RAPPORT

2025

Scenarier for bruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina 2025

FHI
Folkehelseinstituttet

Rapport

Scenarier for bruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina 2025

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Helsetjenester
Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten
Mai 2025

Tittel:
Scenarier for bruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina 2025

Forfatter(e):
Hege Gjefsen og Thor Indseth

Oppdragsgiver:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling:
Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:
978-82-8406-507-6

Emneord (MeSH):
flyktninger, scenarier, framskrivninger

Sitering:
Gjefsen H, Indseth T. *Scenarier for bruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina 2025*, FHI-rapport 2025. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2025.

Innhold

Forord 4
1 Innledning 5
1.1 Bakgrunn 5
1.2 Avgrensning og problemstilling 6
2 Metode 6
2.1 Forutsetninger om antall innvandrere 7
2.2 Forutsetninger om sammensetningen av innvandrere 7
2.3 Forutsetninger om helsetjenestebruk allmennlegetjenester 10
2.3.1 Forutsetninger helsetjenestebruk modell 1 likt forbruk 10
2.3.2 Alternative forutsetninger om bruk av allmennhelsetjenester: Høyere forbruk (Modell 2) . 11
3 Resultater 12
3.1 Bruk av allmennlegetjenester, scenario for nye flyktninger fra Ukraina 2025 og for flyktninger fra Ukraina totalt (modell 1) 12
3.2 Alternative forutsetninger for bruk av allmennlegetjenester: Forhøyet forbruk (Modell 2) 14
4 Diskusjon 16
5 Konklusjon 16
Litteraturliste 18

Forord

Denne rapporten er utarbeidet av FHI på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hensikten med rapporten er å kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag for skalering av tjenester i kommunene ut fra en beregning av fremtidig helsetjenestebruk blant flyktninger fra Ukraina ved ulike scenarier for ankomsttall. Denne rapporten er en oppfølging av en tidligere framskrivning (Gjefsen et al. 2022).

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Etter Russlands storskalainvasjon av Ukraina februar 2022 har om lag 6,8 millioner personer flyktet landet (UNHCR). Av disse har i overkant av 88 500 fått midlertidig opphold (midlertidig kollektiv beskyttelse) i Norge (UDI 2024a). Videre antyder ulike scenarier utarbeidet av UDI at ankomsttallene for 2025 kan variere fra under 8000 til 100 000 (UDI 2024b). Personer på midlertidig opphold har samme helserettigheter som øvrige innbyggere i Norge.

Vi vet lite om den faktiske helsetjenestebruken blant nyankomne flyktninger i Norge, verken som registrert bruk eller eventuelt omfanget av ressurser for tilrettelegging. I tillegg til ordinære tjenester på linje med den øvrige befolkningen, har mange flyktninger både behov for språklig tilrettelegging i form av tolk, innføring i rutiner og praksiser i det norske helsevesenet og etterregistrering av allerede identifiserte diagnoser fra tidligere dersom det er behov for resepter eller annet.

Det vanligste forløpet for flyktninger fra Ukraina er at de etter grensepassering blir registrert og innlosjert på Nasjonalt ankomstsenter i Råde. Kort tid etter ankomst utsteder politiets utlendingsenhet D-nummer som de trenger for bruk av ulike tjenester i Norge. Flyktningene får også tilgang til samtale med helsepersonell og eventuelle helsetjenester etter eget initiativ eller der helsepersonell observerer et behov (UDI 2023). Videre er flyktninger pliktige til å gjennomføre en tuberkuloseundersøkelse ila 14 dager (FHI 2023). Etter en kort periode ved ankomstsenteret vil flyktningene få plass på ordinært mottak. Personer med særskilte behov kan bo i særskilt tilrettelagte mottak. Under tiden i mottak har flyktningene rett til helsetjenester på linje med den øvrige befolkningen, men de har ikke rett på omsorgstjenester (Helsedirektoratet 2024a). Tidslinjene i prosessen er sterkt avhengig av kapasitet relativt til ankomster som kan variere kraftig, fra høyeste ukestall på 2500 i uke 13 2022, til laveste uketall på 160 i uke 52 2024 (UDI 2024c)

Mottakene er drevet av ulike driftsoperatører på vegne av UDI og befinner seg på ulike steder i landet. Hvor de er plassert kan variere raskt ut fra hvor driftsoperatøren ser det hensiktsmessig. Kommunene har lite innflytelse på hvor mottakene opprettes eller avvikles.

Etter opphold på mottak blir alle flyktninger som får oppholdstillatelse bosatt i en kommune. "Bosetting av flyktninger er en frivillig oppgave for kommunene. I praksis blir de fleste bosatt etter avtale mellom staten og en kommune" (Meld st. 17 2023-24). IMDi har ansvaret for denne prosessen, som er en forhandling mellom IMDi og kommunene. Kommunen får ansvar for å bistå flyktningene med bolig og andre tjenester de har rett på og behov for. For å dekke merutgifter kommunene har i forbindelse med bosetning av flyktninger, får kommunene et integreringstilskudd per flyktning. Kommunene kan søke ytterligere støtte for flyktninger med særskilte behov. I utgangspunktet legger systemet opp til at flyktningene, i likhet med øvrige innbyggere, oppsøker helsetjenester etter eget initiativ. Fordi mange flyktninger kan ha tjenestebehov som skiller dem fra øvrige befolkning ser kommunene behovet for å gjøre tilrettelegginger, men organiseringen av tjenestetilbudet er forskjellig mellom kommunene. Noen kommuner har opprettet egne flyktninghelsetjenester for å enklere kunne gjøre nødvendige tilrettelegging, for eksempel behov for tolk, mens andre tilrettelegger innenfor det ordinære systemet. Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner tilbyr en helseundersøkelse innen tre måneder (Helsedirektoratet 2023). Vi vet imidlertid verken andelen av flyktninger som får tilbudet eller andelen som benytter seg av tilbudet.

Sammenliknet med andre land bosettes flyktninger til Norge spredt. For 2024 var det hele 355 kommuner som bosatte flyktninger. For 2025 har IMDi anmodet norske kommuner om å bosette i underkant av 19 000 flyktninger fordelt på 344 kommuner (IMDi bosetningstall). Det er usikkert hva

kapasiteten er i norske kommuner. Ifølge en spørreundersøkelse blant personer i flyktningtjenestene var deres vurdering at begrensninger i kapasitet, særlig til tilgjengelige boliger, tjenester fra NAV og helsetjenesten, utgjør en alvorlig utfordring for videre bosetting (Hernes et al. 2023).

1.2 Avgrensning og problemstilling

Scenariene vi utforsker er ikke prediksjoner av hvordan helsetjenestebruken kommer til å bli fremover. Scenariene er snarere tenkt som et utgangspunkt for diskusjon, for eksempel knyttet til nødvendig planlegging av helsetjenestene hos sentrale myndigheter og i kommunene.

