

RAPPORT

2025

Helsetjenestebruk blant flyktninger etter bosetting i Norge

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Område for helsetjenester

August 2025

Tittel:

Helsetjenestebruk blant flyktninger etter bosetting i Norge

Ansvarlig:

Guri Rørtveit, direktør

Forfatter(e):

Ylva Helland, prosjektleder

Katrine Damgaard Skyrud

Angela S Labberton

Thor Indseth

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

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

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-516-8

Sitering:

Helland Y, Skyrud KD, Labberton AS, Indseth T. Helsetjenestebruk blant flyktninger etter bosetting i Norge. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2025.

OMRÅDE FOR HELSETJENESTER

Svar på oppdrag FK24 –

Helsetjenestebruk blant flyktninger etter
bosetting i Norge

August 2025

Oppdragstekst

Supplerende tildelingsbrev nr.4

Registerstudie om flyktningers helsetjenestebruk

«HOD ber FHI om å frembringe oversikt over flyktningers faktiske bruk av helse- og omsorgstjenester. Det er ønskelig å få oversikter som viser forskjeller mellom primær og spesialisthelsetjenesten og som viser eventuell geografisk variasjon. Primært er det ønske om at FHI prioriterer å foreta koblinger av datasett som kan frembringe denne kunnskapen. Beregningene publiseres som rapport. Engelskspråklig formidling i tillegg til norsk kan og vurderes av FHI.»

Innholdsfortegnelse

Oppdragstekst	2
Supplerende tildelingsbrev nr.4	2
Innholdsfortegnelse	3
Oppsummering.....	5
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Prosjektets formål.....	8
1.3 Avgrensninger	9
2 Metode	9
2.1 Data.....	9
2.2 Viktige begrensninger med datagrunnlaget	9
2.3 Definisjon av studiepopulasjon og oppfølgingsperiode.....	11
2.4 Statistiske analyser	11
3 Resultater	13
3.1 Beskrivelse av populasjonen	13
3.2 Antall kontakter i helsetjenesten siden bosetting.....	15
3.3 Utvikling i bruk av helsetjenester siden bosetting.....	19
3.4 Bruk av helsetjenester etter alder og kjønn	21
3.5 Diagnoser og andre årsaker til kontakt.....	23
3.6 Kommunevariasjon i fastlege- og legevaktstjenester	26
4 Diskusjon	27
Vedlegg.....	39
Vedlegg 1: Referansegruppen	39
Vedlegg 2: Nærmere beskrivelse av begrensninger i datagrunnlaget	40
Vedlegg 3: Kommunevariasjon i fastlege- og legevaktstjenester	41
Vedlegg 4: Enkel kartlegging av om kommunene har egen flyktningehelsetjeneste	46

Begrepsliste

<i>Innvandrere</i>	Innvandrere er definert som en person som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre
<i>Flyktning</i>	Flyktning eller familiegjennforent med flyktning er definert med variabelen <i>Igrus2 (SSB)</i> . Omfatter de personene som har fått beskyttelse i Norge, uten hensyn til om personer har fått flyktningsstatus etter flyktningkonvensjonen. Personer med opphold på humanitært grunnlag, overføringsflyktninger uten flyktningsstatus og personer med kollektiv beskyttelse er også inkludert.
<i>Midlertidig kollektiv beskyttelse</i>	Utlendingsloven har en særskilt bestemmelse i § 34 om kollektiv beskyttelse i en masseflyktsituasjon. Ordningen innebærer et unntak fra utgangspunktet om at en asylsøknad skal vurderes individuelt, da den åpner for å gi beskyttelse etter en gruppevurdering. Tillatelse gis for ett år av gangen og kan fornyes eller forlenges i inntil fem år fra det tidspunktet vedkommende første gang fikk oppholdstillatelse.
<i>Beskyttelse (asyl) på individuelt grunnlag</i>	En persons behov for beskyttelse vurderes av UDI etter Utlendingsloven § 28. Hvis søknad om asyl innvilges, får personen flyktningstatus. Tillatelsen gir vanligvis grunnlag for permanent oppholdstillatelse.,
<i>Overførings-/kvoteflyktning</i>	Etter anmodning fra FNs høykommissær for flyktninger, andre internasjonale organisasjoner eller andre instanser kan Norge motta et begrenset antall flyktninger på kvote fra utlandet. Disse personene kan ikke tilbys en varig løsning i det landet de befinner seg og presenteres for overføring til et tredje land.
<i>Nylig bosatte flyktninger</i>	I denne rapporten defineres nylig bosatte flyktninger personer som er bosatt i tidsperioden 01.04.2022-31.12.2023.
<i>Kontakter</i>	Kontakter innebærer alle typer kontakter i helsetjenesten. Eksempelvis inkluderes alle takster i primærhelsetjenesten, som enkel kontakt per telefon, blodprøve, revisjon av sykemelding og fysisk konsultasjon med en lege.
<i>Konsultasjoner</i>	For fastlege og legevakt er det inkludert tall for konsultasjoner (takstkode 2ad, 2ak, 2ed, 2ae, 2æk, 2fk, 2nk) for å kunne skille dette fra enkle kontakter

Oppsummering

I denne rapporten ser vi på registrert helsetjenestebruk etter bosetting blant flyktninger i årene 2022 og 2023. Totalt var det i overkant av 321 000 bosatte flyktninger i Norge i denne perioden. Nærmere 246 000 av disse ble bosatt før 2022, mens 75 500 flyktninger ble bosatt i norske kommuner i løpet av to-årsperioden, ca. 59 000 fra Ukraina og 14 500 fra andre land.

Resultatene for registrert forbruk viser at nylig bosatte flyktninger hadde nærmere 200 000 fastlegekontakter, inkludert 112 000 konsultasjoner med fastlege, og 28 000 legevaktkontakter i 2022-2023. Det ble benyttet tidstakst og/eller tolk i mer enn to av tre fastlegekonsultasjoner som indikerer lengre tid brukt per konsultasjon. Innen spesialisthelsetjenesten ble det registrert totalt 39 000 polikliniske konsultasjoner og over 12 000 dag- eller døgnopphold ved somatiske sykehus i samme periode. I psykisk helsevern hadde barn og voksne nylig bosatte flyktninger til sammen 8 600 polikliniske konsultasjoner, mens antallet dag- og døgnopphold var på litt under 500.

Gjennomsnittlig tid fra bosetting i kommunen til første kontakt var 3,6 måneder for flyktninger fra Ukraina og 3,3 måneder for flyktninger fra andre land, blant de som hadde kontakt med helsetjenesten i 2022–2023. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og nylig bosatte flyktninger fra andre land hadde i snitt henholdsvis 1,5 og 2,1 årlige fastlegekonsultasjoner i to års-perioden, justert for oppfølgingstid. Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner i den øvrige befolkningen i Norge var 2,9 i året, mens flyktninger bosatt før 2022, hadde 3,5 konsultasjoner i snitt per år. Når det i tillegg tas høyde for ulik alders- og kjønns sammensetning reduseres forskjellene mellom gruppene noe. Flyktninger som nylig er bosatt i Norge, brukte fortsatt fastlege sjeldnere enn både andre flyktninger og resten av befolkningen, med unntak av nylig bosatte unge kvinner fra andre land. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina hadde i snitt færrest antall fastlegekonsultasjoner, og ukrainske kvinner i fertil alder hadde særlig lavere bruk av fastlegen. Flyktninger som kom før 2022, gikk fremdeles oftere til fastlegen, sammenlignet med øvrige grupper. I legevakt hadde alle flyktninggrupper i snitt litt høyere antall konsultasjoner enn øvrig befolkning.

Når det gjelder somatisk spesialisthelsetjeneste hadde nylig bosatte flyktninger fra Ukraina i snitt 0,9 årlige kontakter med somatisk sykehus, mens nylig bosatte flyktninger fra andre land hadde høyere bruk, med 1,4 årlige kontakter, justert for oppfølgingstid. Gjennomsnittlig antall kontakter med somatisk sykehus blant flyktninger med lengre botid var i snitt 1,3 i året, mens øvrig befolkning hadde i snitt 1,4 årlige kontakter. I alders- og kjønnsstandardiserte analyser, reduseres forskjellene mellom gruppene og antall årlige kontakter med somatisk sykehus var ganske likt. Nylig bosatte flyktninger fra andre land hadde imidlertid noe flere kontakter i året enn øvrig befolkning. Ukrainske kvinner brukte somatisk sykehus sjeldnere enn øvrige kvinner fram til 50 års alder. I psykisk helsevern hadde nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (0,1) og andre land (0,2) betydelig færre gjennomsnittlig antall konsultasjoner, enn øvrig befolkning og bosatte før 2023 (0,5), justert for oppfølgingstid. Forskjellen i bruk forsterkes noe mellom nylig bosatte flyktninger og øvrig befolkning etter at det er tatt hensyn til ulik alders- og kjønns sammensetning.

Undersøkelsene våre kan ikke forklare årsaken til forskjeller i helsetjenestebruk mellom ulike flyktninggrupper og resten av befolkningen, eller hvorfor nylig bosatte flyktninger hadde lavere registrert bruk av fastlegjetjenesten og psykisk helsevern enn både flyktninger med lengre botid og øvrig befolkning. For å finne årsakene, trengs det andre metoder og mer forskning. Det kan være mange og sammensatte grunner, for eksempel ulik botid, forskjeller i helse og barrierer i helsetjenesten, og noe kan være knyttet til ulik registrering av helsetjenester til flyktninger i kommunene.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I denne rapporten ser vi på helsetjenestebruk blant flyktninger og undersøker om det er forskjeller i helsetjenestebruk mellom ulike grupper av flyktninger. Vi belyser også om helsetjenestebruken blant flyktningene varierer etter hvor i landet de er bosatt.

Fullskalainvasjonen av Ukraina i februar 2022 førte til det største antall flyktninger i Europa siden 2. verdenskrig. Per juni 2025 har nærmere 93 000 ukrainere kommet til Norge (UDI, 2025e). Samtidig meldte Utlendingsdirektoratet (UDI) om nærmere 25 prosent økning i flyktninger fra andre land fra 2022 til 2023 (UDI, 2023). Det sees særlig flere ankomster fra Tyrkia, Syria og Eritrea (UDI, 2025a). Fra 2022 er det bosatt i snitt 30 000 flyktninger hvert år fordelt på mange av landets kommuner (IMDi, 2025b). Flukt har vært den dominerende årsak til innvandring til Norge etter 2021, framfor familiegjeningforening, arbeid og utdanning. Flyktninger skiller seg fra andre innvandrergupper ved at utvandringen fra eget opprinnelsesland er tvungen, og i henhold til FN er krig, konflikt, forfølgelse og alvorlige menneskerettighetsbrudd hovedårsakene til at mennesker flykter (FN-Sambandet, 2025). Disse faktorene, i kombinasjon med alle endringer det medfører å bosette seg i et fremmed land, kan påvirke helsen og behovet for helsetjenester.

Helsetjenestebruk blant flyktninger

Flyktninger som kommer til Norge har samme rett til helsetjenester, inkludert fastlege, som resten av Norges befolkning. Retten til helsehjelp gjelder fra personen ankommer Norge for å søke beskyttelse. Den enkelte kommune har ansvar for å yte helsetjenester til alle som oppholder seg i kommunen, inkludert til nyankomne flyktninger med tidlig behov for helsehjelp (Helsedirektoratet, 2023).

Helsetjenestebruk blant flyktninger kan påvirkes av en rekke forhold, som helsetjenestebehov relatert til krig, flukt og avbrutt helsehjelp i opprinnelseslandet, opprinnelig helsetjenestebehov før flukten, og tilgang til informasjon om helsetjenesten i Norge. En nyere studie viste at nyankomne flyktninger i mindre grad hadde mottatt forståelig informasjon om helsetjenestene, visste hvordan de kunne komme i kontakt med helsetjenesten, eller hadde mottatt helsetjenester i Norge de opplevde de trengte, sammenliknet med flyktninger som hadde vært i landet lengre (Labberton, 2023). En kvalitativ studie om informasjon om helserettigheter og helsetjenester i ankomstsenter og transittmottak fra 2017 viste at informasjonen er tilgjengelig for de beboerne som oppsøker den, men at det er behov for mer systematisk informasjonsformidling (Bergh, 2017).

Per januar 2025 er majoriteten av flyktninger fra Ukraina kvinner over 18 år og barn (henholdsvis 42 prosent og 31 prosent), mens 27 prosent er menn over 18 år (UDI, 2025c). Dette er forskjellig fra andre flyktninggrupper som søker asyl i Norge, hvor flertallet er menn (UDI, 2022). Blant flyktninger fra Ukraina er det også en høyere andel personer over 65 år, sammenliknet med andre flyktninggrupper.

En rapport om scenarier for bruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina i 2025 antok at det vil være et betydelig behov for ressurser når det gjelder bruk av allmennlegetjenester selv ved relativt nøkterne anslag på helsetjenestebruken og antall flyktninger som kommer til Norge i gjenværende del av 2025 (Gjefsen, 2025). UDIs mellomscenarier for ankomster innebærer 50 000 ekstra konsultasjoner i allmennlegetjenestene for nyankomne flyktninger i 2025 alene og 530 000 ekstra konsultasjoner i allmennlegetjenesten hvis man tar med både de som allerede har kommet og de som eventuelt kommer i 2025. Dette er i samsvar med antagelser i en tidligere rapport som så på

ulike scenarioer for forventet helsetjenestebruk blant ukrainske flyktninger for 2023 og som viste en mulig markant økning i behovet for helsetjenester selv ved relativt konservative estimater (Gjefsen, 2022). Scenarioene tok utgangspunkt i månedlig helsetjenestebruk for norskfødte etter alder og kjønn. Erfaringer fra kommuner og statsforvaltere, slik de kommer fram i jevnlig møter i regi av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), peker også på en betydelig økning i behovet for helsetjenester blant ankomne flyktninger.

To nyere litteraturoversikter som kartla flyktninger og helsetjenester i Europa indikerte umøtte helsetjenestebehov, særlig innenfor psykisk helse og tannhelse. Oversiktene beskrev også betydelige barrierer for bruk av helsetjenester blant flyktninger, inkludert språk- og kommunikasjonsbarrierer, og overforbruk av akutte tjenester og underforbruk av primærhelsetjenester, samt diskriminering og økte helseutgifter (Lebano, 2020; Nowak, 2022). Det er indikasjoner på ulikt mønster for bruk av helsetjenester blant innvandrere sammenlignet med den øvrige befolkningen, inkludert forsinkelse i å oppsøke helsetjenesten, også ved akutt sykdom. En australsk studie fant at innvandrere var 60 % mindre tilbøyelig til å oppsøke helsehjelp for brystsmarter innen en time etter symptomdebut, sammenlignet med australsk-fødte (Wechkunanukul, 2022). Videre er annen bruk av akuttmottak og prehospitale tjenester, eksempelvis for ikke-akutte tilstander, funnet hyppigere blant utenlandsfødte (Klein, 2024), relatert til ressursmangel innen økonomi, helsekompetanse, og ufaglært arbeid (O'Cathain A, 2022), samt bruk av uformell tolk og begrenset kjennskap til helsetjenesten (Phung, 2022). Forskjeller i omfang av kontakt med fastlege og spesialisthelsetjenester blant flyktninger og innvandrere i europeiske land er beskrevet relatert til kjønn, botid, opprinnelsesland, alder og lav helsekompetanse (Nowak, 2022).

Det er begrenset kunnskap om bruk av helsetjenester blant flyktninger i Norge, også blant de under 18 år som utgjør en betydelig andel av flyktningene som ankommer. Når man ser på innvandrere samlet gir tidligere studier indikasjon på et noe annet bruksmønster av helsetjenester enn blant dem uten innvandrerbakgrunn, men resultatene er ikke konsistente og kan variere etter faktorer som landbakgrunn, migrasjonsårsak og botid (Blom, 2008; Elstad, 2016; Lunde, 2013; Vrålstad, 2017). Det er blant annet sett lavere bruk av fastlegetjenester og høyere bruk av legevakt blant ulike grupper av innvandrere (E. Diaz, Calderon-Larranaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., Gimeno-Feliu, LA., 2014; Ruud, 2017; Texmon, 2024). Antall registrerte konsultasjoner hos fastlegen varierer betydelig etter landbakgrunn, kjønn og alder. Justert for alder finner Texmon noe lavere bruk av fastlegetjenester blant innvandrere fra EU utenom Norden og noe høyere blant innvandrere fra lav- og middelinntekstland (Texmon, 2024). Det er også rapportert lavere bruk av spesialisthelsetjenester blant innvandrere, både innen somatikk og psykiatri (Elstad, 2015). Når det differensieres på migrasjonsårsak sees høye innleggelsesrater blant flyktninger, særlige blant nyankomne, sammenlignet med andre innvandrergrupper (Elstad, 2016). Det er tilsvarende indikasjon på høyere bruk av fastlegetjenester blant flyktninger, også etter lang botid (E. K. Diaz, B.N., 2014).

Innvandrere til Norge er en uensartet gruppe med store forskjeller i årsak til migrasjon, botid i Norge, utdanningsnivå, sysselsettingsgrad og landbakgrunn. Generelt har nyankomne innvandrere ofte bedre helse enn befolkningen i ankomstlandet, men helsen forverres over tid (WHO, 2018). Dette er også rapportert i Norge (Kjøllesdal, 2019; Vrålstad, 2017). Samtidig ser man at helsestatus varierer etter innvandringsårsak og flyktninger har dårligere helse enn øvrige migrasjonsgrupper (Diaz, 2015; Syse, 2018), men fremdeles bedre sammenlignet med den generelle befolkningen (Syse, 2018). Imidlertid finner flere undersøkelser at flyktninger og andre innvandrere oppgir dårligere selvrapportert helse sammenliknet med befolkningen for øvrig (Blom, 2008; Kjøllesdal, 2019; Kumar, 2008; Vedaa & Indseth, 2025). Folkehelseundersøkelsen i Oslo fra 2024 viste vesentlig dårligere selvrapportert helse, høyere grad av psykiske plager og dårligere selvrapportert tannhelse blant innvandrere fra Østlige Europa, Asia og Afrika. Undersøkelsen sett under ett viste også noe lavere

skår på ulike livskvalitets- og levekårsindikatorer i de samme gruppene. Det samme gjelder innvandrere fra Ukraina som også hadde betydelig dårligere skår på selvopplevd helse, psykiske plager, og tannhelse (Vedaa & Indseth, 2025). I en spørreundersøkelse blant ankomne fra Ukraina til Norge i 2022 oppgav flyktningene dårligere helse alt i alt, med mer langvarig sykdom eller helseproblemer, dårligere psykisk helse med flere psykiske plager, og betydelig dårligere tannhelse, sammenlignet med den generelle norske befolkningen (Labberton, 2023). Tilsvarende rapporterte en lavere andel syriske flyktninger bosatt i Norge i 2017/2018 god selvrapportert helse sammenlignet med øvrig befolkning, og tross signifikant økning i helserelatert livskvalitet fra før ankomst til Norge til ett år etter bosetting holdt skåren seg under den internasjonale referanseverdien (Haj-Younes, 2020).

Det høye antallet ankomster vil innebære et økt forbruk av helsetjenester. Det er over tid meldt om kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten, inkludert i fastlegeordningen. Tross en forbedring i fastlegetjenesten står mer enn 150 000 personer på liste uten fast tilknyttet fastlege per mars 2025 (Helfo). Kapasitets- og rekrutteringsutfordringer er imidlertid varierende i landet, og studien vil derfor se på helsetjenestebruk etter geografisk fordeling.

