

Folkehelseoversikt 2021 – 2024

Kunnskapsgrunnlag for lokalt folkehelsearbeid



Lørenskog
kommune

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?	4
1.2 Folkehelseoversikten – verktøy og kunnskapsgrunnlag	4
1.3 Arbeidsmåte, organisering og oppfølging	6
1.4 Kilder og bruk av statistikk	6
2. Folkehelseutfordringer i Lørenskog	9
2.1 Ressurser	9
2.2 Utfordringer	9
2.2 Oppfølging av folkehelseutfordringer	13
3. Befolkningssammensetning	15
3.1 Antall innbyggere	15
3.2 Aldersfordeling	16
3.3 Personer som bor alene	16
3.4 Nasjonalitet	17
3.5 Flyttemønster	19
3.6 Boliger	19
4. Oppvekst og levkår	21
4.1 Trivsel og trygghet	21
4.2 Inntektsforskjeller og barn i lavinntektsfamilier	21
4.3 Arbeidsledighet og sysselsetting	22
4.4 Sykefravær	24
4.5 Utdanning	25
4.6 Gjennomføring i videregående skole	26
4.7 Trangboddhet i barnefamilier	28
5. Miljø - fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt	30
5.1 Fysisk miljø	30
5.2 Biologisk og kjemisk miljø	35
5.3 Sosialt miljø	38
6. Skader og ulykker	45
6.1 Trafikkulykker	45
7. Helserelatert adferd	45
7.1 Fysisk aktivitet	46
7.2 Kosthold og ernæring	50
7.3 Alkohol, tobakk, rusmidler og doping	53
8. Helsetilstand	57
8.1 Opplevelse av egen helse	57
8.2 Funksjonsnedsettelser og helsetilstand	57
8.3 Psykisk helse	58

8.4 Overvekt og fedme.....	60
8.5 Forebyggbare sykdommer	62
8.6 Smittsomme sykdommer og pandemi	70
Kilder	72



Vedtatt av Lørenskog kommunestyre 23. juni 2021

Foto:

Lørenskog kommunes billedarkiv

Håvard Bergheim

Colourbox.com

1. Innledning

1.1 Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?

Folkehelse kan defineres som befolkningens helsetilstand, hva som påvirker helsen og hvordan folkehelsen fordeler seg hos innbyggerne.

Folkehelsearbeid handler om å jobbe for en samfunnsutvikling som utjevner sosiale forskjeller, og å tilrettelegge for økt samfunnsdeltakelse, sunne levevaner, økt fysisk aktivitet, inkludering, frivillig aktivitet og helsefremmende stedsutvikling.

Folkehelsearbeid er politikk. Det er langsiktig og systematisk samfunnsutviklingsarbeid rettet mot hele befolkningen. Folkehelsearbeid er en lovpålagt oppgave for kommunen. En oppgave som påhviler alle politiske utvalg og sektorer.

Folkehelsearbeid har endret seg mye det siste tiåret. Fokuset har beveget seg fra levevaner med tiltak relatert til kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk til også å se individet i relasjon til omgivelser og levekår som boforhold, utdanning, økonomi og sysselsetting. Lørenskogs folkehelsearbeid har ivaretatt begge disse fokusområdene.

I de siste årene er det også rettet fokus på hva lokalsamfunn kan gjøre, og det er nå tre fremtredende perspektiver på helsefremmende arbeid:

- Fokus på individet: livsstilsendring og atferdsendringer
- Fokus på omgivelsene: styrking og endring av miljø og omgivelser
- Individ og omgivelser i sammenheng: økologisk forståelse av helsefremming

Det første perspektivet relatert til individet ivaretas av kommunale helsetjenester som tilbyr spesifikke tiltak rettet mot enkeltpersoner og grupper. Det andre perspektivet relatert til omgivelser ivaretas av tjenester i alle kommunale sektorer. Det tredje perspektivet – individ og omgivelser i sammenheng, innebærer at kommunale virksomheter må samarbeide mer på tvers, og at innbyggere, frivillighet og næringsliv bør involveres for å skape et godt lokalsamfunn.

En god oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Lørenskog er viktig for å kunne sette mål og lage strategier i øvrig planverk og utforme tiltak. Vi må bygge på de ressursene vi har og trekke i samme retning for å bidra til en helsefremmende samfunnsutvikling og sammen løse de utfordringer vi står overfor.

1.2 Folkehelseoversikten – verktøy og kunnskapsgrunnlag

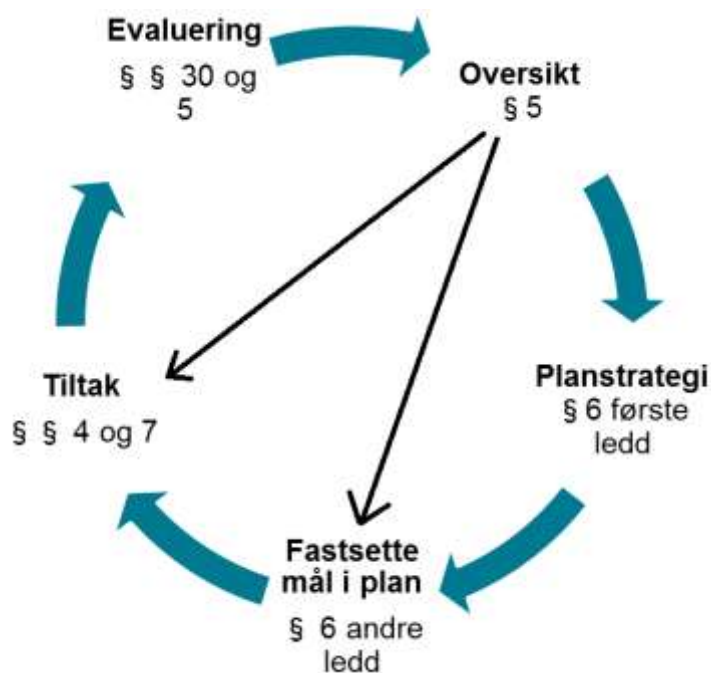
En folkehelseoversikt er et oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som skal utarbeides hvert fjerde år og skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseloven med forskrift. Oversikten skal inneholde opplysninger om befolkningssammensetning,

oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand.

Folkehelseoversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og ressurser. I tillegg skal den inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Det er imidlertid lokale behov som skal være førende for hvilke og hvor mange indikatorer som omfattes som del av den lokale folkehelseoversikten. Utjevning av sosial ulikhet i helse er sentralt i lovens formålsparagraf, og er derfor anbefalt å være et kjerneelement i oversiktsarbeidet.

Oversikten skal i henhold til folkehelseloven være et verktøy for kommunen i fastsettelsen av mål, strategier og tiltak for folkehelsearbeidet, både på kort og lang sikt (se figur 2). Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens folkehelseutfordringer gjennom øvrig planverk. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Figur 1: Systematisk folkehelsearbeid (Kilde: Helsedirektoratet 2019)



Folkehelseloven stadfester at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene i kommunen og tiltak skal komme som konsekvens av utfordringsbildet beskrevet i oversiktsdokumentet. Kommunens folkehelsetiltak kan iverksettes både som en direkte oppfølging av utfordringene som er identifisert og de kan utløses etter en videre håndtering i kommunale plan- og beslutningsprosesser.

Alle kommunale sektorer har ansvar for iverksetting av folkehelsetiltak. Hvilken del av – eller sektor – i kommunen som gjennomfører tiltak, vil variere avhengig av hva slags utfordringer kommunen har og prioriteringene kommunen har gjort. Ofte vil

fleresektorer iverksette ulike tiltak som respons på samme folkehelseutfordring, for eksempel i tiltak for å bedre levekår for barn i lavinntektsfamilier.

1.3 Arbeidsmåte, organisering og oppfølging

Det ble i 2015 opprettet en tverrsektoriell arbeidsgruppe (les: folkehelsegruppe) med mandat å legge frem et forslag til oversiktsdokument i samsvar med folkehelseloven og forskriften. Folkehelsegruppen er i tillegg til koordinator (fra Kultur) og kommuneoverlege, sammensatt av representanter fra Oppvekst og utdanning, Helse, omsorg og mestring, Teknisk, Kultur og Strategi og samfunnsutvikling.

I tillegg til oversiktsdokumentet, skal kommunen i henhold til folkehelseloven ha løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen i løpet av perioden oversiktsdokumentet gjelder for. Hensikten med å holde en løpende oversikt, er å sikre et folkehelsehensyn i perioden mellom planlovgivningens fireårsintervaller. Løpende oversikt vil bli ivarettatt gjennom en årlig oppdatering av statistikker i oversiktsdokumentet, og årlige orienteringssaker til aktuelle utvalg, formannskapet og kommunestyret i løpet av perioden oversikten gjelder for.

Lørenskog kommunes gjeldende folkehelseoversikt med årlig oppdaterte statistikker vil være tilgjengelig for alle på kommunens nettside. Folkehelseoversikten skal brukes som kunnskapsgrunnlag for etablering av aktuelle tiltak.



1.4 Kilder og bruk av statistikk

Følgende kilder skal i henhold til Folkehelseloven § 5 a-c benyttes i utformingen av folkehelseoversikten:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig.
- Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Statistikk og helseoversikter

De viktigste kildene i oversikten er statistikk, tabeller og informasjon som er hentet fra - eller basert på - tall fra: Folkehelseinstituttet (Kommunehelsa), Helsedirektoratet, NAV, Viken fylkeskommune, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Ungdataundersøkelsen.

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikken og tolkningen av den. Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag. Når variasjonene er store, blir det vanskelig å vurdere trender. Av den grunn brukes et glidende gjennomsnitt – en middelvei over flere år, når det er en tilgjengelig måleverdi i de offentlige statistikkene. Da er det lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk isolert for et enkelt år. Samtidig er det viktig å huske at et spesielt høyt eller lavt resultat et år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiene.

Ved sammenligning av datamateriell i denne folkehelseoversikten, må en ta høyde for at forskjellene kan skyldes tilfeldig variasjon. For å sammenligne forskjellige kommuner eller se på utvikling over tid, er det viktig å bruke standardiserte verdier – da er påvirkning på grunn av alders- og kjønns sammensetning redusert. Der verdiene er standardiserte, er det angitt i diagrammene.

Det er også viktig å være oppmerksom på at tallverdien i flere av diagrammene ikke begynner på null. Det tydeliggjør forskjellene mellom kommunene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn de faktisk er.

Ved vurdering av årsaker er det – etter anbefaling i merknader i folkehelseforskriften – tatt utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. Det er imidlertid ofte man ikke kjenner årsaksforholdene. Det man vet av årsaker og konsekvenser er kort beskrevet i teksten under hvert område.

Sammenligning med andre kommuner og fylke

Det er på alle områder hvor det har vært mulig, gjort sammenligninger med hele landet og Lillestrøm, Nordre Follo, Ullensaker og Asker kommune. Dette er gjort for å se Lørenskog i relasjon til andre kommuner med nærhet til Oslo, både syd, vest, nord og øst for hovedstaden.

Der det er mulig sammenlignes tall for Lørenskog med tall for Viken fylke. Det sammenlignes med Øst-Viken eller tidligere Akershus fylke når det ikke foreligger aktuelle tall for Viken.

Tidsseriene er oppdatert bakover i tid for kommune- og fylkessammenslåinger og grensejusteringer som har funnet sted frem til og med 1.1.2020. Dette kan medføre at tall avviker noe fra publisert statistikk i tidligere folkehelseoversikter.

Folkehelseprofil og oppvekstprofil

Folkehelseinstituttet utarbeider hvert år folkehelseprofiler for fylker, kommuner og bydeler. Rapportene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole,

levevaner, helse og sykdom. Temaene er valgt ut fra forebyggingsmulighetene og kjente folkehelseutfordringer, men innholdet i hvert enkelt temaområde vil også være et resultat av hva som er tilgjengelig statistikk.

Fra og med 2020 har Folkehelseinstituttet også publisert oppvekstprofiler for alle kommuner bygget over samme lest som folkehelseprofilene. Oppvekstprofilen viser noen av kommunens styrker og utfordringer i forhold til barn og unge, og kan benyttes i planarbeidet for barn og unge og deres oppvekstmiljø.

Folkehelse- og oppvekstprofilene kan brukes som en av flere kilder til å finne svar på hvordan helsetilstanden er hos innbyggerne i kommunen, hvilke ressurser vi rår over og hvilke utfordringer vi står overfor.

Lokal folkehelseundersøkelse fra 2018

Sentio Research Group utførte i oktober/november 2018, på oppdrag fra Lørenskog kommune, folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018*. 4000 personer over 15 år ble invitert til å delta, 1 681 leverte svar, det vil si en svarprosent på 42. Undersøkelsen som kartlegger selvpoplevd helse, er et supplement til statistikken oversiktsdokumentet bygger på, og bidrar til bedre forståelse av helsetilstanden i Lørenskog.

Kartlegging av utviklingstrekk gjort i forbindelse med revidering av samfunnsdelen av kommuneplanen har tilført faktakunnskap om lokale faktorer som kan påvirke befolkningens helsetilstand.



2. Folkehelseutfordringer i Lørenskog

2.1 Ressurser

Nærheten til Oslos bolig- og arbeidsmarked preger Lørenskog. Lørenskog har stor befolkningsvekst, drevet av stor boligutbygging. Særlig barnefamilier velger å bosette seg i Lørenskog. Befolkningsveksten fører til at det må bygges nye skoler og barnehager og utvikles flere tjenester.

I folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018*, oppsummeres resultatene over innbyggernes egenrapporterte helse. Her rapporteres det om flere faktorer som bidrar til god helsetilstand. Tre av fire konstaterer at de har god eller svært god helse og oppgir at de spiser grønnsaker daglig. Videre har nesten åtte av ti tre eller flere personer de kan regne med dersom de skulle få problemer. Nesten halvparten av innbyggerne er med gode venner ukentlig eller oftere. Inntrykket fra rapporten i 2018 er at mange innbyggere lever godt i Lørenskog.

Kommunen har satset på helsefremmende og forebyggende tjenester på mange områder, som for eksempel fritidsklubber i fire boområder, aktivitetstilbud og helsestasjon for ungdom, frisklivssentral, frivillighetskoordinator i tjenester til eldre, rekruttering av frivillige integreringskontakter til bosatte flyktninger og felles aktivitetskalender for kommunen og alle lag og foreninger.

Lørenskog har et variert aktivitetstilbud, og mange har lett tilgang til friområder og marka. Samarbeidet mellom kommunen og frivilligheten er styrket gjennom en aktiv frivillighetspolitikk. Kommunen har gode forutsetninger for å skape et godt lokalsamfunn for alle.

2.2 Utfordringer

Til tross for satsning på forebygging, helsefremmede tjenester og aktivitetstilbud, har kommunen stadig folkehelseutfordringer som det er viktig å vurdere konsekvensene av. Dessuten har koronapandemien preget kommunen fra mars 2020. Lørenskog er en av kommunene i Norge som har hatt høyest smittetall igjennom pandemien.

I det følgende presenteres hovedutfordringer knyttet til helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, og deretter hvordan disse følges opp i satsningsområder i kommuneplanen og i planer og tiltak i sektorene.

Psykisk helse og konsekvenser av koronapandemien

Lørenskog kommune har et godt psykisk helsetilbud. Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH) tilbyr gratis tjenester til innbyggere i Lørenskog kommune, både universelt forebyggende tiltak i form av foredrag og veiledning, samt tiltak rettet mot grupper og enkeltpersoner med psykiske helseplager. Dette er et viktig tilbud med tanke på at mer enn fire av ti rapporterer om at de har følt seg nedfor, deprimentert eller fylt av håpløshet de siste 14 dagene, i folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog 2018*.

I skrivende stund har Norge vært preget av en pandemi i over et år. En fersk rapport bestilt av Regjeringen og publisert i april 2021 om livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien slår fast at pandemien har medført redusert livskvalitet for de fleste. I starten gikk det bra for veldig mange, men det er indikasjoner på at flere nå merker slitasje av langvarige smitteverntiltak og begrenset tilgang til meningsfylte opplevelser. Et mindretall, og da særlig grupper som var utsatt fra før, har opplevd betydelige økte psykiske helseplager. Barn og unge i sårbare omsorgssituasjoner har vært særlig utsatt. Det er også en økning i bruk av alkohol blant de som hadde høyest forbruk fra før (Kilde: Regjeringen).

Forskning fra perioden november – desember 2020 avdekket at særlig unge og aleneboere sliter med psykiske helseplager og ensomhet. Folk bosatt i Bergen eller Osloområdet, hvor smittetrykket har vært høyt, er særlig berørt (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Videre har fagfolk uttrykt sterk uro for barn og unges psykiske helse på bakgrunn av høy pågang og ventelister for behandling ved Barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (BUP). BUP Nedre Romerike har hatt 25 % økning i hevdelser, økningen er 21 prosent på landsbasis (Kilde: Lørenskog kommune). Dessuten har det vært en markant økende pågang fra barn og unge til hjelpetelefonene til Mental helse og Kirkens SOS. Fagfolk antar at mange vil slite med psykiske helseplager også etter at pandemien er over.

For familier i Norge som har barn med funksjonsnedsettelse, har pandemien og den påfølgende nedstengingen av ulike tjenester hatt dramatiske konsekvenser. Spesialundervisningen ble borte, helsetilbud forsvant, og de komplekse behovene familiene har, ble nedprioritert. Verken forvaltningen eller myndighetene kompenserte familiene for bortfallet av tjenester på en god nok måte, påpeker en ny rapport. (Kilde: OsloMet).



I forbindelse med rapportering om folkehelse for 2020, melder hjelpetjenester i kommunen om bekymring for deler av befolkningen i Lørenskog som følge av pandemien. Det har vært en økning i antall bekymringsmeldinger til barnevernet siste halvår i 2020. Hovedårsak til bekymring er vold i familien/nære relasjoner og barn som lever i høykonfliktfamilier. Tjenester i hjemmet rapporterer om økt symptomtrykk blant eldre med psykiske helseplager. Forebyggende psykisk helse (FPH) har hatt en sterk økning av henvendelser særskilt fra ungdom og voksne i alderen 30-55 år fra høsten 2020. Det er en kraftig økning av innbyggere som har vært særlig rammet av smitteverntiltakene, både ungdom på videregående skole og foreldre/voksne. Dette har ført til lange ventelister for videre oppfølging, per mai 2021 står 150 på venteliste. FPH får tilført to midlertidige stillinger i 2021.

Kommunen er pliktig å sette i gang folkehelseiltak der utfordringene er størst, og bør derfor være ekstra årvåken i forhold konsekvenser av pandemien for barn og unges psykiske helse.

Befolkningsvekst og tilhørighet

Høy vekst i befolkningen Lørenskog kan skape utfordringer i forhold til tilhørighet og trygghet. Tilhørighet til nærmiljøet og trygghet er svært viktig for befolkningens trivsel generelt og for at barn og unge får en god oppvekst.

I undersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog 2018* svarer flertallet at de føler seg trygge i nærmiljøet. Innbyggerne føler imidlertid i mindre grad tilhørighet til plassen de bor og tillit til andre mennesker.

Ungdataundersøkelsen fra 2019 og Folkehelseinstituttets oppvekstprofil for Lørenskog 2020 avdekker at flere unge i Lørenskog erfarer utrygghet i nærmiljøet i forhold til landsgjennomsnittet eller snittet for Viken. Flere unge i Lørenskog bor trangt enn ungdom i Viken eller landet for øvrig.

Lørenskog har satset mye på utvikling av kommunens sentrumsområde i det siste tiåret. Revidert samfunnsdel av kommuneplan understreker betydningen av utvikling i alle boområder. Dette er svært viktig for å imøtekomme folkehelseutfordringer. Muligheter for rekreasjon og aktiviteter for alle deler av befolkningen må utvikles der folk bor for å fremme tilhørighet, felleskap og fysisk- og psykisk helse.

Fysisk aktivitet og overvekt

Under halvparten av innbyggerne i Lørenskog trener eller mosjonerer 30 minutter per dag, slik Helsedirektoratet anbefaler. 17 prosent oppgir å ikke være regelmessig i fysisk aktivitet, og nesten fire av ti deltar aldri på organiserte aktiviteter eller frivillig arbeid (*Livsstil og Helse i Lørenskog 2018*). Lørenskog har dessuten dårligere tall enn landsgjennomsnittet når det gjelder frafall fra organisert idrett blant ungdom.

38 prosent kan defineres som overvektige og 14 prosent defineres å ha fedme i Lørenskog. I underkant av tre av ti har middels stor eller stor risiko for å utvikle diabetes type 2.

Befolkningen i Lørenskog er med andre ord ikke nok fysisk aktiv og mange er overvektige. Fysisk aktivitet og kosthold har vært satsningsområder innen folkehelse Lørenskog fra 2016, og det er særlig iverksatt mange tiltak innen kosthold. Kostholdsplaner i barnehager, skoler, skolefritidsordninger, fritidsklubber og sykehjem er utarbeidet og implementerte, og det tilbys egne kurs i ernæring og kosthold til enkeltpersoner og familier som har utfordringer med overvekt via Frisklivssentral, Forebyggende psykisk helsetjeneste og helsestasjon.

I forhold til pandemien er forskere særlig bekymret for varige konsekvenser for eldre med behov for tilrettelagt trening og etterspør ressurser til dette. Selv korte perioder med inaktivitet kan få store konsekvenser for eldre mennesker (Kilde: OsloMet).

For å øke aktivitetsnivået i befolkningen og redusere overvekt bør det satses videre på tilrettelegging for fysisk aktivitet. Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen bør prioriteres, ettersom disse har størst effekt på befolkningens helsestatus.



Sosial ulikhet i helse

Å redusere sosial ulikhet i helse er et kjerneelement i alt folkehelsearbeid. Sosiale ulikheter i helse beskrives som systematiske forskjeller i helsetilstand og som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt (Kilde: Helsedirektoratet). Det er en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. Litt bedre sosioøkonomisk status gir, statistisk sett, litt bedre helse. Dette gjelder gjennom hele inntektsskalaen (Kilde: Folkehelseinstituttet). I familier med lav sosioøkonomisk status er det en høyere andel barn og unge som oppgir at de har dårlig helse enn i familier med høyere sosioøkonomisk status. Nyere forskning viser og

at sosioøkonomiske forskjeller fortsetter inn i alderdommen (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Andelen barn i Lørenskog som vokser opp i husholdninger med *vedvarende* lavinntekt ligger like under landsgjennomsnittet. Andelen er imidlertid langt høyere på Skårer ifølge en ny NOU fra 2020, og kan være høyere også i andre områder i Lørenskog (Kilde: Regjeringen). Per i dag har ikke kommunen tall for levekår knyttet til soner eller boområder i Lørenskog.

Arbeidslivsbarometeret for 2020 viser at ansatte med lav utdanning og lav inntekt har merket mest til de negative arbeidslivskonsekvensene av pandemien (Kilde: Regjeringen). Arbeidsledigheten i Lørenskog har økt kraftig som følge av koronapandemien, fra 2,4 prosent per 1.1.2020 til 5,7 prosent per 1.1.2021. Aldersgruppen 30-39 år og yrkesgruppen butikk og salgsarbeid er særlig berørt.

Virkemidler og tiltak innen lokalt folkehelsearbeid bidrar til en jevnere fordeling av goder og ressurser. For å redusere sosial ulikhet i helse, anbefaler Helsedirektoratet både brede, befolkningsrettede strategier og tiltak som når alle, i tillegg til tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Videre påpeker direktoratet at tiltak må rettes mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse. Ikke minst er det viktig med innsats mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller.

Eksempler på tiltak i Lørenskog kommune er BUA som tilbyr gratis utlån av aktivitetsutstyr til alle og opplevelseskortet som NAV tilbyr spesifikt til barn og ungdom med behov.

2.2 Oppfølging av folkehelseutfordringer

Forankring i kommuneplanens satsningsområder og FNs bærekraftmål

Folkehelsearbeidet i Lørenskog er forankret i kommuneplanens samfunnsdel. Ny samfunnsdel av kommuneplanen som gir retning for den langsiktige utviklingen av Lørenskogsamfunnet ble vedtatt 4. november 2020. Revisjon av arealdelen av kommuneplanen starter opp i 2021.

Lørenskog kommunes visjon *Lørenskog – grønn, trygg og mangfoldig*, gir retning og viser Lørenskogsamfunnet i et framtidsperspektiv.

Samfunnsdelen fastsetter satsningsområder som skal gis særlig prioritet i planperioden. Alle fire satsningsområder i samfunnsdelen følger opp folkehelseutfordringene og skal ha særlig prioritet fram til neste kommunevalg:

- Tilhørighet og fellesskap
- Bokvalitet og inkluderende bomiljø
- Bred ungdomssatsing
- Trygg og miljøvennlig transport

Satsningsområdene *Tilhørighet og fellesskap* og *Bokvalitet og inkluderende bomiljø* følger opp utfordringer knyttet til befolkningsvekst og tilhørighet. *Bokvalitet og inkluderende bomiljø i form av gode utearealer med grønne lunger, friluftslivs-/aktivitetsområder og turveier* som knytter boligområdene sammen med Marka og andre større friluftslivsområder bidrar til økte muligheter for fysisk aktivitet. *Bred ungdomssatsning* kan imøtekomme konsekvenser av koronapandemien for ungdoms psykiske helse. *Trygg og miljøvennlig transport* er viktig tilrettelegging for mer fysisk aktivitet. Alle de fire satsningsområdene kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse.

