

Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018



Lørenskog kommune

sentio
research
norge

Figurliste

Figur 1: Feilmarginer	3
Figur 2: Fordeling bakgrunnsvariabler.....	4
Figur 3: Hvordan er helse di nå? N=1668.	7
Figur 4: Selvpoplevd helse i Lørenskog kommune og i Norge. Standardiserte snitt: 0=Svært dårlig 100=Svært god. N=1668. .	8
Figur 5: Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene? – Lite interesse eller glede over å gjøre ting. N=1608.	8
Figur 6: Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene? – Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet. N=1609.	9
Figur 7: Tenk på hvordan du har følt deg de siste syv dagene. I hvilken grad var du ...? Standardiserte snitt 0=Ikke i det hele tatt 100=I svært stor grad. N=1524-1542.	9
Figur 8: Tenk på hvordan du har følt deg de siste syv dagene. I hvilken grad var du ...? Standardiserte snitt 0=I svært stor grad 10=Ikke i det hele tatt. N=1516-1530.	10
Figur 9: Indeks for følelser. Standardiserte snitt. N=1477.	11
Figur 10: Samlefigur. Meningsfylt liv og tilfredshet med livet. Standardiserte snitt. N=1560-1558.	11
Figur 11: Hvor mange står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie. N=1616.	12
Figur 12: Hvor ofte er du sammen med gode venner? Regn ikke med medlemmer av din egen familie. N=1622.	13
Figur 13: Hvor ofte deltar du i organisert aktivitet/frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller andre lignende ting? N=1540.	13
Figur 14: Hvor ofte er du alene til tross for at du helst vil være sammen med andre? Standardiserte snitt 0=Nesten alltid 100=aldri. N=1530.	14
Figur 15: Hvor enig er du i følgende påstander ...? Standardiserte snitt. 0=Helt uenig 100=Helt enig. N=1543--1545.	14
Figur 16: Samlefigur. Tillit, trygghet og tilhørighet. Standardiserte snitt. N=1588-1590.	15
Figur 17: Hvis du tenker på din/husholdningens samlede inntekt. Hvor lett eller vanskelig er det for deg/dere å få pengene til å strekke til i det daglige med denne inntekten? N=1503.	16
Figur 18: Andel av befolkningen i Lørenskog under lavinntekstgrensen. N=1463.	16
Figur 19: Andel som spiser frukt, grønnsaker eller bær daglig. N=1510.	17
Figur 20: Andel som røyker og bruker snus daglig. N=1491-1496.	17
Figur 21: Andel som trener eller mosjonerer en halvtime hver dag. N=1509.	18
Figur 22: Hvilken av følgende påstander beskriver best ditt nåværende nivå av fysisk aktivitet eller din interesse for fysisk aktivitet? N=1504.	19
Figur 23: BMI. N=1439.	20
Figur 24: Diabetesrisiko. N=1198.	21
Figur 25: Risikoatferd alkohol. N=1296.	22
Figur 26: Risikoatferd alkohol sammenlignet med 2015. N=1296.	22
Figur 27: Andel som svarer at de har noe nedsatt eller mye nedsatt funksjonsevne.	23
Figur 28: Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn seks måneder? N=1497.	24
Figur 29: Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire uker? N=1492.	24
Figur 30: Har du noen langvarig (minst ett år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i det daglige liv? N=1500.	25
Figur 31: Standardiserte effekter (-1,1) på selvpoplevd helse i Lørenskog kommune.	26
Figur 32: Standardiserte effekter (-1,1) på tilfredshet med livet i Lørenskog kommune.	27

Introduksjon og metode

Folkehelseloven gir kommunene ansvar for å ha oversikt over folkehelsesituasjonen, utarbeidelse av overordnede mål og iverksettelse av tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer (Helsedirektoratet 2018).

Denne rapportens formål er gi Lørenskog kommune informasjon om dagens folkehelsesituasjon blant innbyggerne. Sentrale områder som blir presentert i rapporten er selvopplevd helse, tilfredshet med livet, ensomhet, sosialt nettverk, psykisk og fysisk helse, levekår og livsstil.

Et av målene med folkehelsearbeidet er å fremme helse for hele befolkningen og motvirke sosiale helseforskjeller (Folkehelseinstituttet 2018). Rapporten tar for seg sosioøkonomiske faktorer som utdanning og inntekt og vil derfor gi en oversikt over ulikheter i helsetilstanden innad i befolkningen.

Det ble gjennomført en lignende folkehelseundersøkelse i Lørenskog i 2015. Spørsmålskjemaset som er brukt i 2018 er imidlertid ulikt fra det som ble brukt i 2015. Endringene er gjort for å tilfredsstille helsedirektoratets minimumsliste av spørsmål, som må dekkes for å kunne si noe om subjektiv livskvalitet i befolkningen.

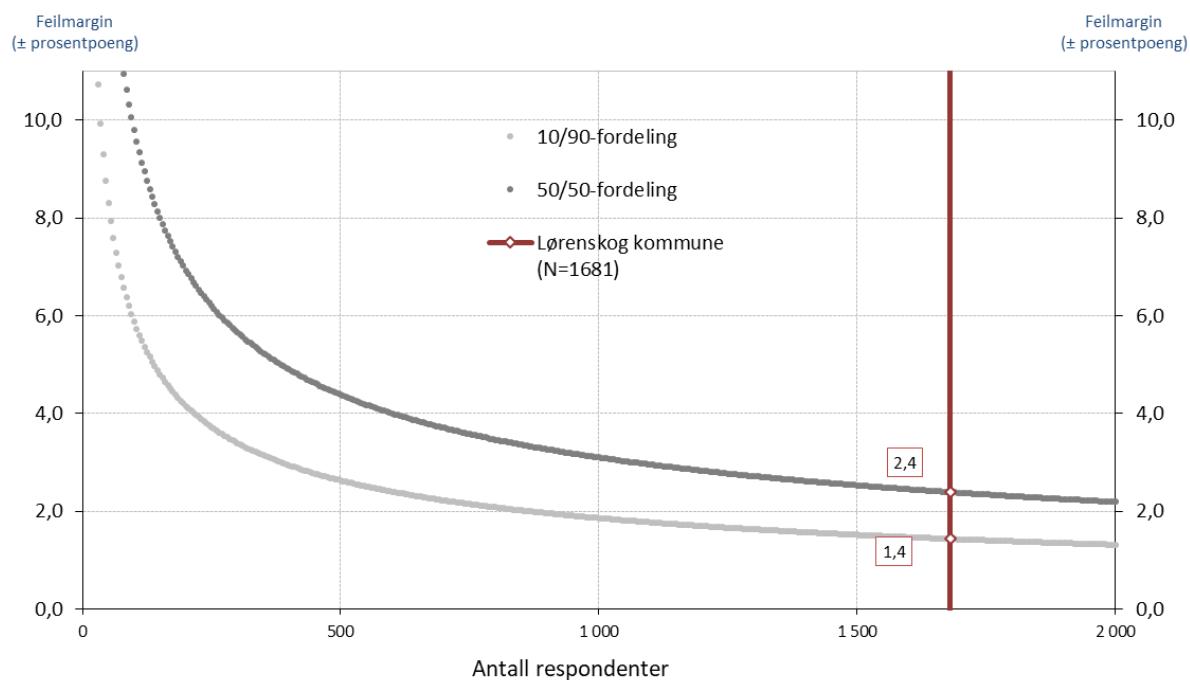
Spørsmål som har blitt stilt i begge undersøkelsene vil bli sammenlignet og kommentert i rapporten. I tillegg vil resultatene bli sammenlignet med resultatene fra folkehelseundersøkelsen som er blitt gjort på landsbasis i 2016.

Om undersøkelsen

Invitasjon til å delta er sendt ut per post til 4000 innbyggere i Lørenskog kommune. Respondentene har logget seg inn med en svarlink og avgitt svarene på web. For å sikre deltakelse fra flest mulig innbyggere har det også vært mulig å besvare skjemaet på papir, og sende dette i retur via post. Undersøkelsen ble gjennomført i oktober og november 2018. 1681 personer har svart på undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 42 prosent.

I enhver utvalgsundersøkelse må man operere med feilmarginer for fordelinger. Størrelsen på feilmarginen avhenger av utvalgt størrelse og av resultatet i utvalget. Jo mer prosentandelen som har en bestemt egenskap, nærmer seg 50, det vil si jo mer heterogent utvalget er, desto større feilmargin må vi regne med. I denne undersøkelsen, med et utvalg på 1681, vil feilmarginene variere fra 1,4 ved en 10/90-fordeling til 2,4 ved en 50/50-fordeling. Ved en nedbryting på bakgrunnsvariabler vil naturlig nok feilmarginene øke. Figur 1 viser hvordan feilmarginene utvikler seg ved ulike utvalgsstørrelser og fordelinger.

Figur 1: Feilmarginer



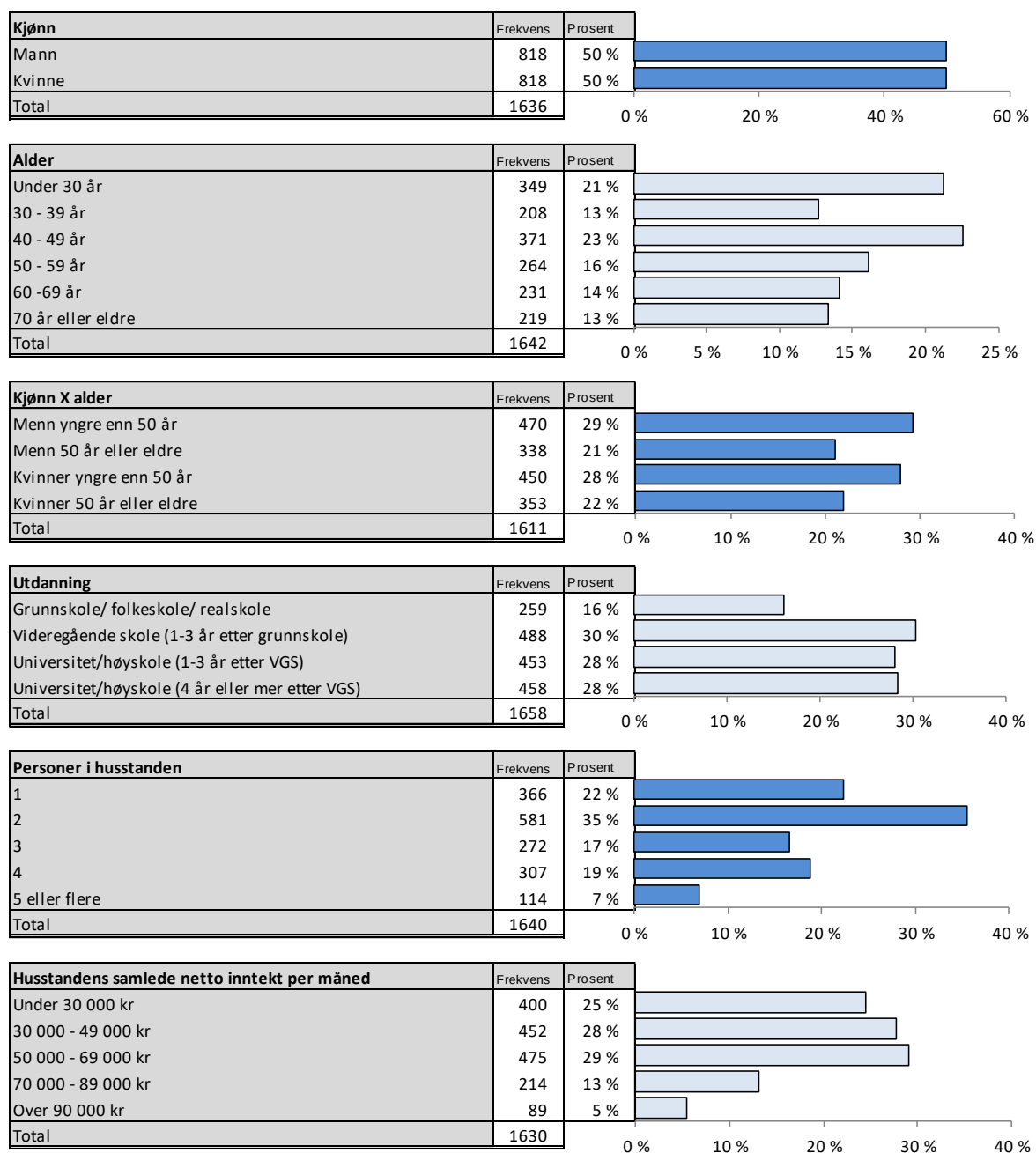
Det er signifikanstestet om resultatene for hver undergruppe er signifikant forskjellig fra motsatsen, for eksempel om menn svarer annerledes enn kvinner, eller om de som er under 30 år, svarer annerledes enn de eldre. Dersom en forskjell er statistisk signifikant, kan vi med 95 prosent sikkerhet hevde at den er reell i populasjonen og ikke skyldes tilfeldigheter i utvalget. Der det er signifikante forskjeller mellom ulike undergrupper, vil dette bli kommentert. I tabellvedlegget vil dessuten signifikante forskjeller markeres med pil og fargekode.