Flyktningstatus og ulik tid fra ankomst til bosetting etter grunnlag for beskyttelse

Årsaker til innvandring inkluderer flukt, arbeid, utdanning, og familiegjenforening. Det har variert over tid hva som har vært de vanligste innvandringsgrunnene til Norge. Fram til Stortinget innførte innvandringsstopp i 1975 kom de fleste innvandrere grunnet arbeid, hovedsakelig fra Pakistan, Tyrkia og Marokko. Lenge var flukt og familiegjenforening de vanligste årsakene til innvandring, etterfulgt av arbeidsinnvandring etter utvidelsen av EU til tidligere Østeuropeiske land i 2004 og 2007, og arbeid og familiegjenforening i perioden 2017-2021. I 2015-2016 og 2022-2023 var flukt igjen den primære årsaken til innvandring til Norge (SSB, 2025a; UDI, 2025d). Flyktninger har kommet til Norge fra Vietnam, Chile, Sri Lanka og Iran på 1980-tallet, fra Balkan tidlig på 90-tallet og fra Irak, Somalia, Afghanistan og Syria fra slutten av 90-tallet gjennom 2010-tallet, etterfulgt av Ukraina fra 2022.

Personer kan oppnå flyktningstatus i Norge ved å søke asyl og få innvilget kollektiv eller individuell beskyttelse. I tillegg kan Norge motta et begrenset antall flyktninger på kvote fra utlandet etter anmodning fra FNs høykommissær for flyktninger, andre internasjonale organisasjoner eller andre instanser. Tiden fra personen ankommer og søker asyl i Norge til bosetting i kommunen varierer etter om det opprettes en kollektiv beskyttelse-sak eller en ordinær asylsak. Flyktninger som får midlertidig kollektiv beskyttelse har forholdsvis kort tid fra ankomst til bosetting, med gjennomsnittlig 75 dager i 2022 og 84 dager i 2023. Dette gjelder for nær alle ankomne fra Ukraina i denne tidsperioden. Flyktninger som får innvilget beskyttelse på individuelt grunnlag har betydelig lengre tid til bosetting grunnet lang behandlingstid av asylsøknad. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for søknad om individuell beskyttelse var 151 dager i 2022 og 201 dager i 2023, og tid fra ankomst til bosetting var rundt 600 dager for begge årene (UDI, 2025b). Overføringsflyktninger er i en særstilling og tildeles bosettingskommune før de ankommer landet. Det er kun unntaksvis at overføringsflyktninger innkvarteres på mottak i påvente av bosetting, og de bosettes i all hovedsak direkte i tildelt kommune etter ankomst i Norge (IMDi, 2024).

1.2 Prosjektets formål

Prosjektets formål er å studere helsetjenestebruk blant flyktninger og undersøke om det er forskjeller i helsetjenestebruk mellom ulike grupper av flyktninger. Vi skal også belyse om helsetjenestebruken blant flyktningene varierer etter hvor i landet de er bosatt.

1.3 Avgrensninger

Helsetjenestebruk i årene 2022-2023 og etter bosetting i kommunen

I denne rapporten beregnes bruk av helsetjenester i 2022 og 2023. Vi vurderer at det er mest relevant å se på helsetjenestebruk i forbindelse med den sterke økningen i ankomsttall i denne tidsperioden, med tanke på kapasiteten i helsetjenesten, og særlig i den kommunale tjenesten.

En ytterligere avgrensning er at vi kun undersøker helsetjenestebruk blant flyktninger etter bosetting i kommunen. Dette er på grunn av begrensninger i dataene. SSB/Folkeregisteret inneholder kun dato for bosetting, dato for ankomst til Norge er foreløpig ikke tilgjengelig i registeret. Helsetjenestebruk i tiden fra ankomst til bosetting inngår derfor ikke i denne rapporten.

2 Metode

2.1 Data

I analysene i denne rapporten er det benyttet data fra flere nasjonale registre, inkludert data om befolkningen (kjønn, alder, registreringsstatus (bosatt, emigrert, innvandret, død) og innvandringsgrunn (flyktning eller familieegjenforent med flyktning) fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg har vi informasjon om bostedskommune hvert år. Disse opplysningene er deretter koblet på individnivå med helsedata fra primærhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenester fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), inkludert Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Helse- og omsorgstjenester (HOM), og spesialisthelsetjenesten fra Norsk Pasientregister (NPR).

2.2 Viktige begrensninger med datagrunnlaget

Datagrunnlaget i denne rapporten er basert på opplysninger i nasjonale registre. Registerne er utviklet for annet formål enn forskning og gir noen begrensninger som datagrunnlag for å beregne helsetjenestebruk blant flyktninger i Norge, og i særlig grad i den første tiden etter ankomst til Norge. Disse begrensningene beskrives nærmere under.

Registrering av ankomst til Norge i Folkeregisteret – ankomstdato versus bosettingsdato

Folkeregisteret har kun informasjon om dato for bosetting av flyktninger, ikke ankomstdato til landet. Manglende informasjon om når den enkelte flyktning ankom Norge medfører at vi ikke har mulighet til å beregne helsetjenestebruk i den første fasen av opphold i Norge fram til bosetting i kommune. Tid fra ankomst til bosetting er forskjellig for ulike grupper av flyktninger etter grunnlag for beskyttelse. Det vil derfor variere hvor lang tid denne usikkerheten gjelder for estimeringen av helsetjenestebruk blant ulike flyktninggrupper, se avsnittet *Flyktningstatus og ulik tid fra ankomst til bosetting etter grunnlag for beskyttelse* pkt.2.1.

Registrering av helsetjenestebruk i kommunehelsetjenesten

Dataene i KUHR, som inngår i KPR, dannes på grunnlag av regningskort sendt til Helfo. Regningskortene inneholder blant annet aktivitetsbaserte takster, diagnosekoder og informasjon om behandler og pasient. Det sendes regningskort til Helfo for hver kontakt den enkelte pasient har med en behandler. I KPR inkluderer behandlere blant annet fastleger, allmennlege på legevakt, helsestasjon, tannlege, og fysioterapeuter og psykologer med avtale.

Tjenester som ikke finansieres ved aktivitetsbaserte takster fanges ikke opp i registerne og inngår derfor ikke i datagrunnlaget. Dette gjelder blant annet allmennlegetjenester på helsestasjon og

sykehjem, og fysioterapi- og ergoterapitjenester som inngår i kommunal tjeneste og ikke mottar finansiering gjennom Helfo. Videre er det begrenset informasjon om helsestasjonstjenesten i KPR-databasen. For den aktuelle tidsperioden inngår kun informasjon om konsultasjon hos jordmor i datagrunnlaget vårt.

Denne begrensningen i datagrunnlaget for å beskrive helsetjenestebruk i kommunehelsetjenesten gjelder for hele befolkningen i Norge. For nylig bosatte flyktninger er det ytterligere begrensninger som det er viktig å være oppmerksom på og som blir særlig relevante ved vurdering av kapasitet i tjenestene. Disse kan i hovedsak oppsummeres i to hovedgrupper;

A. Legetjenester og annen helsehjelp som gis utenfor ordinær tjeneste eller i privat tjeneste

Dette punktet omhandler helsetjenester/kontakter hvor det for den øvrige befolkningen takstes og registreres aktivitet på den enkelte bruker, for eksempel fastlegetjenester, men hvor dette **ikke registreres** for tjenester gitt til flyktninger. Manglende registrering av allmennlegetjenester til flyktninger kan skje i kommuner som har egen flyktninghelsetjeneste. Det medfører at en andel av tjenestene som flyktninger bruker ikke fanges opp i de nasjonale registrene og derfor ikke inngår i datagrunnlaget, til forskjell fra den øvrige befolkningen. Mer detaljert beskrivelse finnes i Vedlegg 2.

Private tjenester har ikke rett til refusjon for sine tjenester og det genereres ikke regningskort til Helfo. Disse tjenestene har heller ikke rapporteringsplikt til nasjonale helseregistre og det mangler nasjonal oversikt over tjenestene som ytes til den enkelte pasient. Eventuell bruk av private tjenester på individnivå fanges derfor ikke opp i dataene.

B. Helsehjelp som inngår i ordinær drift og der aktivitet ikke registreres på den enkelte bruker

Begrensningen er særlig relevant ved vurderinger om kapasitet i helsetjenestene når sluttbruker er nyankommet flyktning siden oppgavene gjøres i ordinær drift og ikke synliggjøres av takster eller i kommunenes rapporteringsverktøy. Eksempler på oppgaver kan være kartlegging av vaksinestatus og oppvaksining av den enkelte flyktning. Disse oppgavene kan være tidkrevende og det er ofte behov for flere konsultasjoner pr bruker. Andre aspekt som er relevant for kapasiteten i tjenesten kan være:

- Lengre konsultasjonstid: En rekke forhold gir lengre konsultasjoner når pasienten er flyktning, eksempelvis bruk av tolk, ikke kjent anamnese, et større behov for veiledning og informasjon, og tilpasning av tilbud. Der tjenesten genererer regningskort blir noe fanget opp av tidstakst, men en rekke av disse oppgavene gjøres i forbindelse med helsehjelp i ordinær drift uten registrering av aktivitet på den enkelte bruker.
- Administrativt merarbeid: Dette kan omhandle oppfølging og videresending av prøvesvar eller journal, reiseutgifter til røntgen undersøkelse (tuberkulose), veiledning og tilpasning av tilbud.

Tannhelsetjenester

KPR-KUHR inneholder kun refusjonsberettiget aktivitet, dvs. den aktivitet som får stønad fra Helfo, og utgjør ca. 10% av den totale tannlege/tannpleier-aktiviteten i Norge. Dette omfatter a) tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer, b) tannregulering, hovedsakelig til barn og unge, og c) tann-/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander (Helsedirektoratet, 2025b).

Det gis ikke stønad fra Helfo hvis pasienten har rettigheter etter finansierings- og tilskuddsordninger for tilrettelagt tannhelsetilbud eller har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Dette innebærer at

dekningen for barn og unge i dataene er lav, fordi denne gruppen har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Det er forventet at tannlegetjenester fra både den offentlige helsetjenesten og private tannleger vil innrapporteres til KPR uavhengig av refusjon/stønad, og bli inkludert i løpet av 2026.

2.3 Definisjon av studiepopulasjon og oppfølgingsperiode

I rapporten har vi inkludert alle som var bosatt i Norge i løpet av 2022-2023. Vi har delt populasjonen i fire grupper; 1) nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (01.04.2022-31.12.2023), 2) nylig bosatte flyktninger fra andre land (01.04.2022-31.12.2023), 3) flyktninger bosatt før 01.04.2022, og 4) øvrige befolkning (alle ikke-flyktninger bosatt i 2022-2023). Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina eller flyktninger fra andre land omfatter de som ble bosatt i Norge i løpet av 2022 og 2023, f.o.m. 01.04.2022, basert på antagelsen om april som oppstart av bosetting av flyktninger fra Ukraina. Flyktninger bosatt før 01.04.2022 inkluderer flyktninger med alle fødeland, og vil videre omtales som «flyktninger bosatt før 2022». Definisjonen av personer med flyktningbakgrunn er alle som er definert som flyktning eller familiegjennforent med flyktning med *Igrus2*, kode 71 og 74 (SSB). Øvrige befolkning består av alle andre personer bosatt i Norge, definert med fødselsnummer, inkludert øvrige innvandrere som ikke er definert som flyktning eller familiegjennforent med flyktning med *Igrus2*. Merk at personer i den øvrige befolkningen og flyktninger bosatt før 2022 som enten fødes eller dør mellom 1.1.2022-31.3.2022 er inkludert da vi kun har status per 1.1 hvert år.

Inklusjonsperioden for helsetjenestebruk settes til tidsperioden 01.04.2022-31.12.2023 for alle grupper. Avgrensning av de tre første månedene i 2022 er også relatert til høy andel koronarelatert helsetjenestebruk blant bosatte før april 2022.

2.4 Statistiske analyser

Rapporten inkluderer ulike utfallsmål for helsetjenester etter bosetting i kommunen for de fire gruppene. For de fleste utfallene vil vi ta hensyn hvor lenge de har vært bosatt i Norge.

3.4.1 Utfallsmål

Totalt antall kontakter

Utfallsmålet 'totalt antall kontakter' innebærer alle type kontakter. Eksempelvis, inkluderes alle takster i primærhelsetjenesten, som enkel kontakt per telefon, blodprøve, revisjon av sykemelding og fysisk konsultasjon med en lege. For fastlege og legevakt har vi også inkludert tall for konsultasjoner (takstkode 2ad, 2ak, 2ed, 2ae, 2aek, 2fk, 2nk) for å kunne skille dette fra enkle kontakter. Andelen av konsultasjoner hvor fastlegen bruker tidstakst (takstkode 2cd) eller tolk (takstkode 7) er beregnet ut fra konsultasjonstakstene 2ad og 2ae. For spesialisthelsetjenesten vil en poliklinisk kontakt, en dag-innleggelse og en døgn-innleggelse telles som en kontakt hver. For helse- og omsorgstjenester har vi kun informasjon om nye vedtak og ikke varigheten av disse tjenestene.

For å lettere kunne sammenligne de ulike gruppene av flyktninger mot den øvrige befolkningen har vi i tillegg beregnet årlig antall kontakter per person hvor vi har justert for oppfølgingsstid. Årlig antall kontakter per person er da beregnet som beskrevet i avsnittet «Justering for oppfølgingsstid».

Andel personer med minst én kontakt

Et annet utfallsmål som benyttes i rapporten er andel personer som har hatt minst én kontakt i løpet av hver måned. Her telles kun om personen har mottatt tjenesten i løpet av måneden og ikke hvor mange kontakter de har hatt. Dette vil si mer om hvor mange av personene i gruppen som benytter seg av de ulike tjenestene for de ulike månedene etter bosetting.

Tid til første kontakt i helsetjenesten

For å beregne gjennomsnittlig tid til første kontakt med helsetjenesten, har vi for hver person identifisert første måned med kontakt i helsetjenesten (fastlege, legevakt eller spesialisthelsetjeneste) for de nylig bosatte flyktningene som mottok en tjeneste i løpet av 2022-2023 og deretter tatt et gjennomsnitt av dette. Personer som ikke har mottatt fastlege, legevakt eller spesialisthelsetjeneste er tatt ut av beregningene. Vi beregner gjennomsnittlig tid til første kontakt separat for de ulike flyktninggruppene, og for ulike kjønn og aldersgrupper.

Diagnoser og andre årsaker til kontakt

For de mest brukte helsetjenestene (fastlege, legevakt og somatisk spesialisthelsetjeneste) har vi sett mer detaljert på hvilke diagnoser pasientene får når de oppsøker de ulike helsetjenestene. For fastlege og legevakt brukes ICPC-2 diagnosemanualen for primærhelsetjenesten, mens for somatisk spesialisthelsetjenesten brukes ICD-10 kodeverket. Hvert opphold med tilhørende diagnose er deretter kategorisert etter kapittel, det vil si første bokstav i klassifiseringen. For hver tjeneste beregnet vi prosentandel av pasienter som har fått en diagnose i hvert kapittel blant de som har hatt minst én kontakt med den aktuelle tjenesten.

3.4.2 Analyser

Justering for oppfølgingstid

En utfordring når vi skal sammenligne gruppene er ulik botid (oppfølgingstid) i Norge. Den øvrige befolkningen og flyktninger bosatt før 2022 har omtrent 21 måneders oppfølgingstid, mens nylig bosatte flyktninger har oppfølgingstid på mellom 10-11 måneder. For å kunne sammenligne årlig frekvens mellom grupper med ulik botid har vi justert for oppfølgingstid. For å beregne antall årlig kontakter per person har vi brukt følgende formel: $(\text{antall kontakter} / \text{summen av oppfølgingstid i måneder}) * 12 \text{ måneder}$. Vi beregner en årlig rate ved å justere antall kontakter i forhold til oppfølgingstid, og deretter skalere til 12 måneder. Dette innebærer at grupper med personer med kort oppfølgingstid (f.eks. under 12 måneder) får sine kontaktdata oppjustert til et årssnivå, mens grupper med personer med lengre oppfølgingstid (f.eks. 21 måneder) får en lavere årlig rate, gitt samme totale antall kontakter.

Det er ikke nødvendig å justere for oppfølgingstid i analysene av andel personer med minst én kontakt per måned etter bosetting, siden vi allerede viser helsetjenestebruk per måned siden bosetting. Tilsvarende er det ikke relevant å justere for oppfølgingstid når vi beregner prosentandel pasienter med en diagnose, ettersom vi kun undersøker hvilke diagnoser de pasientene som faktisk oppsøker helsetjenesten får.

Justert og alders- og kjønnsstandardiserte rater

De ulike populasjonene har ulik alder og kjønnsfordeling og vi har valgt å alders- og kjønnsstandardisere for å kunne gjøre tallene mer sammenlignbare. I denne rapporten har vi gjort en

direkte standardisering med den øvrige befolkningen som referansepopulasjon (Fay, 1997). Vi har først justert ratene for oppfølgingstid, og deretter alders- og kjønns standardisert antall kontakter per person. Dermed er det i ratene tatt hensyn til både ulik oppfølgingstid og alder -og kjønnsfordeling.

Alders- og kjønnsespesifikke rater

For de mest brukte tjenestene har vi laget alders- og kjønnsespesifikke rater. Vi har delt inn i kvinner og menn og i aldergruppene 0-9 år, 10-19 år, 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år og 70 +. Den eldste gruppen på 70 år og oppover er valgt siden det er færre eldre flyktninger. For å ta hensyn til ulik oppfølgingstid (botid) blir ratene justert for oppfølgingstid som beskrevet tidligere.

Kommunevariasjon i bruk av fastlege- og legevaktjenester

For å undersøke om det er variasjon mellom kommuner i bruk av tjenester i primærhelsetjenesten har vi også beregnet årlig antall kontakter per ny person i hver kommune, justert for oppfølgingstid som tidligere beskrevet. Dette er gjort både for bruk av fastlege og legevakt.

3 Resultater

3.1 Beskrivelse av populasjonen

Utvalget bestod av fire grupper; nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022, og øvrig befolkning. Gruppen flyktninger fra Ukraina har i all hovedsak midlertidig opphold med kollektiv beskyttelse, og nylig bosatte flyktninger fra andre land omfatter asylsøkere og kvoteflyktninger fra alle land med unntak av Ukraina. Gruppen flyktninger bosatt før 2022 omfatter samtlige fødeland utenfor Norge og majoriteten har individuell beskyttelse eller er kvoteflyktning.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk over befolkningen som er bosatt i Norge i perioden 01.01.2022 – 31.12.2023, fordelt etter nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning.

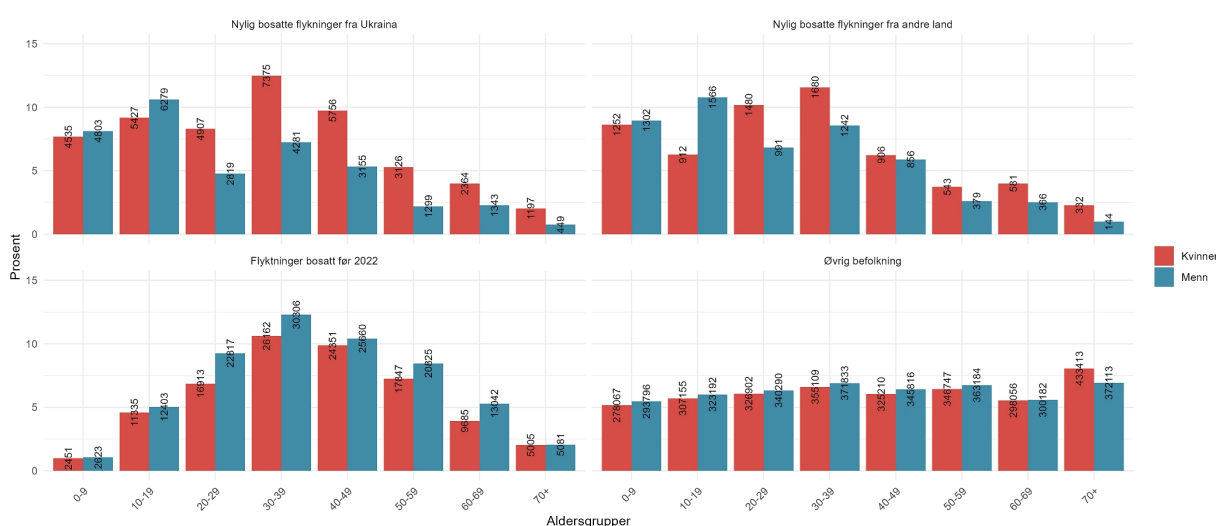
	Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (2022-2023)	Nylig bosatte flyktninger fra andre land (2022-2023)	Flyktninger bosatt før 2022	Øvrig befolkning*
Antall personer	59 115	14 532	246 507	5 381 065
Andel menn, %	41,3	47,1	53,9	50,4
Gjennomsnitts alder, år**	30,5	30,0	40,1	41,6
Andel under 18 år, %	31,9	31,6	9,3	20,0
Andel over 65 år, %	4,7	5,4	6,8	19,2
Botid, år, gjennomsnitt	1,5	1,4	18,4	-

*Øvrig befolkning er definert som alle bosatt i 2022-2023 bortsett fra flyktninger. **Alder er definert ved bosetting for nylig bosatte flyktninger og i 2023 for flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning.

Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina er omtrent fire ganger flere enn nylig bosatte flyktninger fra andre land, med i overkant av 59 000 tusen personer mot 14 500 personer (Tabell 1). Andel menn er noe lavere blant flyktningene fra Ukraina enn blant de fra andre land (41,3 % vs. 47,1 %), mens det er lite forskjell for gjennomsnittlig alder (30,5 vs. 30,0 år), andel personer under 18 år (31,9 % vs. 31,6

%) og andel personer over 65 år (4,7 % vs. 5,4 %). Samlet sett er nylig bosatte flyktninger betydelig yngre enn den øvrige befolkningen med en gjennomsnittlig alder på ca. 30 år mot 41,6 år. 1 av 3 under 18 år og 1 av 20 er over 65 år, mot 1 av 5 i øvrig befolkning for begge aldersgrupper. Flyktninger bosatt før 2022 utgjør den største flyktninggruppen, på 246 500. Denne gruppen er noe likere den øvrige befolkningen i forhold til fordeling mellom menn og kvinner (53,9 % vs. 50,4 %) og gjennomsnittlig alder (40,1 % vs. 41,6%), men med betydelig lavere andel barn og eldre personer. Mindre enn 1 av 10 flyktninger bosatt før 2022 er under 18 år og kun 1 av 14 er eldre enn 65 år. Flyktninger med lengre botid skiller seg også fra nylig bosatte flyktninger på en rekke punkter, med betydelig større andel menn, høyere gjennomsnittlig alder (40 år), gjennomsnittlig botid på over 18 år, og noe høyere andel over 65 år (6,8 %) og betydelig lavere andel under 18 år (9,3 %). På bosettingstidspunktet var derimot denne gruppen yngre (gjennomsnittlig alder 22,6 år) og med en større andel under 18 år (37,2 år), sammenlignet med flyktninger bosatt etter 2022 (tall ikke vist).

Blant nylig bosatte flyktninger fra andre land utgjør Syria den største flyktninggruppen (n=3 839), etterfulgt av Russland (n=2 263), Afghanistan (n=913), Kongo (n=705), Eritrea (n=735), Rwanda (n=525), Tyrkia (n=488), Libanon (n=437), og Sudan (n=324). Denne gruppen flyktninger er unge når de kommer og bosettes i Norge, med gjennomsnittlig alder under 29 år fra samtlige land, med unntak av Russland hvor flyktningene er betydelige eldre (51,7 år) og hvor 23 prosent er over 65 år på bosettingstidspunktet. 1 av 3 av flyktningene fra Syria er under 18 år, mens det er en svært høy andel barn fra flere av de andre landene, som Libanon (96,1 %), Rwanda (88,9 %), og Afghanistan (48,4 %). Merk at vi i analysene benytter fødeland, ikke statsborgerskap. Vi antar at mange av personene med fødeland som Libanon og Rwanda har mødre med annet fødeland, som oppholdt seg i disse landene ved fødsel. Vi har ikke informasjon om familierelasjon i populasjonen og kan derfor ikke undersøke dette nærmere. De 10 største flyktninggruppene blant flyktninger bosatt før 2022 er Syria (n=33 296), Somalia (n=26 875), Eritrea (n=23 472), Irak (n=21 655), Afghanistan (n=17 380), Iran (n=14 911), Bosnia-Hercegovina (n=11 160), Vietnam (n=10 870), Kosovo (n=8 661), og Etiopia (n=7 394).

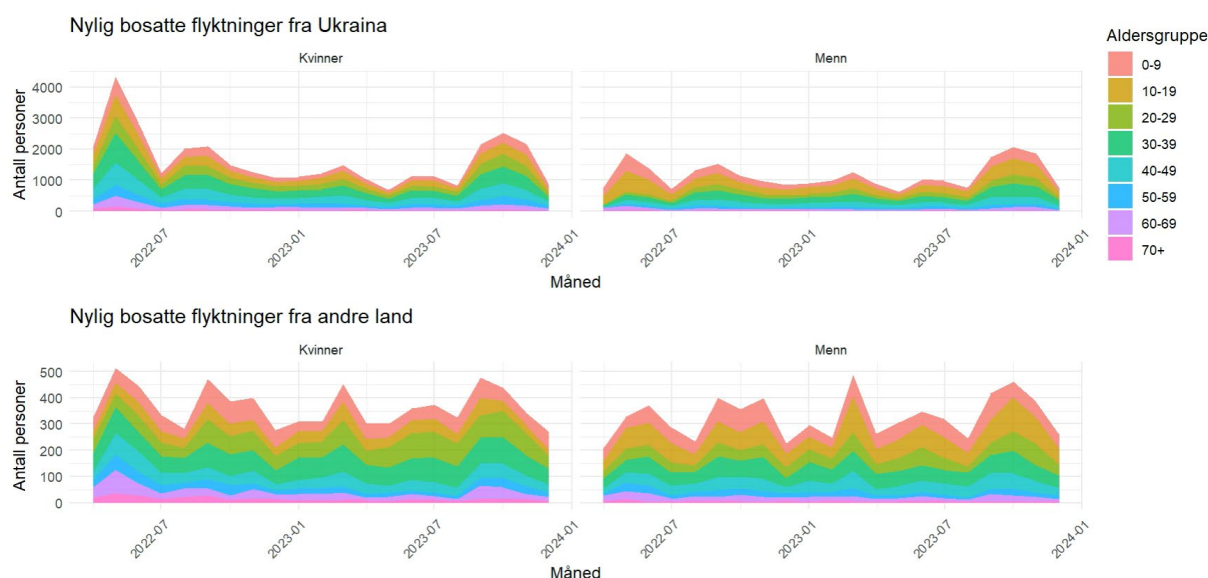


Figur 1: Prosent og antall personer per 10-års aldersgruppe for de ulike populasjonene.

Figur 1 viser kjønn- og aldersfordelingen i de fire gruppene. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og andre land har forholdsvis lik fordeling i aldersgruppene, med flest i de yngre aldersgruppene og med fallende andel i de eldre aldersgruppene. Det er også en overvekt av kvinner i alle aldersgrupper

f.o.m. 20 år i begge flyktninggruppene, men det er større overvekt av kvinner blant flyktninger fra Ukraina. Flyktninger bosatt før 2022 har en normalfordelt alderskurve, med en majoritet av menn i alle aldersgrupper. Øvrig befolkning har en tilnærmet lik fordeling i alle aldersgrupper og mellom kjønn, men med en større andel kvinner i aldersgruppen over 70 år. Den eldste gruppen utgjør en større andel av øvrig befolkning, sammenlignet med de tre flyktninggruppene.

I Figur 2 ser vi utviklingen i antall nylig bosatte flyktninger 2022 og 2023, for henholdsvis nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og andre land.



Figur 2: Utvikling i antall nylig bosatte flyktninger fra 01.01.2022-31.12.2023, kvinner og menn. NB: ulik skala på y-akse.

Flyktninger fra Ukraina er ankommet og bosatt i Norge fra og med 2022 grunnet Russlands fullskala invasjon i februar samme år, vist som en bratt stigning i Figur 2. Antallet bosatte kvinnelige flyktninger fra Ukraina var mer enn dobbelt så stort som mannlige i starten av krigen på grunn av forbudet mot å forlate landet for menn i kampdyktig alder, med en topp i mai/juni 2022. Forskjellen mellom kjønn avtar etter dette, men antallet kvinner er høyere enn menn gjennom hele tidsperioden. Kurvene er ellers forholdsvis like for kvinner og menn, og indikerer at bosettingstidspunkt er sammenfallende for kvinner og menn fra Ukraina.

Antallet nye flyktninger fra andre land er betydelig lavere sammenlignet med ukrainske flyktninger, og varierer fra ca. 250 til i overkant av 500 bosatte per måned (Figur 2). Trenden er forholdsvis lik mellom kvinner og menn.

3.2 Antall kontakter i helsetjenesten siden bosetting

Tabell 2 viser antall kontakter og antall kontakter per person i helsetjenesten siden bosetting for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og fra andre land, og for flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning i årene 2022-2023. Tabellen viser samlet bruk av ulike helsetjenester i de fire gruppene i tidsperioden. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og fra andre land har tilnærmet lik gjennomsnittlig oppfølgingstid (henholdsvis 11,6 og 10,9 måneder), mens flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning har mer enn dobbelt så lang oppfølgingstid på henholdsvis 20,9 og 20,7 måneder.

Tabell 2. Antall kontakter og antall kontakter per person fra bosetting til 31.12.2023, fordelt etter nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (2022-2023), nylig bosatte flyktninger fra andre land (2022-2023).

	Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (bosatt i 2022-2023) (N= 59 115)	Nylig bosatte flyktninger fra andre land (bosatt i 2022-2023) (N= 14 532)	Flyktninger (bosatt før 2022) (N=246 507)	Øvrig befolkning (N = 5 381 065)
Gjennomsnittlig oppfølgingstid i måneder (maksimalt 21)	11,6	10,9	20,9	20,7
	Antall (antall per person)	Antall (antall per person)	Antall (antall per person)	Antall (antall per person)
Primærhelsetjenesten:				
Fastlege (alle kontakter)	148 346 (2,5)	49 279 (3,4)	2 731 180 (11,1)	58 308 633 (10,8)
Fastlegekonsultasjoner*	83 951 (1,4)	28 096 (1,9)	1 489 828 (6,0)	27 026 409 (5,0)
Prosent av konsultasjoner som har benyttet tidstakst** og/eller tolk for pasienter mellom 20-49 år	64,5	72,1	36,5	31,4
Legevakt (alle kontakter)	22 128 (0,4)	5 942 (0,4)	166 655 (0,7)	3 495 619 (0,6)
Legevaktkonsultasjoner*	13 304 (0,2)	4 138 (0,3)	110 047 (0,4)	2 146 405 (0,4)
	Antall (antall per 1000 person)	Antall (antall per 1000 person)	Antall (antall per 1000 person)	Antall (antall per 1000 person)
Jordmor	3 314 (56,1)	3 828 (263,4)	43 793 (177,7)	562 919 (104,6)
Tannlege/Tannpleier (kun refusjonsberettiget aktivitet)				
Behandling***	5 921 (100,2)	2 675 (184,1)	126 563 (513,4)	2 049 970 (380,9)
Andre tjenester***	2 715(45,9)	829 (57,0)	35 452 (143,8)	729 973 (135,6)
Spesialisthelsetjenesten:				
<i>Somatikk</i>	Antall (antall per person)	Antall (antall per person)	Antall (antall per person)	Antall (antall per person)
Dagopphold	3 666 (0,1)	1 688 (0,1)	54 432 (0,2)	1 084 137 (0,2)
Døgnoophold	4 949 (0,1)	1 994 (0,1)	53 685 (0,2)	1 448 484 (0,3)
Poliklinikk	40 441 (0,7)	14 761 (1,0)	452 239 (1,8)	10 839 684(2,0)
	Antall (antall per 1000 person)	Antall (antall per 1000 person)	Antall (antall per 1000 person)	Antall (antall per 1000 person)
<i>Psykisk helsevern voksne</i>				
Dagopphold	31 (0,5)	19 (1,3)	627 (2,5)	17 146 (3,2)
Døgnoophold	264 (4,5)	56 (3,9)	5 755 (23,3)	96 022 (17,8)
Poliklinikk	3 460 (58,5)	1 059 (72,9)	186 215 (755,4)	3 134 990 (582,6)

<i>Psykisk helsevern barn og unge</i>				
Dagopphold	12 (0,2)	20 (1,3)	27 (0,1)	7 682 (1,4)
Døgnopphold	24 (0,4)	12 (0,8)	205 (0,8)	6 889 (1,3)
Poliklinikk	3 045 (51,5)	1 059 (67,5)	22 599 (91,7)	1 681 353 (312,5)
Helse- og omsorgstjenester:				
Nye vedtak om hjemmetjenester	1 595 (26,9)	503 (34,6)	12 719 (51,6)	436 124 (81,0)
Nye vedtak om institusjonstjenester	527 (8,9)	85 (5,8)	5 571 (22,6)	364 300 (67,7)

Konsultasjoner fastlege inneholder takstkodene: 2ad, 2ak, 2ed, 2ae, 2aek. Konsultasjoner legevakt inneholder takstkodene 2ad, 2ak, 2ae (legevakt dagtid), 2aek (e-konsultasjon legevakt, kveld), 2fk, 2nk. ** Tidstakst (takstkode 2cd) og tolk (takstkode 7) er beregnet ut fra konsultasjonstakstene 2ad og 2ae. *Takster for tannbehandling: For behandling brukes takstkodene 200-707, de resterende takstene brukes for andre tjenester. For flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning ser vi på hele tidsperioden 2022-2023.*

Kontakter med fastlege omfatter enkle pasientkontakter, som kommunikasjon med lege enten skriftlig, elektronisk eller per telefon, og konsultasjoner og sykebesøk. Konsultasjon med fastlege inkluderer fysisk konsultasjon på dagtid og utenfor kontortid, e-konsultasjon og gruppekonsultasjon. Samlet hadde nylige bosatte flyktninger totalt om lag 197 600 kontakter med fastlege i perioden 2022-2023, og av disse var ca. 112 000 konsultasjoner. Det ble benyttet tidstakst eller tolk i mer enn 60 % av konsultasjon for pasienter mellom 20-49 år (henholdsvis 64,5 % og 72,1 %), som indikerer lengre tid per konsultasjon. Til sammenligning er andel konsultasjoner med bruk av tidstakst eller tolk blant flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, på henholdsvis 36,5 prosent og 31,4 prosent. Antallet kontakter med legevakt var totalt 28 000 for alle nylig bosatte flyktninger, fordelt på ca. 22 100 kontakter blant flyktninger fra Ukraina og mer enn 5 900 kontakter for flyktninger fra øvrige land. Totalt hadde nylig bosatte flyktninger i overkant av 17 400 legevaktkonsultasjoner i løpet av 2 årsperioden. Det ble gjennomført ca. 7 100 konsultasjon hos jordmor samlet for alle nylige bosatte i samme periode. I spesialisthelsetjenesten utgjorde polikliniske konsultasjoner i somatisk sykehus den største andelen kontakter, med mer enn 40 400 kontakter blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og nærmere 14 800 blant nylig bosatte fra andre land, og totalt mer enn 5 300 dagopphold og 6 900 døgnopphold i sykehus samlet for begge grupper. Også i psykisk helsevern utgjorde polikliniske konsultasjoner hovedandelen av kontaktene for både voksne og barn, rundt 4 500 konsultasjoner blant voksne samlet for begge flyktninggrupper og rundt 4 100 konsultasjoner blant barn. Dag- og døgnopphold for voksne og barn utgjorde et lavt antall kontakter i begge flyktninggrupper.

Når man skiller mellom de ulike flyktninggruppene hadde nylig bosatte flyktninger fra Ukraina i snitt 2,5 kontakter og 1,4 konsultasjoner hos fastlege og 0,4 legevaktkontakter per person. I somatisk spesialisthelsetjenesten ligger antall kontakter per person for dag- og døgnbehandling på rundt 0,1, og 0,7 kontakter for poliklinikk, mens for polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern er antall kontakter per 1000 personer 58,5 for voksne og 51,5 for barn. Imidlertid hadde nylig bosatte flyktninger fra andre land noe høyere bruk i primærhelsetjenesten med i snitt 3,4 kontakter og 1,9 konsultasjoner med fastlege og 0,4 legevaktkontakter per person, og høyere antall kontakter med jordmor (263 mot 56 kontakter per 1000 personer), men tilsvarende bruk av dag- og døgnopphold i somatisk sykehus som nylig bosatte flyktninger fra Ukraina. Nylig bosatte fra andre land hadde også høyere bruk av polikliniske konsultasjoner i sykehus (1,0 per person), og psykisk helsevern (67,5 per 1000 personer), samt for behandling med tannpleier eller tannlege med rett til refusjon (184 kontakter mot 100 per 1000 personer) og for andre tjenester i tannhelsetjenesten, 57 kontakter mot 46 per 1000 personer blant flyktninger fra Ukraina.

Helse- og omsorgstjenester omhandler kun nye vedtak for hjemmetjenester og institusjonstjenester og gir ikke informasjon om antall eller hyppighet i kontakter med tjenesten. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina hadde ca. 1 600 nye vedtak for hjemmetjenester og 500 vedtak i institusjonstjenester, mens nylige bosatte fra øvrige land ca. 500 nye vedtak for hjemmetjenester og 85 vedtak i institusjonstjenester.

Tabell 2 inneholder også tall for flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Tallene i tabell 2 er ikke justert for forskjeller i botid og derfor kan ikke antall kontakter for flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning sammenlignes med tall for nylig bosatte flyktninger, siden de har mer enn dobbelt så lang oppfølgingstid.

Tabell 3 viser årlig antall kontakter per person justert for botid, samt justert og kjønns- og aldersstandardiserte rater, for de fire populasjonene med fastlege, legevakt, somatisk sykehus og psykisk helsevern i årene 2022 og 2023.

Tabell 3. Justert og standardisert årlig antall kontakter per person, fordelt etter nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning

	Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (bosatt i 2022-2023) (N= 59 115)	Nylig bosatte flyktninger fra andre land (bosatt i 2022-2023) (N= 14 532)	Flyktninger (bosatt før 2022) (N=246 507)	Øvrig befolkning (N = 5 381 065)
Gjennomsnittlig oppfølgingstid i måneder (maksimalt 21)	11,6	10,9	20,9	20,7
	Justert* (Justert og standardisert**) antall kontakter	Justert* (Justert og standardisert**) antall kontakter	Justert* (Justert og standardisert**) antall kontakter	Justert* antall kontakter
Primærhelsetjenesten:				
Fastlege (alle kontakter)	2,6 (3,2)	3,7 (4,2)	6,3 (6,3)	6,3
Fastlegekonsultasjoner	1,5 (1,7)	2,1 (2,2)	3,5 (3,3)	2,9
Legevakt (alle kontakter)	0,4 (0,4)	0,4 (0,5)	0,4 (0,4)	0,4
Legevaktkonsultasjoner	0,2 (0,3)	0,3 (0,3)	0,3 (0,3)	0,2
Spesialisthelsetjenesten:				
Somatikk (dagopphold, døgnopphold og poliklinisk konsultasjon)	0,9 (1,3)	1,4 (1,6)	1,3 (1,4)	1,4
Psykisk helsevern (voksne og barn)	0,1 (0,1)	0,2 (0,1)	0,5 (0,4)	0,5

*Årlig antall kontakter per person justert for oppfølgingstid = summen av antall kontakter delt på summen av antall person-måneder ganget med 12 *. Konsultasjoner fastlege inneholder takstkodene: 2ad, 2ak, 2ed, 2ae, 2æk. Konsultasjoner legevakt inneholder takstkodene 2ad, 2ak, 2ae, 2æk, 2fk, 2nk. **Kjønns- og aldersstandardiserte rater er beregnet som en direkte standardisering mot den øvrige befolkning som referansepopulasjon.

