

RAPPORT

2022

Scenarier for helsetjenestebehov for flyktninger fra Ukraina

Scenarier for helsetjenestebehov for flyktninger fra Ukraina

Hege Marie Gjefsen, Jonas Gjesvik, Katrine Skyrud og Thor Indseth

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Helsetjenester
Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten
Mai 2022

Tittel:

Scenarier for helsetjenestebruk for flyktninger fra Ukraina

Forfatter(e):

Hege Marie Gjefsen
Jonas Gjesvik
Katrine Skyrud
Thor Indseth

Oppdragsgiver:**Prosjektnummer:****Publikasjonstype:****Bestilling:**

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

Rapporten kan også bestilles fra
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

Opplag:

ISBN trykt utgave
ISBN elektronisk utgave 978-82-8406-302-7

Emneord (MeSH): flyktninger, scenarier, framskrivninger

Sitering: Gjefsen HM, Gjesvik J, Skyrud K, Indseth T. "Scenarier for helsetjenestebruk for flyktninger fra Ukraina". Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.

Innhold

Innhold	3
Sammendrag	4
Innledning	4
Metode	4
Resultat	4
Diskusjon	4
Konklusjon	4
Forord	5
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Avgrensning og problemstilling	6
2 Metode	7
2.1 Forutsetninger om antall innvandrere	8
2.2 Forutsetninger om sammensetningen av innvandrere	8
2.3 Forutsetninger om helsetjenestebruk	9
3 Resultater	11
3.1 Bruk av allmennlegetjenester	11
3.2 Alternative forutsetninger for allmennlegebruk	12
3.3 Sykehusdøgn	15
4 Diskusjon	16
5 Konklusjon	17
Referanser	18

Sammendrag

Innledning

Russlands invasjon av Ukraina har ført til en umiddelbar økning i antall flyktninger til andre land i Europa. En slik situasjon krever økt beredskap hos helsetjenesten, og økt beredskap krever oppdaterte og pålitelige data for beslutningsgrunnlag.

Denne rapporten presenterer ulike scenarier for bruk av helsetjenester for flyktninger fra Ukraina i Norge framover. Vi bruker tall på registrerte asylsøkere frem til 10. mai som anslag på demografisk sammensetning, og kombinerer dette med UDI sine scenarier for antall flyktninger framover, samt det vi vet om helsetjenestebruk blant norskfødte i Norge etter alder og kjønn.

Metode

Vi tar utgangspunkt i scenariene fra UDI om antall flyktninger vi venter at skal komme og når de kommer. Vi kombinerer det med informasjon om månedlig helsetjenestebruk for norskfødte etter alder og kjønn. For informasjon om hvor mange som har kommet til nå, samt alders- og kjønnsfordelingen for dem, har vi brukt tall fra UDI (2022).

Resultat

Selv konservative estimater for antall flyktninger og deres forventede helsetjenestebruk gir markant økning i behovet for helsetjenester. Dette vil være spesielt merkbart i områder hvor helsetjenestene allerede er nær kapasitetsgrensene. Scenariene viser større økning i allmennlegetjenester enn økning i liggedøgn på sykehus.

Diskusjon

Scenariene vi har sett på i denne rapporten er basert på strenge og foreløpige forutsetninger. Etter hvert som utviklingen skrider frem vil kunnskapsgrunnlaget øke, og vi vet mer om hva vi kan forvente. Videre analyser og utforskning av scenarier er derfor interessant også fremover.

Vi har beskrevet situasjonen for Norge som helhet. Imidlertid er det store forskjeller mellom kommuner i hvor mange flyktninger de skal bosette og ha i akuttinnkvartering. Det er grunn til å anta at kommuner som tar imot mange flyktninger relativt til sitt innbyggertall, vil oppleve betydelig større belastning for helsetjenestene enn kommuner som tar imot færre. Kommuner med mindre allmennlegekapasitet i utgangspunktet vil også oppleve større belastning. Det er grunn til å tro at belastningen på helsetjenesten knyttet til akuttinnkvartering kan være større enn ved bosetning.

Konklusjon

Scenariene viser at betydelige flyktningetall vil kreve større kapasitet i helsetjenestene. Flere personer i landet med mulige helsetjenestebehov vil gi en økning i helsetjenestebruk i kommuner som tar imot flyktninger. Økningen er særlig stor for allmennlegetjenester. For allmennlegetjenesten gir forutsetning om lik helsetjenestebruk som norskfødte med samme kjønn og alder, og midtscenariet fra UDI, en økning i allmennlegetjenester i oktober 2022 tilsvarende 40 allmennleger.

Forord

Denne rapporten presenterer ulike scenarier som kan gi et bilde av den økte helsetjenestebruken ved ulike ankomsttall for flyktninger fra Ukraina. Scenarier for helsetjenestebruk fremover som følge av flyktningeankomster fra Ukraina er nyttig for å planlegge hvordan man kan bruke de tilgjengelige ressursene på en best mulig måte for å møte økte behov.

Anja Elsrud Schou Lindman
Oslo, mai 2022

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Russlands angrep på Ukraina har skapt en flyktningkatastrofe i Europa. Ifølge FNs beregninger var det per 13.05.22 om lag 7,7 millioner internt fordrevne og 5,5 millioner eksternt fordrevne. Flertallet av eksternt fordrevne oppholder seg i Polen. Per 13.05 er det registrert 16 415 asylsøkere fra Ukraina i Norge (UDI, 2022). Flyktningene som kommer vil ha behov for en rekke offentlige tjenester, inkludert helsetjenester.

