

**RAPPORT**

2022

Opplevd tiltaksbyrde under koronapandemien:  
Resultater fra fire fylker desember 2021

# Opplevd tiltaksbyrde under koronapandemien: Resultater fra fire fylker desember 2021

Tony Leino  
Leif Edvard Aarø  
Marit Knapstad  
Jens Christoffer Skogen  
Øystein Vedaa

Utgitt av Folkehelseinstituttet,  
Område for psykisk og fysisk helse  
Avdeling for helsefremmende arbeid  
Kunnskapsprogrammet for covid-19  
Desember 2022

**Tittel:**

Opplevd tiltaksbyrde under koronapandemien:  
Resultater fra fire fylker desember 2021

**Forfattere:**

Tony Leino  
Leif Edvard Aarø  
Marit Knapstad  
Jens Christoffer Skogen  
Øystein Vedaa

**Fagfellevurderinger:**

Professor Esperanza Diaz, Universitet i Bergen  
Professor Atle Fretheim, FHI

**Bidragstere Folkehelseinstituttet:**

Avdeling for IT-system Bergen  
Avdeling for helsedatamottak Bergen

**Andre bidragstere:**

Agder fylkeskommune  
Nordland fylkeskommune  
Vestland fylkeskommune

**Publikasjonstype:** Rapport**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf  
på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8406-333-1

**Emneord (MeSH):** Befolkningsundersøkelse, fylker, korona, smittevern, belastning av smitteverntiltak, utvalgsundersøkelse.

**Sitering:** Leino, T, Aarø, LE, Knapstad, M, Skogen, JC, Vedaa, Ø. Opplevd tiltaksbyrde under koronapandemien: Resultater fra fire fylker desember 2021. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2022.

# Innhold

<b>Innhold</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
Hensikt og problemstillinger	5
Metode	5
Resultat	6
Diskusjon og konklusjon	7
<b>Executive summary</b>	<b>9</b>
Introduction	9
Methods	9
Results	10
Discussion and conclusion	12
<b>1 Innledning</b>	<b>13</b>
1.1 Bakgrunn	13
1.1.1 Tidligere studier	13
1.1.1.1 Norske studier	13
1.1.1.2 Studier som undersøker konsekvenser av smitteverntiltak	14
1.2 Avgrensning og problemstilling	16
<b>2 Metode</b>	<b>17</b>
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	17
2.2 Spørreskjema	18
2.3 Spørsmålsoversikt	18
2.3.1 Bosted	18
2.3.2 Alder og utdanning	18
2.3.3 Tiltak rettet mot begrenset sosial kontakt, fritid og reiser	19
2.3.4 Belastning av tiltak rettet mot barn og unge i skolealder	20
2.3.5 Belastning ved å gi omsorg	20
2.4 Statistiske analyser	21
<b>3 Resultater</b>	<b>23</b>
3.1 Belastning av smitteverntiltak	23
3.2 Belastning av tiltak rettet mot barn i skolealder	46
3.2.1 Den foresattes belastning som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder	47
3.2.2 Foresattes belastning som følge av tiltak rettet mot barn etter barnas klassetrinn	67
3.2.3 Barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn	74
3.2.4 Barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn etter barnas klassetrinn	76
3.3 Belastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020	83
3.3.1 Økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver	84
<b>4 Oppsummering av resultat og diskusjon</b>	<b>86</b>

4.1 Belastning av smitteverntiltak	86
4.2 Foresattes og barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder	87
4.3 Økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver	87
4.4 Forskjeller mellom by og distrikt	88
4.5 Kjønnforskjeller	88
4.6 Utdanningsgradient	88
4.7 Aldersgradient	89
<b>5 Begrensninger ved undersøkelsen</b>	<b>89</b>
5.1.1 Tidsrom og smittevernsituasjon for undersøkelsen	89
5.1.2 Seleksjonsskjevhet og representativitet	89
5.1.3 Tiltaksbelastning hos barn	90
5.1.4 Forslag til videre studier	91
<b>6 Konklusjon</b>	<b>91</b>
<b>7 Takksigelser</b>	<b>92</b>
<b>8 Forbehold om feil</b>	<b>93</b>
<b>Referanser</b>	<b>94</b>
<b>Ordliste</b>	<b>96</b>
<b>Vedlegg 1: Tabeller for deltakelse</b>	<b>97</b>
<b>Vedlegg 2: Resultat fra prinsippal komponents analyse (PCA)</b>	<b>100</b>
<b>Vedlegg 3: Sammenhengen mellom den foresattes og barnets rapporterte belastning</b>	<b>104</b>
<b>Vedlegg 4: Tabeller med andeler som rapporterte høy grad av belastning</b>	<b>106</b>
<b>Vedlegg 5: Belastninger på foresatte og barn av tiltak rettet mot barn etter bosted</b>	<b>119</b>

## Sammendrag

### Hensikt og problemstillinger

Til tross for at smitteverntiltakene er nødvendige for å redusere spredningen av smitten i samfunnet, kan de også være belastende for den enkelte og for hele eller deler av befolkningen. Hensikten med denne rapporten er å undersøke befolkningens oppfatning av hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for dem hvis de ble innført i dag og ville vare i 4-uker.

I denne rapporten tar vi sikte på å belyse tre problemstillinger:

1. *Tiltaksbelastning som følge av nedstengning av samfunnet:* Hvilke tiltak vil oppleves som mest belastende? Hvor belastende vil tiltak rettet mot begrensinger i 1) service-, fritids- og reisetilbud, 2) sosial kontakt og 3) påbud om smitteverntiltak oppleves? Er det geografiske variasjoner etter fylke og sentralitet (by-distrikt)<sup>1</sup> i opplevelsen av belastninger eller variasjoner på tvers av utdanningsnivå, kjønn og alder?
2. *Tiltaksbelastning for forelderen/den foresatte og barn som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder:* Hvordan vil foreldre/foresatte og barn (rapportert av foreldre/foresatte) oppleve belastningene av tiltak rettet mot barn. Hvor belastende vil tiltak knyttet til 1) skole, 2) testing og 3) fritid oppleves? Er det geografiske variasjoner etter fylke og sentralitet (by-distrikt)<sup>1</sup> i opplevelsen av belastninger og variasjoner på tvers av foreldres utdanningsnivå, kjønn og alder og barnas klassetrinn<sup>2</sup>?
3. *Økt omsorgsbelastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020:* Har pårørende med omsorgsoppgaver til hjelpetrequende opplevd økt belastning på grunn av nedstengningen høsten 2020? Er det geografiske variasjoner etter fylke og sentralitet (by-distrikt)<sup>1</sup> i opplevd økt belastning på grunn av nedstengningen 2020, eller variasjoner etter kjønn, utdanningsnivå og alder?

### Metode

I to de første problemstillingene skulle deltakerne vurdere hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for dem dersom de ble innført i dag og ville vare i 4-uker. I den tredje problemstillingen (*økt omsorgsbelastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020*) skulle deltakerne vurdere den opplevde belastningen som følge av faktisk økte omsorgsoppgaver.

Undersøkelsen er basert på data samlet inn i fylkene Agder, Nordland, Vestland og Oslo i desember 2021. Utvalget i Agder og Nordland består av representative utvalg som hadde besvart Folkehelseundersøkelsene i Agder 2019 og Nordland 2020. I Oslo og Vestland trakk en nye representative utvalg.

Datainnsamlingen 2021 ble gjennomført elektronisk med bruk av nettskjema fra Tjenester for Sensitive Data (TSD). Utvalgene ble invitert per SMS og e-post etter kontaklinformasjon hentet fra Kontakt- og reservasjonsregisteret. Totalt ble 57 397 invitasjoner sendt ut, der 22 808 svarte på skjemaet. Dette tilsvarer en responsrate på

<sup>1</sup> By-distrikt skilte mellom Agder utenom Kristiansand, Kristiansand, Nordland utenom Bodø, Bodø, Vestland utenom Bergen, Bergen og Oslo

<sup>2</sup> Klassetrinn skilte mellom klassetrinnene 1.-4., 5.-7., 8.-10.trinn og videregående skole (VGS)

39,7 %. I alle fylkene er andelen som deltok i undersøkelsen litt høyere blant kvinner enn blant menn. I alle fylkene er andelen som deltok svært lav blant menn i yngste aldersgruppe (18-29 år). Deltakerandelene blant yngre kvinner og eldre kvinner er også lave.

Deltakerne fikk spørsmål om reaksjoner og opplevelse av koronapandemien, psykisk helse og livskvalitet. Spørsmål som dekkes i denne rapporten er hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære og hvilken belastning ulike tiltak rettet mot barn og unge ville innebære for den foresatte og for barnet i et scenario der tiltakene ble innført i dag og ville vare de neste fire ukene. I tillegg presenteres andelen som faktisk opplevde økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver som følge av nedstengingen høsten 2020.

## Resultat

*Tiltaksbelastning som følge av nedstengning av samfunnet:* De enkelttiltakene som ville resultere i størst grad av belastning var *stengte butikker*, etterfulgt av *å unngå å ha besøk i hjemmet* og *å bli satt i karantene etter nærkontakt med smittede*, der henholdsvis 58 %, 43 % og 40 % av deltakerne rapporterte en høy grad av belastning («Ganske belastende» eller «Svært belastende») dersom tiltaket ble innført i dag og skulle vare i 4 uker. De tre enkelttiltakene som ville resultere i lavest grad av belastning var *skjenkestopp*, etterfulgt av *å holde minst én meter avstand til andre* og *påbud om munnbind på offentlig sted*, der henholdsvis 12 %, 8 % og 8 % rapporterte høy grad av belastning.

En større andel fra Oslo rapporterte at tiltakene ville resultere i høy grad av belastning sammenlignet med de øvrige geografiske områdene. En større andel rapporterte høy grad av belastning i fylkenes største byer sammenlignet med resten av fylkene. Videre rapporterte en større andel blant de med høy utdanning (høyskole- eller universitetsutdanning) høy grad av belastning enn blant de med et lavere utdanningsnivå og andelen som rapporterte høy grad av belastning var størst blant de yngste.

*Tiltaksbelastning for den foresatte som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder:* Over 40 % av de foresatte rapporterte at tiltakene rettet mot barn i skolealder ville innebære høy grad av belastning i fem av åtte enkelttiltak. De tre enkelttiltakene som ble vurdert som mest belastende for den foresatte var *stengte skoler*, etterfulgt av *om barnet skulle bli satt i karantene i syv døgn* og *hyppig testing på teststasjon*, der henholdsvis 60 %, 57 % og 49 % av de foresatte rapporterte at disse tiltakene ville innebære en høy grad av belastning. De tre enkelttiltakene som ble vurdert som minst belastende var om *barnet ikke kunne delta på fritidsaktiviteter*, etterfulgt av *ikke å kunne delta på idrettsstevner/samlinger/konkurranser* og *hyppig testing hjemme/på skole*, der henholdsvis 37 %, 26 % og 19 % av de foresatte rapporterte høy grad av belastning.

En større andel foresatte fra Oslo rapporterte at tiltakene ville innebære en høy grad av belastning som følge skolerelaterte tiltak enn i de øvrige geografiske områdene. Motsatt hadde Oslo en lavere andel foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av testing av barn. Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak og testing var større i de største byene sammenlignet med fylkene utenom de største byene. De foresattes rapporterte belastning knyttet til skolerelaterte tiltak varierte også med deres utdanningsnivå og alder: Andelen som rapporterte høy grad av belastning økte med høyere utdanningsnivå og ble lavere med stigende alder. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte høy grad av belastning som følge av både skolerelaterte tiltak og fritidsbegrensinger rettet mot barn.

Det ble gjort analyser for å undersøke om foresattes rapporterte belastning varierte med barnets klassetrinn<sup>1</sup>. Foresatte med barn i mer enn én klassetrinngruppe (f.eks. foresatte med barn i både 1.-4. trinn og 5.-7. trinn) ble utelatt fra denne analysen. Resultatene viste at andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak og testing ble lavere med høyere klassetrinngruppe hos barnet. Motsatt var andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av begrensinger i fritidsaktiviteter høyest blant de som hadde barn på 5.-7. klassetrinn og lavest blant de som hadde barn på 1.-4. og VGS.

*Tiltaksbelastning for barn som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder:* Hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for barnet ble rapportert av de foresatte. Foresatte rapporterte at seks av åtte enkelttiltak ville innebære en høy grad av belastning for omtrent halvparten eller flere (fra 49 % eller flere) av alle barn i skolealder. De tre enkelttiltakene som ville innebære størst belastning for barnet var *om barnet ble satt i karantene i syv døgn, etterfulgt av stengte skoler og ikke å kunne delta på fritidsaktiviteter*, der henholdsvis 62 %, 58 % og 55 % av de foresatte vurderte at tiltakene ville innebære en høy grad av belastning for barnet. De tre enkelttiltakene som ville innebære lavest belastning for barnet var *rødt nivå på skoler, etterfulgt av ikke å kunne delta på idrettsstevner/samlinger/konkurranser og hyppig testing hjemme/på skolen*, der henholdsvis 49 %, 35 % og 22 % av de foresatte vurderte at tiltakene ville innebære en høy grad av belastning for barnet.

Det ble gjort analyser for å se om barnas belastning varierte med barnas klassetrinn<sup>1</sup>. Foresatte med barn i mer enn en klassetrinngruppe ble utelatt fra analysen (se ovenfor). Når det gjaldt skolerelaterte tiltak var andelen barn som ble vurdert til å oppleve høy grad av belastning ned fra 1.-4. trinn til 8.-10. trinn for å deretter øke i VGS. Når det gjaldt testing, gikk andelen barn som ble vurdert å oppleve høy grad av belastning ned med høyere klassetrinn. For begrensning i barnets fritidsaktiviteter var andelen barn som ble vurdert å oppleve høy grad av belastning størst blant barn på 5.-7. og 8.-10. klassetrinn og lavest blant barn på 1.-4. klassetrinn.

*Økt omsorgsbelastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020:* Utvalget besto av de deltakerne som oppgav at de hadde gitt regelmessig ulønnet hjelp/tilsyn til personer som trengte hjelp (på grunn av helseproblemer eller høy alder) i hele eller deler av perioden siden mars 2020. Omtrent 8 % av disse rapporterte økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver. Andelen som rapporterte økt belastning som følge av omsorgsoppgaver var størst i Oslo og større i fylkenes største byer sammenlignet med resten av fylket. Andelen som rapporterte økt belastning var høyere blant de med høyere utdanningsnivå (høyskole/universitetsutdanning) enn blant de med lavere utdanningsnivå, størst i de yngre aldersgruppene og høyere blant kvinner enn menn.

## Diskusjon og konklusjon

Hensikten med denne rapporten var å undersøke opplevd belastning for befolkningen knyttet til ulike smitteverntiltak brukt under pandemien. Dette ble gjort med å spørre deltakerne hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for befolkningen ut fra et scenario der tiltakene ville blitt innført i dag og vare i 4-uker. I tillegg undersøkte vi andelen deltakere som opplevde faktisk økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver under nedstengingen høsten 2020. Resultatene viser at flest rapporterte høy grad av belastning som følge av stengte butikker, etterfulgt av

<sup>1</sup> Klassetrinn skilte mellom klassetrinnene 1.-4., 5.-7., 8.-10.trinn og videregående skole (VGS)



smitteverntiltak som begrenser sosial omgang. Smitteverntiltak som hadde lavest andel som rapporterte høy grad av belastning var bruk av munnbind og å holde minst én meter avstand fra andre. Tiltak som forstyrret privat-jobb balansen (skolerelaterte restriksjoner og begrensinger i fritid) var mest belastende for foresatte med barn i skolealder. Den høyeste andelen foreldre som vurderte tiltak som belastende for barna ble funnet for tiltak som forstyrret barnets sosiale arena (dvs. skole og fritidsrestriksjoner). Av de som ga regelmessig hjelp/tilsyn til hjelpetrequende, var det åtte prosent som rapporterte at økte omsorgsoppgaver hadde ført til en større belastning under nedstengingen høsten 2020.

Opplevelsen av ulike smitteverntiltak som belastende er ikke jevnt fordelt i samfunnet. Andelen som rapporterte høy grad av tenkt belastning var størst i Oslo og den største byen i hvert fylke sammenlignet med resten av fylkene, blant de som hadde fullført høyere utdanning (høyskole/universitetsnivå) sammenlignet med de med lavere utdanningsnivå og blant de yngste. Smitteverntiltak knyttet til sosiale begrensinger og testing av barn rapporteres i større grad blant kvinner enn menn å ville være en belastning. Smitteverntiltak knyttet til stengte butikker, skjenkestopp og fritids- og skolerelaterte tiltak blant barn rapporteres i større grad blant menn enn kvinner å ville være belastende. Videre var det en større andel kvinner enn menn som rapporterte en økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver blant de som ga hjelp til hjelpetrequende høsten 2020. Resultatene av denne undersøkelsen viser at den opplevde belastningen av smitteverntiltak varierer en hel del over grupper i samfunnet. Dette kan være viktig å ta hensyn til når en skal vurdere tiltak i forbindelse med nye pandemier.

## Executive summary

### Introduction

Although infection control measures are necessary to reduce the spread of the Covid-19 infection, they can be burdensome for the individual and for all or parts of the society. The aim of this report was to examine how burdensome various infection control measures would be perceived if they were introduced today and would last for 4 weeks.

In this report, three topics were addressed:

1. *The burden of infection control measures associated with lockdown:* Which infection control measures associated with lockdown are perceived as most burdensome? How burdensome would infection control measures towards restrictions in 1) service-, leisure and travel activities, 2) social contact, and 3) other mandatory infection control measures be perceived? Are there geographical variations according to centrality (city-district) in the perceived burden and does the perceived burden vary across education level, gender, and age?

2. *The burden for parents and children due to restrictions toward school-age children:* How would parents/guardians (from here on named parents) and children (reported by the parents) perceive the burdens of infection control measures towards children in school. How burdensome would parents and their children perceive infections control restrictions toward 1) school, 2) testing and 3) leisure activities? Are there geographical variations according to centrality (city-district) in the perceived burden and across the parents' level of education, gender, age, and the children's grade level?

3. *Increased burden in care due to more caregiving duties during lockdown in autumn 2020:* Have relatives with care tasks for those in need perceived an increased burden due to the lockdown in autumn 2020? Are there geographical variations in perceived increased burden due to the 2020 lockdown by county and centrality (city-district), education level, gender, and age?

### Methods

A questionnaire data collection was carried out in four Norwegian counties in December 2021. In the counties Agder and Nordland the sample consisted of representative samples of those who had participated in the Public County Health Surveys in Agder in 2019 and Nordland in 2020, which in turn were based on representative samples drawn from the National Norwegian Population Register. In the counties Oslo and Vestland, new representative samples were drawn.

The data collection was carried out electronically using an online form from Services for Sensitive Data (Tjenester for Sensitive Data; TSD). The respondents were contacted by SMS and e-mail based on contact information obtained from the Norwegian Common Register. A total of 57,397 were invited of which 22,808 responded (39.7 percent response rate). In all counties, there was a slightly higher proportion of women compared to men. In all the counties, participation was very low among men in the youngest age group (18-29 years). The participation rates among younger women and older women were also low.

The participants were asked questions about reactions and experiences of the corona pandemic, mental health, and life satisfaction. Questions covered in this report are the

perceived burden of infection control measures related to lockdowns and the perceived burden of infection control measures towards children and young people for both parents and their children (topic 1 and 2), in addition to the actual burden of providing care (topic 3). Questions about demographics (residence, education, and gender) were also asked.

## Results

*Perceived burden of infection control measures associated with lockdown:* The infection control measures with greatest perceived burden («Quite burdensome» or «Very burdensome») were *closed shops*, followed by *avoiding visitors to the home* and *being quarantined after close contact*, where 58 %, 43% and 40%, respectively, of the participants reported that these would give rise to a high degree of burden. The three infection control measures associated with the lowest degree of burden were *closed pubs/bars*, followed by *keeping one meter distance to others* and *using face masks in public places*, where 12 %, 8 % and 8 %, respectively, of the participants reported that these would give rise to a high degree of burden.

A larger proportion of participants living in Oslo reported that infection control measures would give rise to a high degree of burden compared to the other geographical areas. A larger proportion of those living in a county's largest city reported a high degree of burden compared to the rest of the counties. The perceived burden varied with degree of education and age. A larger proportion of those with a high level of education (college or university degrees) reported a high degree of burden compared to those with a lower level of education. A larger proportion in the youngest age group (18-29) reported a high degree of burden compared to the older age groups.

*Perceived burden of infection control measures towards school-age children among parents:* Over 40% of parents reported that infection control measures towards school-aged children would lead to a high degree of burden for them for five out of eight restrictions. The three infection control measures with the largest proportions reporting high burden were *closed schools*, followed by *child quarantined for seven days*, and *frequent testing at a testing station*, where 60 %, 57 % and 49 % of the parents reported high degree of burden, respectively. The three least burdensome infection control measures were *if the child could not participate in leisure activities*, followed by *not being able to participate in sports events/gatherings/competitions* and *frequent testing at home/school*, where respectively 37 %, 26 % and 19 % of the parents reported that this would lead to a high degree of burden.

A larger proportion of parents living in Oslo compared with other geographical areas reported that *school restriction* would lead to a high degree of burden. Conversely, parents living in Oslo reported that *testing of children* had a lower proportion of high degree of burden compared to other areas. A larger proportion of parents living in a county's largest city reported a high degree of burden due to school-based restrictions and testing compared to the rest of the counties. The perceived burden varied with the parents' level of education and age: The proportion reporting high degree of burden increased with higher level of education whereas the proportion reporting high degree of burden decreased as age of the parent increased. A larger proportion of men than women reported a high degree of burden due to school-based restrictions and restrictions associated with children's leisure and free-time.

Analyses were carried out to compare whether the perceived burden among parents was associated with the child's grade level (1.-4., 5.-7., 8.-10. grade and high school,

respectively, and where the child/children were under 18 years of age). Parents with children in more than one grade level (e.g., parents reporting children in both grades 1.-4. and grades 5.-7.) were excluded from these analyses. The proportion of parents who reported a high degree of burden decreased due to school-based restrictions and testing of children as a child's grade-level increased. The highest proportion reporting a high degree of burden associated with restrictions in leisure activities was found among parents with children in grades 5.-7. The lowest proportions were found among parents with children in grades 1.-4. and high school.

*Perceived burden of infection control measures among school-age children:* The child's burden was reported by the parent. Approximately half or more of the parents reported that their school-aged children would experience a high degree of burden from six out of eight infection control measures. The highest proportions of parents who reported that their children would experience a high degree of burden was found for *being quarantined for seven days*, followed by *closed schools*, and *not being able to participate in leisure activities*, where respectively 62 %, 58 % and 55 % of the parents reported that their children would experience a high degree of burden. The three infection control measures with lowest proportions of parents reporting a high degree of burden on their children were *red level at schools*, followed by *not being able to participate in sports events/gatherings/competitions*, and *frequent testing at home/at school*, were 49 %, 35 % and 22 % of the parents considered that their children would experience a high degree of burden, respectively.

Analyses were made to examine associations between burden on children as reported by their parents and their children's grade level. Parents with children in more than one grade level group were again removed from the analysis (as explained above). The proportion of parents who reported that their children would experience a high degree of burden due to school-based decreased from the grades 1.-4. to 8.-10. and increased again among those in high school. The proportion of parents reporting that their children would experience a high degree of burden due testing of children decreased as grade-level increased. The proportion of parents reporting that their children would experience a high degree of burden was highest among those being in 5.-7. and 8.-10. grades and lowest among those being at 1.-4. grades.

