Rätt till vård.....	7
Folkbokförda och icke folkbokförda personer.....	7
Huvudman.....	8
Metod.....	10
Urval av huvudmän	10
Fokus: Abortvård.....	11
Fokus: Tolk.....	11
Fokus: Patientavgift	11
Resultat	12
Vårdtillfällen per huvudman	12
Förändring över tid	13
Könsfördelning	15
Fördelning barn/vuxna.....	15
Vårdsnivå.....	16
Aborter.....	18
Tolk	19
Patientavgifter för icke folkbokförda	22
Diskussion	23
Datakällornas begränsningar – en fråga om korrekt dokumentation, komplexa regelverk och kunskapsluckor	23
Överensstämmelse med mönster för sökt asyl.....	25
Vårdmönster – var får icke folkbokförda vård?	25
Aborter - registreras rätt huvudman?	26

Tolkade samtal – vad är en rimlig nivå?	27
Patientavgifter	28
HM90 och 91 – behövs båda?	28
Förslag på utvecklingsområden	29
Dokumentinformation	31
Bilaga 1	32
Datakällor.....	32

Introduktion

Alla som vistas i Sverige har rätt till viss hälso- och sjukvård i landet. Beroende på juridisk status, exempelvis om personen är asylsökande eller turist har hen olika förutsättningar att få vård.

Förutsättningarna handlar om huruvida vården blir subventionerad samt vilken omfattning av vård personen har rätt till.

Såväl vårdpersonal som patienter har varierande kunskap om rätten till hälso- och sjukvård i Sverige. Okunskap leder inte sällan till att vissa patienter faller mellan stolarna, i värsta fall nekats vård som de har rätt till eller blir felaktigt fakturerade höga patientavgifter.

Enskilda vittnesmål pekar på att personer från andra länder, oavsett juridisk status, upplever flertalet barriärer i hälso- och sjukvården. Detta har också stöd i litteraturen. Sjukdomsbesvär blir inte tagna på allvar, att få möta fördomar eller bli utsatt för rasism, att ha svårigheter att komma i kontakt med hälso- och sjukvården och att navigera i det svenska sjukvårdssystemet är en del exempel. Även tillgång till språktolk upplevs som bristfällig (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2023), och anhöriga används i alltför stor utsträckning för att tolka i vården (Region Skåne, 2019).

Nämnda barriärer påverkar sannolikt nyttjandegraden av vård, särskilt bland personer som inte är folkbokförda. Region Stockholm har, i en kartläggning över asylsökandes vårdkontakter åren 2016–2017, sett att asylsökande är inlagda i slutenvården i större utsträckning än folkbokförda medan de har färre vårdbesök i öppenvården. En hypotetisk slutsats är att asylsökande väntar med att söka vård tills besvären försämrats. Kartläggningen visade också att en betydligt högre andel asylsökande barn var inlagda i psykiatrisk slutenvård jämfört med andelen folkbokförda barn (Narusyte et al., 2022).

Hittills har det inte funnits någon liknande sammanställning i Region Skåne.

Syfte

Syftet med rapporten är att få ett underlag för att kunna planera för vilken typ av insatser som behövs för att säkerställa jämlik hälso- och sjukvård och att undersöka om rätten till hälso- och sjukvård tillgodoses för personer med olika juridiska status. Genom att kartlägga vårdtillfällen för folkbokförda och icke folkbokförda, avser vi skapa kunskapsunderlag som kan ligga till grund för insatser för att säkerställa jämlik vård.

Begrepp och definitioner

Vårdtillfälle

Med vårdtillfälle avses ett registrerat besök inom öppenvården eller ett inläggningstillfälle inom slutenvården.

Vårdnivå

Vårdnivå tydliggör vilken specialitet som utfört vården.

Uppdelningen utgår ifrån databasen RSVD:s kupp-områden och inkluderar:

- Primärvård,
- Vårdval Psykoterapi,
- Specialiserad öppenvård - Psykiatri,
- Specialiserad öppenvård - Somatik,
- Slutenvård,
- Kvinnosjukvård.

Vårdval Psykoterapi är verksamheter som har avtal med Region Skåne att utföra psykoterapi på primärvårdsnivå.

Slutenvård inkluderar samtliga specialiteter.

Kvinnosjukvården inkluderar kvinno- och mödrahälsovård på primärvårds- och specialistnivå. Slutenvård ingår ej.

Rätt till vård

Juridisk status påverkar omfattningen på vården som en person har rätt till och vilken patientavgift som ska tas ut. Rätten till vård är reglerad i lagstiftning och internationella konventioner. Regelverk relevanta för denna rapport är:

Fullständig vård – vård som erbjuds folkbokförda.

Vård som inte kan anstå – bl.a. vård som ges för att förhindra ett mera allvarligt sjukdomsförlopp. Omfattar även mödrahälsovård, abortvård mm. Regleras i Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Nödvändig vård - mer avgränsat än vård som inte kan anstå och avser vård som behövs för att inte behöva avsluta en planerad vistelse i Sverige i förtid på grund av sjukdom eller skada.

Planerad vård - vård som är planerad innan resan till Sverige påbörjas och avsikten med resan är att söka vård.

Läs mer om vård som inte kan anstå, nödvändig vård och planerad vård:

[Asylsökande – bedömning av vård och tandvård som inte kan anstå - Vårdgivare Skåne.](#)

[Bosatt utanför EU/EES eller i Schweiz - Vårdgivare Skåne](#)

Folkbokförda och icke folkbokförda personer

Folkbokförda personer inkluderar alla personer folkbokförda i Sverige, oavsett folkbokföringsort. För att kunna folkbokföra sig i Sverige krävs ett uppehållstillstånd på minst 12 månader. Alla folkbokförda har rätt till fullständig hälso- och sjukvård.

Icke folkbokförda personer kan avse flera olika personkretsar. Rapporten har selekterat ut ett antal av dem, se nedan.

Huvudman

Patientens juridiska status/personkrets kan avläsas i datasetet genom koden för huvudman. Huvudmannen är den myndighet som har det övergripande ansvaret för vården för den enskilde och har kostnadsansvar. Koden stämmer även överens med vilket regelverk som ska appliceras för den enskilde personen, bland annat omfattningen av rätten till vård och patientavgifter.

[Lista på huvudmän i Pasis \(pdf\) skane.se](#)

Huvudman 90 och 91 – papperslösa vuxna och barn

En papperslös person saknar uppehållsrätt i Sverige. Det kan till exempel vara en person som har fått avslag på sin asylansökan, inte avser söka asyl i Sverige eller att dennes uppehållstillstånd har gått ut. Även medborgare inom EU/EES kan i enstaka fall räknas som papperslösa.

Vuxna papperslösa har rätt till akut hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård som inte kan anstå. Papperslösa barn har rätt till fullständig hälso- och sjukvård i samma omfattning som folkbokförda barn.

HM90 avser papperslösa över 18 år och HM91 avser papperslösa under 18 år. I rapporten har vi slagit ihop dessa, i de fall rapporten delar upp statistiken utifrån parametern barn/vuxen har detta gjorts utifrån registrerad ålder, inte huvudman.

Huvudman 93 – kvotflykting

En kvotflykting är en person som har fått uppehållstillstånd i Sverige genom UNHCR:s vidarebosättning inom den flyktingkvot som regeringen fastställer. Personerna har redan en kommunplacering samt uppehållstillstånd när de kommer till Sverige.

När de ankommer till Sverige ska de ansöka om folkbokföring hos Skatteverket. Fram till genomförd folkbokföring registreras personen som HM93. Efter folkbokföring kommer personen byta huvudman och inte längre särskiljas i statistiken i den här rapporten.

Regionfullmäktige i Region Skåne tog 2020-11-02 beslut att kvotflyktingar som mottagits i skånsk kommun ska få vård på samma villkor som folkbokförda under tiden fram till folkbokföringsdatum. I samband med detta infördes HM93.

Huvudman 95 – asylsökande och uppehållstillstånd enligt massflyktsdirektivet

Asylsökande är en person som har flytt sitt hemland och begärt skydd (asyl) i Sverige. Personen är asylsökande tills hen fått sin ansökan slutligt prövad.

Även personer med uppehållstillstånd med tillfälligt skydd från Ukraina (massflyktsdirektivet sedan 2022), som inte är folkbokförda, ska registreras som HM95.