Når det beregnes årlige rater justert for oppfølgingstid har nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og nylig bosatte flyktninger fra andre land henholdsvis 2,6 og 3,7 antall kontakter, og 1,5 og 2,1 antall konsultasjoner med fastlege pr år. Lavere bruk av fastlegetjenester gir seg imidlertid ikke utslag i

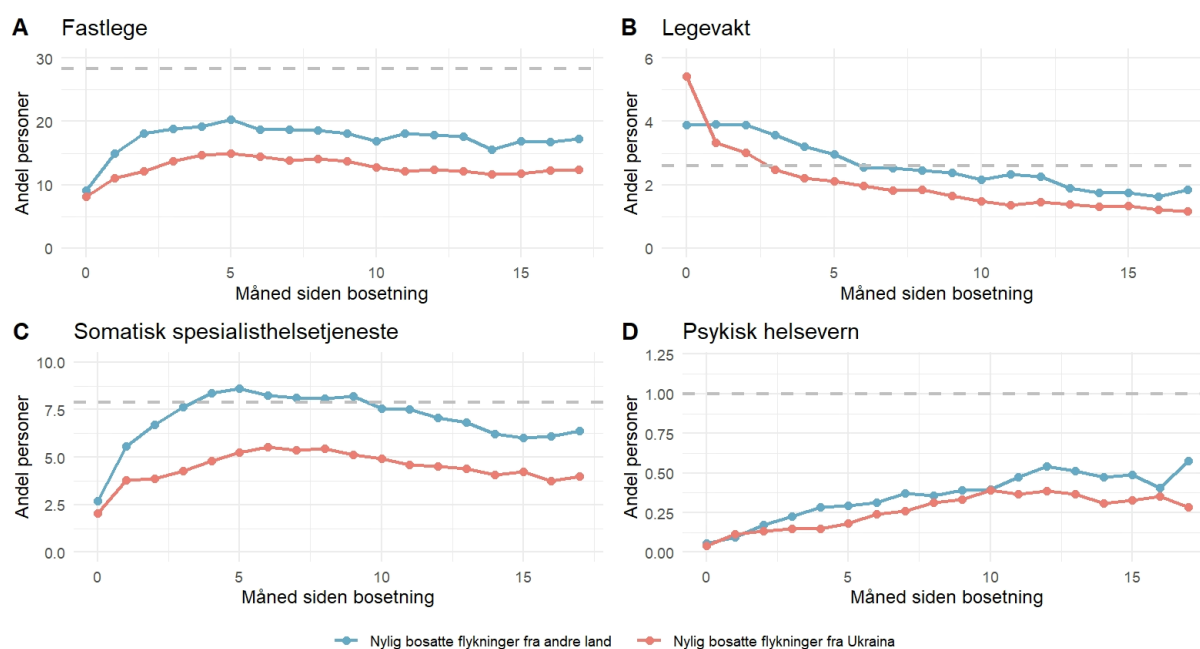
høyere bruk av legevakt blant flyktninger fra Ukraina sammenlignet med nylig bosatte flyktninger fra andre land. De har samme antall kontakter per person, 0,4 i begge grupper.

Flyktninger bosatt før 2022 har i gjennomsnitt 6,3 kontakter og 3,5 konsultasjoner med fastlege, og 0,4 kontakter og 0,3 konsultasjoner med legevakt, i året. Øvrig befolkning var i snitt 6,3 kontakter med fastlege og 2,9 konsultasjoner per år, og 0,2 årlige legevaktkonsultasjoner.

I de justerte og kjønns- og aldersstandardiserte ratene (høyre kolonne i hver flyktninggruppe) har nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og nylig bosatte flyktninger fra andre land ett lavere gjennomsnittlig antall fastlegekontakter per år (3,2 og 4,2), sammenlignet med flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, som har 6,3 kontakter i året. Antall konsultasjon med fastlege er også lavere blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (1,7) og nylig bosatte flyktninger fra andre land (2,2), sammenlignet med øvrig befolkning (2,9). Flyktninger bosatt før 2022 har et høyere antall årlige fastlegekonsultasjoner (3,3) enn øvrige grupper. Antall legevaktkontakter er i hovedsak lik i alle grupper, med unntak av legevaktkontakter blant nylig bosatte flyktninger fra andre land (0,5 vs. 0,4). Alle flyktninggrupper har noe høyere gjennomsnittlig antall legevaktkonsultasjoner per år, sammenlignet med øvrig befolkning (0,3 vs. 0,2). Forskjellen i antall årlige kontakter med somatisk sykehus blir mindre mellom nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning (1,3 vs. 1,4), mens nylig bosatte flyktninger fra andre land har noe høyere bruk (1,6). I psykisk helsevern har nylig bosatte flyktninger færre kontakter, sammenlignet med flyktninger med lengre botid og øvrig befolkning, (0,1 vs. 0,4 og 0,5).

3.3 Utvikling i bruk av helsetjenester siden bosetting

Figur 3 viser andel flyktninger med minst én kontakt med ulike deler av helsetjenesten siden bosettingsdato. De stiplede linjene indikerer gjennomsnittlig andel blant øvrig befolkning, inkludert flyktninger bosatt før 2022, som en pekepinn på øvrig bruk. Andel blant øvrig befolkning er ikke justert for oppfølgingstid eller kjønns- og aldersstandardisert. Sammenligning av gjennomsnittlig bruk i øvrig befolkning med nylig bosatte flyktninger i figuren må gjøres med forsiktighet på grunn av store ulikheter i botid og alders- og kjønnsfordeling (Tabell 1) som vil påvirke bruken.



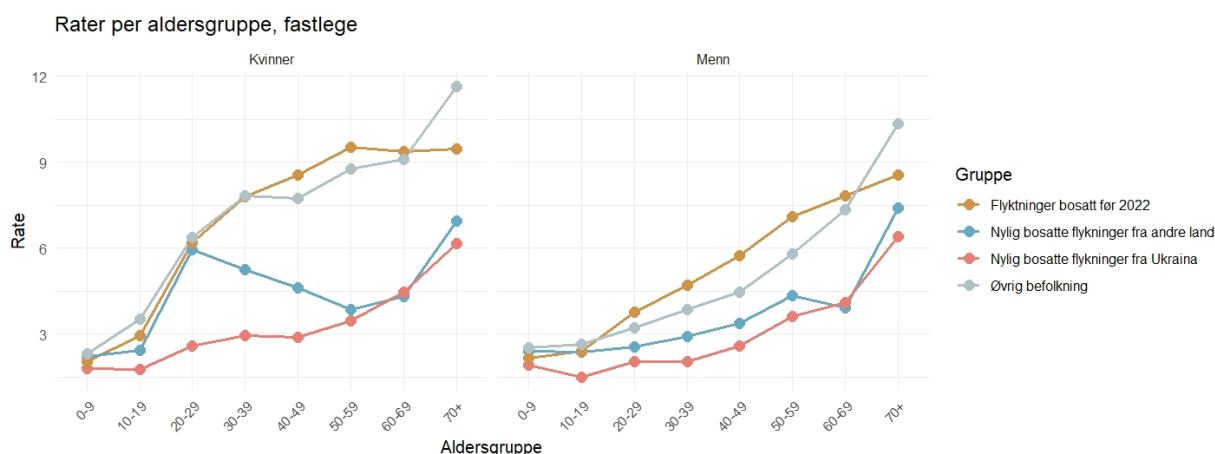
Figur 3: Andel blant nylig bosatte flyktninger (bosatt i 2022-2023) med minst én kontakt med helsetjenesten i løpet av måneden, hver måned siden bosettingsdato, gruppert etter nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og nylig bosatte flyktninger fra andre land. Merk for somatisk spesialisthelsetjeneste er dagopphold, døgnopphold og poliklinikk slått sammen. For psykisk helsevern er dagopphold, døgnopphold og poliklinikk slått sammen, samt at barn og unge og voksne er samlet. Den stiplede grå linjen viser gjennomsnittlig månedlig kontakt for øvrig befolkning (inkludert flyktninger bosatt før 2022) fra 2022-2023.

For begge grupper med nylig bosatte flyktninger stiger andelen som har minst én kontakt med fastlege de første månedene etter bosetting og stabiliserer seg deretter mer de påfølgende månedene. Andelen av nylig bosatte flyktninger fra andre land med minst én kontakt med fastlege stiger fra 9 prosent på bosettingstidspunktet og til mellom ca. 17 og 20 prosent, mens andelen nylig bosatte flyktninger fra Ukraina med minst én kontakt varierer noe mer, 8 prosent ved bosetting og deretter mellom 11 og 15 prosent. Andelen som har kontakt med legevakt, blir mindre over tid. Trenden for kontakt med legevakt faller fra en høyere andel i de første 5 måneder etter bosetting blant nylig bosatte flyktninger fra andre land (3-4 %) og fra Ukraina (2,1-3,3 %), til henholdsvis 1,8 prosent (andre land) og 1,2 prosent (Ukraina) 17 måneder etter bosetting. Den høyere andelen nylig bosatte flyktninger fra Ukraina med kontakt med legevakt vi observerer ved bosettingstidspunktet (5,4 %) kan inkludere tuberkulose-screening på Råde, dette siden det kan være en forsinkelse på inntil 6 måneder i KPR dataene.

Bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste er høyere blant nylig bosatte flyktninger fra andre land enn Ukraina i tiden etter bosetting, med en initial stigning i andelen med kontakter, før bruken flater ut og går noe ned. Mønsteret blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina ligner, men med svake svingninger etter tid. Kun en liten andel nylig bosatte flyktninger har kontakt med psykisk helsevern (spesialisthelsetjeneste), og det er tendens til svak stigning etter tid. Det er færre kontakter med somatisk spesialisthelsetjenester enn kommunehelsetjenester, og få kontakter med psykisk helsevern og resultatene må tolkes med forsiktighet.

3.4 Bruk av helsetjenester etter alder og kjønn

Figur 4, 5 og 6 viser årlige rater for bruk av fastlege, legevakt og spesialisthelsetjeneste per aldergruppe og kjønn for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flytninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, justert for oppfølgingstid (antall besøk per person-år). Årlige rater for bruk av psykisk helsevern er ikke vist per alders og kjønnsgruppe siden det ville blitt små tall og stor usikkerhet.



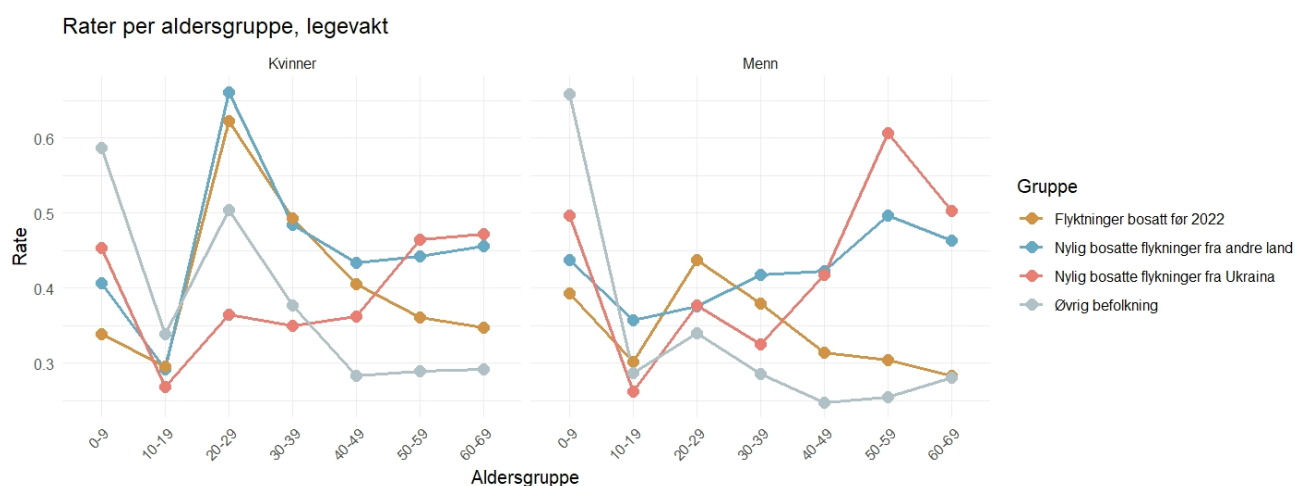
Figur 4: Årlig alder- og kjønnsspesifikk rate for bruk av fastlege for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, justert for oppfølgingstid.

I figur 4 ser vi årlige rater for fastlegebruk per aldersgruppe og kjønn for de fire populasjonene, justert for oppfølgingstid. Blant flyktninger fra Ukraina er det jevnt stigende bruk fra 10 års alder både kvinner og menn, fra gjennomsnittlig 1,7 årlige kontakter blant 10-19 åringer til 6,2-6,4 årlig kontakter blant dem fra 70 år og oppover. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina har lavere gjennomsnittlig bruk av fastlege for alle aldersgrupper for både kvinner og menn, særlig sammenlignet med flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, men også lavere enn nylig bosatte flyktninger fra andre land. Unntaket er aldersgruppen 60-69 år som er noe høyere blant flyktninger fra Ukraina enn nylig bosatte flyktninger fra andre land, for både kvinner (4,5 vs. 4,3) og menn (4,1 vs. 3,9). Imidlertid er det få nylig bosatte flyktninger i de eldste aldersgruppene, og de er en svært selektert gruppe.

Fastlegebruk blant nylig bosatte flyktninger fra andre land viser en tydelig økning i bruk blant kvinner i fertil alder (aldersgrupper 20 – 39 år), med en gjennomsnittlig rate på 5,9 årlig kontakter blant kvinner 20 – 29 år. Disse kvinnene har tilsvarende fastlegebruk som flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning fram til 30 år, men faller deretter markant fram til 50-59 år, til nærmere gjennomsnittlig bruk blant flyktninger fra Ukraina (3,8 vs. 3,4). Antallet årlige fastlegekontakter i begge gruppene av nylig bosatte flyktninger holder seg lavere, og for kvinner over 30 år markant lavere, sammenlignet med flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning.

Kvinnelige flyktninger bosatt før 2022 har jevn økning i årlige kontakter med fastlege fram til 50-59 år (9,5), etterfulgt av stabil bruk i de øverste aldersgruppene. Blant menn bosatt før 2022 er antall kontakter med fastlegen jevnt høyere for alle aldersgrupper mellom 20-69 år (3,8-7,8), sammenlignet med nylig bosatte menn fra andre land (2,6-3,9) og øvrig befolkning (3,2-7,3).

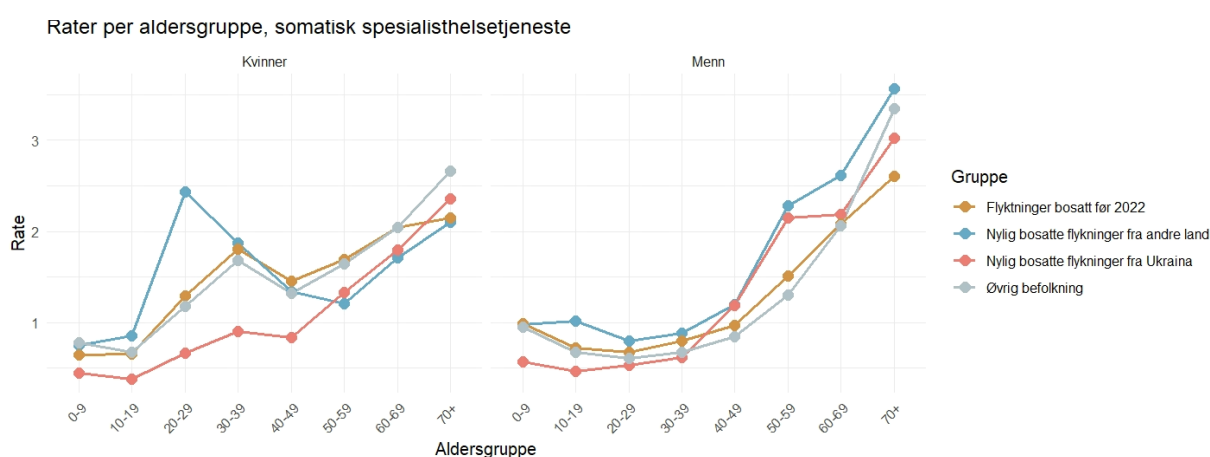
I øvrige befolkning har kvinners fastlegebruk en stigende kurve med en tydeligere økning i bruk mellom 10 og 39 år og igjen etter 60 år. Fastlegebruk blant menn i øvrig befolkning følger samme trend som mannlige nylig bosatte flyktninger, men med en brattere økning etter 50 år med 5,8 årlige kontakter og 10,3 årlige kontakter etter 70 år.



Figur 5: Årlig alder og kjønns spesifikk rate for bruk av legevakt for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, justert for oppfølgingstid.

* Grunnet lavt antall i enkelte av gruppene over 70 år er disse tatt ut av figuren.

Siden bruk av legevakt er relativt begrenset, ser vi stor variabilitet i kontakt etter kjønn- og aldersgrupper (figur 5). Flyktninger bruker i snitt legevakt noe hyppigere enn øvrig befolkning i nær alle aldersgrupper. Imidlertid har kvinnelige flyktninger fra Ukraina mellom 10-39 år lavere bruk enn andre flyktninger og øvrig befolkning. Til forskjell fra nylig bosatte flyktninger har flyktninger bosatte før 2022 fallende antall legevaktkontakter fram til 60-69 år.



Figur 6: Årlig alder og kjønns spesifikk rate for bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land og øvrig befolkning justert for oppfølgingstid.

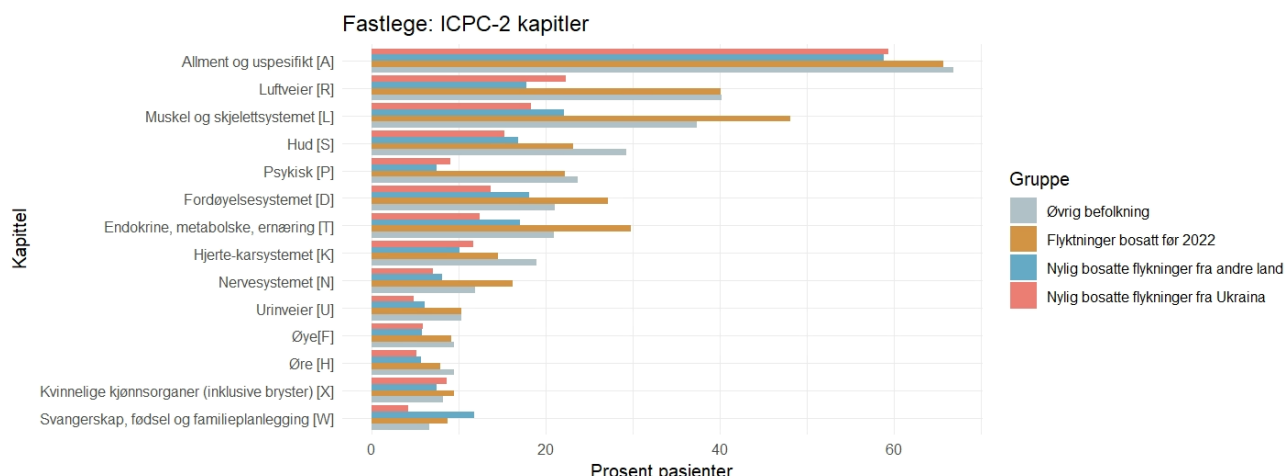
Årlige rater for bruk av spesialisthelsetjenester viser en forholdsvis lik bruk mellom de ulike gruppene for både kvinner og menn, med økende bruk i de øvre aldersgruppene (figur 6). Blant kvinner er det noe forskjeller mellom gruppene, særlig ved fertil alder (20-39 år). Nylig bosatte kvinnelige flyktninger fra andre land har økning i antall kontakter med spesialisthelsetjenesten i aldergruppen 20-29 år med gjennomsnittlig 2,4 årlige besøk. Menn over 70 år i alle grupper har en høyere bruk av spesialisthelsetjenester enn kvinner, med gjennomsnittlig årlig antall kontakter for henholdsvis nylig bosatte flyktninger fra Ukraina (3,0), nylig bosatte fra andre land (3,5), flyktninger bosatt før 2022 (2,6) og øvrig befolkning (3,3).