*Increased burden in care due to more caregiving duties during lockdown in autumn 2020:* The sample consisted of those participants who stated that they had provided regular unpaid help/supervision to people who needed help (due to health problems or old age) in all or part of the period since March 2020. Approximately 8 % of these reported an increased burden as a result of increased caregiving duties during the lockdown in autumn 2020. A larger proportion of participants living in Oslo compared to other geographical areas reported increased caregiving burden. A higher proportion of those living in a county's largest city reported increased caregiving burden compared to those living in the rest of the counties. The proportion who reported increased caregiving burden was associated with level of education, age, and gender. The proportion reporting increased caregiving burden was higher among those with a high level of education (college/university education) compared to those with a lower level of education, greater in the younger age groups compared to older, and larger among women than to men.

## **Discussion and conclusion**

The purpose of this report was to examine the perceived burden of various infection control measures in the population if they were introduced today and would last for 4-weeks in addition to the actual burden of increased care. The infection control measures with the highest proportions reporting a high degree of burden were closed shops, followed by infection control measures restricting social contact. The infection control measures with lowest proportions reporting a high degree of burden, were using face masks, and keeping one meter distance from others. The largest proportion who reported a high degree of burden among parents with school-aged children was for restrictions interfering with private life-work balance (school related restrictions and restrictions in free-time). The highest proportion of parents who reported a high degree of burden on their children was found for infection prevention measures interfering with their children's social arena (i.e., school, and free time). Eight percent of those who provided regular unpaid help/supervision to those in need reported an increased burden because of increased care tasks during the 2020 shutdown.

The perceived burden of infection control measures was not evenly distributed in society. A larger proportion of those living in Oslo and the largest city in a county reported a high degree of burden compared to the rest of the counties, among those with a high degree of education compared to those with a lower level of education, and among the younger age groups. A higher proportion of women than men reported a high degree of burden due to infection control measures linked to social restrictions, testing of children, in addition to increased burden due to increased care tasks. A higher proportion of men than women reported a high degree of burden due to closed shops, restrictions on serving alcohol, and leisure and school-related measures among children. The results from this study show that the perceived burden of infection control measures varies markedly across categories of people. This may turn out to be important to take into consideration when deciding about restrictive measures in future pandemics.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Koronapandemiens (Covid-19) konsekvenser dreier seg ikke bare om smitte, sykdom og død, men også om den belastningen og de negative konsekvensene ulike smitteverntiltak påfører befolkningen og samfunnet (1). Smitteverntiltak er viktige for å begrense spredning og redusere sykdomsbyrden i befolkningen. Smitteverntiltak er alle de enkelttiltak som hindrer at infeksjoner og smittsomme sykdommer spres i samfunnet (2). Tiltak som er brukt for å begrense smitten under koronapandemien omfatter blant annet regulering av arrangementer og private sammenkomster, smittekarantene og isolasjon, innreisekarantene i tillegg til smittevern faglige krav til barnehager, skoler og virksomheter. Smitteverntiltak omfatter både råd og påbud (eller forbud). Et påbud eller et forbud gis i form av en forskrift og må være hjemlet i gyldig lov. Det er ikke frivillig om en vil følge det som er bestemt i en forskrift. Det er tvert imot straffbart å handle i strid med det som er bestemt i en forskrift. Et smittevernråd er en anbefaling som alle bør følge, men som ikke medfører straff selv om en skulle handle i strid med anbefalingen.

Med «tiltaksbyrde» menes negative konsekvenser og opplevelser som følge av gjeldende smitteverntiltak. For eksempel kan nedstengning og redusert fysisk kontakt mellom mennesker føre til en økt psykisk belastning og lavere livstilfredshet for den enkelte. Den samlede tiltaksbyrden befolkningen opplever er et resultat av antallet personer som blir berørt og den samlede byrden per person. Innføring av nye og/eller mer restriktive tiltak vil øke tiltaksbyrden enten fordi tiltaksbyrden for enkeltpersoner øker og/eller fordi flere berøres, mens lettelse vil redusere tiltaksbyrden enten fordi tiltaksbyrde for den enkelte reduseres og/eller færre blir berørt (1).

For at smitteverntiltak skal ha en beskyttende effekt, er det nødvendig at befolkningen etterlever de anbefalinger og påbud myndighetene innfører. Etterlevelsen av myndighetenes anbefalinger og påbud har i stort sett vært god i Norge, men hvis smitteverntiltakene oppleves som belastende, kan det gå ut over etterlevelsen. Tiltaksbyrden kan noen ganger også bli så stor at den ikke står i forhold til gevinsten (1). Dersom tiltaksbyrden oppleves som uforholdsmessig stor, kan dette føre til lavere motivasjon for å etterleve gjeldende smitteverntiltak, noe som kan ha store konsekvenser for samfunnet, spesielt for sårbare grupper. Grad av belastning bør dermed tas med i regnestykket når en skal vurdere hvilke smitteverntiltak som bør innføres.

På bakgrunn av smitteverntiltakenes konsekvenser for enkeltindivider, grupper og samfunnet som helhet, må balansen mellom de positive virkningene av smitteverntiltak og tiltaksbyrde vurderes nøye. Ved å øke kunnskapsgrunnlaget om tiltaksbyrden som følge av smitteverntiltak, vil myndigheter og beslutningstakere dessuten få et bedre grunnlag til å prioritere mellom ulike smitteverntiltak. Hensikten med denne rapporten er å undersøke den opplevde belastningen av ulike smitteverntiltak i forbindelse med koronapandemien.

### 1.1.1 Tidligere studier

#### 1.1.1.1 Norske studier

I mars 2021 (uke 10) publiserte Folkehelseinstituttet (FHI) en rapport om hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for befolkningen dersom de skulle vare i fire uker basert på data fra *Symptometer* (3). Symptometer består av et utvalg av

befolkningen fra 16 år og eldre trukket høsten 2020, som ukentlig har mottatt spørsmål fra FHI knyttet til koronasymptomer og andre relevante temaer knyttet til koronapandemien.

De tre tiltakene knyttet til sosial kontakt som deltakerne rapporterte at ville være mest belastende var å unngå besøk i hjemmet, etterfulgt av pålagt karantene og det å holde avstand til venner og bekjente. Dette fant en på tvers av aldersgrupper, kjønn og hvor en bodde (Oslo, Viken eller andre deler av landet). De minst belastende tiltakene var å holde avstand på offentlige steder og forbud mot private arrangementer. Også dette fant en uavhengig av demografi. Den yngste aldersgruppen rapporterte at begrensinger i antall kontakter, påbud om hjemmekontor og forbud mot private arrangementer ville innebære en større belastning enn det de øvrige aldersgruppene gjorde.

Av tiltak relatert til reiser og fritid, rapporterte deltakerne at stengte butikker ville innebære den mest belastende begrensningen. Den rapporterte belastningen av begrensinger i innlandsreiser og kulturtilbud økte med økende alder, mens belastningen ved stengte treningssentre og serveringssteder gikk ned med økende alder. Begrensinger i utenlandsreiser og skjenkestopp ville ha den minste belastning av de ti reise- og fritidsrelaterte tiltakene.

De tre tiltakene som ville ha størst belastning for barn og unge (av totalt seks tiltak) var stengte skoler eller barnehager, ikke å kunne delta på fritidsaktiviteter og gjentatte karantener. Det å ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser var det færrest som ville oppleve belastende. Disse funnene var de samme i alle gruppene definert ut fra kjønn, alder eller hvor en bodde.

PANDRISK-prosjektet ved Universitetet i Bergen har undersøkt belastningen av smitteverntiltak og sammenfattet resultatene i to kronikker (undersøkelsen var gjennomført i månedsskiftet januar-februar 2021) (4, 5). Resultatene viste at omtrent 22 % rapporterte at sosiale tiltak i stor grad var belastende (stor grad eller svært stor grad) (4). Tiltak knyttet til bruk av munnbind, hjemmekontor og stengte skoler/barnehager opplevdes i mindre grad som belastende, hvor henholdsvis 20 %, 19 % og 18 % rapporterte noen grad eller mer belastning. Omtrent 13 % rapporterte at karantene og isolasjon var belastende, mens 9 % mente det samme om å holde avstand og være påpasselig med håndvask (4). Resultatene viser imidlertid også at 33 % rapporterte at ønske om å være sosial (f.eks. treffe venner) hadde gjort dem mindre påpasselige med å følge smitteverntiltak. Videre oppgav 24 % at de hadde vært mindre påpasselige med å følge smitteverntiltak fordi andre ikke fulgte dem, 11% fordi de var usikre, mens bare 8 % rapporterte at de ikke fulgte smitteverntiltakene fordi de var lei av dem (5).

#### **1.1.1.2 Studier som undersøker konsekvenser av smitteverntiltak**

Opplevd belastning av smitteverntiltak knyttet til nedstengning av samfunn, karantene og isolasjon er mer undersøkt enn tiltak som berører munnbind og hygiene. Naturlig nok skyldes dette at smitteverntiltak knyttet til nedstengning, isolasjon og karantene er mer inngripende sammenlignet med munnbind og hygiene. Videre berører nedstengning av samfunn, karantene og isolasjon grunnleggende menneskelige rettigheter og behov som for eksempel muligheten å bevege seg fritt og å være sosial og møte andre.

En spansk undersøkelse viste en økning i negativ affekt og en reduksjon i positiv affekt etter åtte uker med nedstengning. Dessuten fant de en generell nedgang i stemningsleie, spesielt blant de yngre (18-35 år) og blant kvinner (6). I en annen studie fant en at også

ungdommer viste en nedgang i positiv affekt og en økning i negativ affekt under pandemien sammenlignet med før pandemien (7). En tysk studie rapporterte at det å ha en positiv vurderingsstil (eng. positive appraisal), sosial støtte, kognitiv fleksibilitet og fleksibel emosjonsregulering var beskyttende faktorer for mental helse under nedstengningen (8). Forhold som så ut til å bidra negativt til folks mentale helse under pandemien inkluderte høyere grad av stress, høyere grad av hverdagslige utfordringer (eng. daily hassles) og opplevelsen av ensomhet. Undersøkelsen viste at mesteparten av deltakerne (83 %) hadde god mental helse gjennom den tiden studien varte, mens omtrent 8 % opplevde en redusert psykisk helse (8).

En systematisk oppsummering av litteraturstudier publisert før oktober 2020 (9) viste at karantene, isolasjon og sosial distansering kan føre til økte psykiske plager i den generelle befolkningen, blant helsearbeidere og blant pasienter. De vanligste plagene som følge av nedstengning var angst, depresjon, post traumatisk stresslidelse (PTSD) og stigmatisering. Stigmatisering var mest fremtredende hos helsearbeidere og barn. Effekten av nedstengning kan være spesielt alvorlig for barn og eldre. Blant barn kan psykiske belastninger som følge av sosial isolasjon og karantene ha negative konsekvenser for normalutviklingen. Blant barn i barneskolen (spanske barn i alderen 6-11 år) fant man at nedstengningen hadde en negativ effekt på barnas selvregulering og villighet til å jobbe med skolearbeid etter seks uker med nedstengning sammenlignet med før nedstengningen (10). Nedstengningen har påvirket mengden dataspill og fysisk aktivitet blant ungdommer. Blant ungdommer (12-19 år) fant man at 76% av guttene og 37% av jentene brukte mer tid på dataspill syv uker inn i pandemien sammenlignet med før pandemien. De ungdommer som økte sin tid på dataspill over tid var også mindre fysisk aktive ni måneder inn i pandemien (11). Blant eldre er lengre perioder med sosial isolasjon knyttet til nedsatt kognitiv fungering (9). En metaanalyse viste at personer som hadde vært i isolasjon eller karantene hadde høyere odds for å oppleve depresjon (OR=2,8), angst (OR=2,0) eller andre stressrelaterte problemer (OR=2,7) sammenlignet med kontrollgrupper, i tillegg til en økt tilbøyelighet for å oppleve sinne (12). En metodeutfordring som preger flere av studiene er å kunne skille klart mellom konsekvensene av smitteverntiltak og konsekvensene av pandemien (smitte og sykdom).

Samlet kan nedstengning, karantene og isolasjon ha negative effekter på mental helse og faktorer relatert til fysisk helse, som mer stillesitting (målt som mer tid brukt på dataspill) og mindre fysisk aktivitet.

Færre studier har fokusert på belastningen som oppleves av påbud, f.eks. belastningen av påbud om å bruke ansiktsmasker. I en rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO) (13) pekes det på at ulempen med ansiktsmasker er knyttet til at de er ubekvemme og kan føre til fysisk besvær, spesielt over tid. Ansiktsmasker kan også føre til dårligere kommunikasjon. De kan dessuten oppleves skremmende for mindre barn. En studie fra Saudi-Arabia målte kunnskap om, holdninger til og barrierer forbundet med å bruke ansiktsmaske (14). Studien viste at barrierer mot å bruke ansiktsmaske er knyttet til vansker med å puste (44 %), etterfulgt av at ansiktsmasker gir smerte rundt ørene (42 %), er ubehagelige å ha på (41 %), er vanskelige å bruke sammen med briller (33 %) og at de irriterer huden (14 %) (14). En annen studie viste at noen typer ansiktsmasker (f.eks. N95) ikke bør brukes over lengre perioder på grunn av pustebevis og irritasjon på hud (15).

Hånd- og hudeksem kan oppstå som følge av anbefaling om hyppig håndvask/spriting av hender. Å vaske hendene ofte og lenge, øker risikoen for hudproblem og eksem (16). Studier viser at en høy andel helsepersonell hadde hudeksem under koronapandemien



(17, 18). En dansk studie viste også en stor økning i eksem blant barn i barnehagealder etter at de returnerte til barnehagen (19).

Det er få undersøkelser i Norge og internasjonalt som direkte har undersøkt befolkningens opplevde belastning knyttet til restriksjoner. Ofte fokuseres det på konsekvensene av enkelttiltak. De fleste studiene av tiltaksbelastning undersøker mulige negative helsemessige konsekvenser (fysiske, f.eks. mindre fysisk aktivitet og psykiske, f.eks. angst og depresjon) som følge av ulike tiltak. Samlet kan ulempene knyttet til munnbind/ansiktsmasker og håndhygiene føre til plager. Likevel kan det argumenteres for at konsekvensene av bruk av munnbind/ansiktsmasker og håndhygienerutiner er mindre alvorlige enn konsekvensene av nedstengning av samfunn, isolasjon og karantene for befolkningen generelt. Samtidig er det ikke alle smitteverntiltak som har direkte, negative helsemessige konsekvenser, f.eks. stengte frisørsalonger eller stengte serveringssteder. I hvilken grad folk opplever ulike tiltak som belastende, har i liten grad vært undersøkt. Det er imidlertid behov for studier som kan kaste lys over opplevd tiltaksbelastning. Dette for å få en bedre forståelse av ulempene ved ulike typer tiltak.

## 1.2 Avgrensning og problemstilling

Hensikten med denne rapporten er å undersøke hvilken belastning ulike tiltak ville bety for befolkningen ut fra et scenario der tiltaket ble innført i dag og ville vare 4 uker. Undersøkelsen er basert på spørreskjemametodikk. Datainnsamlingene ble gjennomført i fylkene Agder, Nordland, Oslo og Vestland i desember 2021. Totalt ble 57 397 personer invitert til å delta. Til sammen 22 808 svarte på skjemaene. Deltakelsen var dermed på 39,7 %.

Rapporten har som mål å besvare følgende overordnede problemstillinger og underproblemstillinger:

1. *Tiltaksbelastning som følge av nedstengning av samfunnet*: Hvilke tiltak vil oppleves som mest belastende? Hvor belastende vil tiltak rettet mot begrensinger i 1) service-, fritids- og reisetilbud, 2) sosial kontakt og 3) påbud om smitteverntiltak oppleves? Er det geografiske variasjoner etter fylke og sentralitet (by-distrikt)<sup>1</sup> i opplevelsen av belastninger eller variasjoner på tvers av utdanningsnivå, kjønn og alder?
2. *Tiltaksbelastning for forelderen/den foresatte og barn som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder*: Hvordan vil foreldre/foresatte og barn (rapportert av foreldre/foresatte) oppleve belastningene av tiltak rettet mot barn. Hvor belastende vil tiltak knyttet til 1) skole, 2) testing og 3) fritid oppleves? Er det geografiske variasjoner etter fylke og sentralitet (by-distrikt)<sup>1</sup> i opplevelsen av belastninger og på tvers av foreldres utdanningsnivå, kjønn og alder og barnas klassetrinn<sup>2</sup>?
3. *Økt omsorgsbelastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020*: Har pårørende med omsorgsoppgaver til hjelpetrequende opplevd økt belastning på grunn av nedstengningen høsten 2020? Er det geografiske variasjoner etter fylke og sentralitet (by-distrikt)<sup>1</sup> i opplevd økt belastning på grunn av nedstengningen 2020, eller variasjoner etter kjønn, utdanningsnivå og alder?

---

<sup>1</sup> By-distrikt skilte mellom Agder utenom Kristiansand, Kristiansand, Nordland utenom Bodø, Bodø, Vestland utenom Bergen, Bergen og Oslo

<sup>2</sup> Klassetrinn skilte mellom klassetrinnene 1.-4., 5.-7., 8.-10.trinn og videregående skole (VGS)

## 2 Metode

### 2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

De statistiske analysene som presenteres i denne rapporten er basert på data samlet fra fire norske fylker i desember 2021. Utvalgene er trukket forskjellig. Utvalgene i Agder og Nordland er basert på representative utvalg blant de som deltok i Folkehelseundersøkelsene i Agder, 2019 og Nordland, 2020. Disse respondentene har blitt invitert til to koronaundersøkelser tidligere (første gang i juni/juli 2020 og andre gang i november/ desember 2020). Deltakere fra Oslo og Vestland ble invitert første gang i november/desember 2020, der det ble trukket nye, representative utvalg.

Utvalgene har blitt sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret. Dette fordi undersøkelsen gjennomførtes rent elektronisk (besvares på PC, nettbrett eller smart-telefon) og for å fjerne alle de som hadde reservert seg mot å bli kontaktet og de som ikke hadde digital kontaktinformasjon (e-postadresse og mobilnummer). Personer som hadde bosatt seg i et annet fylke siden den forrige undersøkelsen ble bedt til å velge det fylket de bodde i under den forrige undersøkelsen.

Alle utvalgene ble trukket på en måte som sikrer representativitet. Frafall på grunn av at respondenten har reservert seg mot undersøkelser eller ikke kan kontaktes elektronisk kan likevel ha påvirket representativiteten. Videre, siden utvalgene i Agder og Nordland er trukket ut på en litt annen måte enn utvalgene i Oslo og Vestland, kan dette ha konsekvenser for sammenlignbarheten mellom fylkene og dermed også for tolkning av resultatene. Problemene dette kan medføre er omtalt under avsnittet «Begrensinger ved studien» i diskusjonsdelen (Avsnitt 5).

Datainnsamlinger og datalagring ble gjennomført ved bruk av Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data (TSD), en tjeneste utviklet og levert av Universitetet i Oslo. For å besvare spørreskjemaet ble det laget en egen landingsside på Folkehelseinstituttets hjemmeside der respondenten skulle logge seg inn. Ett av temaene («Om å gi omsorg») var fylkesspesifikt. Dermed måtte respondenten først velge hvilket fylke han/hun bodde i under den forrige undersøkelsen. Dataene ble overført til sikker server ved Folkehelseinstituttet for bearbeidelse og analyser. De som måtte ønske det, kan når som helst få slettet sine opplysninger fra datafilene.

Den 6. desember 2021 ble alle som tidligere hadde blitt invitert og som ikke hadde reservert seg mot å delta i Folkehelseundersøkelsen for Korona (FHUS korona), spurt om å besvare spørreundersøkelsen. Det ble purret to ganger; 10. og 17. desember. Undersøkelsen ble avsluttet den 20. desember, men portalen ble av praktiske grunner stengt først den 21. desember klokken 06:00.

Tabell 1 i Vedlegg 1 viser deltakelsen blant de som var invitert til å være med. Det var totalt 20 808 som deltok, hvorav 12 272 (omtrent 59,0 %) var kvinner og 10 536 menn. Deltakelsen var 52,2 % i Agder og 51,5 % i Nordland. Deltakelsen i den tidligere FHUS korona-undersøkelsen i de samme fylkene var 54,0 % (Agder) og 56,1 % (Nordland). Deltakelsen var 34,5 % i Oslo og 31,9 % i Vestland. Deltakelsen i den tidligere FHUS korona-undersøkelsen i de samme fylkene var 39,8 % (Oslo) og 37,3 % (Vestland). Utvalgets gjennomsnittsalder var 51,5 år ( $SD$  15,0). Blant de som deltok var kvinner ( $M = 49,9$ ,  $SD = 14,8$ ) gjennomsnittlig litt yngre enn menn ( $M = 53,3$ ,  $SD = 14,9$ ),  $t(22\ 806) = -17,60$ ,  $p < ,001$ .

Tabellene 1 og 2a til 2d i Vedlegg del 1 viser prosentandel av de som deltok i undersøkelsen i de fire fylkene etter kjønn og alder. I og med at den inviterte andelen kvinner og menn i ulike aldersgrupper varierte mellom fylkene, kan tabellene ikke sammenlignes direkte. Imidlertid finner vi noen likhetstrekk. I alle fylkene er andelen som deltok i undersøkelsen litt høyere blant kvinner enn blant menn. I alle fylkene er andelen som deltok lav blant menn i yngste aldersgruppe (18-29 år). Også blant yngre kvinner og eldre kvinner er andelen lave.

## 2.2 Spørreskjema

Spørreskjemaet som ble benyttet omfattet følgende tema:

- Livskvalitet
- Demografiske opplysninger
- Landbakgrunn
- Jobb og økonomi
- Nærhet til pandemien
- Etterlevelse av smittevern råd
- Oppfatning av tiltakenes effektivitet
- Mestringsforventninger
- Strukturelle betingelser for å etterleve smittevernråd
- Syn på myndighetenes innsats
- Bekymringer og engstelse
- Helse, psykiske plager og søvn
- Vaksinasjonsstatus og holdninger til vaksiner
- Belastning av smitteverntiltak
- Tiltaksbyrde for barn og unge
- Omsorg for de eldre

På noen av spørsmålene var det mulig å sette kryss for mer enn ett svaralternativ. En del spørsmål var utstyrt med filter og skulle dermed ikke besvares av alle. Skjemaet ble bare tilbudt på bokmål.

## 2.3 Spørsmålsoversikt

Vi vil her begrense oss til å beskrive de variablene som inngår i denne rapporten.

### 2.3.1 Bosted

Variabelen bosted skiller mellom den største byen i et gitt fylke og resten av fylket. I Agder fylke er Kristiansand skilt ut (kommunennummer 1001), i Nordland fylke er Bodø skilt ut (kommunennummer 1804), mens i Vestland fylke er Bergen skilt ut (kommunennummer 4601). Fra Oslo er ikke noen deler skilt ut.

### 2.3.2 Alder og utdanning

Opplysningene om alder er hentet fra Folkeregisteret. Alder er i denne rapporten delt inn i følgende aldersgrupper: 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år og 70 år eller

eldre. Siden respondentene var de samme som ble invitert i oktober 2019 i Agder fylke, februar 2020 i Nordland fylke og november/desember i Oslo og Vestland fylke i 2020, var den laveste alderen i utvalget 19 år når den siste datainnsamling ble gjennomført.

Informasjon om *høyeste* fullførte utdanning er basert på selvrapporing. I denne rapporten blir utdanning oftest brukt som en variabel med fire nivåer: Grunnskole eller lavere (heretter kalt Grunnskole), videregående skolen (heretter kalt VGS), Høyskole/Universitet 2-4 år og Høyskole/Universitet > 4 år.