Vuxna asylsökande och massflyktingar har rätt till akut hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård som inte kan anstå. Barn har rätt till fullständig hälso- och sjukvård i samma omfattning som folkbokförda barn.

Huvudman 99 – utländska patienter som saknar underlag/konvention, ”självbetalande”

Gruppen självbetalande, HM99, är exkluderade från de subventionerade avgifter som övriga patientkategorier har rätt till. Vissa personer får själva stå för hela vårdkostnaden, medan andra kan få kostnaden helt eller delvis subventionerad ifrån sitt hemland eller via reseförsäkring.

HM99 har rätt till nödvändig vård och i förekommande fall planerad vård.

Metod

Enheten för Dataanalys och Registercentrum (DARC) har fått i uppdrag att ta fram statistik över antalet vårdtillfällen för folkbokförda och icke folkbokförda patienter under tidsperioden. Statistiken har undersökts utifrån följande variabler:

- Årtal för vårdtillfället
- Huvudman
- Vårdnivå
- Barn / vuxen
- Kvinna / man
- Patientavgift
- Tolks (ja/nej)
- Abortvård (ja/nej)

För detaljerad metod, se Bilaga 1.

Urval av huvudmän

Rapporten inkluderar inte alla huvudmän för icke folkbokförda patienter. Urvalet som undersöks baseras på vilka som omfattas av rätten till hälso- och sjukvård som inte kan anstå (HM90, HM91, HM95). Vittnesmål pekar på att personer ibland felaktigt nekas vård, eller får betala felaktiga patientavgifter, med hänvisning till personens juridiska status. Det finns en misstanke om att personer felaktigt registreras som HM99, därför har vi valt att inkludera den. Vi har valt att även ha med HM93 för att kunna se i vilken utsträckning den gruppen söker vård.

Följande huvudmän är exkluderade:

- HM34 – Icke folkbokförda patienter som får vård enligt smittskyddslagen.
- HM66 - Utländska patienter med giltiga underlag inom Norden, EU/EES samt Australien.

- HM77 - Patienter inom EU som söker planerad vård enligt EU-konventionen.

Fokus: Abortvård

Orsaken till att vi fokuserar på antalet vårdtillfällen som avser abortvård är att få en indikation på huruvida icke folkbokförda patienter får tillgång till den hälso- och sjukvård som de har rätt till. Vård för abort är ett av Socialstyrelsen uttalat exempel på vård som inte kan anstå. Urvalet har gjorts genom att undersöka ett antal specifika diagnoskoder utifrån Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården, utgiven av Svensk Förening för obstetrik och gynekologi (Diagnoshandboken - SFOG) samt kontakt med VO Kvinnosjukvård vid Skånes Universitetssjukhus. För detaljer, se Bilaga 1.

Fokus: Tolk

Fungerande kommunikation är en förutsättning för att kunna bedriva jämlik vård och en lagstadgad rättighet. Att använda tolk är en kompensatorisk åtgärd när patienten inte pratar svenska. Icke folkbokförda patienter förväntas prata svenska i mycket låg grad, därför kan tolkanvändning ses som en indikation på om rätt förutsättningar finns.

Fokus: Patientavgift

I rapporten har vi valt att systematiskt undersöka vilka patientavgifter som ålagts personer. Detta är för att det finns anekdoter från både verksamheter i Region Skåne och civilsamhället om felaktiga patientavgifter, där exempelvis asylsökande eller papperslösa fått betala hela vårdkostnaden.

Patientavgifter för asylsökande och papperslösa är reglerade i lag och den maximala kostnaden som kan uppkomma för vård som inte kan

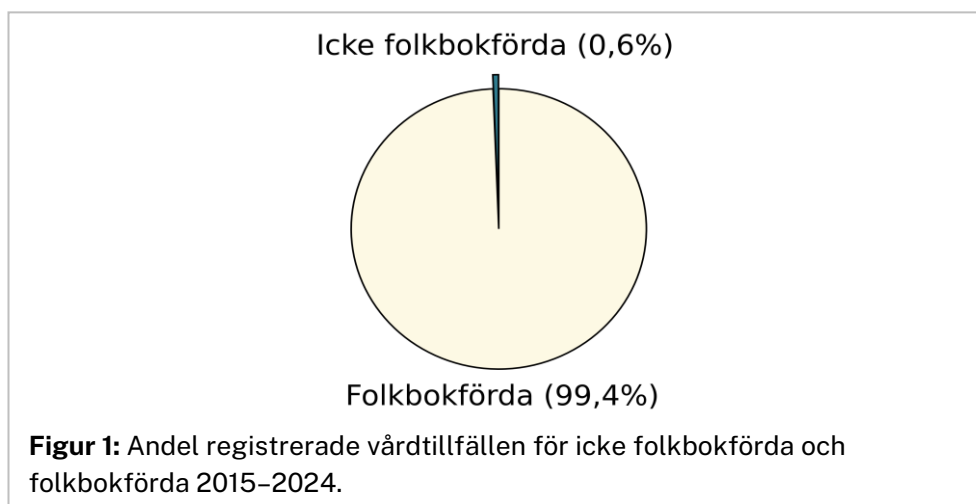
anstå är 400 kr per besök (besök på akutmottagning utan remiss). Vi har därför använt detta som brytpunkt.

Resultat

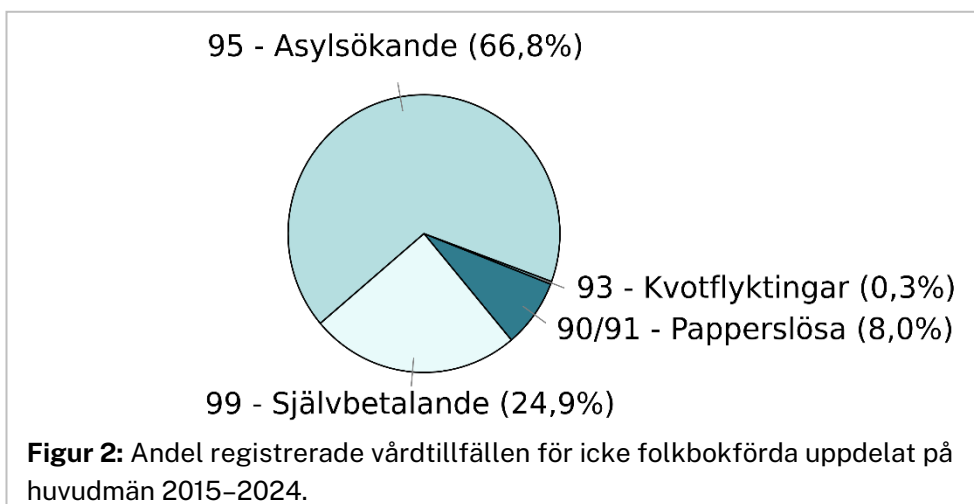
Under tidsperioden, 2015 – 2024, registrerades över 139 miljoner vårdtillfällen i Region Skåne. Det totala antalet vårdtillfällen har ökat gradvis över tid, medan det för icke folkbokförda har fluktuerat kraftigt, med en topp år 2016. Även köns- och åldersfördelning har fluktuerat bland icke folkbokförda, medan de hos folkbokförda varit stabilt.

Vårdtillfällen per huvudman

Drygt 855 000 av vårdtillfällena under tidsperioden utgjordes av icke folkbokförda, vilket utgör 0,6 % av det totala antalet.



Bland icke folkbokförda var 2/3 asylsökande, 1/4 självbetalande, under tio procent papperslösa och knappt en halv procent kvotflyktingar.