Tid til første kontakt med helsetjenesten etter bosetting

Gjennomsnittlig tid til første kontakt med helsetjenesten er 3,6 mnd. blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og 3,3 mnd. blant nylig bosatte flyktninger fra andre land. Når vi undersøker gjennomsnittlig tid til første kontakt per alder og kjønnsgrupper i de to flyktninggruppene, finner vi en variasjon på mellom 2,0 til 4,3 mnd. De yngste aldersgruppene (0-29 år) har lengst tid til kontakt med helsetjenesten etter bosetting (3,4-4,3 mnd. i snitt). Unntaket er kvinner fra andre land, 20-29 år, med gjennomsnittlig 2,7 mnd. til første kontakt. Menn og kvinner over 70 år i begge grupper har kortest gjennomsnittlig tid til første kontakt med helsetjenesten, på henholdsvis 2,1-2,3 mnd. (andre land) og 2,0-2,1 mnd. (Ukraina). Det er også noe ulikhet mellom kvinner og menn i de to gruppene. Forskjellen er størst mellom kvinner og menn fra andre land, med kortere gjennomsnittlig tid til første kontakt med helsetjenesten etter bosetting blant kvinnene mellom 20-49 år (2,7-3,1 mnd.), sammenlignet med menn i samme alder (3,2-4,1 mnd.).

3.5 Diagnoser og andre årsaker til kontakt

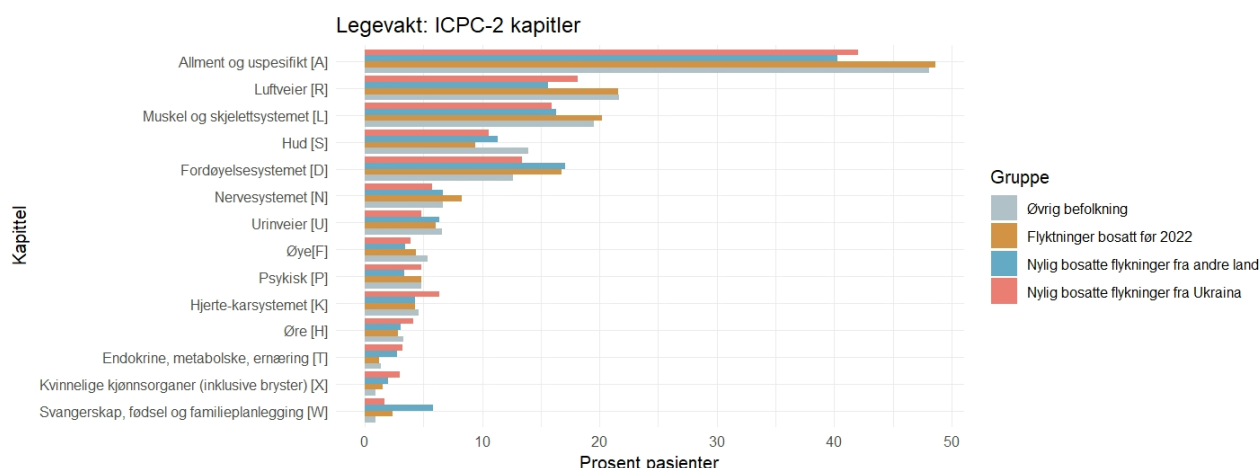
I figurene 7, 8 og 9 ser vi diagnoser/årsaker (organisert etter hyppighet blant øvrig befolkning) til kontakt hos fastlege, legevakt og somatisk sykehus gruppert etter kapitler i diagnosemanualen for primærhelsetjenesten (ICPC-2) og spesialisthelsetjenesten (ICD-10), for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning, i tidsperiode 2022-2023. Figurene viser prosentandel av pasienter som har fått en diagnose i hvert kapittel blant de som har hatt minst en kontakt med den aktuelle tjenesten. Merk at det ikke er justert for ulik oppfølgingstid. Pasientene kan oppsøke helsetjenesten for flere ulike årsaker per kontakt og prosentandelen kan derfor overstige 100, noe som særlig gjelder for flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning.



Figur 7: Andel pasienter hos fastlegen for ICPC-2 kapitler (sortert etter øvrig befolkning), for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Diagnosekapitlene Y (Mannlige kjønnsorganer), B (Blod) og Z (Sosiale forhold) ble ekskludert på grunn av lavt antall pasienter.

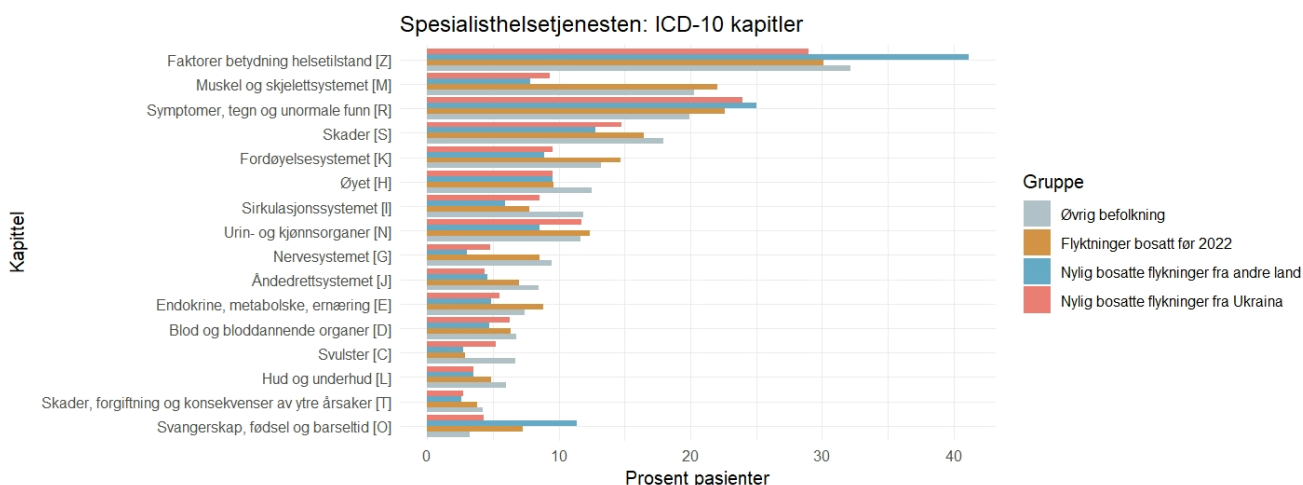
Blant flyktninger som oppsøkte fastlege minst én gang i løpet av 2022-2023 var diagnosekoder fra kapitlet Allment og uspesifikt den klart hyppigst brukte, om lag 60 prosent blant to gruppene med nylig bosatte og 68 prosent for flyktninger med lengre botid (Figur 7). Blant ukrainske flyktninger som hadde fastlegekontakt oppsøkte 22,3 prosent fastlegen på grunn av symptomer fra luftveier, etterfulgt av diagnosekoder fra kapitlene Muskel og skjelettsystemet (18,3 %), Hud (15,2 %), Fordøyelsessystemet (13,7 %), Endokrine, metabolske og ernæring (12,4 %) og Psykisk (9,1 %). 8,8 prosent av kvinnene fra Ukraina oppsøkte fastlege grunnet svangerskap, fødsel og familieplanlegging og 4,2 prosent relatert til kvinnelige kjønnsorganer. Nylig bosatte flyktninger fra andre land som benyttet fastlegetjeneste hadde diagnosekoder fra Muskel og skjelettsystemet som andre hyppigste kapittel (22,1 %), etterfulgt av Fordøyelsessystemet (18,1 %), Luftveier (17,8 %), Endokrine, metabolske og ernæring (17,1 %), Hud (16,9 %), Hjerte-karsystemet (10,1 %), Nervesystemet (8,1 %) og Psykisk (7,5 %). 11,8 prosent av nylig bosatte kvinner fra andre land oppsøkte fastlege relatert til svangerskap, fødsel og familieplanlegging og 7,5 prosent tilknyttet kvinnelige kjønnsorganer.

Flyktninger med lengre botid fikk hyppigere diagnosekoder fra kapitlene Muskel- og skjelettsystemet (48,0 %), Fordøyelsessystemet (27,0 %) og Endokrine, metabolske og ernæring (30,0 %), sammenlignet med øvrig befolkning (henholdsvis 37,0 %, 21,0 % og 20,1 %), og tilnærmet lik fra kapittel Psykisk (23,3 % vs. 23,6 %) og Luftveier (40,0 % vs. 40,1 %). 8,7 prosent av kvinnelige flyktninger bosatt før 2022 oppsøkte fastlege grunnet svangerskap, fødsel og familieplanlegging, og 9,5 prosent tilknyttet kvinnelige kjønnsorganer, mens kvinner i øvrig befolkning kontaktet fastlegen sjeldnere av disse årsakene, henholdsvis 6,6 prosent og 8,2 prosent.



Figur 8: Andel pasienter hos legevakt for ICPC-2 kapitler (blant øvrig befolkning), for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Diagnosekapitlene Y (Mannlige kjønnsorganer), B (Blod) og Z (Sosiale forhold) ble ekskludert på grunn av få antall pasienter.

I legevakt er også diagnosekoder fra Allment og uspesifikt hyppigst blant alle fire grupper (40-48 %) (Figur 8). Øvrig hyppigst brukte diagnosekapitler på legevakt blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og andre land var Luftveier (18,2 og 1,6 %), Muskel- og skjelettsystemet (16,0 og 16,3 %) og Fordøyelsessystemet (13,4 og 17,1 %). Blant flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning var Luftveier (21,6 og 21,7 %) og Muskel- og skjelettsystemet (20,2 og 19,6 %) andre og tredje mest brukte diagnosekoder i legevakt.



Figur 9: Andel pasienter hos spesialisthelsetjenesten for ICD-10 kapitler (blant øvrig befolkning), for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, nylig bosatte flyktninger fra andre land, flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Diagnosekapitlene som hadde færre enn 3 % pasienter er ekskludert fra figuren.

I spesialisthelsetjenesten utgjør kapittel Z «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten» største diagnosegruppe (Figur 9). Dette kapitlet omfatter kun kontaktårsaker og

bør brukes som tilleggskategori til diagnosekoder fra andre kapitler. Kontaktårsaker i kapittelet inkluderer undersøkelser og utredninger av personer uten symptomer eller registrert diagnose, som generelle og rutinemessige helseundersøkelser, helseundersøkelser for administrative formål som sesjonsundersøkelse, og populasjonsbaserte screeningundersøkelser, samt medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet, som mistanke om hjerteinfarkt, og etterundersøkelse etter behandling, som kreft (Helsedirektoratet). Den andre hyppigst brukte diagnosekategorien i alle grupper er Symptomer, tegn og unormale funn. Diagnosekategorien Muskel og skjelettsystemet er den tredje mest brukte blant flyktninger med lengre botid (22,0 %), på linje med øvrig befolkning (20,3 %), men kun den syvende hyppigste blant nylig bosatte flyktninger (fra Ukraina 9,3 prosent og fra andre land 7,8 prosent). Kapittel O, som omhandler svangerskap, fødsel og barsel, utgjør 11,4 % for nylig bosatte flyktninger fra andre land, mens det for nylig bosatte fra Ukraina utgjør kun 4,3 %, for flyktninger bosatt før 2022 7,2 %, og 3,2% for den øvrige befolkningen.

3.6 Kommunevariasjon i fastlege- og legevaktstjenester

Tabell V2 (vedlegg) viser årlig antall fastlegekontakter per person for ukrainske flyktninger og øvrige flyktninger per kommune, fylkesvis, for perioden 2022-2023, justert for oppfølgingstid. Tabellen inkluderer alle kommuner som har minimum 200 bosatte flyktninger, totalt 97 kommuner. Asylsøkere i mottak kommer i tillegg. Ukrainske flyktninger har gjennomgående lavere bruk av fastlegetjenester pr år sammenlignet med nylig bosatte fra andre land. Det er variasjon i gjennomsnittlig bruk av fastlegetjenester etter hvilken kommune og fylke flyktningene er bosatt i. Dette gjelder både for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina med fra minst 0,8 til høyest 4,8 fastlegekontakter per person, og for nylig bosatte flyktninger fra andre land hvor det varierer fra 1,9 til 6,6 fastlegekontakter per person.

Variasjonen i gjennomsnittlig årlige kontakter med legevakt per person er mindre enn for fastlege, og forskjellene er mindre både mellom kommuner og mellom de to flyktninggruppene (Tabell V3). Årlig bruk av legevakt blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og fra andre land er på mellom 0,1-1,0 antall kontakter per år.

Vi antar at noe av variasjonen i fastlege- og legevaktkontakter kan være relatert til om kommunen flyktningen er bosatt i har egen flyktningehelsetjeneste eller ikke. Det finnes ikke en fullstendig oversikt over hvilke kommuner som har egen flyktningehelsetjeneste. Vi har gjort en enkel kartlegging ut fra kommunenes egne nettsider for å kategorisere kommunene, se nærmere beskrivelse i vedlegg 4.

4 Diskusjon

Formålet med denne rapporten er å gi oversikt over flyktningers bruk av helse- og omsorgstjenester, samt vise forskjeller mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og eventuell geografisk variasjon. Vi har sett på helsetjenestebruk blant flyktninger i årene 2022 og 2023. Totalt var det i overkant av 321 000 bosatte flyktninger i Norge i denne perioden. Om lag 246 000 av disse ble bosatt før 2022, mens 75 500 flyktninger ble bosatt i norske kommuner i løpet av to årsperioden, ca. 59 000 fra Ukraina og 14 500 fra andre land.

Volum i tjenester til nylig bosatte flyktninger og kapasitet i helsetjenesten

Resultatene viser at nylig bosatte flyktninger hadde nærmere 200 000 fastlegekontakter, inkludert 112 000 konsultasjoner, og 28 000 legevaktkontakter i 2022-2023. I mer enn to av tre fastlegekonsultasjoner ble det benyttet tidstakst og/eller tolk, som indikerer mer tid per konsultasjon. Innen spesialisthelsetjenesten ble det registrert totalt 39 000 polikliniske konsultasjoner og over 12 000 dag- eller døgnopphold ved somatiske sykehus i samme periode. I psykisk helsevern hadde nylig bosatte flyktninger til sammen 8 600 polikliniske konsultasjoner for barn og voksne, mens antallet dag- og døgnopphold var svært lavt.

Blant de som hadde kontakt med helsetjenesten tok det i snitt, fra bosetting i kommunen til deres første kontakt, 3,6 mnd. blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og 3,3 mnd. blant flyktninger fra andre land.

Volumet av helsetjenester som nylig bosatte flyktninger mottok i 2022–2023, er så betydelig at det kan ha påvirket kapasiteten i deler av tjenesten. Særlig kan kapasiteten ha blitt utfordret i de kommunale tjenestene. Resultatene viser at nylig bosatte flyktninger, og i særlig grad flyktninger fra Ukraina, bruker fastlege i mindre grad enn flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Om lavere bruk av fastlege handler om at andre deltjenester gir tilsvarende tjenester, som flyktningehelsetjenesten i kommuner som har dette, kan allikevel kapasiteten totalt sett være utfordret i kommunene.

Resultatene av gjennomsnittlig antall fastlegekontakter og legevaktkontakter per person per kommune for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og andre land viser stor variasjon i gjennomsnittlig antall kontakter mellom kommunene (Tabell V2). Det kan også være variasjon mellom kommunene i kapasitet i ulike deltjenester, og i deres evne og mulighet til å håndtere økningen i tjenester som måtte ytes. Det er også sannsynlig at enkelte kommuner har hatt større kapasitetsutfordringer enn andre.

Flyktninger fra Ukraina, som er den største flyktninggruppen, er bosatt svært spredt og mange bor i kommuner med lav sentralitet og relativt sett færre i bykommunene med størst innbyggertall (Molstad, 2025). Det innebærer at mange av landets kommuner skal betjene en større flyktningepopulasjon med helsetjenester. En stor andel av disse kommunene er mindre distriktskommuner med potensielt mer sårbare tjenester med mindre kapasitet, som kan ha mindre fleksibilitet til å skalere opp tjenester ved behov. Det er også små og mellomstore utkantkommuner som over tid har hatt utfordringer i fastlegetjenesten. Mens omtrent 20 prosent av flyktningene har flyttet fra sin første bosettingskommune innen fem år, ofte til mer sentrale områder, har utviklingen det siste tiåret vist at stadig flere blir værende i kommunen de først ble bosatt i (IMDI, 2025a). Dette innebærer at kommuner som bosetter flyktninger, må planlegge for et vedvarende økt antall brukere av sine helsetjenester.

I tillegg til volumet av tjenester som ytes i fastlegetjenester og legevakt kommer omfanget av ressurser som kommunene bruker på tilrettelegging av helsetjenester til flyktninger. Den høye andelen fastlegekonsultasjoner hvor det er benyttet tidstakst eller tolk med nylig bosatte flyktninger viser tydelig behovet for lengre konsultasjoner med disse pasientene. Det gir indikasjon på at majoriteten av flyktningene også vil ha behov for tolk og mer tid i kontakt med andre deltjenester i kommunen, som i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Bruk av tolk er ressurskrevende, også ut over ekstra tid i selve konsultasjonen, som bestilling av tolk og koordinering av konsultasjonstidspunkt.

Det er rimelig å anta at andelen og hyppigheten av kontakt med fastlegetjenester blant nylig bosatte flyktninger vil øke i årene som kommer. Andelen med minst en fastlegekontakt blant nylig bosatte flyktninger økte fra 8-9 prosent ved bosetting til 11-20 prosent etter 12 måneders botid, og er forventet å øke. Behovet for helsetjenester, inkludert henvisning til spesialisthelsetjenesten, vil kunne øke med økt botid. Det er også sannsynlig at det vil bli en økning i helsetjenestebruk relatert til svangerskap og fødsel på i primær- og spesialisthelsetjenesten blant ukrainske kvinner over tid. Tidligere studier har vist at en lavere andel blant innvandrere fra lavinntektsland bruker primærhelsetjenester den første tiden etter ankomst, men at bruken øker raskt i løpet av seks til åtte år (E. Diaz, Calderon-Larranaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., Gimeno-Feliu, LA., 2014). Flyktninger som ble bosatt før 2022, brukte helsetjenester omtrent like mye eller litt mer som resten av befolkningen. Det er sannsynlig at vi vil se en tilsvarende utvikling i helsetjenesteb Bruken blant de nylig bosatte flyktningene framover med en økning i bruk. Dette vil igjen påvirke kommunenes ressursbehov og behov på sikt.

Mønstre i helsetjenestebruk blant flyktninger og øvrig befolkning

Flyktninggruppene har ulik sammensetning når det gjelder alder og kjønn – begge faktorer som påvirker bruken av helsetjenester. Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og andre land var i snitt ti år yngre enn dem bosatt før 2022. Én av tre var under 18 år, mot én av ti blant bosatte før 2022. De nylig bosatte hadde også en høyere andel kvinner. To av fem fra Ukraina var menn, sammenlignet med over halvparten blant flyktninger bosatt før 2022. For å få bedre innsikt i helsetjenestebruk blant flyktningene, beregnet vi kjønns- og aldersstandardiserte rater og så på bruk for ulike aldersgrupper og kjønn.