Helsetjenestebruk er i denne rapporten avgrenset til konsultasjoner i allmennlegetjenesten. Det vi ikke har tatt med i denne beregningen er økte merkostnader for administrasjon, transport og annet i forbindelse med flyktningenes særegne situasjon og behov relativt til befolkningen for øvrig. Ekstra kostander og ressurser som kreves for å gjennomføre pålagt tuberkuloseundersøkelse er heller ikke tatt med her. Bruk av alle andre helsetjenester i primær- og spesialisthelsetjenester, inkludert psykisk helsevern, er holdt utenfor beregningene. Dette gjelder også tjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som har økt antall konsultasjoner pga. den store andelen barn og kvinner i reproduktiv alder blant ukrainske flykninger. Kartlegging av tidligere vaksiner og etterregistrering i SYSVAK er følgelig ikke belyst. Ekstra ressursbruk i helse- og skolehelsetjenesten knyttet til administrasjon, hjelp og veiledning for denne gruppen, er følgelig heller ikke tatt med her. Ressurser til videreformidling av prøvesvar eller annen helseopplysning til helsetjenesten i neste kommune er ikke belyst, men er trolig ikke ubetydelig. I møter med kommunene har vi fått opplyst at videreformidling av helseopplysninger er ressurskrevende. Oppdraget er begrenset til flyktninger fra Ukraina. Andre flyktninggrupper er altså ikke inkludert i rapporten.

2 Metode

For å lage scenarier for bruk av allmennlegetjenester ved ulike ankomsttall for Ukrainere tar vi utgangspunkt i (i) UDI sine scenarier for ankomsttall og (ii) observert månedlig helsetjenestebruk per kjønn og alder for norskfødte. Vi multipliserer gjennomsnittlig antall månedlige konsultasjoner i allmennlegetjenesten i hver kjønns- og aldersgruppe (jf. ii) med antall flyktninger i hver gruppe (jf i).

For å illustrere metoden presenterer vi i Tabell 1 et forenklet eksempel. I dette eksempelet er det kun to aldersgrupper for hvert kjønn. Gjennomsnittlig helsetjenestebruk er forskjellig i de fire gruppene. Også antall flyktninger er forskjellig. Produktet av antall flyktninger og antall konsultasjoner gir et scenario for helsetjenestebruk. Tallene i siste kolonne summeres, og dette gjøres for hver måned basert på helsetjenestebruk den aktuelle måneden og antall flyktninger i landet.

Tabell 1: Eksempel metodebruk

	Antall konsultasjoner per måned	Antall flyktninger	Fremskrevet helsetjenestebruk:
Menn 0-17	0,1	1 000	100
Menn 18+	0,2	500	100
Kvinner 0-17	0,1	2 000	200
Kvinner 18+	0,3	3 000	900
Sum		6 500	1 300

Eksempelet illustrerer hvordan både antall flyktninger fra UDI sine scenarier og forutsetninger om antall konsultasjoner per alder- og kjønnsgruppe er avgjørende for resultatet. I tilfellet over gir 6 500 flyktninger en gitt måned framskrevet helsetjenestebruk på 1 300 konsultasjoner

Scenarier er ikke prognoser for hvordan Folkehelseinstituttet tror flyktningenes helsetjenestebruk vil bli. Scenariene kan tolkes som utfall eller et spenn av utfall dersom alle forutsetningene vi legger til grunn inntreffer. Ofte inkluderer scenariene en rekke forutsetninger vi ikke mener er realistiske, men som likevel kan bidra til å illustrere hvordan situasjonen vil kunne bli framover. Slike scenarier bidrar til å spenne ut en fane av mulige utfall.

Hensikten med scenariene er å gi de som må ta beslutninger og planlegger under stor usikkerhet for den videre beredskapen et stykke frem i tid, en bedre forståelse for hvilke alternative framtidsbilder vi bør være forberedt på. Det kan dermed være støtte for strategisk planlegging på lengre sikt.

Det er betydelig usikkerhet knyttet til hvor realistiske forutsetningene vi legger inn er. Usikkerhet rundt den videre situasjonen i Ukraina og hva det betyr for hvor mange som kommer til Norge er et element. Usikkerhet rundt hvem som kommer er et annet. I tillegg er det stor usikkerhet rundt hva vi kan forvente av deres helsetjenestebruk. Erfaringen så langt peker i retning av høy helsetjenestebruk i ankomstfasen, men det er ikke mulig å vite om det også er tilfellet for tiden som kommer etter de første ukene i landet.

Økt kunnskap om helsetilstanden til de som kommer og hvordan de bruker helsetjenestene, kan bidra til å redusere usikkerheten. Videre kan lengre dataserier bidra til å bedre forstå hvem som kommer, og videre hvem vi venter at skal komme fremover.

2.1 Forutsetninger om antall innvandrere

For perioden frem til og med november 2024 har vi tatt utgangspunkt i statistikk fra UDI. Siden februar 2022 og frem til november 2024 har om lag 87 000 personer fra Ukraina søkt om kollektiv beskyttelse. Av disse kom om lag 16 000 personer i 2024. For 2025 har vi tatt utgangspunkt i UDIs scenario for 2025, publisert 15. oktober 2024. Scenarioene for 2025 må ansees som svært usikre. Tallene for ankomster til og med 2024 ansees som svært pålitelige og med feilmargin som er uvesentlig for våre beregninger. Vi legger til grunn at en lav andel av flyktningene fra Ukraina vil flytte ut av Norge, dette er basert på erfaringene så langt (utvandringsstatistikk Ukrainere UDI) og spørreundersøkelse blant Ukrainere (Hernes 2023).

Tabell 2: UDIs tre scenarioer for flyktninger fra Ukraina etter år

År	Lavt scenario	Mellomscenario	Høyt scenario
2025	< 8 000	10 000 til 25 000	40 000 til 100 000