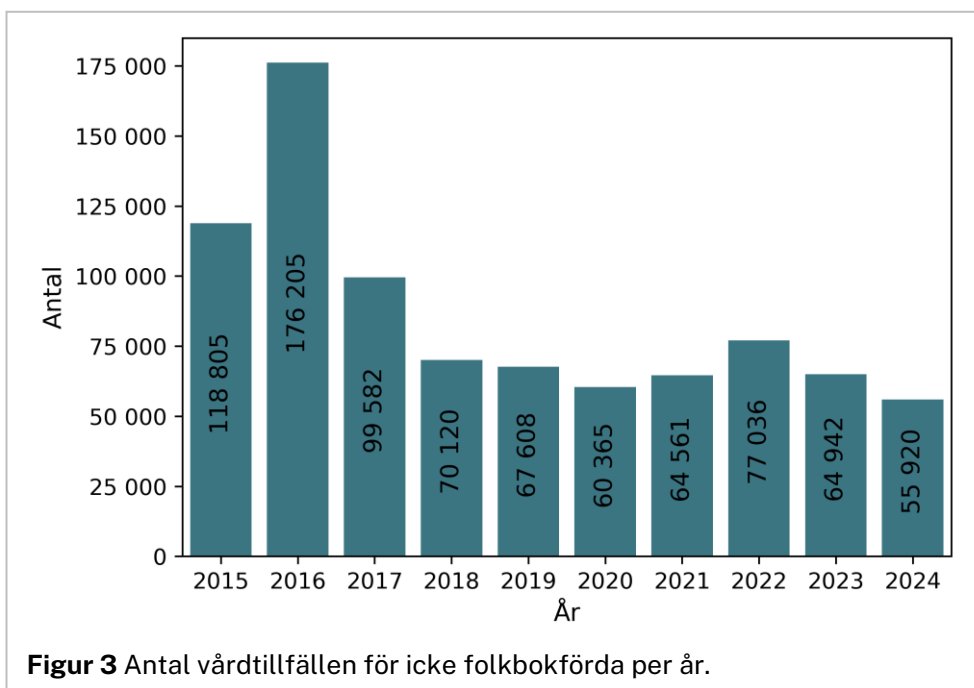


Huvudman	Antal	Andel av icke folkbokförda	Andel av alla
Papperslösa	68 001	7,95 %	0,05 %
Kvotflyktingar	2 855	0,33 %	0,00 %
Asylsökande	571 164	66,79 %	0,41 %
Självbetalande	213 124	24,92 %	0,15 %
Totalt icke folkbokförda	855 144	100,00 %	0,61 %

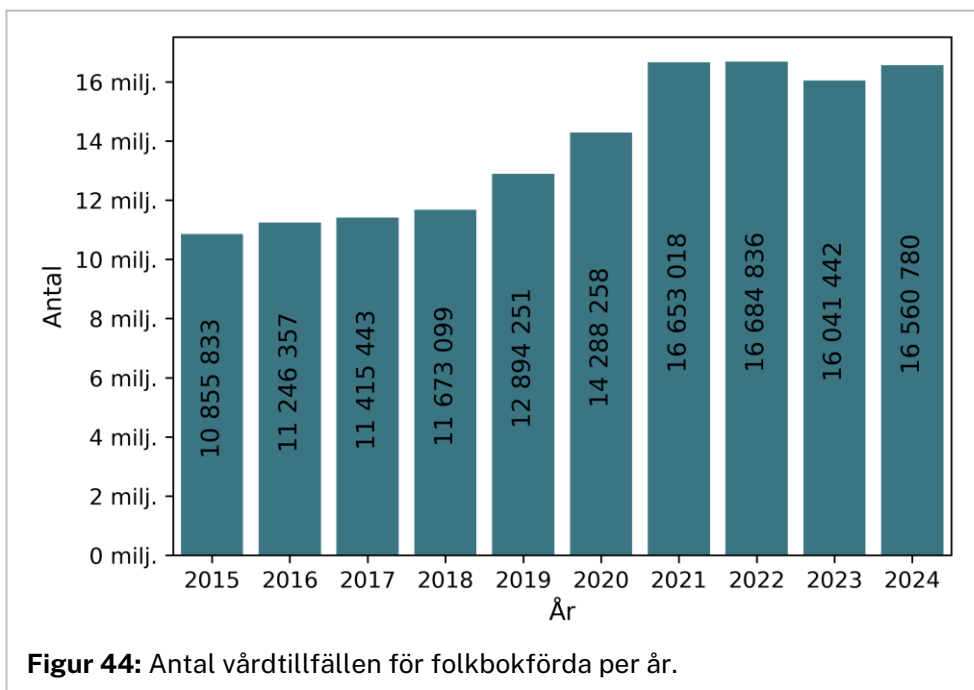
Tabell 1: Antal och andel registrerade vårdtillfällen för icke folkbokförda.

Förändring över tid

Registrerade vårdtillfällen för icke folkbokförda har fluktuerat kraftigt över tid och var högst i början av tidsperioden. Nästan hälften av alla vårdtillfällen var åren 2015 – 2017 med år 2016 som topp med över 20 % av vårdtillfällena. Året med minst antal registrerade vårdtillfällen bland icke folkbokförda är år 2024 med knappt 56 000.



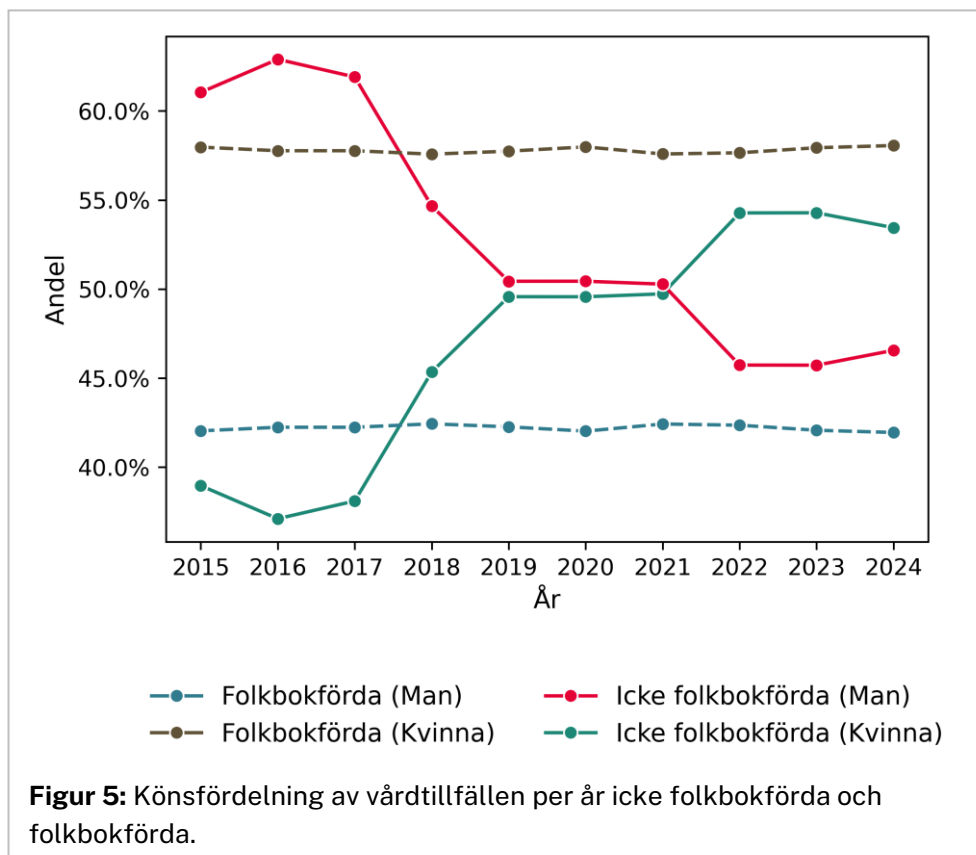
Bland folkbokförda är fördelningen mer stabil, om än tydligt ökande över tid. Antalet registrerade vårdtillfällen per år har ökat med mer än 50 % under tidsperioden.



Andelen icke folkbokförda har gått från, som mest 1,5 % av det totala antalet vårdtillfällen år 2016 till som minst 0,3 % år 2024.