FNs 17 bærekraftsmål skal være det politiske hovedsporet for å ta tak i vår tids største utfordringer. Dette er verdens felles arbeidsplan, blant annet for å sikre sosial rettferdighet og god helse, samt stanse tap av naturmangfold og klimaendringer. Kommuneplanens satsingsområder følger opp kommunens visjon og 10 av FNs bærekraftsmål. *Mål 3 God helse* er forankret i alle satsningsområdene og sikrer dermed også et folkehelseperspektiv. Satsningene erstatter ikke det daglige arbeidet kommunen gjør på ulike samfunnsområder og tjenester, men viser hva som skal ha særlig prioritet frem mot neste kommunevalg.



Oppfølging i sektorene gjennom plan og tiltak

Folkehelseoversikten skal brukes som kunnskapsgrunnlag for etablering av folkehelserelaterte mål, strategier og tiltak i sektorene. Alle kommunale sektorer i Lørenskog er pliktig i å følge opp folkehelseutfordringene. Kommunen skal følge opp folkehelseutfordringene gjennom planverk ved rullering, og tiltak skal integreres i planer eller etableres som oppfølging av planer.

Dette innebærer ikke etablering av egne folkehelserelaterte tiltak på siden av ordinær virksomhet. Det handler om å justere tiltak som faller inn under virksomhetens ansvarsområde til å bidra til bedre psykisk helse, tilhørighet, mer fysisk aktivitet eller reduksjon i sosial ulikhet i helse for spesifikke grupper eller større deler av befolkningen.

I henhold til kommunens lovpålagte tiltakspålagt skal tiltak også iverksettes som direkte oppfølging av utfordringer relatert til befolkningens helsetilstand. Det betyr for eksempel at kommunen skal følge opp eventuelle varige negative konsekvenser av koronapandemien for befolkningen, og iverksette nødvendige tiltak for å imøtekomme disse.

Kommunen skal prioritere tverrsektorielt samarbeid i utvikling, iverksetting og oppfølging av folkehelseiltak.

3. Befolkningssammensetning

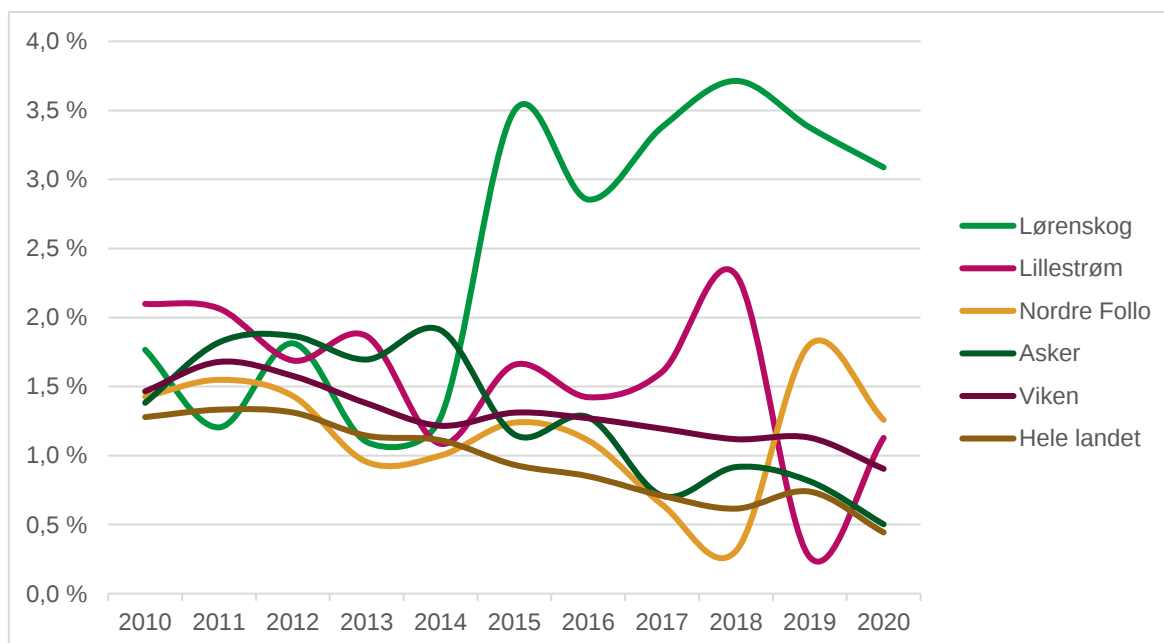
Status:

- Høy vekst i innbyggertall hvert år. Vekst på 3,1 prosent i 2020.
- Ung befolkning, stor vekst blant unge i etableringsfasen, men også vekst i andel eldre
- Høy andel personer med innvandrerbakgrunn (32,85 prosent)

3.1 Antall innbyggere

Lørenskog har med sin sentrale beliggenhet i Oslo-regionen hatt en jevnt stigende befolkningsvekst de siste årene. I 2020 vokste innbyggertallet med 3,1 % og kommunen fikk 1 280 nye innbyggere. Kommunen hadde 42 740 innbyggere per 31.12.20 (Kilde: SSB). SSBs høyalternativ antar at befolkningen i Lørenskog utgjør 47 350 i 2030. Det er noe lavere enn Lørenskogs egne prognose som antar en befolkning på ca. 56 500 samme tid.

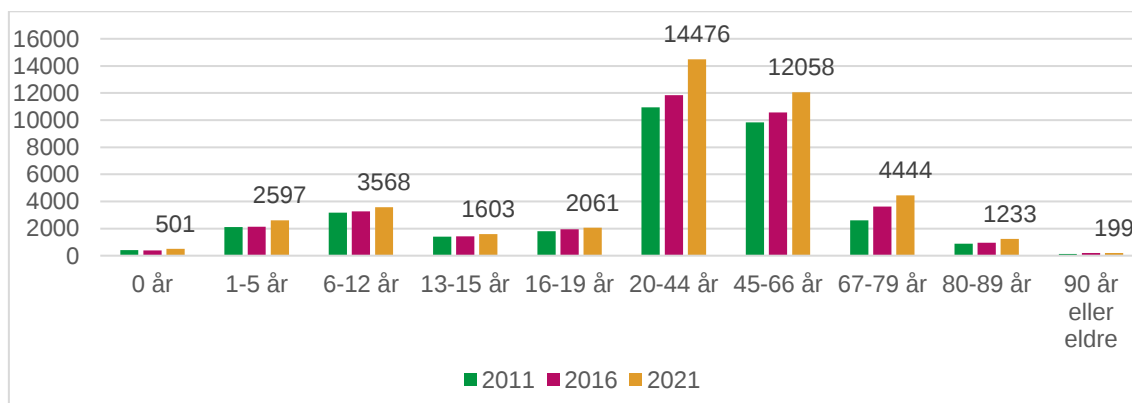
Figur 2: Lørenskogs befolkningsvekst, sammenligning med landet, Viken og andre kommuner (Kilde: SSB, Lørenskog kommune)



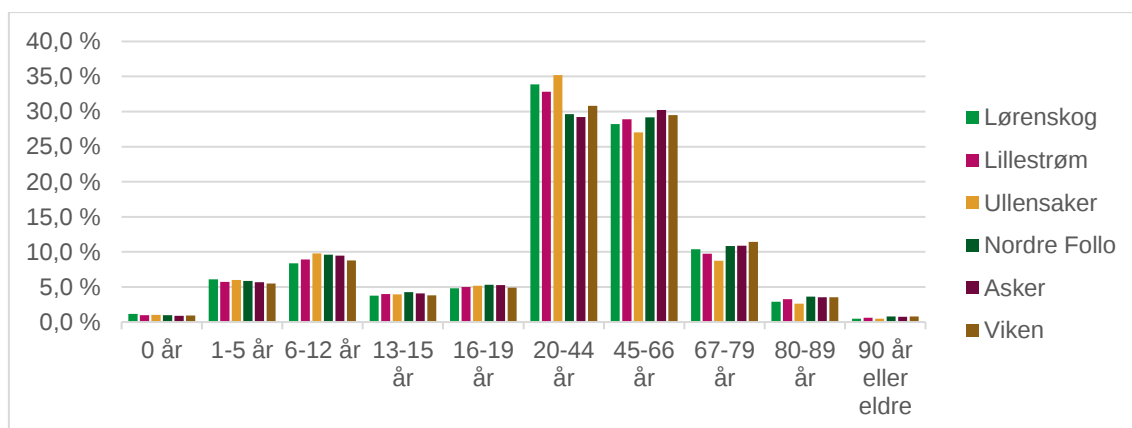
3.2 Aldersfordeling

Befolkningsveksten er høyest blant unge familier og eldre. Alderssammensetningen i Lørenskog bærer preg av nærheten til Oslo og boligtilbudet i kommunen. Lørenskog har en yngre befolkning enn landet for øvrig. Det er flest innbyggere fra 20-39 år, dvs. unge voksne i etableringsfasen.

Figur 3: Alderssammensetning i Lørenskog kommune per 31.12.20 (Kilde: SSB, Lørenskog kommune)



Figur 4: Alderssammensetning i sammenliknbare kommuner, prosentvis, per 31.12.20 (Kilde: SSB, Lørenskog kommune)

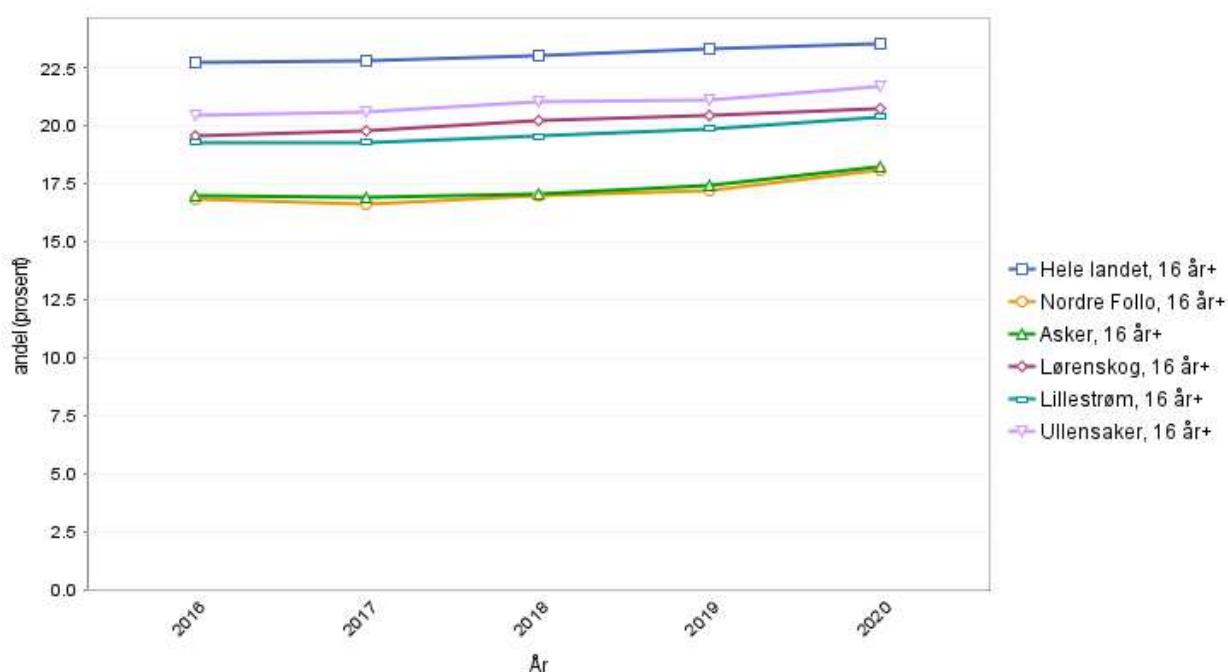


Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsker om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold, blant annet kommunens inntektsgrunnlag og tilgang til arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet på de ulike tjenestene som skal leveres i fremtiden.

3.3 Personer som bor alene

En familie er inndelt ni familietyper i SSBs statistikk. Lørenskogs andel enpersonsfamilier samsvarer med Vikens samlede tall og Lillestrøm kommunes tall og utgjorde 23 prosent i 2020. Familiestrukturen har vært stabil de tre siste årene.

Figur 5: Personer som bor alene – over 16 år, andel prosent (Kilde: KommuneHelsen)



Andel personer som bor i én-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Ugifte, borteboende studenter som er registrert på foreldrenes adresse, regnes med i foreldrenes husholdning. Personer som ifølge Folkeregisteret er bosatt på en institusjon, regnes å tilhøre en felleishusholdning. Mange personer som faktisk bor på institusjoner, f. eks. alders- og sykehjem, er registrerte som bosatte i privatbolig (sammen med ektefelle).

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

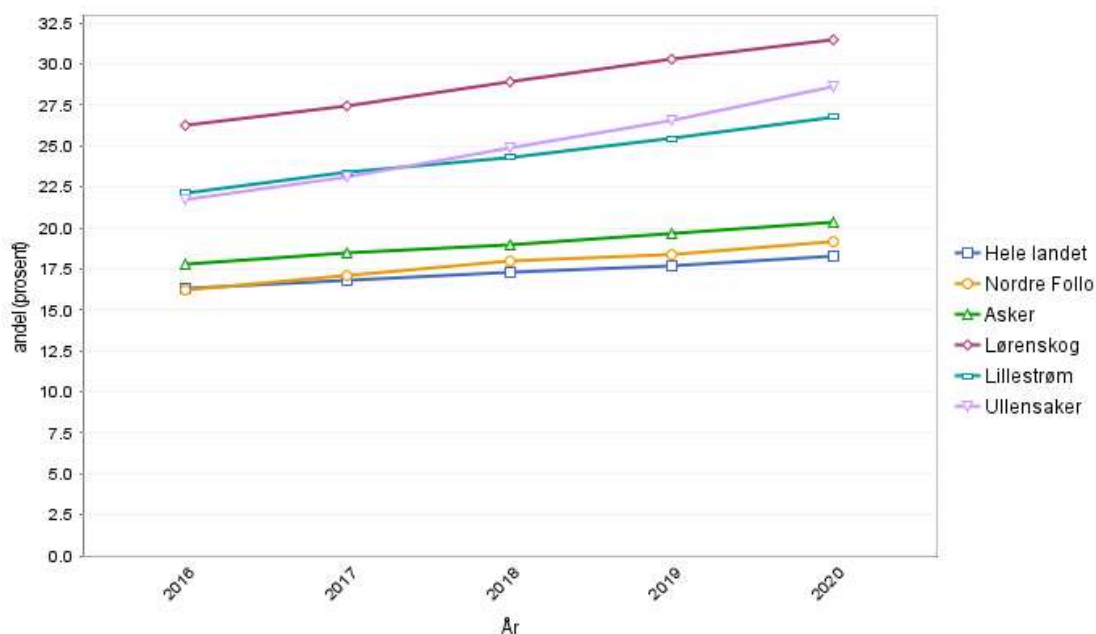
Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe -både økonomisk, helsemessig og sosialt. Blant aleneboende i alle aldersgrupper er det en høyere andel som sliter med psykiske plager sammenlignet med de som ikke bor alene. Aleneboende som gruppe har en høyere uføregrad og er oftere uførepensjonert enn de som ikke er aleneboende. Sammenlignet med de som bor sammen med noen, har de som er langvarig aleneboende hatt en mer uheldig utvikling i dødelighet. Det foreligger en høyere grad av helseproblemer blant kvinner og personer midtveis i livet som bor alene sammenlignet med andre.

3.4 Nasjonalitet

Per 9. mars 2021 oppgir SSB at 32,85 prosent av befolkningen i Lørenskog er innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn. Kun Oslo med 33,75 har en høyere andel (Kilde: SSB).

For å sammenligne veksten med nabokommuner må vi bruke tall fra 2019. Per 1.1.2020 var 31,4 prosent av befolkningen i Lørenskog innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn. Til sammenligning var tallene for hele landet 18,2 prosent, Viken fylke 20,9 prosent og Lillestrøm kommune 26,8 prosent. De største bakgrunnslandene er Pakistan, Polen, Vietnam, Siri Lanka og Iran. Det er flest innvandrere i Lørenskog fra Pakistan. Deretter følger Polen og Vietnam som henholdsvis nummer to og tre.

Figur 6: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – totalt, alle aldre, andel prosent
(Kilde: KommuneHelsa)



Antall og andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (totalt og fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Det er store forskjeller innenfor de enkelte landbakgrunnsgruppene - på samme måten som det er store ulikheter i den etnisk norske befolkningen. Blant annet har mennesker med høy utdanning generelt bedre helse enn dem som har lav utdanning - helt uavhengig av landbakgrunn.

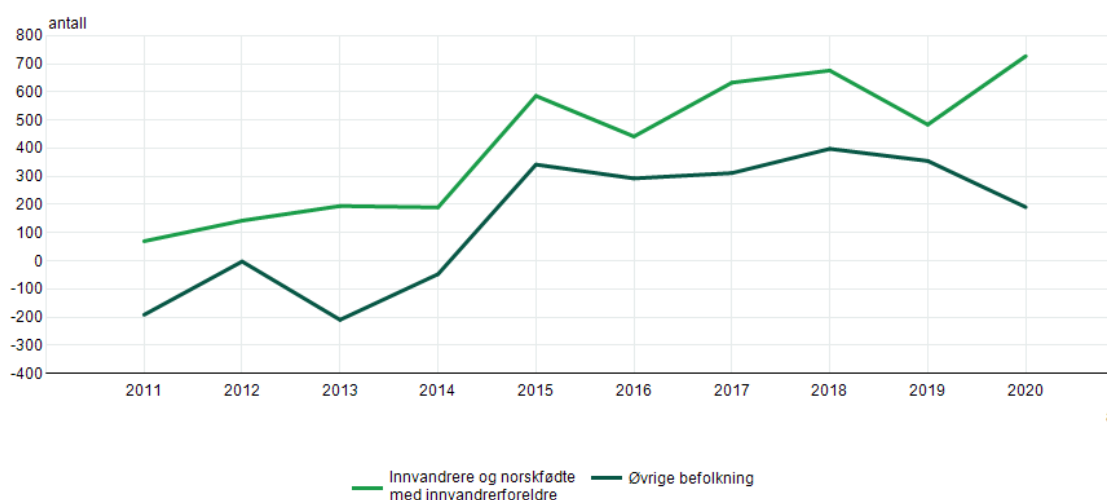
Generelle trekk blant innvandrere er at menn har høyere utdanning enn kvinnene, flere menn enn kvinner har fulltidsarbeid og flere menn enn kvinner lever alene. Det er generelt rapportert om høyere forekomst av kroniske sykdommer og lidelser blant ulike innvandrergrupper enn blant nordmenn.

Likevel er det en del helsemessige gunstige trekk ved innvandrergruppene. Alle innvandrergrupper bruker betydelig mindre alkohol enn norske. Med unntak av en gruppe, er forekomsten av røyking blant innvandrerkvinner nesten lik null. Noen innvandrergrupper bruker tradisjonelt mye frukt og grønnsaker - noe som reduserer risiko for flere kroniske sykdommer.

3.5 Flyttemønster

I 2020 flyttet 4022 personer til Lørenskog og 3104 personer ut av kommunen. Nettoinnflyttingen var med andre ord 918 personer, blant disse var 727 innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre. Tidligere var innvandring den største årsaken til befolkningsveksten, men fra 2015 er det innenlands flytting som er hovedårsaken til veksten. Akershusområdet har et tydelig flyttemønster med høy nettoflytting blant barn, samt voksne mellom 28 og 44 år. Dette gjelder også for Lørenskog. Det er høyest mobilitet blant innvandrerbefolkningen, men vi har ikke tall på dette i forhold til inn- eller utflytting. De fleste som flytter til Nedre Romerike, kommer fra Oslo.

Figur 7: Innenlands nettoinnflytting til Lørenskog – totalt, antall personer (Kilde: Lørenskog kommune, SSB)

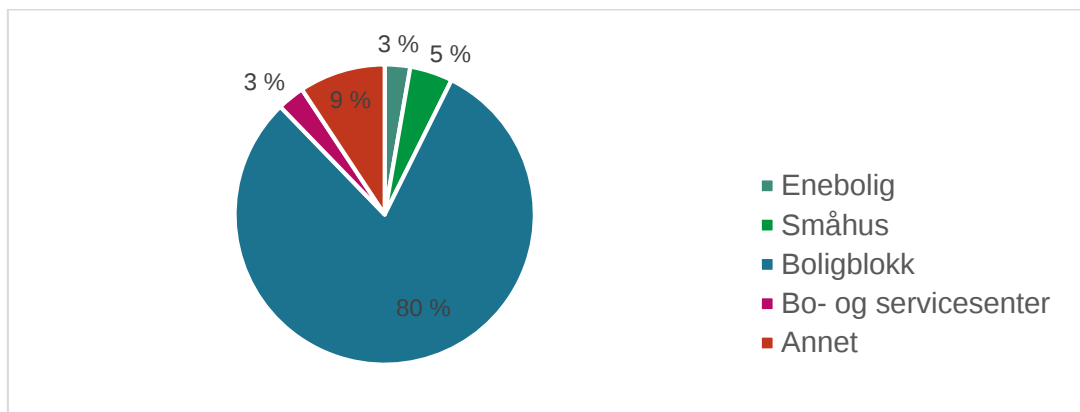


3.6 Boliger

I 2020 ble det tatt i bruk 1 021 nye boliger i Lørenskog. Det er vesentlig høyere boligvekst enn vi antok i utbyggingsprognosen. Den største veksten var på Skårer syd

hvor det er tatt i bruk 384 nye boliger. Lørenskog vinterpark og Ødegården hadde også en betydelig vekst med 270 nye boliger.

Figur 8: Fordeling nye boliger 2020 (Kilde: SSB, Lørenskog kommune)



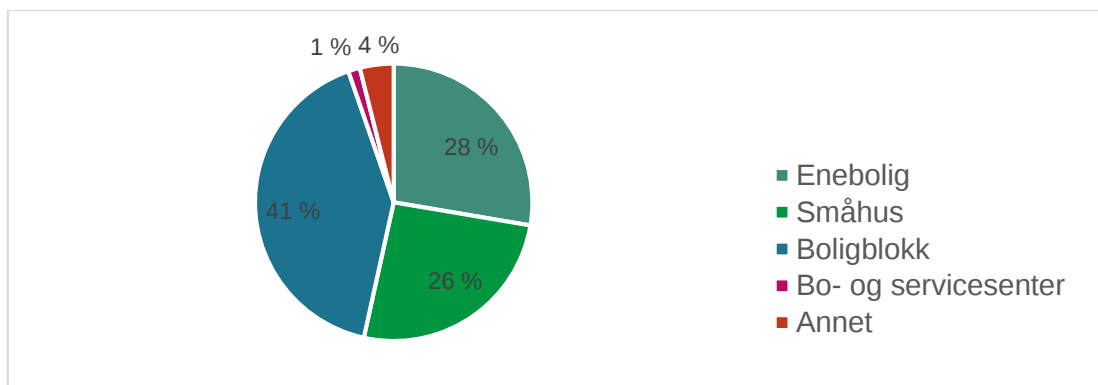
- 28 Eneboliger (3 %)
- 47 boliger i småhus (5 %)
- 821 boliger i boligblokk (80 %)
- 125 i annen bygning (12 %)

Annen bygning kan være boligblokk der det er næring i første etasje eller bo og servicesenter (30 boliger i Løkenåsveien).

Ved inngangen til 2021 er 1 430 nye boliger under bygging. I tillegg er det gitt rammetillatelser til ytterligere 669 boliger. Det er noe lavere enn vi har registrert de siste årene, men om det forteller at utbyggingstakten har gått noe ned, eller om det er et resultat at av en del boliger er tatt i bruk tidligere en antatt er for tidlig å si.

Ved inngangen til 2021 var det registrert 18 450 boenheter i kommunen.

Figur 9: Boligfordeling Lørenskog (Kilde: SSB, Lørenskog kommune)



- 28 % eneboliger
- 26 % boliger i småhus
- 41 % boliger i boligblokk
- 5 % annen boligtype

4. Oppvekst og levekår

Status:

- Markant økning i arbeidsledighet i perioden mars 2020 - mars 2021. Aldersgruppen 30-39 år er særlig berørt og yrkesgruppen butikk og salgsarbeid
- Gjennomsnittstallet for barn som lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt er litt lavere enn landsgjennomsnittet, men langt høyere på Skårer
- Andelen barn som opplever trangboddhet er stigende og høyere enn i nabokommuner

4.1 Trivsel og trygghet

Inntrykket fra den lokale folkehelseundersøkelsen i 2018 er at 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 skår på 66. (Les: skala fra 0 til 100 hvor 100 = svært meningsfylt/fornøyd).

- 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.»

Disse funnene samsvarer med nasjonale funn. Eldre er mer tilbøyelig å oppgi at de er tilfredse med livet enn unge og aleneboere, og utdanning og inntekt har stor betydning for opplevelse av livskvalitet.