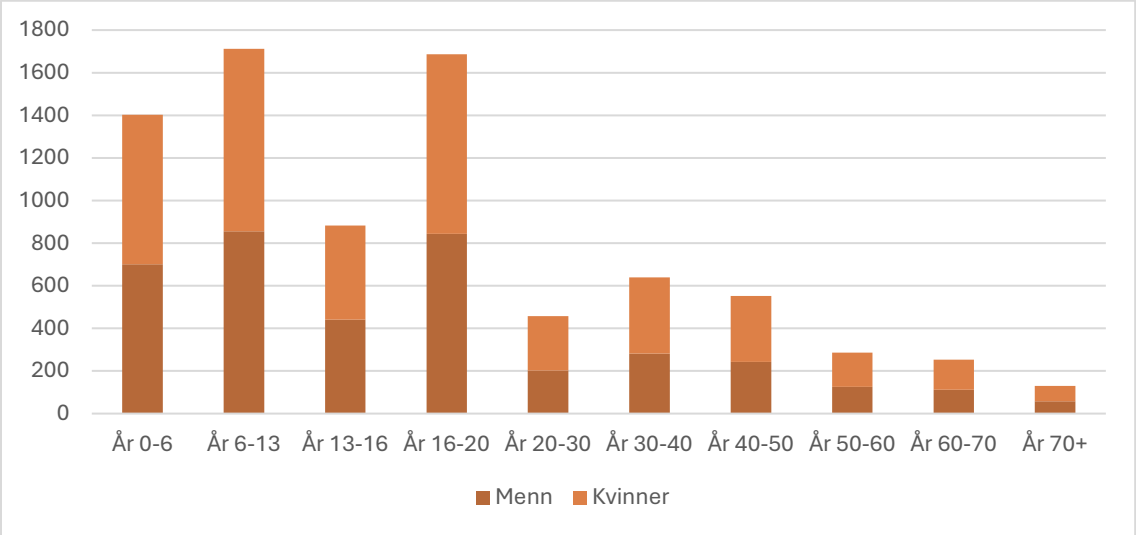
2.2 Forutsetninger om sammensetningen av innvandrere

Denne rapporten gjelder kun for flyktninger fra Ukraina. Alders- og kjønns-sammensetningen av de som kommer har stor betydning. Eldre har betydelig høyere helsetjenestebruk enn yngre, og små barn har høyere tjenestebruk enn eldre barn. Kjønn har også stor betydning. Kvinner og menn har ulik bruk av tjenester både i type tjeneste og mengde gjennom livet.

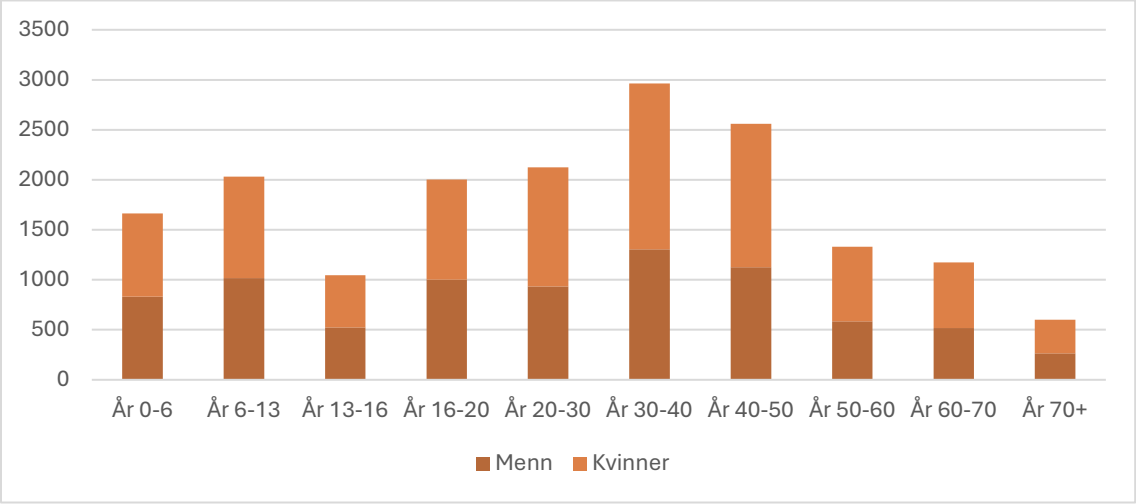
Vi har brukt UDIs beregninger for alders og kjønnssammensetning for de ulike scenarioene som grunnlag. UDI antar i sin scenarioberegning at andelen barn går betydelig ned i scenario middels og høyt, relativt til lavt.

For sammensetningen for de flyktningene som allerede er her har vi brukt de faktiske sammensetningene fra Folkeregisteret.

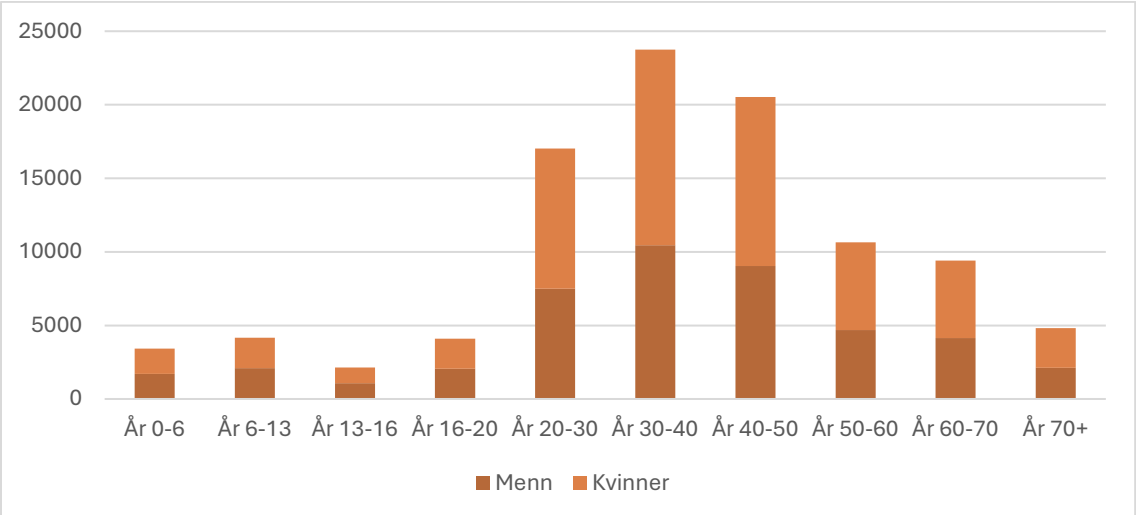
Sammenlignet med andre flyktninggrupper som kommer til Norge, er det frem til nå kommet langt flere eldre enn vanlig. At vi legger til grunn en betydelig flyktninggruppe i 70-årene vil bidra til relativt stor helsetjenestebruk. Tilsvarende vil også antagelsen om at andelen kvinner som kommer til Norge er langt høyere blant Ukrainere enn det som gjelder andre flyktninggrupper, bidra til økt helsetjenestebruk i scenariene, da kvinner i gjennomsnitt bruker mer helsetjenester enn menn.