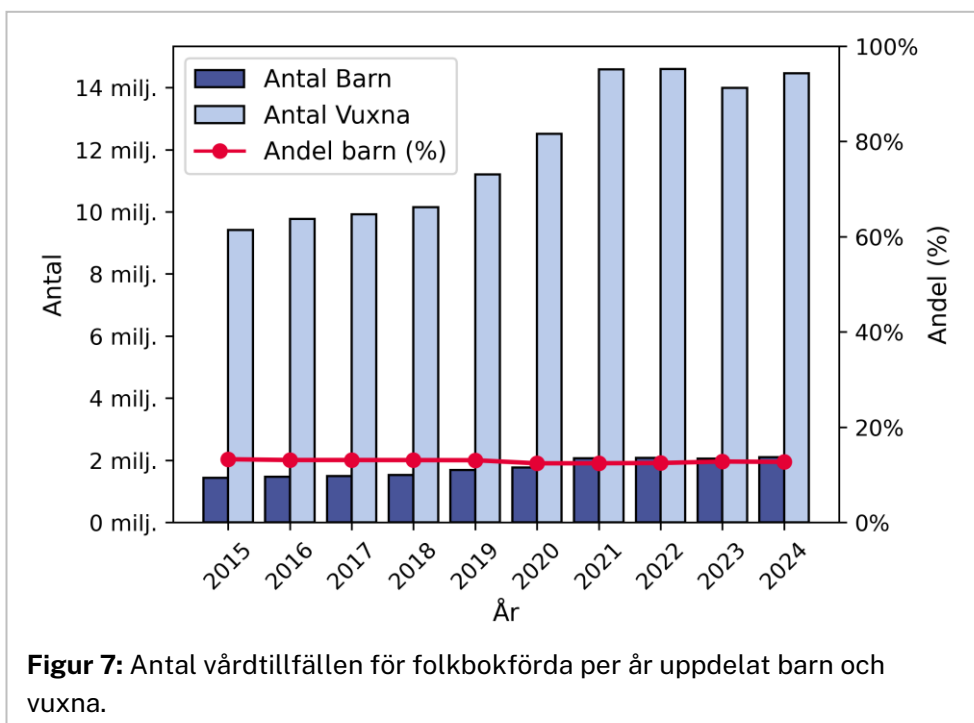
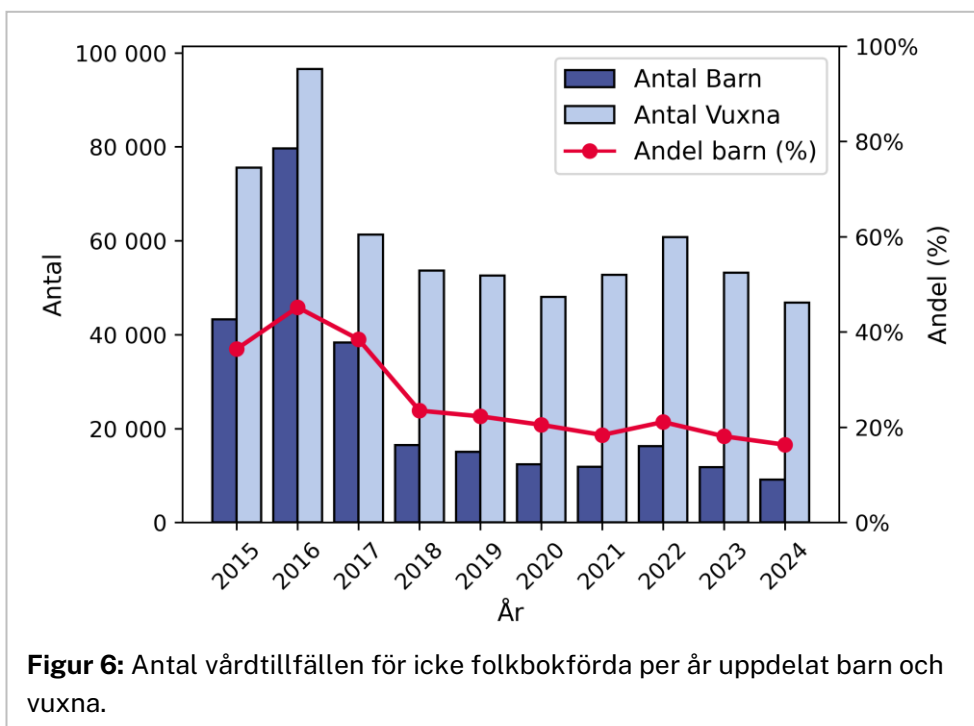
Könsfördelning

Bland folkbokförda har könsfördelningen varit stabil över tid där kvinnor står för knappt 60 % av vårdtillfällena och män för drygt 40 %. Bland icke folkbokförda har andelen ändrats tydligt över tid. I början av tidsperioden var en stor övervikt män, medan det i slutet av perioden varit en liten övervikt kvinnor.



Fördelning barn/vuxna

Andelen barn bland icke folkbokförda har sjunkit kraftigt under tidsperioden, men har under hela tidsperioden varit högre än den för folkbokförda. År 2016 sticker ut med en kraftig höjning av andelen icke folkbokförda barn. Andelen barn har varit stabil över tid bland vårdtillfällen för folkbokförda.



Vårdnivå

Primärvården var den mest besökta vårdnivån för både folkbokförda och icke folkbokförda under tidsperioden med knappt 3/4 av vårdtillfällena och små skillnader beroende på juridisk status. Icke

folkbokförda är överrepresenterade i kvinnosjukvården och slutenvården, men underrepresenterade i Vårdval Psykoterapi.

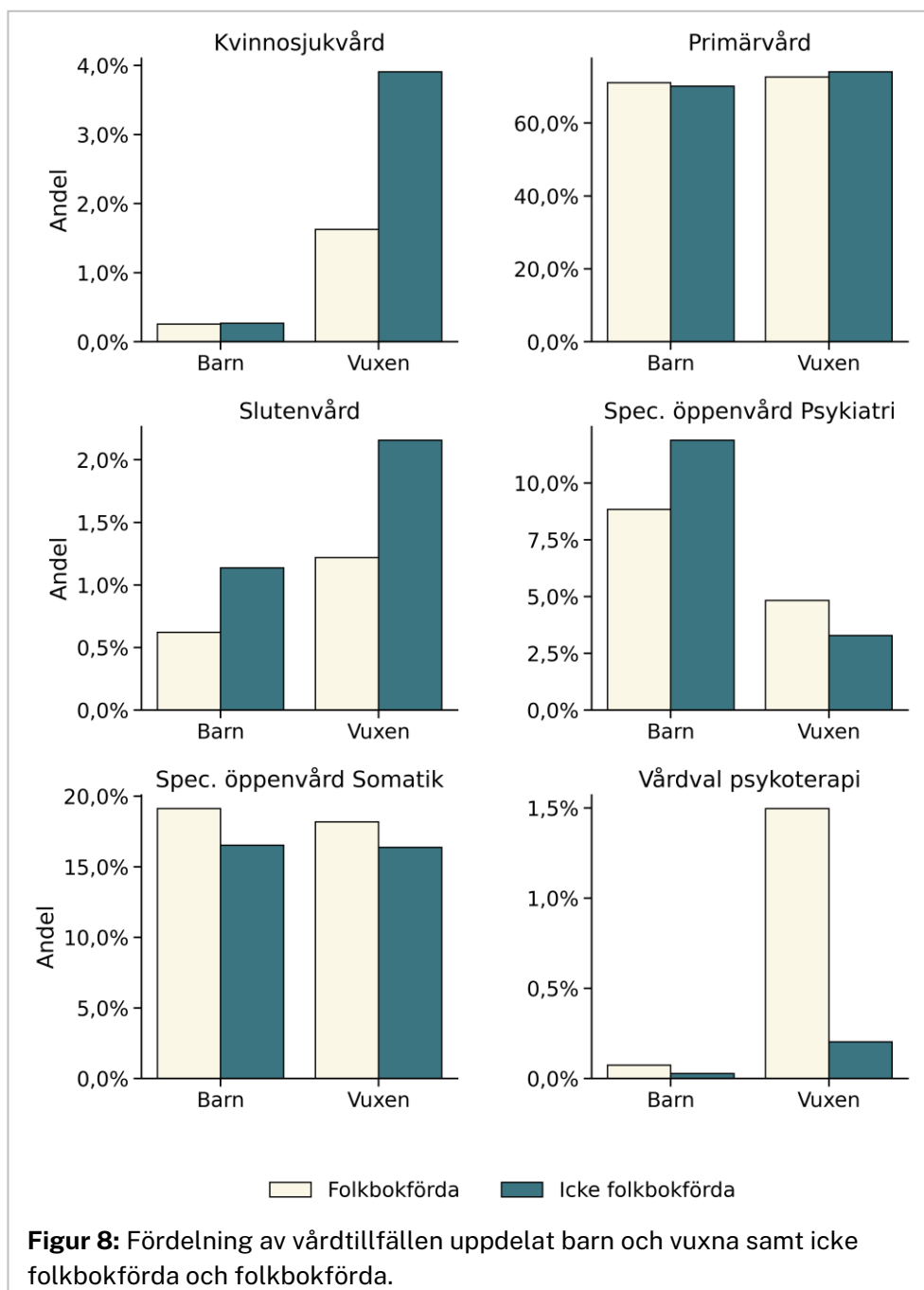
Huvudman	Kvinnosjukvård	Primärvård	Slutenvård	Spec. öv psykiatri	Spec. öv somatik	Vårdval psykoterapi
Folkbokförda	1,4%	72,5%	1,1%	5,3%	18,3%	1,3%
Icke folkbokförda	2,8%	72,9%	1,9%	5,8%	16,4%	0,2%
Papperslösa	2,7%	76,8%	1,9%	5,8%	12,7%	0,1%
Kvotflyktingar	1,2%	81,2%	1,6%	0,5%	15,5%	-
Asylsökande	2,5%	73,9%	1,4%	7,3%	14,8%	0,1%
Självbetalande	3,8%	68,9%	3,0%	2,1%	21,9%	0,3%

Tabell 2: Andel vårdbesök uppdelat på huvudman och vårdnivå 2015–2024.