I denne undersøkelsen oppgir flertallet at de føler seg trygge i nærmiljøet. I Lørenskogs oppvekstprofil for 2020, som tar utgangspunkt i Ungdatatall fra 2019, fremkommer det at 79 % av ungdom føler seg trygge i sitt nærmiljø. Tallet er vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet på 85 %.

4.2 Inntektsforskjeller og barn i lavinntektsfamilier

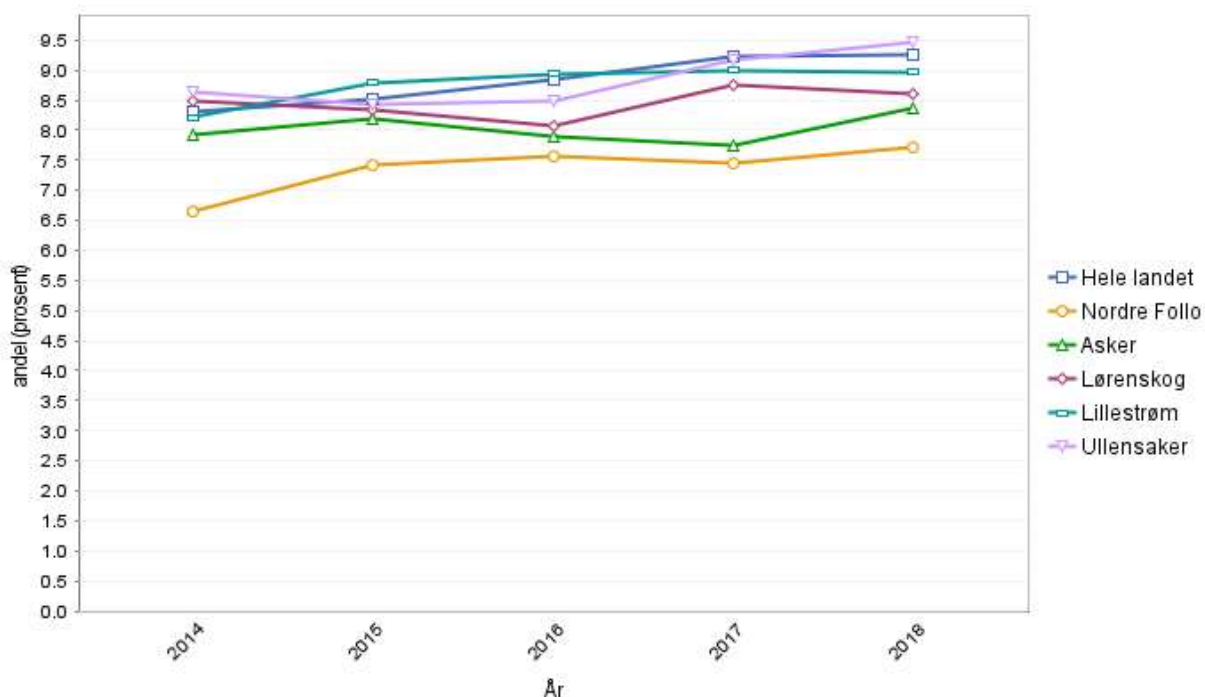
Medianinntekt i husholdninger (etter skatt) lå i Lørenskog på 570 000 i 2018 (siste tall).

Andelen barn i Lørenskog som vokser opp i husholdninger med *vedvarende* lavinntekt utgjør 8,6 prosent i 2018 (nasjonal median). Tallet for landet som helhet er 9,3, og Lørenskog ligger dermed litt lavere enn landsgjennomsnittet. I analyser relatert til *NOU 2020: 16 Levekår i byer – Gode lokalsamfunn for alle* er Skårer i Lørenskog med som utvalgt delområde. Her framkommer det at barn som vokser opp i vedvarende

lavinntekt utgjør 19 % på Skårer. Det er først og fremst innslag av innvandrerbarnefamilier med lavt utdanningsnivå og lav inntekt som forklarer disse tallene. Prosenttallet for Skårer er ikke høyt sammenlignet med landsgjennomsnittet og levekårsutsatte bydeler i Oslo, men avdekker at det eksisterer forskjeller mellom områder i Lørenskog.

Barn som vokser opp i familier med lavinntekt vil ha større risiko for ikke å kunne delta i ulike sosiale aktiviteter og bli utestengt fra fritidsaktiviteter. Dette gir også utfordringer med hensyn til å integrere barn med innvandrerbakgrunn.

Figur 10: Barn som bor i husholdninger med lavinntekt etter kommunale grenser for lavinntekt (Kilde: KommuneHelsa)



Personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av kommunal og fylkeskommunal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

4.3 Arbeidsledighet og sysselsetting

Arbeidsledigheten i Lørenskog har i de siste årene stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet, og er per i dag påvirket av koronapandemien. Per 1.1.2020 var andelen helt ledige som ikke deltar på tiltak på 2,4 prosent og per 1.1.2021 var den økt til 5,7 prosent. Per mars 2021 er antallet helt ledige i Lørenskog 1 345 og 20 692 i Østviken (Kilde: NAV Lørenskog).

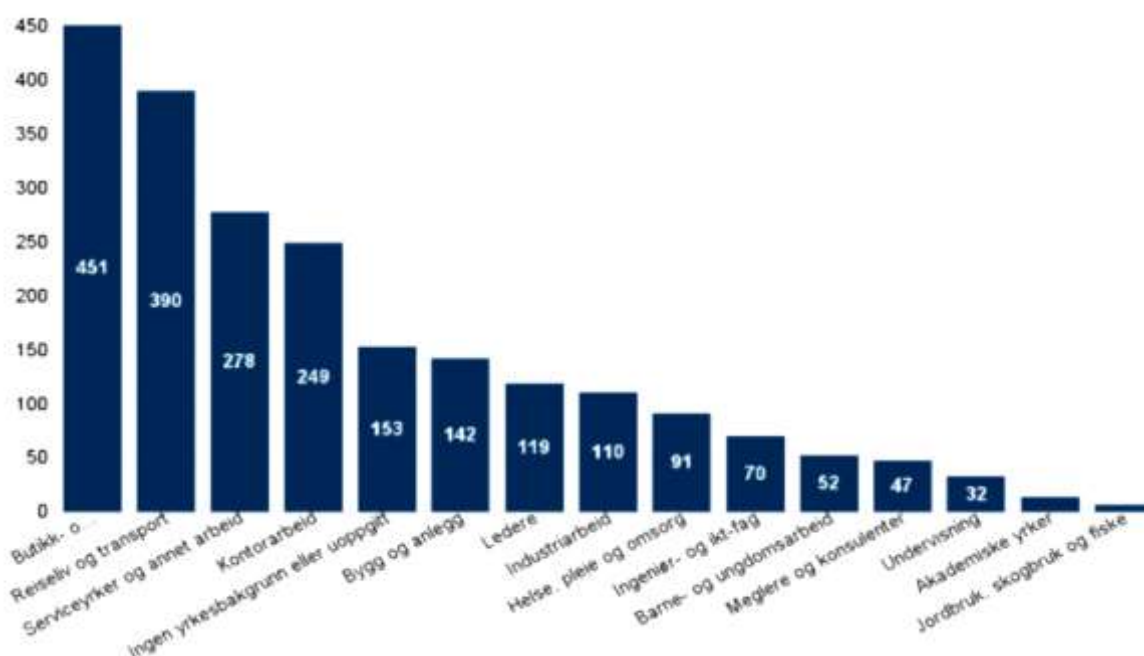
Figur 11: Lørenskogs ledighet etter alder per mars 2021 (Kilde: NAV)

1.3 Helt ledige og delvis ledige etter alder

Alder	Helt ledige	Delvis ledige
19 år og under	40	7
20 - 24 år	161	70
25 - 29 år	178	103
30 - 39 år	428	167
40 - 49 år	279	162
50 - 59 år	183	151
60 år og oppover	85	35
Antall ledige	1354	695

Ser vi på arbeidssøkeres yrkesbakgrunn fordeler antallet per mars 2021 seg slik:

Figur 12: Arbeidssøkere etter yrkesbakgrunn (Kilde: NAV)



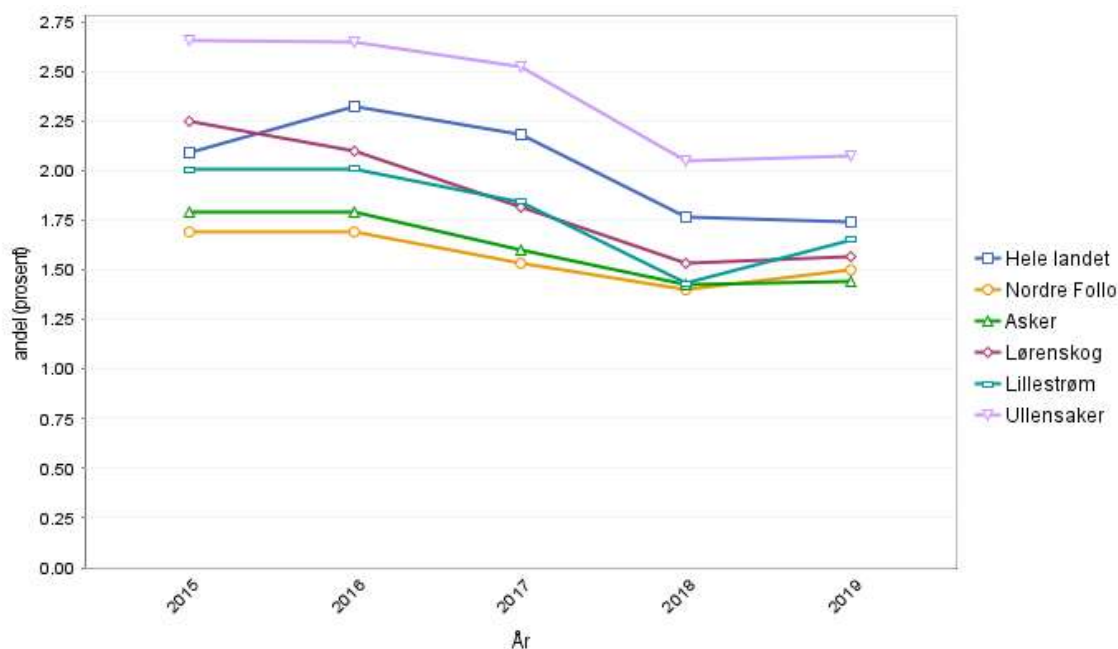
Innbyggere i alderen 30 – 39 år er mest berørt av ledighet. Det er størst ledighet blant arbeidstagere innen butikk og salgsarbeid, reiseliv og transport, samt serviceyrker og annet arbeid.

Kommunehelsas tilgjengelige tall viser ledighet før pandemien. Her fremkommer det at 8 % av hele befolkningen i Lørenskog, og 22 % av innvandrerbefolkningen ikke i arbeid eller utdanning 2019. Tilsvarende tall for hele landet er 9 % og 27 %.

Gruppen arbeidsledige er generelt sammensatt av personer i ulike livssituasjoner, og består av blant annet langtidsledige, unge med alvorlige helseproblemer, personer som er hjemmевærende og blir forsørget av andre, og personer som har valgt å ta et friår i utdanningsløpet. Personer som er i denne gruppen i et gitt år ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. En del av disse vil være å finne

blant de arbeidsledige, mens andre går ut av arbeidsstyrken ved at de etter hvert slutter å søke arbeid. Blant dem som blir værende utenfor over lengre tid, er det klar overvekt av unge med helseutfordringer og uten videregående utdanning.

Figur 13: Arbeidsledighet 15-74 år, andel prosent, 2019 (Kilde: KommuneHelsa)



Registrerte arbeidsledige per januar måned i prosent av befolkningen (15-74 år). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak).

4.4 Sykefravær

Sykefraværet holder seg relativt stabilt i Lørenskog. Fraværet er lavere i Lørenskog enn i Øst-Viken som helhet. Det er for øvrig bare fire kommuner i Øst-Viken med lavere sykefravær enn Lørenskog. Mellom 40 og 55 prosent av sykefraværet som passerer seks uker er gradert (dvs. at den sykmeldte kan være i delvis arbeid).

Figur 14: Legemeldt sykefravær – sykefraværspersent per år 2017-2020 (Kilde: NAV)

		2017	2018	2019	2020
Øst-Viken	Begge kjønn	5,6	5,6	5,7	5,9
	Menn	4,3	4,3	4,3	4,6
	Kvinner	7,2	7,2	7,3	7,6
Lørenskog	Begge kjønn	5,2	5,4	5,3	5,4

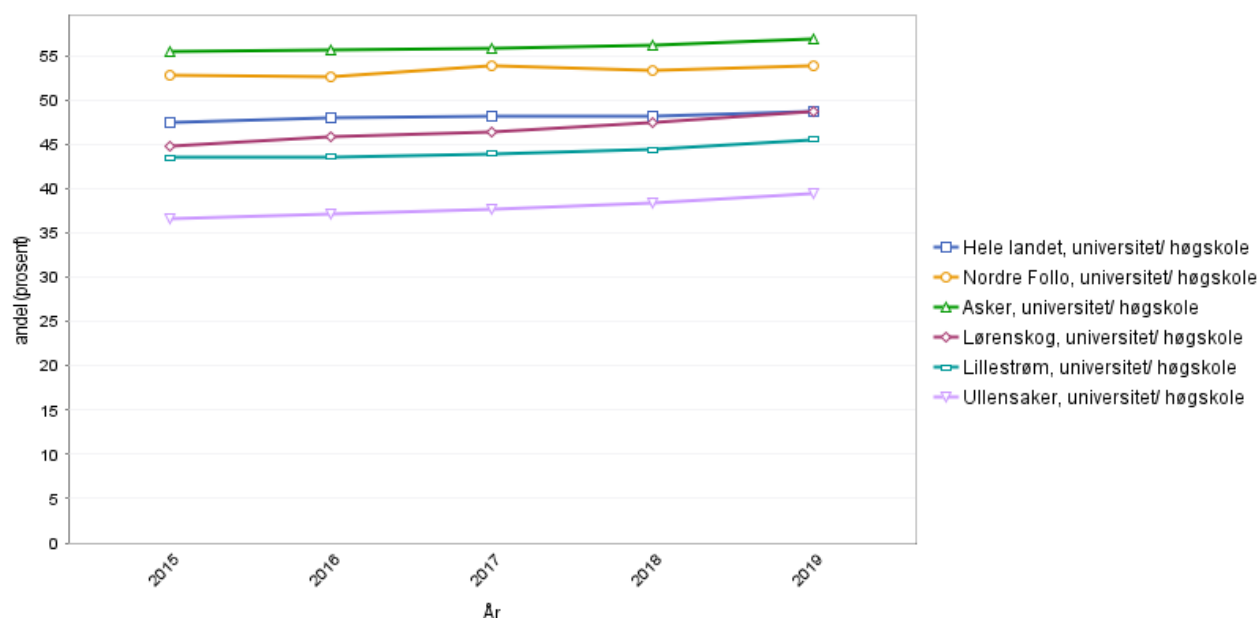
	Menn	4	3,8	4,1	4,1
	Kvinner	6,6	7,2	6,6	6,9

Muskel- og skjelettlidelser, kroniske smerter og psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefravær i Norge. (Kilde: Folkehelseinstituttet).

4.5 Utdanning

Lørenskog ligger likt med landsgjennomsnittet på 49 prosent når det gjelder antall innbyggere i alderen 30-39 år med fullført universitets- eller høyskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå. Andelen er jevnt økende. Både Lillestrøm og Ullensaker har lavere tall.

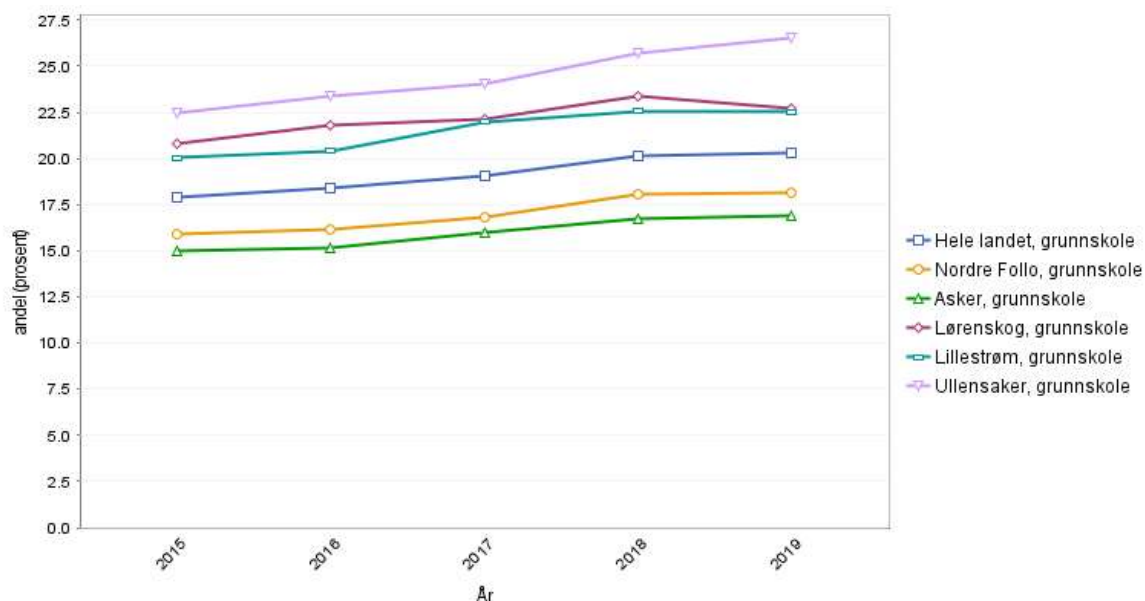
Figur 15: Personer som har fullført en universitets- og høyskoleutdanning, prosent (Kilde: KommuneHelsa)



Andel personer som har universitet eller høyskole som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Andelen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå har økt fra 20 prosent i 2015 til 23 prosent i 2019. Andelen per 2019 er nokså lik Lillestrøms, men vesentlig lavere enn Ullensakers andel. Lørenskog har en stor innvandrerbefolkning, men det finnes ikke data som underbygger prosenttallet.

Figur 16: Personer som har grunnskole som høyest fullførte utdanning, prosent (Kilde: KommuneHelsa)



Andel personer som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

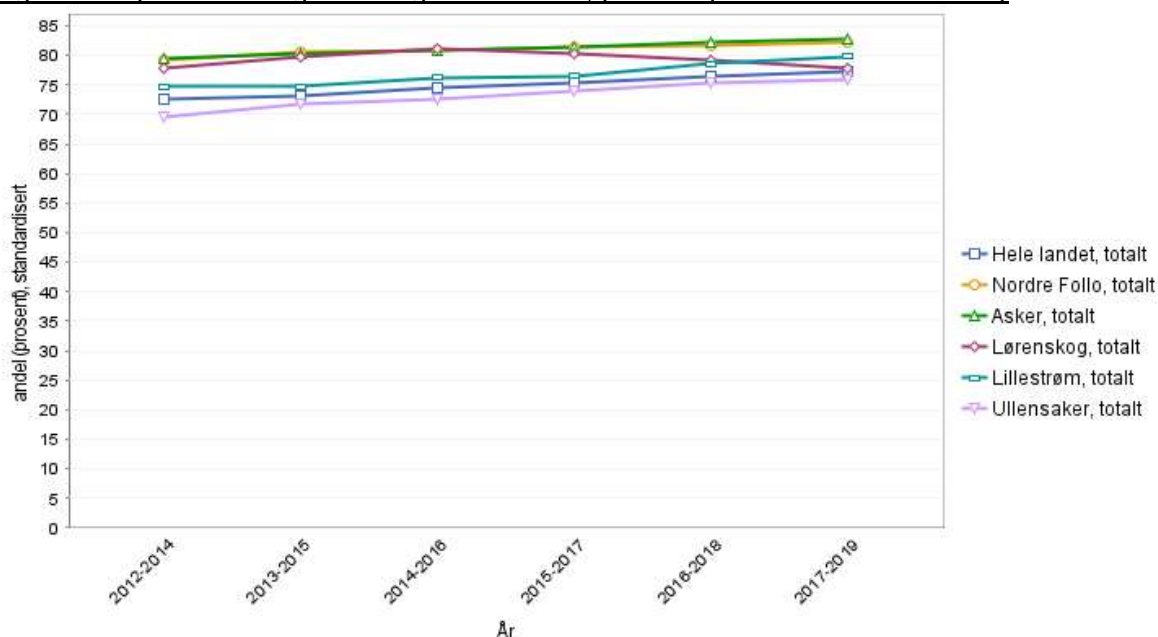
Utdanningsnivå henger også sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder.

Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.

4.6 Gjennomføring i videregående skole

Gjennomføringsprosenten for videregående skoleelever i Lørenskog har holdt seg stabil på 78-80 % siden 2012. Fra 2017 har det vært en liten nedgang og tallet er nå nokså likt landsgjennomsnittet.

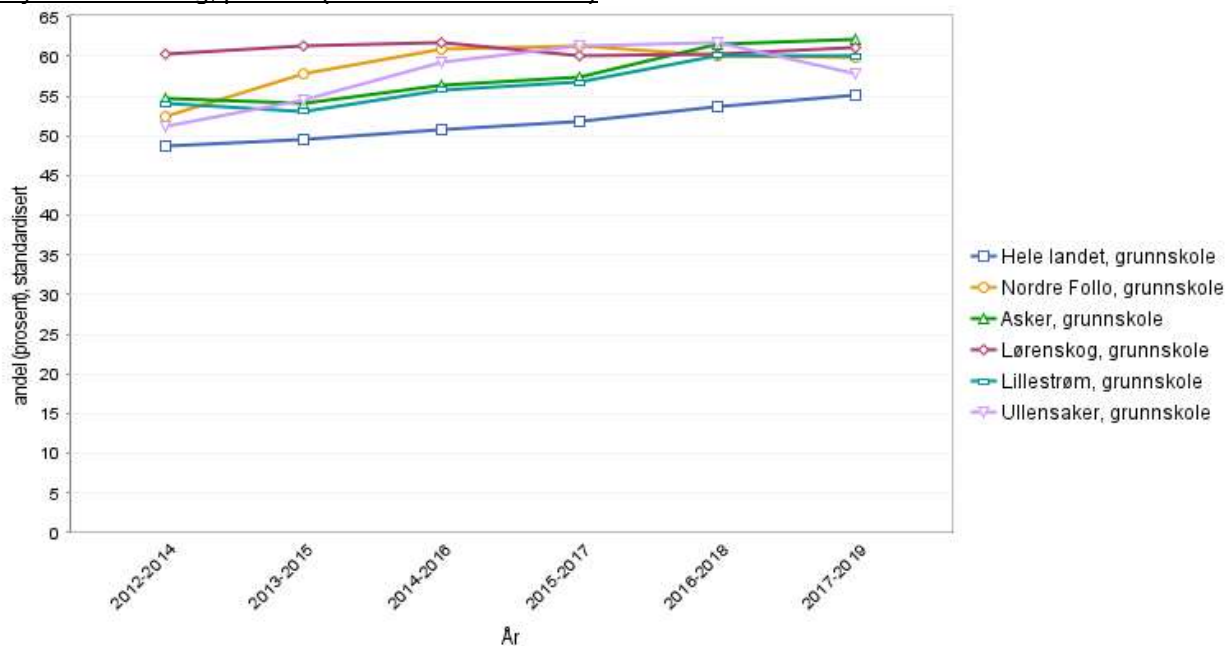
Figur 17: Gjennomføring i videregående skole, prosent (Kilde: kommunehelsa)



Gjennomføring i videregående skole totalt. Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Det er størst fravall blant elever som har foreldre med lav utdanning. Gjennomføring blant elever som har foreldre med grunnskole som høyeste utdanning har holdt seg stabilt og lå på 61 % i 2019. Til sammenligning er landsgjennomsnittet her 55 % og Ullensakers prosentandel 58.

Figur 18: Gjennomføring i videregående skole for elever med foreldre med grunnskole som høyeste utdanning, prosent (Kilde: Kommunehelsa)



Gjennomføring i videregående skole for elever med foreldre med grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen.

4.7 Trangboddhet i barnefamilier

Trangboddhet brukes som indikator i forhold til barn og unges oppvekstmiljø, fordi det er en av flere indikatorer på redusert bokvalitet som kan føre til helseproblemer.