### 2.3.3 Tiltak rettet mot begrenset sosial kontakt, fritid og reiser

Totalt skulle deltakerne vurdere hvilken belastning 18 ulike smitteverntiltak ville innebære for dem. Det var en liten forskjell i ordlyd mellom de åtte første smitteverntiltakene og de 10 resterende, men ordlydene er vurdert som å besvare samme underliggende spørsmål. Først ble deltakerne bedt om å vurdere følgende 8 smitteverntiltak med ordlyden «*Hvor belastende ville **du** oppleve følgende tiltak hvis de ble innført nå og skulle vare de neste fire ukene?*»:

- Unngå besøk i hjemmet
- Maks fem gjester på besøk i hjemmet
- Forbud mot arrangement
- Holde minst én meter avstand til andre
- Påbud om hjemmekontor
- Ha begrenset antall personer en kan omgå og ha kontakt med (f.eks. ti kontakter per uke)
- Bli satt i karantene etter nærkontakt
- Begrensende besøksmuligheter til nærstående institusjoner (f.eks. sykehus og pleiehjem)

Deltakerne ble deretter bedt om å vurdere følgende 10 smitteverntiltak med ordlyden «*Hvor belastende ville **du** oppleve at følgende tiltak fra og med i dag skulle vare de neste fire ukene?*» Totalt skulle følgende 10 tiltak vurderes:

- Stengte serveringssteder
- Skjenkestopp
- Stengte butikker
- Stengt frisør, hudpleier og liknende
- Stengte kulturtilbud som kinoer, teatre, konserter
- Stengte treningssentre
- Forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne
- Påbud om munnbind på offentlige steder
- Unngå reiser innenlands
- Unngå unødvendige reiser utenlands

Svarkategoriene var: «Ikke belastende», «Litt belastende», «Noe belastende», «Ganske belastende», «Svært belastende» og «Ikke aktuelt».

### 2.3.4 Belastning av tiltak rettet mot barn og unge i skolealder

Spørsmål om hvilken tiltaksbyrde ulike smitteverntiltak ville innebære for barn og unge ble bare gitt til foreldre/foresatte (heretter kalt foresatte), som oppga å ha barn i barneskolealder (1.-4. eller 5.-7. trinn), ungdomsskolealder (8.-10. trinn) og videregående skolealder (VGS) og der barnet var under 18 år. Den foresatte ble først bedt å vurdere hvilken belastning åtte forskjellige tiltak ville innebære for barnet/barna og seg selv. Først skulle foresatte svare ut fra barnets/barnas perspektiv (*Hvor belastende ville **barnet ditt eller barna dine** oppleve følgende tiltak hvis de ble innført fra og med i dag og skulle vare de  neste fire ukene?*) og deretter ut fra sitt eget perspektiv som foresatt (*Hvor belastende ville du som **forelder/foresatt** oppleve følgende tiltak hvis de ble innført fra og med i dag og skulle vare de  neste fire ukene?*).

Tiltak rettet mot barn omfattet:

- Rødt nivå på skoler<sup>1</sup>
- Stengte skoler
- Ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen
- Hyppig testing hjemme eller på skole
- Hyppig testing på teststasjon
- Å bli satt i karantene i 7 døgn
- Ikke kunne delta på fritidsaktiviteter
- Ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser

Spørsmål om de samme åtte tiltakene knyttet til tiltak mot barn og unge ble stilt til foreldre/foresatte (4 ledd med noe forskjellig ordlyd vises)

- Hyppig testing av barnet/barna på teststasjon
- Om barnet/barna blir satt i karantene i 7 døgn
- Om barnet/barna ikke kunne delta på fritidsaktiviteter
- Om barnet/barna ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser

Svarkategoriene var: «Ikke belastende», «Litt belastende», «Noe belastende», «Ganske belastende» og «Svært belastende».

### 2.3.5 Belastning ved å gi omsorg

De som hadde gitt regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til personer som trengte hjelp på grunn av helseproblemer eller høy alder i hele eller deler av perioden siden mars 2020 ble spurt hvor ofte de hadde gitt slik hjelp for omtrent ett år siden (tidspunkt for den forrige datainnsamling)<sup>2</sup> i Vestland og Oslo og hvor ofte de gitt slik hjelp i november-desember 2020 i Agder og Nordland. Merk at tidspunktet for den forrige datainnsamling var tidsperioden november-desember 2020 i alle de fire fylkene. Deltakere som hadde gitt hjelp/tilsyn en eller flere ganger i måneden eller oftere siden tidspunktet fra forrige datainnsamling fikk følgende spørsmål:

<sup>1</sup> Rødt nivå på skolen inkluderer mer omfattende smittevernrestriksjoner til avstand og hygiene på skolen. Mer om forskjellen mellom gult og rødt nivå kan leses på <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/informasjon-om-koronaviruset/smittevernveileder/veileder-om-smittevern-for-videregaende-skole/smitteforebyggende-tiltak/>

<sup>2</sup> Tidspunkt for den forrige datainnsamling var i november og desember 2020.

«Fikk du økte omsorgsoppgaver på grunn av endringer i helse- og omsorgstjenestene under nedstengningen høsten 2020?»

Svarkategoriene var: «Nei», «Ja, og det var belastende for meg» og «Ja, men det gikk greit for meg». Merk, til forskjell fra overnevnte spørsmål omhandler *Belastning ved å gi omsorg* faktiske endringer i livssituasjon

## 2.4 Statistiske analyser

Belastningen av alle tiltak oppsummeres i andeler fra «Ikke belastende» til «Svært belastende», der kategorien «Ikke aktuelt» er kodet som manglende informasjon.

Prinsippal komponentanalyse (PCA) er benyttet for å analysere smitteverntiltakenes dimensjonalitet. PCA analysen benyttes for å kategorisere enkelttiltakene etter type tiltak. Resultatene fra PCA er presentert i Vedlegg del 2. Rapporten kan leses uten å ta hensyn til PCA analysene.

For hvert smitteverntiltak kjører vi et bestemt sett av analyser med noen unntak (se nedenfor). Først vises utfallsvariablene etter bosted både uten og med justering for kjønn, alder og utdanning. Variabelen bosted skiller mellom den største byen i et gitt fylke og resten av fylket (gjelder ikke Oslo). Utdanningsvariabelen i denne analysen inneholder en ekstra kategori for de som er under utdanning eller er under 26 år. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanning eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen. Ved å bruke en ekstra kategori på denne variabelen, i stedet for å utelukke respondenter, beholder vi et større antall observasjoner som inngår i analysene av forskjeller mellom fylker.

At vi justerer, betyr at vi beregner tall for hvert enkelt fylke under den forutsetning at fylkene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. I denne rapporten legger vi vekt på de ujusterte forskjellene og kommenterer i teksten dersom de justerte avviker tydelig fra de ujusterte.

Deretter presenteres utfallsvariabelen etter utdanningsnivå og kjønn. Analysene blir gjort på de som er 26 år og eldre og som ikke er under utdanning. I tillegg er det justert for bosted og alder.

Deretter presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn med justering for bosted.

Til sist rapporteres utfallsvariablene som gjelder belastninger for de foresatte og belastninger for barna av tiltak rettet mot barn.

Det er noen unntak fra framgangsmåten som er beskrevet ovenfor. Dette gjelder analyser av (1) foresattes og barnas belastning som følge av smitteverntiltak rettet mot barn og (2) økt omsorgsbelastning på grunn av økte omsorgsoppgaver som følge av endringer i helse- og omsorgstjenester under nedstengningen høsten 2020.

1) I likhet med de tidligere analysene, beskriver vi først hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for de foresatte etter bosted, utdanning og alder (slik som beskrevet ovenfor). Deretter gjennomfører vi to analyser der vi undersøker (i) den foresattes og deretter (ii) barnets opplevde belastning rapportert av den foresatte, etter bosted og klasstrinn. I disse analysene inngår bare de foresatte som har barn i én av klasstrinn-gruppene (1.-4., 5.-7., 8.-10. og VGS). Belastning av tiltak rettet mot barn etter klasstrinn gir best mening dersom man klart kan skille mellom de foresatte som bare har barn i én av

klassetrinngruppene. Utfallsvariablene vises etter klassetrinngruppe (justert for bosted). Utfallsvariablene etter bosted (justert for klassetrinn) vises i Vedlegg del 5.

2) Økte belastninger som følge av økte omsorgsoppgaver på grunn av endringer i helse- og omsorgstjenestene under nedstengingen 2020, ble analysert kun blant de som hatt omsorgsoppgaver. Analysene er gjennomført etter bosted, utdanning og alder, slik som beskrevet ovenfor, men fordi det er få personer som opplevde en økt belastning, skiller vi ikke her mellom menn og kvinner.

Alle analysene er gjennomført separat for kvinner og menn (unntatt for økte omsorgsoppgaver). Resultatene blir deretter sammenstilt og presentert ved bruk av stolpediagram som også viser totalgjennomsnitt og 95 % konfidensintervall (KI). Forskjeller regnes som statistisk signifikante, eller statistisk sikre, dersom 95 %KI ikke overlapper mellom ulike grupper.

Stolpediagrammene har y-akser (den vertikale akse) som starter på den laveste verdien på skalaen, som er tallet 0 (null) ved prosentueringer av binære utfallsvariabler. Y-aksen slutter ofte på verdier som er lavere enn skalaens største verdi. Dette kan føre til at forskjellene mellom grupper virker større enn de faktisk er. Dette blir gjort slik fordi det da er lettere å se forskjeller mellom grupper og fordi det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

For å skille mellom høy og lav grad av belastning er skårene dikotomisert. Deltakere med en skåre under 4 ( $1 \leq x \leq 3$ ; kategoriene «Ikke belastende», «Litt belastende» og «Noe belastende») er definert som i lav grad belastet av tiltak, mens deltakere med skåre på 4 og over ( $4 \leq x \leq 5$ ; kategoriene «Ganske belastende» og «Svært belastende») er definert som i høy grad belastet av tiltak. Figurene er rangert fra tiltaket med størst andel som rapporterte høy grad av belastning til tiltaket med lavest andel.

Siden utfallsvariablene er binære, har vi benyttet logistisk regresjon. Alle prediktorene er kategorielle.

I analysene om omsorgsbelastning benyttes odds ratio (OR) for å vise effektstørrelsen på dikotome utfallsvariabler. OR som rapporteres er forskjellen mellom gruppen med høyest odds sammenlignet med gruppen med lavest odds.

I Vedlegg del 4 presenteres tabeller med ujusterte andeler som rapporterer høy belastning etter kjønn og sentralitet (tabellene 1-32) og sentralitet og barnets klassetrinn (33-48).

De statistiske analysene ble gjort ved bruk av SPSS versjon 27 og STATA versjon 17. SPSS ble benyttet for å undersøke dimensjonalitet og indre konsistens i skalaene. STATA ble benyttet til modellering (logistisk regresjonsanalyse) og utarbeidelse av figurer.

## 3 Resultater

### 3.1 Belastning av smitteverntiltak

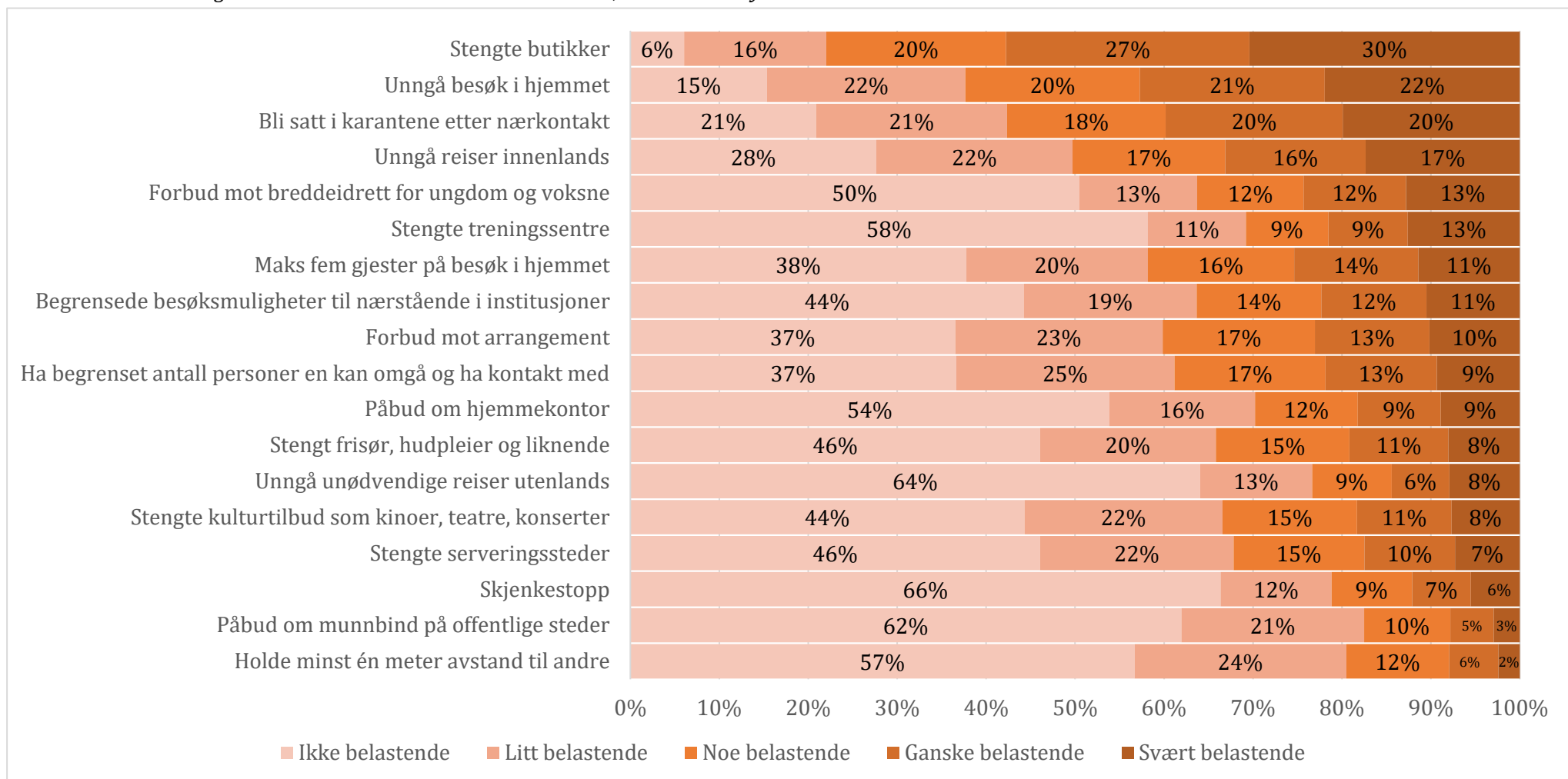
Belastning av 18 forskjellige smitteverntiltak ble målt på en skala som gikk fra «Ikke belastende» til «Svært belastende», i tillegg til kategorien «Ikke aktuelt». Figur 1 viser ulike smitteverntiltak etter synkende grad av andeler som rapporterte tiltaket «Svært belastende». Før analysen ble «Ikke aktuelt» definert som manglende svar. Fire ledd har høye andeler med «Ikke aktuelt»-responser. På leddet *påbud om hjemmekontor* svarte 28,8 % «Ikke aktuelt» og *begrensede muligheter til å besøke nærstående i institusjoner* svarte 24,7 % «Ikke aktuelt». På *stengte treningsentre og forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne* svarte henholdsvis 9,8 % og 16,6 % «Ikke aktuelt».

Figur 1 viser at 57,8 % av deltakerne rapporterte *stengte butikker* ville innebære en høy grad av belastning («Ganske belastende» eller «Svært belastende»), etterfulgt av *å unngå besøk i hjemmet* (42,7 %), *bli satt i karantene etter nærkontakt* (39,8 %) og *forbud mot innlandsreiser* (33,1 %). Totalt rapporterte henholdsvis 24,3 % og 21,5 % at *forbud mot breddeidrett* og *stengte treningsentre* ville innebære en høy grad av belastning, samtidig som henholdsvis 50,5 % og 58,2 % rapporterte at disse tiltakene *ikke* ville innebære en høy grad av belastning. Dette blir videre etterfulgt av en rekke tiltak som begrenser sosiale kontakt- og servicetilbud. Samlet sett kan det tolkes som at tiltak som begrenser sosial kontakt ville innebære en større belastning enn begrensinger i servicetilbud. Blant annet kan man se at lavere andeler opplevde sosiale begrensinger som ikke belastende sammenlignet med begrensinger i servicetilbud (med unntak av *forbud mot arrangement*). Det var en større andel som rapporterte at det å *unngå reiser innenlands* (33,1 %) ville innebære en høy grad av belastning enn det å *unngå unødvendige reiser utenlands* (14,4 %), samtidig som henholdsvis 27,6 % og 64,1 % rapporterte at disse tiltakene *ikke* ville innebære en høy grad av belastning. De tre enkelttiltakene som ville være minst belastende var *skjenkestopp*, etterfulgt av *å holde minst én meter avstand til andre* og *påbud om munnbind på offentlig sted*. Andelen som rapporterte at disse tiltakene ville bety høy grad av belastning var henholdsvis 12,1 %, 7,9 % og 7,8 %.

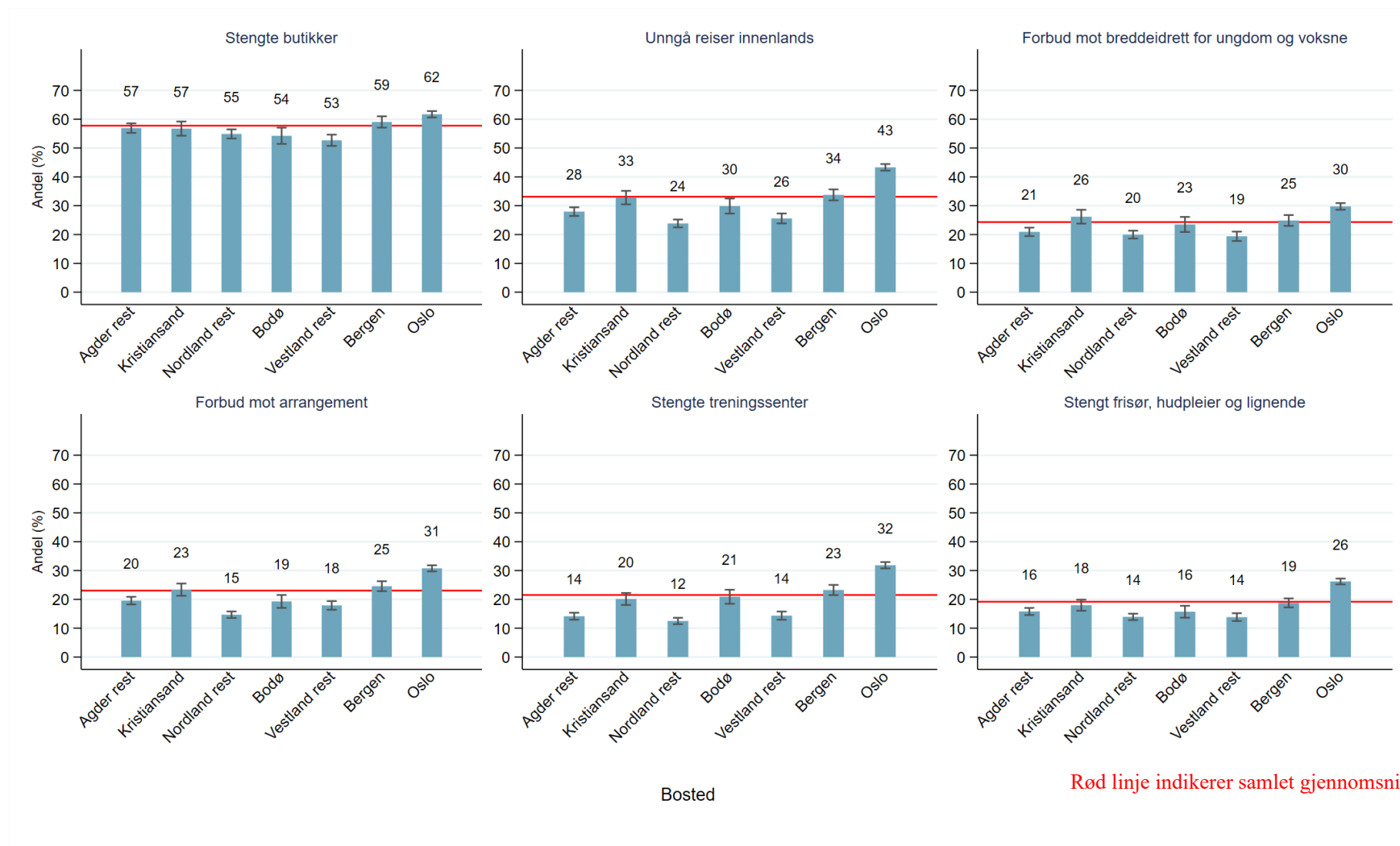


Figur 1.

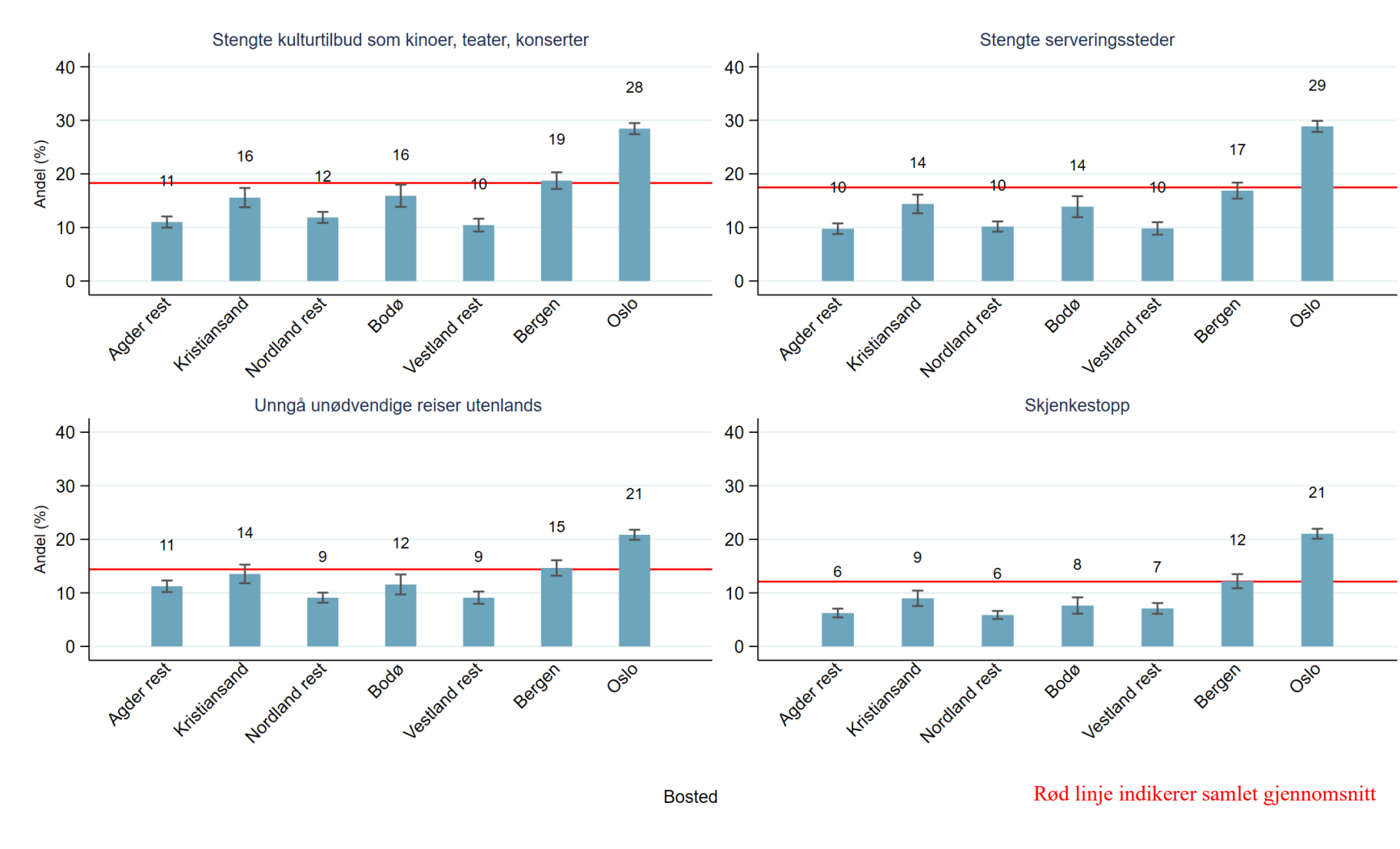
Grad av belastning som ulike smitteverntiltak ville innebære, sortert etter synkende andel som har vurdert tiltaket 'Svært belastende'.