For å kunne planlegge bedre vil det være nyttig for stat og kommune å ha et referansepunkt for hva vi vil kunne forvente av helsetjenestebruk for flyktninger som kommer fra Ukraina. Flyktninger som kommer til Norge, har i all hovedsak de samme helserettighetene som den øvrige befolkningen, og det stilles samme krav til kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2022). Selv usikre scenarier om deres helsetjenestebruk vil bidra til nødvendig planlegging og bedre utnyttelse av de tilgjengelige ressursene.

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 for flyktninger fra Ukraina avhenger av en rekke forhold, herunder 1) helsetjenestebehov som følger av flukt, krig og avbrutt helsehjelp i hjemlandet, 2) det generelle helsetjenestebehovet, og 3) helsetjenestebehovet knyttet til personer som har blitt evakuert for å sikre medisinsk behandling gjennom Medevac-programmet. Når vi har laget scenariene presentert her, har vi kun vurdert den generelle helsetjenestebruken gjennom året, altså punkt 2.

Resultatene er helt avhengige av forutsetningene. De sentrale forutsetningene som vi har lagt til grunn, er at flyktningene fra Ukraina har samme helsetjenestebruk som gjennomsnittspersonen født i Norge med samme alder og kjønn har samme kjønns- og aldersfordelingen som blant dem som er registrert i Norge i løpet av krigens første uker, basert på tall fra UDI¹.

Vi tar for oss to deler av helsetjenesten: Bruk av allmennlege og innleggelsesdøgn på somatiske sykehus. Helsetjenesten består imidlertid også av flere andre deler. Flyktningene vil også ha behov for en rekke andre helsetjenester, som for eksempel helsestasjonstjenester for små barn, rehabilitering, poliklinikk og psykisk helsevern. Manglende oppfølging i en del av helsetjenesten kan ha betydning for helsetjenestebruken i andre deler.

2 Metode

For å lage scenarier for helsetjenestebruk 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).

Vi gjør tilsvarende for somatikk i spesialistliggedøgn på somatiske sykehus. På denne måten får vi beregninger av hvordan helsetjenestebruk, enten i allmennlegetjenesten eller liggedøgn i somatisk sykehus, kan bli for flyktningene.

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 på metodebruk

	Antall konsultasjoner per måned	Antall flyktninger	Fremskrevet helsetjenestebruk: Antall flyktninger multiplisert med gjennomsnittlig antall konsultasjoner
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 fremskrevet helsetjenestebruk på 1 300 konsultasjoner

Scenarier er ikke prognoser for hvordan Folkehelseinstituttet tror flyktningenes helsetjenestebruk vil bli. Scenariene må tolkes som utfall eller et spenn av utfall dersom alle forutsetningene vi legger til grunn inntreffer. Ofte inkluderer scenariene en rekke forutsetninger vi ikke tror 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 framtidbilder vi bør være forberedt på. Det kan dermed være støtte for videre strategisk planlegging på lengre sikt.

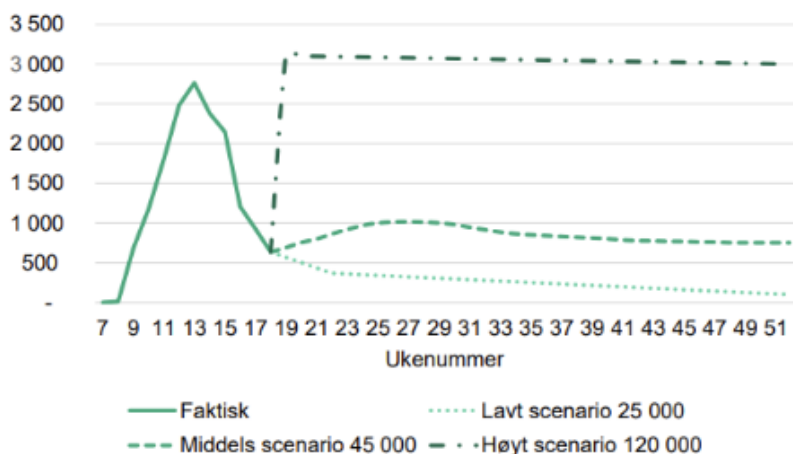
Det er betydelig usikkerhet knyttet til hvor realistiske forutsetningene vi legger inn er. Usikkerhet rundt den videre situasjonen i Ukraina og hva det betyr for hvor mange som kommer til Norge er et element. Usikkerhet rundt hvem som kommer er et annet. I tillegg er det stor usikkerhet rundt hva vi 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

Resultatene avhenger av hvor mange flyktninger fra Ukraina vi venter oss den neste tiden. Vi baserer oss på scenariene fra UDI (2022) både når det gjelder omtrentlig antall og ankomsttidspunkt.

Figur 1: Scenarier for flyktninger fra Ukraina til Norge i 2022. UDIs rapport fra 19. april



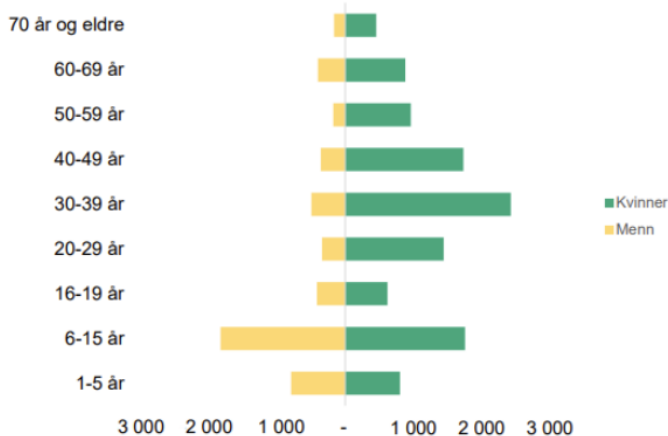
Kilde: UDI, 2022

I rapporten fra UDI ligger det inne tre ulike scenarier. Et lavt scenario, med om lag 25 000 flyktninger totalt, et middels scenario, med 40 000-50 000 flyktninger, og et høyt, med 100 000-120 000 flyktninger. I det høye scenariet vil flyktningeankomstene avta noe midlertidig, men være høy gjennom sommeren og utover høsten.