Om utvalget

Utvalget består av 1681 personer over 15 år fra Lørenskog kommune. Utvalget er vektet på kjønn og alder for å gi en riktig gjenspeiling av populasjonen i kommunen.

Resultatene i undersøkelsen er brutt ned på kjønn, alder, utdanning, inntekt, antall personer i husstanden, BMI og om man er over eller under fattigdomsgrensen. Figuren på neste side viser fordelingen for bakgrunnsvariablene i undersøkelsen.

Figur 2: Fordeling bakgrunnsvariabler.¹



¹ Fordelingen for fattigdom/lavinntekt og BMI er vist lenger ned i rapporten.

Oppsummering av hovedfunn

- Tre av fire rapporterer om god eller svært god helse.
- Mer enn fire av ti rapporterer om at de har følt seg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet de siste 14 dagene.
- Nesten åtte av ti har tre eller flere personer de kan regne med dersom de skulle få problemer. Fire prosent oppgir å ikke ha noen personer de kan regne med.
- Nesten halvparten av innbyggerne er med gode venner ukentlig eller oftere.
- Nesten fire av ti deltar aldri på organiserte aktiviteter eller frivillig arbeid.
- Flertallet svarer at de føler seg trygge i nærmiljøet. Innbyggerne føler i mindre grad tilhørighet til plassen de bor og tillit til andre mennesker.
- Syv prosent opplever det som vanskelig eller svært vanskelig å få inntekten til å strekke til i det daglige.
- Nesten tre av fire spiser grønnsaker daglig.
- Henholdsvis ni og tolv prosent røyker og snuser daglig.
- Nesten halvparten av innbyggerne trener eller mosjonerer 30 minutter hver dag. 17 prosent oppgir å ikke være regelmessig i fysisk aktivitet.
- 38 prosent er overvektige og 14 prosent har fedme i Lørenskog.
- I underkant av tre av ti har middels stor eller stor risiko for å utvikle diabetes type 2.
- Én av ti har høy eller svært høy risiko for å utvikle farefylt alkoholatferd.
- 27 prosent oppgir å ha langvarig sykdom, skade eller lidelse av psykisk eller fysisk art.
- Ti prosent oppgir å ha funksjonshemning på grunn av kroppslig sykdom og fem prosent oppgir å ha funksjonshemning på grunn av psykisk sykdom.
- Faktorer som har negativ innvirkning på selvopplevd helse er funksjonshemninger/kroppslige smerter, ensomhet, høy BMI og røyking. Faktorene som har en positiv innvirkning på selvopplevd helse er daglig mosjon og høy inntekt.
- Faktorer som har negativ innvirkning på hvor fornøyd man er med livet er ensomhet, funksjonshemninger/kroppslige smerter, risikofylt alkoholatferd, røyking, utdanning, fattigdom og bruk av snus. Faktorene som har positiv innvirkning på hvor fornøyd man er med livet er daglig mosjon, høy inntekt og høy alder.

Når det kommer til ulikheter innad i befolkningen så er det et mønster at personer med høy inntekt og lang utdanning har bedre livskvalitet og en sunnere livsstil enn resten av befolkningen.

Det er og forskjeller mellom kjønn i undersøkelsen. Kvinner bekymrer seg mer og er mindre avslappet enn menn. Flere menn lever under fattigdomsgrensen, og det er en større andel overvektige blant menn enn blant kvinner. Det er på den annen side færre menn enn kvinner med langvarig sykdom, skade eller lidelse.

Alder spiller inn på folkehelsen ved at de yngste innbyggerne i mindre grad oppgir å være tilfreds med livet og at de oftere kjenner seg ensomme og engstelige enn den øvrige befolkningen. Nedsatt funksjonsevne på grunn av psykisk sykdom er og mer utbredt blant de yngste. Denne gruppen har imidlertid bedre fysisk helse, lavere BMI og mindre risiko for å utvikle diabetes type 2 enn de eldre innbyggerne. De eldste innbyggerne har dårligere fysisk helse, men de er mer fysisk aktive og er mer tilfreds med livet enn de yngre innbyggerne.

Personer som bor alene har dårligere selvpoplevd helse og er mindre tilfreds med livet enn de som bor med andre. Det er og mindre utbredt blant de som bor alene å spise grønnsaker, og det er mer utbredt å røyke daglig. Denne gruppen opplever det og som vanskeligere å få inntekten til å strekke til enn de som bor med andre.

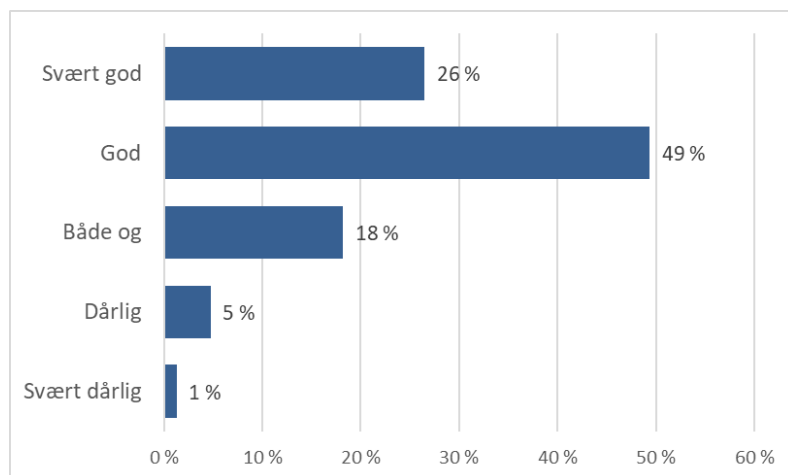
Sammenlignet med den forrige folkehelseundersøkelse som ble utført i 2015, ser man i stor grad det samme mønsteret på faktorene som omhandler selvpoplevd helse og livskvalitet. Utviklingen når det gjelder livsstil har på flere områder utviklet seg i negativ retning: Det er en mindre andel som spiser grønnsaker frukt eller bær daglig og det er flere som bruker snus. Andelen innbyggere med fedme har økt, og flere risikerer å utvikle diabetes type 2. Det er og en større andel med stor risiko for å utvikle farefylt alkoholatferd i dag enn i 2015. Når man ser på endringer i fysisk og psykisk helsetilstand så har andelen med langvarig sykdom, skade eller lidelse gått noe opp. Det er og en økt andel som oppgir å ha nedsatt funksjonsevne på grunn av psykisk sykdom sammenlignet med i 2015.

Selvopplevd helse og livskvalitet

Første del av undersøkelsen tar for seg innbyggernes selvopplevde helse og livskvalitet. Livskvalitet er målt med ulike spørsmål knyttet til følelser de siste dagene og tilfredshet med livet.

Selvopplevd helse

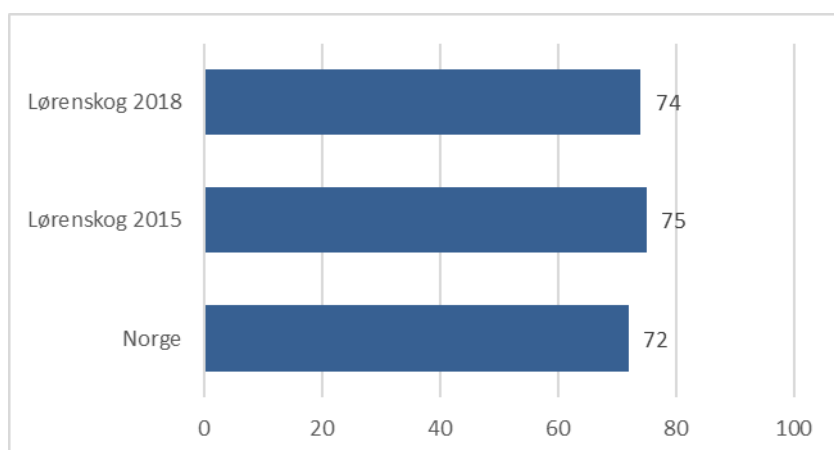
Figur 3: Hvordan er helsa di nå? N=1668.



Blant innbyggerne i Lørenskog rapporterer tre av fire om at de har god eller svært god helse. 18 prosent svarer at helsa er både og, mens seks prosent rapporterer om dårlig eller svært dårlig helse.

- Innbyggere som er 60 år eller eldre har signifikant dårligere helse enn de øvrige aldersgruppene. Det er innbyggerne i 30-åra som har best selvrapportert helse, etterfulgt av de under 30 år.
- Menn under 50 har signifikant bedre helse enn menn over 50 år. Aldersforskjellen mellom kvinner er ikke gjeldende i samme grad.
- Videre er det sammenheng mellom utdanning og selvrapportert helse; personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning har dårligere helse enn de med lengre utdanning.
- God helse øker og med husholdningens inntekt og innbyggere som er under fattigdomsgrensen har dårligere selvrapportert helse enn de som er over.
- De som bor alene eller med én annen person har dårligere selvrapportert helse enn de som bor med flere.
- Personer med fedme har dårligere selvrapportert helse enn de som er overvektige og normalvektige.

Figur 4: Selvpoppeld helse i Lørenskog kommune og i Norge. Standardiserte snitt: 0=Svært dårlig 100=Svært god. N=1668.

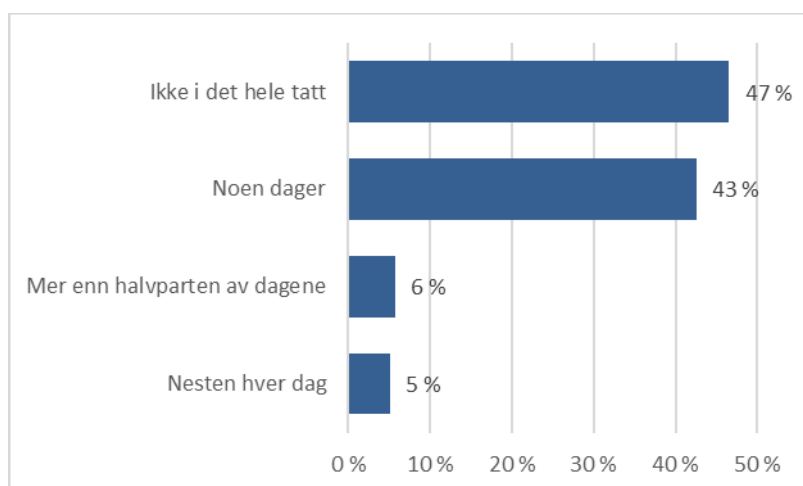


Innbyggernes selvrappporterte helse er omtrent lik som i 2015. Sammenlignet med resten av landet ligger snittet noe høyere i Lørenskog kommune (skåre på 74 mot en skåre på 72 på landsbasis).