**Figur 1.1. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til begrensinger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter bosted.**



**Figur 1.2. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til begrensinger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter bosted.**



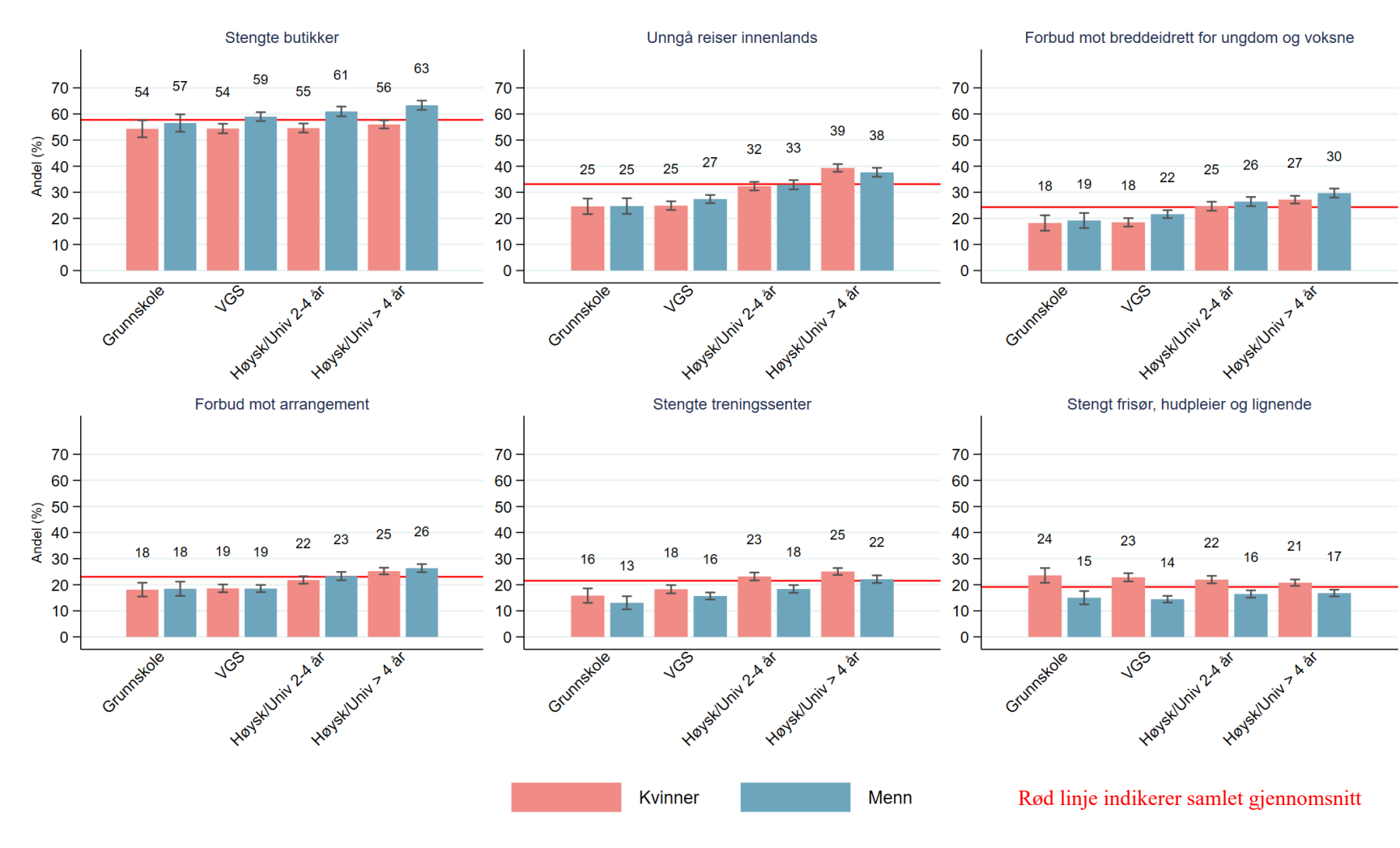
Figurene 1.1 og 1.2 viser andelene som rapporterte at tiltak knyttet til begrensinger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter bosted.

Tallene viser at den største andelen med rapportert høy grad av belastning var for *stengte butikker*, mens *skjenkestopp* hadde den laveste. Figurene viser et nokså konsistent mønster på tvers av enkelttiltak, med unntak av *stengte butikker*. En større andel rapporterte høy grad av belastning i Oslo enn de andre regionene. I tillegg var det en større andel som rapporterte høy grad av belastning i de største byene sammenlignet med regionene foruten de største byene (se tabell 1-10 Vedlegg del 4).

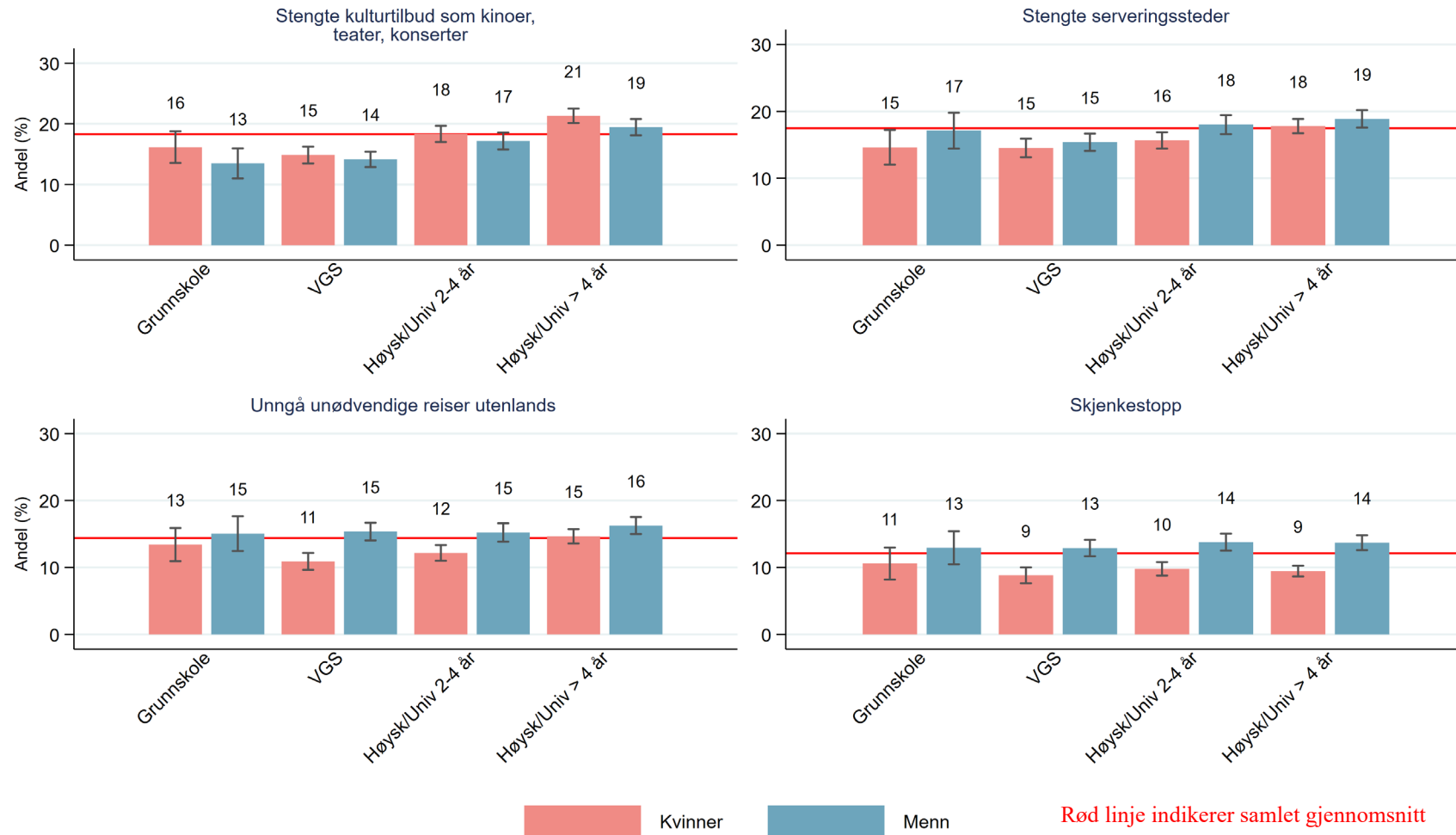
Andelen som rapporterte høy grad av belastning var, som nevnt ovenfor, høyest for *stengte butikker*. De regionale forskjellene var imidlertid mindre som følge av *stengte butikker* enn for de andre tiltakene.

Det var noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Oslo, der de justerte verdiene er nærmere gjennomsnittet etter justering for alder, kjønn og utdanning.

**Figur 2.1. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til begrensinger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter utdanning (justert for bosted og alder).**



**Figur 2.2. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til begrensninger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter utdanning (justert for bosted og alder).**



Figurene 2.1 og 2.2 viser andelen som rapporterte at begrensinger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter utdanning<sup>1</sup> og kjønn.

I de fleste enkelttiltak øker andelen som rapporterte høy grad av belastning med høyere grad av fullført utdanningsnivå. Unntakene var tiltakene *stengt frisør, hudpleier og lignende, stengte serveringssteder, unngå unødvendige reiser utenlands* og *skjenkestopp*, der det ikke var klare forskjeller etter utdanningsnivå.

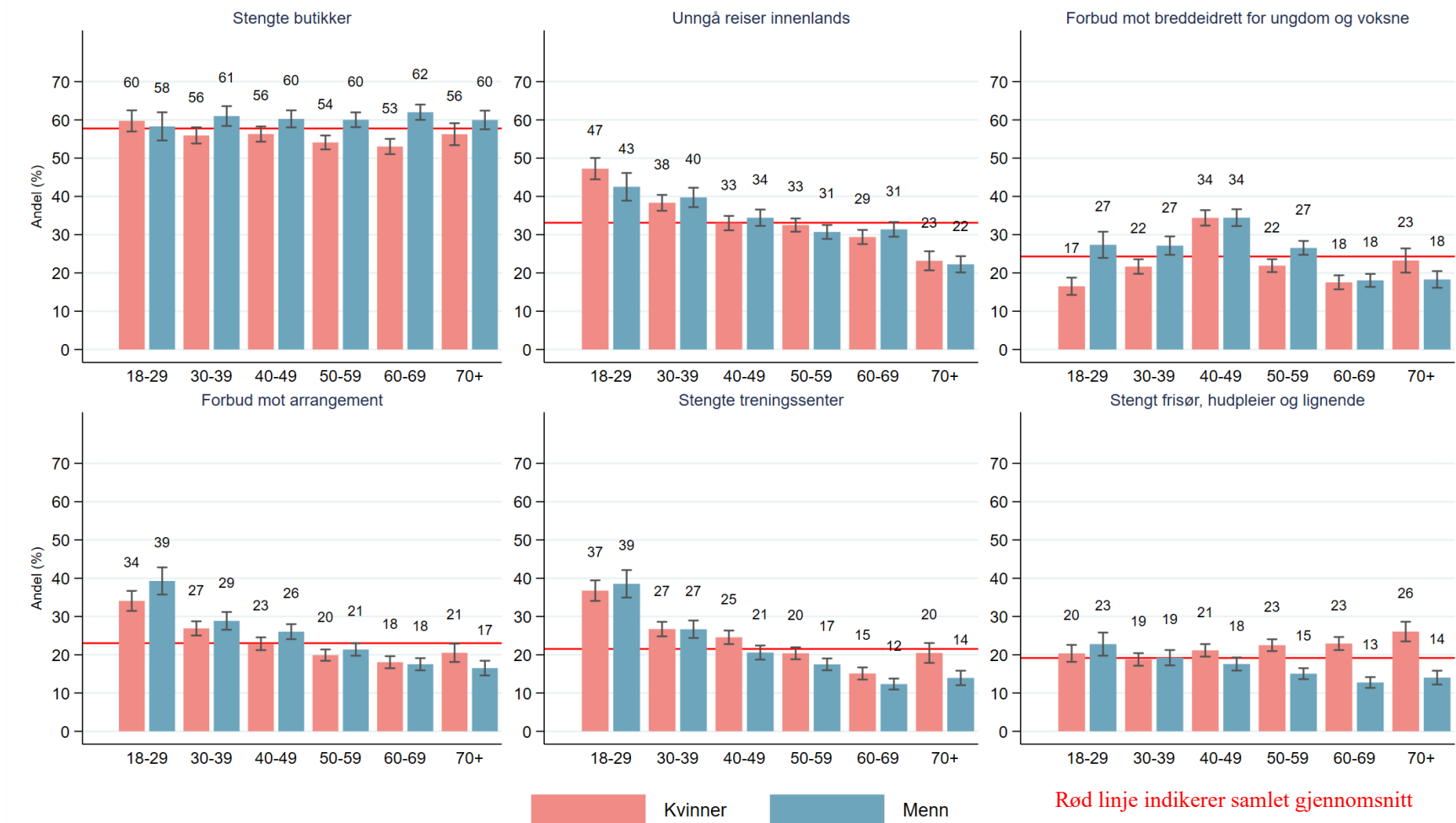
Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *stengte serveringssteder, skjenkestopp* og *begrensinger i utenlandsreiser* er jevn etter utdanningsnivå.

Det var noen kjønnsforskjeller. En noe større andel menn enn kvinner rapporterte at *stengte butikker, forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne, det å unngå unødvendige utenlandsreiser* i tillegg til *skjenkestopp* ville innebære høy grad av belastning i en eller flere av utdanningsnivåene. En større andel kvinner enn menn rapporterte at *stengte treningssentre, stengt frisør, hudpleier og lignende* og *stengte kulturtilbud* ville bety høy grad av belastning i en eller flere av utdanningsnivåene.

---

<sup>1</sup> Kategorien grunnskole består av de deltakerne som har fullført grunnskole eller mindre som høyeste fullførte utdanningsnivå.

**Figur 3.1. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til begrensninger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter alder (justert for bosted).**





**Figur 3.2. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til begrensninger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter alder (justert for bosted).**



Figurene 3.1 og 3.2 viser andelen som rapporterte at begrensinger i service-, fritids- og reisetilbud ville innebære høy grad av belastning etter alder.

Et nokså konsistent mønster kan observeres i andelen som rapporterte at tiltakene ville innebære en høy grad av belastning etter alder. For mange av tiltakene synker andelen som rapporterte høy grad av belastning med økende alder. Dette gjelder tiltakene *unngå unødvendige reiser innenlands, forbud mot arrangement, stengte treningssenter, stengte kulturtilbud, stengte serveringssteder og skjenkestopp*.

For andre tiltak var det noe mer kompleks sammenheng med alder. Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *stengte kulturtilbud, forbud mot arrangement og stengte treningssenter* øker blant de eldste kvinnene sammenlignet med aldersgruppen som bestående av de nest eldste.

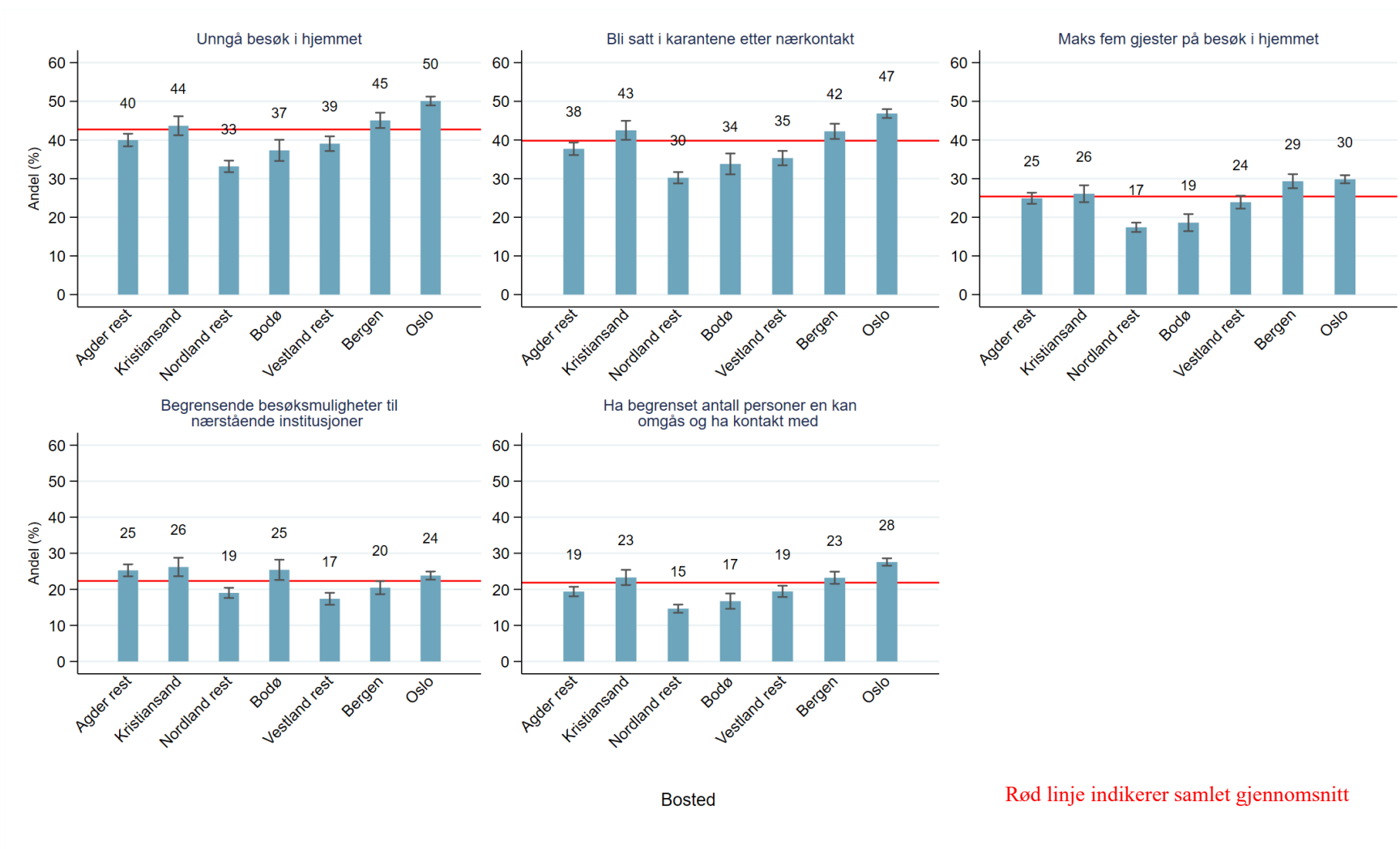
Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *stengt frisør, hudpleier og lignende* øker svakt med alderen blant kvinner og synker med økende alder blant menn.

Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne* er høyest i aldersgruppen 40-49 år for både kvinner og menn. Merk også at andelen som rapporterte høy grad av belastning øker blant kvinner i den eldste aldersgruppen sammenlignet med den nesteldste aldersgruppen.

Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av å *unngå unødvendige reiser utenlands* synker trinnvis. Blant kvinner er andelen som rapporterte høy grad av belastning jevn mellom de to yngste aldersgruppene for å siden synke og jevnes ut med økende alder. Blant menn er andelen som rapporterte høy grad av belastning jevn frem til aldersgruppen 60-69 år for siden å synke.

Det sees noen kjønnsforskjeller. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte høy grad av belastning som følge av tiltakene *stengte butikker, stengte serveringssteder, unngå unødvendige reiser utenlands og skjenkestopp* i en eller flere av alderskategoriene. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte høy grad av belastning som følge av *stengte treningssenter, stengt frisør, hudpleier og lignende* og *stengte kulturtilbud* i en eller flere av alderskategoriene. Angående *forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne* rapporterte menn i den yngste aldersgruppen og gruppen 50-59 år en høyere grad av belastning sammenlignet med kvinner, mens kvinner i den eldste aldersgruppen rapporterte høyere grad av belastning sammenlignet med menn.

**Figur 4. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til sosiale begrensinger ville innebære høy grad av belastning etter bosted.**

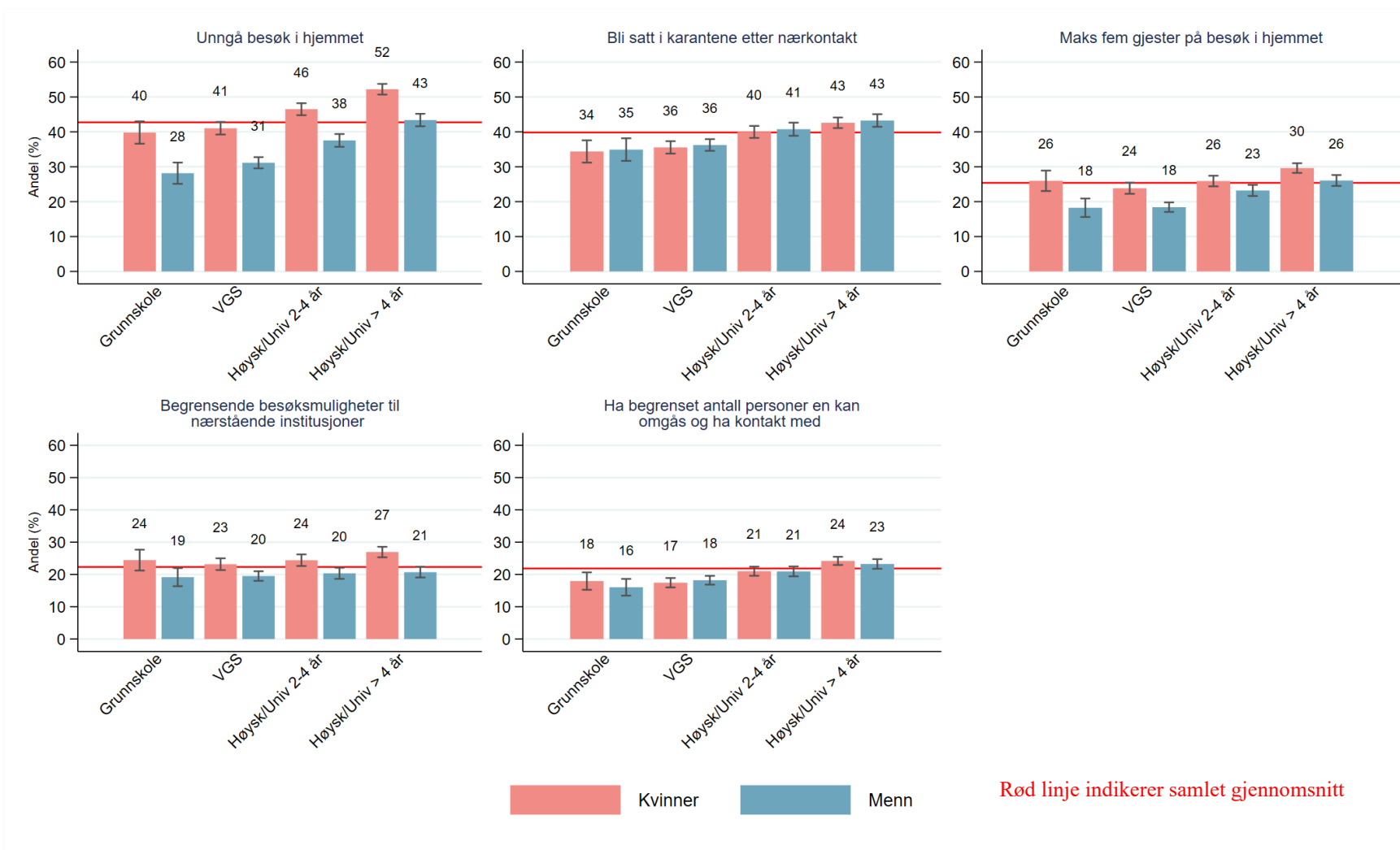


Figur 4 viser andelen som rapporterte at tiltak knyttet til sosiale begrensinger ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.