Vårdnivå vuxna/barn

Inom öppenvård psykiatri är icke folkbokförda barn överrepresenterade jämfört med folkbokförda barn. Icke folkbokförda vuxna är underrepresenterade på samma vårdnivå.

I slutenvården är både icke folkbokförda barn och vuxna överrepresenterade jämfört med folkbokförda barn och vuxna.

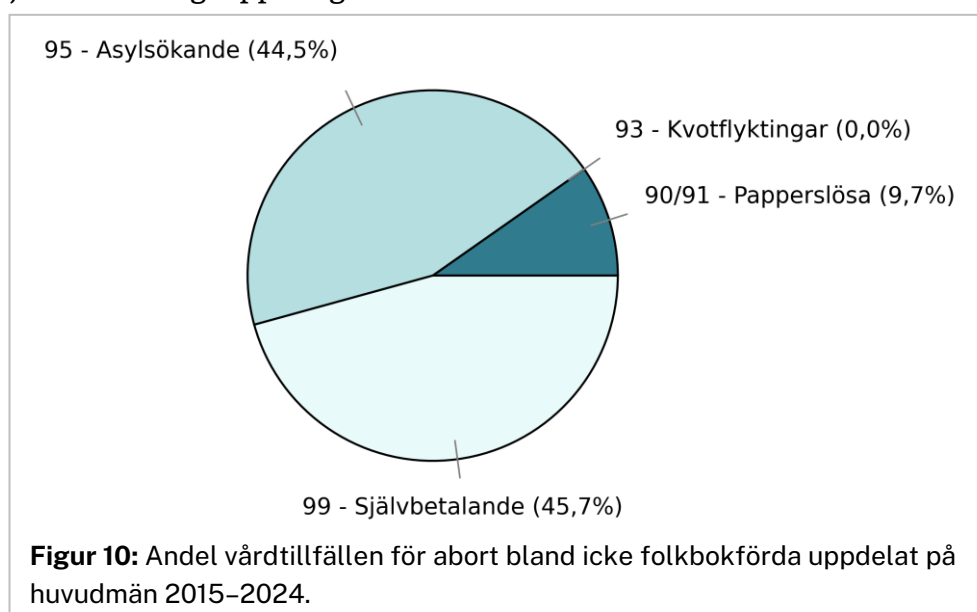


Aborter

Antalet registrerade aborter bland icke folkbokförda under tidsperioden var 2 260, vilket utgör 0,26 % av gruppens vårdtillfällen. Bland folkbokförda var antalet aborter 128 211, vilket utgör 0,09 %. Andelen är således nästan tre gånger så hög bland icke folkbokförda.

Antalet aborter har förändras över tid bland icke folkbokförda. Även här sticker 2016 ut kraftigt och det är framför allt asylsökande som står för uppgången.

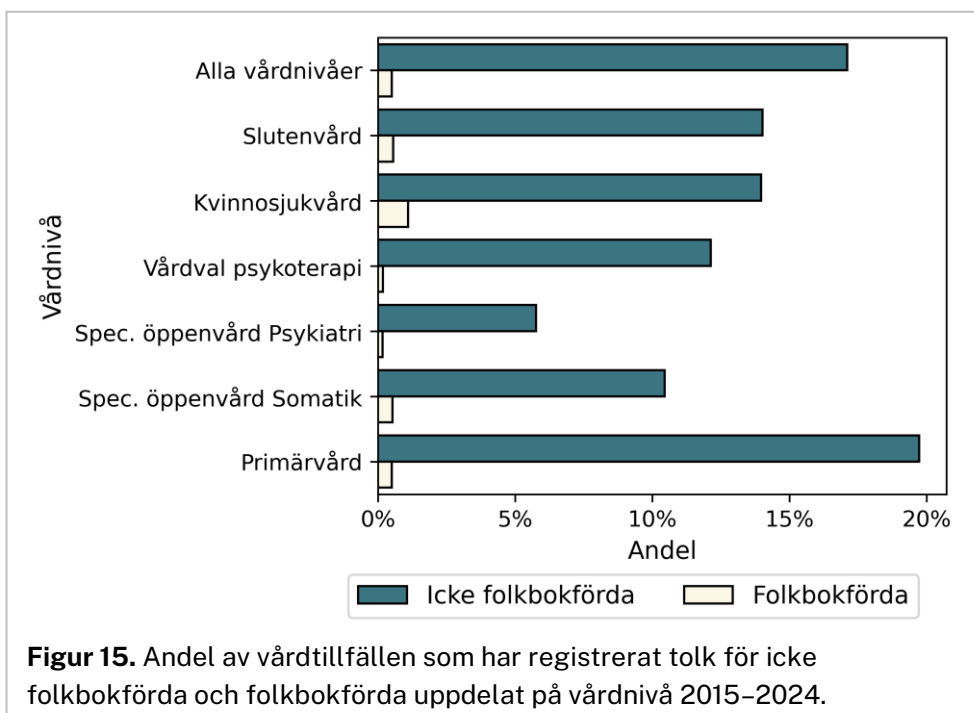
Andelen vårdtillfällen bland självbetalande är nästan dubbelt så stor avseende abortvård jämfört med vårdtillfällen generellt (se tabell 2). Asylsökande å andra sidan har en mindre andel registrerade aborter jämfört med gruppens generella vårdtillfällen.



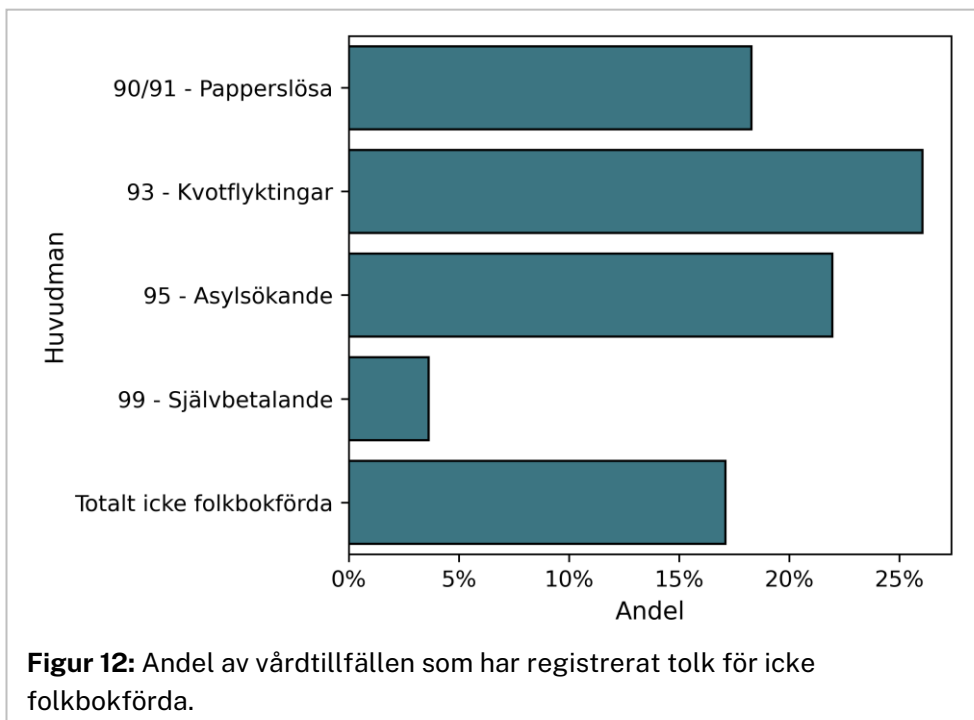
Tolk

Tolk registrerades vid 0,6 % av samtliga vårdtillfällen under tidsperioden. Bland icke folkbokförda var motsvarande 17 %.