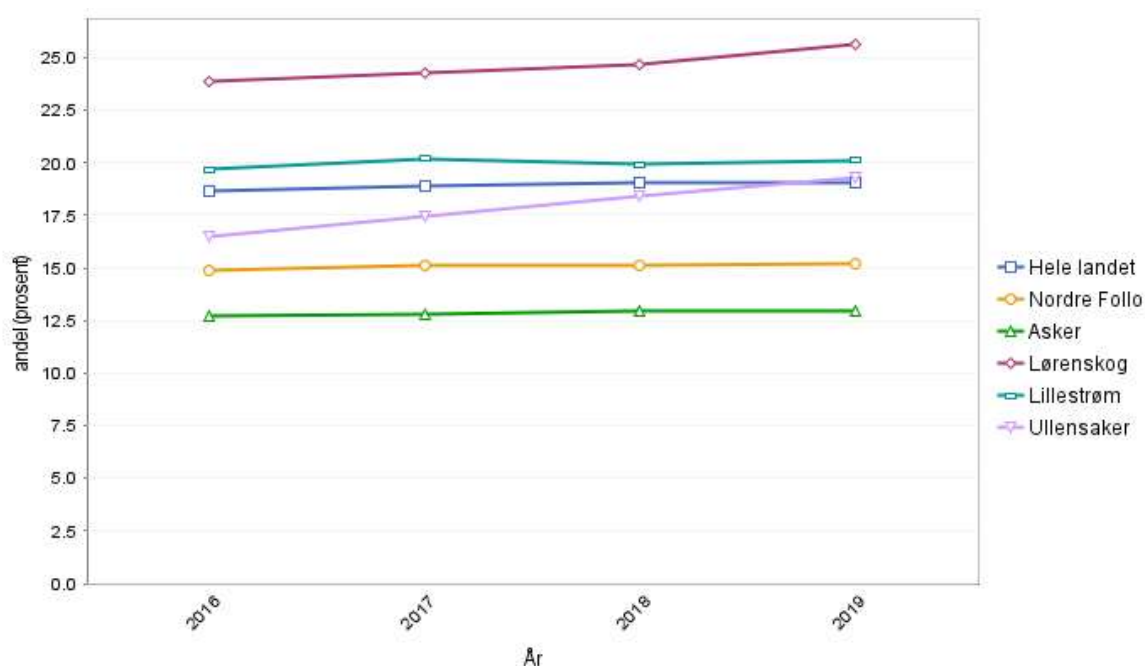
Andelen barn og unge som bor trangt er vesentlig høyere i Lørenskog enn landsgjennomsnittet og i sammenligningskommuner. 26 prosent barn under 17 år anses å bo trangt i Lørenskog, og 19 prosent i hele Norge.

Barnefamilier med lav inntekt opplever i større grad dårlige boforhold, og opplever oftere boutgiftene som tyngende, sammenlignet med andre barnefamilier (SSB). Det er en sammenheng mellom vedvarende lavinntekt og trangboddhet i kommunen. 63,2 % av barn i Lørenskog som bor trangt er barn i lavinntektsfamilier. Til sammenligning er tallet for landet 47,5 % (Kilde: Helsedirektoratet).

Blant ikke-vestlige innvandrere anses 28,7 % som trangbodde, mot 10,5 % i den øvrige befolkningen i Lørenskog (SSB). Dette tyder på at trangboddhet er en utfordring for innvanderbefolkningen.



Figur 19: Bor trangt, 0-17 år, andel (prosent) (Kilde: KommuneHelsa)



Personer som bor trangt. Andeler er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. Å bo trangt er definert som følgende: 1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person. I tilfeller hvor det mangler opplysninger om antall rom eller p-areal, vil husholdninger regnes som trangbodde dersom en av de to betingelsene er oppfylt. Årlige tall. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Ulike boligtyper som gir tilbud til alle boligsøkende er et sentralt element i satsningsområdet *Bokvalitet og inkluderende bomiljø* i kommuneplanen.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning - i et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. For sårbare grupper kan en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer.

5. Miljø - fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt

Status

- Det har vært en markant økning i bruk av nærmiljøanlegg og friområder under pandemien
- Det er målt høye konsentrasjoner av fint svevestøv i Lørenskog
- Kommunen har styrket samarbeidet med frivilligheten
- Lørenskog har et variert aktivitetstilbud for alle aldersgrupper

5.1 Fysisk miljø

Nærmiljø

Lørenskog kommune har en avgrenset byggesone, hvor en stor del av befolkningen bor. Nærmiljøanleggene i Lørenskog er i hovedsak kommunale anlegg, ofte i tilknytning til skoler og barnehager. Dette er som regel gode anlegg av høy kvalitet.

Deler av Lørenskogs byggesone utvikles gradvis med mer bymessig karakter. Dette skjer delvis på bekostning av tidligere lekeområder som skogteiger, brakkområder eller andre arealer som har vært benyttet til lek eller opphold. I Lørenskog skal det fortsatt bygges tett og høyt, og med kvalitet – særlig innenfor Lørenskog sentralområde og de fire retningslinjeområdene; Fjellhamar, Nordbyhagen, Visperud og Ødegården. En veiledende plan for offentlige rom (VPOR) for Lørenskog sentralområdet ble vedtatt av kommunestyret i november 2017. Det overordnede målet for planen er at Lørenskog sentralområde skal utvikles med steds kvalitet der parker, grønne lunger, gater og offentlige rom er tilgjengelige for alle generasjoner og fungerer som møteplasser for innbyggere og næringsliv.

Gode utearealer med grønne lunger, friluftslivs-/aktivitetsområder og turveier som knytter boligområdene sammen med Marka og andre større friluftslivsområder er en sentral del av satsningsområdet bokvalitet og inkluderende bomiljø i revidert samfunnsdel av kommuneplanen.

Nærmiljø er som begrep tvetydig, mangeartet og sammensatt, og kan beskrives som en «samlebetegnelse for de ulike fysiske og sosiale forholdene i et lokalmiljø; omfatter bl.a. trafikkforhold, samfunnsmessige og kommersielle tjenester, barns lekemuligheter og mulighetene for friluftsliv». (Kilde: Store norske leksikon)

Nærmiljøet, og den fysiske tilretteleggingen, betyr svært mye for innbyggernes fysiske aktivitet. Mange undersøkelser viser viktigheten av å ha attraktive rekreasjonsarealer i nær omkrets av bostedet. For barn og eldre er nærmiljøet helt avgjørende for deres aktivitetsnivå, mens andre aldersgrupper er mer mobile og kan bevege seg over større områder for å oppsøke rekreasjonsområder.

Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv for perioden 2019-2023 inneholder et eget handlingsprogram for fysisk aktivitet, herunder nærmiljøanlegg. Nye nærmiljøanlegg i Skårerparken og ved Sørlihavna er under planlegging, og vil ha et stort spekter i aktiviteter. Alle nærmiljøanlegg står til for disposisjon for befolkningen.



Friluftsområder

Lørenskogs byggesone og tette bebyggelse som grenser til Marka både i sør og nord innebærer at hele befolkningen har kort vei til friluftsområder. En grønn korridor går fra nord til sør og binder Gjelleråsmarka sammen med Østmarka. I denne korridoren er det sammenhengende turveier og gang- og sykkelveier. Nærfriluftsområder innenfor byggesonen er en begrenset ressurs som må ivaretas for å sikre innbyggerne muligheten for utøvelse av hverdagsfriluftsliv eller nærrekreasjon. Marka er godt tilrettelagt med mange turveier og turstier. I vinterhalvåret kjøres det 65 km skiløyper i kommunen.

Kommunen har i dag 5 store utfartsparkeringer i nær tilknytning til turområder. 3 av disse kan også nås med buss. Ellers er det gode muligheter til turgåing i nærmiljøet til boområdene. I de nye boområdene legges det til rette for gode uteområder med tilknytning til turveier.

Gjeldede Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv inneholder et eget handlingsprogram for friluftsliv. Kommunen har blant annet gjennomført en kartlegging og verdsetting av friluftsområder som skal ferdigstilles 2021.

I henhold til revidert samfunnsdel av kommuneplanen skal små skogholt, på folkemunne kalt «hundremeterskog», bevares til glede for lokalsamfunnet, også ved utbygging.

Kort avstand til naturområder og gode forbindelser til sti- og løypenett reduserer terskelen for bruk av skog og kulturlandskap til rekreasjon, trening og avkobling. Dette fremmer folks fysiske aktivitet både i dagliglivet og på fritiden, tilrettelegger for sosialt samvær og bidrar til å bygge nettverk. (Kilde: Folkehelsemeldingen - Meld. St. 34 2012-2013).

Økt bruk av nærmiljøanlegg og friluftsområder under pandemien

I løpet av koronapandemien i 2020-2021 har det vært en markant økning i bruk av nærmiljøanlegg og friluftsområder til trening, mosjon og aktivisering i Lørenskog og andre deler av landet med strenge smittevernstiltak. Bakgrunnen er lange perioder med nedstengte treningssentre og forbud mot fritidsaktiviteter innendørs. Et eksempel er *Stolpejakten* organisert av Park, idrett og friluftsliv i kommunen og Østmarka Orienteringsklubb. Sesongen 2020 satte nye rekorder med totalt 10 137 unike stolpejakt deltakere og 304 051 stolpebesøk i Lørenskog. Det er eksempelvis en økning på 22% for aldersgruppen 10-20 år.

Forskere antar at økt bruk av utendørsområder til trening, lek og samvær vil opprettholdes etter at pandemien er over. Dette fordi mange har hatt positive erfaringer med uorganisert aktivitet utendørs, og opplevd det som billig, fleksibelt og sosialt (Kilde: OsloMet). Økt bruk av friluftsområder og nærmiljøanlegg som følge av både befolkningsvekst og endrede vaner etter pandemien vil medføre behov for økt skjøtsel av eksisterende områder og anlegg, bedre tilrettelegging, utvidelser av aktivitetsområder eller etablering av flere.

Gang- og sykkelveier

Lørenskog har et tett nett av gang- og sykkelveier, turveier, fortau, gårdsveier og skogsbilveier, men mangler separate traséer kun for syklistene. Dette er en utfordring, spesielt innenfor Lørenskog sentralområde og i lokalsentrene, samt langs hovedsykkelruten gjennom kommunen langs Solheimveien, Sykehusveien og Strømsveien fra Skedsmo grense til Oslo grense. Spørsmålet om egne sykkeltraséer er viet oppmerksomhet de siste årene, spesielt i kommuneplanen, men også i enkelte reguleringsplaner.

Sykkelen og gange utgjør henholdsvis 4 og 19 prosent av alle reisene på nedre Romerike. Sykkelandelen er størst på reiser til skole og arbeid. (Reiseundersøkelse 2013/2014, Transportøkonomisk institutt). 90 prosent av innbyggerne i Lørenskog kan nå et av utviklingsområdene i kommunen innen 15 minutter på sykkel. I dag er 70 prosent av alle bilreiser i kommunen under to km. Det er et mål å snu dette, slik at 70 prosent sykler eller går på lokale reiser inntil ti minutter.

For å få et reelt tall i Lørenskog for andelen syklistene av det totale transportbildet, bør det i de kommende årene iverksettes telling av syklistene på utvalgte gang- og sykkelveier. Dette er p.t. ikke utført. Kommunen har økt fokuset på vintervedlikehold for myke trafikanter, men ikke spesielt for sykkel. Gangveier prioriteres i brøytingen.

En temaplan for grønn mobilitet ble vedtatt av kommunestyret 3. april 2019. Planen beskriver hvordan Lørenskog kommune skal jobbe for å nå målet om at all vekst i persontransport tas med kollektivtransport, sykkel og gange. På bakgrunn av behov for å vurdere ulike strategier for samferdsel i sammenheng, planlegger kommunen legge frem en sak om ulike samferdselstiltak.

Flere tiltak innen grønn mobilitet er etablert. Februar 2020 åpnet kommunen et sykkelhotell ved Lørenskog sentrum bussterminal med plass til 74 sykler, med låsbare skap for oppbevaring av hjelm og lading av batterier til el-sykkel. I løpet av 2021 vil det bli satt ut flere stativer for sykkelreparasjon i Lørenskog finansiert av folkehelsemidler fra fylket.

Samfunnsutviklingen og teknologien har gitt oss et samfunn hvor færre bruker kroppen i hverdagen. Bilen er det vanligste transportmiddelet selv på distanser mellom 1 og 3 kilometer, og voksne bruker i gjennomsnitt 60 prosent av dagen stillesittende. 1 av 8 dødsfall tilskrives inaktivitet og fører i tillegg til betydelig sykkelighet og tappt livskvalitet (Kilde: Helsedirektoratet).

Gang- og sykkelveier gjør det mulig å øke hverdagsaktiviteten ved å gå eller sykle til skole, jobb og fritidsaktiviteter på en aktiv, trygg og miljøvennlig måte.



Utendørs støy

Støy er definert som uønsket lyd, og regnes som forurensing etter forurensingsloven. Det å bli utsatt for støy kan gi helseplager som hørselsskader, og økt risiko for søvnforstyrrelser og hjerte- og karsykdom.

Som for resten av Norge er det veitrafikken i Lørenskog som er den største støykilden. Bil benyttes hovedsakelig som transportkilde samtidig som det er en stor andel tungtransport i kommunen. De mest støyutsatte områdene ligger langs de store

hovedveiene. Mye av bosetningen er knyttet opp mot veinettet i Lørenskog. Dette betyr at store deler av befolkningen vil kunne være utsatt for støy i en eller annen grad. Nærmest veiene er lydstyrken mellom 65-70 dB og avtar gradvis i intensitet jo lenger avstanden fra veien blir. Ved siden av veinettet er det en del helikopteraktivitet ved Akershus universitetssykehus som bidrar til støy. De nærmeste naboene til sykehuset kan bli berørt av denne støyen. Videre er det en skytterbane ved Losby som kan bidra med noe støy i Lørenskog kommune.

Det å bli utsatt for støy over en lenger periode, som tilsvarer 70 dB gjennom døgnet eller 75 dB gjennom en åtte timers arbeidsdag, kan gi hørselskader over tid.

Lørenskog kommune utarbeider støyrapport hvert 5 år, den siste er fra 2017. Det har vært en markant økning i andelen støyeksponerte eiendommer siden forrige kartlegging i 2012. Dette skyldes befolkningsvekst og massiv utbygging langs trafikkerte veier og i støyutsatte områder. En sammenligning av støykartleggingen i 2012 og 2017 viser at antallet helårsboliger som utsettes for støy med en lydstyrke mellom 70-74 dB på dagtid er fordoblet med en økning fra 181 til 397. To boliger utsettes for støy over 75 dB på dagtid. Ingen boliger utsettes for støy over 69 dB på natten.

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at støynivået fra utendørskilder som veitrafikk ikke overstiger 53dB i gjennomsnittlig støynivå på dag og kveld. På natten bør ikke gjennomsnittlig støynivå og maksimalt støynivå overstige henholdsvis 45 dB (LA,eq, 8h) og 60dB (LA, max) (FHI, 2018). I retningslinjene som brukes for støy i arealplanlegging (T-1442/2016) er anbefalte grenseverdier for veitrafikk L_{den} 55 dB.

Boligbygging i fortettingsområder skaper utfordringer med støy fordi boligene ofte blir plassert med mye støy fra trafikk og luftforurensing. Det å bygge boliger i rød og gul støysone (støygrenser i T-1442/2006) er å anse som helsemessig problematisk. Spesielt det å bli utsatt for støy på natten kan påvirke helsen negativt (Kilde: Folkehelseinstituttet).

For å unngå at flere blir utsatt for helseskadelig støy er det nødvendig å vurdere mulige støyplager i planleggingen og byggingen av ny arealbruk, nyetableringer og boligbygging med mer. Lørenskog kommune mottar en del støyklager fra personer som bor i områder som er definert som fortettingsområder.

Støy fra bygg og anlegg kan variere veldig i intensitet og kan være svært belastende for dem som utsettes for det. Det er ingen konkrete tall på antall støyklager som Lørenskog kommune mottar. Kommunen tar støy fra bygg- og anleggsbransjen på alvor. Kommuneplan-bestemmelsene fra mai 2015 gir nærmest et forbud mot støyende bygg- og anleggsarbeid på kveld og natt. Bestemmelsene er strengere enn kravene som er satt i nasjonale retningslinjer.

Figur 20: Støyrapport Lørenskog 2012 og 2017 (rød skrift) (Kilde: Lørenskog kommune)

Dag	55-59 dB	60-64dB	65-69dB	70-74dB	>75 dB	Sum
Helårsbolig privat	2215 1977	1420 1672	447 612	181 397	1 2	4264 4660
Helårsbolig annet	12 6	36 43	0 6	30 36	0 0	78 91
Barnehager	5 7	8 8	4 4	0 0	0 0	17 19
Skoler	10 12	8 10	3 4	1 1	1 0	23 27
Helseinstitusjoner	3 2	3 6	3 3	0 0	0 0	9 11

Natt	50-54dB	55-59 dB	60-67 dB	65-69 dB	70-74 dB	>75 dB	Sum
Helårsbolig privat	1689 1846	850 946	196 363	1 151	0 0	0 0	2736 3306
Helårsbolig annet	41 49	7 6	30 36	0 0	0 0	0 0	78 91
Barnehager	9 9	4 6	1 0	0 0	0 0	0 0	14 15
Skoler	9 10	5 6	1 0	1 1	0 0	0 0	16 17
Helseinstitusjoner	5 5	1 3	2 1	0 0	0 0	0 0	8 9

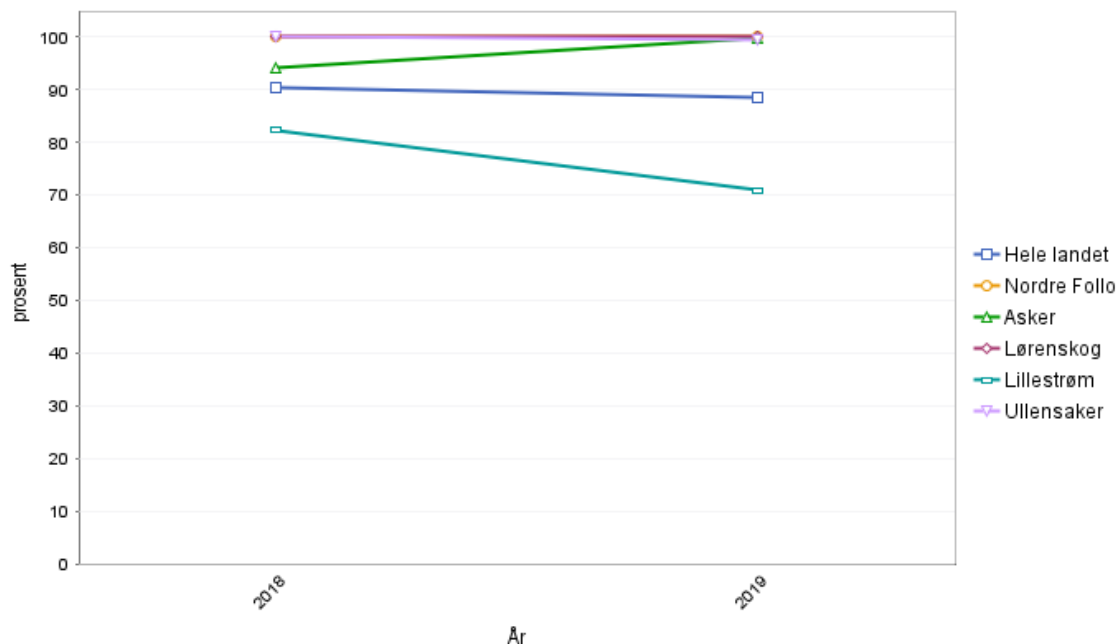
Det å bli eksponert for støy kan påvirke helsen vår direkte ved hørselsskader og mer indirekte gjennom stressreaksjoner, mangel på søvn, utmattelse, konsentrasjonsvansker og nedsatt fungering. Støy kan spille inn på vår oppfattelse av livskvalitet og trivsel. I Norge er støy det miljøproblemet som rammer flest personer og blir derfor viktig i et folkehelseperspektiv. Risiko for å bli utsatt for støy øker trolig med lavere sosial status.

5.2 Biologisk og kjemisk miljø

Drikkevannskvalitet

Lørenskogs innbyggere får vann fra Nedre Romerike Vannverk IKS (NRV IKS). Vannkvaliteten og vannleveransen er svært god i norsk målestokk. I henhold til Folkehelseinstituttets statistikk/Kommunehelsa er det tilfredsstillende hygienisk kvalitet for 100 prosent av befolkningen som var tilknyttet vannverk inkludert i statistikken i 2019. På landsbasis er nivået på 88,5 prosent.

Figur 21: Drikkevannsforsyning – tilfredsstillende resultater, hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, prosent (Kilde: KommuneHelse)



NB! Nordre Follo og Ullensaker har samme tall som Lørenskog og er derfor ikke synlig i diagrammet.

Andelen personer tilknyttet vannverk (vannforsyningssystem) med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen med hensyn til E. coli og leveringsstabilitet (ikke-planlagte avbrudd i vannforsyningen) i prosent av befolkningen tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. Tallene er årlige og omfatter både private og kommunale vannverk. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Indikatoren har som formål å formidle situasjonen for befolkningen med hensyn til deres tilgang på trygt vann. Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E. coli er en av de mest sentrale parametrene for kontroll. E. coli er en tarmbakterie som indikerer fersk fekal forurensning.

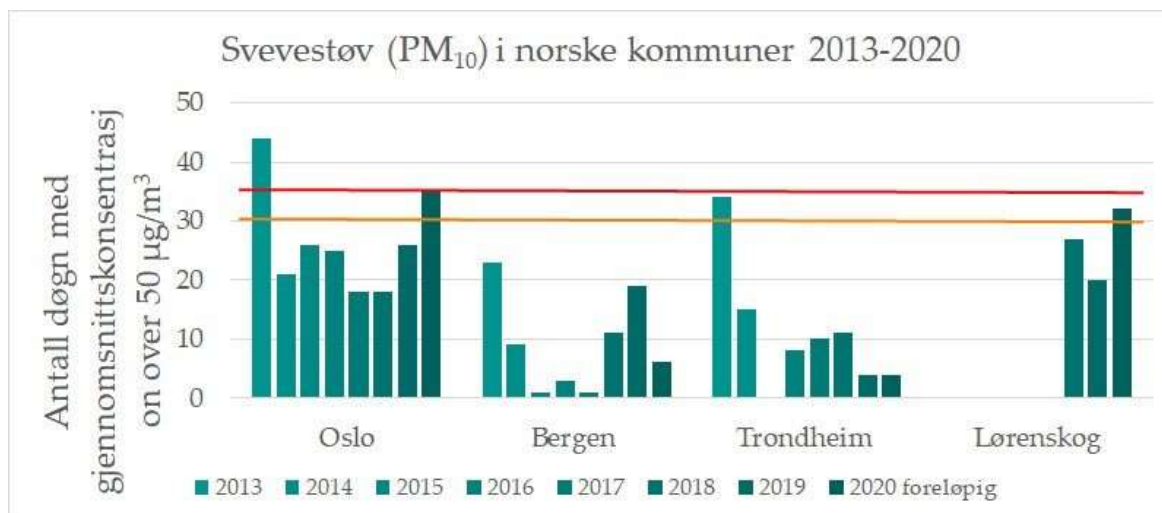
Luftforurensning

Svevestøv (PM_{10}) og nitrogendioksid (NO_2) bidrar hovedsakelig til dårlig luftkvalitet i Norge. De viktigste kildene til luftforurensning er utslipp fra veitrafikk, oppvarming av boliger og industri samt utslipp fra skipsfart.

I Lørenskog kommune er det først og fremst PM_{10} og NO_2 fra veitrafikk som forurensner luften. Bil benyttes hovedsakelig som transportmiddel i kommunen og det er også en stor andel tungtrafikk. Modellberegninger (utført for tettstedet Oslo) indikerer forhøyede konsentrasjoner av PM_{10} og NO_2 spesielt langs hovedveiene, men også langs mindre veier i Lørenskog.

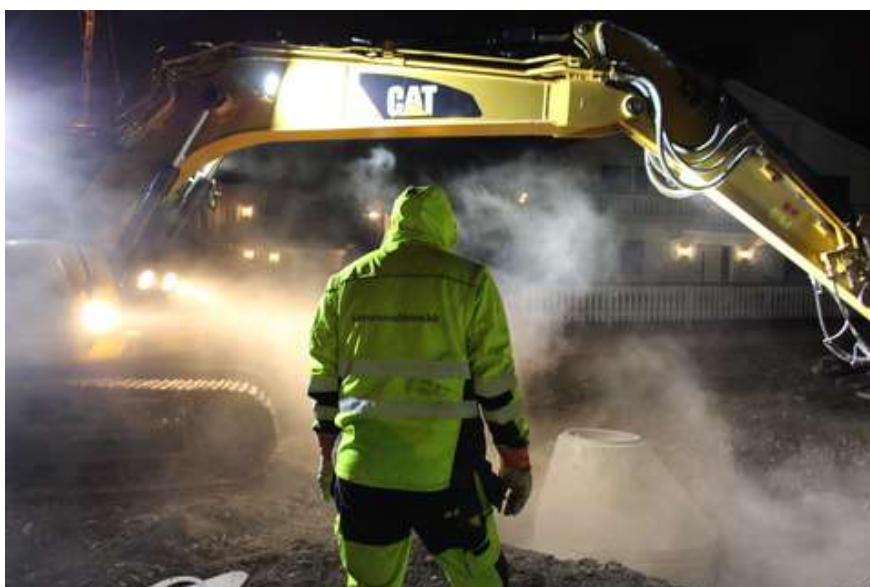
Det er målt høyt nivå av svevestøv i Lørenskog, og brudd på grenseverdien for svevestøv i Oslo og Lørenskog i 2020. Grenseverdiene er minimumskrav til kvaliteten på utendørslufta (Kilde: Miljødirektoratet) .