Tallene viser at en større andel rapporterte høy grad av belastning i de største byene sammenlignet med regionene utenom de største byene. I Oslo var det en større andel som rapporterte høy grad av belastning som følge av å *unngå besøk i hjemmet, bli satt i karantene etter nærkontakt* og å *begrense antall personer en kan omgås med* enn de andre geografiske regionene. Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *begrensede besøksmuligheter til nærstående i institusjoner* var omtrent lik i Oslo, Agder, Kristiansand og Bodø.

Det var noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Oslo og Agder (i enkelttiltaket *unngå besøk i hjemmet*), der de justerte verdiene er nærmere gjennomsnittet etter justering for alder, kjønn og utdanning.

**Figur 5. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til sosiale begrensinger ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning og kjønn (justert for bosted og alder).**



Figur 5 viser andelen som rapporterte at tiltak knyttet til sosiale begrensinger ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning<sup>1</sup> og kjønn.

Andelene som rapporterte at tiltakene ville innebære en høy grad av belastning økte blant kvinner og menn med høyere grad av fullført utdanningsnivå for alle enkelttiltak, unntatt for *begrensede besøksmuligheter til nærstående institusjoner*. Andelene som rapporterte at tiltakene ville innebære en høy grad av belastning som følge av *begrensede besøksmuligheter til nærstående på institusjon* er jevn på tvers av utdanningsnivå for både kvinner og menn.

Det var kjønnsforskjeller. En større andel kvinner enn menn, på tvers av utdanningsnivå, rapporterte at tiltakene å *unngå besøk i hjemmet, maks fem gjester på besøk i hjemmet* og *begrensede besøksmuligheter til nærstående på institusjon* ville innebære en høy grad av belastning.

---

<sup>1</sup> Kategorien grunnskole består av de deltakerne som har fullført grunnskole eller mindre som høyeste fullførte utdanningsnivå.

**Figur 6. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til sosiale begrensninger ville innebære en høy grad av belastning etter alder og kjønn (justert for bosted).**



Figur 6 viser andelene som rapporterte at tiltak knyttet til sosiale begrensinger ville innebære en høy grad av belastning etter alder og kjønn.

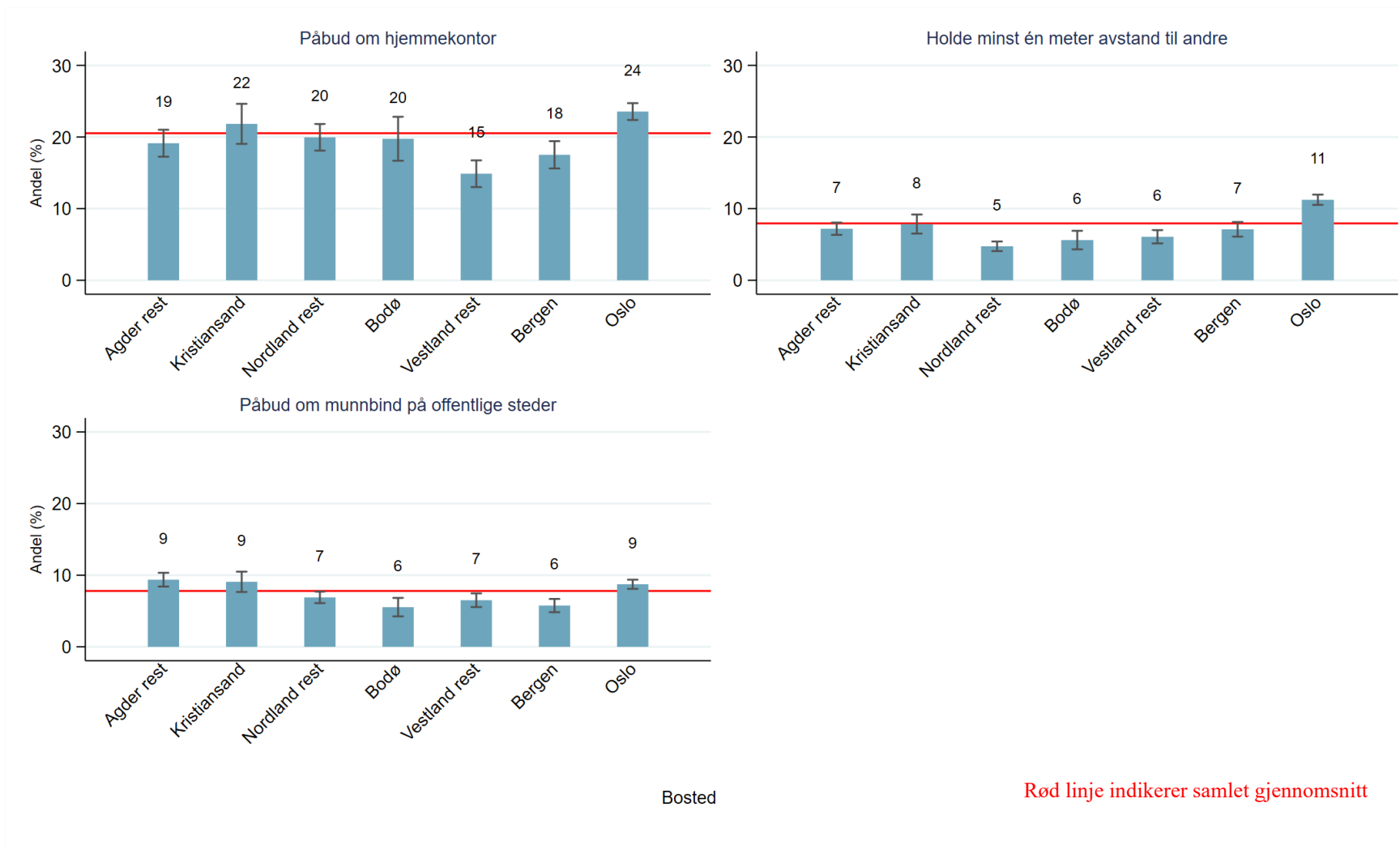
I de fleste enkelttiltak knyttet til sosiale begrensinger var andelene som rapporterte høy grad av belastning høyest i den yngste aldersgruppen og sank med økende alder.

Det varierer imidlertid litt mellom enkelttiltakene i hvilken grad andelen som rapporterte høy grad av belastning synker med økende alder. For tiltakene *unngå besøk i hjemmet og maks fem gjester på besøk* synker andelene som rapporterte høy grad av belastning frem til 40-49 år for å siden jevne seg noe ut med økende alder. For tiltaket *å bli satt i karantene etter nærkontakt* reduseres andelen som rapporterte høy grad av belastning noe og trinnvis blant kvinner (mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år, i tillegg mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år). Blant menn er andelene som rapportere høy grad av belastning for dette tiltaket jevn frem til den eldste aldersgruppen der den rapporterte belastning synker.

Til forskjell fra de øvrige tiltakene om sosial begrensing var andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *begrensede besøksmuligheter til nærstående på institusjon* jevn frem til 40-49 år, for siden å øke og jevne seg ut med økende alder

Det var kjønnsforskjeller. I en eller flere alderskategorier rapporterte en større andel kvinner enn menn høy grad av belastning som følge av tiltakene *unngå besøk i hjemmet, maks fem gjester på besøk i hjemmet og begrensede besøksmuligheter til nærstående på institusjoner*. En større andel menn enn kvinner rapporterte høy grad av belastning som følge av *å bli satt i karantene etter nærkontakt* i aldersgruppen 60-69 år, mens en høyere andel kvinner enn menn rapporterte en høy grad av belastning i de to yngste alderskategoriene.



**Figur 7. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til andre påbud ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.**

Figur 7 viser andelen som rapporterte at tiltak knyttet til andre påbud ville innebære en høy grad av belastning etter bosted. Responser angående enkelttiltaket *påbud om hjemmekontor* består av de som var yrkesaktive (heltid, deltid eller selvstendig næringsdrivende) og under 70 år.

Tallene viser at en større andel i Oslo rapporterte at andre påbud ville innebære en høy grad av belastning sammenlignet med de andre regionene, unntatt enkelttiltaket *påbud om munnbind på offentlige steder*.

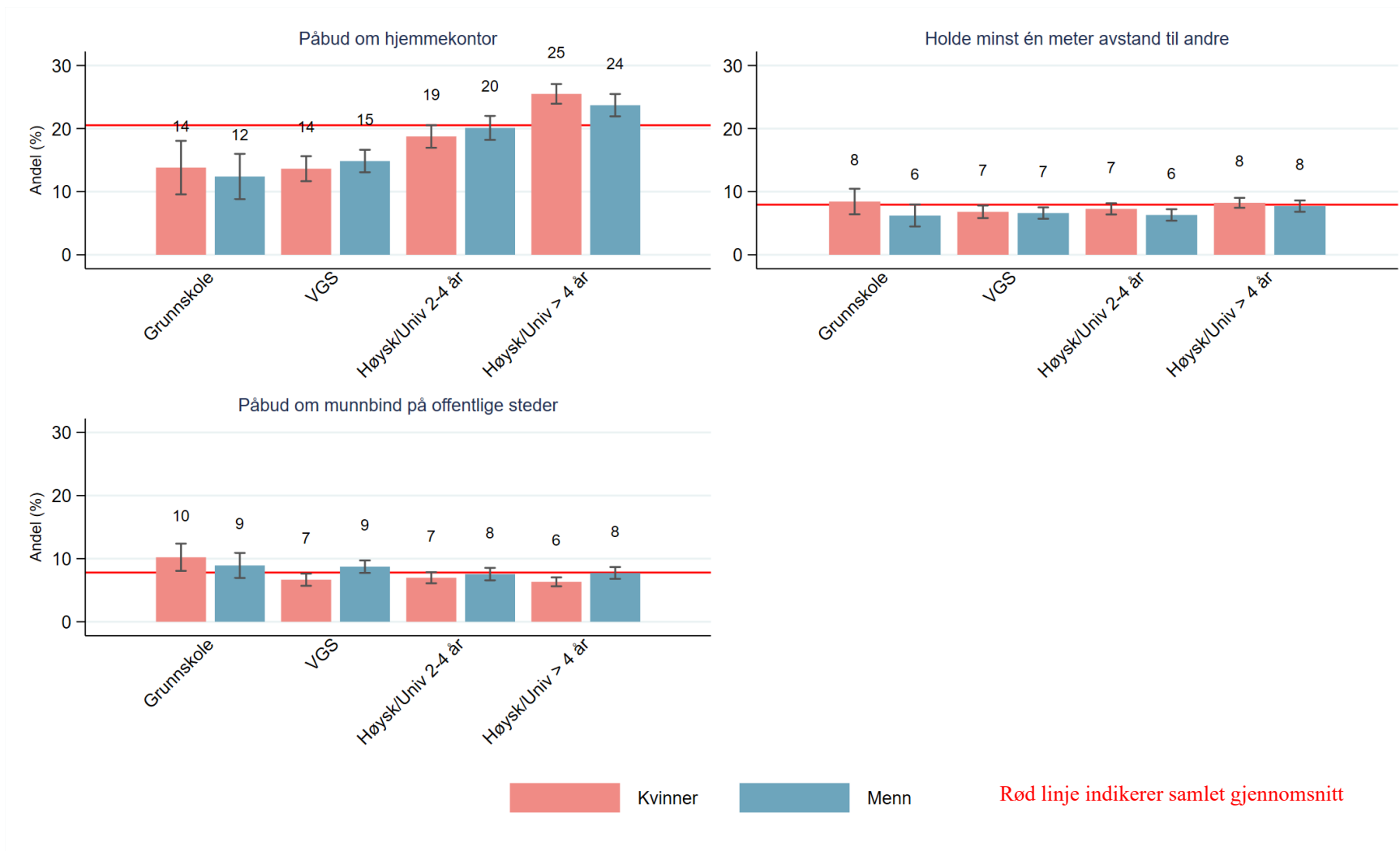
Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *påbud av hjemmekontor* var noe større i de største byene sammenlignet med regionene utenom de største byene.

Sett bort fra Oslo, er det derimot lite variasjon mellom de største byene og regionene foruten de største byene i andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av å *holde minst én meter avstand* til andre.

Det er ingen variasjon i responser om tiltaket om *påbud om munnbind* mellom de største byene og regioner utenom de største byene, spesielt dersom Oslo holdes utenfor.

Det var noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Oslo, Agder og Kristiansand, spesielt i variabelen *påbud om hjemmekontor*, der de justerte verdiene er nærmere gjennomsnittet etter justering for alder, kjønn og utdanning.

**Figur 8. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til andre påbud ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning og kjønn (justert for bosted og alder).**



Figur 8 viser andelen som rapporterte at tiltak knyttet til andre påbud ville innebære en høy grad av belastning etter utdanningsnivå<sup>1</sup> og kjønn. Variabelen *påbud om hjemmekontor* består av de som var yrkesaktive (heltid, deltid eller selvstendig næringsdrivende) og under 70 år.

Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *påbud om hjemmekontor* øker med høyere utdanningsnivå blant både kvinner og menn.

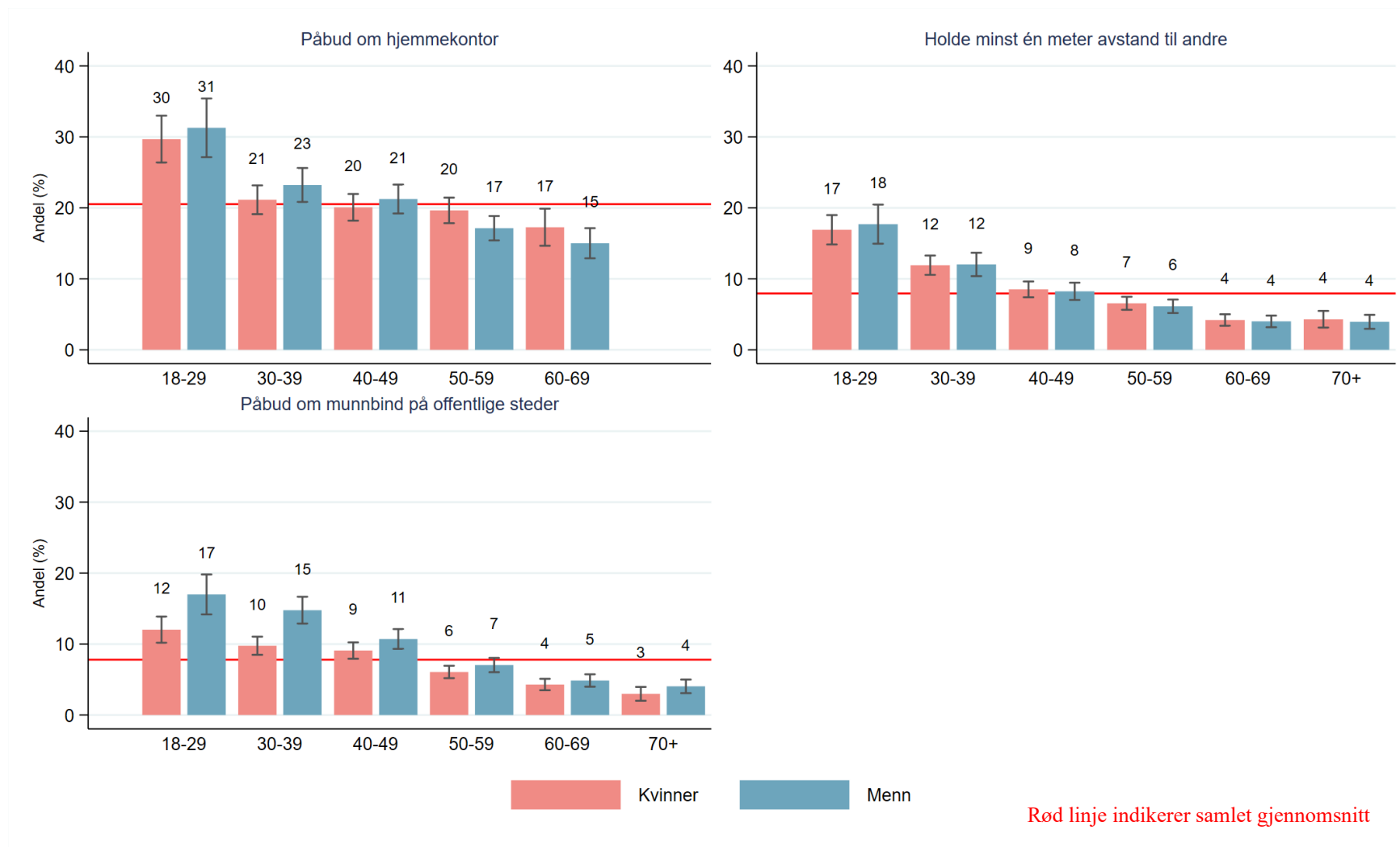
Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *holde minst én meter avstand til andre* er jevn på tvers av utdanningsnivå.

Blant kvinner er andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *påbud om munnbind på offentlige steder* størst blant de med grunnskoleutdanning, for å siden reduseres og jevnes ut med økende utdanning. Blant menn er andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *påbud om munnbind på offentlige steder* jevn på tvers av utdanningsnivå.

---

<sup>1</sup> Kategorien grunnskole består av de deltakerne som har fullført grunnskole eller mindre som høyeste fullførte utdanningsnivå.

**Figur 9. Andelen som rapporterte at tiltak knyttet til andre påbud ville innebære en høy grad av belastning etter alder og kjønn (justert for bosted).**



Figur 9 viser andelene som rapporterte at tiltak knyttet til andre påbud ville innebære en høy grad av belastning etter alder og kjønn. Variabelen *påbud om hjemmekontor* består av de som var yrkesaktive (heltid, deltid eller selvstendig næringsdrivende) og under 70 år.

For alle tiltak presentert i figur 9 er det overordnede bildet at andelen som rapporterte høy grad av belastning synker med økende alder. Variasjonen over alder varierte imidlertid litt mellom tiltakene.

Blant kvinner er andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *påbud om hjemmekontor* høyest i den yngste aldersgruppen for å siden synke og jevnes ut med økende alder. Blant menn er andelen som rapporterte stor belastning høyest i den yngste aldersgruppen for å deretter synke trinnvis med økende alder.

Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av å *holde minst én meter avstand til andre* og *påbud om munnbind på offentlige steder* synker med økende alder for begge kjønn. En større andel menn enn kvinner i de to yngste aldersgruppene rapporterte høy grad av belastning som følge av *påbud om munnbind*.

### 3.2 Belastning av tiltak rettet mot barn i skolealder

Foreldre/de foresatte (heretter kalt foresatte) med barn i barneskolealder (1.-4 og 5.-7. trinn), ungdomsskolealder (8.-10. trinn) eller videregående skolealder (VGS) (heretter kalt klasstrinn) og der barnet var under 18 år, ble spurt om å rapportere hvilken belastning åtte ulike tiltak rettet mot barn ville innebære for dem. Den foresatte ble også spurt om å rapportere hvilken belastning det ville innebære for barnet/barna (se seksjon 3.2.3). I alt var det 22 527 av 22 808 (98,8 %) respondenter som svarte om de hadde omsorg for ett eller flere barn under 18 år. Av disse ble 163 observasjoner omkodet til manglende svar. Åtte foresatte hadde ikke oppgitt klasstrinngruppen til barnet/barna. I 155 tilfeller var det registrert flere klasstrinngrupper enn antall barn (foresatte som oppgav ett barn, men registrerte to klasstrinngrupper, oppgav to barn, men registrerte tre klasstrinngrupper etc.). Dette førte til at utvalget ble redusert til 22 364. Av disse var det totalt 6 694 foresatte som rapporterte ett eller flere barn der 5 382 hadde ett eller flere barn i skolealder. Tabell 4 viser kombinasjon av barn i skolealder etter klasstrinngruppe.

Tabell 4.

Barn i skolealder etter klasstrinn og der barnet/barna er under 18 år. Omfatter bare foresatte som har barn under 18 år.

Klasstrinn	<i>n</i>	%
1.-4.	1,130	21,0
5.-7.	495	9,2
1.-4., 5.-7.	607	11,3
8.-10.	711	13,2
1.-4., 8.-10.	172	3,2
5.-7., 8.-10.	462	8,6
1.-4., 5.-7., 8.-10.	144	2,7
VGS	819	15,2
1.-4., VGS	48	0,9
5.-7., VGS	152	2,8
1.-4., 5.-7., VGS	27	0,5
8.-10., VGS	420	7,8
1.-4., 8.-10., VGS	38	0,7
5.-7., 8.-10. VGS	139	2,6
1.-4., 5.-7., 8.-10., VGS	18	0,3

Det totale utvalget var på 22 364. Av disse oppga 16 982 (75,9%) at de ikke hadde barn eller hadde barn yngre enn skolealder, mens 5 382 foreldre/foresatte hadde ett eller flere barn i skolealder. Klasstrinn = 1.-4. klasstrinn, 5.-7. klasstrinn, 8.-10. klasstrinn og VGS og der barnet er under 18 år.

I de neste analysene blir det redegjort for den foresattes rapporterte belastning ved ulike tiltak rettet mot barn og deretter hvordan de foresatte vurderer belastningen for barna.