Plager de siste to uker

Innbyggerne fikk spørsmål om hvor ofte de har hatt ulike plager de siste to ukene.

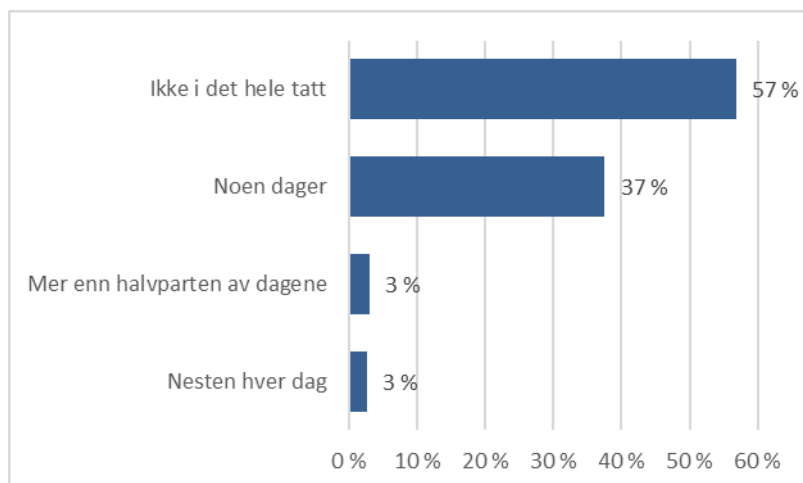
Figur 5: Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene? – Lite interesse eller glede over å gjøre ting. N=1608.



Om lag halvparten av innbyggerne oppgir at de ikke har hatt plager knyttet til lite interesse eller glede over å gjøre ting. 43 prosent oppgir at de noen dager har vært plaget av dette, mens 11 prosent oppgir at de har vært plaget av dette mer enn halvparten av dagene.

- Innbyggerne under 30 år har disse plagene i større grad enn de som er 30 år eller eldre.
- Når man ser alder i sammenheng med kjønn er det flere menn over 50 år som sier de ikke har disse problemene i det hele tatt, sammenlignet med menn under 50 år. Forskjellen mellom kvinner under 50 og kvinner over 50 er imidlertid ikke signifikant.
- Andelen med plager knyttet til lite interesse og glede sammenfaller med utdanning; ti prosent av de med grunnskoleutdanning er plaget av dette nesten hver dag sammenlignet med tre til fem prosent for de med lengre utdanning.
- Det er og mer vanlig å føle lite glede og interesse jo lavere inntekt man har.

Figur 6: Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene? – Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet. N=1609.



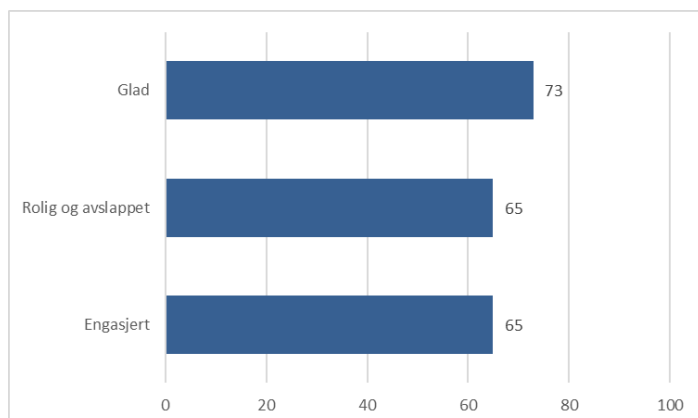
Over halvparten av innbyggerne i Lørenskog rapporterer om at de ikke har følt seg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet de siste 14 dagene. 37 prosent rapporterer at de har hatt denne følelsen noen dager, mens seks prosent har hatt denne følelsen mer enn halvparten av dagene.

- Det er mer vanlig blant de yngste innbyggerne å være plaget av disse følelsene, og særlig de som er 60 år eller eldre har ikke vært plaget av dette i det hele tatt.
- Når man ser alder og kjønn i sammenheng er det særlig kvinner under 50 som opplever dager hvor de har følt seg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet.
- Andelen som har opplevd disse følelsene noen av de siste 14 dagene er større blant de med lavest inntekt enn blant de med høyere inntekt.
- Blant innbyggerne med fedme er det en større andel som har hatt disse følelsene noen dager eller halvparten av dagene, sammenlignet med overvektige og normalvektige.

Hvordan har du følt deg de siste syv dagene

Innbyggerne er videre blitt spurt om å ta stilling til i hvor stor grad de har hatt ulike følelser i løpet av de siste syv dagene. Nedenfor er resultatene gruppert etter positive følelser (rolig og avslappet, glad og engasjert) og negative følelser (nedfor eller trist, engstelig, ensom, irritert og bekymret). En skåre på 100 indikerer at man i svært stor grad kjenner på de positive følelsene, og at man i svært liten grad kjenner på de negative følelsene.

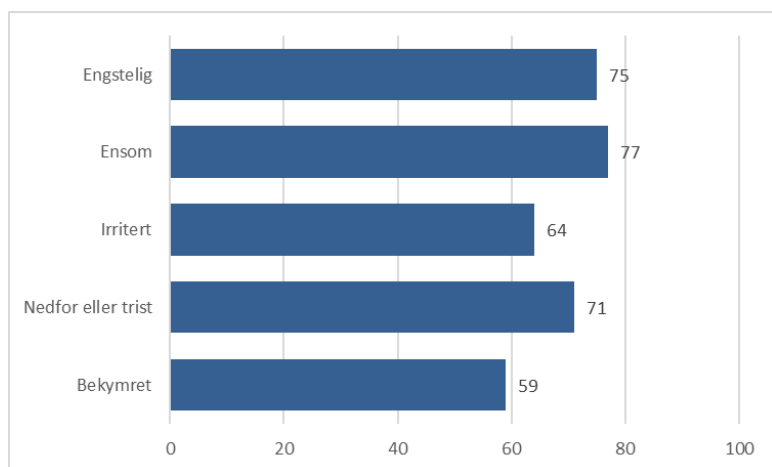
Figur 7: Tenk på hvordan du har følt deg de siste syv dagene. I hvilken grad var du ...? Standardiserte snitt 0=Ikke i det hele tatt 100=I svært stor grad. N=1524-1542.



Innbyggerne i Lørenskog rapporterer i stor grad om at å ha følt seg «glad», med en skåre på 73. De rapporterer i noe mindre grad å ha følt seg «engasjert», eller «rolig og avslappet» (begge med en skåre på 65).

- Menn svarer i større grad enn kvinner at de føler seg rolig og avslappet.
- Innbyggere under 30 år rapporterer i mindre grad om at de føler seg rolig og avslappet, og de føler seg i mindre grad engasjerte sammenlignet med de eldre innbyggerne. De i 30-åra er aldersgruppen som i størst grad rapportere om at de føler seg glade og engasjerte. Personer som er 60 år eller eldre føler seg i størst grad rolig og avslappet.
- Graden av engasjement øker med utdanningslengde.
- Personer som bor alene føler mindre glede og engasjement enn personer som bor med andre.
- Høy inntekt sammenfaller med at man oftere føler seg rolig og avslappet, glad og engasjert.

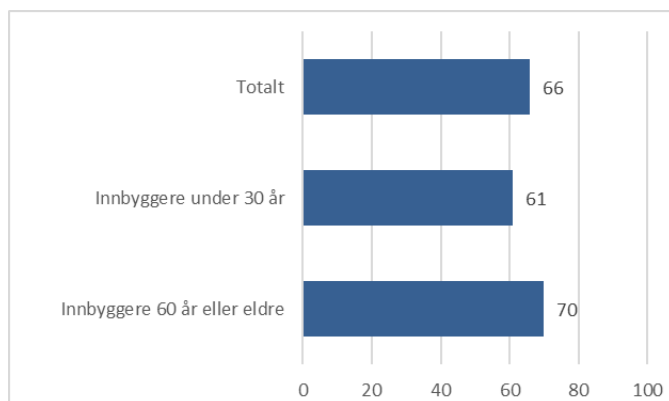
Figur 8: Tenk på hvordan du har følt deg de siste syv dagene. I hvilken grad var du ...? Standardiserte snitt 0=I svært stor grad 100=Ikke i det hele tatt. N=1516-1530.



Generelt er det i liten grad vanlig å føle seg «ensom», «engstelig» og «nedfor eller trist» i Lørenskog med en skåre på henholdsvis 77, 75 og 71. Det er mer vanlig å føle seg «irritert» og «bekymret» med skårer på henholdsvis 64 og 59.

- Kvinner føler seg i større grad bekymret sammenlignet med menn.
- Innbyggerne under 30 år føler seg i større grad engstelig, ensom, irritert og bekymret enn snittet av befolkningen. Personer i 30-åra føler seg oftere bekymret enn snittet, men de er i mindre grad ensomme. Blant personer i 40-åra er det mer vanlig å kjenne seg irritert og nedfor eller trist. Personer som er 60 år eller eldre føler seg i mindre grad irritert, bekymret, nedfor eller trist enn de yngre aldersgruppene.
- Utdanningslengde sammenfaller med hvor ofte man føler seg engstelig; det er mindre vanlig å føle seg engstelig jo lengre utdanning man har.
- De som bor alene føler seg oftere nedfor eller trist, engstelige og ensomme enn de som bor med flere. De som bor alene eller med én annen person føler seg i mindre grad irritert enn personer som bor i husholdninger med tre personer eller flere.
- Personer med de laveste inntektene føler seg i større grad nedfor eller trist, engstelige, ensomme og bekymret enn personer med høyere inntekt.
- Personer med fedme føler seg i større grad irritert enn overvektige og normalvektige.

Figur 9: Indeks for følelser. Standardiserte snitt. 0=Mye negative følelser/lite positive følelser. 100=Lite negative følelser, mye positive følelser. N=1477.



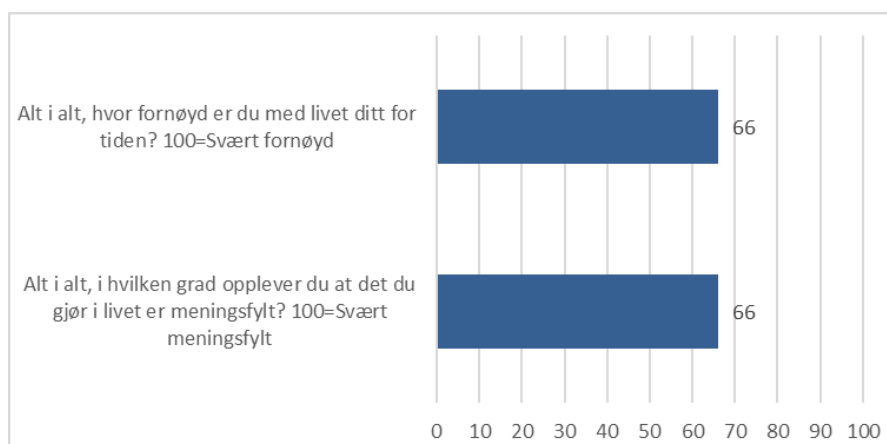
For å gi et overblikk over følelsene til befolkningen er de overnevnte variablene slått sammen til en indeks, hvor en skåre på 100 tilsier at man ikke føler seg ensom, engstelig, irritert, bekymret eller nedfor/trist i det hele tatt, og at man i svært stor grad føler seg glad, engasjert og rolig/avslappet. Man har altså hatt mer positive følelser jo høyere skåren er.