Figur 22: Svevestøv i norske kommuner 2013-2020 (Kilde: miljødirektoratet)



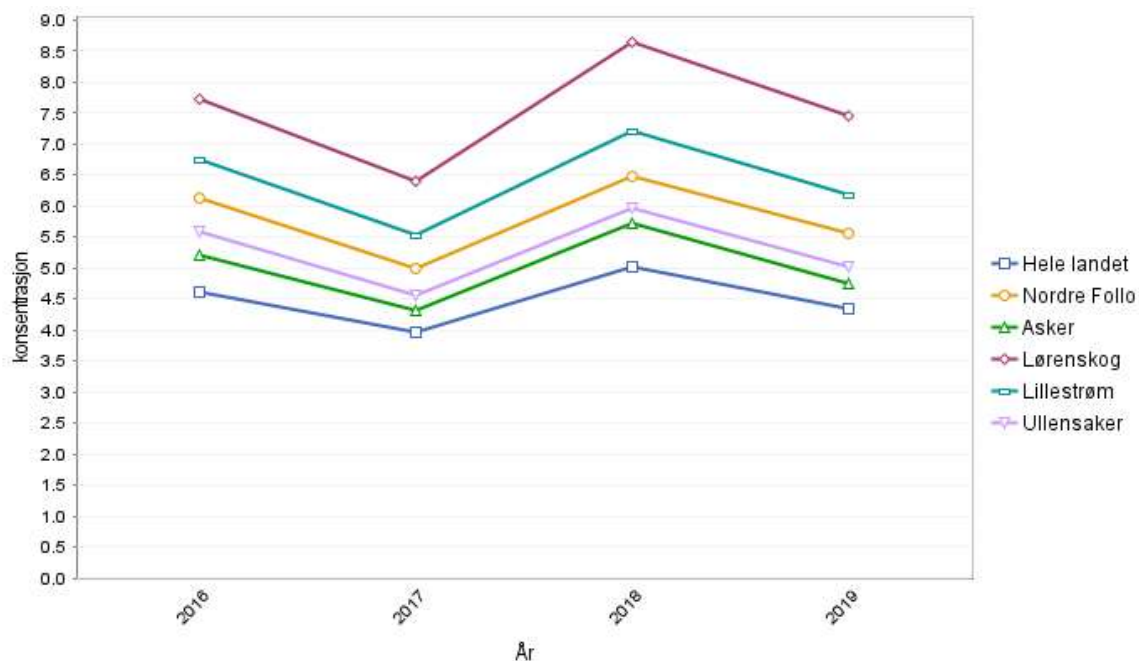
Grafen viser det høyeste antallet døgn målt med en konsentrasjon av svevestøv (PM10) over 50 mikrogram per kubikkmeter luft i Oslo, Bergen, Trondheim og Lørenskog i årene 2013-2020. Den røde linjen viser grenseverdien før 2016, mens den oransje linja viser grenseverdien fra og med 2016. Oslo og Lørenskog brøt grenseverdien i 2020. [Kilde: Sentral database for luftkvalitetsmåldata (SDB)].

Kommunehelsas statistikk har tall for inntil 2019. Konsentrasjon av fint svevestøv utgjør 7,4 mikrogram per kubikkmeter luft i Lørenskog per 2019, og til sammenligning 4,4 i hele landet. Konsentrasjonen av fint svevestøv som befolkningen i kommunen er utsatt for er høyere enn for befolkningen i landet som helhet. Lørenskogs konsentrasjon i 2019 har gått ned fra 2018 da den lå på 8,6 mikrogram per kubikkmeter luft. Tallene er basert på varslingstjenesten *Luftkvalitet i Norge*. Målingen baserer seg på en målestasjon ved riksvei 159 i nærheten av Solheim skole, satt opp av Statens vegvesen i 2017. Området er trafikkert.



Kommunen har ansvar for å utrede tiltak som anleggseier og ansvarlig forurensere. Det er startet et samarbeid med Statens vegvesen, Viken fylkeskommune og Lørenskog kommune for å gjennomføre tiltaksutredning.

Figur 23: Luftkvalitet, fint svevestøv (Kilde: KommuneHelsa)



Befolkningsvektet konsentrasjon av finfraksjonen av svevestøv (PM_{2,5}) med enhet mikrogram per kubikkmeter luft (µg/m³) midlet over ett år. Denne størrelsesfraksjonen av svevestøv består hovedsakelig av forbrenningspartikler, og størrelsen (<2,5 µm) er så liten at de kan trenge helt ned i lungeblærene. Den omtales også som fint svevestøv. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

5.3 Sosialt miljø

Frivillighet

Frivillig aktivitet er en sentral del av kommunens sosiale miljø og utvikler både enkeltpersoner og lokalsamfunnet. Innbyggere som involverer seg utvikler holdninger, verdier, kunnskap og sosial kapital. Frivilligheten bygger og forandrer samfunnet gjennom sine fellesskap, aktiviteter, initiativer, og samarbeid. Samarbeid mellom kommunen og frivilligheten er viktig for å realisere kommunens satsninger på tilhørighet og fellesskap. Flere varierte aktivitetstilbud i ulike boområder i Lørenskog forutsetter engasjement og bidrag fra både kommune, frivillighet og engasjerte innbyggere.

I 2020 ble Lørenskog kåret til årets frivillighetskommune av KS Og frivillighet Norge. Bakgrunnen er at kommunen har jobbet systematisk med å styrke samarbeidet mellom kommunen og frivilligheten fra 2015, og har en aktiv frivillighetspolitikk nedfelt i Lørenskogs frivillighetspolitiske plattform vedtatt i 2018. Kommunen tilrettelegger for vekst og utvikling av frivilligheten:

- gjennom samarbeid med Lørenskog frivillighetsråd og andre råd
- ved å arrangere møteplasser med faglig påfyll og erfaringsutveksling

- ved å tilby Friskus.com til publisering av arrangementer, aktiviteter og frivillige oppdrag
- gjennom gode rammebetingelser som tilskudd og gratis lokalleie.

Mange lag og foreninger og innbyggere uten organisasjonstilhørighet samarbeider med kommunen i ulike tjenester i regi av blant andre Frivilligsentralen, eldreomsorgen og Flyktning- og innvandrer-tjenesten.



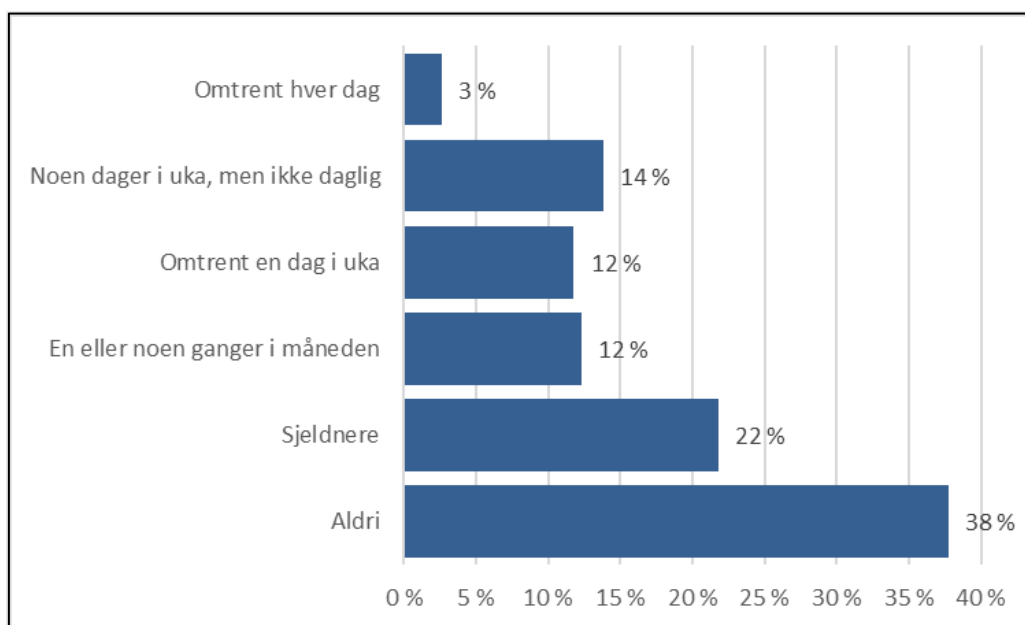
Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter

Rundt 150 organisasjoner i Lørenskog har en arrangørside i Friskus.com. Friskus er en digital samhandlingsportal med oversikt over arrangementer, aktiviteter og frivillige oppdrag, samt kontaktinformasjon til lag og foreninger. Lørenskog og ca. 20 andre kommuner i Norge bruker Friskus.

Det finnes ikke statistikk som gjør det mulig å sammenligne organisasjonsdeltakelsen i Lørenskog med andre kommuner. Unntaket er innen idretten hvor antallet medlemmer rapporteres inn til Norges idrettsforbund hvert år. (Se 6.1 Deltakelse i organisert idrett).

Folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018* sier følgende om omfanget av deltagelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid:

Figur 24: Deltagelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid, f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn og kor (Kilde: Lørenskog kommune)



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.

Kulturtilbud

Lørenskogs innbyggere tilbys et bredt og omfattende kulturtilbud i egen kommune, av lag og foreninger, private og kommunen. I tillegg er hovedstadens og nabokommunenes tilbud lett tilgjengelig.

Norsk kulturindeks er en årlig oversikt over kulturtilbud og kulturaktivitet i norske kommuner, regioner og fylker. Lørenskog er på 238 plass i indeksen blant landets kommuner i Norsk kulturindeks 2020, som baserer seg på tall fra 2019. Lørenskog scorer best i kategorien «kino», «Den kulturelle skolesekken» og «kunstnere». I disse kategoriene blir kommunen rangert som henholdsvis nr. 41, 82 og 165 blant landets kommuner.

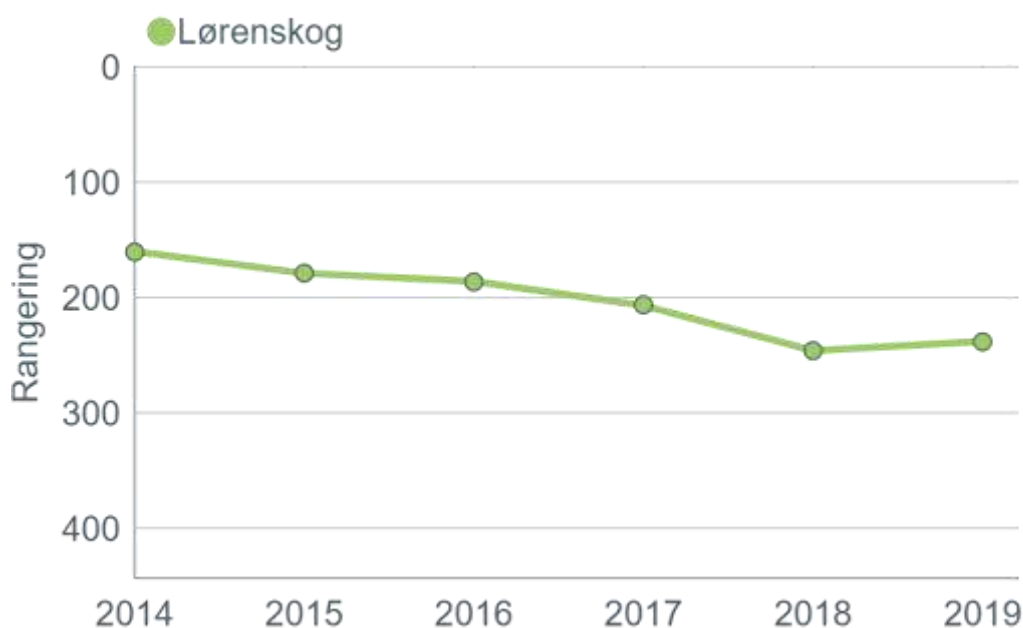
Figur 25: Kommunens rangering (av 426) sammenlignet med andre relevante kommuner år 2019 (Kilde: Norsk kulturindeks 2020)

Kategorier	Lørenskog	Lillestrøm	Asker	Nordre Follo	Ullensaker
Kino	41	27	107	7	50
Kunstnere	165	77	13	16	247
Bibliotek	219	201	146	53	241
Konserter	226	61	146	134	149
Kulturarbeidere	187	98	31	58	283
Scenekunst	216	33	151	204	87
Kulturskole	244	295	307	241	329
Den kulturelle skolesekken	82	44	197	212	259
Frivillighet	222	201	190	278	307

Sentrale tildelinger	304	64	156	161	219
Museum	194	150	187	226	2017
Totalt	238	51	97	90	284

Indeksen er basert på registerdata fra en rekke offentlige etater, interesseorganisasjoner og foreninger.

Figur 26: Kommunens rangering på kulturindeksen i perioden 2014-2019 (Kilde: Norsk kulturindeks 2020)



Kunst, kultur og idrett har en verdi i seg selv. Samtidig har området mulighet for å bidra til å løse utfordringer utenfor sin egen ramme, blant annet på helseområdet.

Kulturlivet gjør samfunnet rikere og bidrar til livskvalitet, fellesskap og tilhørighet. Det er store forskjeller i befolkningens deltakelse i kulturliv og kulturaktiviteter. Dette skyldes geografi, infrastruktur og variasjon i tilbud, men også forhold knyttet til økonomi, utdanning og sosiale forskjeller, tilgjengelighet og vaner.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt) har funnet flere sammenhenger mellom helse og deltakelse i kulturlivet. De som bruker kulturtilbud, opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjon enn andre deler av befolkningen. Studien bruker et bredt kulturbegrep og inkluderer spørsmål om konserter, dugnad, religiøs aktivitet, idrettsarrangementer og utendørsaktiviteter. Studien underbygger betydningen av frivillige organisasjoner som arbeider innen kulturfeltet. (Kilde: Folkehelsemeldingen *God helse – felles ansvar*. Meld. AST. 34 (2012-2013), Helse- og omsorgsdepartementet.

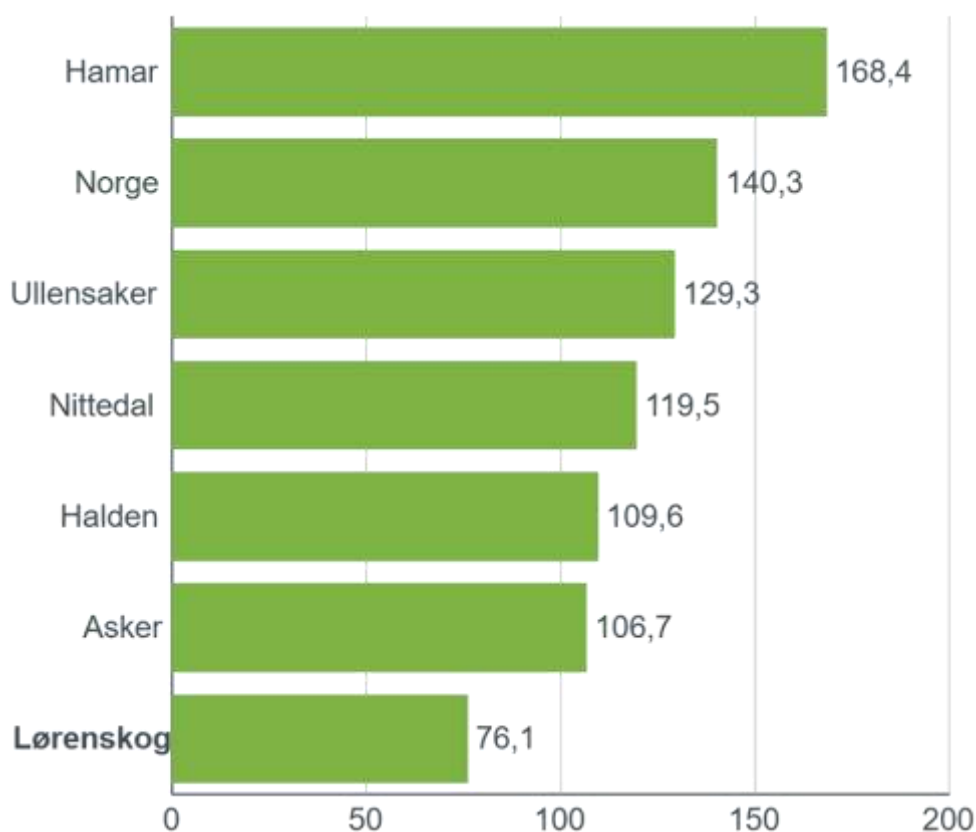
Idrettstilbud

Anleggsstatistikken viser at Lørenskog har den svakeste anleggsdekningen blant sammenligningskommunene når vi tar innbyggertallet i betraktning. Lørenskog kommer noe bedre ut når man ser på anleggsdekningen i forhold til antall utøvere.

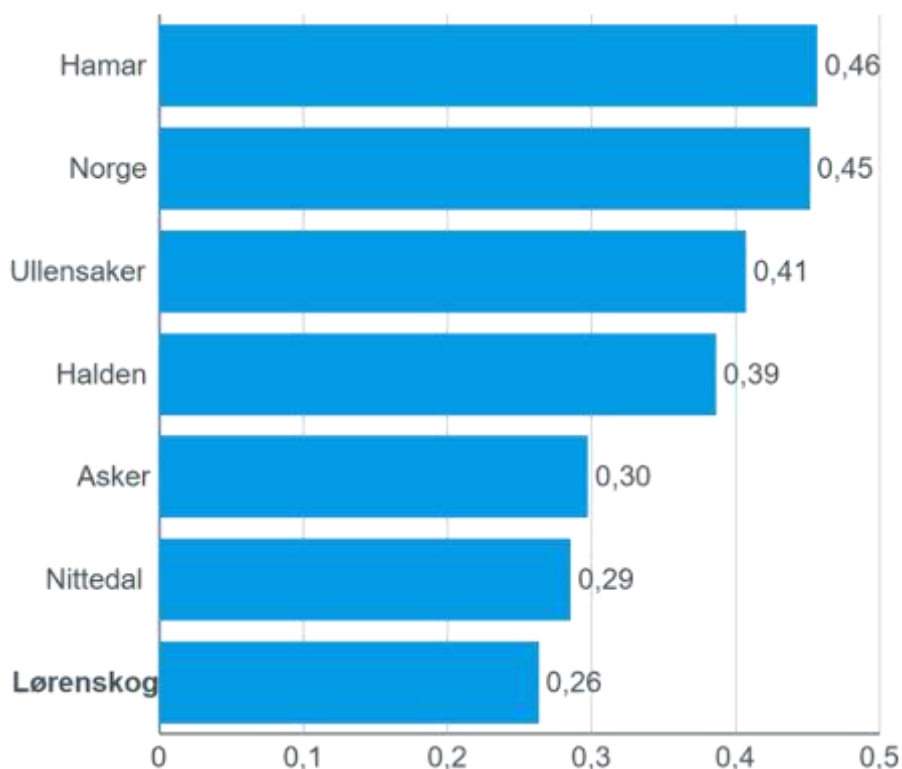
Anleggsdekningen vil bedre seg med de nye idrettsflatene som kommer i forbindelse med nye Fjellhamar skole. Ved positivt vedtak på andre foreslåtte/utredede hallutbygginger vil Lørenskog kunne få en dobling i antall hallflater fra 6 til 12 om noen år.

I 2019 etablerte kommunen Mailand aktivitetspark ved siden av Kjennhallen med gratis utendørs trenings- og aktivitetsflater. Nye planlagte aktivitetsflater på Sørlihavna vil også kunne brukes til uorganisert trening.

Figur 27: Anleggspoeng per innbygger for Lørenskog, hele landet og utvalgte kommuner i 2018. (Kilde: Norsk idrettsindeks 2019).



Figur 28: Anleggspoeng per aktive (fra 6 år og oppover) for Lørenskog, hele landet og utvalgte kommuner i 2018. (Kilde: Norsk idrettsindeks 2019)



Fritidsklubber og ungdomstilbud

Om lag en tredjedel av norske ungdommer i alderen 13–16 år har ifølge Ungdata vært på fritidsklubb eller ungdomshus siste måned. Dette gjør det å være på fritidsklubb til den nest mest populære aktiviteten for denne aldersgruppen, etter det å delta i organisert idrett. Dette ifølge en ny rapport om *Fritidsklubber i det lokale folkehelsearbeidet, som fremhever* fritidsklubber og ungdomshus som viktige aktører i folkehelsefeltet. Norske fritidsklubber og ungdomshus er attraktive for svært mange ungdommer, og tilbudet favner også dem som kan betegnes som utsatt ungdom (Kilde: NOVA/OsloMet 2021).

Lørenskog kommune har fritidsklubber for barn i 4 -7 klasse på Kurland, Rasta, Åsen og Fjellhamar. For aldersgruppen 13 år og oppover tilbyr kommunen *Fridays* som åpent tilbud i Kjennhallen og aktivitetshuset *Volt* med blant annet øvingslokaler, kurslokaler og scene. I 2020 ble treffstedet *Downtown* i første etasje i Lørenskog hus etablert som et nytt ungdomstilbud med kafe, aktiviteter og muligheter for arbeidspraksis.

Aktivitetstilbud til eldre

Kulturopplevelser er med på å skape trivsel. Det er viktig for alle aldersgrupper at opplevelsene gjøres tilgjengelige også i perioder hvor det sosiale ofte må nedprioriteres. Ved hjelp av midler fra *Den kulturelle spaserstokken* lages det hvert år et variert program kalt *Kultur 60 +* med konserter, foredrag, teaterforestillinger og andre tilbud. Kommunen tilbyr foredrag og aktiviteter med fokus på seniorer på Veiviseren i Lørenskog hus, og aktiviteter på dagsentra rettet mot hjemmeboende eldre. Helsesektoren tilbyr dessuten åtte treningsgrupper for eldre, se 7.1 Fysisk aktivitet voksne.

Lørenskog kommune tar del i satsningen *Aldersvennlig samfunn* i regi av KS og kvalitetsreformen *Leve hele livet* i regi av Helsedirektoratet. Kommunen vedtok i 2019 bli en *Leve hele livet* kommune, og en plan for *Aldersvennlig kommune* skal være utformet innen 2022.



Tilrettelagte aktivitetstilbud

Kultur- og fritidstilbud i Lørenskog kommune er i utgangspunktet åpne for alle innbyggere, men noen tilbud er spesielt tilrettelagt eller tilpasset bestemte målgrupper, f.eks. Kulturkafe for voksne med psykisk utviklingshemning, tilrettelagt bandtilbud i regi av Lørenskog musikk- og kulturskole og Dissimilis, Sang og musikk for alle i regi av avdeling Frivillighet og møteplassutvikling og Dissimilis og aktivitetstilbud på Maisenteret. Informasjon om tilrettelagte tilbud i regi av kommunen, lokale foreninger og andre er tilgjengelig på kommunens nettsider.

6. Skader og ulykker

6.1 Trafikkulykker

Per i dag mangler vi innrapporterte tall for trafikkulykker og skader for 2020. Det var imidlertid ingen dødsulykker i 2020. I perioden 2015 -2019 ble 12 personer alvorlig skadd i trafikken i Lørenskog. Det er ingen personer som har blitt drept i trafikken i Lørenskog i samme periode.

Barn og unge har vært involvert i 21 ulykker i perioden 2015-2019. Den mest utsatte gruppen er aldersgruppen mellom 16 og 23 år. I denne gruppen ble tre personer alvorlig skadd i perioden.

Det er utarbeidet en ny trafiksikkerhetsplan for 2020-2021, og Lørenskog er på vei til å bli godkjent som Trafiksikker kommune. Som trafiksikker kommune vil kommunen i enda større grad enn i dag kunne dra veksler på fagkompetanse og støtte hos Trygg Trafikk.

Det er ikke bare fysiske tiltak som skal til for å bedre trafiksikkerheten og redusere antall ulykker. Holdningsskapende arbeid har også stor betydning, for eksempel trafikkopplæring i skole og barnehage.

Når det gjelder trafiksikkerheten rundt skolene er hovedutfordringen at foreldre kjører barna til skolen. Kjøringen av skolebarn gjør skoleveien til en trafikkfare og bilkjøringen til et miljøproblem.

Lørenskog er en kommune i sterk vekst og det er mange store byggeprosjekter rundt om i kommunen. Anleggstrafikken til slike utbyggingsområder gjør ofte trafiksituasjonen mer uoversiktlig og gir en mindre sikker skolevei.