Primärvården har högst andel registrerade tolkade vårdtillfällen, med ungefär 20 % bland icke folkbokförda. Lägst andel återfinns vid öppenvårdspsykiatrin där ungefär 7 % av vårdtillfällena för icke folkbokförda hade registrerad tolk.

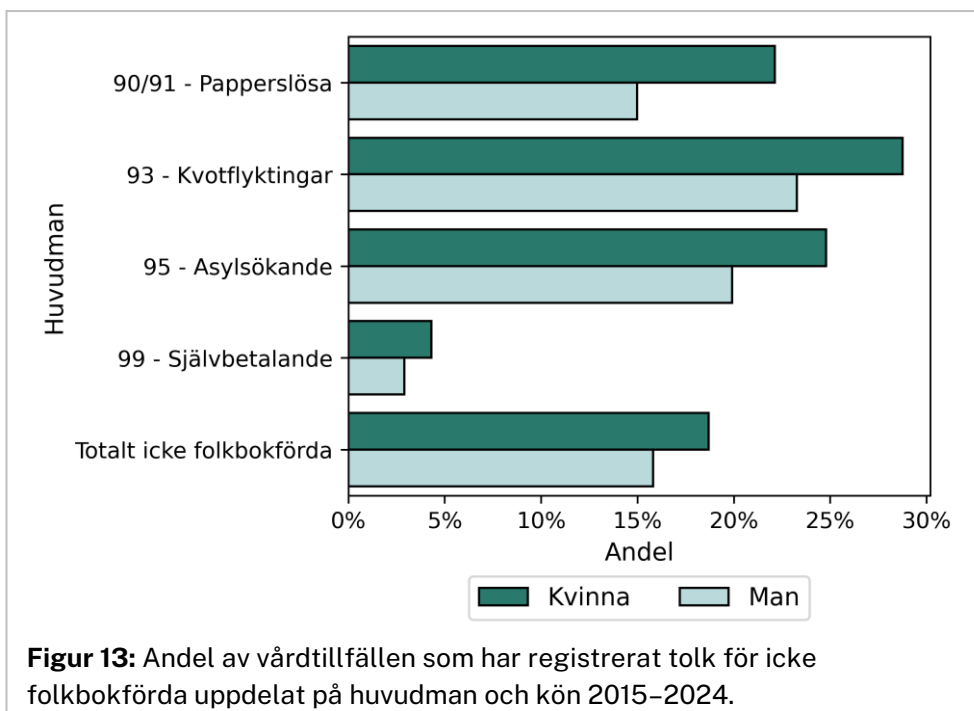


Drygt 17 % av de registrerade tolkbesöken i Region Skåne under tidsperioden utgörs av icke folkbokförda. Självbetalande har lägst andel tolk vid sina vårdtillfällen, medan kvotflyktingar har högst.

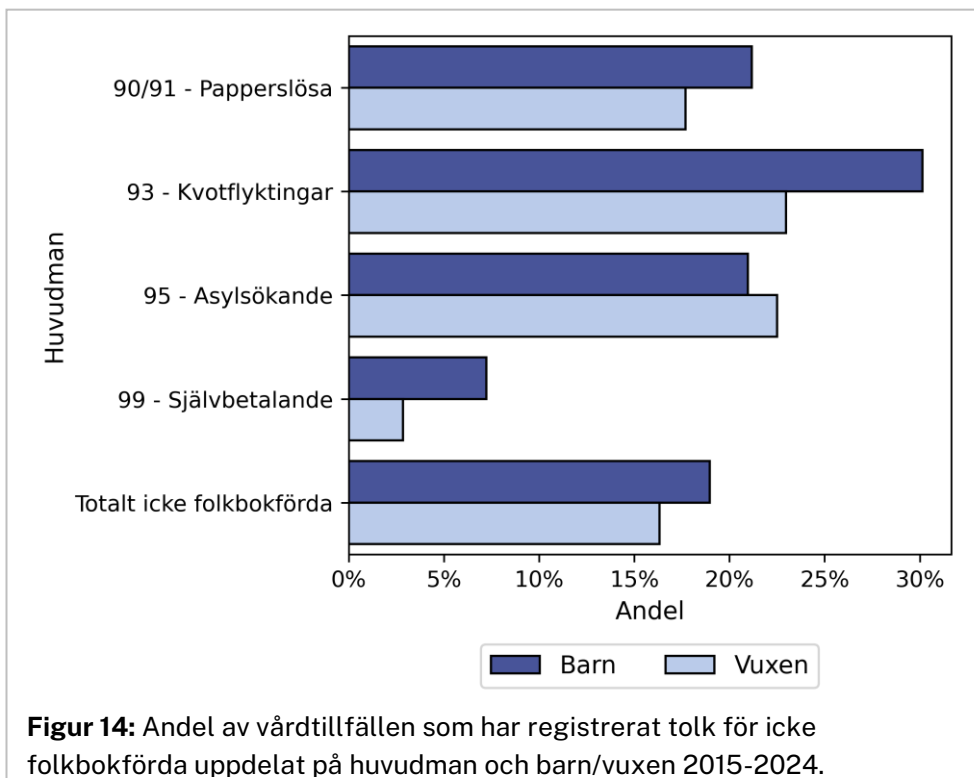


Kvinnors vårdtillfällen har tolk registrerat 16 % oftare än män, både bland icke folkbokförda och folkbokförda. Skillnaden är av liknande

storlek oavsett huvudman.



Barn får tolk registrerat i högre utsträckning än vuxna i samtliga grupper förutom bland asylsökande.



Patientavgifter för icke folkbokförda

Asylsökande och papperslösa har subventionerade patientavgifter och betalar som mest 400 kr (gäller vid besök på akuten utan remiss).

Kvotflyktingar har samma subventionerade avgifter som folkbokförda, medan självbetalande betalar icke subventionerade patientavgifter.

I nedanstående tabell redovisas hur avgifterna blivit erlagda utifrån registrerad huvudman. Det framkommer att de allra flesta vårdtillfällena är avgiftsfria, medan höga patientavgifter endast tas ut i enstaka fall.

Huvudman	Medelvärde (kr)	Q1 (kr)	Median (kr)	Q3 (kr)	P90 (kr)	Max (kr)
Folkbokförda	30	0	0	0	200	53 000
Papperslösa	20	0	0	0	25	5960
Kvotflyktingar	17	0	0	0	0	5350
Asylsökande	20	0	0	0	50	7200
Självbetalande	426	0	0	50	1539	99 999

Tabell 3: Patientavgifter 2015–2024

Asylsökande får i knappt 1 % av fallen betala mer än 400 kr. För självbetalande är siffran drygt 15 %. För övriga huvudmän är andelen tydligt lägre.

Huvudman	Andel 0–50 kr	Andel 51–200 kr	Andel 201–400 kr	Andel >400 kr
Folkbokförda	85,6%	11,3%	2,9%	0,21%
Papperslösa	97,5%	0,8%	1,4%	0,32%
Kvotflyktingar	92,9%	5,8%	1,3%	0,04%
Asylsökande	96,4%	1,0%	1,6%	0,95%
Självbetalande	75,5%	6,6%	2,5%	15,48%

Tabell 4: Andel vårdtillfällen med en patientavgift högre än 400 kr 2015–2024 per huvudman

Diskussion

Den här rapporten är den första i sitt slag i Region Skåne. Den är viktig för att fylla kunskapsluckor och skilja mellan statistiska fakta och anekdoter. Vi ser att vården för icke folkbokförda patienter utgör en mycket liten andel av totala antalet vårdtillfällen, endast 0,6 % under den undersökta perioden. Samtidigt vet vi också att det finns barriärer till att söka vård för icke folkbokförda personer och därmed ett mörkertal.