- Det å ha følt på positive følelser de siste syv dagene sammenfaller med økt alder og inntekt.
- Personer som bor alene har i mindre grad positive følelser enn de som bor med andre
- Personer under fattigdomsgrensen har hatt mindre positive følelser de siste syv dagene enn de over fattigdomsgrensen.

Tilfredshet med livet

Innbyggerne i kartleggingen er blitt spurt hvor tilfredse de er med sine liv. Dette er blitt målt med to spørsmål, «alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden» og «alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt».

Figur 10: Samlefigur. Meningsfylt liv og tilfredshet med livet. Standardiserte snitt. N=1560-1558.



Innbyggerne i Lørenskog er i snitt ganske tilfredse med sine liv, da både skåren for hvor fornøyd man er med livet og om man opplever at det man gjør er meningsfylt har en skåre på 66.²

² Innbyggerne ble i 2015 spurt et lignende spørsmål: «Når du tenker på hvordan du har det for tida. I hvilken grad er du fornøyd med tilværelsen?» som ga en skåre på 81. Fordi ordlyden i spørsmålet og antall svarkategorier er ulik fra denne undersøkelsen er ikke tallene egnet for sammenligning.

- Innbyggerne i 40-åra er i minst grad tilfreds med livet, mens det er innbyggerne under 30 år som i minst grad opplever at de har et meningsfylt liv, sammenlignet med de andre aldersgruppene.
- De eldste innbyggerne er i størst grad fornøyd med livet og opplever i størst grad at livet er meningsfylt.
- Innbyggere med lang utdanning opplever i større grad at livet er meningsfylt enn de med kortere utdanning.
- De som bor alene er i mindre grad fornøyd med livet og opplever livet mindre meningsfylt enn de som bor med andre.
- Høy inntekt sammenfaller i stor grad med tilfredshet med livet og opplevelsen av det er meningsfylt.

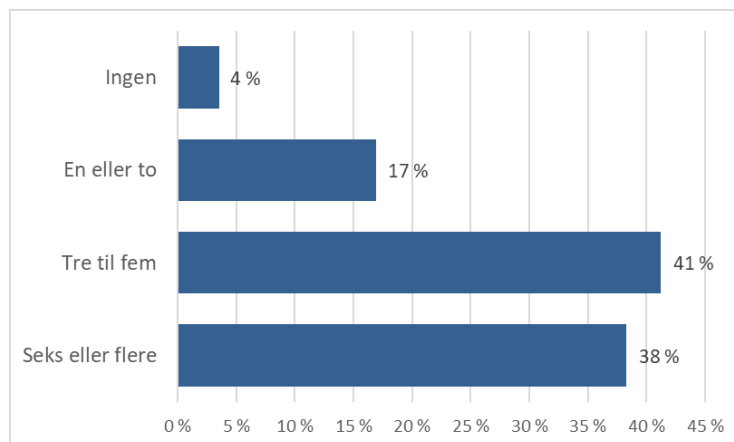
Nettverk, deltakelse og levekår

I dette kapitelet gjennomgås sosialt nettverk, deltagelse, tillit, trygghet og tilhørighet til hjemstedet. I tillegg ses det på fattigdom/lavinntekt og innbyggernes opplevelse av egen økonomiske situasjon.

Sosialt nettverk og deltakelse

I kartleggingen er det stilt spørsmål knyttet til nettverk, samvær med andre og deltakelse i sosiale aktiviteter. Resultatene er preget av at innbyggerne i Lørenskog generelt har et godt sosialt nettverk. Innbyggerne deltar imidlertid i liten grad på organiserte aktiviteter eller frivillig arbeid.

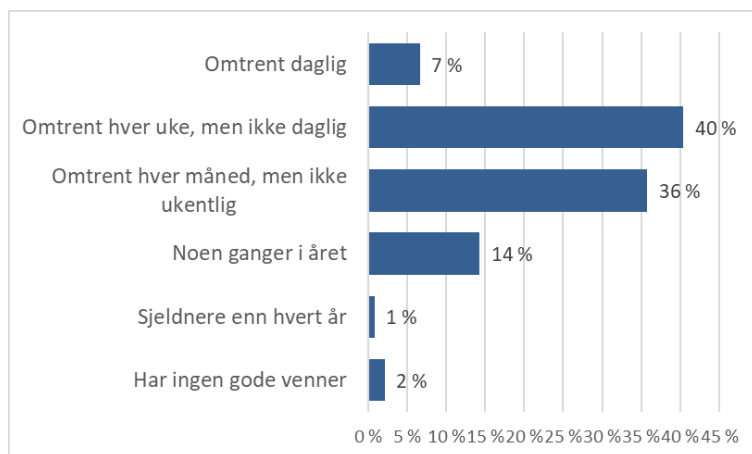
Figur 11: Hvor mange står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie. N=1616.



En stor andel av innbyggerne i Lørenskog har flere personer å støtte seg på dersom de skulle få problemer: Nesten åtte av ti har tre eller flere personer de kan regne med hvis de får problemer. 17 prosent har én eller to de kan regne med, mens fire prosent oppgir at de ikke har noen å regne med dersom de får problemer.

- Andelen som ikke har noen å regne med, er størst blant personer under 30 år.
- Det er mer vanlig blant kvinner enn blant menn å ha seks eller flere personer de kan regne med.
- Innbyggere med grunnskoleutdanning har færre personer de kan regne med, enn de med lengre utdanning.
- Antall personer man kan regne med, øker med inntekt.

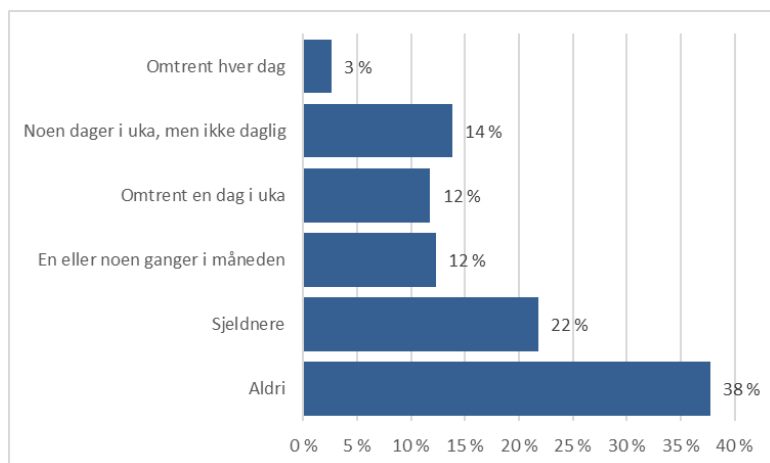
Figur 12: Hvor ofte er du sammen med gode venner? Regn ikke med medlemmer av din egen familie. N=1622.



Nesten halvparten av innbyggerne er med gode venner ukentlig eller oftere. Det er også utbredt å være med venner omtrent månedlig (36 prosent). Til sammen 15 prosent er med venner noen ganger i året eller sjeldnere, mens to prosent oppgir å ikke ha noen gode venner.

- Det er flere menn enn kvinner som oppgir å være med venner daglig.
- Innbyggerne i 30- og 40-åra oppgir i større grad å være med venner månedlig enn innbyggerne i de andre aldersgruppene.
- De som lever under fattigdomsgrensen, er i større grad med venner daglig, mens de som lever over fattigdomsgrensen, i større grad er med venner omtrent hver måned.
- Andelen som oppgir at de ikke har noen gode venner, er relativt høy blant personer med fedme (seks prosent).

Figur 13: Hvor ofte deltar du i organisert aktivitet/frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller andre lignende ting? N=1540.

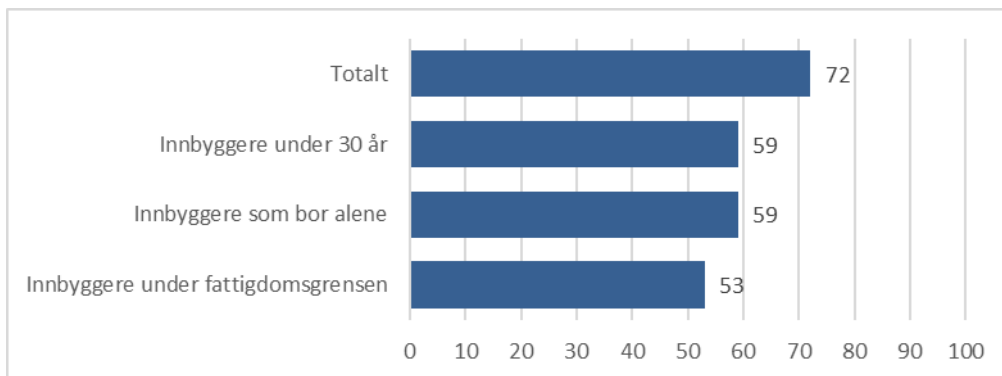


Nesten tre av ti innbyggere deltar på organisert aktivitet eller frivillig arbeid én dag i uka eller oftere. Nærmere fire av ti deltar imidlertid aldri på organisert aktivitet eller frivillig arbeid.

- De yngste innbyggerne deltar i minst grad. 57 prosent av de under 30 år deltar aldri på organisert aktivitet eller frivillig arbeid.
- Deltakelse sammenfaller med lengde på utdanning. 38 prosent av de med lengre enn 3 år høyere utdanning deltar på organisert aktivitet ukentlig eller oftere, mens tilsvarende tall for de med grunnskole er 20 prosent.

- Det er høyere deltakelse blant innbyggerne som er flere personer i husholdningen.

Figur 14: Hvor ofte er du alene til tross for at du helst vil være sammen med andre? Standardiserte snitt 0=Nesten alltid 100=aldri. N=1530.

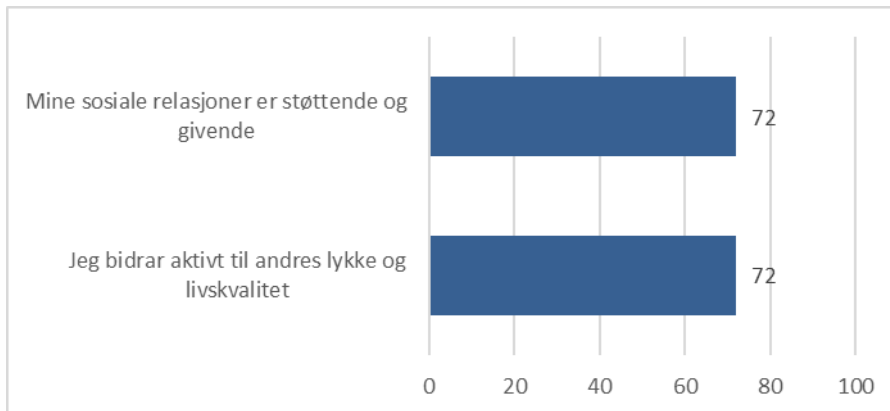


En skåre på 72 av 100 viser at det er uvanlig å være ufrivillig alene i Lørenskog kommune.

- Innbyggerne under 30 år er i større grad ufrivillig alene enn de eldre innbyggerne.
- Personer med videregående utdanning er i større grad ufrivillig alene, sammenlignet med personer med grunnskoleutdanning eller høyere utdanning.
- De med lavest inntekt er mer ufrivillig alene enn resten av befolkningen.

I de neste to spørsmålene er innbyggerne spurt om hvordan de opplever sine sosiale relasjoner og hvordan de selv mener de bidrar til andres livskvalitet.

Figur 15: Hvor enig er du i følgende påstander ...? Standardiserte snitt. 0=Helt uenig 100=Helt enig. N=1543--1545.