### 3.2.1 Den foresattes belastning som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder

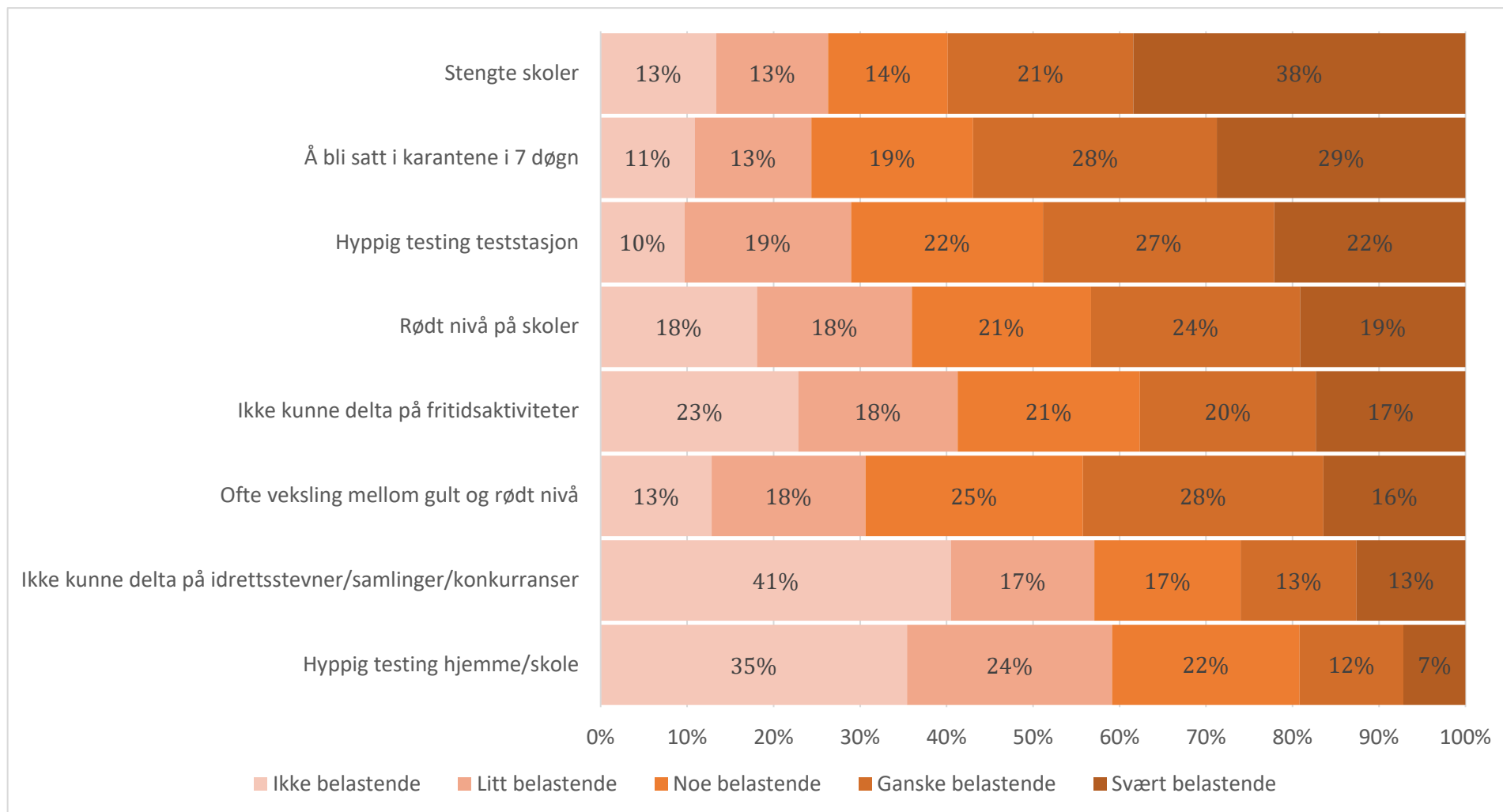
Den tenkte belastningen av åtte smitteverntiltak rettet mot barn ble målt på en skala som gikk fra «Ikke belastende» til «Svært belastende». Figur 10 viser hvilken belastning åtte ulike smitteverntiltak ville innebære for den foresatte. Figur 10 viser at *stengte skoler* (59,9 %), etterfulgt av at barnet blir satt i *karantene i 7 døgn* (56,9 %) og *hyppig testing på teststasjon* (48,9 %) ville innebære den største belastningen (høyest andel som vurderte tiltaket «Ganske belastende» eller «Svært belastende»). De resterende tiltakene rettet seg mot både skole (*rødt nivå* og *ofte veksling mellom gult og rødt nivå*) og begrensinger i fritidsaktivitet (*å ikke kunne delta på stevner/samlinger og konkurranser*). Merk at mesteparten rapporterte lav grad av belastning som følge av å *ikke kunne delta på idrettsstevner* (59,1 %), etterfulgt av *hyppig hjemmetesting* (57,1 %) («Ikke belastende» eller «Litt belastende»).

Foresatte i aldersgruppene 18-29 år, 60-69 år og 70 år og eldre ble fjernet i de kommende analysene fordi de hadde få barn i skolealder (35 foresatte i aldersgruppen 18-29 rapporterte å ha barn i skolealder; 117 blant de som var 60-69 år og 15 blant de som var 70 år og eldre). Det endelige utvalget i de kommende analysene er 5 215.

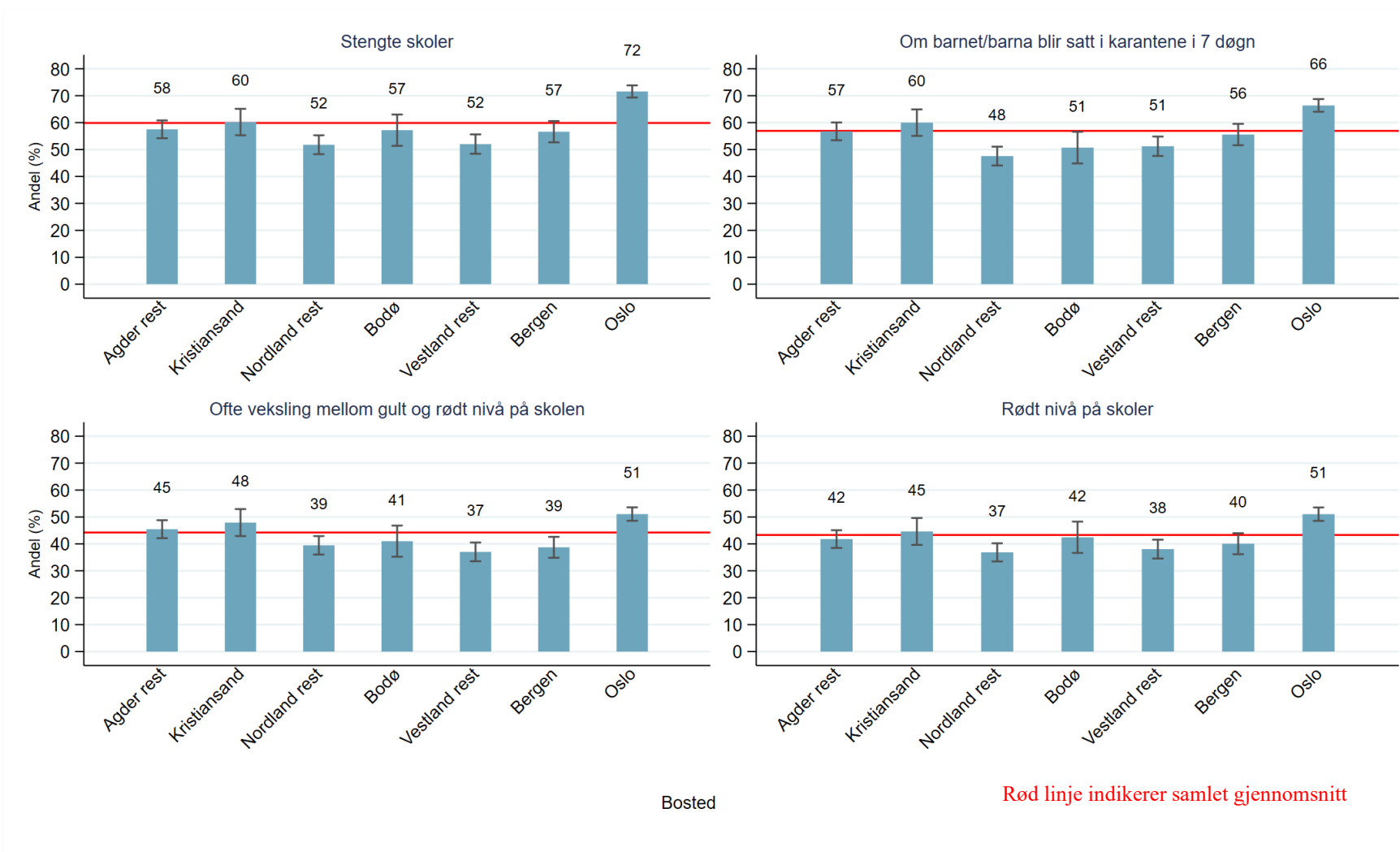


Figur 10.

*Grad av belastning som ulike smitteverntiltak rettet mot barn ville innebære for den foresatte, sortert etter synkende grad av 'Svært belastende'.*



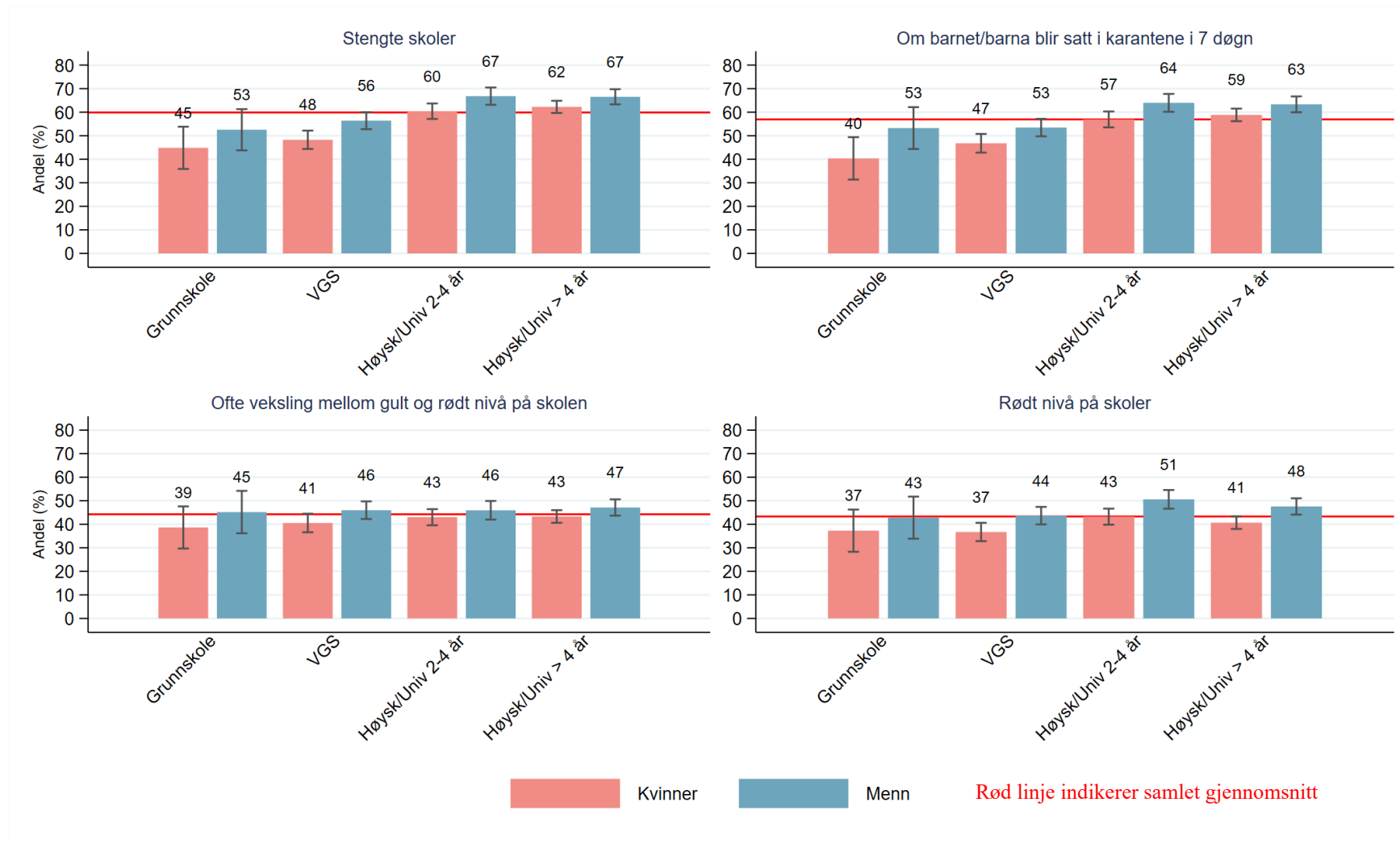
**Figur 11. Andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.**



Figur 11 viser andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.

Tallene viser en større andel med rapportert høy grad av belastning i Oslo sammenlignet med de andre regionene. Det var også noe forskjell mellom de største byene og regionene utenom de største byene, der en høyere andel i de største byene rapporterte om høy grad av belastning sammenlignet med regionene utenom de største byene (se også Vedlegg 4, tabell 19-22).

**Figur 12. Andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning (justert for bosted og alder).**



Figur 12 viser andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter utdanningsnivå.

Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning øker med høyere grad av fullført utdanningsnivå for både kvinner og menn for tiltaket *stengte skoler*.

Blant kvinner øker andelen som rapportere høy grad av belastning med høyere grad av fullført utdanningsnivå som følge av *om barnet/barna blir satt i karantene i 7 døgn*. Blant menn var andelen lavere blant de med VGS enn de med høyskole/universitetsnivå.

Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av *ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen* var derimot jevn etter utdanningsnivå for både kvinner og menn.

Blant kvinner var andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *rødt nivå på skolen* jevn på tvers av utdanningsnivå, unntatt mellom VGS og de to høyskole/universitetsnivåene, der andelen var lavere blant de med VGS enn de med høyskole/universitetsnivå. Blant menn var andelen som rapporterte høy grad av belastning jevn på tvers av utdanningsnivå.

Det var kjønnsforskjeller. En større andel menn enn kvinner, fra VGS og oppover, rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak rettet mot barn. Ett unntak var tiltaket *ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen*, hvor det kun var en kjønnsforskjell mellom kvinner og menn blant de med VGS som høyeste utdanningsnivå.

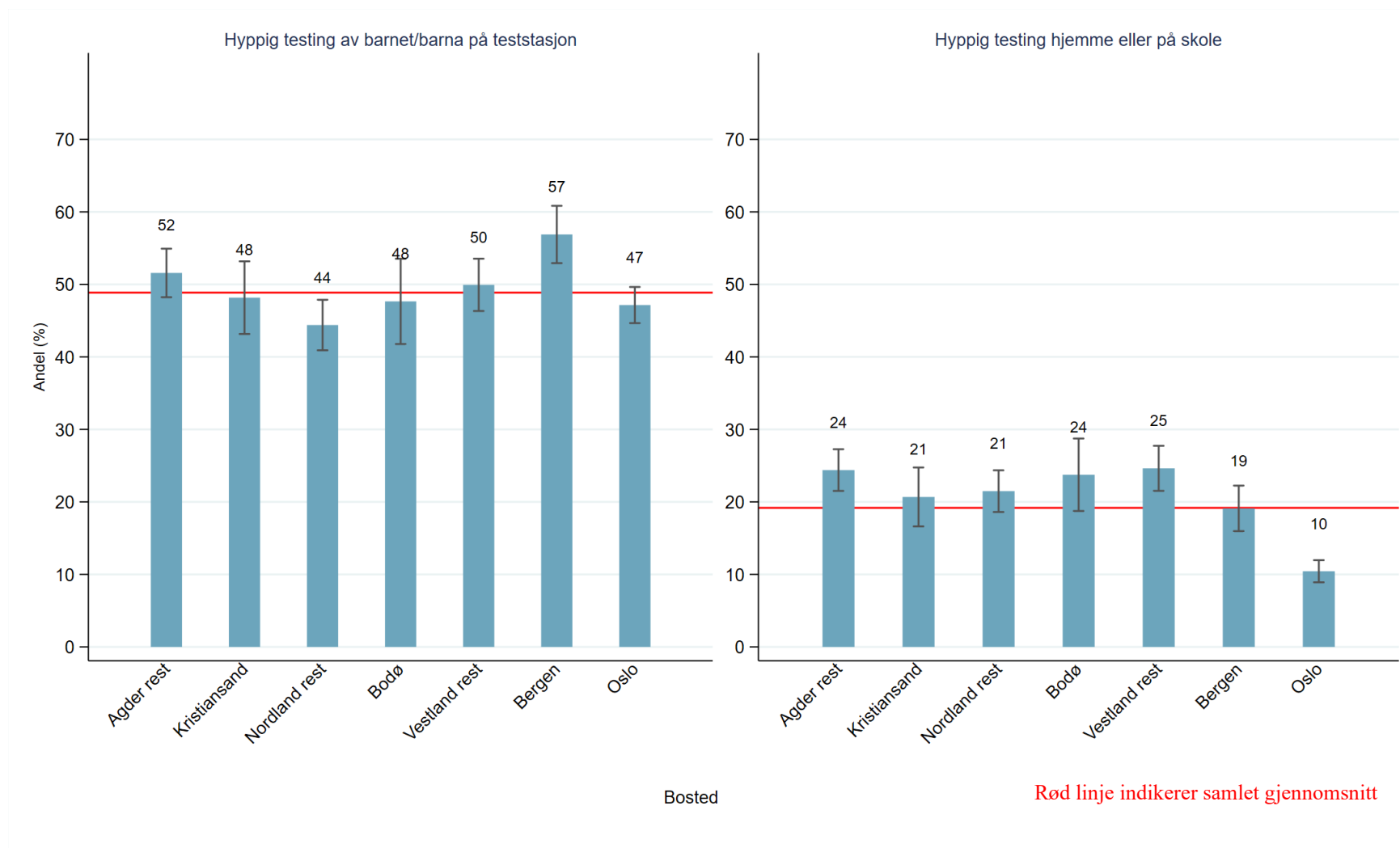
**Figur 13. Andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter alder (justert for bosted).**



Figur 13 viser andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter foresattes alder.

Blant kvinner og menn synker andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak rettet mot barn med stigende aldersgruppe.

Det var kjønnsforskjeller. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak rettet mot barn. To unntak for tiltakene *ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen* og *rødt nivå på skoler* i de eldste aldersgruppene, der det ikke var kjønnsforskjeller i andel som rapporterte høy belastning.

**Figur 14. Andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.**

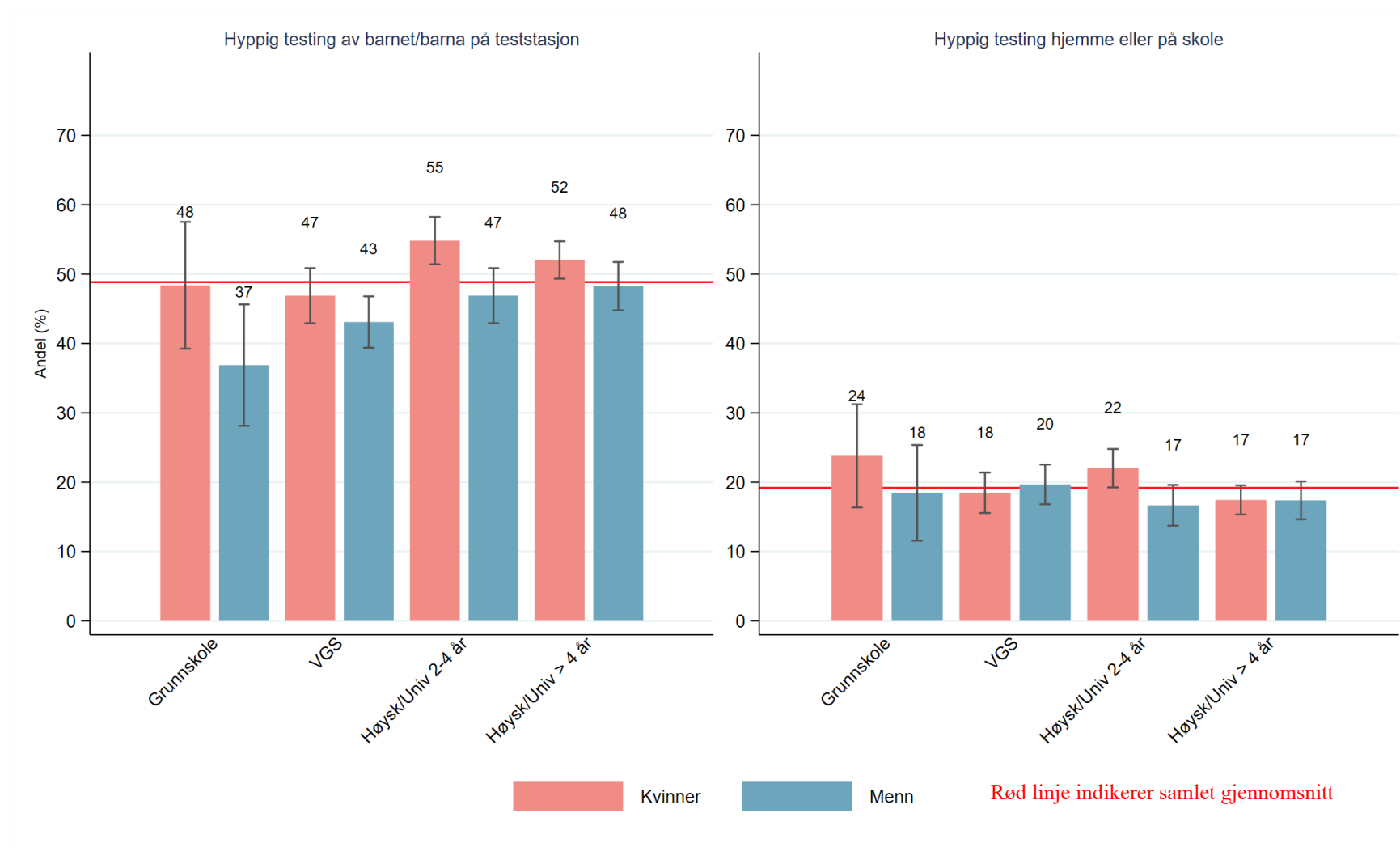


Figur 14. Andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.

Tallene viser at en større andel foresatte rapporterte høy grad av belastning i Bergen sammenlignet med Nordland utenom Bodø og Oslo som følge av *hyppig testing i barna på teststasjon*. Samlet var det ingen forskjell mellom by og distrikt (se Vedlegg 4 tabell 23).

En lavere andel foresatte fra Oslo sammenlignet med de andre regionene rapporterte høy grad av belastning som følge av *hyppig testing hjemme eller på skole*. Dersom Oslo holdes utenfor, er andelen som rapporterte stor belastning nokså jevn på tvers av regioner. Samlet sett var det likevel en større andel i regioner utenom de største byene enn selve byene som rapporterte høy belastning som følge *hyppig testing hjemme eller på skole* (se Vedlegg 4, tabell 24).