Vårdmönstret för icke folkbokförda skiljer sig delvis från folkbokförda. Vissa av skillnaderna kan förklaras med att populationerna skiljer sig utifrån faktorer som ålder och kön. Andra skillnader är svårare att förklara och denna rapport pekar på potentiella tillgänglighets- och kvalitetsbrister som Region Skåne bör utreda vidare.

Datakällornas begränsningar – en fråga om korrekt dokumentation, komplexa regelverk och kunskapsluckor

Rapporten bygger på data som är registrerad i PASiS, det system som används för all administrativ hantering av patientuppgifter. Det krävs hög kunskap om gällande regelverk för att säkerställa korrekt registrering för icke folkbokförda patienter. Om kunskapen inte finns hos den enskilda som ska registrera huvudman finns risk att fel regelverk appliceras på patienten. Det medför att vi inte med säkerhet kan veta om rätt huvudman blir registrerad på vårdtillfället.

Resultatet tyder på att det finns överensstämmelse mellan registrerad huvudman och erlagda patientavgifter. Därmed är det i val av huvudman det finns störst risk för felkällor. Exempelvis kan asylsökande och papperslösa bli registrerade som HM99, självbetalande, och därmed inte få rätt till hälso- och sjukvård som inte kan anstå och bli erlagda felaktiga patientavgifter.

En annan begränsning i datasetet är att antalet vårdtillfällen som har registrerats med HM93, kvotflyktingar, är försvinnande få och är därför svåra att jämföra med övriga huvudmän. Det kan förklaras med att populationen är liten och för att de började registreras 2021 samt att den enskilda patienten ingår i personkretsen under begränsad tid.

Ytterligare en begränsning berör registreringar av huvudmän under 2022, när massflyktsdirektivet för ukrainare först aktiverades. Då fanns det oklarheter kring vilken huvudman som skulle gälla för denna grupp. Det resulterade i att dessa patienter initialt blev registrerade som antingen HM90, HM91, HM95 eller HM99.

Anekdoter från verksamheter inom Region Skåne och i civilsamhället tyder även på att personer blir nekade vård med utgångspunkt i juridisk status. I de fall patienter nekats vård genomförs i regel ingen medicinsk bedömning och ingen registrering eller journalanteckning görs, därmed kan det inte utläsas i detta dataset.

Om tolk används vid ett vårdtillfälle ska detta registreras, vilket inte alltid sker. Utöver detta kan det även finnas situationer där språkbarriärer överbryggas av att exempelvis patienten har med sig en anhörig eller att vårdtillfället sker med flerspråkig vårdpersonal. Dessa alternativ kan i dagsläget inte registreras och därmed är det svårt att säkerställa om kommunikationen har fungerat adekvat.

Sammanfattningsvis kan komplexa regelverk, många alternativ och svårnavigerad information öka risken för felaktig registrering.

Felaktig registrering riskerar att skapa stora problem för den vårdsökande, antingen att denne blir nekad medicinsk bedömning med hänvisning till juridisk status eller att hen blir ålagd höga patientavgifter som personen inte har möjlighet att betala. För personer som är asylsökande eller papperslösa finns inget alternativ till att söka vård i Sverige.

God kunskap om regelverk är av största vikt både för korrekt registrering och för jämlik, patientsäker vård.

Överensstämmelse med mönster för sökt asyl

Vårdtillfällenas fördelning utifrån kön och ålder över tid speglar väl hur den asylsökande populationen sett ut över den undersökta tidsperioden.

2015 ankom ovanligt många asylsökande personer till Sverige. De flesta var pojkar och män från Syrien och Afghanistan, många var ensamkommande barn. Att 2016 utgör en topp för antalet vårdtillfällen kan förklaras av att vårdbehoven framkom eller upptäcktes med viss fördröjning efter ankomsten till Sverige.

2018 införde Sverige en rad restriktioner i migrationspolitiken vilket speglas i minskningen av antalet vårdtillfällen bland icke folkbokförda patienter. Samtidigt hade huvuddelen av de personer som ankom 2015 fått sin asylansökan handlagd.

2022 ses en mindre ökning av antalet vårdtillfällen bland icke folkbokförda, detta sammanfaller med kriget i Ukraina och att EU:s massflyktsdirektiv aktiverades. Det ses samtidigt en förändring i könsfördelning där andelen kvinnors vårdtillfällen för första gången under perioden överstiger andelen män. Detta överensstämmer med att kvinnor och barn utgjorde de största grupperna från Ukraina.

Vårdmönster – var får icke folkbokförda vård?

I likhet med resultaten från Region Stockholms kartläggning över hälso- och sjukvård för asylsökande ser vi att asylsökande är överrepresenterade i öppenvårdspsykiatrin jämfört med folkbokförda, detta gäller i synnerhet barn. I vår kartläggning ser vi samtidigt att icke folkbokförda är underrepresenterade vad gäller Vårdval Psykoterapi. Möjliga förklaringar är att icke folkbokförda patienter inte erbjuds psykoterapi i samma utsträckning som

folkbokförda samt att remissförfarandet ser annorlunda ut där individen förväntas söka upp en vårdgivare på egen hand. En mer djupgående undersökning behövs för att förstå och undanröja de barriärer som finns.

Icke folkbokförda är även överrepresenterade inom slutenvården, medan de är underrepresenterade inom somatisk öppenvård. Detta kan tyda på att icke folkbokförda i högre utsträckning har mer allvarliga sjukdomar, alternativt att det finns barriärer till att söka hälso- och sjukvård i ett tidigare skede av ett sjukdomsförlopp.

Icke folkbokförda är överrepresenterade inom kvinnosjukvården, trots att den totala andelen kvinnor är lägre än bland folkbokförda.

Aborter - registreras rätt huvudman?

Vi ser en tydlig skillnad i andelen registrerade aborter bland icke folkbokförda jämfört med folkbokförda. En möjlig förklaring är att icke folkbokförda som söker vård är yngre och i fertil ålder. Det är också en grupp som kan ha svårare att få tillgång till preventivmedel, särskilt om de nyligen har befunnit sig på flykt. En potentiell anledning till de höga siffrorna 2016 är att det kom många asylsökande 2015, och att det för en del kan kännas svårt att ta hand om ett barn i fasen av post-migration, då uppehållsrätten inte är säkrad. Vi vet dessvärre också att sexuella övergrepp under migrationsfasen inte är ovanligt.

Att andelen självbetalande var så mycket högre bland de som söker vård för abort än bland vårdtillfällen generellt kan innebära att patienter som i själva verket är asylsökande eller papperslösa blir felregistrerade. Konsekvensen av felregistrering och därmed höga kostnader kan vara att kvinnor väljer osäkra metoder för att göra abort eller avstår att göra abort trots behov.

Tolkade samtal – vad är en rimlig nivå?

Det förväntas att försvinnande få personer som är asylsökande, massflyktingar och kvotflyktingar kan tala svenska på tillräcklig nivå för att kunna ha ett vårdbesök utan tolk. För självbetalande, exempelvis utomeuropeiska turister, personer med korta arbetstillstånd och studerande kan andelen vara något högre. Detsamma kan gälla papperslösa som i vissa fall kan ha bott länge i Sverige. Oavsett juridisk status kan dock endast en minoritet förväntas ha fullgoda förutsättningar för ett jämlikt vårdtillfälle utan tolk. Trots det är det endast 17 % av vårdtillfällena där tolk är registrerad. Detta utgör en uppenbar patientsäkerhetsrisk.

En förklaring kan vara att verksamheter använder tolk, men inte registrerar det. Vi har därför undersökt antalet genomförda tolkningar enligt Region Skånes upphandlade tolkförmedling Digitaltolk år 2024. De uppger att de genomförde 195 835 tolkningar, medan det återfinns 93 461 vårdtillfällen med registrerad tolk i Region Skånes data år 2024. Detta tyder på att det finns en avsevärd mängd felregistreringar, men att det trots det är många som inte kan förväntas tala svenska som möter vården utan tolk.

Genomgående registreras tolk i högre grad för kvinnor än män, både bland folkbokförda och icke folkbokförda. Det kan spekuleras i flera olika orsaker till detta, exempelvis olika grad av integrering i samhället. Men eftersom fyndet gäller även för personer som har varit i Sverige en mycket kort tid så kan det även handla om olika sociala normer för kvinnor och män. Det är därför extra viktigt att göra en individuell bedömning av behovet av tolk.