Når vi undersøker gjennomsnittlig antall fastlegekontakter og -konsultasjoner finner vi at nylig bosatte flyktninger hadde betydelig lavere bruk, sammenlignet med øvrig befolkning, også i kjønns- og aldersstandardiserte rater. Det sees også at de nylig bosatte flyktninger fra Ukraina brukte fastlegetjenesten mindre enn nylig bosatte fra andre land.

Flyktninger bosatt før 2022 skiller seg fra de andre flyktninggruppene med litt høyere antall årlige konsultasjoner enn øvrig befolkning. Overordnet ser vi en lavere antall fastlegekontakter blant flyktninger med kortere oppholdstid i landet, sammenlignet med flyktninger med lengre botid og øvrig befolkning. Økt bruk av fastlege blant innvandrere etter lengre opphold i landet er også sett i andre studier (Lunde, 2013; Texmon, 2024). Til sammenligning fant Diaz og kolleger ingen sammenheng mellom botid og øking i antall fastlegekontakter blant innvandrere, men gjennomsnittlig antall kontakter var høyere for denne gruppen enn øvrig befolkning i Norge (E. Diaz, Calderon-Larranaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., Gimeno-Feliu, LA., 2014). Flyktninger bosatt før 2022 hadde noen flere kontakter med fastlege i en rekke aldersgrupper (kvinner 40-59 år og menn 20-69 år) enn øvrig befolkning. SSB finner et tilsvarende mønster med høyere gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner personer fra Afrika, Asia, Latin-Amerika og Europa utenfor EU/EØ (Texmon, 2024). SSB har ikke differensiert på migrasjonsårsak, men studien viser

generelt høyere bruk i en rekke grupper som nesten utelukkende består av flyktninger, blant annet personer født i Somalia, Iran eller Irak, tilsvarende landbakgrunn som inngår i gruppen flyktninger bosatt før 2022 og med lengre botid.

Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina hadde et lavere antall årlige kontakter med fastlege, sammenlignet med bosatte fra andre land i ulike kjønn- og aldersgrupper opp til 59 år. Tallene for eldre flyktninger i begge gruppene er lave, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Ulikheten i bruk av fastlege mellom nylig bosatte fra Ukraina og nylig bosatte fra andre land var noe overraskende siden det ikke er store demografiske forskjeller i gruppene, men kan delvis være knyttet til ulikhet i oppholdstid i Norge. Gruppene har tilnærmet lik botid etter bosetting, men det er systematiske forskjell i tid fra ankomst til bosetting i kommunene mellom flyktninger med kollektiv beskyttelse og individuell beskyttelse, i snitt henholdsvis 75 og 600 dager. Flyktninger fra Ukraina hadde rask bosetting og betydelig kortere tid i asylmottak, sammenlignet med flyktninger fra andre land. Samtidig ser vi at en lavere andel av flyktningene fra Ukraina brukte fastlege og legevakt ved bosetting, sammenlignet med nylig bosatte flyktninger fra andre land, som indikerer at det tar tid for flyktningen å opprette kontakt med helsetjenesten.

Forskjellene i fastlegebruk mellom gruppene med nylig bosatte flyktninger kan også være knyttet til ulik bruk blant kvinnene. Ukrainske kvinner opp til 50 år skiller seg fra nylig bosatte kvinner fra andre land ved å ha til dels betydelig lavere antall fastlegekontakter, og har under 50 prosent så mange årlig fastlegekontakter ved 20-29 år. Forskjellen mellom nylig bosatte kvinner er slående, og kan delvis være relatert til forskjell i oppholdstid i Norge før bosetting. En annen mulig forklaring er forskjeller i svangerskap og fødsel mellom de ulike gruppene. Vi har ikke funnet tall for fertilitet blant flyktninger etter fødeland eller innvandringsårsak, SSB sine fruktbarhetstall etter landbakgrunn på regionnivå viser at innvandrere fra Afrika har betydelig høyere fruktbarhet enn innvandrere fra Europa (SSB, 2025b). Hvis dette også gjelder for flyktninger fra Ukraina sammenliknet med øvrige flyktninger, vil det delvis forklare forskjeller i helsetjenestebruk blant kvinner i fertil alder. Videre, de fleste ukrainske kvinnene som kom til Norge i starten av krigen, flyktet uten ektefelle. Kun kampdyktig menn med tre eller flere barn fikk forlate landet. Svangerskap, fødsel og familieplanlegging er også årsak til fastlegekontakt i en betydelig mindre andel blant kvinnelige flyktninger fra Ukraina, sammenlignet med nylig bosatte kvinner fra andre land. Antall fastlegekontakter blant nylig bosatte kvinner fra andre land faller i aldergruppene over 30 år, til langt under gjennomsnittlig bruk blant øvrig befolkning og flyktninger bosatt før 2022.

Vi finner et lavere gjennomsnittlig antall fastlegekontakter per år blant de over 70 år i alle flyktninggrupper, sammenlignet med øvrig befolkning. Dette kan være relatert til svært få eldre over 75 år blant nylig bosatte flyktninger, men også få av de eldste blant flyktninger bosatt før 2022, ettersom det er særlig personer over 80 som relativt sett har flest fastlegekonsultasjoner. Uregistrert utflytting fra Norge og remigrasjon til opprinnelsesland når man blir eldre kan være en forklaring på lavere registrert fastlegebruk blant de eldste flyktningene, men nyere studier viser at dette skjer i svært liten grad blant flyktninger (Tønnesen 2023). Våre resultater viser også markant lavere antall vedtak per person om institusjonsplasser, som inkluderer sykehjem, i alle flyktninggrupper, og lavest blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, og er som forventet gitt aldersfordelingen og kort oppholdstid. Det er også lavere antall vedtak for hjemmetjenester i alle flyktninggrupper, men økende med lengre botid. En nyere studie viser tilsvarende, høyere bruk av omsorgstjenester og hjemmebaserte tjenester blant eldre flyktninger enn blant befolkningen ellers (Syse, 2022). Som forfatterne påpeker kan dette få konsekvenser for bruk av omsorgstjenester i tiden framover siden flere flyktninger blir eldre i årene som kommer.

En rekke studier fra Europa har sett lavere fastlegebruk og høyere bruk av akuttmedisinske tjenester som legevakt blant flyktninger og asylsøkere (Lebano, 2020; Nowak, 2022). Alle flyktninggrupper har i snitt litt flere legevaktkontakter i året enn øvrig befolkning, men forskjellene er beskjedne. Vi finner også hyppigere bruk av legevakt blant flyktninger i mange av alders- og kjønnsgruppene, sammenlignet med øvrig befolkning, men det er flere unntak og resultatene er preget av usikkerhet grunnet små tall. Det er en tendens for høyere bruk blant de nylig bosatte flyktningene over 40 år, mens gruppen bosatt før 2022 faller i bruk fram mot 70 år. Tilsvarende fant SSB en relativt høy bruk av legevakt blant eldre innvandrere i Norge og særlig høy med dem med kort botid. Det var også en fallende bruk etter lengre botid. Flyktninger var den innvandrerguppen som brukte legevakt mest (Texmon, 2022). Nylig bosatte kvinnelige flyktninger fra Ukraina skilte seg derimot fra øvrige flyktninggrupper med færre legevaktkonsultasjoner i de yngre aldersgruppene (10-39 år), enn blant kvinner i øvrig befolkning, med mindre bruk av fastlege. Dette kan gjenspeile lavere behov for helsetjenester, men det kan også være indikasjon på underforbruk.

I spesialisthelsetjenesten var gjennomsnittlig antall kontakter lavere blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina, sammenlignet med nylig bosatte flyktninger fra andre land, som også hadde litt høyere antall kontakter enn flyktninger bosatt før 2022. Etter kjønns- og aldersstandardisering reduseres forskjellen og gjennomsnittlig antall kontakter med somatisk sykehus blant nylig bosatte flyktninger fra Ukraina til litt under snittet blant bosatte flyktninger før 2022 og øvrig befolkning. Nylig bosatte flyktninger fra andre land hadde i midlertidig noe høyere antall kontakter, sammenlignet med øvrig befolkning. Forskjellen mellom gruppene ser ut til å være relatert til ulik bruk blant kvinner i fertil alder. Nylig bosatte unge kvinner fra andre land (20-29 år) har nærmere dobbelt så mange kontakter med somatisk sykehus sammenlignet med kvinner bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Ukrainske kvinner opp til 50 år har til gjengjeld lavere gjennomsnittlig antall kontakter, sammenlignet med alle kvinner i samme aldersgruppe. Den høye bruken blant nylig bosatte kvinner kan sees i sammenheng med graviditet og fødsel, og mer enn én av ti av nylig bosatte kvinner fra andre land brukte spesialisthelsetjenesten relatert til svangerskap, barsel og fødsel. Det er indikasjon på høyere bruk av fødselsrelaterte og gynekologiske tjenester blant flyktninger i Europa sammenlignet med kvinner i lokal befolkning (Lebano, 2020), og en tydelig trend for dårligere utfall for en rekke svangerskapsrelaterte indikatorer og lavere fødselsvekt blant flyktninger, sammenlignet med øvrig befolkning (Bradby, 2015; Lebano, 2020; WHO, 2018). Våre data gir ikke grunnlag for å undersøke helseutfall, men det er ikke urimelig å anta at kvinner som nylig har gjennomført flukt, ofte fra krigsutsatt områder, kan ha høyere bruk av svangerskapsrelaterte tjenester. Høyere bruk blant denne gruppen av flyktningkvinner i både fastlegjetjenesten, legevakt og somatisk sykehus kan også være indikasjon på udekkete helsetjenestebehov.

I psykisk helsevern var gjennomsnittlig antall kontakter færre blant nylig bosatte flyktninger, enn flyktninger bosatt før 2022 og øvrig befolkning. Etter at det er tatt hensyn til ulik alders- og kjønnsstandardisering forsterkes forskjellen noe mellom nylig bosatte fra andre land og øvrig befolkning, og gjennomsnittlig antall kontakter blant flyktninger bosatt før 2022 ble litt færre enn blant øvrig befolkning. En pilotstudie som undersøkte holdninger blant nyankomne flyktninger fra Ukraina om vurdering av psykisk helse i den første ankomstfasen, indikerer stigma knyttet til temaet (Michelsen 2023). Det kan bidra til høyere terskel for å oppsøke helsehjelp for psykiske uhelse. I en tidligere registerstudie av Elstad var det relativt høy bruk av psykisk helsevern i noen innvandrergupper, fra land hvor personer ofte er flyktninger, men også lav bruk blant innvandrere som kom som flyktninger fra Vietnam (Elstad, 2015). Det er sannsynlig at kort botid og ventetid på psykisk helsehjelp også kan spille inn på lavere bruk av psykisk helsevern blant nylig bosatte flyktninger.

Hva kan forklare ulikhet i registrert helsetjenestebruk?

Noe av ulikheten vi finner i helsetjenestebruk mellom gruppene av flyktninger og øvrig befolkning kan være knyttet til forhold ved registrene, som at kommuner kan yte helsetjenester til flyktninger som ikke blir registrert. Dette baserer vi på tilbakemeldinger fra kommuner og helsepersonell, men omfanget er ukjent. I kommuner med egen flyktninghelsetjeneste gir denne tjenesten viktige førstelinjetjenester som avlaster andre helsetjenester i kommunen. Dette kan også inkludere allmennlegetjenester. I kommuner med ventetid på fastlegelister kan denne situasjonen være i opptil 2 år, som beskrevet av enkelte kommuner. Begrenset og ulik registreringspraksis kan være relatert til den uoversiktlige situasjonen med store ankomster, behov for raske løsninger, og finansiering ved bruk av statlige integreringsmidler. Det er mulig at flyktninger fra Ukraina har brukt flyktninghelsetjenesten i større grad etter bosetting sammenlignet med andre nylig bosatte på grunn av kort tid fra ankomst til bosetting. Det kan derfor være usikkerhet i beregnet helsetjenestebruk av enkelte kommunale helsetjenester.

Det er lite som tyder på at mange flyktninger har reist fra Norge uten å melde fra, verken registrert eller uregistrert, som tidligere påpekt (Tønnesen, 2025). Derfor er det heller ikke sannsynlig at uregistrert utvandring har påvirket tallene i nevneverdig grad. Samtidig kan flyktninger med kollektiv beskyttelse ha større mobilitet over landegrensene i Europa siden statusen gir fri tilgang til Schengen-området. Dette kan også bidra til bruk av helsetjenester i andre land. I en digital spørreundersøkelse blant 550 ukrainske flyktninger i ulike europeiske land oppgav én av fire at de hadde returnert midlertidig til Ukraina for helsetjenester, primært for tanntjenester og gynekologiske tjenester, fordi de ikke fikk tilgang i oppholdslandet (Kardas, 2025). Hovedårsakene som ble oppgitt for å oppsøke helsetjenester utenfor oppholdslandet var lang ventetid til konsultasjon, mangelfull informasjon om helsetjenesten og kostnader (Kardas, 2025). Det er mulig at også ukrainske flyktninger i Norge har benyttet helsetjenester utenfor Norge eller også opprettholdt kontakt med lege i Ukraina via digitale tjenester.

En mulig forklaring på lavere bruk av fastlegetjenester blant nylig bosatte flyktninger, samt andre deltjenester i flere av kjønns- og aldergruppene, kan være at disse personene er friskere enn befolkningen for øvrig og derfor har mindre behov for helsetjenester. Særlig kvinnelige flyktninger fra Ukraina har lav registrert bruk av helsetjenester både i primær og spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med kvinner i øvrige grupper. Eventuelle systematiske forskjeller i lavt forbruk av helsetjenester kan skyldes en seleksjon av friske personer fordi migrasjonsprosessen i seg selv krever ressurser som god helse (Healthy migrant effect) (Bhopal, 2014; Helgesson M, 2019). Denne effekten er antatt å være sterkest blant innvandrere med kortest botid da helsen over tid bli dårligere og blir likere den øvrige befolkningen (WHO, 2018). Samtidig er det omdiskutert om og eventuelt i hvilken grad seleksjonseffekten er relevant for flyktninger, blant annet ved å ikke ta hensyn til at personer migrerer av en rekke årsaker, som forfølgelse, fattigdom og også dårlig helse (Norredam, 2014). I en norsk registerstudie fant Syse og kolleger at helsen blant flyktninger, målt som dødelighet, var lavere enn i den norske befolkningen, og at den var signifikant lavere blant dem med botid under 15 år. De så samtidig at flyktninger fra tidligere Sovjetunionen og andre Østeuropeiske land hadde høyere dødelighet enn øvrig befolkning (Syse, 2018). Til sammenligning fant en registerstudie fra Danmark høyere sykdomsbyrde for en rekke sykdommer blant flyktninger allerede etter 5 års botid, sammenlignet med øvrig dansk befolkning (Norredam, 2014). Når det gjelder egenvurdert helse fant en prospektiv oppfølgingsstudie blant syriske flyktninger i Norge ikke støtte for en positiv seleksjonseffekt målt med endringer i selvrapportert helse og livskvalitet (Haj-Younes, 2020), mens selvrapportert helse blant syriske, afghanske og irakiske flyktninger var lavere enn øvrig befolkning i en stor tverrsnittsundersøkelse i Østerrike (Kohlenberger, 2019). Tilsvarende ble det ikke funnet støtte for helsefortrinn blant et utvalg innvandrere fra land hvor mange har fluktbakgrunn, basert på SSB

Levekårsundersøkelse fra 2016 (Tømmerås, 2022). Våre data gir ikke grunnlag til å trekke slutninger om forskjellene i registrert helsetjenestebruk mellom nylig bosatte flyktninger og øvrige grupper kan forklares av lavere behov grunnet bedre helse.

På grunn av mindre farefull flukt med blant annet kortere og enklere fluktvei til Norge og kort saksbehandlingstid fra ankomst til bosetting er det mulig at flere med dårligere helse har hatt mulighet til å forlate Ukraina, sammenlignet med flyktninger fra andre land. På samme tid indikerer tidligere undersøkelser at flyktninger fra Ukraina har dårligere selvrapportert helse enn befolkningen for øvrig (Labberton, 2023; Vedaa & Indseth, 2025). Folkehelseundersøkelsen i Oslo fra 2024 viser at ukrainere, men også flere andre typiske flyktninggrupper, kommer vesentlig dårligere ut på de fleste mål i undersøkelsen (Vedaa & Indseth, 2025). Normalt skulle man forvente at grupper som hadde dårligere selvrapportert helse også hadde noe høyere forbruk av helsetjenester, men det synes ikke å være tilfelle for nylig bosatte kvinner fra Ukraina. Det kan imidlertid tyde på underforbruk i denne gruppen. En undersøkelse fant delvis umøtte helsebehov blant ukrainske flyktninger, hvor hver fjerde svarer oppgav at de ikke hadde fått adekvat helsehjelp, samt behov for mer informasjon om helsetjenesten blant de nylig ankomne (Labberton, 2023).

Lavere bruk av særlig fastlegetjenester blant grupper av flyktninger med kort botid i Norge og med dårligere selvrapportert helse gir grunn til å stille spørsmål om flyktninger har et underforbruk av fastlegetjenester. Fastlegetjenesten er inngangsport til og koordinerer helsehjelp i den øvrige helsetjenesten for befolkningen og har ansvar for utredning, diagnostisering, behandling, og forebyggende tiltak. Fastlegen har også et bredt ansvar for å ta vare på sårbare grupper og sikre tilgang til nødvendig helsehjelp og oppfølging, og er en viktig samarbeidspartner for NAV og andre aktører. Det er derfor vesentlig at flyktninger har tidlig tilgang til fastlegetjenester og primærhelsetjenesten.

Det er en rekke potensielle barrierer som kan være til hinder for at flyktninger får tilgang til helsetjenester, relatert til brukeren/pasienten selv, helsepersonellet som gir tjenesten eller selve helsesystemet (O'Donnell, 2016). For flyktninger kan faktorer som sosioøkonomisk posisjon, svake norskspråklige ferdigheter, og lite kjennskap til organiseringen av tjenestene, utgjøre barrierer mot å benytte seg av helsetjenestene (Mbanya, 2019; Spilker, 2022), og oppfatninger om helse og tidligere erfaringer kan også påvirke når og om flyktningen oppsøker helsehjelp (Bradby, 2015). Barrierer relatert til helsepersonell kan inkludere uhensiktsmessige holdninger, lite kunnskap og erfaring med bruk av tolk, og mangelfull interkulturell kompetanse (O'Donnell, 2016). Litteraturen beskriver også en rekke barrierer på systemnivå som begrenset tilgang til kvalifiserte tolker, kort konsultasjonstid, og kostnader ved bruk av helsetjenester (O'Donnell, 2016). Bruk av primærhelsetjenesten av flyktninger påvirkes av om det er egenandeler eller annen betaling ved bruk av tjenesten (Lebano, 2020; WHO, 2018). Dette er også beskrevet i Norge, tross lave egenandeler (Magelssen, 2023), og blant nyankomne flyktninger i Sverige (Mangrio, 2018). Helsetjenestens struktur med fastlege som portvokter inn til øvrig tjeneste, timebestilling og ventetid er andre viktige barrierer (Bradby, 2015; O'Donnell, 2016). For lang ventetid til konsultasjon og oppfølging i helsetjenesten er beskrevet i en rekke studier (Mangrio, 2018; Mbanya, 2019), også blant flyktninger fra Ukraina (Kardas, 2025). Motsatt er det indikasjon på at språkopplæring kan bidra til hyppigere bruk og tilgang til helsetjenester. Deltakelse i språkopplæringskurs i form av introduksjonsprogrammet for flyktninger forbedret bruken av helsetjenester også flere år senere og ledet til økt bruk av fødselsomsorg, med positivt helseutfall for barna av flyktningene som hadde språkopplæring (Dang, 2025). Tilsvarende beskriver WHO at gode integreringsprogrammer kan hjelpe flyktninger og asylsøkere med å få tilgang til helsetjenester. Andre tiltak som tolk og praktisk hjelp til å registrere seg, bestille time og møte opp til konsultasjoner gjør det lettere å forstå og bruke helsetilbudet (Bradby, 2015). Den lavere bruken av enkelte helsetjenester blant nylig bosatte flyktninger, særlig fra Ukraina, gir grunn til å undersøke

om det finnes barrierer som begrenser tilgangen til tjenestene. Dette er viktig for å kunne iverksette treffsikre og målrettede tiltak. Det er også nødvendig å følge utviklingen i helsetjenestebruk blant nyankomne flyktninger over tid, både med tanke på hvor stor andel som bruker tjenestene og hvor hyppig kontakten er med ulike deler av helsevesenet.