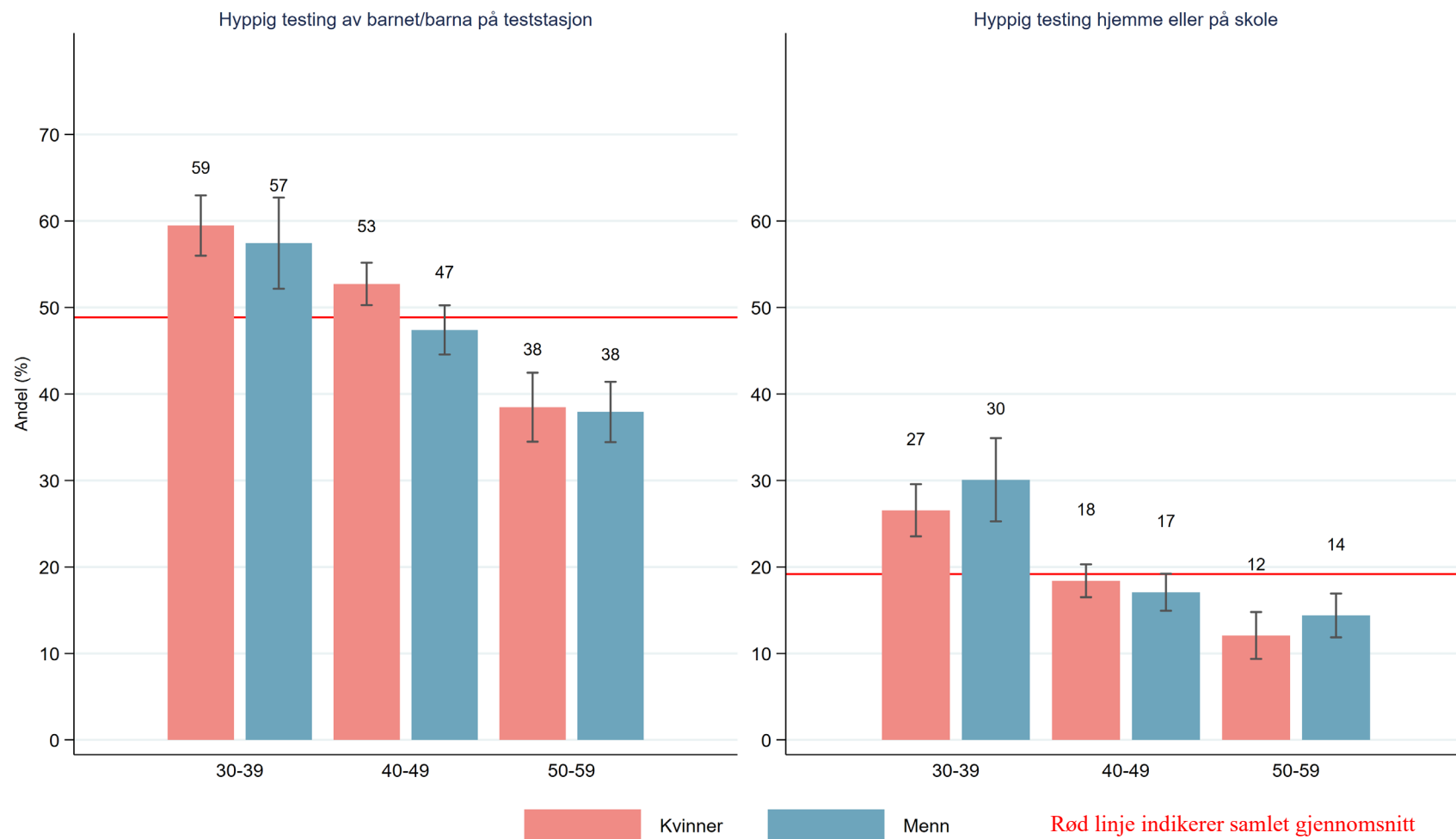
**Figur 15. Andelen foresatte som rapporterte at testing av barn hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning (justert for bosted og alder).**



Figur 15 viser andelen foresatte som rapporterte at testing av barn hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning.

En større andel kvinner med høyskole på 2-4 år sammenlignet med deltakere med VGS rapporterte høy grad av belastning som følge *hyppig testing av barnet/barna på teststasjon*. Blant menn er det en tendens til økning i andelen som rapporterte høy grad av belastning med økende grad av utdanningsnivå, men forskjellene er ikke statistisk sikre.

En større andel kvinner med høyskole/universitet på 2-4 år, sammenlignet med kvinner med høyskole/universitet på mer enn 4 år, rapporterte høy grad av belastning som følge *av hyppig testing i hjemmet eller på skole*. Blant menn var andelen som rapporterte høy grad av belastning for dette tiltaket nokså jevn på tvers av utdanningsnivå.

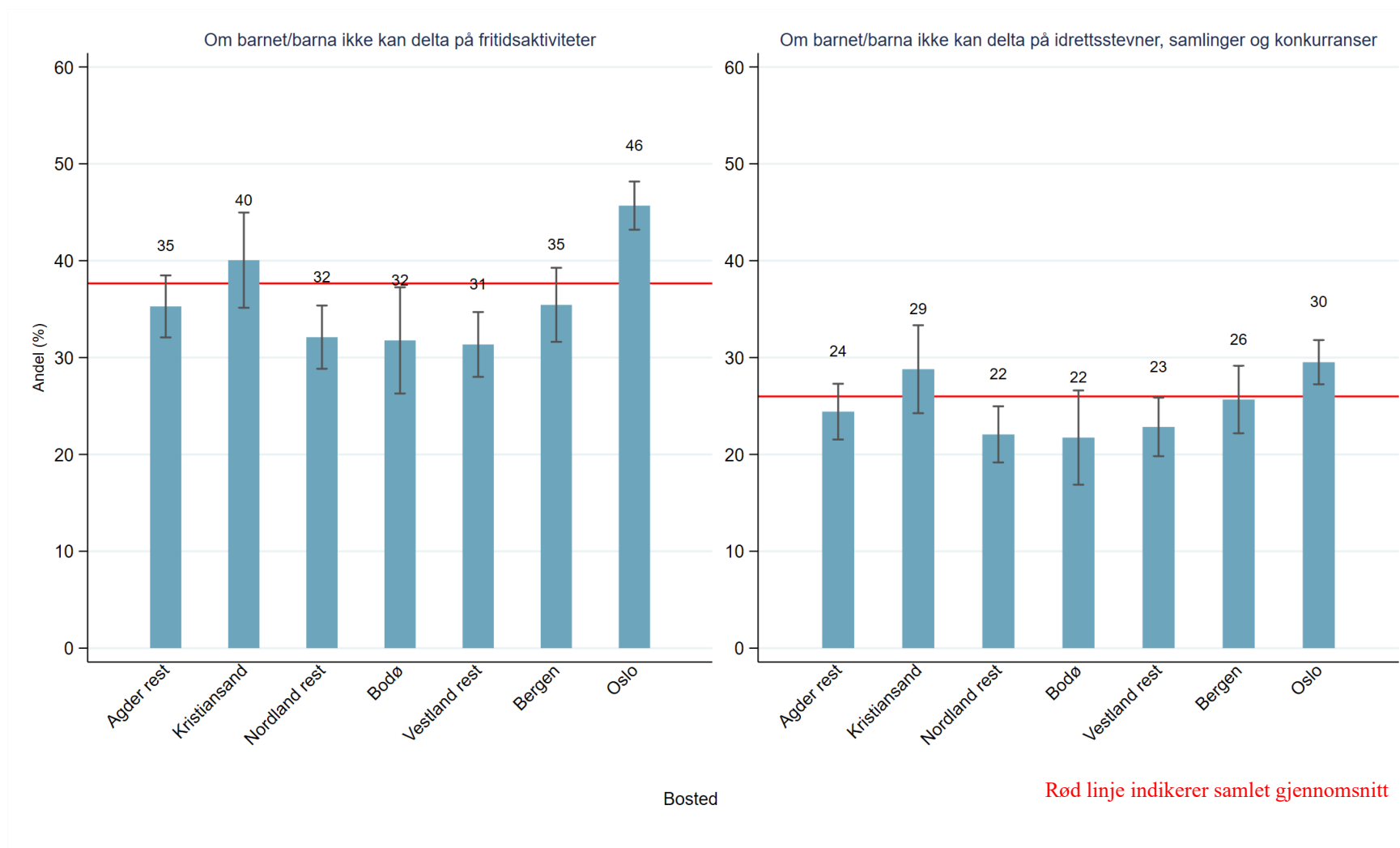
**Figur 16. Andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter alder (justert for bosted).**

Figur 16 viser andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter foresattes alder.

Blant kvinner og menn synker andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *hyppig testing av barnet/barna på teststasjon* og *hyppig testing hjemme eller på skole* med stigende alder.

Det var få kjønnsforskjeller. En større andel kvinner enn menn rapporterte høy grad av belastning som følge av *hyppig testing av barnet/barna på teststasjon* i aldersgruppen 40-49 år.

**Figur 17. Andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.**

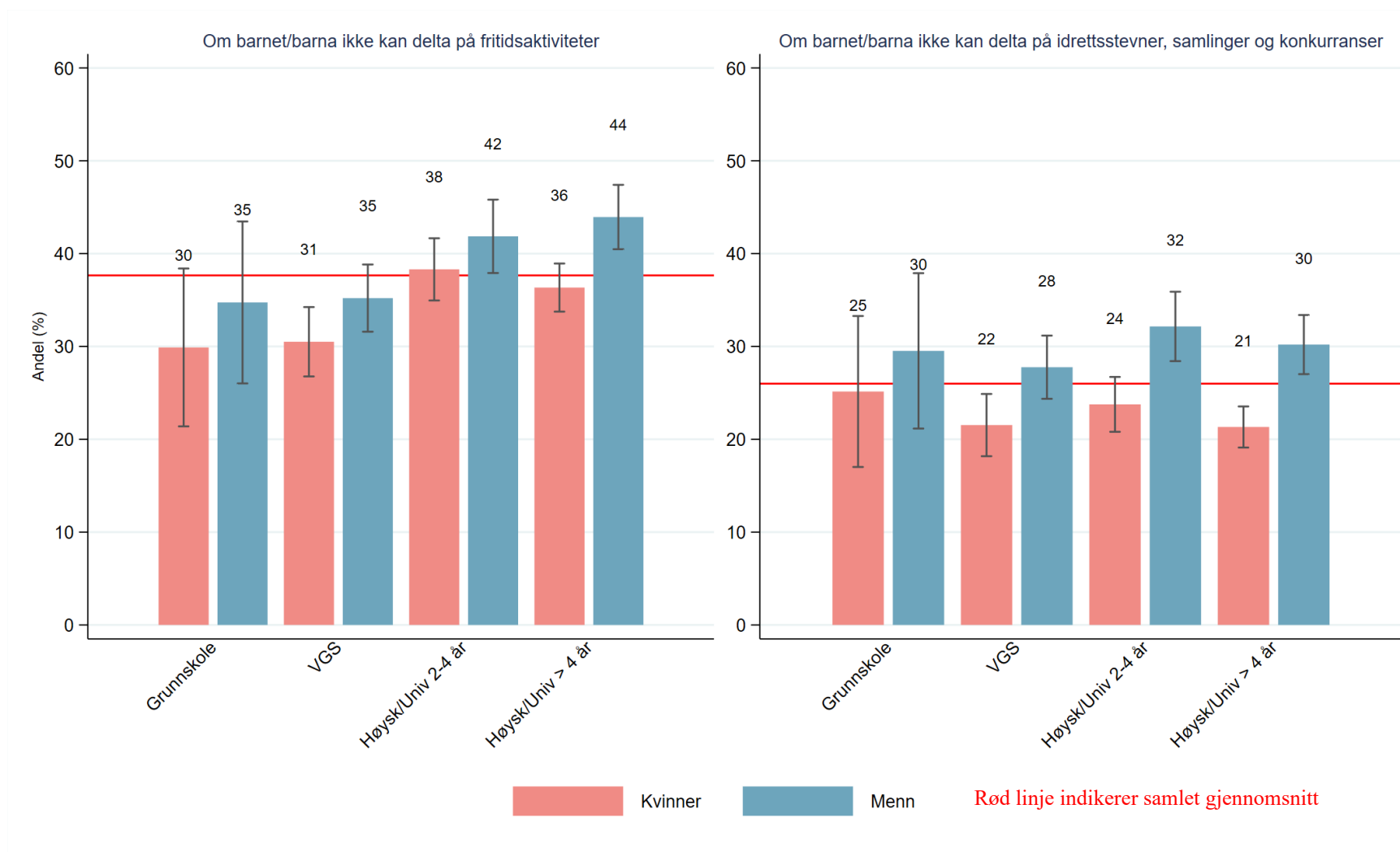


Figur 17 viser andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted.

Tallene viser at en større andel foresatte i Oslo rapporterte høy grad av belastning som følge av *om barnet/barna ikke kan delta på fritidsaktiviteter*. Andelen som rapporterte høy grad av belastning, var større i de største byene enn regionene utenom de største byene (se Vedlegg 4, tabell 25).

En noe større andel foresatte fra Oslo enn de fra Nordland fylke (inkludert Bodø) og Vestland (ekskludert Bergen) rapporterte en høy grad av belastning som følge av *at barnet/barna ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser*. Andelen som rapporterte høy grad av belastning var noe større i de største byene sammenlignet med regionene utenom de største byene (se Vedlegg 4, tabell 26).

**Figur 18. Andelen foresatte som rapporterte at rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning (justert for bosted og alder).**





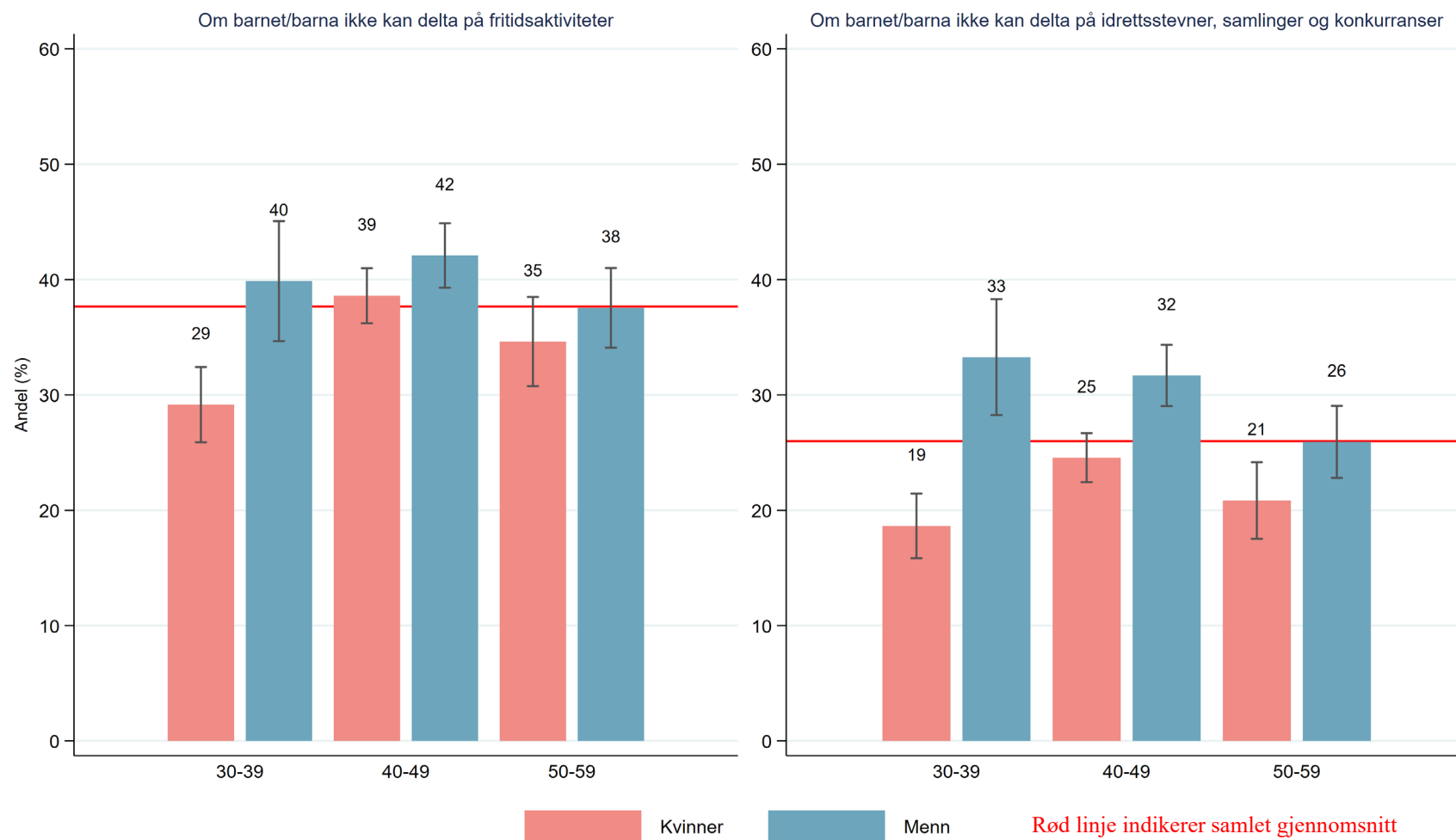
Figur 18 viser andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter utdanning (justert for bosted og alder).

Blant kvinnene rapporterte en større andel i med høyskole/universitetsnivåene enn de med VGS høy grad av belastning som følge *om barnet/barna ikke kan delta på fritidsaktiviteter*. En større andel menn med høyskole/universitet på mer enn 4 år enn de med VGS rapporterte høy grad av belastning som følge *om barnet/barna ikke kan delta på fritidsaktiviteter*.

Andelen som rapporterte høy grad av belastning som følge av *om barnet/barna ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* var jevn på tvers av utdanningsnivå for både kvinner og menn.

Det var noen kjønnsforskjeller. En større andel menn enn kvinner blant de med høyskole/universitet på mer enn 4 år rapporterte høy grad av belastning som følge av at *barnet ikke kan delta på idrettsaktiviteter*. En større andel menn enn kvinner blant de med høyskole/universitetsnivå rapporterte høy grad av belastning som følge av *om barnet/barna ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser*.

**Figur 19. Andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter alder (justert for bosted).**



Figur 19 viser andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter foresattes alder.

Blant kvinnene øker andelen som rapporterte høy grad av belastning med stigende alder, for å deretter jevne seg ut både for tiltaket *om barnet/barna ikke kan delta på idrettsaktiviteter* og *om barnet/barns ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser*. For begge tiltak er en statistisk sikker forskjell i andelen som rapportere høy grad av belastning mellom 30-39 år og 40-49 år. Blant menn er andelen som rapporterte høy grad av belastning jevnt over alder for tiltaket *om barnet/barns ikke kan delta på idrettsstevner*, men viser allikevel en tendens til at andelen som rapporterte høy grad av belastning synker i den eldste aldersgruppen.

For tiltaket *om barnet/barns ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* synker andelen som rapportere høy grad av belastning med økende alder blant menn. Her er det er en statistisk sikker forskjell mellom de som er 40-49 år og 50-59 år.

Det var noen kjønnsforskjeller. En større andel menn enn kvinner i den yngste aldersgruppen rapporterte høy grad av belastning som følge av *om barnet/barna ikke kan delta på fritidsaktiviteter*. En større andel menn enn kvinner rapportere høy grad av belastning i aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år som følge av *om barnet/barna ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser*.

### 3.2.2 Foresattes belastning som følge av tiltak rettet mot barn etter barnas klassetrinn

Belastninger på den foresatte som følge av tiltak rettet mot barn ble videre analysert mot barnets/barnas klassetrinngruppe (heretter kalt klassetrinn). Disse underanalysene ble gjennomført blant de foresatte med ett eller flere barn i samme klassetrinn (1.-4. trinn, 5.-8. trinn, 8.-10. trinn og VGS). Tabell 5 viser barn i skolealder og under 18 år etter klassetrinn og bosted. Den foresattes belastning som følge av tiltak rettet mot barn blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene etter bosted kan leses i Vedlegg 5 (Figurene 1-3).

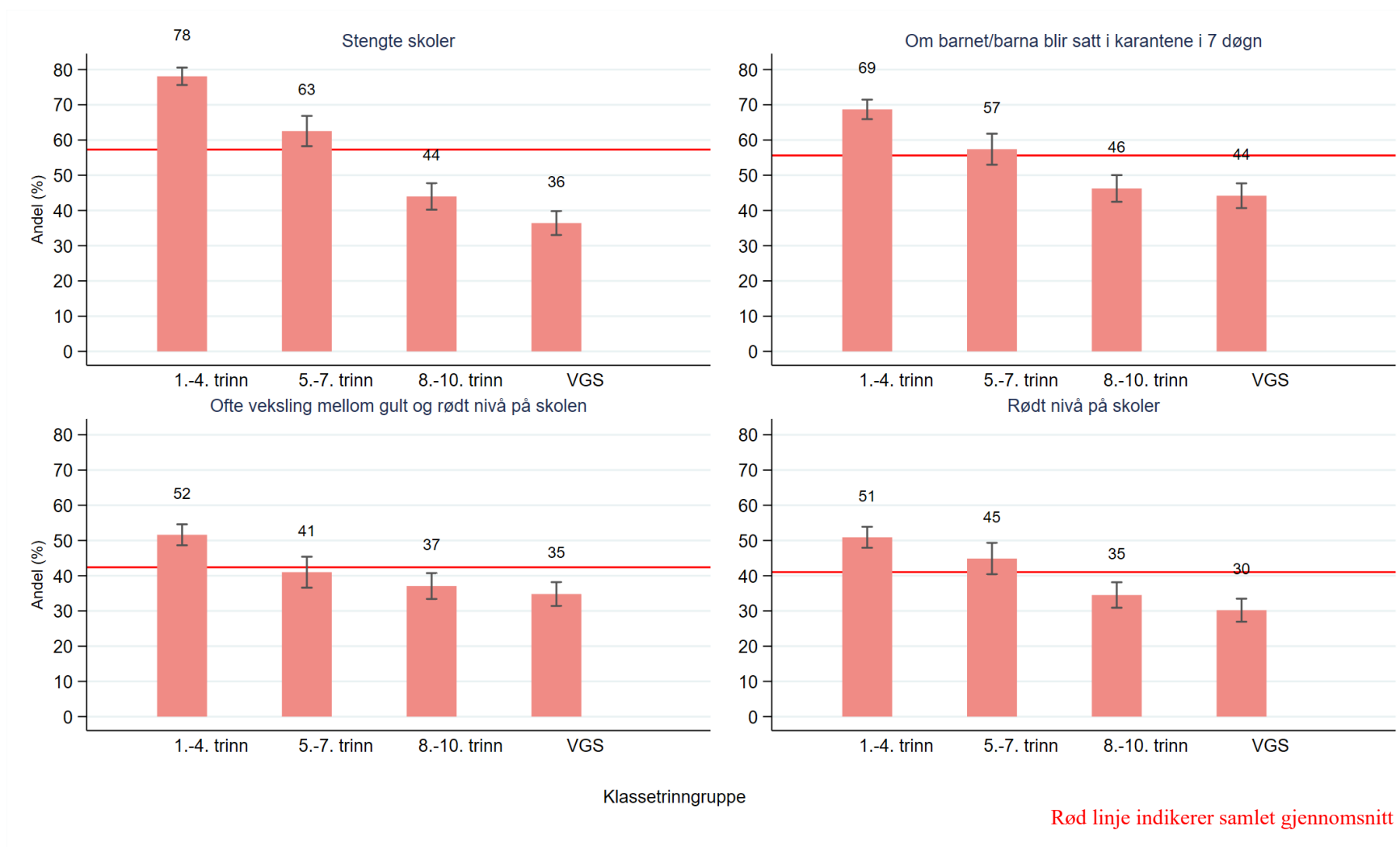
Tabell 5.

Foreldre/foresatte med barn i bare en av klassetrinngruppene etter klassetrinngruppe og bosted.

	Agder		Kristiansand		Nordland		Bodø		Vestland		Bergen		Oslo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1.-4. trinn	153	32.3 %	75	34.2 %	129	27.2 %	56	35.7 %	137	34.5 %	141	38.2 %	403	43.4 %
5.-7. trinn	83	17.5 %	36	16.4 %	68	14.3 %	21	13.4 %	70	17.6 %	51	13.8 %	152	16.4 %
8.-10. trinn	121	25.6 %	49	22.4 %	129	27.2 %	27	17.2 %	91	22.9 %	84	22.8 %	169	18.2 %
VGS	116	24.5 %	59	26.9 %	148	31.2 %	53	33.8 %	99	24.9 %	93	25.2 %	204	22.0 %

Note. *N*= 3 017. % representerer andeler innen bosted (kolumneprosent).