Det finns skillnader mellan olika vårdnivåer, där primärvården är tydligt bättre på att använda tolk, medan den specialiserade öppenvården är tydligt sämre, gällande både somatik och psykiatri. Ingen vårdnivå når upp till en acceptabel nivå av tolkanvändning.

Att använda tolk är en kostnadseffektiv åtgärd och en förutsättning för korrekt bedömning och behandling. Att använda professionell

tolk minskar patientsäkerhetsrisker och minskar svåra etiska ställningstaganden som uppkommer om anhöriga används som tolk. Region Skånes medarbetare bör därför vara frikostiga med att använda tolk.

Patientavgifter

Det är tänkbart att det förekommer fall då patienten valt att tacka nej till vård de har behov av eftersom de inte har ekonomiska förutsättningar att betala för vården. Dessa situationer kommer inte återfinnas i detta dataset.

I resultatet framkommer att det är mycket sällan som personer med rätt till subventionerad vård får betala en för hög patientavgift, under förutsättning att personen registreras under rätt huvudman. I den utsträckning det förekommer felaktiga patientavgifter är det därmed troligen oftast i samband med att fel huvudman registreras.

Bland asylsökande får dock nästan en procent betala mer än 400 kr per vårdtillfälle, vilket är tydligt högre än för folkbokförda. Asylsökande har mycket begränsade ekonomiska resurser så det finns en uppenbar undanträngningseffekt av att kräva höga patientavgifter i dessa sammanhang. Det kan få konsekvenser i form av ryktesspridning bland asylsökande och personer avstår att söka vård trots behov.

HM90 och 91 – behövs båda?

I denna rapport har vi valt att slå ihop HM90 och HM91 (papperslösa vuxna och papperslösa barn). Vi ställer oss frågande till om differentieringen verkligen behövs då information om ålder redan finns registrerad i systemet. All ökad administration, som en extra kod för huvudman innebär, riskerar att leda till felregistreringar och/eller undanträngningseffekter på grund av osäkerhet om förfarande inom vården.

Förslag på utvecklingsområden

För att kunna minska identifierade barriärer till jämlik vård, öka vårdens effektivitet samt underlätta administration och hälso- och sjukvårdspersonalens arbete föreslår vi följande utvecklingsområden.

Kunskapshöjande insatser

En delorsak till identifierade barriärer kan vara bristande kunskap inom följande områden:

- Gällande lagstiftning och rättighet till vård för personer från andra länder, både för administrativ personal och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Korrekt registrering av huvudman.
- Vikten av att följa Socialstyrelsens föreskrifter gällande att använda tolk samt registrering av tolkanvändning.

För att korrigerera detta kan utbildningsinsatser och rutinarbete vara aktuellt.

Patientsäker vård

Utifrån rapportens resultat går det inte att utläsa i vilken omfattning medicinska bedömningar har genomförts. För att säkerställa patientsäkerhet ser vi behov av ett system för dokumentation angående om vårdbehov bedömts kunna anstå eller ej.

Vi ser behov av att tillgång till tolk ska ingå som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Skåne.

Förenklad administration

För att undvika risken för felregistreringar finns behov av att återkommande se över och förenkla administrativa rutiner. Detta är särskilt relevant eftersom de flesta verksamheter inte rutinmässigt hanterar icke folkbokförda. Exempel på registrering som kan ses över är eventuell sammanslagning av HM90 och HM91 samt överväga behovet av HM93.

Måltal och mätvärden

I rapporten framkommer det att användningen av tolk är låg för icke folkbokförda. Att bedriva hälso- och sjukvård utan tillräckliga förutsättningar för kommunikation riskerar patientsäkerheten, riskerar ökade kostnader samt mer omfattande utredning och vård. Det finns därför behov av ett långsiktigt förbättringsarbete. Förbättringsarbeten tenderar vara mest effektiva om det finns systematiska mätningar samt uttalad målsättning. Tolkbehovet för icke folkbokförda förväntas vara mycket stort. Vi anser därför att regionen bör ha högt ställda måltal för dessa individer.

Då tolkanvändningen för icke folkbokförda är så låg kan det misstänkas att även folkbokförda med tolkbehov inte får tolk i adekvat utsträckning. För att skapa målvärden för detta krävs fördjupad analys av Skånes demografi och språkkunskaper bland befolkningen.

Identifierade kunskapsluckor

- Tolkanvändning. För att effektivt kunna öka andelen tolkade samtal när detta är nödvändigt krävs fördjupad kunskap som kan svara på varför tolk inte används, vilka förbättringsarbeten som är mest effektiva och vilka kunskaphöjande insatser som behövs.
- Tillgänglighetsbarriärer. Fördjupad kunskap behövs för att identifiera barriärer till att söka vård och därefter undanröja dessa barriärer. För att göra detta på ett effektivt sätt bör målgruppens perspektiv efterfrågas och insatser utgå från en gemensam dialog. Att öka tillgängligheten för de som har svårast att nå vården kommer med stor sannolikhet även förbättra tillgängligheten för många andra användare av systemet.
- Djupdykning i diagnosdata. För att ytterligare fördjupa kunskapen omkring vårdbehov och tillgänglighet kan diagnosdata analyseras.

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig/ författare	Hannes Brunner	Teamledare, Utveckling Migration och Hälsa	Hannes.Brunner@skane.se
Författare	Emma Ley	Utvecklare, Utveckling Migration och Hälsa	Emma.Ley@skane.se
Figurer och statistik	Lukas Elmlund	Statistiker, Enheten för Dataanalys och Registercentrum	Lukas.Elmlund@skane.se
Godkänd av	Jeanette Knutsson	Verksamhetschef, Nära Vård och Hälsa	Jeanette.Knutsson@skane.se
Sakkunniggrupper	Utveckling Migration och Hälsa, Enheten för Dataanalys och Registercentrum		Utvecklingmigrationochhalsa@skane.se Mikael.Astrom@skane.se
Version	2		
Diarienummer	Dnr 2026- 0000992		

Bilaga 1

Datakällor

RSVD

All data som ligger till grund för analysen är hämtad från RSVD. Patientdata har extraherats från databaserna IUSKANE2015 – IUSKANE2024. För respektive år har följande vyer använts:

- OVALAKXX_vy_uppf
- OVAOVRXX_vy_uppf
- SVAXX_vy_uppf

Där XX motsvarar det aktuella året. Vyerna OVALAK och OVAOVR innehåller data från öppenvården, medan SVA innehåller data från slutenvården.

Vårdnivåer

Ett vårdtillfälle kan bara ha en vårdnivå. Vårdnivåer har kategoriserats i följande ordning, vilket betyder att om kriterierna för en tidigare vårdnivå är uppfylld kan kontakten inte kategoriseras i nästkommande vårdnivåer.

Slutenvård

Vårdnivå slutenvård inkluderar all data från slutenvården, alltså SVA-vyerna i RSVD.

Kvinnosjukvård

Den data inkluderad i vårdnivå kvinnosjukvård är de vårdkontakter där RSVD-variabeln spec_pristab är ”Kvinnosjukv m fl.”.

Spec_pristab är en RSVD-variabel som kategoriserar vårdkontakter i olika grupper. Kvinnosjukvård inkluderar kvinnosjukvård och mödrahälsovård.

Vårdval psykoterapi

Vårdval psykoterapi är den data från de enheter där ”anslutningsform typ” är “Hälsoval Rehab PT”.

Specialiserad öppenvård Psykiatri

Psykiatri är den data där RSVD-variabeln kuppområde är ”psyk”.

Specialiserad öppenvård somatik

Specialiserad öppenvård är den data där RSVD-variabeln kuppområde är ”som”.

Primärvård

Primärvård är den data där RSVD-variabeln kuppområde är ”prim”.

Huvudmän

Analysen inkluderar data för alla huvudmän förutom: 34, 66, 77. Det vill säga att när något jämförs mot gruppen ”Totalt” är dessa huvudmän ej inräknade.

Tolk

De vårdtillfällen som har tolk är de där RSVD-variabeln ”tolk” är ifylld eller KVÅ-koden ”ZV020” förekommer.

Abort

När antalet Aborter nämns är det ett vårdtillfälle där KVÅ-koden ”ZL006” förekommer eller ICD10 diagnoskod från kapitel ”O04” förekommer.

Patientavgift

Patientavgift kommer från variabeln ”Patient_avgift” i RSVD.