2.2 Forutsetninger om sammensetningen av innvandrere

Alders- og kjønns-sammensetningen av de som kommer har stor betydning, da kvinner og menn har behov for ulike mengde og ulike typer helsetjenester gjennom livet. Vi legger til grunn at aldersfordelingen blant de som kommer fremover vil være lik den vi har sett til nå. Vi baserer oss på data fra UDI for alder og kjønn blant de som var registrert frem til 10. mai (UDI, 2022).

Figur 2: Antagelser om aldersfordeling blant flyktingene. Ukrainske statsborgere som har søkt om asyl eller kollektiv beskyttelse per 8. mai.



Kilde: UDI, 2022

Aldersfordelingen har stor betydning for resultatene. Viktig her er at vi forutsetter at det er like mange flyktinger i slutten av 70-årene som de unge voksne. Både menn og kvinner har langt høyere bruk av helsetjenester i de høyere aldersgruppene. Sammenlignet med andre flyktinggrupper som kommer til Norge, er det frem til nå kommet langt flere eldre enn vanlig. At vi legger til grunn en betydelig flyktinggruppe i 70-årene vil bidra til relativt stor helsetjenestebruk. Tilsvarende vil også antagelsen om at det i stor grad er kvinner som kommer til Norge, bidra til økt helsetjenestebruk i scenariene, da kvinner i gjennomsnitt bruker mer helsetjenester enn menn.

2.3 Forutsetninger om helsetjenestebruk

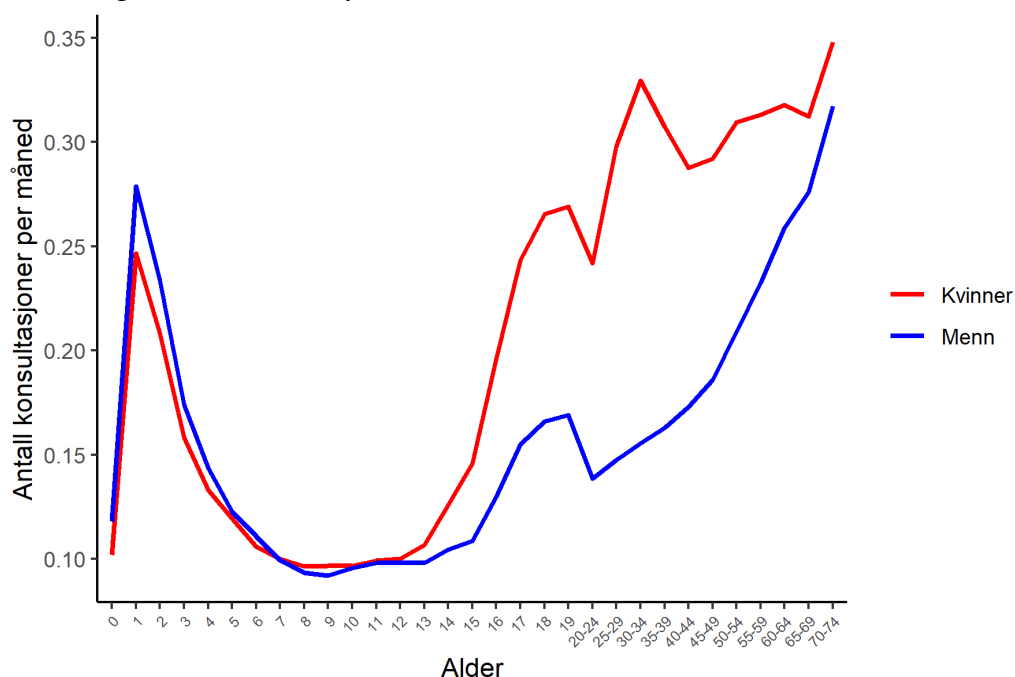
For å beregne helsetjenestebehovet tar vi utgangspunkt i observert helsetjenestebruk i 2019 blant personer født i Norge med samme kjønn og alder. Figur 3 og 4 viser henholdsvis årlig helsetjenestebruk for fastlege og legevakt, samt for sykehusdøgn. Figur 3 viser betydelig helsetjenestebruk for barn i barnehagealder, deretter økende bruk for kvinner fra tenårene, og for menn fra 40-årene. Figur 4 viser økende sykehusinnleggelseser fra 50-årene for menn. For kvinner ser vi økt tendens til flere sykehusdøgn i 20- og 30-årene som kan tilskrives barnefødsler. Økningen i sykehusdøgn knyttet til aldring inntreffer noe senere for kvinner enn for menn.

I antagelsene om aldersfordeling er personer over 70 år aggregert sammen. I scenariene får de tilskrevet helsetjenestebruk tilsvarende aldersgruppen 70-74 år. Det er sannsynlig at det også kommer personer som er eldre enn 74, og denne forutsetningen kan derfor bidra til å undervurdere helsetjenestebruken for denne gruppen.

For allmennlegebruk er det lagt til grunn alle fysiske og elektroniske konsultasjoner hos allmennlege og legevakt. I dag utgjør elektroniske konsultasjoner en langt større andel enn i 2019, da det kun var unntaket.