7. Helserelatert adferd

Status:

- Frafall fra organisert idrett blant ungdom
- 17 prosent av ungdomsskoleelevene kan defineres som lite fysisk aktive
- 17 prosent av befolkningen oppgir å ikke være regelmessig i fysisk aktivitet
- Det er iverksatt en rekke tiltak innen kosthold og ernæring for flere befolkningsgrupper
- Bruk av Cannabis blant unge ligger omtrent likt med landsgjennomsnittet

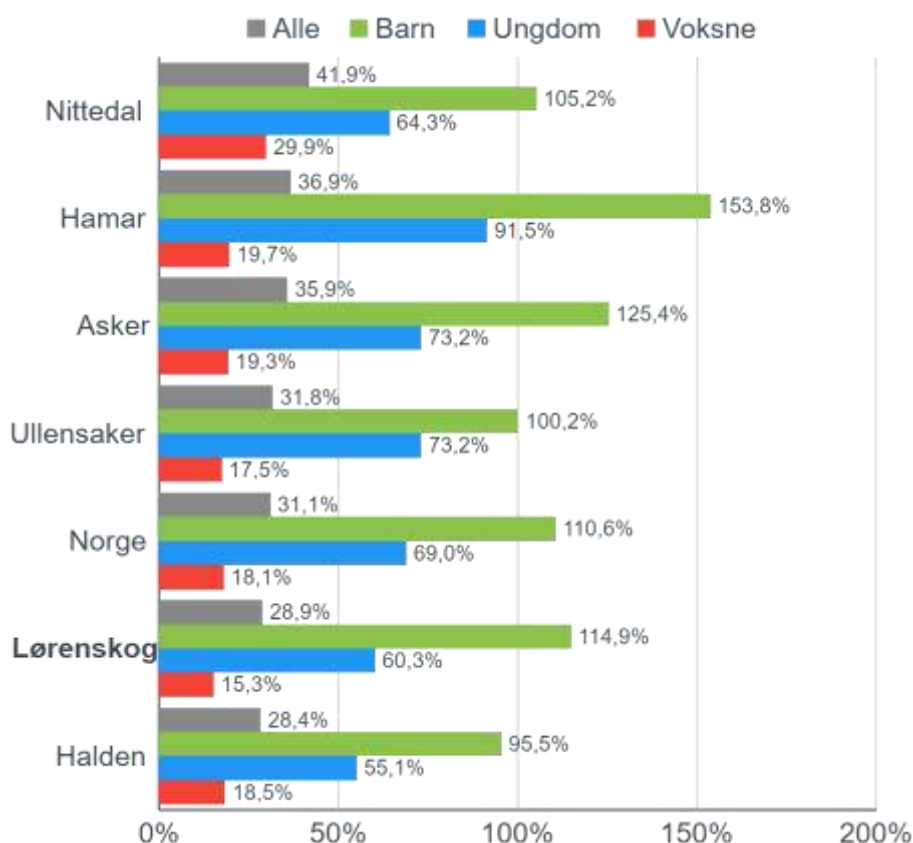
7.1 Fysisk aktivitet

Deltakelse i organisert idrett

I Lørenskog finner vi totalt 10 769 personer registrert i idrettsregistreringen til Norsk idrettsindeks foretatt i 2018. Dersom vi deler antallet aktive på antall innbyggere, finner vi det vi har valgt å kalle *aktivitetsandelen*. Aktivitetsandelen i Lørenskog er 29 prosent, og er nest lavest av kommunene Norsk idrettsindeks har valgt å sammenligne Lørenskog med. Av de aktive er 4 048 barn og 2 095 ungdom. Aktivitetsandelen blant barn er høyere enn landsgjennomsnittet og tredje høyest av kommunene Lørenskog er sammenlignet med.

På landsbasis har antall aktive deltagere i organisert idrett gått ned i forbindelse med koronapandemien. Vi har ikke tall på dette i Lørenskog. Fagfolk antar at flertallet av barna som har falt fra idretten under pandemien vi komme tilbake, mye på grunn av foresattes initiativ. Det er størst bekymring for hvorvidt ungdom kommer tilbake, siden de i større grad handler på eget initiativ.

Figur 29: Antall aktive og aktivitetsandel innen alle idretter fordelt på alder i Lørenskog, Norge og utvalgte fylker/kommuner 2018 (Kilde: Norsk idrettsindeks 2019)



Aktivitetsandelen som er antall aktive delt på innbyggertallet i den gitte aldersgruppa. Dette siden det ikke er uvanlig å være med i flere idretter.

Ungdom

Ungdataundersøkelsen i Lørenskog 2019 bemerker seg i forhold til reduksjonen av antall ungdommer som trener fast innen organisert idrett, fra ungdomsskolen til videregående skole. Mens 58 prosent av ungdomsskoleelevene driver med ukentlig organisert idrett er andelen på videregående skole nede i 26 prosent. Parallelt med dette øker andelen som trener på helsestudio fra 27 til 54 prosent. Andelen som trener på egen hånd er omtrent på samme nivå for ungdom på 13 og 17 år, med henholdsvis 44 og 37 prosent.

17 prosent av ungdomsskoleelevene kan defineres som lite fysisk aktive. De gjelder de som svarte et av alternativene «1-2 ganger i måneden», «sjelden» eller «aldri» på spørsmålet: "Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?". I 2014 var prosenttallet 15, og det kan tyde på at andelen lite fysisk aktive ungdommer øker.

Parallelt med denne utviklingen har ungdoms skjermtid økt. Andelen ungdom i Lørenskog som oppgir en skjermtid på over fire timer daglig har økt fra 28 prosent i 2017 til 34 prosent i 2019. Tallene er omtrent likt landsgjennomsnittet.



Viktige betingelser for økt fysisk aktivitet gjennom oppveksten er:

- sterk sosial støtte fra venner og foreldre vedrørende egen aktivitet
- motivasjon ut av indre lyst
- uttalt glede over aktivitet
- sterkere mestringsfølelse
- fysiske og sosiale omgivelser som er mer stimulerende for fysisk aktivitet

Kurstilbudet «Livsstilsendring for familier» for foreldre av barn med overvekt har fokus på å øke foreldrenes praktiske kjennskap til kommunens tilbud av gratis ikke-organisert fysisk aktivitet. Ved at foreldre tidlig i barnets liv får kjennskap til (og erfaring med) aktivitetstilbudet, øker også sannsynligheten for tidlig god vaneetablering for fysisk aktivitet hos barna som kan følge dem videre inn i ungdomstiden. Kurset er utviklet av, og gjennomføres i, tett samarbeid mellom ansatte ved Frisklivssentralen, Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH) og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

Fysisk aktivitet er viktig i forebygging av en rekke plager og sykdommer som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer.

Voksne og eldre

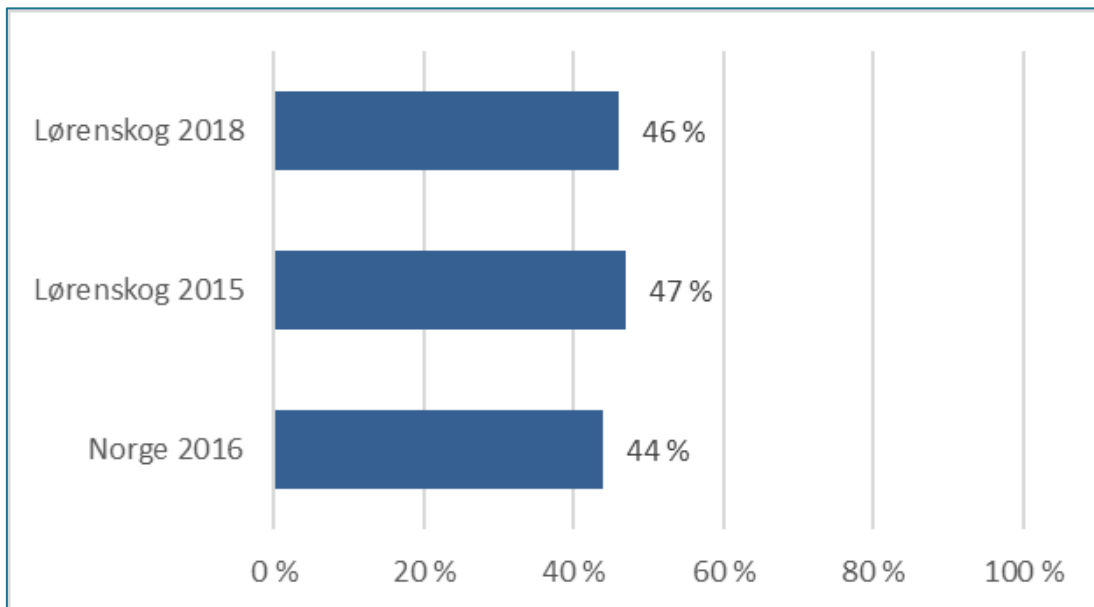
I 2014 lanserte Helsedirektoratet reviderte anbefalinger for fysisk aktivitet. Voksne og eldre bør være fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet (lett andpusten) per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke.

I undersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune* oppgir 17 prosent å ikke være regelmessig i fysisk aktivitet, og nesten fire av ti deltar aldri på organiserte aktiviteter eller frivillig arbeid (2018).

I kartleggingen *Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge 2014-2015* pekes det på at aktivitetsnivået til eldre ser ut til å ha økt de siste årene (Kilde: Helsedirektoratet). I aldersgruppen 50-64 år er det 37 prosent som oppnår de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet, mens det for aldersgruppen over 65 år er 32 prosent som oppnår anbefalingene. SSBs Levekårsundersøkelse fra 2016 bekrefter disse resultatene. Andelen kvinner over 67 år som trener ukentlig, har økt fra 51 prosent i 2001 til 73 prosent i 2016. Blant menn i samme aldersgruppe har andelen økt fra 61 til 77 prosent (Kilde: SSB).

Eldrebefolkningen i Lørenskog er mest sannsynlig tilnærmet like aktive som landsgjennomsnittet. Dette er vanskelig å fastslå med sikkerhet, da man ikke har gode sammenlikningsdata. De data man har, har også brukt ulike målemetoder i sin kartlegging. I undersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018*, oppgir mange eldre i Lørenskog at de er fysisk aktive:

Figur 30: Andel som trener eller mosjonerer en halvtime hver dag. (Kilde: Lørenskog kommune 2018)



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.

Kommunens helsesektor driver åtte treningsgrupper for eldre, med bidrag fra frivillige. Målgruppen for treningen er eldre som ikke mestrer å bli med på helsestudio, men som likevel ønsker å holde seg aktive. Treningen foregår på Rolvsrudhjemmet, Dovre bolig- og Servicesenter, Lørenskog sykehjem, Lørenskog hus og i borettslag. Flere lokale foreninger tilbyr også fysiske lavterskel tilbud egnet for eldre, for eksempel LHL Lørenskog som har ulike trimtilbud innendørs og i basseng, og Lørenskog turlag som arrangerer ukentlige nærturer på formiddagen fra Veiviseren i Lørenskog hus uten krav til medlemskap.

Regelmessig fysisk aktivitet forebygger plager og er en viktig kilde for livskvalitet, overskudd, selvhjelpenhet i hverdagen og god helse. Det er aldri for seint å begynne. Litt er bra, mer er bedre. Det er ikke nødvendig å trene hardt for å få bedre helse. Små grep i hverdagen kan ha stor betydning. Fysisk aktivitet vil si all bevegelse i hverdagen eller som utføres i form av mosjon eller trening. Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for din helse, trivsel og velvære, og kan beskytte mot en rekke sykdommer og plager (Kilde: Helsenorge.no).

7.2 Kosthold og ernæring

Mat og måltider er viktig gjennom hele livet, og ernæring er et av våre basale behov vi ikke kan leve uten. I folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse – Lørenskog kommune 2018* oppga 74 prosent av de som besvarte undersøkelsen at de spiser frukt, bær eller grønnsaker hver dag. Dette er på omtrent samme nivå som på landsbasis (75 prosent).

En rekke nasjonale handlingsplaner og retningslinjer fokuserer på mat, måltider og systematisk ernæringsarbeid. Kommunen jobber med ernæring både til gravide, barn, unge, voksne og eldre. Dette krever samarbeid på tvers av helsetjenester, barnehager, skoler og frivillighet.



Kostholdstiltak barn og unge

Det har vært satset på kosthold i Lørenskog i flere år. Følgende kostholdstiltak er etablert i barnehager, skolefritidsordninger, skoler, fritidsklubber og hjelpetjenester i Lørenskog:

- En kostholdsplan for barnehager, skolefritidsordninger og skoler i Lørenskog er iverksatt.
- Kurs for ansatte i barnehage, SFO og skole og kurs om livsstilsendring i familier, hvor kosthold er en sentral del i kurset.
- Barneskolene har avtale med Tine om skolemelkeordning. Ungdomsskolene har et kantinetilbud i samarbeid med Nitor.
- Fritidsklubbene har de siste årene fokusert på barns fysiske helse ved bevisstgjøring av sunne matvaner. Det er arrangert matkurs med profesjonelle

kursholdere og gitt tilbud om gratis frukt og grønt på klubbkvelder i stedet for salg av godteri.

- I 2018 ble det utarbeidet en ernæringsplan for helsefremmende og forebyggende tjenester, med blant annet kurset BRA MAT for bedre helse som avholdes jevnlig.
- Fysioterapi og ergoterapitjenesten har helse- og livsstilsundervisning i alle 9. klassene med kosthold relatert til helse som et tema.
- Forebyggende psykisk helsetjeneste tilbyr samtaler til innbyggere med milde til moderate psykiske vansker. Dersom det framkommer spiseproblematikk som vurderes å ligge innenfor tjenestens målgruppe tilbys samtaler og foreldreveiledning.

Ernæring eldre

På nasjonalt nivå er underernæring en relativt vanlig tilstand blant beboere på sykehjem og hjemmeboende som mottar hjemmetjenester. Helsedirektoratet anslår at rundt en tredjedel av pasienter på sykehus og i pleie- og omsorgstjenesten er i en underernæringstilstand. Det vil si at de er underernært eller har risiko for å bli det.

Mat og måltider en av fem hovedsatsinger i *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15, 2017-2018)*. Ernæringstilstanden for hjemmeboende og beboere på sykehjem er et prioritert kvalitetsområde i helse- og omsorgssektoren, jfr. sak i Helse- og omsorgsutvalget 17/4611.

Ifølge nasjonale faglige retningslinjer skal alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Sykehjemmene i Lørenskog ser ut til å ha en stabil og jevn utvikling. I 2019 fikk 57 % kartlagt ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder. 85,3 % av de med kartlagt ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko fikk utarbeidet en ernæringsplan.

Figur 31: IPLOS-registrering ved sykehjem (Kilde: Lørenskog kommune)

Andel pasienter (67 år og eldre)	Lørenskog	Akershus	Norge
Med kartlagt ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder	2016 = 42,6 % 2017 = 48,3 % 2018 = 55,8 % 2019 = 57,0 %	2016 = 39,8 % 2017 = 34,4 % 2018 = 38,5 % 2019 = 48,9 %	2016 = 2017 = 43,30 % 2018 = 46,15 % 2019 = 47,80 %
Med kartlagt ernæringsstatus, ernæringsmessig risiko og utarbeidet ernæringsplan	2016 = 2017 = 82,6 % 2018 = 84,6 % 2019 = 85,3 %	2016 = 69,9 % 2017 = 66,5 % 2018 = 71,8 % 2019 = 68,7 %	2016 = 2017 = 73,2 % 2018 = 73,57 % 2019 = 70,71 %

Tjenester i hjemmet ser ut til å ha mer og mer fokus på ernæring. I 2019 fikk 47,1 % kartlagt ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder. 64,6 % av de med kartlagt ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko fikk utarbeidet en ernæringsplan.

Figur 32: IPLOS-registrering hjemmeboende (Kilde: Lørenskog kommune)

Andel mottakere (67 år og eldre) av helsetjenester i hjemmet	Lørenskog	Akershus	Norge
<i>Med kartlagt ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.</i>	2016 = 4,1 % 2017 = 12,1 % 2018 = 38,8 % 2019 = 47,1 %	2016 = 11,4 % 2017 = 13,8 % 2018 = 17,5 % 2019 = 25,6 %	2016 = 2017 = 14,8 % 2018 = 15,75 % 2019 = 19,27 %
<i>Med kartlagt ernæringsstatus, ernæringsmessig risiko og utarbeidet ernæringsplan</i>	2016 = 2017 = 75 % 2018 = 53,3 % 2019 = 64,6 %	2016 = 56,0 % 2017 = 60,1 % 2018 = 51,8 % 2019 = 53,9 %	2016 = 2017 = 49,7 % 2018 = 48,51 % 2019 = 48,00 %

Tallene må tas med forbehold for tolkning, da det fortsatt er en relativt ny indikator med mulighet for feilkilder. Vi er ikke i mål før alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig. Videre bør alle som har behov for det få utviklet en tiltaksplan i ernæring, jfr. nasjonale faglige retningslinjer i forebygging og behandling av underernæring (2009).



7.3 Alkohol, tobakk, rusmidler og doping

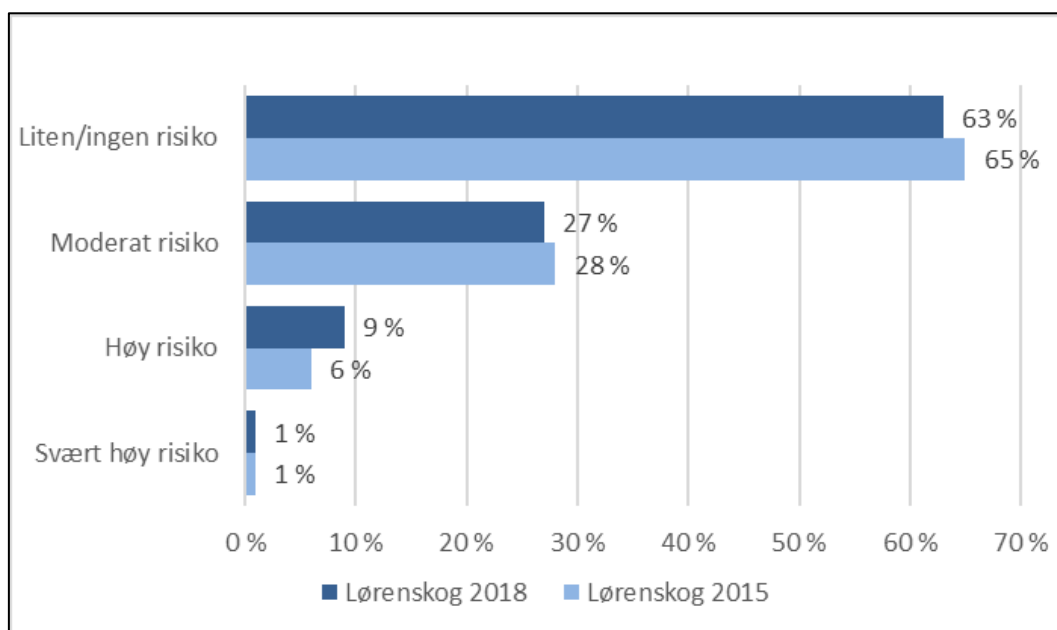
Alkohol

Den nylig publiserte rapporten *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien* (Regjeringen 2021), avdekker en økning i bruk av alkohol blant de som hadde høyest forbruk fra før.

Folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018* har målt risikofylt alkoholadferd i befolkningen ved å benytte *The Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)*. Undersøkelse sier følgende om innbyggernes alkoholforbruk:

«63 prosent har liten eller ingen risiko for å utvikle farefylt alkoholadferd. 27 prosent har moderat risiko, og ti prosent har høy eller svært høy risiko for å utvikle farefylt alkoholadferd».

Figur 33: Risikoatferd alkohol i 2018 sammenlignet med 2015. (Kilde: Lørenskog kommune 2018)



Andelen som har liten eller moderat risiko for å utvikle farefylt alkoholadferd 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 alkoholadferd 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.»

Forebyggende psykisk helsetjenestes lavterskeltilbud gir samtaler til innbyggere med milde til moderate psykiske vansker, og har rutiner for å avdekke risikofylt alkoholadferd ved inntaksvurdering. Dersom det framkommer risikofylt alkoholadferd

som vurderes å ligge innenfor tjenestens målgruppe tilbys samtaler og veiledning. Framkommer risikofylt alkoholadferd som vurderes å ligge utenfor tjenestens målgruppe, har tjenesten løsfunksjon inn til andre behandlingstilbud.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Konsekvensene ved å drikke alkohol henger sammen med mengde og over hvor lang tid inntaket har vært høyt. Bruk av alkohol og andre rusmiddel er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser.

Røyk og snus

Folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018* sier følgende om innbyggernes bruk av røyk og snus:

«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.»

Sammenligner vi Ungdataundersøkelsen i Lørenskog (2019) med nasjonale og regionale tall ligger Lørenskog lavere enn Akershus fylke og landet når det gjelder daglig eller ukentlig bruk av snus på ungdomsskolenivå. Lørenskog ligger på to prosent, Akershus fylke på tre prosent mens nivået for hele Norge er 4 prosent. Når det gjelder daglig eller ukentlig bruk av tobakk ligger Lørenskog likt med landet på to prosent, mens fylket har 3 prosent.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

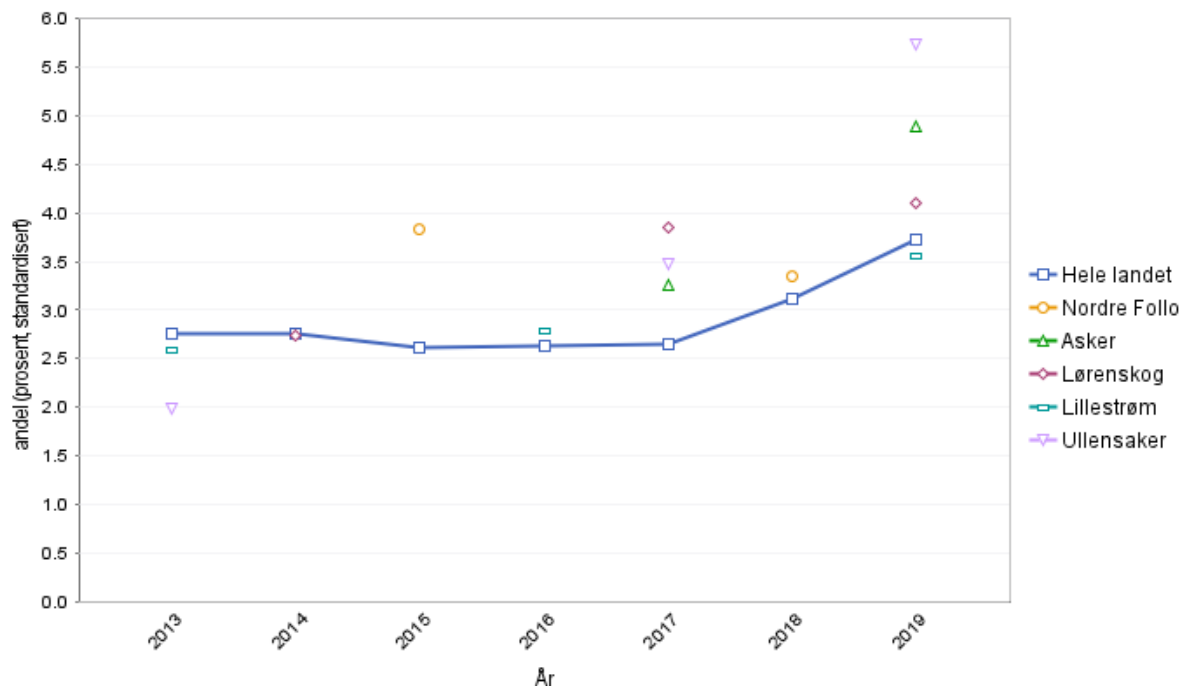
Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av gruppen som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at gruppen som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Vi har foreløpig ikke tall på snusbruken i kommuner.

Cannabis

Fra 2014 til 2017 øke andelen ungdomsskoleelever som svarte at de har brukt hasj/marihuana/cannabis det siste året fra 2,7 til 4,1 prosent i Lørenskog. Etter 2017 har tallet flatet ut til 4 prosent i 2019, omtrent på landsgjennomsnittet hvor også Lillestrøm befinner seg. Asker og Ullensaker har høyest prosenttall i 2019 på henholdsvis 5 og 6 prosent. Kommunene utfører Ungdataundersøkelser ulike år, og derfor blir diagrammet uten linjer for kommunene.

Figur 34: Cannabisbruk ungdom, - andel prosent (Kilde: KommuneHelsa)



Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

HKH-rapport med kartlegging og forslag til handlingsplan om ungdom, rus og kriminalitet i Lørenskog ble behandlet i Kommunestyret 9.12.20. Følgende tiltak ble vedtatt:

- Gruppetilbud ungdom i risiko (åpen hall, aktivitet og dialog)
- Tilskudd trygghetsuke/kompetanseheving
- Stimuleringstilskudd til barneskoler uten juniorklubb
- Samarbeid E-sportssenter
- Styrking av utekontakten med en miljøterapeut og gjeninnføring av full lederstilling
- Finansiering av SLT-koordinator i 100 % stilling

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Cannabis er det vanligste narkotiske stoffet. Om det å prøve hasj eller marihuana - isolert sett - er farligere enn å debutere tidlig med alkohol er i dag omdiskutert. Det at alkohol er et legalt og sosialt akseptert rusmiddel, mens hasj er forbudt, utgjør uansett en viktig forskjell. Både rusmiddelbrukerens egen forståelse og omverdenens fortolkning og reaksjon, påvirkes av om stoffet er lovlig eller ikke.