Figur 1: UDIs antatte alders- og kjønnssammensetning flyktninger fra Ukraina for lavt scenario 2025



Figur 2: UDIs antatte alders- og kjønnssammensetning flyktninger fra Ukraina for mellomscenario 2025



Figur 3: UDIs antatte alders- og kjønnssammensetning flyktninger fra Ukraina for høyt scenario 2025

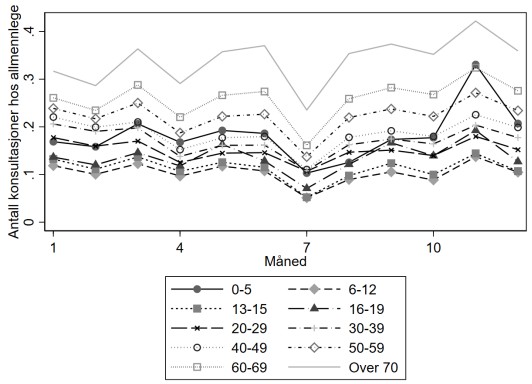
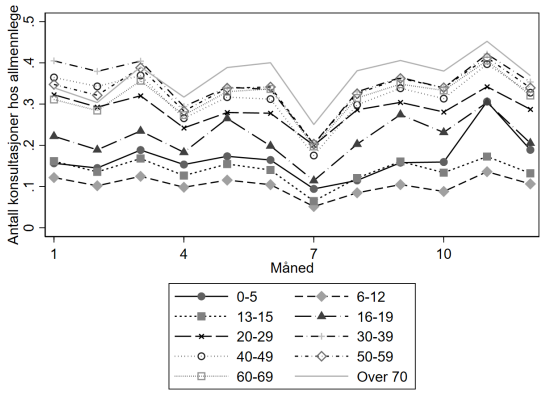
2.3 Forutsetninger om helsetjenestebruk allmennlegetjenester

For å beregne helsetjenestebruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina har vi laget to ulike modeller. Modell 1 tar utgangspunkt i at Ukrainere har samme helsetjenestebruk som befolkningen for øvrig med samme alder og kjønn. I modell 2 har vi bygget inn ulike forutsetninger for merforbruk relatert til det å være flyktning og ny i Norge. For de aller eldste kan det være risiko for lavere registrert bruk enn hva registrene viser som følge av at sykehjemsbeboere får allmennlegetjenester der uten at det blir registrert. Fordi andelen 70+ blant ukrainere er såpass lav anser vi dette som et marginalt problem, og har derfor valgt å ikke hensyn ta dette fenomenet i våre antagelser.

2.3.1 Forutsetninger helsetjenestebruk modell 1 likt forbruk

For å beregne helsetjenestebehovet tar vi utgangspunkt i observert helsetjenestebruk av allmennlegetjenester i 2022 blant personer født i Norge med samme kjønn og alder. Figur 1 viser bruk av allmennlegetjenester per måned gjennom året 2022 fordelt på alder og kjønn. Som vi ser av figuren varierer bruken betydelig gjennom året med markant nedgang frem mot juli og for så å øke gjennom høsten med en tydelig topp i november. Årstidsvariasjonen er grovt sett den samme for kvinner og menn og på tvers av alder.

Som det fremgår av figuren er det store forskjeller i bruk av allmennlegetjenester både mellom kjønnene og alder.

Menn	Kvinner
	

Figur 4: Allmennlegebruk gjennom året, ulike aldersgrupper (kilde: KPR og KUHR)

2.3.2 Alternative forutsetninger om bruk av allmennhelsetjenester: Høyere forbruk (Modell 2)

I tillegg til usikkerhet rundt hvor mange som vil komme i 2025, er det stor usikkerhet knyttet til bruk av helsetjenester. Flyktninger kan av ulike grunner ha et litt annet helsetjenestebehov og bruk enn befolkningen for øvrig også etter det er justert for alder og kjønn. Grovt sett kan vi dele dette i tre forhold:

1. Ulik helsetjenestebruk grunnet ulik helse
2. Ulik tjenestebruk som følge av det å være ny i Norge. Dette inkluderer språkbarrierer, lav kjennskap til tjenestene i Norge og ekstrabehov som oppstår fordi tjenestene ikke allerede har en helsejournal på personen.
3. Ulik tjenestebruk relatert til forskjeller i normer, verdier og forventinger til tjenester

Labberton m.fl. (2023) tyder på at helsen til ukrainske flyktninger i snitt er noe dårligere enn befolkningen for øvrig sammenliknet i samme kjønn og alderssegment. Vi bygger denne antagelsen på resultatene fra en spørreundersøkelse blant flyktninger fra Ukraina utført i 2022 av FHI. Undersøkelsen viste kort oppsummert at flyktningene oppgav dårligere helse alt i alt, og mer langvarig sykdom eller helseproblemer. De oppga også dårligere psykisk helse og betydelig dårligere selvvurdert tannhelse (Labberton et al. 2023). Videre analyser av data fra den samme spørreundersøkelsen viste at de som kom tidlig i 2022 hadde noe bedre helse enn de som kom senere (Labberton et al. 2024.).

Å være ny i Norge kan medføre et ekstrabehov for tid i møte med helsetjenesten. Språkbarrierer og behov for tolk er i denne sammenheng noe vi legger stor vekt på. I en spørreundersøkelse utført av NIBR blant flyktninger fra Ukraina (N=1593) oppga om lag 11 prosent at de snakket engelsk flytende og ytterligere 25% at de hadde grunnleggende forståelse av engelsk (Hernes et al. 2023). Det er derfor rimelig å anta at det store flertallet av flyktninger fra Ukraina vil trenge tolk i møte med helsetjenestene i Norge. Sammenliknet med legekonsultasjoner der det ikke er behov for tolk, vil konsultasjoner der det er behov for tolk både ta mer tid og innebære en administrativ merkostnad for helsetjenestene. Vår antagelse er altså at hver konsultasjon vil ta noe lengre tid.

Vi har ikke vektet opp bruk av helsetjenester ut fra kulturelle forhold eller andre forventninger til tjenestene. To undersøkelser antyder at ukrainske flyktninger kan ha lavere terskel for å oppsøke tjenester og/eller noe høyere forventinger til bruk av medikamentell og annen behandling for sykdom (Hernes 2022, Hernes 2024). Selv om disse undersøkelsene viser at fenomenet forekommer er det vanskelig å beregne eller vite om dette faktisk påvirker tjenestebruken på en måte som endrer ressursbruken.

Det kan også være forhold som trekker i motsatt retning, altså at det er forhold relatert til flyktningens situasjon som trekker ned forbruket relativt til den øvrige befolkningen. Dette kan for eksempel være lite kjennskap til tjenester i Norge, at egenandel er en større barriere for personer med svak økonomi eller at lavere sysselsetting gir et noe lavere behov for korttidssykemeldinger og derfor noe færre besøk hos fastlegen. Likevel antar vi at slike forhold ikke utligner forhold som trekker i retning av merforbruket. Det er viktig å påpeke at dette er en ren antagelse fra vår side og at dette er forhold som bør undersøkes nærmere.