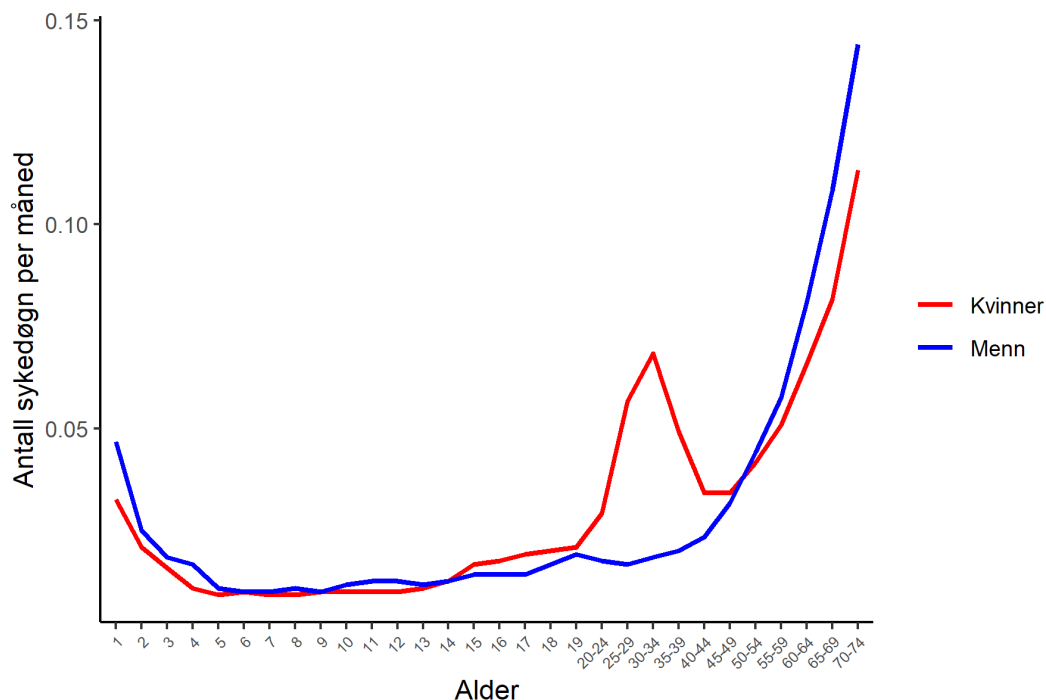
For antall liggedøgn er kun innleggelseser på somatiske avdelinger som regnes med. Vi bruker liggedøgn, definert som antall unike dager en enkelt person har vært på sykehuset i løpet av 2019, og finner gjennomsnittlig antall liggedøgn for hver alder og kjønn.

Figur 3: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per måned hos fastlege og legevakt i for ulike alderskategorier i 2019. Basert på data fra KUHR.



Kilde: Registerdata fra KUHR, 2019

Figur 4: Gjennomsnittlig antall sykehusdøgn (somatikk) per måned per alderskategori i 2019. Basert på data fra NPR.

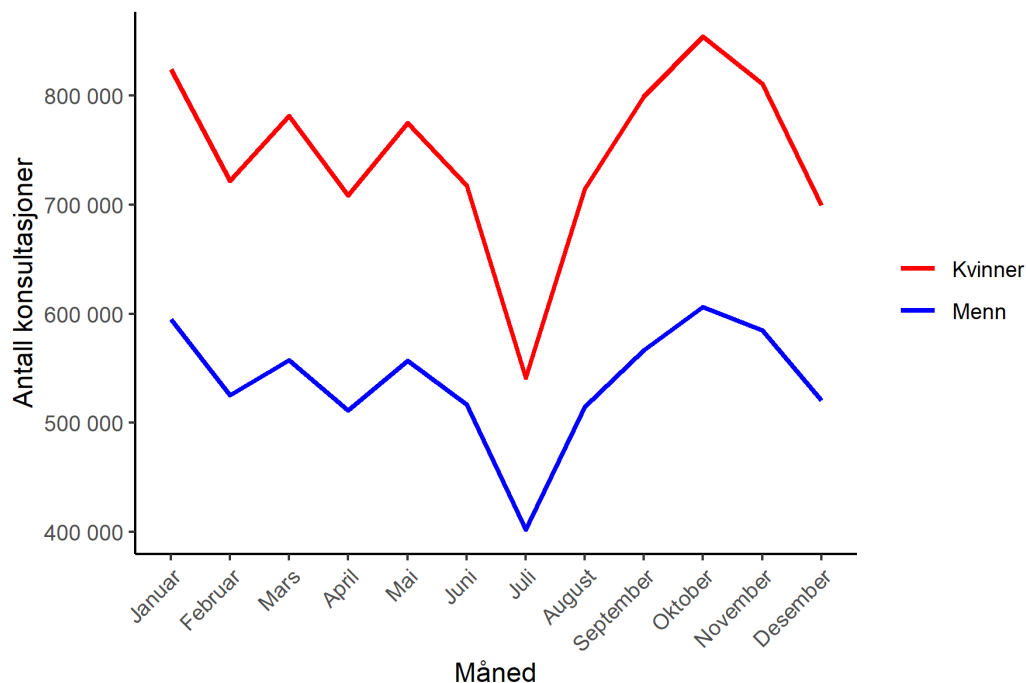


Kilde: Registerdata fra NPR, 2019

Det er betydelige forskjeller i helsetjenestebruken gjennom året for alle aldersgrupper, med få konsultasjoner i sommermånedene, og en topp i bruken i oktober, se figur 5. Merk også at antall konsultasjoner går ned i desember.