NOVA (Norsk institutt for forskning oppvekst, velferd og aldring) sier videre: Sammenliknet med alkohol er eksperimentering med narkotiske stoffer et mer entydig ungdomsfenomen. Likevel blir noen hengende igjen i et misbruksmønster også i voksen alder.

Doping

Det finnes ingen offentlige statistikker som viser bruk av dopingmidler i Lørenskog.

Kommunen ved SLT-koordinator har en avtale med Antidoping Norge, og har hatt et prosjekt siden 2016 om *Lokal mobilisering mot doping* i samarbeid med Utekontakten, vgs., treningssentrene, helsesykepleiere, politi, grunnskole, og Park, idrett og friluftsliv i Kultursektoren. Arbeidsutvalget til TFS (Tverrfaglig samarbeidssystem for barn og unge) fungerer som styringsgruppe. Det er opprettet en tverrfaglig arbeidsgruppe med deltakere fra tjenestene nevnt over som følger opp tiltak i prosjektplan. Tiltak er eksempelvis undervisning/foredrag til elever, opplæring av ansatte, rene treningssenter, rene idrettslag etc.

8. Helsetilstand

Status:

- Økning i bruk av legemidler til Type 2-diabetes
- Den globale koronapandemien har rammet Lørenskog hardt. Lørenskog har vært på landstoppen over totalt antall smittede med covid-19 igjennom pandemien
- Sterk økning i henvendelser til Forebyggende psykisk helse under pandemien

8.1 Opplevelse av egen helse

Mange Lørenskauinger erfarer at de har god helse, mens andre erfarer sykdom og plager som reduserer deres livskvalitet. 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 (*Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018*).

Funksjonshemninger og kroppslige smerter er sammen med ensomhet, høy BMI og røyking faktorer som har negativ innvirkning på selvopplevd helse. Faktorene som har en positiv innvirkning på selvopplevd helse, er daglig mosjon og høy inntekt.

I undersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018* oppgir 27 prosent å ha langvarig sykdom, skade eller lidelse av psykisk eller fysisk art.

8.2 Funksjonsnedsettelse og helsetilstand

Ti prosent oppgir å ha funksjonshemning på grunn av kroppslig sykdom og fem prosent oppgir å ha funksjonshemning på grunn av psykisk sykdom i folkehelseundersøkelsen i 2018 (*Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018*).

I en ny undersøkelse rettet mot funksjonshemmede og kronisk syke oppgir 34 % at de har opplevd forverring i fysisk helsetilstand, og økte smerter og ubehag som følge av koronapandemien. 24% har opplevd forverring i psykisk helsetilstand, mens 18% har opplevd forverring i funksjonsgrad. Selv om mange sier at pandemien ikke har fått store konsekvenser for deres levemåte, og at de har levd så normalt som mulig ut fra omstendighetene (54%), er det en god del som har levd isolert på grunn av reell risiko for alvorlige konsekvenser av sykdom (51%) (Kilde: Regjeringen 2021).

Det er også avdekket at pandemien og den påfølgende nedstengingen av ulike tjenester har hatt dramatiske konsekvenser For familier i Norge som har barn med funksjonsnedsettelse. Spesialundervisningen ble borte, helsetilbud forsvant, og de komplekse behovene familiene har, ble nedprioritert. Verken forvaltningen eller myndighetene kompenserte familiene for bortfallet av tjenester på en god nok måte, påpeker en ny rapport. (Kilde: OsloMet).

Vi har ikke data på hvordan pandemien har påvirket personer med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom i Lørenskog. I forbindelse med den planlagte rulleringen av Helse- og omsorgsplan 2015-2026, vil kommunens administrasjon beskrive nye strategiske grep for å bedre folkehelse for mennesker med nedsatt funksjonsevne.



8.3 Psykisk helse

Koronapandemien har fått konsekvenser for befolkningens psykiske helse. Forebyggende psykisk helse (FPH) i Lørenskog kommune har hatt en sterk økning av henvendelser særskilt fra ungdom, samt voksne i alderen 30-50 år fra høsten 2020. Det er en kraftig økning i henvendelser fra innbyggere som har vært særlig rammet av smitteverntiltakene, både ungdom på videregående skole og foreldre/voksne. Dette har resultert i lange ventelister på oppfølging, og per mai 2021 står 150 på venteliste.

Før pandemien hadde Lørenskog langt færre innbyggere med rapporterte psykiske plager og lidelser i primærhelsetjenesten enn sammenligningskommunene, Viken og landet for øvrig. I perioden 2017-2019 har 126 personer per tusen innbyggere i Lørenskog vært i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet psykiske symptomer og lidelser. Mens rapporterte plager i aldersgruppen 45-74 år har holdt seg relativt stabil de seneste årene, har det vært en kraftig økning i rapporterte plager og lidelser i aldersgruppen 15-29 år, fra 107 til 126 i perioden 2014 - 2019. Økningen er størst blant de som rapporterer om psykiske symptomer. Dette gjelder for begge aldersgrupper. Økning i prosentpoeng fra måling i 2014-2016 og fram til 2017-2019 gjenspeiler

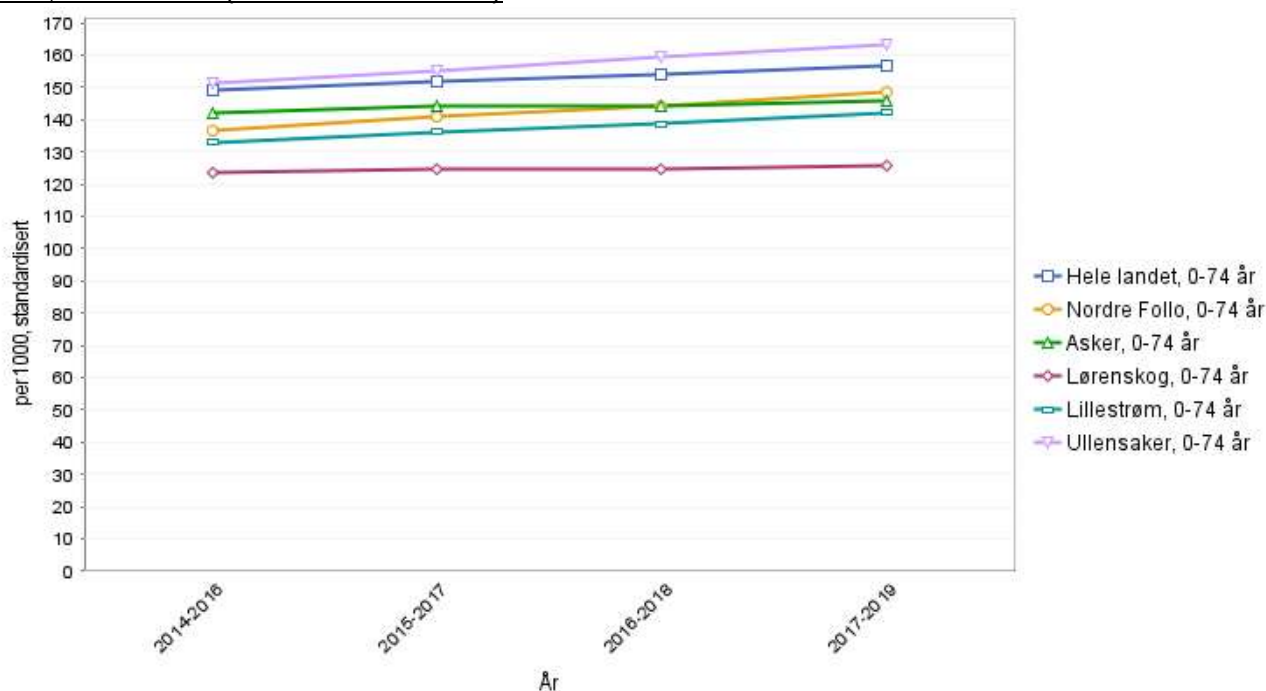
tendensen i sammenlikningskommunene, Viken og landet for øvrig, og kan muligens forklares gjennom økt fokus på (og mindre stigma knyttet til) psykisk helse de senere årene.

Forskning viser at både miljørelaterte og individuelle faktorer er avgjørende for god psykisk helse. De miljørelaterte faktorene er å leve i et samfunn preget av støtte, tillit og samhold, sosial integrasjon, mulighet for utfoldelse og bruk av egne evner, samt ha et nettverk. De individuelle faktorene er mulighet og evne til mestring og kontroll over eget liv, god helse og god selvfølelse.

Satsingen på god psykisk helse med tidlig tverrfaglig samarbeid er trolig en del av forklaringen på de gode resultatene i Lørenskog. Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH) jobber på flere forebyggende nivåer i kommunen med mål om å fremme god psykisk helse og forebygge psykiske helseplager i befolkningen gjennom hele livsløpet.

I tillegg til kommunens lavterskeltjeneste, som tilbyr individuelle samtale- og gruppetilbud for enkeltpersoner med milde til moderate psykiske helseplager uten henvisning, jobber tjenesten med universelle folkehelseiltak. Her kan blant annet nevnes det pågående prosjektet om økt relasjonskompetanse blant ansatte i skolene, med mål om å skape trygge vilkår for alle barn. Det tilbys også flere befolkningsrettede åpne foredrag i året som setter psykisk helse på agendaen.

Figur 35: Primærhelsetjenesten, brukere - psykiske plager og lidelser, kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert (Kilde: KommuneHelsa)



Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.

Forebygging av selvmord

Innbyggere og samarbeidspartnere kan ta direkte kontakt med Forebyggende psykisk helsetjeneste i kommunen. Alle som kontakter tjenesten, får tilbud om gratis vurderingssamtale med psykolog. Suicidrisiko vurderes alltid. Vurderingen er basert på samtale med innbyggeren som tar kontakt, samt eventuelt samarbeidspartnere i tillegg. Prioriterte grupper i den voksne befolkningen er voksne i akutt krise, unge voksne som er i ferd med å falle ut av utdanning eller arbeid, gravide, og voksne som har små barn. Prioriterte grupper i barnebefolkningen er barn i akutte kriser, de yngste barna, skolestartere, barn med økende skolefravær, samt barn og ungdommer med brått fall i funksjonsnivå.

Seks psykologer fra FPH utgjør kjerneteamet i kommunens psykososiale kriseteam. Det er dette teamet som blant annet håndterer alle saker hvor det har forekommet selvmord. Kriseteamet følger da opp etterlatte. Oppfølging av etterlatte etter selvmord er et viktig selvmordsforebyggende tiltak.

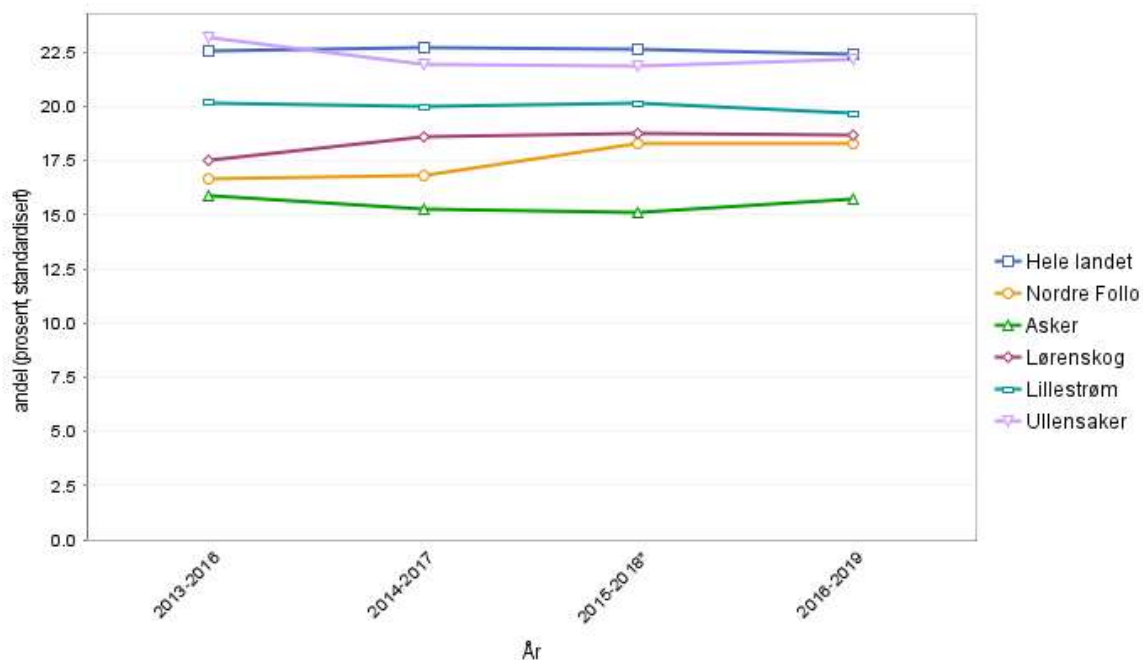
8.4 Overvekt og fedme

Andelen med overvekt inkl. fedme i Lørenskog har vært relativt stabilt, men gått noe opp til 19 prosent i siste periode. Dette skiller seg fortsatt klart fra landet som ligger på 22 prosent.

Det er bred enighet om at arbeid med å redusere overvekt og fedme i befolkningen krever tidlig innsats. Jo tidligere man tar tak i overvektsproblematikk desto enklere synes det å endre vektkurven til det bedre. «Livsstilsendring for familier» er et tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom Forebyggende psykisk helsetjeneste, Frisklivssentralen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som tilbyr foreldrekurs for foreldre av barn med overvekt i Lørenskog. Det har i kurset vært et uttalt mål å

rekruttere foreldrene inn tidlig i barnets liv. Foreldre henvises vanligvis etter identifisert overvekt hos barnet gjennom pålagt kartlegging av vekt- og høydeutvikling i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Gjennom kurset får foreldrene teoretisk og praktisk kunnskap om kosthold, samt rom til å utforske sammenhenger mellom tanker, følelser og kostholdsrelatert atferd hos seg selv og hos barna. Et mål i kurset er at barnas kostholdsvaner skal endres gjennom at foreldrene endrer sine vaner.

Figur 36: Overvekt og fedme ved sesjon 1 – overvekt inkl. fedme, kjønn samlet (Kilde: KommuneHelsa)



Andel gutter og jenter med overvekt (dvs. KMI tilsvarende 25-29,9 kg/m²), fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 30 kg/m²) eller overvekt inkludert fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 25 kg/m²), i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 4 års gjennomsnitt. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.

Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning.

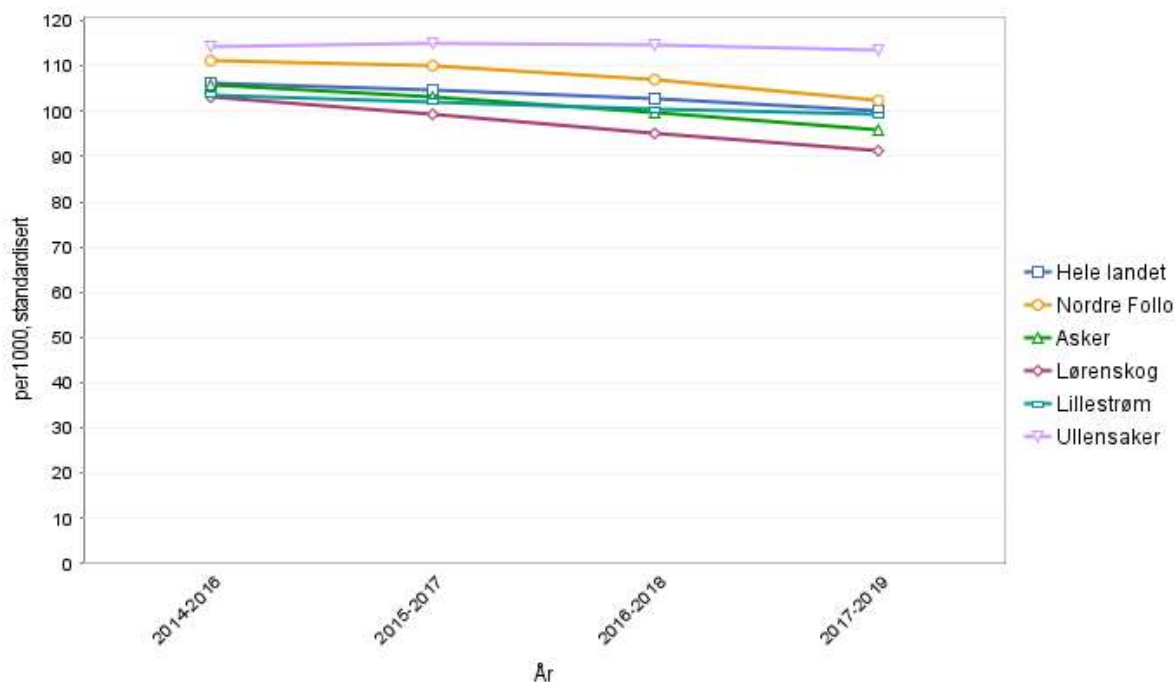
Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter, har sunket, og vi har nå et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle.

8.5 Forebyggbare sykdommer

Hjerte- og karsykdommer

I perioden 2017-2019 var 91 per 1000 innbyggere fra Lørenskog i kontakt med primærhelsetjenesten årlig på grunn av hjerte- og karsykdom. Andelen i Lørenskog er nedadgående og lavere enn i kommunene vi sammenligner med og landet for øvrig.

Figur 37: Primærhelsetjenesten, brukere – hjerte- og karsykdomsdiagnoser, totalt (K70-99), kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert (Kilde: KommuneHelsa)

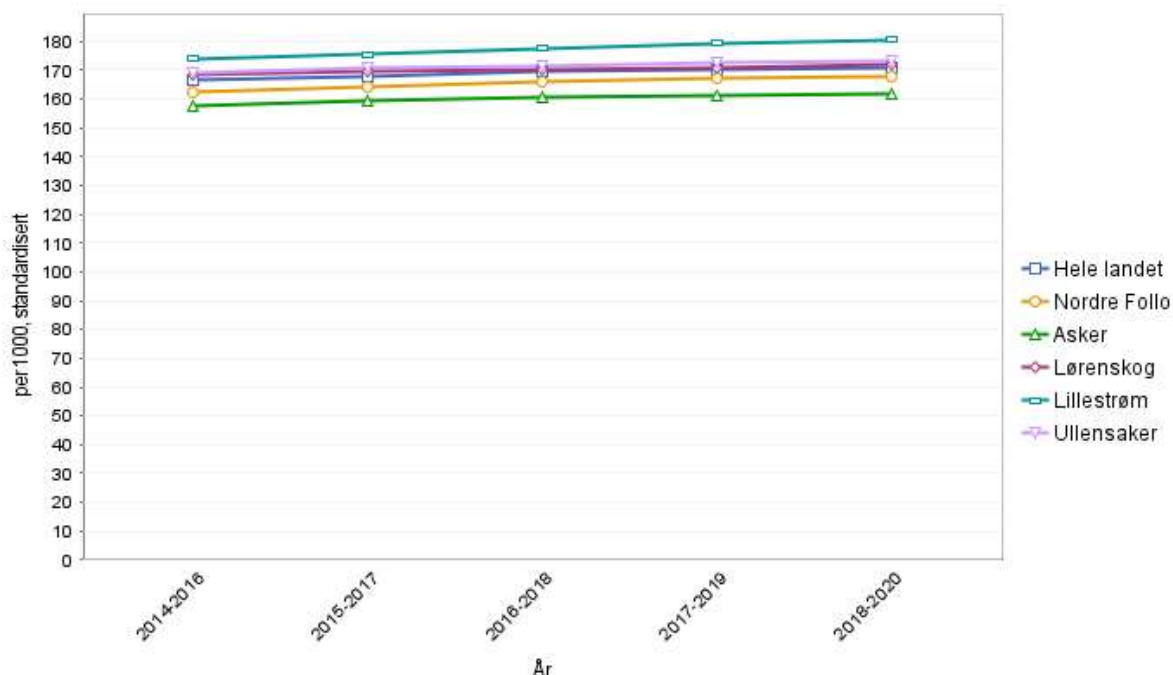


Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Bruk av legemidler for hjerte- og karsykdom er forholdsvis stabil i Lørenskog og likt landsgjennomsnittet. I perioden 2018-2020 var det i snitt 172 personer per 1000 innbyggere i Lørenskog som hentet ut resept for legemidler for hjerte- og karsykdom, inkludert kolesterolsenkende midler.



Figur 38: Legemiddelbrukere (midler mot hjerte- og karsykdommer) – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert (inkludert kolesterolsenkende midler) (Kilde: KommuneHelsa)



Brukere av legemidler forskrevet på resept til personer i aldersgruppen 0-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

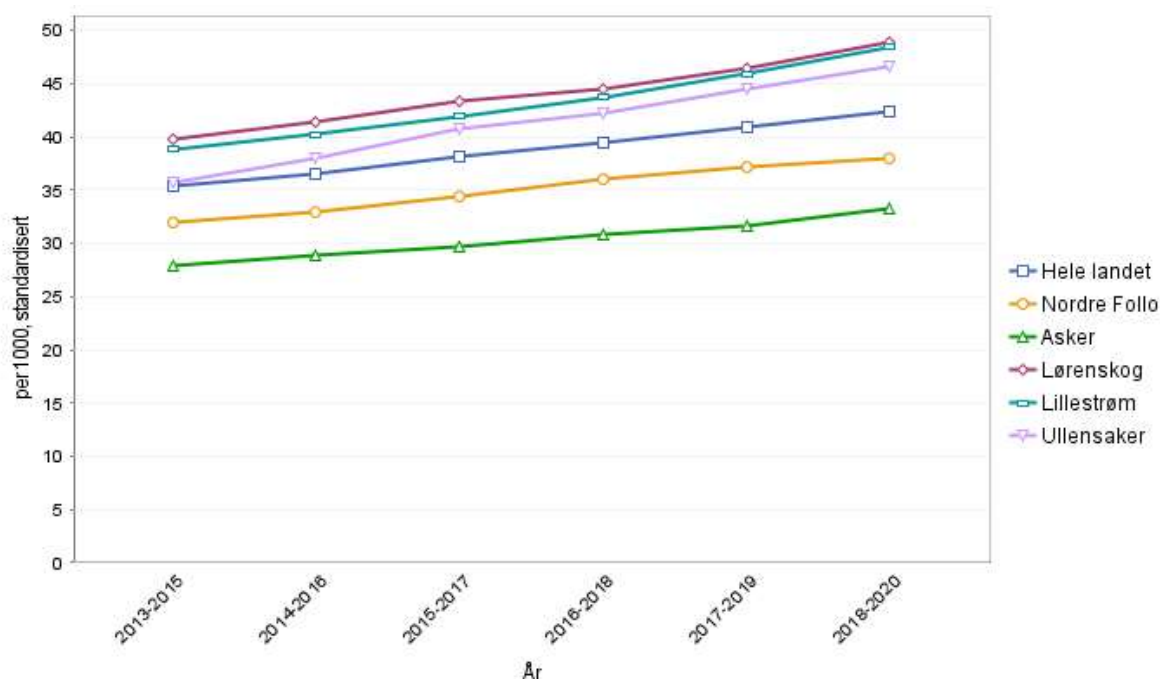
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Hjerte- og karsykdommer skyldes arvelige faktorer i samspill med faktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes. Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kardødsfallene skjer i høy alder. I den delen av befolkningen som har lav utdannelse og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdannelse.

Type 2-diabetes

Lørenskog har hatt en jevnlig økning i bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes fra 2013 til 2020. I perioden 2018-2020 var det årlige gjennomsnittet på 46,7 per 1000 i alderen 30 -74 år. Dette er vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet på 42,4, og også høyere enn alle de andre sammenligningskommunene. Lillestrøms andel ligger like under Lørenskog. Det er betydelig høyere andel menn enn kvinner som bruker diabetesmedisiner i Lørenskog, andelen menn er 62, og kvinneandelen er 36.

Figur 39: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år), kjønn samlet, per 1000, standardisert (Kilde: KommuneHelsa)



Brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020

Folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018* sier følgende om innbyggernes diabetesrisiko, basert på Norges diabetesforbunds test:

- «En 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.»

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Det anslås at totalt 190 000 nordmenn har diagnostisert type 2-diabetes. Det er sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomst av diabetes type 2. Behandling av sykdommen varierer. Riktig kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Rundt 70 % av pasientene må behandles med blodsukkersenkende legemidler. Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes kan benyttes som en indikator på forekomsten av type 2-diabetes i befolkningen. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor si noe om befolkningens kosthold og fysisk aktivitet. Røyking er også en risikofaktor for å utvikle diabetes.