Det er stor enighet blant befolkningen i Lørenskog om at ens relasjoner er støttende og givende, og at man bidrar til andres lykke og livskvalitet. Begge påstandene har en skåre på 72 av 100.

- Kvinner er mer enig enn menn i at de har støttende relasjoner.
- Det er personer i 30-åra som i størst grad mener de bidrar til andres lykke og livskvalitet, sammenlignet med de andre aldersgruppene.
- Personer med høyere utdanning opplever i større grad støttende relasjoner enn de med videregående- og grunnskoleutdanning.
- De som bor alene er i minst grad enig i at de har sosiale relasjoner som er støttende og givende.
- Personer med lavest inntekt er i minst grad enig i at de har støttende relasjoner, og at de bidrar aktivt til andres livskvalitet.

Tillit, trygghet og tilhørighet

I denne seksjonen ser vi samlet på tillit, trygghet og tilhørighet. Når det gjelder tillit, er det stilt spørsmål om i hvor stor grad man kan stole på andre mennesker generelt. I spørsmålene om trygghet og tilhørighet er respondentene bedt om å ta stilling til om de er trygge og har tilhørighet til stedet de bor.

Figur 16: Samlefigur. Tillit, trygghet og tilhørighet. Standardiserte snitt. N=1588-1590.



Med skårer på henholdsvis 59 og 63 på spørsmålene om tillit og tilhørighet, kan man si at det er noe enighet om at folk flest er til å stole på, og at man føler tilhørighet til stedet hvor man bor. Det er imidlertid stor enighet om at en føler seg trygg i sitt nærmiljø (skåre på 75).

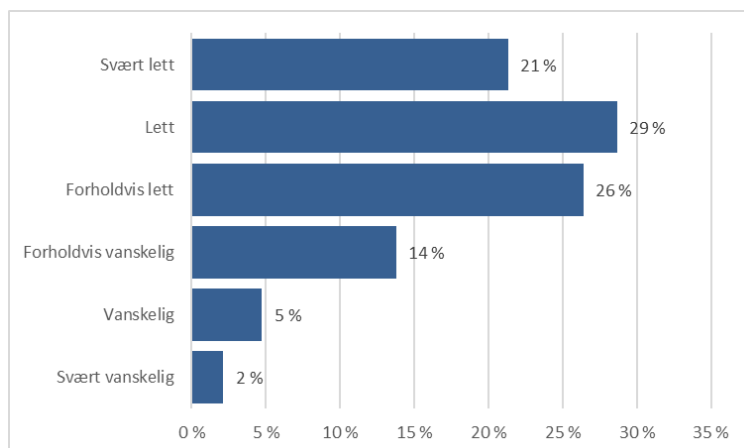
- Menn opplever mindre tilhørighet til plassen de bor enn kvinner, men de opplever større grad av trygghet i nærmiljøet.
- Tillit, tilhørighet og trygghet øker med alder. Personer under 30 år har mindre tillit til andre, og opplever mindre tilhørighet og trygghet enn de eldre innbyggerne.
- Når man ser kjønn og alder i sammenheng er menn under 50 de som føler minst tilhørighet til hjemstedet.
- Personer med mer enn tre år utdanning på høyskole/universitet har større tillit til andre enn de med kortere utdanningsløp.
- Innbyggerne med grunnskole som høyeste fullførte utdanning føler sterkere grad av tilhørighet til sitt bosted enn de med lengre utdanning.
- Høy inntekt sammenfaller med høyere tillit til andre og større grad av trygghet i nærmiljøet.

Levekår

Inntektsnivå og fattigdom har innvirkning på helse, og dette gjelder nesten alle type sykdommer, skader og plager. Tiltak rettet mot sosial utjevning kan derfor utjevne de sosiale helseforskjellene, og her ligger det et stort potensial for bedring av den generelle folkehelsen (Folkehelseinstituttet 2018). I det følgende er det tatt med både et subjektivt og et objektivt mål på lavinntekt.³

³ Definisjonen av *fattigdom* eller *lavinntekt* som er brukt i denne rapporten, tar utgangspunkt i beløpet som tilsvarer 50 prosent av medianinntekten i befolkningen (korrigert for husholdningsstørrelse og -sammensetning). Det er bred politisk enighet om å benytte denne definisjonen i Norge (SSB 2006).

Figur 17: Hvis du tenker på din/husholdningens samlede inntekt. Hvor lett eller vanskelig er det for deg/dere å få pengene til å strekke til i det daglige med denne inntekten? N=1503.

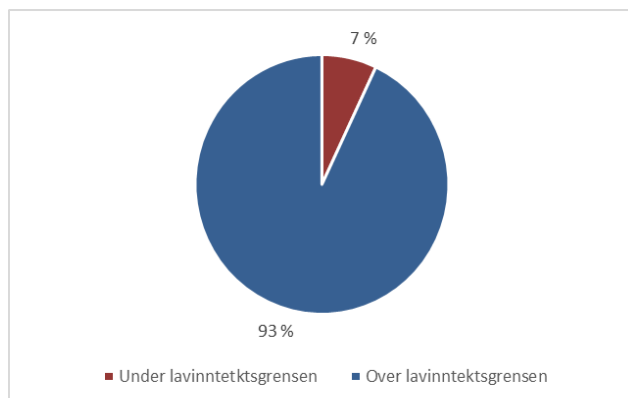


Halvparten av innbyggerne synes det er lett eller svært lett å få pengene til å strekke til i det daglige. 26 prosent synes det er forholdsvis lett.

Over 20 prosent svarer i ulik grad at det er vanskelig å få inntekten til å strekke til, og blant disse svarer to prosent at dette er svært vanskelig.

- De yngste innbyggerne har større problemer med å få inntekten til å strekke til enn de eldste innbyggerne.
- De med videregående utdanning svarer i større grad enn de med grunnskoleutdanning og høyere utdanning at det er vanskelig å få inntekten til å strekke til.
- De som bor alene, har større problemer med å få inntekten til å strekke til enn de som bor med andre.

Figur 18: Andel av befolkningen i Lørenskog under lavinntektsgrensen. N=1463.



Andelen som svarer at det er vanskelig, eller svært vanskelig å få pengene til å strekke til, samsvarer med det objektive målet på fattigdom: Syv prosent av befolkningen befinner seg under grensen for lavinntekt.

Andelen fattige har gått marginalt ned siden undersøkelsen i 2015 (fra åtte prosent til syv prosent).

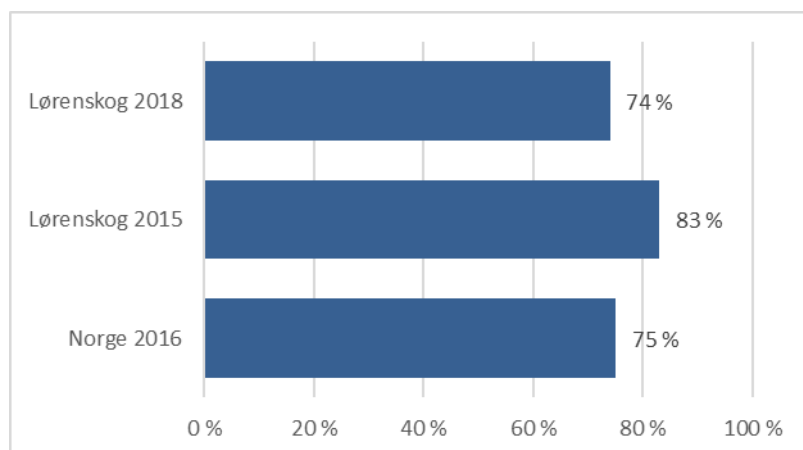
- Det er flere menn enn kvinner som befinner seg under fattigdomsgrensen.
- Det er en lavere andel fattige i aldersgruppen 70 år eller eldre, sammenlignet med resten av befolkningen.

Livsstil og helse

Dette kapitlet tar for seg befolkningens livsstil. Faktorene som er undersøkt, er inntak av grønnsaker, bruk av snus, røyking og fysisk aktivitet. Videre er det konstruert mål for befolkningens BMI, risiko for diabetes og alkoholatferd.

Grønnsaker, frukt og bær

Figur 19: Andel som spiser frukt, grønnsaker eller bær daglig. N=1510.

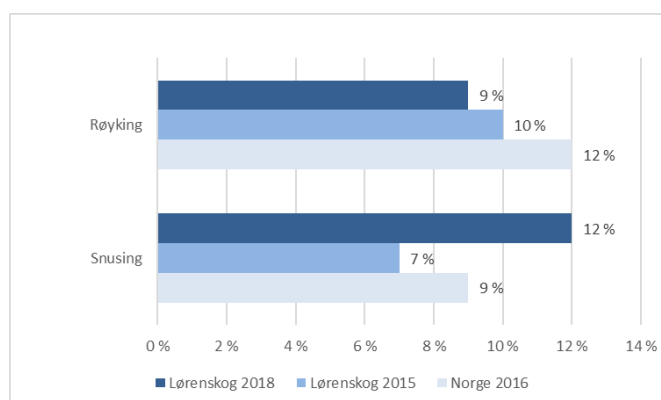


I folkehelseundersøkelsen i Lørenskog i 2015 oppga 83 prosent at de spiste grønnsaker, frukt eller bær daglig. Andelen har nå falt til 74 prosent. Dette er på omtrent samme nivå som på landsbasis (75 prosent).

- Det er en større andel kvinner enn menn som spiser frukt og grønt hver dag.
- Andelen som spiser frukt og grønt daglig, er minst blant de under 30 år og størst blant de som er 70 år eller eldre.
- Andelen som spiser frukt og grønt daglig øker med utdanningslengde og inntekt.
- De som bor med andre spiser oftere grønnsaker enn de som bor alene.

Røyking og bruk av snus

Figur 20: Andel som røyker og bruker snus daglig. N=1491-1496.



Ni prosent av innbyggerne i Lørenskog røyker daglig, noe som er en liten nedgang siden 2015. Røykeandelen er mindre enn på landsbasis. Når det gjelder bruk av snus, har andelen økt fra syv prosent i 2015 til tolv prosent i dag. Andelen som snuser er større i Lørenskog enn på landsbasis.

- Andelen som snuser er større blant menn enn blant kvinner.

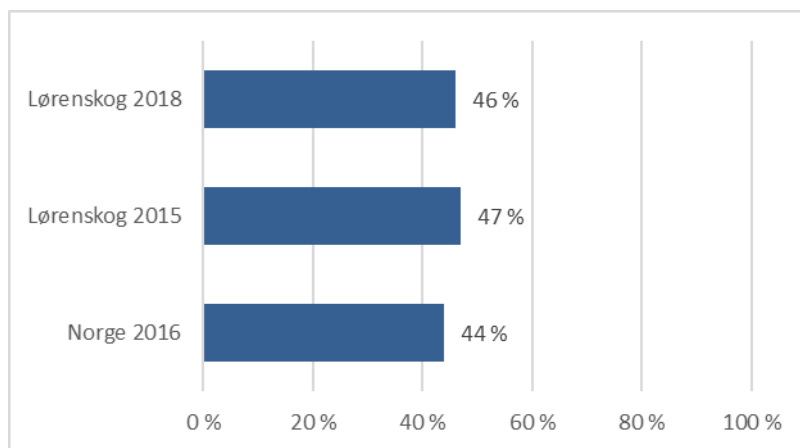
- Røyking er mindre vanlig blant de under 30 år, og andelen røykere er størst blant de i 60-åra. Når det gjelder snusing, er bildet motsatt: Andelen som snuser er klart størst blant de yngste og andelen synker med alderen.
- Andelen røykere minker med utdanningslengde. Når det gjelder snus, er andelen minst blant de med grunnskoleutdanning og høyest blant med videregående utdanning.
- Det er mer vanlig å røyke blant de som bor alene enn blant de som bor med andre.
- Lav inntekt sammenfaller med daglig røyking: Det er 21 prosent som røyker daglig blant de under fattigdomsgrensen, mens tilsvarende tall for de over fattigdomsgrensen er ni prosent.
- Det er en større andel som snuser blant de med fedme enn blant de overvektige og normalvektige.