Ferie og helligdager bidrar til lavere helsetjenestebruk blant norskfødte, som vil føre til lavere helsetjenestebruk også for flyktninger i desember. I scenariene tar vi hensyn til dette ved å legge til grunn helsetjenestebruk per kalendermåned.

Figur 5: Utvikling i bruk av fastlege og legevakt per kalendermåned for hele befolkningen. Totalt antall konsultasjoner.



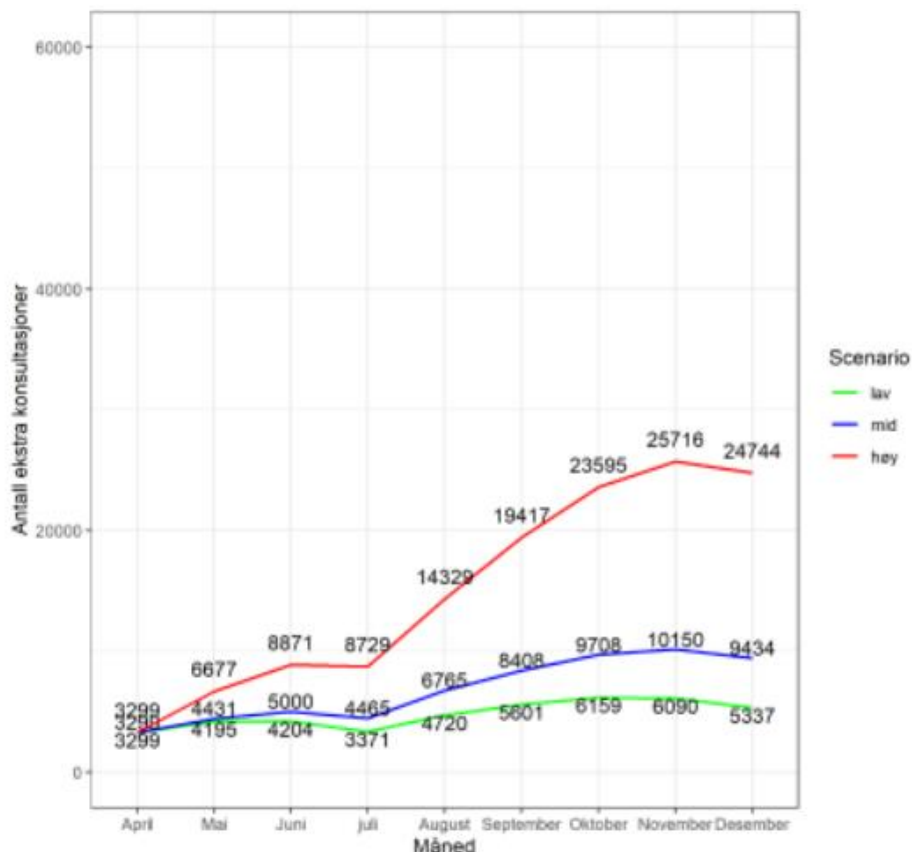
Kilde: Registerdata fra KUHR, 2019

3 Resultater

3.1 Bruk av allmennlegetjenester

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. Figur 6 viser utviklingen gitt det lave scenariet fra UDI (samlet ankomsttall på 25 000), gitt middelalternativet på 60 000, og gitt høyalternativet på 100 000.

Figur 6: Scenarier for antall konsultasjoner i allmennlegetjenesten ved ulikt antall flyktninger per måned.



Figur 6 viser scenarier for helsetjenestebruk gitt UDIs tre ulike scenarier for antall flyktninger gjennom 2022. I de tre ulike scenariene ser vi en økning i allmennlegebruken på mer enn 6 000 konsultasjoner i det laveste scenariet, i overkant av 10 000 ytterligere konsultasjoner i middelscenariet fra UDI, og mer enn 25 000 ytterligere konsultasjoner i oktober, måneden med det høyeste antallet konsultasjoner, ved det høye ankomstscaenariet fra UDI. Antall konsultasjoner er høyest i høstmånedene, både fordi det da er kommet flyktninger gjennom mange måneder og det er forutsatt at alle forblir i Norge i 2022, og fordi allmennlegebruken observert i Norge er høyere i høstmånedene enn om sommeren.

Dersom man legger til grunn at en vanlig allmennlege har om lag 250 konsultasjoner per måned i gjennomsnitt¹, tilsvarer konsultasjonene knyttet til midt-scenariet fra UDI omtrent 40 allmennleger i høstmånedene. Det lave scenariet tilsvarer rundt 24 allmennleger, mens det høye tilsvarer om lag 100 allmennleger.