Kunnskapshull og fremtidig arbeid

Denne rapporten har framskaffet ny kunnskap om bruk av helsetjenester blant flyktninger. Samtidig tydeliggjør rapporten at det er usikkerhet og mye vi ikke vet om faktisk bruk av helsetjenester og i hvilken grad helsetjenestene svarer på det behovet flyktningene har. Et sentralt spørsmål er om det er et rimelig samsvar mellom behov og bruk av helsetjenester for flyktninger, særlig i den første tiden etter bosetting.

En årsak til usikkerheten er knyttet til informasjonen som registerdata omfatter og dekningsgraden på disse dataene. Det er flere forbedringspunkter ved datagrunnlaget og behovet for ytterligere kunnskap på flere områder. Eksempelvis er det behov for kunnskap om bruk av tannhelsetjenester blant flyktninger, særlig med tanke på den store andel barn og dårligere selvrapportert tannhelse blant en stor andel nyankomne flyktninger (Labberton, 2023). Planlagt innrapportering av tannlegetjenester fra offentlige helsetjenesten og private tannleger til KPR i løpet av 2026 gjør det i midlertidig mulig å innhente denne kunnskapen i nær fremtid.

Det er behov for oversikt over organisering av kommunenes helsetjenester til flyktninger etter bosetting, knyttet til fordeling av ressurser, og vurdering av kvalitet av tjenesten og kapasitet for kommuner og sentrale helsemyndigheter. Per d.d. antar vi at det er skjevheter i registreringspraksis, men vi vet ikke hvor omfattende denne skjevheten er. Det er viktig å undersøke i hvilken grad tjenester ytes uten at det registreres. Dersom dette er et utbredt fenomen har dette store konsekvenser for fordeling av ressurser fra stat til kommune, der kommuner som yter tjenester som ikke registreres vil gå glipp av betydelige summer. Det gir også et feilaktig helhetsbilde av ressursbruk og kapasitet i kommunene. Det vil følgelig være nyttig at alle tjenester som normalt registreres i Helfo også registreres når de ytes til flyktninger.

Denne rapporten har kun informasjon om aktiviteter og tjenester som utløser refusjon fra Helfo. Dette innebærer at en vesentlig del av tiden og kapasiteten som deltjeneste bruker for å utføre helsemyndighetenes anbefalte og pålagt oppgaver (Helsedirektoratet, 2023) og omfanget av ressurser for tilrettelegging i møte med nyankomne flyktninger ikke inngår i kunnskapsgrunnlaget. For at helsemyndigheter og særlig kommunene skal kunne gjøre gode vurderinger om kapasitet i sine tjenester, bør omfanget av dette arbeidet kunne beskrives og inngå i fremtidige beregninger.

Oversikt over helsetjenestebruk i overgangen mellom ankomst til Norge og bosetting i en kommune er per d.d. ikke mulig å få god oversikt over. Dette skyldes at dato for ankomst ikke inngår i Folkeregisteret. Vi har derfor ikke et formålstjenlig startpunkt. Ved å inkludere dette ville det vært mulig å undersøke bruk av helsetjenester også i perioden fra ankomst til bosetting, inkludert tid til første kontakt med helsetjenesten. Per i dag mangler sikker kunnskap om bruk av helsetjenester blant flyktningene med individuell beskyttelse i nærmere to år, og for kollektiv beskyttelse de første 3,5 mnd., etter ankomst til Norge. Kunnskap om helsetjenestebruk i denne tidsperioden vil være viktig for kommuner og sentrale helsemyndighetene i deres planlegging og dimensjonering av helsetjenester til disse personene. Det vil også være viktig for å kunne vurdere om flyktningene har tilgang til og mottar tjenester av god kvalitet. Samtidig har vi lite kunnskap om behovet flyktninger har for helsetjenester ved ankomst og kort tid etter ankomst, og om deres bruk av helsetjenester er dekkende for deres helsetjenestebehov eller det er et under- eller overforbruk. Eventuelle spørre- og helseundersøkelser kan kaste lys over dette.

Undersøkelsene i denne rapporten belyser ikke behovet for og omfanget av merarbeid for tjenestene som kan komme med flyktningepasienter, som for eksempel behov for tolk, ekstra tid, administrative komplikasjoner og liknende. Registrene kan gi noe kunnskap om tolkebruk og ekstra tid blant fastleger i og med at dette er egne takster i KUHR. Eventuelle ekstra behov for å kompensere for manglende tidligere journal kan også fanges opp i KUHR dersom man for eksempel gjennom forskjeller i prøvetakning. Slike forhold kan være verdt å undersøke for å få bedre oversikt over hvordan endringer i ankomster av flyktninger påvirker kapasiteten i helsevesenet. Omfanget av administrativt tilleggssarbeid for eksempel i forbindelse med bosetting, adresseendringer, manglende systemkunnskap og andre forhold kan være vanskeligere å få kunnskap om gjennom registre og vil snarere kunne undersøkes ved intervju eller spørreundersøkelser med helsepersonell.

Referanser

- Bhopal, R. (2014). *Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies*. Oxford University Press.
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. SSB.
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., Phillimore J. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. (Health Evidence Network synthesis report 44 WHO).
- Dang, T. (2025). Language training, refugees' healthcare integration, and the next generation's health. *Journal of Development Economics*, 174.
- Diaz, E., Calderon-Larranaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., Gimeno-Feliu, LA. (2014). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health*, 25(1), 72-78.
- Diaz, E., Kumar, B. N., Gimeno-Feliu, L-A., Calderon-Larra, A., Poblador-Pou, B., Prados-Torres, A. . (2015). Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Tropical Medicine and International Health*, 20(12), 1805-1814.
- Diaz, E. K., B.N. (2014). Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. *Health Services Research*, 14(623).
- Elstad, J. I. (2016). Register study of migrants' hospitalization in Norway: world region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Services Research*, 16(306).
- Elstad, J. I., Finnvoll, J. E., Texmon, I. (2015). *Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn* (NOVA Rapport 10/15 OsloMet).
- Fay, M. P., Feuer, E.J. (1997). Confidence intervals for directly standardized rates: a method based on the gamma distribution. *Stat Med.*, 15(16), 791-801.
- FN-Sambandet. (2025). *Mennesker på flukt*. FN-sambandet United Nations associations of Norway. Retrieved 27.06.2025 from <https://fn.no/tema/menneskerettigheter/mennesker-paa-flukt>
- Gjefsen, H. M., Gjesvik, J., Skyrud, K., Indseth, T. (2022). *Scenarier for helsetjenestebruk for flyktninger fra Ukraina* FHI-rapport 2025 Folkehelseinstituttet.
- Gjefsen, H. M., Indseth, T. (2025). *Scenarier for bruk av allmennlegetjenester for flyktninger fra Ukraina 2025* (FHI-rapport 2025, Issue. Folkehelseinstituttet.
- Haj-Younes, J., Strømme, E. M., Igland, J., Kumar, B., Abildsnes, E., Hasha, W., Diaz, E. (2020). Changes in self-rated health and quality of life among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-9.
- Helfo. (2025). *Fastlegestatistikk*. Helfo. Retrieved 22.05.2025 from <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>
- Helgesson M, J. B., Nordquist T, Vingård E, & Svartengren M (2019). Healthy migrant effect in the Swedish context: a register-based, longitudinal cohort study. . *BMJ Open*, 9(3).
- Helsedirektoratet. (2023). *Veileder Helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente*. Helsedirektoratet. Retrieved 10.05.2025 from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Helsedirektoratet. (2025a). *Finnkode*. Retrieved 22.05.2025 from <https://finnkode.helsedirektoratet.no/icd10/chapter/XXI/>

- Helsedirektoratet. (2025b). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade/formal-og-avgrensning>
- IMDi. (2024). *Overføringsflyktninger*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
<https://www.imdi.no/bosetting/slik-bosettes-flyktninger/overforingsflyktninger/>
- IMDi. (2025a, 15.08.2025). *Befolkningen med innvandrerbakgrunn i Norge*. Retrieved 19.08.2025 from [https://www.imdi.no/tall-og-fakta/tall-om-integreringen-i-norge/hvordan-gar-det-med-integreringen-i-norge-status-og-utviklingstrekk-i-2024/befolkningen-med-innvandrerbakgrunn-i-norge/#:~:text=Av%20alle%20innvandrere%20som%20har,ukjente%20grunner%20\(SSB%202024t\)](https://www.imdi.no/tall-og-fakta/tall-om-integreringen-i-norge/hvordan-gar-det-med-integreringen-i-norge-status-og-utviklingstrekk-i-2024/befolkningen-med-innvandrerbakgrunn-i-norge/#:~:text=Av%20alle%20innvandrere%20som%20har,ukjente%20grunner%20(SSB%202024t)).
- IMDi. (2025b). *Bosettingstall*. Retrieved 22.05.2025 from <https://www.imdi.no/bosettingstall>
- Kardas, P., Mogilevkina, I., Aksoy, N., Agh, T., Garuoliene, K., Lomnytska, M., Istomina, N., Urbanavice, R., Wettermark, B., Khanyk, N. (2025). Barriers to healthcare access and continuity of care among Ukrainian war refugees in Europe: findings from the RefuHealthAccess study. *Frontiers in Public Health*, 13.
- Kjøllesdal, M., Straiton, M. L., Øien-Ødegaard, C. A. A. , Holmboe, O. J. R., Grewal, N. K., Indseth, T. . (2019). *Helse blant innvandrere i Norge [Health among immigrants in Norway]* Folkehelseinstituttet.
- Klein, J., Koens, S., Scherer, M., Straus, A., Harter, M., von dem Knesebeck, O. (2024). Variations in the intended utilization of emergency care in case of gastrointestinal diseases. *Health Policy* 140.
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123, 833-839.
- Kumar, B. N., Grøtvedt, L., Meyer, H. E., Sjøgaard, A. J., & Strand, B. H. (2008). *The Oslo immigrant health profile*. Folkehelseinstituttet.
- Labberton, A. S., Hansen, T. M., Skogheim, T. S., 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]*. Folkehelseinstituttet.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, Z., Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20, 1039.
- Lunde, E., & Texmon, I. (2013). Innvandrereens møte med fastlegen. *Samfunnsspeilet*, 5.
- Magelssen, R., Austveg, B., Minja, V. (2023). *Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl*. Folkehelseinstituttet.
- Mangrio, E., Carlson, E., Zdravkovic, S. (2018). Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC Res Notes*, 11.
- Mbanya, V. N., Terragni, L., Gele, A.A., Diaz, E., Kumar B.N. (2019). Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *International Journal for Equity in Health*, 18.

- Molstad, A. S., Corneliussen, H.M.L. (2025). *Ukrainere og andre grupper kommet gjennom masseflukt*. SSB.
- Norredam, M., Agyemang, C., Hansen, O.K.H., Petersen, J.H., Byberg, A., Krasnik, A., Kunst, A.E. (2014). Duration of residence and disease occurrence among refugees and family immigrants: test of the "health migrant effect" hypothesis. *Tropical Medicine and International Health*, 19(8), 958-967.
- Nowak, A. C., Namer, Y., Hornberg, C. (2022). Health Care for Refugees in Europe: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1278.
- O'Cathain A, S. R., Phillips M, Knowles E. (2022). Tendency to call an ambulance or attend an emergency department for minor or non-urgent problems: a vignette-based population survey in Britain. *Emerg Med J*, 39(6), 436-442.
- O'Donnell, C. A., Burns, N., Mair, F.S., Dowrick, C., Clissmann, C., van den Muijsenberghe, M., van Weel-Baumgartene, E., Lionis, C., Papadakakis, M., Saridakis, A., de Brung, T., MacFarlane A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 120(5), 495–508.
- Phung, V. H., Asghar, D.Z., Anitha, P.S., Siriwardena, P.A.N. (2022). The prehospital care experiences and perceptions of ambulance staff and Eastern European patients: An interview study in Lincolnshire, UK. *J Migr Health*, 6.
- Ruud, S. E., Hjortdahl, P., Natvig, B. (2017). Reasons for attending a general emergency outpatient clinic versus a regular general practitioner - a survey among immigrant and native walk-in patients in Oslo, Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 35-45.
- Spilker, R., S. (2022). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=>
- SSB. (2025a). *Hvilke land kommer det flest innvandrere fra? Hvorfor innvandrere folk til Norge?* Retrieved 05.06.2025 from <https://www.ssb.no/ssb-skole/undervisningsopplegg/fakta-og-tall-om-demografi-og-innvandring/hvilke-land-kommer-det-flest-innvandrere-fra-hvorfor-innvandrere-folk-til-norge>
- SSB. (2025b). *Samlet fruktbarhetstall og antall levendefødte for innvandrerkvinner, etter morens landbakgrunn 2011 - 2024*. SSB. Retrieved 18.08.2025 from 12481: Samlet fruktbarhetstall og antall levendefødte for innvandrerkvinner, etter morens landbakgrunn 2011 - 2024. Statistikkbanken
- Syse, A., Dzamarija, M. T., Kumar, B. N., Diaz, E. . (2018). An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries. *BMC Public Health*, 18(508).
- Syse, A., Tønnesen, M. (2022). Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 8(2), 8-29.
- Texmon, I. (2022). *Bruk av helsetjenester i innvandrere i Norge*. SSB.
- Texmon, I., Thonstad, M. (2024). *Innvandrerens helse og bruk av fastlege*. SSB.
- Tømmerås, A., Texmon, I., Sørlien, K. (2022). *Kapittel 5. Helse i Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse*. S. sentralbyrå.
- Tønnesen, M., Constant, A.F., Syse, A. (2025). Who emigrates from a wealthy, peaceful country? And who comes back? Evidence from Norway *Population, space and place*, 31(5).
- UDI. (2023). *Flere flyktninger fra andre land*. Retrieved 14.05.2025 from <https://www.udi.no/aktuelt/flere-flyktninger-fra-andre-land/>

- UDI. (2025a). *Asylsøknader etter statsborgerskap og måned 2024*. UDI. Retrieved 10.05.2025 from <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2024/>
- UDI. (2025b). Gjennomsnittlig saksbehandlingstid og tid fra ankomst til bosetting In. Statistikk innhentet fra statistikkavd., UDI.
- UDI. (2025c). *Har ankommet 92 000 ukrainere*. Retrieved 10.05.2025 from <https://www.udi.no/aktuelt/har-ankommet-92-000-ukrainere/>
- UDI. (2025d). *Statistikk om innvandring*. Retrieved 15.05.2025 from <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/>
- UDI. (2025e). *Statistikk om Ukraina-situasjonen*. UDI. Retrieved 27.06.2025 from <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/ukraina/>
- Vedaa, Ø., Knapstad, M., Nilsen, T. S., Aarø, L. E., Nes, R. B., Hussaini, L., Nguyen, T. T., & Indseth, T. (2025). *Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultat (Rapport2025)*. Folkehelseinstituttet.
- Vrålstad, S., & Wiggen, K.S. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Rapport 2017/13, Issue. SSB.
- Wechkunanukul, K. H., Ullah, S., Beilby, J. . (2022). Variation in Seeking Care for Cardiovascular Disease and Ambulance Utilization among Migrants in Australia: Time, Ethnicity, and Delay (TED) Study III. . *Int J Environ Res Public Health*, 28(3), 1516.
- WHO. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health*. W. H. Organization.

Vedlegg

Vedlegg 1: Referansegruppen

Det er opprettet en referansegruppe for prosjektet med relevante stakeholdere og beslutningstakere, samt to brukerrepresentanter med fluktbakgrunn fra Ukraina. Referansegruppen har bidratt til at prosjektet er utformet og innrettet på best mulig måte med hensyn til relevans og nytte. Referansegruppen har gitt innspill angående metodiske valg og tolkning av resultater. Medlemmene i referansegruppen per i dag er listet i Vedlegg 1. I tillegg har Håvard Wahl Kongsgaard (Helsedirektoratet) bidratt med innspill og diskusjon om datagrunnlaget og tolkning av data på møter, inkludert møte i referansegruppen.

Det første møtet med referansegruppen ble gjennomført den 11. oktober 2024. Hovedtemaet var innspill til en pågående spørreundersøkelse og spørreskjema rettet mot flyktninger fra Ukraina. Det andre møtet ble gjennomført i 20. mai 2025 med formål å diskutere resultater fra analyser av registerdata inkludert i denne rapporten.

Tabell V1. Oversikt over referansegruppen i prosjektet

Navn	Representerer	Stilling
Gro Saltnes Lopez	Helsedirektoratet	Seniorrådgiver avd. samfunnshelse
Charlotte Holmberg	Integrerings- og mangfoldsdirektoratet	Seniorrådgiver avd. bosetting
Helene Wessmann	Utlendingsdirektoratet	Jurist
Sarah Frandsen Gran	Nasjonalt ankomstsenter	Kommuneoverlege, Råde kommune (Østfold)
Cecilie Hatlenes	Kommunene	Kommuneoverlege, Heim kommune (Trøndelag)
Ann Catrin Høyvik	Tannhelsetjenesten	Førsteamanuensis UiO
Sanja Adjulovic	Norsk organisasjon for flyktninger og asylsøkere	Avdelingsleder – rettshjelp og veiledning
Alexander Nissen	Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress	Forsker II, Seksjon for traumer, katastrofer og tvungen migrasjon – voksne
Svitlana Stasiuk	Brukerrepresentant	Ukrainsk psykolog, underviser i foreldreveiledning
Oleksandra Deineko	Brukerrepresentant	Forsker OsloMet

Vedlegg 2: Nærmere beskrivelse av begrensinger i datagrunnlaget

Legetjenester og annen helsehjelp som gis til flyktninger utenfor ordinær tjeneste

For nyankomne flyktninger er det begrensninger i registrering av helsetjenestebruk knyttet til at kommunenes organiserer helsetjenester til flyktninger ulikt, som at legetjenester og annen helsehjelp gis utenfor ordinær tjeneste og uten at det takstes for. Dette kan være helsetjenester hvor det for den øvrige befolkningen takstes og registreres aktivitet på den enkelte bruker, for eksempel fastlegetjenester. Det medfører at en andel av tjenestene som gis til flyktninger ikke fanges opp i de nasjonale registrene og derfor ikke inngår i datagrunnlaget, til forskjell fra den øvrige befolkningen.

Organiseringen av helsetjenester rettet mot flyktninger varierer mellom kommuner, og kan skaleres opp og ned etter behov. Det mangler nasjonal oversikt over hvordan helsetjenester for flyktninger er organisert i de ulike kommunene. Flere kommuner har valgt å organisere egne tjenester rettet mot flyktninger, eksempelvis som egen flyktningehelsetjeneste. Vi vet ikke omfanget av denne type tjeneste, hvor mange kommuner som har flyktningehelsetjeneste og varigheten på helsetilbudet. Eksempler på kommuner som har flyktningehelsetjeneste er Bergen, Trondheim, Drammen og Lillestrøm. Om flyktningen ikke har fått tildelt fastlege ved bosetting og det er ventetid for tildeling, kan flyktningehelsetjenesten yte fastlegetjenester til disse personene. Kommuner med kapasitetsutfordringer i fastlegetjenesten oppgir at dette kan vedvare i inntil 2 år.