Fysisk aktivitet og mosjon

Det foreligger overbevisende dokumentasjon om helsegevinster ved regelmessig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper (Folkehelseinstituttet 2018).

Innbyggerne er blitt stilt spørsmål om de trener eller mosjonerer 30 minutter daglig, og hvordan de vil beskrive sitt nivå av fysisk aktivitet eller interesse for fysisk aktivitet.

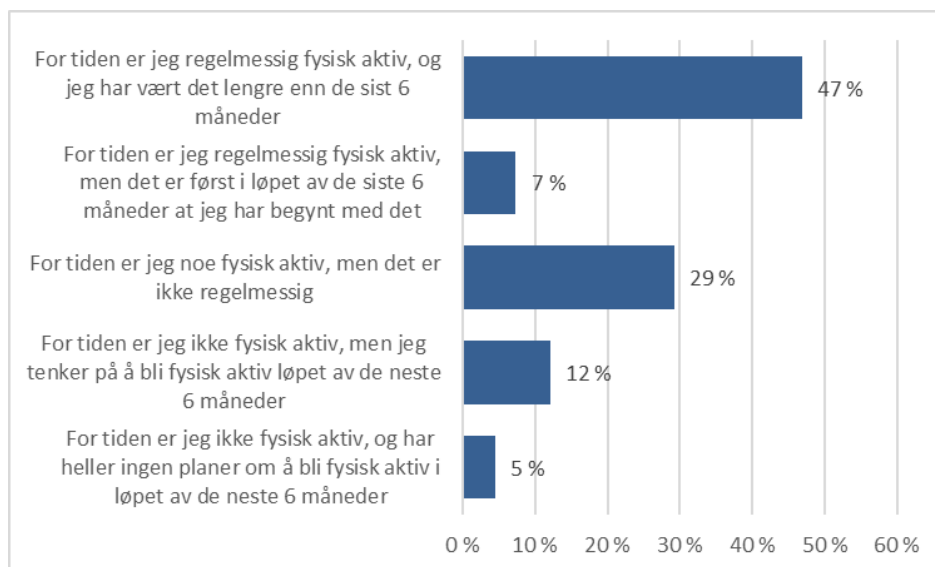
Figur 21: Andel som trener eller mosjonerer en halvtime hver dag. N=1509.



Andelen som mosjonerer eller trener en halvtime eller mer hver dag, er omtrent den samme som i 2015. Andelen som mosjonerer daglig, er noe høyere blant innbyggerne i Lørenskog enn på landsbasis.

- De som er 60 år eller eldre, mosjonerer oftere enn de yngre innbyggerne.
- Andelen som mosjonerer daglig, er lavere blant menn under 50 år, sammenlignet med menn over 50 år og kvinner under/over 50 år.
- Andelen som mosjonerer daglig, er størst blant de normalvektige og minst blant de med fedme.

Figur 22: Hvilken av følgende påstander beskriver best ditt nåværende nivå av fysisk aktivitet eller din interesse for fysisk aktivitet? N=1504.



Andelen som er fysisk aktive og som har vært dette i mer enn seks måneder, er lavere enn den var i 2015 (47 mot 53 prosent). Andelen som nylig har blitt fysisk aktive, er derimot noe høyere i 2018 enn i 2015 (syv mot fem prosent). Det er også en noe høyere andel som ikke er fysisk aktive, men som tenker å bli det (tolv prosent, mot ti prosent i 2015), og som ikke er fysisk aktive og heller ikke har planer om å bli dette (fem prosent, mot fire prosent i 2015).

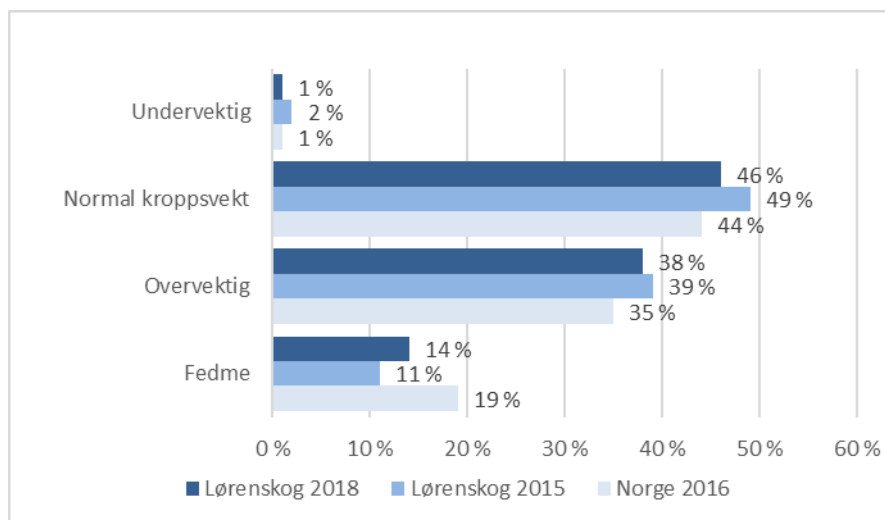
Sammenlignet med resten av landet er innbyggerne i Lørenskog mer fysisk aktive. På landsbasis er det 41 prosent som er fysisk aktive og har vært dette lengre enn de siste seks månedene, og syv prosent som nylig har blitt fysisk aktive.

- Det er innbyggerne som er 60 år eller eldre, som i størst grad er fysisk aktive og har vært det lengre enn seks måneder.
- Andelen som ikke er aktive, og heller ikke har tenkt til å bli det, er større blant personer med lav inntekt og grunnskole som høyeste fullførte utdanning.
- Andelen som er aktive og har vært det i lengre enn seks måneder, er størst blant de med høyest inntekt.

BMI

Overvekt og fedme henger sammen med manglende fysisk aktivitet og et usunt kosthold. Til sammen gir dette økt risiko for en rekke sykdommer og uønskede tilstander (Helsedirektoratet 2010).

Figur 23: BMI. N=1439.



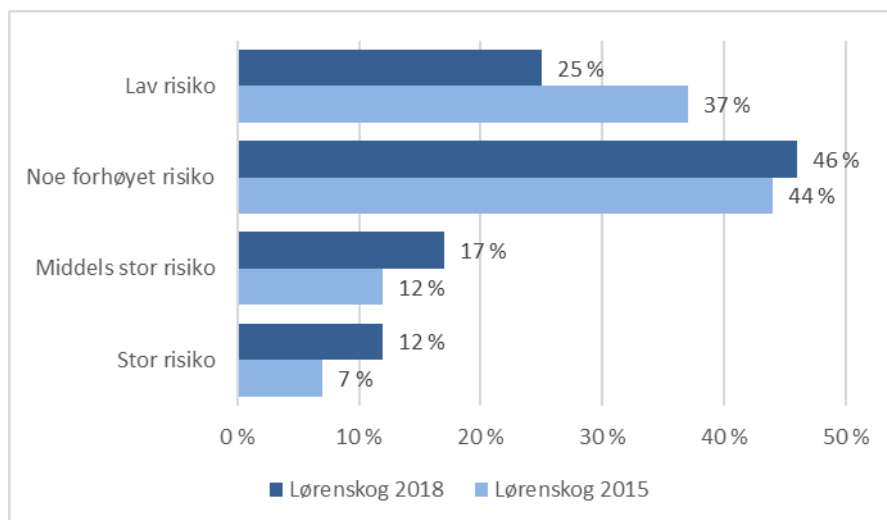
Svært få av innbyggerne i Lørenskog er undervektige. 46 prosent av innbyggerne har en normal kroppsvekt, 38 prosent er overvektige, og 14 prosent har fedme. Sammenlignet med tallene for 2015 er det i dag færre som kategoriseres som normalvektige og flere med fedme. På landsbasis er det en lavere andel overvektige, men andelen med fedme er markant høyere enn den er i Lørenskog.

- Det er en større andel med normal kroppsvekt blant kvinner enn blant menn.
- Andelen normalvektige er størst blant de under 30 år. Andelen overvektige er størst blant de mellom 50 og 59 år.
- Det er høyest andel normalvektige blant de med fire år eller mer på universitet eller høyskole.
- Ser man på inntekt, finner man den største andelen overvektige blant personer med de høyeste inntektene.
- Andelen med fedme er størst blant de med lavest inntekt. Andelen overvektige er imidlertid minst blant de med lavest inntekt.

Risiko for diabetes

Diabetesforbundet har utviklet en test som viser statistisk risiko for å utvikle diabetes type 2 de neste ti årene. Risikoen regnes ut fra alder, BMI, midjemål, fysisk aktivitet, inntak av grønnsaker, blodtrykk, blodsukker og om noen i familien har hatt diabetes.

Figur 24: Diabetesrisiko. N=1198.



Én av fire har lav risiko for å få diabetes, mens nesten halvparten har noe forhøyet risiko. 17 prosent har middels stor risiko, og tolv prosent har stor risiko for å få diabetes.

Det er betydelig færre som har lav risiko for å utvikle diabetes sammenlignet med i 2015, da tallet var 37 prosent. Andelen med noe forhøyet risiko er omtrent den samme, mens det er flere i dag som har middels stor og stor risiko for å få diabetes.

- Andelen med lav risiko er størst blant de under 30 år. Andelen med stor risiko er høyere blant de over 40 år, og det er særlig personer i 50-årene som har stor risiko for å få diabetes.
- Andelen med lav risiko er størst blant de med lengst utdanning, og andelen med stor risiko for å få diabetes er mindre i denne gruppen enn blant de med kortere utdanning.

Risikofylt alkoholatferd

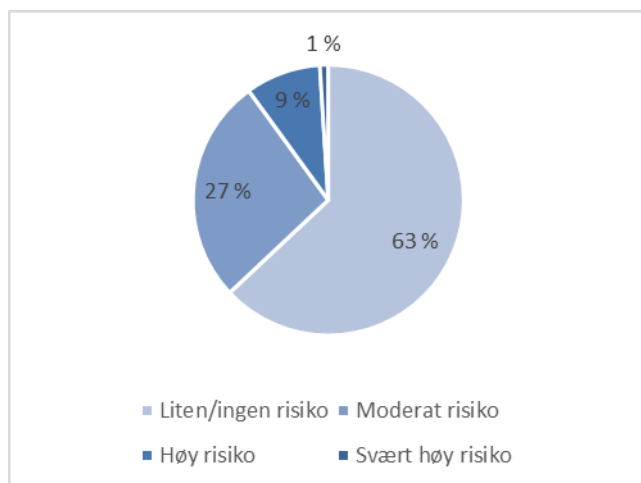
Stort alkoholinntak over tid øker risikoen for psykiske lidelser og kroppslige sykdommer. Skader knyttet til ulykker og vold er dessuten ofte knyttet til stort alkoholinntak på kort tid (Folkehelseinstituttet 2018).

For å måle risikofylt alkoholatferd i befolkningen benyttes «The Alcohol Use Disorders Identification Test» (AUDIT) som er utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Ved hjelp av et slikt mål kan man fange opp tidlige tegn på alkoholproblemer, skadelige og farlige drikkevaner eller milde former for avhengighet (WHO 2001).