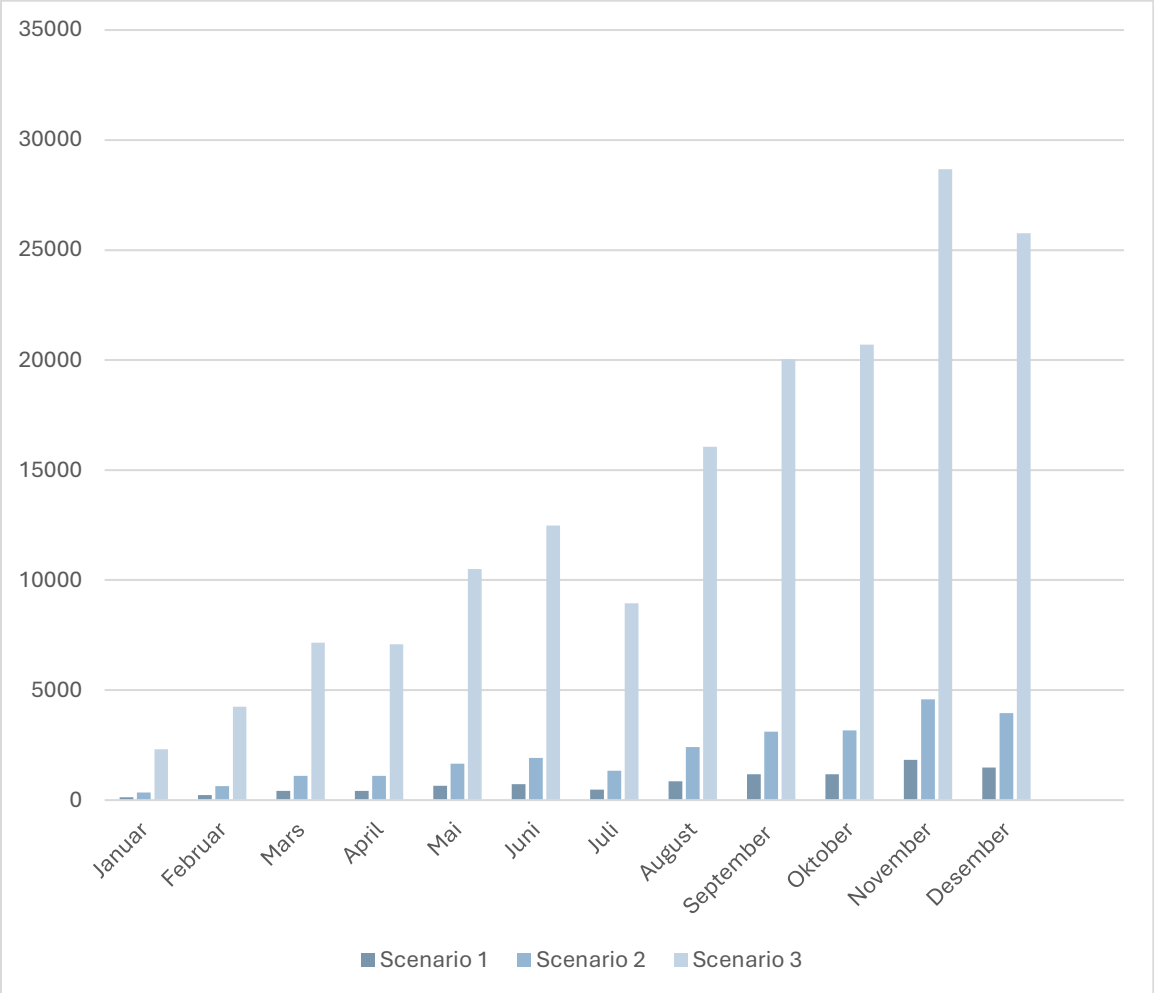
Med utgangspunkt i denne kunnskapen har vi laget et alternativt scenario der vi beregner helsetjenestebruk dersom flyktninger fra Ukraina i gjennomsnitt har et dobbelt så høyt forbruk som befolkningen for øvrig, gitt alder og kjønn.

3 Resultater

3.1 Bruk av allmennlegetjenester, scenario for nye flyktninger fra Ukraina 2025 og for flyktninger fra Ukraina totalt (modell 1)

Ved å multiplisere helsetjenestebruken for hver kjønns- og aldersgruppe (ett-årige grupper) per kalendermåned i den norskfødte befolkningen med antall flyktninger i disse kjønns- og aldersgruppene, kan vi beregne utviklingen i bruk av allmennlegetjenester for tre ulike scenarier av flyktningeankomster. Vi har gjort dette ut fra en antagelse av antall nye flyktninger fra Ukraina som kommer i 2025 (Figur 2) og antagelse av antall flyktninger fra Ukraina totalt, altså antagelse av antall som kommer i 2025 ut fra UDIs scenarier, pluss de som da denne rapporten ble skrevet allerede er i Norge (figur 3).

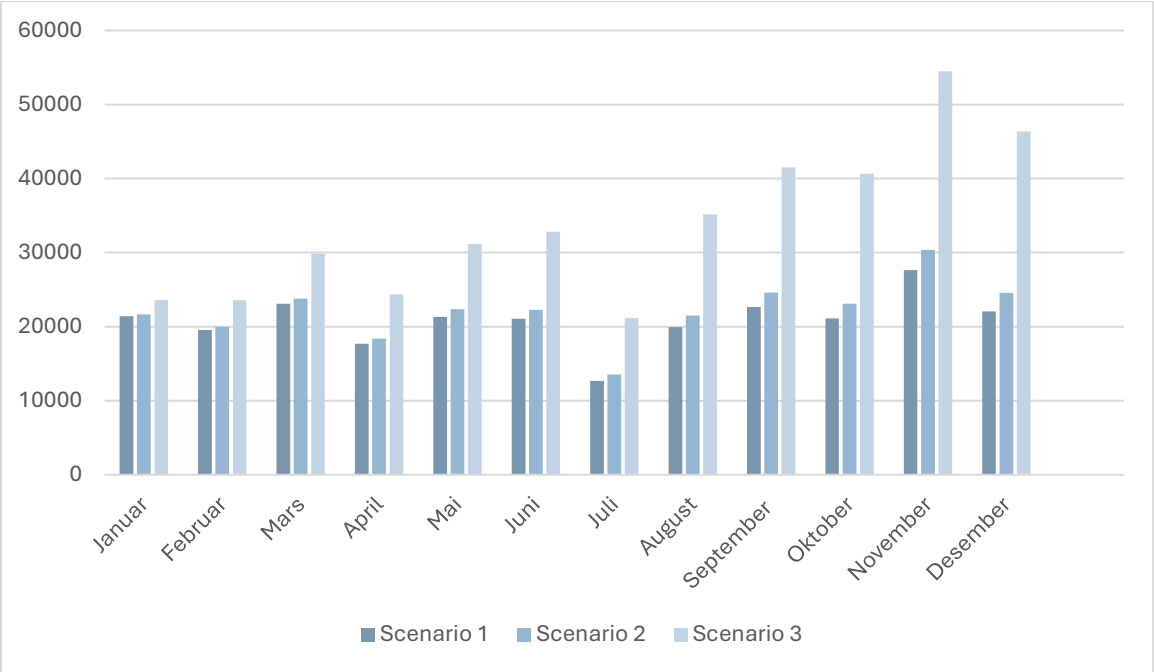
Bruken av allmennlegetjenester for de som kommer i 2025, vil i disse framskrivningene ha en svært stor variasjon både ut hvilken måned og hvilket scenario, fra laveste månedstall på 130 for januar i scenario 1, til høyeste beregning på over 28 000 for november i scenario 3. I scenario 2 vil variasjonen variere fra laveste i januar på om lag 350, til om lag 4500 for november.