3.2 Alternative forutsetninger for allmennlegebruk

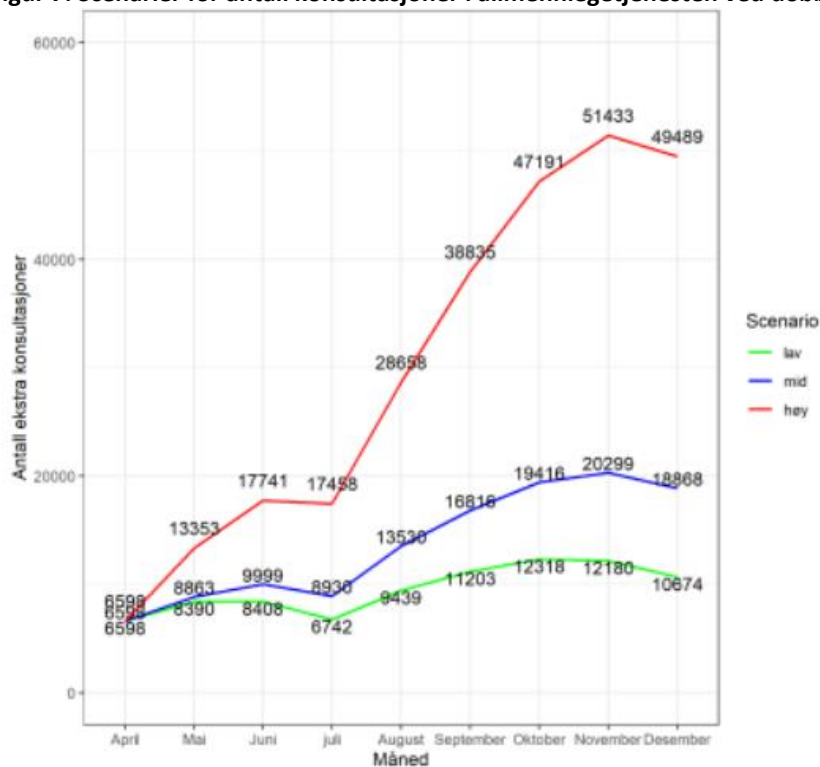
I tillegg til usikkerhet rundt hvor mange som vil komme de neste månedene, er det stor usikkerhet rundt hvor mye helsetjenester de vil bruke. Til vanlig forventer vi at flyktninger som kommer til Norge har generelt god helse. For flyktninger fra Ukraina er det mer usikkerhet rundt både helsetilstand og helsetjenestebruk.

¹ Antall fastlegekonsultasjoner var i 2019 14 761 080 (SSB, 2022), som fordelt på de 4 884 fastlegelistene (Helsedirektoratet, 2022) utgjør 3 022 konsultasjoner årlig og 252 konsultasjoner per måned per fastlege.

Det er grunn til å anta at helsetjenestebehovet vil være forskjellig for de første som kom til Norge og for de som kommer senere.

Figur 7 viser belastningen i helsetjenesten dersom vi legger til grunn at flyktingene vil ha dobbelt så høy helsetjenestebruk som de norskfødte i 2019. En tolkning av dobbel helsetjenestebruk kan være behov for tolk, som normalt sett krever om lag dobbel konsultasjonstid, eller at andre forhold knyttet til migrasjonssituasjonen eller helsen, gjør at deres helsetjenestebruk er høyere enn for den var for den norskfødte befolkningen i 2019.

Figur 7: Scenarier for antall konsultasjoner i allmennlegetjenesten ved dobbel helsetjenestebruk

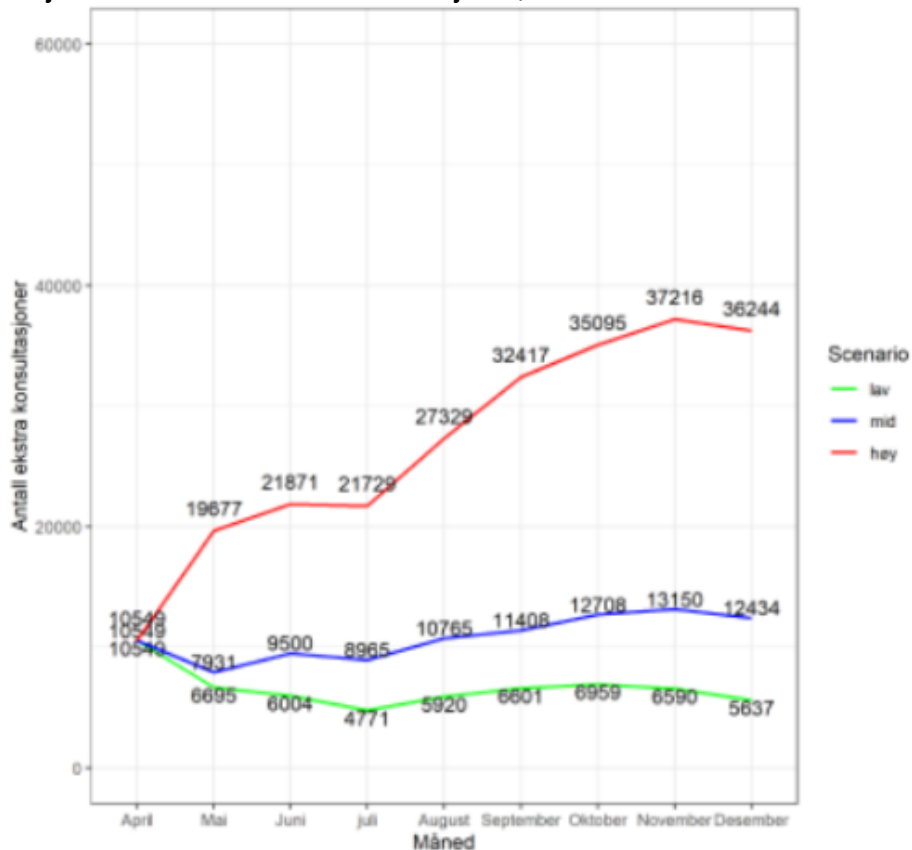


Resultatene i Figur 7 tilsier rundt 20 000 ekstra konsultasjoner i oktober og november i mellomscenariet, tilsvarende arbeidstiden til omtrent 80 allmennlege-månedsværk.

Det høye scenariet fra UDI sammen med forutsetning om dobbel helsetjenestebruk tilsvarer rundt 51 000 ekstra konsultasjoner, tilsvarende 200 allmennlege-månedsværk. Det lave scenariet fra UDI gir rundt 12 000 ekstra konsultasjoner.