AUDIT-C er en kortversjon og tar utgangspunkt i tre spørsmål om alkoholforbruk som også er stilt i denne undersøkelsen, nemlig «Hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol?», «Hvor mange alkoholenheter drakk du på en typisk dag der du drakk alkohol i året som gikk?», og «Hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket seks alkoholenheter eller mer på en gang?».⁴

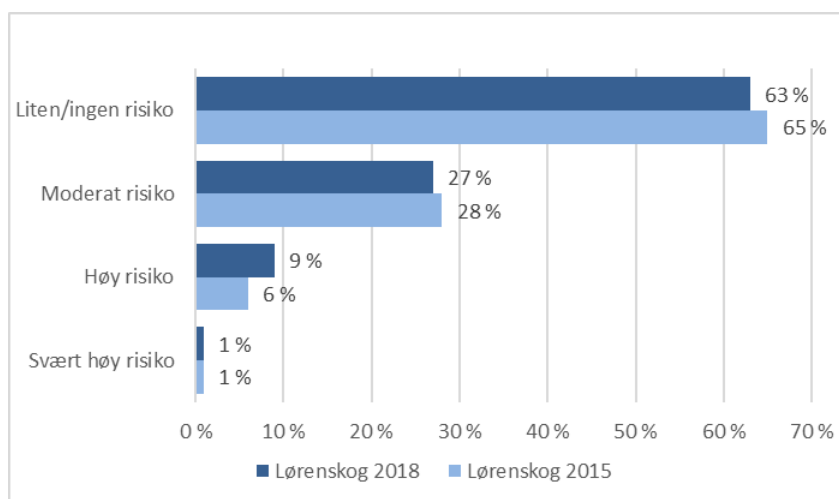
⁴ Se tabellvedlegg for fordeling på alle tre spørsmål.

Figur 25: Risikoatferd alkohol. N=1296.



63 prosent har liten eller ingen risiko for å utvikle farefylt alkoholatferd. 27 prosent har moderat risiko, og ti prosent har høy eller svært høy risiko for å utvikle farefylt alkoholatferd⁵.

Figur 26: Risikoatferd alkohol sammenlignet med 2015. N=1296.



Andelen som har liten eller moderat risiko for å utvikle farefylt alkoholatferd er omtrent den samme som i 2015. Andelen som har høy risiko har imidlertid blitt større.

- Innbyggerne under 30 år har større risiko for å utvikle farefylt alkoholatferd enn de som er eldre. Det er i aldersgruppen 70 år eller eldre hvor andelen med liten eller ingen risiko er størst.
- Det er størst andel med høy risiko blant innbyggerne med høyest inntekt, sammenlignet med de med lavere inntekt.

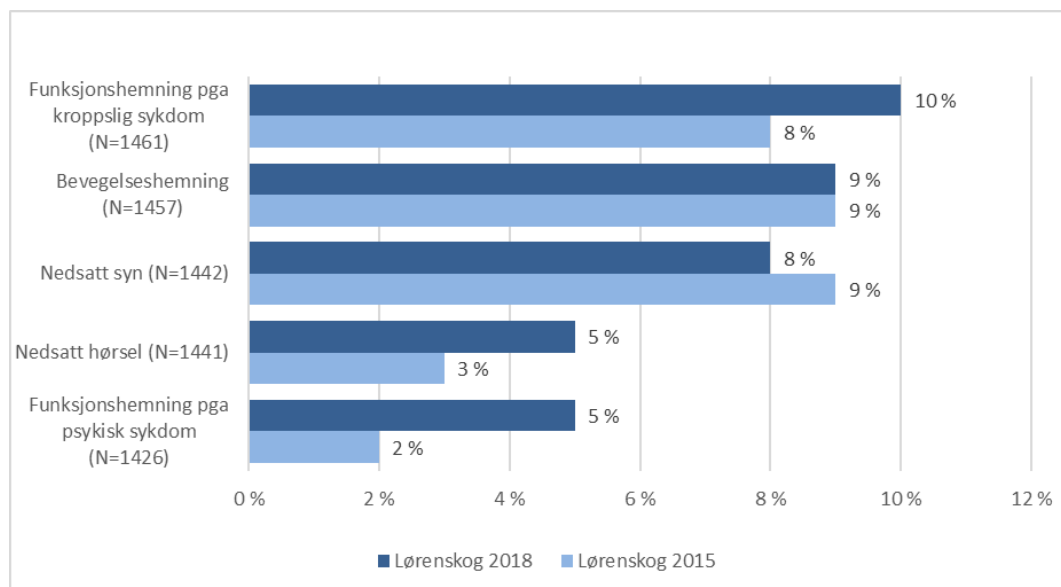
⁵ Variabelen er konstruert mer treffsikkert enn i tilsvarende undersøkelse i 2015. Personer som ikke har svart på ett eller flere av de tre spørsmålene som inngår i samlemålet, er kodet ut og teller dermed ikke med. Dette for å unngå at personer som ikke svarer på ett av spørsmålene, får kunstig lav verdi. Denne metoden er også benyttet på 2015-tallene, slik at man kan sammenligne resultatene over tid.

Fysisk og psykisk helsetilstand

I dette kapittelet gjennomgås innbyggernes fysiske og psykiske helsetilstand knyttet til grad av funksjonsnedsettelse, smerter og langvarig sykdom.

Funksjonsnedsettelse

Figur 27: Andel som svarer at de har noe nedsatt eller mye nedsatt funksjonsevne.



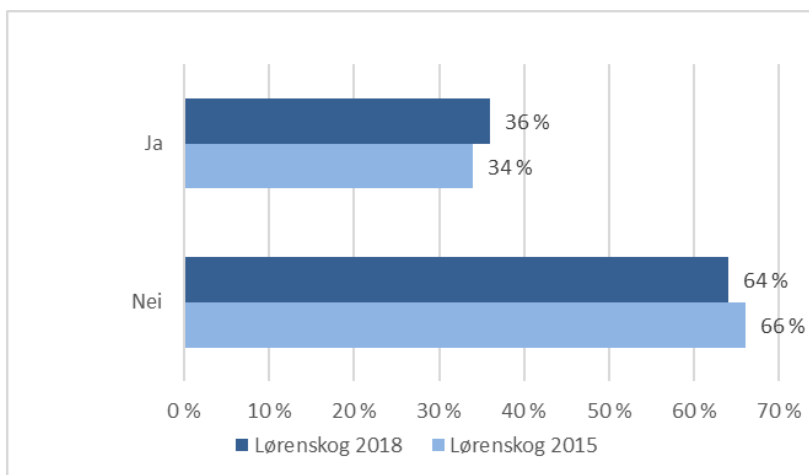
Én av ti oppgir å ha noe eller mye nedsatt funksjonsevne på grunn av kroppslig sykdom. Det er en noe mindre andel som oppgir å ha nedsatt funksjonsevne på grunn av bevegelseshemning (ni prosent) og nedsatt syn (åtte prosent). Det er minst vanlig blant innbyggerne i Lørenskog å ha nedsatt funksjonsevne på grunn av hørsel og psykisk sykdom (begge fem prosent).

Sammenlignet med 2015 har andelen med funksjonshemning på grunn av kroppslig sykdom, nedsatt hørsel og psykisk sykdom økt. Andelen med funksjonshemning på grunn av nedsatt syn har gått noe ned.

- Det er en større andel kvinner enn menn som oppgir å ha nedsatt funksjonsevne på grunn av kroppslig sykdom. Det er imidlertid færre kvinner som har nedsatt hørsel sammenlignet med menn.
- Funksjonshemning på grunn av kroppslig sykdom, bevegelseshemning, nedsatt syn og nedsatt hørsel øker med alder. Når det gjelder funksjonshemning på grunn av psykisk sykdom er andelen større blant de yngste innbyggerne enn blant de eldre.
- Innbyggere med grunnskoleutdanning oppgir dårligere funksjonsevne i alle kategorier enn de med lengre utdanning.
- Enslige har i større grad nedsatt funksjonsevne enn de som bor med andre når det gjelder kroppslig sykdom, bevegelseshemning, hørsel og psykisk sykdom.
- Andelen med funksjonshemning minker med økt inntekt.
- Personer med fedme har større funksjonshemninger knyttet til bevegelseshemning og kroppslig sykdom enn normalvektige og overvektige.

Smerter og sykdom

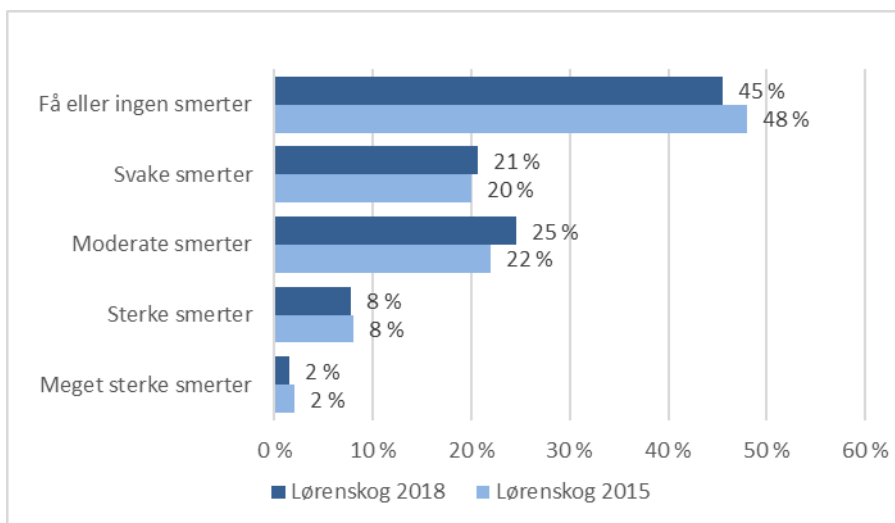
Figur 28: Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn seks måneder? N=1497.



36 prosent oppgir at de har smerter som har vart mer enn seks måneder. 64 prosent oppgir at de ikke har slike smerter. Andelen som har smerter har økt noe sammenlignet med i 2015. På landsbasis er andelen som oppgir å ha smerter som har vart lengre enn seks måneder 31 prosent.

- Kvinner har i større grad kroppslige smerter enn menn
- Innbyggere under 40 år har i mindre grad kroppslige smerter enn de eldre innbyggerne.

Figur 29: Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire uker? N=1492.



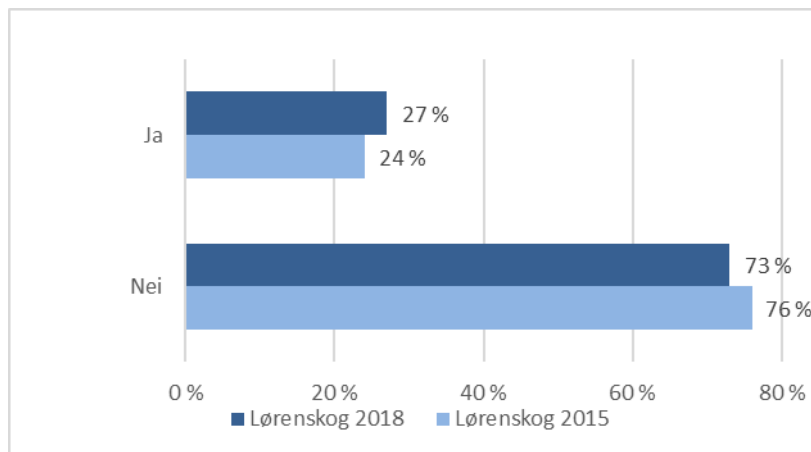
45 prosent av innbyggerne oppgir at de har hatt få eller ingen smerter i løpet av de siste fire ukene. 21 prosent oppgir at de har hatt svake smerter og 25 prosent oppgir at de har hatt moderate smerter. Ti prosent oppgir at de har hatt sterke, eller meget sterke smerter i løpet av de siste fire ukene. Mønsteret er veldig nært det man finner på landsbasis.

Sammenlignet med tallene fra 2015 har det blitt en noe mindre andel som oppgir at de har få eller ingen smerter, og en noe større andel som oppgir at de har hatt moderate smerter.