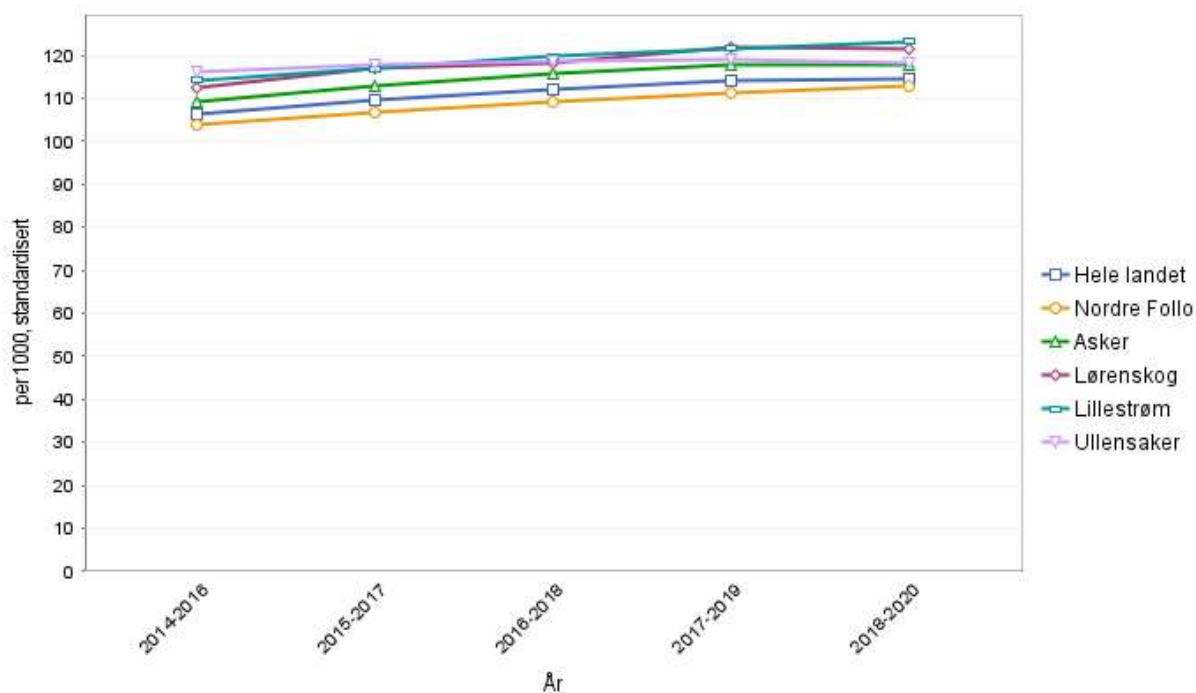
Lungesykdommer

Bruken av medikamenter mot KOLS og astma hos personer i alderen 45-74 år i Lørenskog har økt i perioden 2014-2020. I perioden 2018-2020 var det 121 personer per 1000 innbyggere som brukte slike medikamenter. Dette er høyere enn både landet og sammenligningskommunene, med unntak av Lillestrøm hvor medikamentbruken er litt høyere enn i Lørenskog.

Bruken av legemidler mot KOLS og astma har økt både blant menn og kvinner i Lørenskog. Det er i Lørenskog som i resten av landet langt flere kvinner enn menn som bruker disse medikamentene.

Nyere forskning viser at trening kan redusere bruken av legemidler og gi KOLS-pasienter en bedre hverdag.

Figur 40: KOLS- og astma, legemiddelbrukere (45-74 år), kjønn samlet, per 1000, standardisert (Kilde: KommuneHelsa)



Brukere av legemidler forskrevet på resept i aldersgruppen 45-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende bare én gang.

Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

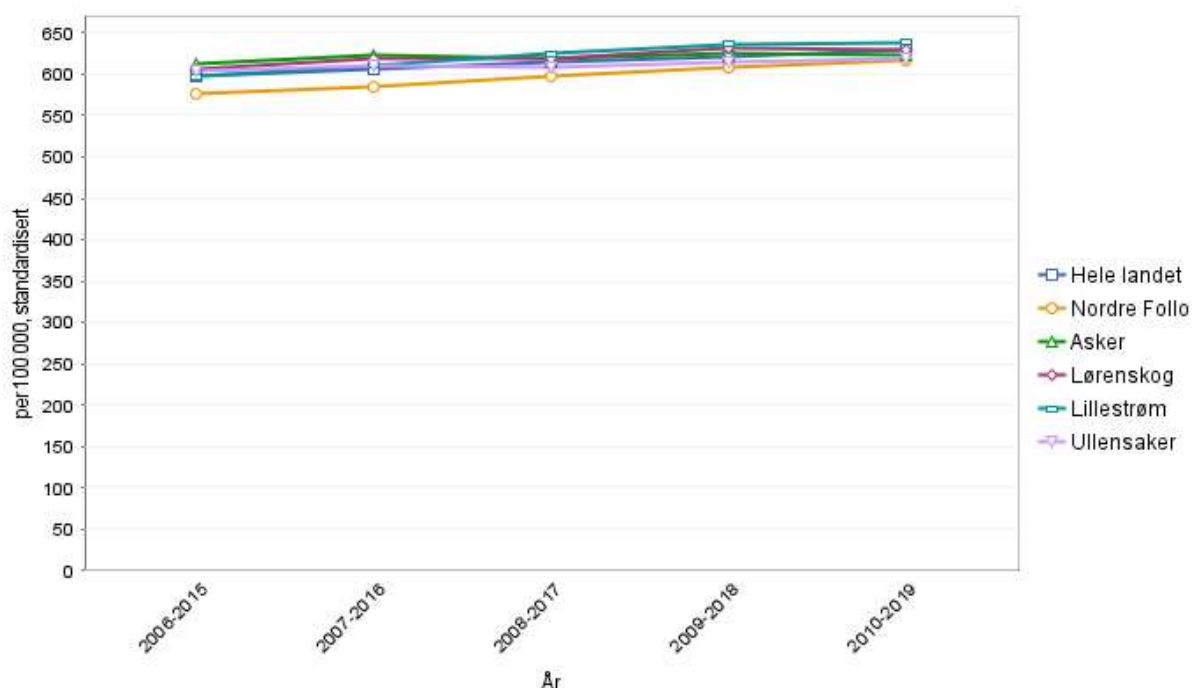
Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om befolkningens røykevaner. Det har vært en jevn økning i forekomsten av astma de siste 40 årene.

Kreft

Antall nye krefttilfeller i Lørenskog har økt jevnlig i perioden 2006 – 2018, for deretter å avta noe. I perioden 2006-2015 var det 605 tilfeller per 100 000 innbyggere som fikk diagnosen kreft (årlig gjennomsnitt). I perioden 2010-2019 var det 629. Antall nye krefttilfeller i Lørenskog ligger litt over både landet og sammenligningskommunene.

Kreft i prostata er den hyppigste diagnosen hos menn. Brystkreft den vanligste hos kvinner.

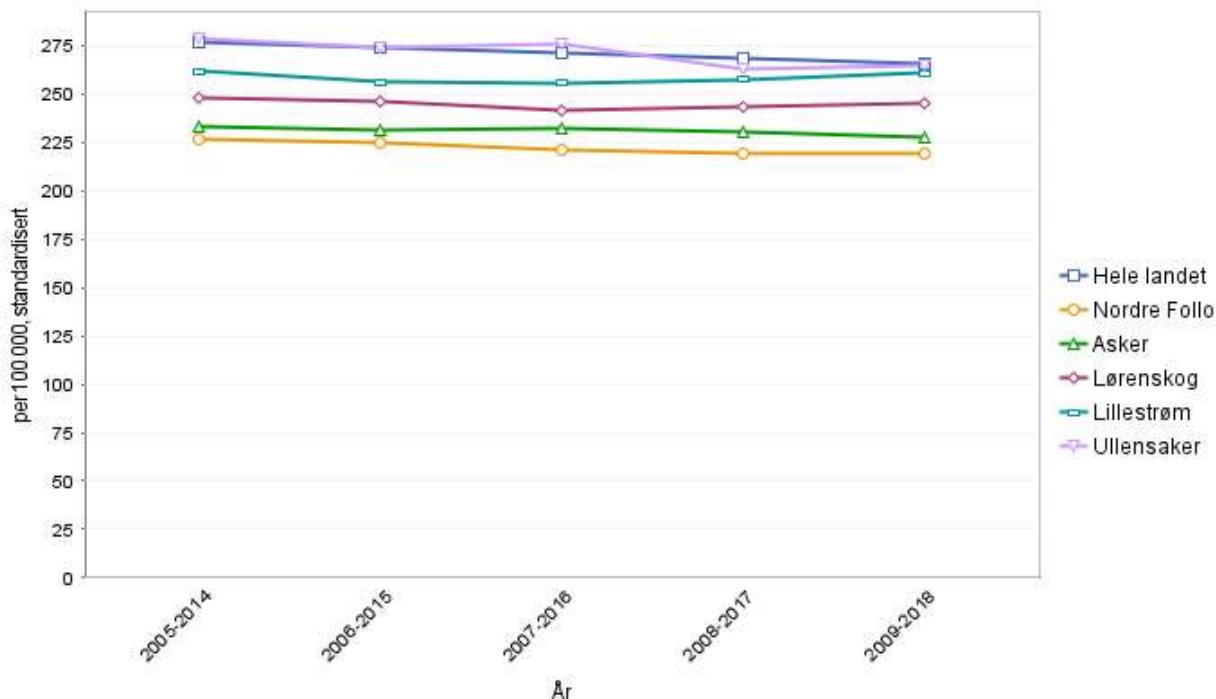
Figur 41: Kreft, nye tilfeller alle typer, kjønn samlet - per 100 000, standardisert
(Kilde: KommuneHelse)



Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020

Kreftdødeligheten har hatt en svak økning fra 2007 til 2018 i Lørenskog, men dette er svært små tallmarginer og statistisk vanskelig å sammenligne. I perioden 2009-2018 var det 245 dødsfall per 100 000 i årlig gjennomsnitt i Lørenskog.

Figur 42: Dødelighet kreft, tidlig død – 0-74 år, per 100 000, standardisert (Kilde: KommuneHelsa)



Antall døde i aldersgruppen per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.

Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensial til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

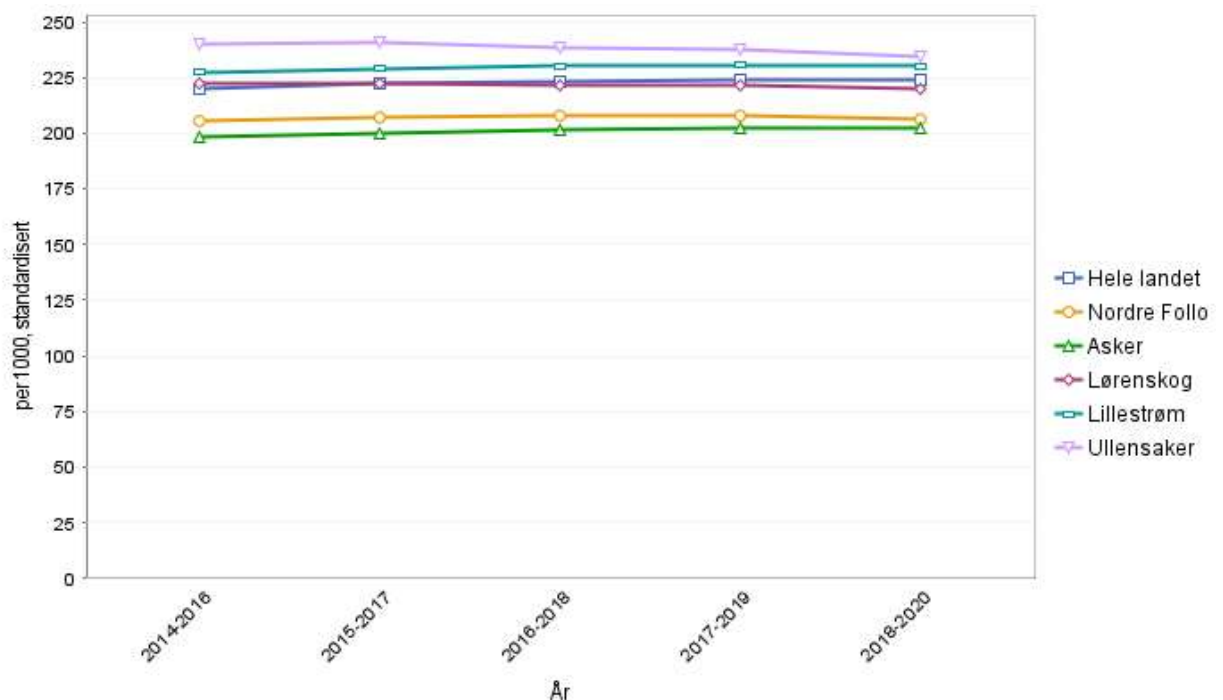
Kreftforekomst og -dødelighet varierer med hvor man befinner seg på den sosiale rangstigen. Om lag 20 prosent av kreftdødsfallene blant menn og 30 prosent blant kvinner ville vært unngått dersom alle hadde hatt samme dødelighet som det gruppen med høyere universitetsutdanning har (Elstad, 2006). Hittil har det først og fremst vært menn som har fått lungekreft. Nå haler kvinnene innpå.



Kroniske smerter

Den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2014 til 2020 i Lørenskog er relativt stabil, og lå på 220 per 1000 i perioden 2018-2020. Bruken ligger omtrent på landsgjennomsnittet, og er lavere enn i Ullensaker og Lillestrøm.

Figur 43: Legemiddelbrukene (reseptbelagte smertestillende medikamenter) – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert (Kilde: KommuneHelsa)



Brukere av legemidler forskrevet på resept til personer i aldersgruppen 0-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseundersøkelsen *Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018* sier følgende om innbyggernes kroppslige smerter:

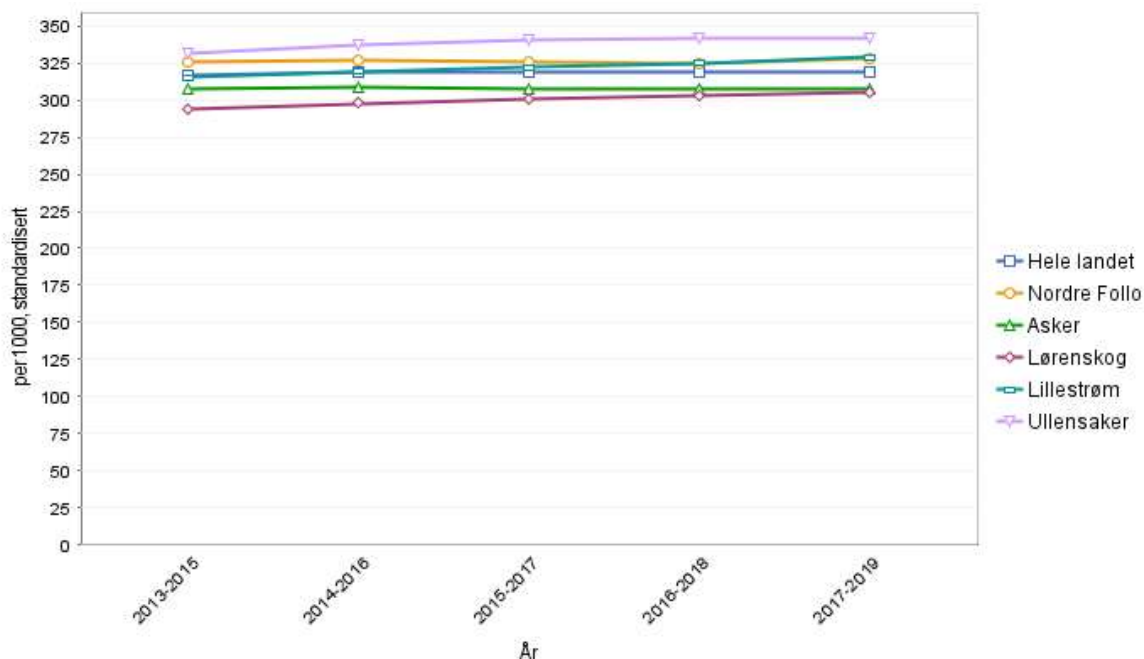
- «36 prosent oppgir at de har smerter som har vart mer enn seks måneder. 64 prosent oppgir at de ikke har slike smerter.
- Andelen som har smerter, har økt noe sammenlignet med i 2015. På landsbasis er andelen som oppgir å ha smerter som har vart lengre enn seks måneder 31 prosent.»

Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. (Kilde: Folkehelseinstituttet)

Muskel- og skjelettplager

Det var 305 personer per 1000 innbyggere fra Lørenskog kommune som var i kontakt med primærhelsetjenesten for muskel- og skjelettplager i perioden 2017-2019. Andelen er lavere enn for landet og sammenligningskommunene, med unntak av Asker som ligger på sammen nivå som Lørenskog.

Figur 44: Primærhelsetjenesten, brukere (muskel- og skjelettplager) – kjønn samlet, per 1000, standardisert (unntatt brudd og skader) (Kilde: KommuneHelsa)



Antall unike personer i kontakt med fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

8.6 Smittsomme sykdommer og pandemi

Lørenskog kommune skal sikre nødvendig smittevernhjelp og tilby vaksiner til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Behandlende lege og laboratorier har meldingsplikt, og noen ganger varslingsplikt, ved smittsomme sykdommer. Informasjon om slike infeksjoner går til MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer) og kommuneoverlegen. Dette for å ha oversikt over omfanget av de ulike infeksjonene samt å sette inn tidlige tiltak for å hindre større epidemier. Ved utbrudd kan Folkehelseinstituttet og eventuelt Mattilsynet kobles inn. I 2020 var det ingen spesielle sykdommer utenom koronavirus som utmerket seg i statistikken. Tallene for Lørenskog passer godt med tidligere år. Det rapporteres hyppigst om campylobacteriose, MRSA og clostridium.

Fra tidlig 2020 har pandemien med covid-19, forårsaket av SARS-CoV2 rammet verden. I starten av mars 2020 fikk Lørenskog kommune påvist sitt første covid-19-tilfelle. Siden det har pandemien rammet kommunen hardt. Ser man bort i fra to kommuner med et folketall på drøyt 1000 innbyggere, ligger Lørenskog kommune på landstoppen over totalt antall smittede med covid-19 gjennom pandemien per 100 000 innbyggere. Over 5% av befolkningen i kommunen har fått påvist covid-19 per april 2021. Et så høyt smittepress har gitt utfordringer både for kommunen og befolkningen. Det er innført en rekke meget strenge smitteverntiltak for å slå ned smitten, noe som har påvirket befolkningen over lengre perioder.

Det vært behov for en stor oppbygning av personell til å drifte teststasjonen, gjennomføre smittesporing og drifte et midlertidig vaksinesenter. Dette har blitt effektive og gode organisasjoner som har gjennomført TISK-strategien (TISK= testing, isolasjon, smittesporing og karantene) på en meget god måte. Kommunen har hatt en teststasjon som har tatt raskt unna køen, og man får test på under et døgn. Vaksinesenteret har bygd opp god kompetanse, og tar imot og setter alt det mottar av vaksiner.

Resten av kommunens sektorer jobber også godt med smittevern, f.eks. resten av Helse-, omsorg- og mestringssektoren, Oppvekst- og utdanningssektoren og

Kommunikasjonsavdelingen som jobber tett opp mot hele befolkningen for å få ut råd og informasjon til alle som bor i kommunen. Juridisk avdeling har gjort en omfattende jobb med lokale forskrifter og vurderinger av ulike problemstillinger.

Lokale minoritetsorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner har samarbeidet tett med flere virksomheter i kommunen og bidratt med informasjon om smittevern og vaksinerings på ulike språk på film, sosiale medier og stands, samt oppsøkende virksomhet. Dessuten har foreninger og frivillige hjulpet til med handlehjelp til innbyggere og syng av smittevernsfrakker til sykehjemmene.



Det er hele tiden et mål å holde tiltaksbyrden for befolkningen så lav som mulig, og særlig er det et ønske om å skåne barn og unge for tiltakene. Når smitten i Lørenskog har vært så høy som den har vært, har man uansett ikke hatt noe valg annet enn å stramme inn med strenge tiltak for hele befolkningen. Lørenskog kommune har ved flere anledninger fått innført de strengeste tiltakene fra regjeringen, da man har sett at smitten i kommunen har vært høy. Det har også vært innført lokal forskrift som er blitt endret flere ganger. De strenge tiltakene har vist seg å ha effekt, men man har også observert at man har sett smitteøkning igjen straks det har vært lettet for mye på tiltakene. Man prøver hele tiden å balansere smittevernet opp mot andre hensyn i samfunnet, men kommunens innbyggere har dessverre måtte gjennomgå en periode med tøffe tiltak grunnet stadig nye smittetopper.

Vi håper at ytterligere økt tilgang på vaksiner igjennom 2021 vil hjelpe oss til å slå ned pandemien slik at vi gradvis kan gjenåpne og holde samfunnet åpent fremover. Det jobbes målrettet med å nå hele befolkningen med informasjon om vaksinerings, og foreløpig ser vi heldigvis at vi oppnår en god vaksinedekning i gruppene som til nå har blitt tilbudt vaksinen. Vi håper dette også fortsetter utover 2021, da vi er helt avhengige av en god vaksinedekning for å kunne bekjempe pandemien.

Kilder

Bufdir – barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Statistikk og analyse
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/

Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14 – nøkkelrapport. Transportøkonomisk institutt. 2014.

Elever på videregående skole i Lørenskog kommune. Ungdata 2019. KoRus-Øst/OsloMet. 2019.

Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. NIBR-rapport. 2014.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/>

Folkehelsemeldingen - God helse – felles ansvar. Meld. St. 34 (2012–2013)

Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014-2015)

Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn. Meld. St. 19 (2018–2019)

Folkehelseprofil 2020 Lørenskog. Folkehelseinstituttet. 2020.

Folkehelseprofil 2021 Lørenskog. Folkehelseinstituttet. 2021

Fritidsklubber i det lokale folkehelsearbeidet. NOVA, OsloMet. 2021

Frivillighetspolitisk plattform for Lørenskog kommune. Lørenskog kommune. 2018.

Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge 2014-2015. Helsedirektoratet. 2014.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/>

HKH kartlegging (Hurtig kartlegging og handling – rusforebygging). Rapport. Lørenskog kommune. 2020

Kommunehelse statistikkbank. Folkehelseinstituttet. <http://khs.fhi.no/webview/>

Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv 2019-2023. Lørenskog kommune. 2019

Kommuneplanens samfunnsdel. Lørenskog kommune. 2020.
<https://planenvaar.no/lorenskog-gronn-trygg-og-mangfoldig/>

Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15, 2017-2018)

Levekår i byer — Gode lokalsamfunn for alle. NOU 2020: 16. By- og levekårsutvalget. Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2020.

Livskvalitet i Norge 2020. Rapport. Statistisk sentralbyrå. 2020.

Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak. Regjeringen. 2021.

Livsstil og helse i Lørenskog kommune 2018. Sentio Research Group/Lørenskog kommune. 2018

Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen>

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven) Lovdata.no
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Luftkvalitet Norge. <https://luftkvalitet.miljodirektoratet.no/>

Nasjonale faglige retningslinjer i forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet. 2009

Norsk idrettsindeks 2019. Telemarksforskning

Norsk kulturindeks 2020. Telemarksforskning

Oppvekstprofil 2020 Lørenskog. Folkehelseinstituttet. 2020

Resiliente og helsefremmende lokalsamfunn. En kunnskapsoppsummering. KS/Sintef. 2018

Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/>

Temaplan for grønn mobilitet. Lørenskog kommune. 2019

Systematisk folkehelsearbeid. Veileder til lov og forskrift. Helsedirektoratet. 2019

Ungdomsskoleelever i Lørenskog kommune. Ungdata 2019. KoRus-Øst/OsloMet. 2019

Velferdstjenester, stønader og informasjon til familier med barn med funksjonsnedsettelse under covid-19. En kvalitativ undersøkelse. NOVA/OsloMet. 2021.

Verktøykasse for strategisk folkehelsearbeid. KS. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/folkehelse/verktoykasse-for-strategisk-folkehelsearbeid/>

Nyhetssaker

Flere sliter med ensomhet og psykiske plager, men framtidsoptimismen er høy. Folkehelseinstituttet, 17.12.2020. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/flere-sliter-med-ensomhet-o-psykiske-plager-men-framtidsoptimismen-er-hoy/>

Forskere tror på endrede treningsvaner etter korona. Forskningsnyheter OsloMet, 26.5.2020. <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/forskere-endrede-treningsvaner-korona>

Inaktivitet er vår tids tause morder. Forskningsnyheter OsloMet, 11.11.2020.
<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/inaktivitet-og-eldre-under-koronaepidemien>

Korona-nedstengingen har rammet familier med funksjonshemmede barn hardt. Forskningsnyheter OsloMet, 4.5.2021.
<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/nedstenging-rammet-funksjonshemmede-barn>

Sterk økning: En bølge av psykiske problemer blant unge. Aftenposten, 26.3.2021.
<https://www.aftenposten.no/norge/i/jBkKOq/sterk-oekning-en-boelge-av-psykiske-problemer-blant-unge>

Veistøv gir fortsatt dårlig luftkvalitet i norske byer. Nyhetssak, Miljødirektoratet, 19.4.2021. <https://www.miljodirektoratet.no/aktuelt/nyheter/2021/april-2021/veistov-gir-fortsatt-darlig-luftkvalitet-i-norske-byer/>





**Lørenskog
kommune**

Lørenskog kommune

Hasselveien 6, Postboks 304, 1471 Lørenskog
Telefon: 67 93 40 00
postmottak@lorenskog.kommune.no
www.lorenskog.kommune.no