I henhold til Helsedirektoratets veileder, skal alle flyktinger få tilbud om helsekartlegging i løpet av tre måneder. I Figur 8 har vi laget scenarier under forutsetning om en ekstra konsultasjon første måned etter ankomst i tillegg til gjennomsnittlig helsetjenestebruk som observert blant norskfødte.

Figur 8: Scenarier for antall konsultasjoner i allmennlegetjenesten ved gjennomsnittlig helsetjenestebruk med en ekstra konsultasjon i første måned etter ankomst



En ekstra konsultasjon første måned etter ankomst gir i midtscenariet i underkant av 8 000 ytterligere konsultasjoner i løpet av mai måned, 6 600 i det lave scenariet, og nær 20 000 i det høye scenariet. I det høye scenariet vil antall konsultasjon øke kraftig også utover høsten, da flyktningeankomstene i dette scenariet ikke avtar, men fortsetter. Det høye ankomstalternativet gi konsultasjoner i størrelsesorden nær 150 allmennlege-månedsværk i oktober, rundt 50 i midtalternativet, og rundt 25 i det lave scenariet.

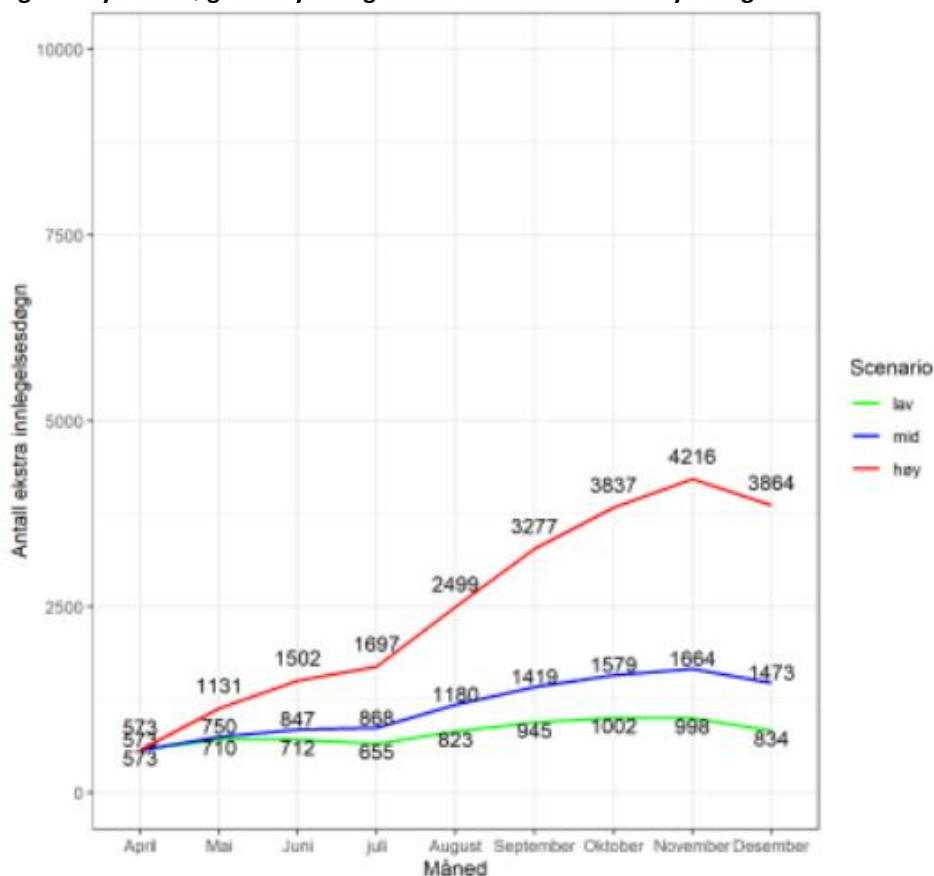
Tabell 2: Prosentvis økning i antall allmennlegekonsultasjoner i oktober ved ulike scenarier.

Scenario	Lavt ankomsttall	Middels ankomsttall	Høyt scenario	Middels scenario, Ekstra konsultasjon	Middels scenario, dobbel bruk
Prosentmessig økning i antall konsultasjoner i måned med høyest antall	0,42%	0,70%	1,76%	1,07%	1,40%
Antall allmennleger økningene tilsvarer ved 250 konsultasjoner/fastlege per måned	24	40	100	54	80

3.3 Sykehusdøgn

Også sykehusene kan bli belastet ved et stort antall flyktninger til Norge. Gruppen som til nå har ankommet er karakterisert ved en lav gjennomsnittsalder. Det innebærer også lavere bruk av de helsetjenestene som er tett forbundet med høy alder, som er overrepresentert i sykehusene. Imidlertid vil også andre befolkningsgrupper enn de eldre ha bruk for sykehustjenester med jevne mellomrom. Særlig gjelder dette kvinner i fruktbar alder i forbindelse med barnefødsler og i barns første leveår (jf. figur 3 og 4 over).

Figur 9: Sykehusdøgn for flyktninger ved ulike scenarier for flyktingetall.



Figur 9 og Tabell 3 viser en økende belastning utover året, med henholdsvis i underkant av 1 000, rundt 1 600 og opp mot 4 200 ytterligere innleggelsesdøgn som følge av helsetjenestebruk blant flyktingene. Dette kommer i tillegg til behov for sykehus for personer som er evakuert fra Ukraina for å få helsehjelp som en del av Medevac-programmet. Tabell 3 viser at om man regner om til prosent vil økningen utgjøre 0,29%, 0,48% og 1,23% for de ulike scenariene. Til sammenligning ble antall liggedøgn redusert med om lag 18 000 fra 2018 til 2019, mens midtscenariet vil gi årlig økning i innleggelsesdøgn på om lag 20 000.