- Det er en større andel menn som oppgir å ha få eller ingen smerter sammenlignet med kvinner.

- Innbyggerne under 40 år oppgir i større grad å ha få eller ingen smerter sammenlignet med eldre innbyggere.
- De er en større andel som opplever moderate smerter blant de som bor alene enn blant de som bor med andre.
- Andelen som har moderate smerter er større blant de med grunnskoleutdanning og andelen minker med lengre utdanning.
- Det er en større andel blant de med fedme som har sterke smerter sammenlignet med normalvektige og overvektige.

Figur 30: Har du noen langvarig (minst ett år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i det daglige liv? N=1500.



27 prosent oppgir å ha langvarige sykdom, skade eller lidelse som medfører nedsatt funksjonsevne i dagliglivet. Andelen har økt noe sammenlignet med i 2015. I Norge sett under ett er andelen med langvarig sykdom 32 prosent, altså fem prosentpoeng høyere enn i Lørenskog.

- Færre menn enn kvinner oppgir å ha langvarig sykdom.
- Andelen med langvarig sykdom er mindre blant innbyggerne under 40 år sammenlignet med de eldre innbyggerne.
- Andelen med langvarig sykdom minker med utdanning og inntekt.
- Blant de enslige er det en større andel med langvarig sykdom enn blant de som bor med andre.
- Det er mer vanlig blant personer med fedme og blant personer under fattigdomsgrensen å ha langvarig sykdom når man sammenligner med henholdsvis overvektige og normalvektige, og de over fattigdomsgrensen.

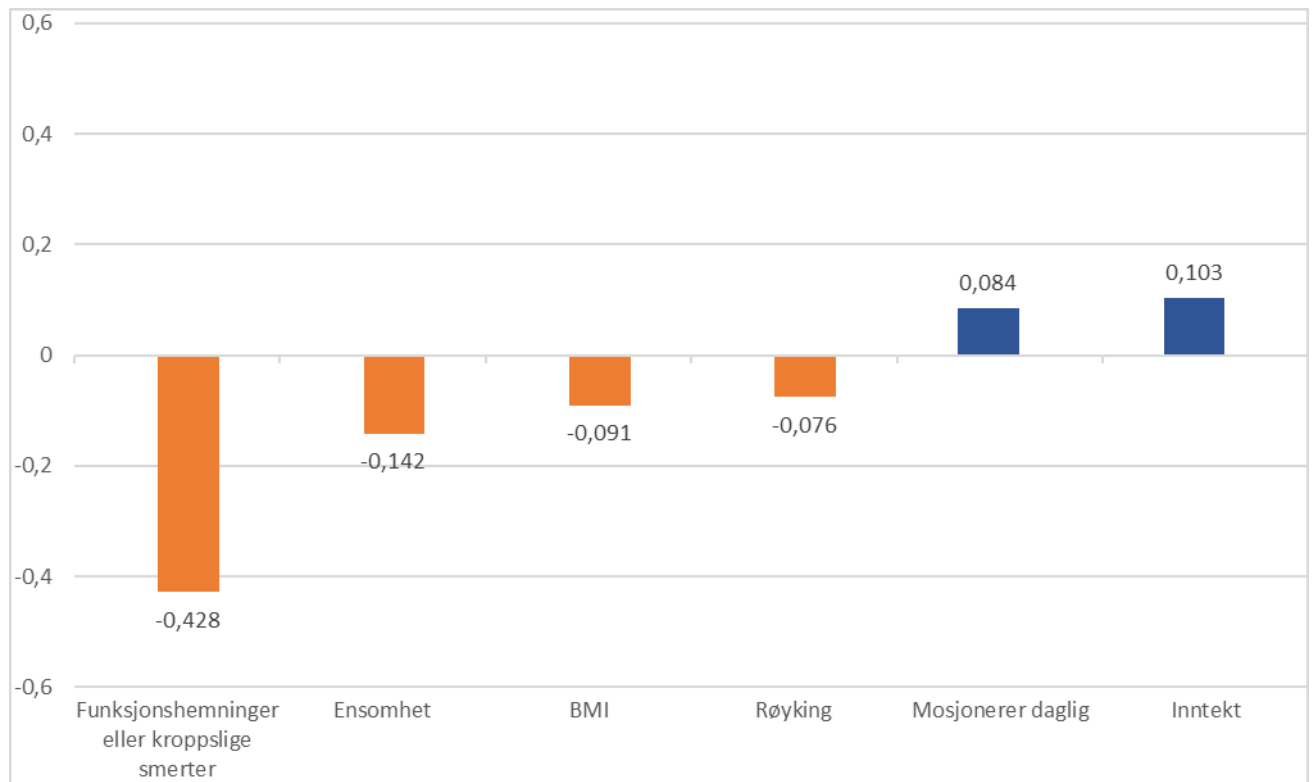
Hvilke faktorer har betydning for helse og tilfredshet med livet?

I dette kapittelet blir det sett nærmere på faktorer med størst innvirkning på selvrapportert helse og tilfredshet med livet. Det er benyttet en regresjonsanalyse hvor det er kontrollert for sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanning, faktorer som omhandler sosial deltakelse og livsstilsfaktorer som røyking og alkoholatferd.

Variablene som slår ut som signifikante vil bli kommentert nedenfor.

Faktorer med betydning for selvopplevd helse

Figur 31: Standardiserte effekter (-1,1) på selvopplevd helse i Lørenskog kommune.



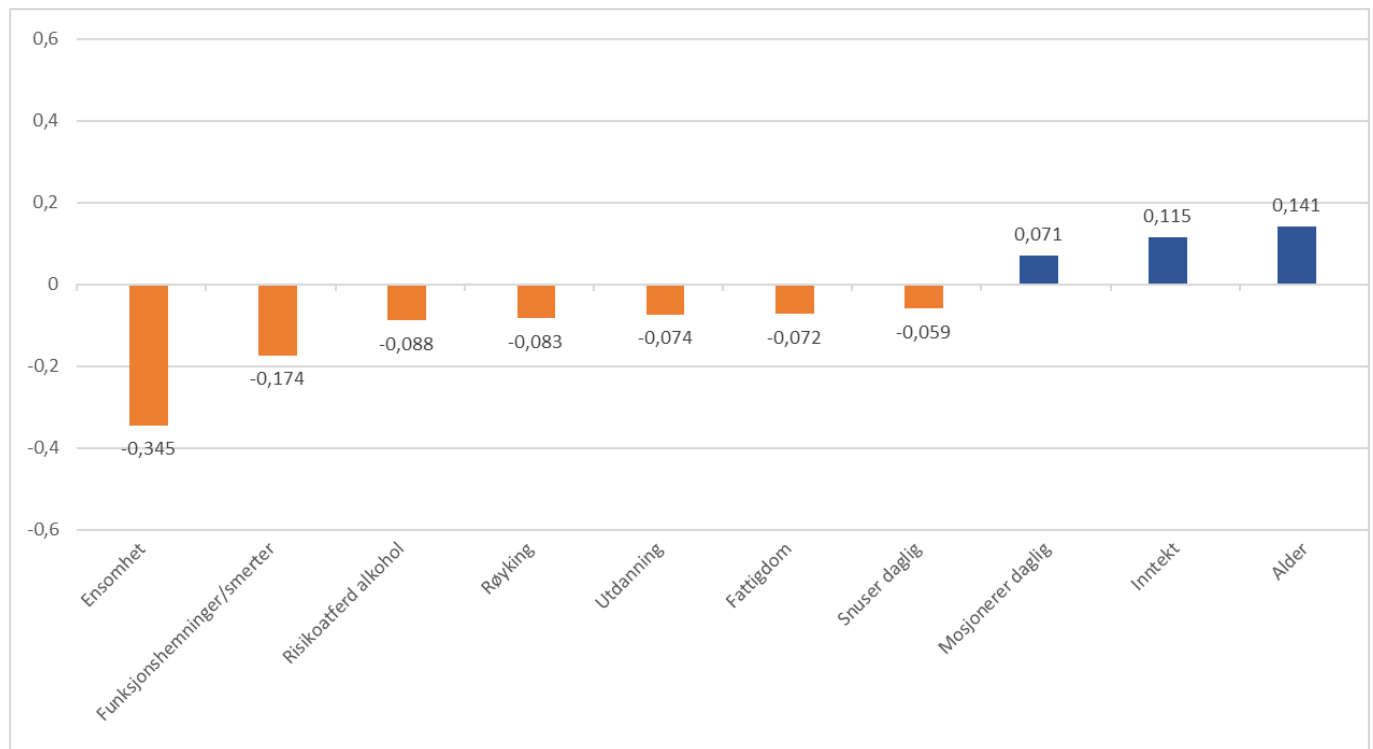
Vi ser at den variabelen som ga sterkest *negativ sammenheng* med selvopplevd helse er funksjonshemninger eller smerter. Deretter følger ensomhet som også har en relativt sterk negativ sammenheng med selvopplevd helse. Det er en mindre negativ, men fortsatt signifikant sammenheng mellom høy BMI og selvopplevd helse og daglig røyking og selvopplevd helse.

Når det kommer til *positive sammenhenger* så gir daglig mosjon positivt utslag på helse i modellen. Den faktoren som gir sterkest positiv sammenheng med selvopplevd helse er imidlertid husstandens samlede inntekt. Det vil si at jo høyere inntekt man har jo bedre selvopplevd helse har man, når man kontrollerer for andre faktorer.

Det må understrekes at det her er snakk om selvrapportert helse, og at variablene ovenfor ikke kan tas til inntekt for hva som gir god helse og ikke. I tillegg kan man ikke med sikkerhet si at faktorene har effekt på helse, da årsakssammenhengen kan være motsatt. For eksempel kan det være at personer med god helse i større grad kan jobbe mye og derfor har høyere inntekt.

Faktorer med betydning for hvor fornøyd man er med livet

Figur 32: Standardiserte effekter (-1,1) på tilfredshet med livet i Lørenskog kommune.



Ensomhet er variabelen med sterkest *negativ sammenheng* med hvor fornøyd man er med livet. Altså er personer som er ensomme mindre fornøyd med livet når man kontrollerer for andre faktorer. Det å ha funksjonshemninger eller smerter gir et negativt utslag på hvor vidt man er fornøyd med livet. Andre faktorer som har en mindre, men fortsatt signifikant negativ sammenheng med hvor fornøyd man er med livet er risikofylt alkoholatferd, røyking, fattigdom og bruk av snus. I tillegg gir utdanningslengde negativt utslag på hvor fornøyd man er med livet i modellen.

Faktorene som har sterkest *positiv sammenheng* med hvor fornøyd man er med livet er alder og inntekt. Det vil si at man er mer fornøyd med livet jo eldre man er, og jo høyere inntekt man har. Det er også en positiv sammenheng mellom daglig mosjon og hvor fornøyd man er med livet.

Ilgjen må det understrekes at det her er snakk om selvrapporterte data og at hvor fornøyd man er med livet i stor grad er en subjektiv tilstand, og relativt til forventninger. Det at utdanning slår negativt ut på hvor fornøyd man er med livet kan for eksempel skyldes at personer med høy utdanning har større forventninger til livet, og derfor er mindre fornøyd.

Referanser

Folkehelseinstituttet (2018): *Helsetilstanden i Norge 2018*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/kortversjon/kortversjon-2018/>

Helsedirektoratet (2010): *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>

Helsedirektoratet (2018): *Systematisk folkehelsearbeid*.

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid#oversiktsdokumentet>

SSB (2006): *Et verktøy for å måle utvikling i «fattigdom»*.

<https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/et-verktoy-for-aa-maale-utvikling-i-fattigdom>

WHO 2001 (2001) *The alcohol use disorders identification test*.

https://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/