Figur 5: Scenario for månedlige antall konsultasjoner blant ukrainske flyktninger vi venter vil komme i 2025 under forutsetning av tilsvarende forbruk som i befolkningen for øvrig. (Modell 1)

Det har allerede kommet en betydelig mengde flyktninger fra Ukraina siden 2022, og belastningen på den kommunale helsetjenesten må derfor sees i sammenheng med hvor mange som har kommet til nå.

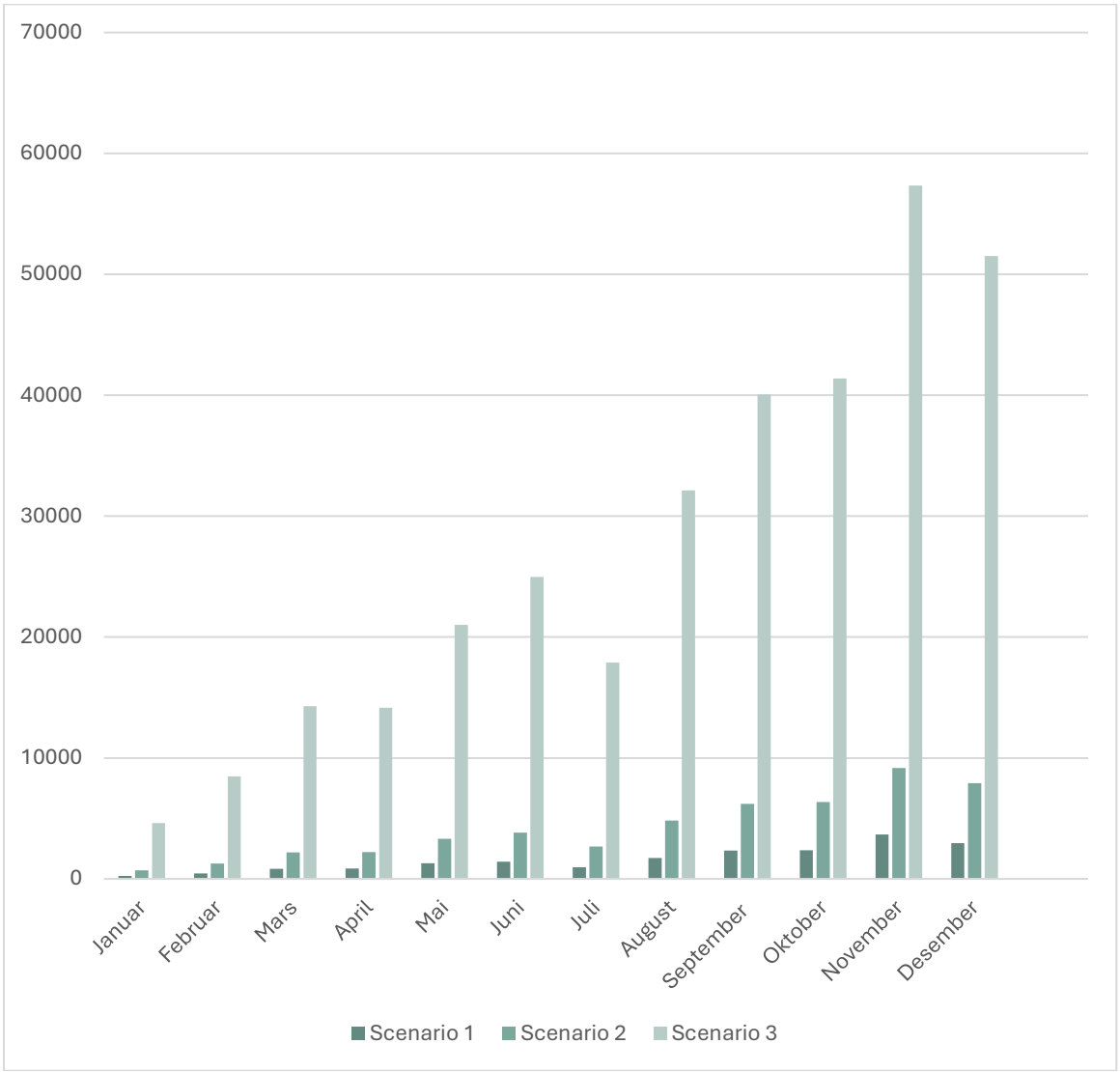
Dersom vi lager framskrivning for alle flyktninger fra Ukraina, både de som kom før 2025 og de som ut fra ulike scenarier antas å komme ila 2025, vil variasjonene mellom scenariene få relativt sett mindre utslag. Variasjonene for scenario 1 vil variere fra laveste i juli på om lag 12 500 konsultasjoner, til høyeste på om lag 27 500 konsultasjoner i november. For scenario 2 vil tilsvarende variasjon være fra om lag 13 500 i juli, til i overkant av 30 000 i november. For scenario 3 vil variasjonene være fra laveste i juli på om lag 21 000 konsultasjoner, til høyeste i november på nesten 55 000 konsultasjoner.



Figur 6: Scenario for månedlige antall konsultasjoner blant ukrainske flyktninger totalt i 2025, både de som er i Norge per d.d. og de som scenarioene antar kommer ila 2025, under forutsetning av tilsvarende forbruk som i befolkningen for øvrig. (Modell 1).