Tabell 3: Prosentvis endring i innleggelsesdøgn ved ulike scenarier. Lavt, middels og høyt.

Scenario	Lavt	Middels	Høyt
Prosentvis endring	0,29%	0,48%	1,23%

4 Diskusjon

Forutsetningene som er lagt inn i disse tallene er ikke ment som realistiske anslag for utviklingen fremover, men som enkle og gjennomsiktede anslag som kan brukes som et referansepunkt i diskusjonen om hvilke behov som vil kunne gjøre seg gjeldende.

Det er gode grunner til å forvente at helsetjenestebruk blant flyktninger vil være forskjellig fra gjennomsnittspersonen i Norge. Blant personer som migrerer finner vi tradisjonelt bedre helse enn i resten av befolkningen, se for eksempel Ahonen mfl., 2007. Imidlertid kan dette være svært annerledes blant flyktninger fra Ukraina, som flykter fra våre nærområder. Videre er ikke helse nødvendigvis ensbetydende med helsetjenestebruk.

Flukt og krig i seg selv kan gi både fysiske og psykiske traumer, som kan bidra til et stort behov for helsetjenester fremover i tid i denne gruppen (Popovac, 2022; Roberts m.fl., 2017). Videre kan flukt og krig føre til avbrutt behandling, som kan gi økt helsetjenestebruk når de kommer til Norge.

For planleggingsformål er det en stor svakhet at vi har sett på hele Norge under ett, og ikke fordelt helsetjenestebruken geografisk. Vi kan ikke forvente at flyktningene blir fordelt jevnt utover landet, da vi vet at noen kommuner vil ta imot langt flere enn andre. Det betyr at også bruk av helsetjenester vil være svært forskjellig for ulike geografiske områder, og at utfordringene vil bli ujevnt fordelt. I tillegg vet vi at allmennlegekapasiteten er ulik i ulike kommuner. Dermed blir de lokale kapasitetsproblemene mye større enn analysen kan fremstå som å gi nå.

Vi venter forskjeller i helsetjenestebehovet i ulike deler av migrasjonsfasen. Særlig i ankomstfasen venter vi behov for å kartlegge helsetjenestebehov, behov for å starte opp igjen avbrutt behandling, samt behandling av skader i forbindelse med krigssituasjon og flukt. Kommuner med ulike former for midlertidig innkvartering, for eksempel asylmottak, vil derfor med stor sannsynlighet ha langt høyere press på helsetjenestene enn kommuner som bosetter flyktninger.

Det er stor usikkerhet knyttet til hva det faktiske behovet for helsetjenester er i ankomstfasen og hvor ressurskrevende dette er for kommunene og resten av helsetjenestene. Erfaringer og beregninger fra Oslo peker i retning av allmennlegebruk tilsvarende 1-1,5 dagsverk per 100 flyktning i mottak, som er langt høyere enn det vi har lagt til grunn i våre beregninger. Imidlertid vil bruk av helsetjenester også avhenge av tilgjengelighet av tjenestene. Økt allmennlegebruk i akuttinnkvarteringene er ikke tatt med i scenariene over.

Scenariene viser større virkninger på bruk av allmennlegetjenester enn på liggedøgn på sykehus. Det skyldes at personer i de yngre aldersgruppene er høyere representert enn i de eldste aldersgruppene som bruker sykehustjenester mest. Et viktig poeng i den sammenheng er at tjenestetilbudet av allmennlegetjenester i større grad er lokalt. Lokalt tjenestetilbud gjør at tjenesten er mer sårbar i mindre kommuner eller i kommuner som fra før har vanskeligheter med å få tak i helsepersonell.

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 helsetjenesten i Norge. Scenariene viser at selv ved nøkterne anslag på helsetjenestebruken og antall flyktninger som kommer til Norge i resten av 2022, vil det være behov for å se på beredskapsplaner og vurdere hvordan helsetjenestene skal kunne håndtere de ulike scenariene.

Vi finner særlig stor økning i bruk av allmennlegetjenester. Dette skyldes hovedsakelig alders- og kjønns sammensetningen på de vi antar vil komme.

Kapasitetsutfordringene i allmennlegetjenestene i forbindelse med store flyktningeankomster vil være svært ulik i forskjellige deler i landet. Noen kommuner vil motta få eller ingen flyktninger, mens andre vil ta imot mange, også i forhold til sitt normale innbyggertall. Kommuner med akuttinnkvartering vil kunne påvirkes mer enn andre kommuner, da vi kan vente at behovet for allmennlegetjenester er større i ankomstfasen enn når flyktningene har blitt bosatt. Enkelte kommuner kan ha en utfordrende allmennlegesituasjon i utgangspunktet, som vil bli ytterligere påvirket av flere personer med behov for disse tjenestene. Analysene i denne rapporten er derfor et argument for å også se hen til kapasitet i helsetjenesten i beslutning om akutt plassering og bosetning av flyktninger.

Referanser

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

Helsedirektoratet, 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/rettigheter-ansvar-organisering>

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

Roberts, B., Makhshvili, 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, 2022. Scenarioer om antall flyktninger fra Ukraina, 10. mai 2022. <https://www.udi.no/globalassets/statistikk-og-analyse/ukraina/scenarioer-om-antall-flyktninger-fra-ukraina-10.-mai-2022.pdf>

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2022
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no