Det finnes ikke nasjonal oversikt over kommunenes organisering og i hvilken grad det takstes for ordinært takstbare tjenester. Hvor stor andel av helsetjenestene flyktninger mottar og tid og personell brukt i tjenestene som dette utgjør, er ikke kjent. Vi kan derfor heller ikke si noe om størrelsen på denne andelen og hvor mangelfullt datagrunnlaget for flyktninger er. Dette utgjør en betydelig usikkerhet for estimering av helsetjenester til flyktninger og vurdering av kapasitet i tjenesten.

Det er ikke innenfor formålet til dette oppdraget å gjennomføre en kartlegging av kommunenes organisering av helsetjenester til flyktninger. Men vi anbefaler/vurderer at det er nyttig at det gjøres en slik kartlegging for å bedre forstå registerdataene, og eventuelt hvilke typer organisering som kan være mer hensiktsmessig eller gi bedre tilgang til helsetjenester eller helseutfall.

Vi har hentet inn beskrivelser fra noen kommuner om deres tjeneste til flyktninger etter bosetting. Samtlige av kommunene med egen flyktningehelsetjeneste oppgir at (fast)legetjenester ikke takstes for. Det er også enkelte kommuner som oppgir at en andel av (fast)legetjenestene takstes for, avhengig av om allmennlegen som utfører tjeneste gjør dette i dager sin fastlegestilling eller som del av allmennlegeoppgaver i kommunen, men dette er ikke systematisk.

En utilsiktet konsekvens av at noen kommuner har flyktninghelsetjenester og andre ikke er at vi får en skjev allokering av ressurser. Det kan synes som om kommunene som bruker ekstra ressurser på å bygge opp egne flyktninghelsetjenester, også er de kommunene som får overført minst ressurser for å gjennomføre helsetjenester til flyktninger. Det er store variasjoner i tallmaterialet fordelt på kommuner. Dette kan bety at enkelte kommuner med en egen flyktninghelsetjeneste også takster på ordinært vis, mens andre ikke gjør det. Forskjellen mellom Oslo og Bergen representerer et ytterpunkt i materialet, men illustrerer forskjellene på kommuner med og uten flyktninghelsetjeneste godt. I Oslo har nylig bosatte flyktninger i snitt om lag dobbelt så mange registrerte kontakter som i Bergen. Bergen har en egen flyktninghelsetjeneste, mens i Oslo er

oppgavene fordelt til ulike legekontorer avhengig av bydel, der kommunen tilbyr én gratis time for den frivillige 3 måneders-undersøkelsen.

Vedlegg 3: Kommunevariasjon i fastlege- og legevaktstjenester

Tabell V2. Justert årlig antall fastlegekontakter per person per kommune (n= 96)

Kommune	Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina			Nylig bosatte flyktninger fra andre land		
	Antall person	Antall kontakter	Justert antall kontakter per person	Antall person	Antall kontakter	Justert antall kontakter per person
Oslo						
Oslo	2969	10200	3,1	1163	4704	4,5
Rogaland						
Eigersund	270	651	2,3	45	155	3,4
Stavanger	1349	3829	2,9	377	1366	4,3
Haugesund	516	1719	2,9	156	469	3,3
Sandnes	519	1319	2,1	172	575	3,3
Hå	367	1326	4,4	58	254	6,0
Klepp	235	577	2,1	29	119	3,6
Time	215	576	2,4	42	146	3,3
Sola	302	571	2,4	62	202	3,7
Randaberg	237	612	2,5	78	316	4,0
Strand	227	713	3,0	52	163	3,3
Tysvær	220	544	2,4	32	122	3,6
Karmøy	458	1007	2,3	84	376	4,9
Møre og Romsdal						
Kristiansund	280	684	2,5	57	166	2,8
Molde	518	1027	2,0	140	531	3,5
Ålesund	369	1256	3,2	75	224	3,6
Ulstein	292	804	3,4	33	172	4,5
Hareid	225	317	2,5	21	51	3,6
Vestnes	212	537	2,5	25	102	3,5
Rauma	292	366	2,9	28	78	4,9
Sunndal	389	520	1,6	66	154	2,7
Volda	227	828	3,6	34	147	5,3
Hustadvika	201	471	2,6	44	202	4,2
Nordland						
Bodø	947	1232	1,8	134	494	4,1
Narvik	318	870	2,4	47	187	3,7
Vefsn	221	425	2,1	44	103	3,1
Saltdal	279	442	3,3	24	69	6,4
Fauske - Fuosko	285	223	1,8	25	37	3,2
Vestvågøy	219	455	2,3	33	122	3,4

Sortland - Suortá	316	529	1,5	39	243	4,6
Østfold						
Moss	415	1115	2,9	158	589	4,3
Fredrikstad	489	1053	2,6	183	683	4,2
Indre Østfold	381	884	2,7	131	425	3,8
Akershus						
Bærum	416	1132	2,6	251	805	3,9
Asker	439	1439	3,2	257	1119	4,4
Lillestrøm	357	1022	2,6	303	939	3,9
Nordre Follo	380	993	2,3	212	852	4,3
Ullensaker	231	1007	3,5	130	563	4,3
Lørenskog	497	884	2,2	106	363	3,8
Eidsvoll	204	512	2,6	51	166	4,2
Buskerud						
Drammen	571	1514	2,5	266	602	2,9
Kongsberg	445	945	2,9	76	249	3,9
Ringerike	246	506	1,9	75	118	1,9
Lier	294	461	1,7	77	229	3,3
Øvre Eiker	231	303	1,1	75	246	3,1
Modum	227	652	3,6	45	152	3,4
Gol	220	196	2,0	20	34	3,0
Ål	328	303	1,8	31	112	3,4
Innlandet						
Hamar	324	981	3,5	133	386	3,3
Lillehammer	227	494	2,2	129	351	2,9
Gjøvik	274	573	1,9	56	183	4,0
Ringsaker	252	573	2,4	75	293	4,9
Stange	254	772	3,0	65	187	3,0
Sel	289	347	2,6	44	34	2,1
Vestfold						
Horten	318	626	2,6	75	243	3,9
Holmestrand	291	387	2,5	35	131	4,4
Tønsberg	465	944	2,2	125	555	4,6
Sandefjord	359	1066	2,7	145	589	4,6
Larvik	330	445	1,5	124	201	2,0
Færder	226	783	4,0	54	218	5,3
Telemark						
Porsgrunn	366	305	1,1	131	125	1,3
Skien	389	363	1,3	140	416	3,0
Notodden	242	542	2,7	43	221	6,6
Agder						
Grimstad	234	960	3,9	75	341	6,0
Arendal	349	1093	3,2	115	509	5,3

Kristiansand	848	2131	2,4	283	630	3,2
Lindesnes	347	885	2,3	69	307	4,6
Farsund	286	235	1,1	33	56	2,8
Flekkefjord	217	1165	4,0	30	168	5,4
Evje og Hornnes	245	193	1,5	30	47	2,8
Lyngdal	291	465	2,3	31	35	2,2
Kvinesdal	247	703	3,5	21	60	2,7
Vestlandet						
Bergen	1904	2691	1,6	469	871	2,0
Kinn	347	632	2,0	71	381	5,5
Bømlo	221	405	2,3	37	128	3,2
Voss	374	606	2,1	58	216	4,0
Bjørnafjorden	245	970	3,5	38	162	5,6
Øygarden	296	632	2,3	81	285	4,1
Alver	279	599	2,0	59	208	3,1
Sunnfjord	235	644	2,7	61	186	3,7
Trøndelag						
Trondheim	1055	2586	2,4	443	1116	2,8
Steinkjer	324	527	1,9	125	266	2,7
Namsos	252	379	1,9	66	265	3,7
Melhus	210	535	2,4	66	245	4,1
Stjørdal	251	756	2,7	96	253	2,5
Levanger	298	298	1,0	84	147	1,6
Verdal	237	181	0,8	40	64	1,5
Heim	277	475	2,8	26	113	5,1
Orkland	254	555	2,4	45	132	3,0
Troms						
Tromsø	620	1878	2,6	192	540	3,2
Harstad	319	524	1,5	103	312	3,2
Senja	268	1271	4,8	62	374	5,8
Finnmark						
Alta	390	564	1,6	77	267	3,0
Sør-Varanger	232	398	2,5	82	145	2,8
Vadsø	262	294	1,8	47	172	4,0

Tabell V3. Justert årlig antall legevaktkontakter per person per kommune (n=96)

Kommune	Nylig bosatte flyktninger fra Ukraina			Nylig bosatte flyktninger fra andre land		
	Antall person	Antall kontakter	Justert antall kontakter per person	Antall person	Antall kontakter	Justert antall kontakter per person
Oslo						
Oslo	2969	1272	0,4	1163	459	0,4
Rogaland						

Eigersund	270	42	0,1	45	8	0,2
Stavanger	1349	379	0,3	377	97	0,3
Haugesund	516	172	0,3	156	38	0,3
Sandnes	519	378	0,6	172	154	0,9
Hå	367	74	0,2	58	22	0,5
Klepp	235	140	0,5	29	18	0,5
Time	215	71	0,3	42	16	0,4
Sola	302	84	0,4	62	21	0,4
Randaberg	237	82	0,3	78	39	0,5
Strand	227	44	0,2	52	13	0,3
Tysvær	220	47	0,2	32	6	0,2
Karmøy	458	141	0,3	84	53	0,7
Møre og Romsdal						
Kristiansund	280	95	0,3	57	16	0,3
Molde	518	178	0,3	140	55	0,4
Ålesund	369	134	0,3	75	44	0,7
Ulstein	292	89	0,4	33	-	-
Hareid	225	29	0,2	21	-	-
Vestnes	212	29	0,1	25	-	-
Rauma	292	23	0,2	28	6	0,4
Sunndal	389	52	0,2	66	8	0,1
Volda	227	56	0,2	34	8	0,3
Hustadvika	201	39	0,2	44	-	-
Nordland						
Bodø	947	1347	1,9	134	211	1,8
Narvik	318	193	0,5	47	27	0,5
Vefsn	221	84	0,4	44	-	-
Saltdal	279	43	0,3	24	9	0,8
Fauske - Fuosko	285	126	1,0	25	11	0,9
Vestvågøy	219	67	0,3	33	-	-
Sortland - Suortá	316	82	0,2	39	13	0,2
Østfold						
Moss	415	163	0,4	158	57	0,4
Fredrikstad	489	174	0,4	183	87	0,5
Indre Østfold	381	150	0,5	131	90	0,8
Akershus						
Bærum	416	189	0,4	251	93	0,5
Asker	439	169	0,4	257	83	0,3
Lillestrøm	357	166	0,4	303	115	0,5
Nordre Follo	380	201	0,5	212	104	0,5
Ullensaker	231	156	0,5	130	58	0,4
Lørenskog	497	272	0,7	106	35	0,4
Eidsvoll	204	67	0,3	51	16	0,4

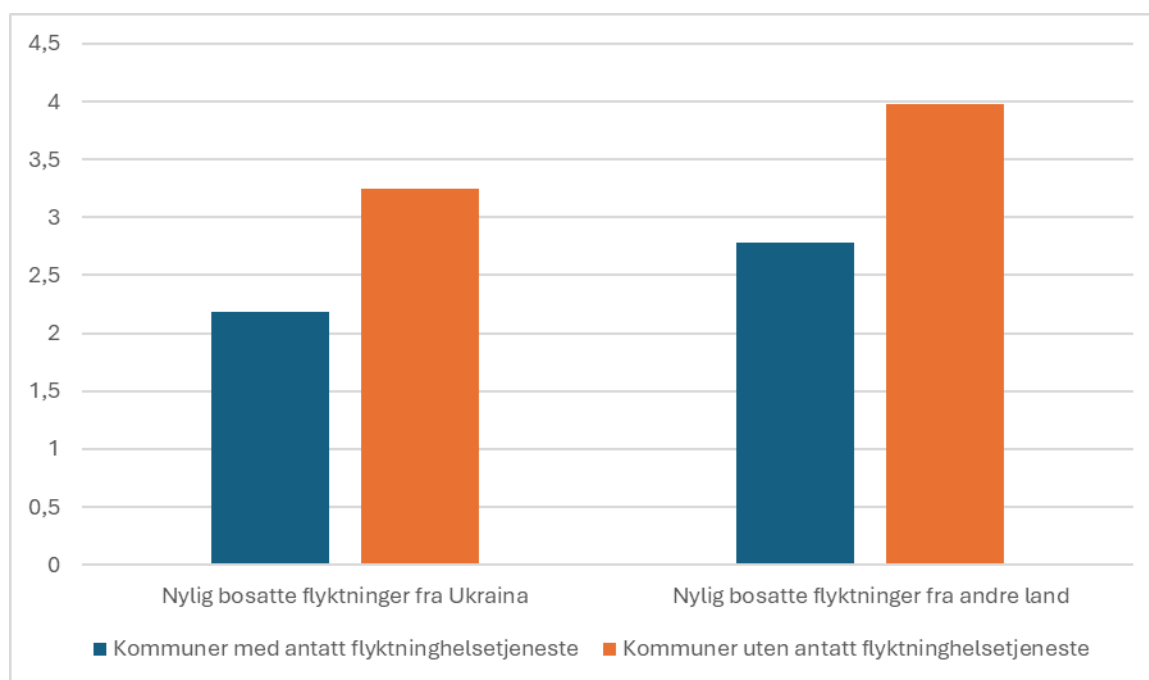
Buskerud						
Drammen	571	300	0,5	266	106	0,5
Kongsberg	445	118	0,4	76	53	0,8
Ringerike	246	108	0,4	75	32	0,5
Lier	294	143	0,5	77	62	0,9
Øvre Eiker	231	125	0,4	75	39	0,5
Modum	227	60	0,3	45	7	0,2
Gol	220	25	0,2	20	-	-
Ål	328	41	0,2	31	12	0,4
Innlandet						
Hamar	324	117	0,4	133	24	0,2
Lillehammer	227	88	0,4	129	34	0,3
Gjøvik	274	116	0,4	56	41	0,9
Ringsaker	252	52	0,2	75	21	0,3
Stange	254	99	0,4	65	18	0,3
Sel	289	32	0,2	44	-	-
Vestfold						
Horten	318	162	0,7	75	51	0,8
Holmestrand	291	47	0,3	35	9	0,3
Tønsberg	465	420	1,0	125	83	0,7
Sandefjord	359	264	0,7	145	117	0,9
Larvik	330	411	1,4	124	128	1,3
Færder	226	69	0,4	54	18	0,4
Telemark						
Porsgrunn	366	332	1,2	131	103	1,1
Skien	389	280	1,0	140	141	1,0
Notodden	242	47	0,2	43	10	0,3
Agder						
Grimstad	234	65	0,3	75	8	0,1
Arendal	349	117	0,3	115	43	0,4
Kristiansand	848	297	0,3	283	86	0,4
Lindesnes	347	311	0,8	69	86	1,3
Farsund	286	83	0,4	33	7	0,4
Flekkefjord	217	80	0,3	30	18	0,6
Evje og Hornnes	245	33	0,3	30	12	0,7
Lyngdal	291	60	0,3	31	10	0,6
Kvinesdal	247	68	0,3	21	-	-
Vestlandet						
Bergen	1904	671	0,4	469	241	0,5
Kinn	347	54	0,2	71	27	0,4
Bømlo	221	28	0,2	37	-	-
Voss	374	93	0,3	58	19	0,4
Bjørnafjord en	245	73	0,3	38	13	0,4
Øygarden	296	93	0,3	81	33	0,5

Alver	279	178	0,6	59	64	0,9
Sunnfjord	235	108	0,5	61	21	0,4
Trøndelag						
Trondheim	1055	354	0,3	443	118	0,3
Steinkjer	324	178	0,6	125	48	0,5
Namsos	252	48	0,2	66	15	0,2
Melhus	210	36	0,2	66	15	0,3
Stjørdal	251	126	0,5	96	27	0,3
Levanger	298	91	0,3	84	34	0,4
Verdal	237	64	0,3	40	12	0,3
Heim	277	30	0,2	26	-	-
Orkland	254	74	0,3	45	10	0,2
Troms						
Tromsø	620	342	0,5	192	100	0,6
Harstad	319	120	0,3	103	23	0,2
Senja	268	136	0,5	62	52	0,8
Finnmark						
Alta	390	206	0,6	77	56	0,6
Sør-Varanger	232	79	0,5	82	19	0,4
Vadsø	262	51	0,3	47	16	0,4

- N på 5 eller mindre er fjernet fra tabellen og erstattet med -

Vedlegg 4: Enkel kartlegging av om kommunene har egen flyktningehelsetjeneste

Vi har gjort en enkel kartlegging av hvilke kommuner som har egen flyktningehelsetjeneste. Dette ble gjort av en av forfatterne ved søk på nett etter flyktningehelsetjeneste i alle kommunene som var blant de mer enn 200 personer med flyktninger fra Ukraina (n= 96, se også Tabell V2 og V3). Dersom det fantes informasjon på nett om en egen tjeneste ble dette registrert som at kommunen har en tjeneste. Dersom vi ikke fant noe informasjon ble dette registrert som nei. Dersom vi på kommunens nettsider kun fant informasjon om nasjonale retningslinjer eller målsetninger relatert til flyktnings helse ble dette også registrert som nei. Det ble også registrert som nei dersom vi fant informasjon på nettsidene der flyktninger enten ble rådet til å henvende seg til et legekantor eller til egen fastlege. Beskrivelse av koordinerende flyktningehelseteam, for eksempel i form av jevnlig møter mellom nav, et legekantor, helsestasjonen og flyktningetjenestene ble også registrert som nei. Følgende kommuner ble definert som hadde en egen flyktningehelsetjeneste ut fra de 97 kommunene som finnes i Tabell V2 og Tabell V3: *Rogaland*: Sandnes, Klepp, Sola, Tysvær, Karmøy, Møre og Romsdal: Kristiansund, Molde, Ulstein, Hareid, Sunndal, *Nordland*: Bodø, Vefsn, Fauske, Vestvågøy, Sortland, *Østfold*: Moss, *Akershus*: Lillestrøm, Nordre, *Buskerud*: Drammen, Ringerike, Øvre Eiker, Innlandet: Hamar, Lillehammer, Ringsaker, Stange, *Vestfold*: Holmestrand, Larvik, Færder, *Telemark*: Porsgrunn, Skien, *Agder*: Grimstad, Kristiansand, *Vestlandet*: Bergen, Bømlo, Bjørnafjorden, Øygarden, Alver, *Trøndelag*: Trondheim, Steinkjer, Namsos, Stjørdal, Verdal, *Troms*: Tromsø; Harstad, *Finnmark*: Alta, Sør-Varanger, Vadsø.



Figur V1: Årlig rate for fastlegekonsultasjoner for nylig bosatte flyktninger fra Ukraina og andre land i kommuner med og uten antatt flyktninghelsetjeneste, justert for oppfølgingstid.

Kartleggingen er lite presis og vi utelukker ikke at det kan finnes flyktninghelsetjenester i kommuner uten at dette er beskrevet på nettsidene, eller at det finnes beskrivelser av flyktninghelsetjenester på nettsidene uten at disse finnes i virkeligheten (for eksempel fordi de har blitt lagt ned og nettsidene ikke er oppdatert). Vi tror likevel at denne enkle kartleggingen gir et bilde som i grove trekk stemmer med faktiske forhold, selv om det ikke nødvendigvis stemmer i for alle kommunene.

For enkelte kommuner kan det se ut til å være forskjell i registrerte fastlegekontakter per flyktning mellom kommuner som ifølge kommunens nettsider har flyktninghelsetjenester og de som ikke hadde informasjon om en egen flyktninghelsetjeneste (gjennomsnittlig 2,5 vs. 3,0 fastlegekontakter). Bildet er likevel ikke entydig, og det finnes flere eksempler på kommuner med flyktninghelsetjeneste som ligger over gjennomsnittet og kommuner uten som ligger under gjennomsnittet (Tabell V2).

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

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no