3.2 Alternative forutsetninger for bruk av allmennlegetjenester: Forhøyet forbruk (Modell 2)

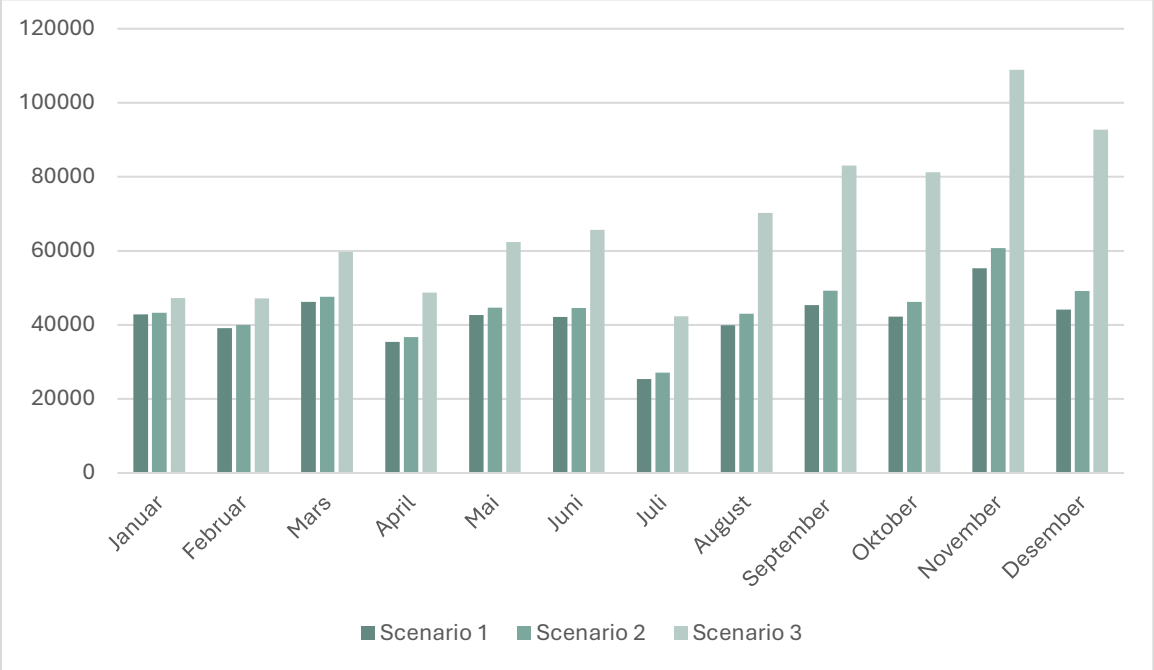
I vår alternative modell antar vi at flyktningene har et høyere ressursbruk av helsetjenestene enn befolkningen for øvrig fordi de er flyktninger. Som vi ser i figur 7 vil scenario 1 for nyankomne også i modell 2 kun innebære en beskjeden økt belastning for tjenestene som på det høyeste vil ligge på i overkant av 3500 ekstra konsultasjoner i november 2025 og nå om lag 19 000 ekstra konsultasjoner for hele året totalt. Scenario 2 vil i modell 2 innebære en økt belastning til litt over 9000 på det høyeste i november og nå i overkant av 50 000 konsultasjoner totalt i løpet av året. For scenario 3, modell 2, ser vi en betydelig økning der høyeste ligger på litt over 57 000 for november alene, og der det kan komme opp til over 328 000 totalt for året.



Figur 7: Scenario for månedlig bruk av allmennlegetjenester for ukrainske flyktninger vi venter vil komme i 2025 ved forutsetning om dobbel bruk (Modell 2)

Det har allerede kommet en betydelig mengde flyktninger fra Ukraina siden 2022, og belastningen på den kommunale helsetjenesten må derfor sees i sammenheng med hvor mange som har kommet til nå. Som vi ser i figur 8 vil forskjellene i de ulike scenarioene naturlig nok få en relativt mindre betydning når vi ser på flyktninger fra Ukraina totalt sett, altså de som allerede har kommet og de som eventuelt kommer i 2025. Scenario 3 er likevel såpass høyt at det på høyeste nivå vil gi en om lag doblet belastning relativt til 2024.

For scenario 1, modell 2 vil høyeste nivå ligge på om lag 55 000 ekstra konsultasjoner i november 2025 og nå om lag 500 000 ekstra konsultasjoner for hele året totalt. Scenario 2 vil i modell 2 innebære en økt belastning til litt over 60 000 på det høyeste i november og nå i overkant av 530 000 konsultasjoner i året sett under ett. Tilsvarende for scenario 3, modell 3 er litt under 110 000 for november og litt under 810 000 konsultasjoner totalt for 2025.



Figur 8 Scenario for bruk av allmennlegetjenester for ukrainske flyktninger vi venter vil komme i 2025 og flyktningene som er her per d.d. ved forutsetning om dobbel bruk (Modell 2)

4 Diskusjon

Det er knyttet stor usikkerhet til framskrivningene vi har gjort i denne rapporten. Tallene bør leses med varsomhet og for planleggingsformål bør de leses, ikke som noe som kommer til å skje, men som et bilde av hva som kan skje gitt en del forutsetninger. Usikkerheten i hva som blir den faktiske helsetjenestebruken blant flyktninger fra Ukraina i 2025 er både knyttet til usikkerhet om hvor mange som komme ila året, usikkerhet om helsetjenestebehov og usikkerhet knyttet til reell tilgang og barrierer.

Usikkerheten om antallet flyktninger i 2025
Det er knyttet stor usikkerhet til tallene som ligger til grunn for denne framskrivningen. Usikkerheten er relatert til en rekke ulike forhold og er nærmere beskrevet i UDIs scenario (UDI 2024b). Kort oppsummert dreier det seg både om Russlands eventuelle fremrykninger og om disse i så fall er i tett befolkede områder. Det er også relatert til valget av Norge som destinasjonsland og om hvor mange som eventuelt velger å flytte til Norge etter å ha vært i andre europeiske land først.

Usikkerhet relatert til forskjeller i behov for tjenester
Dersom det er store i helsetilstanden mellom ulike grupper vil dette påvirke behovet for tjenester. Alder og kjønn er viktige faktorer som er lagt inn i denne beregningen, og som vi knytter noe mindre usikkerhet til. Likevel er det andre forhold knyttet til flukterfaring, erfaringer fra krigshandlinger etc. som det er stor usikkerhet til. Vi vet at slike erfaringer kan påvirke helse negativt. En kunnskapsoppsumering fra 2015 konkluderte med at "Existing evidence suggests that mental disorders tend to be highly prevalent in war refugees many years after resettlement. This increased risk may not only be a consequence of exposure to wartime trauma but may also be influenced by post-migration socio-economic factors." (Bogic et al. 2015). Det er likevel stor usikkerhet om hvordan dette vil påvirke Ukrainske flyktningers helsetjenestebruk. Det skylde at vi ikke vet om andelen flyktninger som har direkte erfaring med krigshandlinger, omfanget og dybden i erfaringene og om flukt til Norge innebærer en seleksjonseffekt den ene eller andre veien.

Forskjeller i behov trenger ikke skyldes forskjeller i helse alene. Det er også andre forhold som kan påvirke som for eksempel formelle krav om dokumentasjon av sykemelding, graviditet eller behov for å få godkjent resepter på medikamenter for forhold de allerede er utredet for i Ukraina.

Usikkerhet i forskjeller relatert til barrierer og tilgang
Det er velkjent at flyktninger opplever både formelle og uformelle barrierer i møte med helsetjenester i de landene de oppholder seg i (WHO 2021). Barrierer kan innebære språkferdigheter, mangel på helse og helsetjenesteinformasjon, digitale barrierer, økonomiske barrierer, praktiske barrierer og legale barrierer. I Norge er det ikke formelle legale barrierer til helsetjenester for flyktninger med lovlig opphold (Helsetjenesteloven). Det antas at barrierer relatert til språk, helsekompetanse etc. er av betydning, men hvor mye dette påvirker vet vi ikke. I en kvalitativ studie er det dokumentert at økonomi kan oppleves som en barriere for å oppsøke helsetjenester i Norge på grunn av egenandelen, men omfanget av dette som barriere vet vi ikke (Magelssen et al. 2023). Vi vet heller ikke hvor mange kommuner som følger Helsedirektoratets råd om å invitere flyktninger til en egen helsesjekk om dette eventuelt leder til noe høyere forbruk enn det helsebehovet skulle tilsi.

5 Konklusjon

I denne rapporten har vi vist hvordan ulike scenarier for flyktningeankomster fra Ukraina sammen med ulike scenarier for deres helsetjenestebruk, vil slå ut for allmennlegetjenester i Norge.

Scenariene viser at selv ved nøkterne anslag på helsetjenestebruken og antall flyktninger som kommer til Norge i resten av 2025, vil det være et betydelig behov for ressurser. Dette gjelder særlig for høyeste scenario og med forutsetninger om høyere forbruk.

Vi antar at UDIs mellomscenario og med forbruk ut fra modell 2 er det mest sannsynlige scenarioet for 2025. Dette vil innebære tilsvarende 50 000 ekstra konsultasjoner i allmennlegetjenestene for nyankomne i 2025 alene og 530 000 ekstra konsultasjoner i allmennlegetjeneste dersom vi tar med allmennlegetjenester for alle flyktninger fra Ukraina sett under ett.

Det er behov for ytterligere vurderinger om hvordan helsetjenestene skal kunne håndtere de ulike scenariene og hva de høyeste scenarioene og toppene i november vil innebære sett i et beredskapsperspektiv. Kapasitetsutfordringene i allmennlegetjenestene i forbindelse med store flyktningeankomster vil være svært ulik i forskjellige deler i landet. Det er en betydelig styrke for kapasiteten i helsetjenestene at flyktningene bosettes spredt og at ressursbelastningen slik fordeles på mange kommuner.

Litteraturliste

Ahonen, E.Q., Benavides, F. G. and Benach, J. Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. Scand. J. Work Environ Health, 2007; 33: 96-104

Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights 15, 29 (2015). https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9

FHI 2023. Tuberkulosescreening av flyktninger og asylsøkere, FHIs nettsider, sist oppdater 2023 https://www.fhi.no/sm/asylsokeres-helse/tuberkulosescreening-av-asylsokere/

Gjefsen, H. M., Gjesvik, J., Skyrud, K. D., & Indseth, T. (2022). Scenarier for helsetjenestebehov for flyktninger fra Ukraina. Rapport FHI 2022

Hernes, V., Aasland, A., Deineko, O., Myhre, M. H., Liodden, T., Myrvold, T., ... & Danielsen, Å. Ø. (2023). Reception, settlement and integration of Ukrainian refugees in Norway: Experiences and perceptions of Ukrainian refugees and municipal stakeholders (2022-2023). NIBR-report 2023

IMDi 2024. Bosettningstall https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/bosettingstall/

Helsedirektoratet (2024a). Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 03. september 2024). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente

Karstoft KI, Korchakova N, Koushede VJ, Morton TA, Pedersen AA, Power SA, Thøgersen MH. (Complex) PTSD in Ukrainian refugees: Prevalence and association with acts of war in the Danish refugee cohort (DARECO). J Affect Disord. 2024 Dec 1;366:66-73. doi: 10.1016/j.jad.2024.08.170. Epub 2024 Aug 27. PMID: 39209278.

Labberton AS, Hansen TM, Skogheim TS, Helland Y. (2023). Healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022. [Helsetjenestebehov blant flyktninger fra Ukraina som kom til Norge i 2022] Report 2023. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2023.

Labberton, A. S., Ozeryansky, L., Helland, Y., Skogheim, T. S., & Hansen, T. M. (2024). Trends in the health status of Ukrainian refugees in Norway according to month of arrival during 2022. BMC Public Health, 24(1), 3127.

Magelssen R, Austveg B, Minja V. 2023. "Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl". Rapport 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

Popovac Z., 2022. Fluktens pris – postmigrasjonsvansker. Psykologtidsskriftet 2. mai 2022

Roberts, B., Makhashvili, N., Javakhishvili, J., Karachevskyy, A., Kharchenko, N., Shpiker, M., & Richardson, E. (2019). Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: Results from a nation-wide survey. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28(1), 100-111. doi:10.1017/S2045796017000385

UDI 2023. Rutinebeskrivelse for generelle krav til drift av asylmottak, sist oppdatert 2023. www.udi.no/globalassets/global/asylmottak/rutinebeskrivelse-for-generelle-krav-til-drift-av-asylmottak.pdf

UDI 2024a. Statistikk om Ukrainasituasjonen - UDI, Utlendingsdirektoratets nettsider https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/ukraina/

UDI 2024b. Tre ulike scenarioer for antall fordrevne fra Ukraina, UDI, Utlendingsdirektoratets nettsider https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikknotater/tre-ulike-scenarioer-for-antall-flyktninger-fra-ukraina/

UDI 2024c. Søknader om kollektiv beskyttelse etter søknadsuke (2022-2024), UDIs nettsider https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/soknader-om-kollektiv-beskyttelse-etter-soknadsuke-2022-2023/

UDI, 2024b. Scenarioer for antall fordrevne fra Ukraina i 2025, Rapport 3. desember 2024 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.udi.no/globalassets/statistikk-og-analyse/ukraina/scenarioer-om-antall-fordrevene-fra-ukraina-3.-desember-2024.pdf

WHO 2021. Common health needs of refugees and migrants: literature review. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO 2023. health-service-needs-and-access-for-refugees-from-ukraine.pdf

WHO 2024. Impacts of the largescale displacement from Ukraine on health systems in refugee-receiving countries in the WHO European Region Challenges and opportunities for transformative actions and policies Lastet ned 13.12.2024

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no