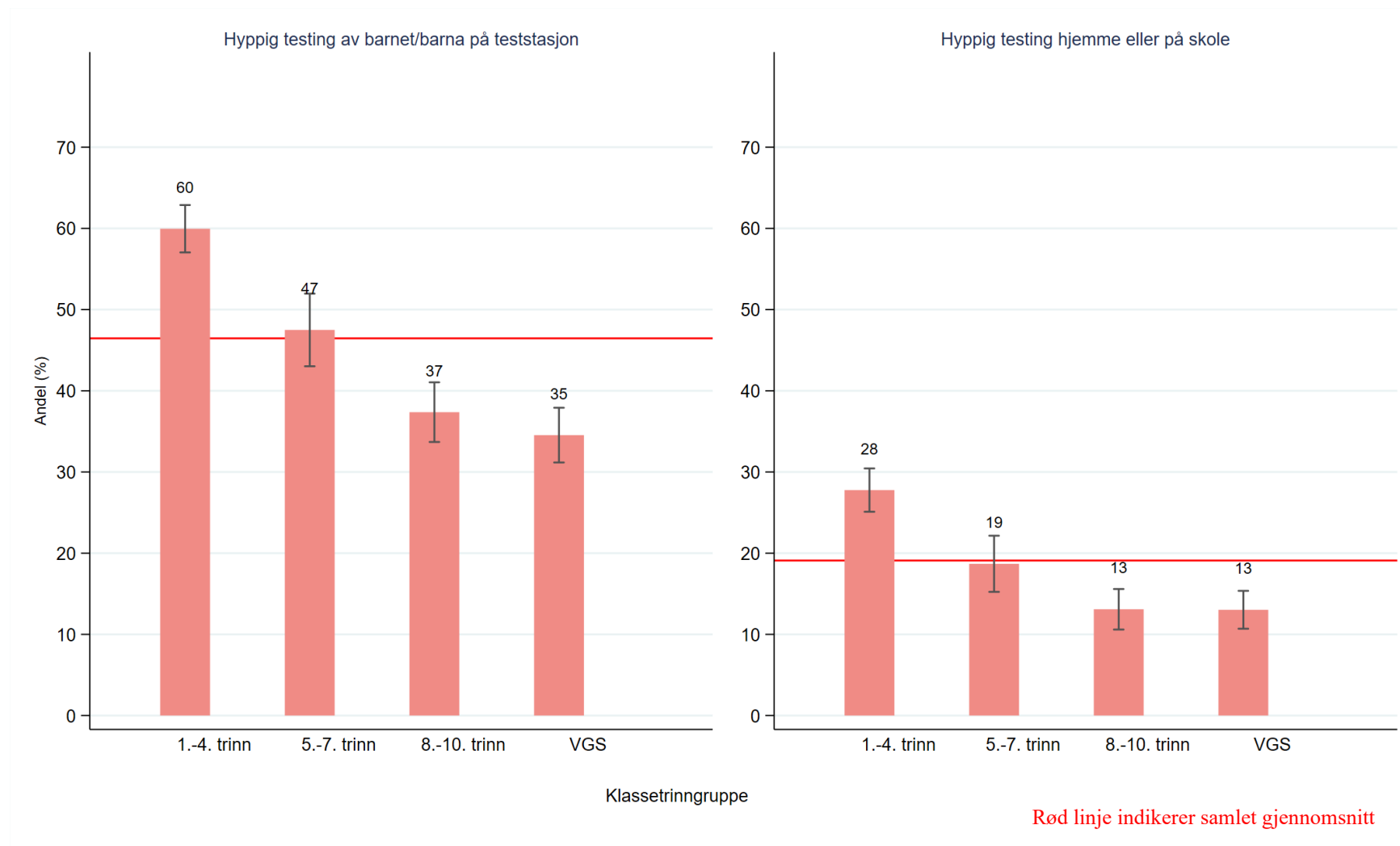
**Figur 20. Andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter klassetrinn (justert for bosted) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.**



Figur 20 viser andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter klassetrinn blant foresatte med barn i bare én av klassetrinnene.

Figur 20 viser at andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak synker jevnt med økende klassetrinn som følge av *stengte skoler* og *rødt nivå på skoler*. Foresatte som rapporterte høy grad av belastning, synker frem til 8.-10. trinn for å jevne seg ut med økende klassetrinn for tiltaket *om barnet/barna blir satt i karantene i 7 døgn*. Foresattes som rapporterte høy grad av belastning, synker frem til 5.-7. trinn for å jevne seg ut for tiltaket *ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen*.

**Figur 21. Andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter klassetrinn (justert for bosted) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.**



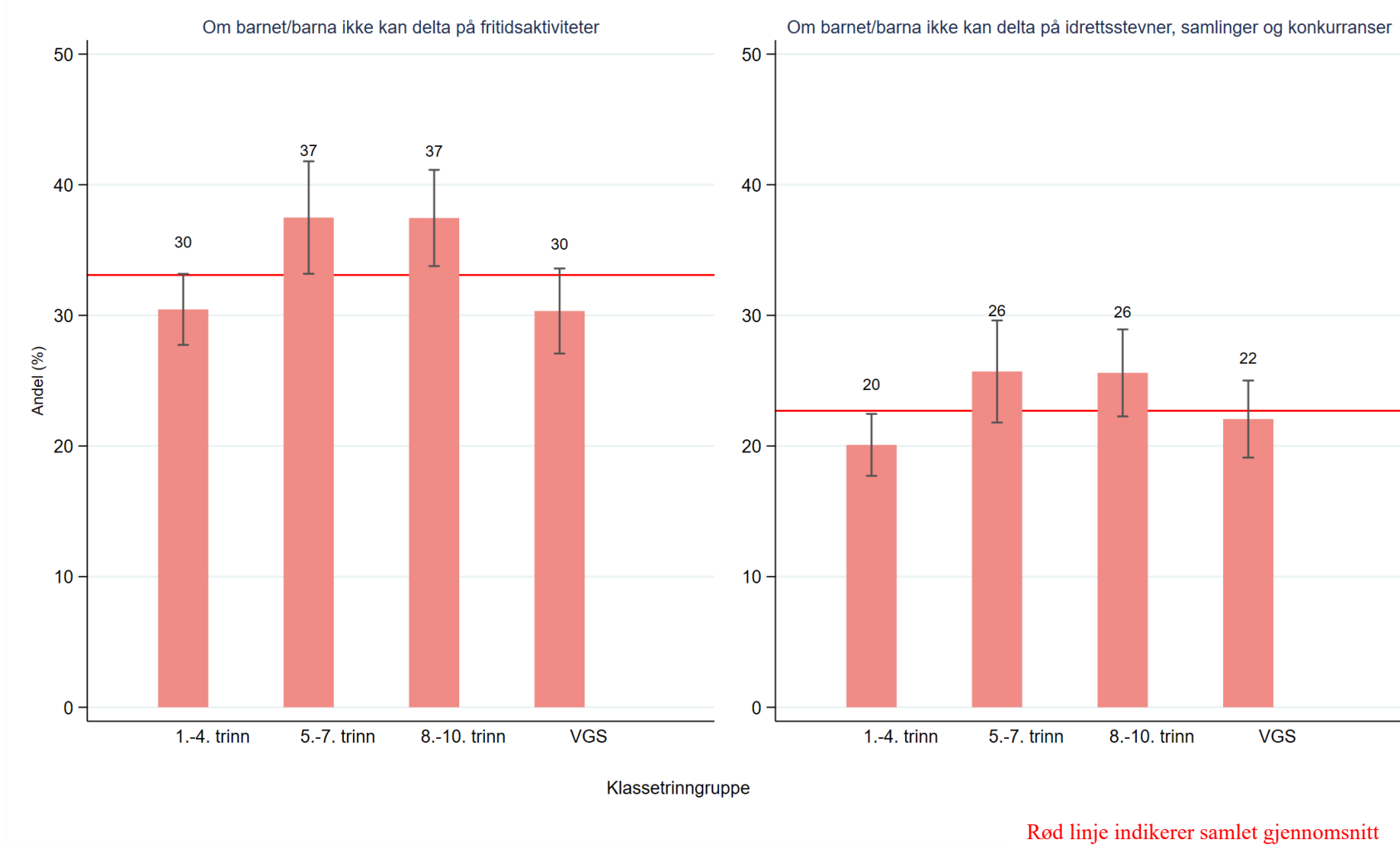
Figur 21 viser at andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter klassetrinn blant foresatte med barn i bare én av klassetrinnene.

Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning synker frem til 8.-10. trinn for å jevne seg ut med økende klassetrinn for *hyppig testing av barnet/barna på teststasjon*.

Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge *hyppig testing hjemme eller på skole* er størst blant de med barn i 1.-4. trinn sammenlignet med de andre klassetrinnene.



**Figur 22. Andelen foresatte som rapporterte at begrensninger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter klassetrinn (justert for bosted) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.**



Figur 22 viser at andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter klasstrinn blant foresatte med barn i bare én av klasstrinnene.

Begge figurene viser en omvendt U-kurve der andelen som rapporterte høy grad av belastning var størst blant foresatte med barn i 5.-7.trinn og 8.-10.trinn. Mer spesifikt var andelen foresatte med barn i 8.-10. trinn som rapporterte høy grad av belastning marginalt større sammenlignet med de med barn i 1.-4. trinn og VGS som følge av *om barnet/barna ikke kunne delta på fritidsaktiviteter*.

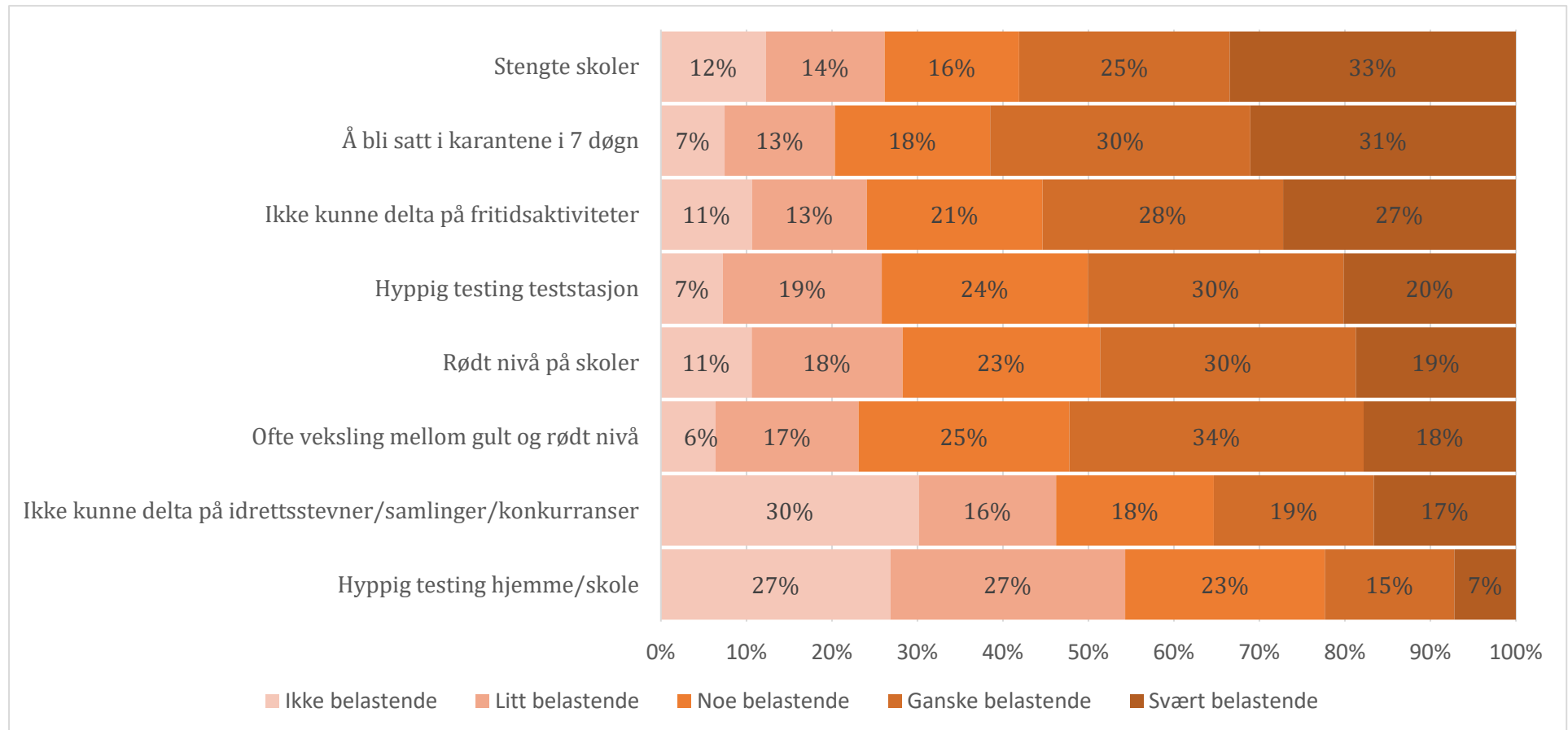
For tiltaket *om barnet/barna ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* var det ingen statistisk sikre forskjeller mellom klasstrinngruppene, men resultatene viser en tendens til at en større andel foresatte med barn i 5.-7. trinn og 8.-10. trinn rapporterte en høy grad av belastning enn foresatte med barn i 1.-4. trinn.

### 3.2.3 Barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn

Det var den foresatte som rapporterte barnets opplevde belastning som følge av ulike smitteverntiltak. Figur 23 viser belastning for barn blant åtte tiltak rettet mot barn. Figur 23 viser at majoriteten av de foresatte rapporterte stor belastning for barna («Ganske belastende» eller «Svært belastende») for seks av åtte tiltak. Figur 23 viser at det å bli satt i karantene i 7 døgn (61,5 %), etterfulgt av stengte skoler (58,1 %) og å ikke kunne delta på fritidsaktiviteter (55,4 %), ofte veksling mellom gult og rødt nivå (52,2 %), hyppig testing på teststasjon (50,1 %) og rødt nivå på skolen (48,6 %) er de seks tiltakene som de foresatte rapporterte er mest belastende for barna. Figur 23 viser at smitteverntiltak knyttet til å ikke kunne delta på idrettsstevner, etterfulgt hjemme-testing ville innebære enn mindre belastning for barnet, der henholdsvis 35,3 % og 22,3 % av de foresatte rapporterte at disse tiltakene ville resultere i en høy grad av belastning på barna.

Figur 23.

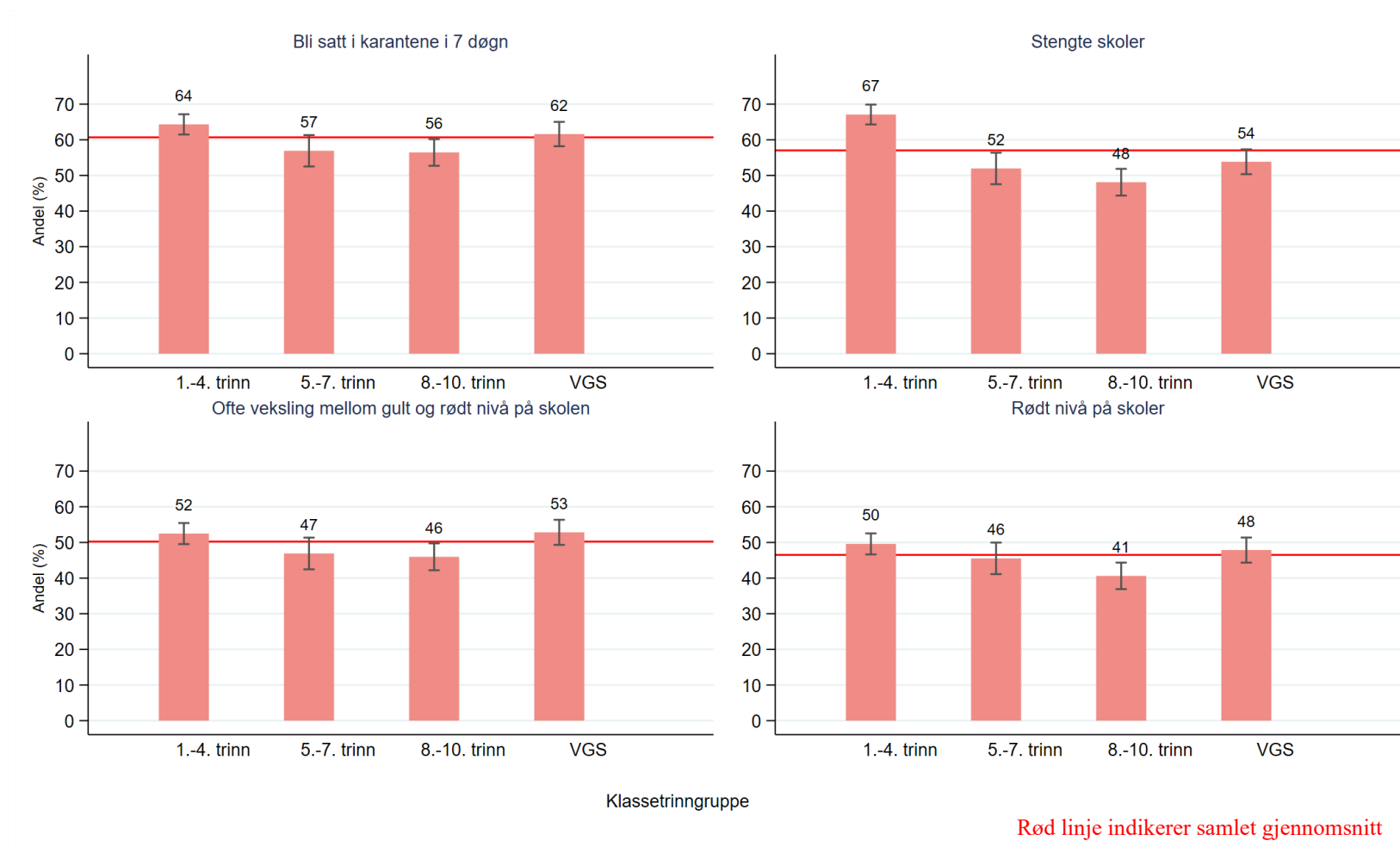
Grad av belastning som ulike smitteverntiltak rettet mot barn ville innebære for barnet/barna (rapportert av den foresatte), sortert etter synkende grad av 'Svært belastende'.



### *3.2.4 Barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn etter barnas klassetrinn*

Belastning på barn knyttet til skoletiltak, testing og fritidstiltak er analysert etter barnets klassetrinngruppe. På grunn av manglende bakgrunnsinformasjon om barnet/barna er de videre analysene bare gjennomført blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene (1.-4. trinn, 5.-8. trinn, 8.-10. trinn og VGS; heretter kalt klassetrinn). Se tabell 5 for ytterligere informasjon om utvalgsstørrelser. Belastningen av tiltak rettet mot barn i skolealder blant de foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene etter bosted kan leses i Vedlegg 5 (Figurene 4-6).

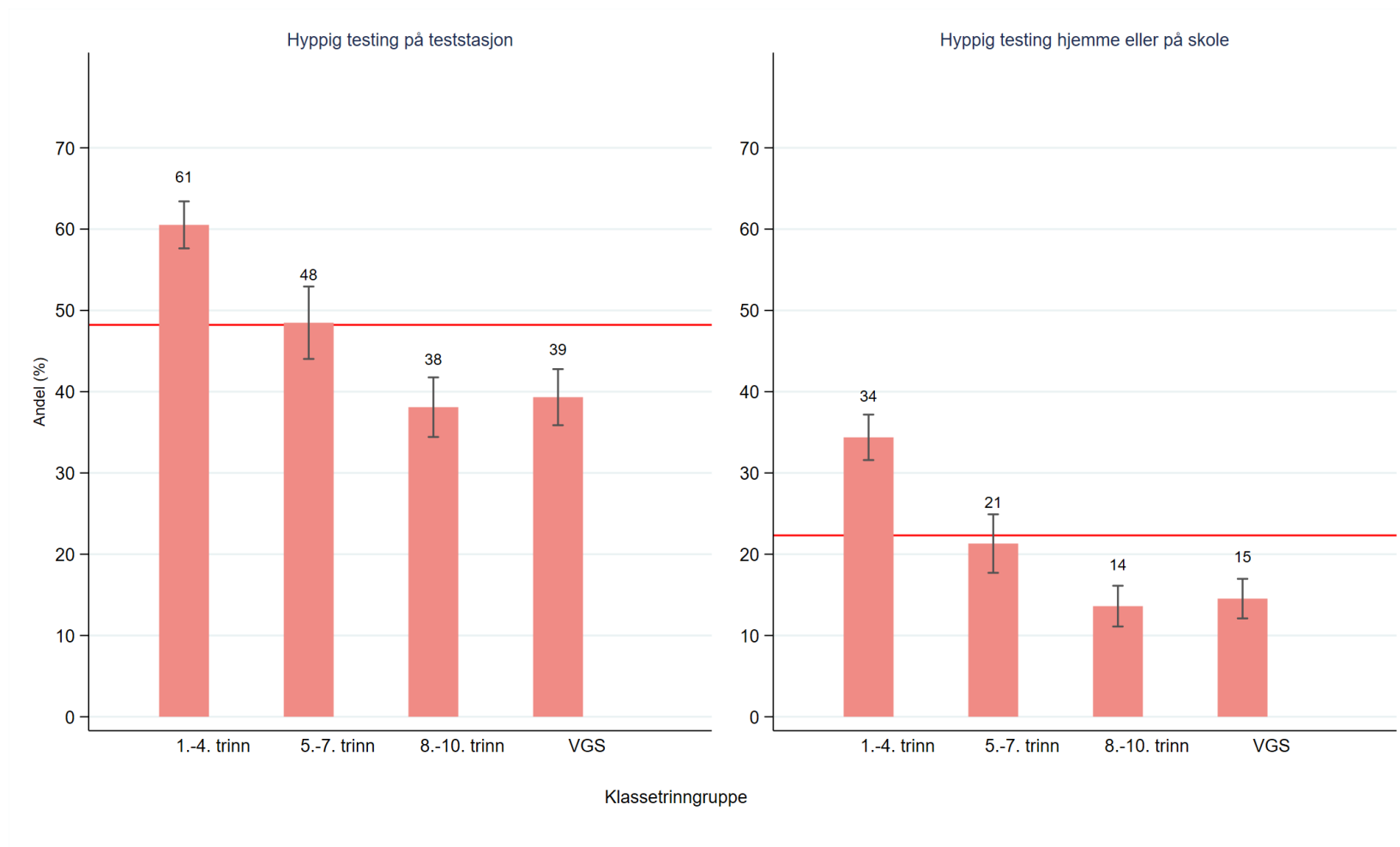
**Figur 24. Andelen foresatte som rapporterte at barna ville oppleve en høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak etter klassetrinn (justert for bosted) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.**



Figur 24 viser andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak etter klassetrinn blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Forholdet mellom andelen barn som ville oppleve høy grad av belastning og klassetrinn har en U-kurve-form. Ifølge de foresatte ville barn i 1.-4. trinn oppleve en høyere grad av belastning enn de andre klassetrinnene som følge av *stengte skoler*. I tillegg ville barn i 1.-4. trinn oppleve en høyere grad av belastning enn barn i 5.-7. trinn og 8.-10. trinn som følge av de å *bli satt karantene i syv døgn* og høyere grad av belastning enn barn i 8.-10. trinn som følge av *rødt nivå på skoler*.

**Figur 25. Andelen foresatte som rapporterte at barna ville oppleve en høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak etter klassetrinn (justert for bosted) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.**

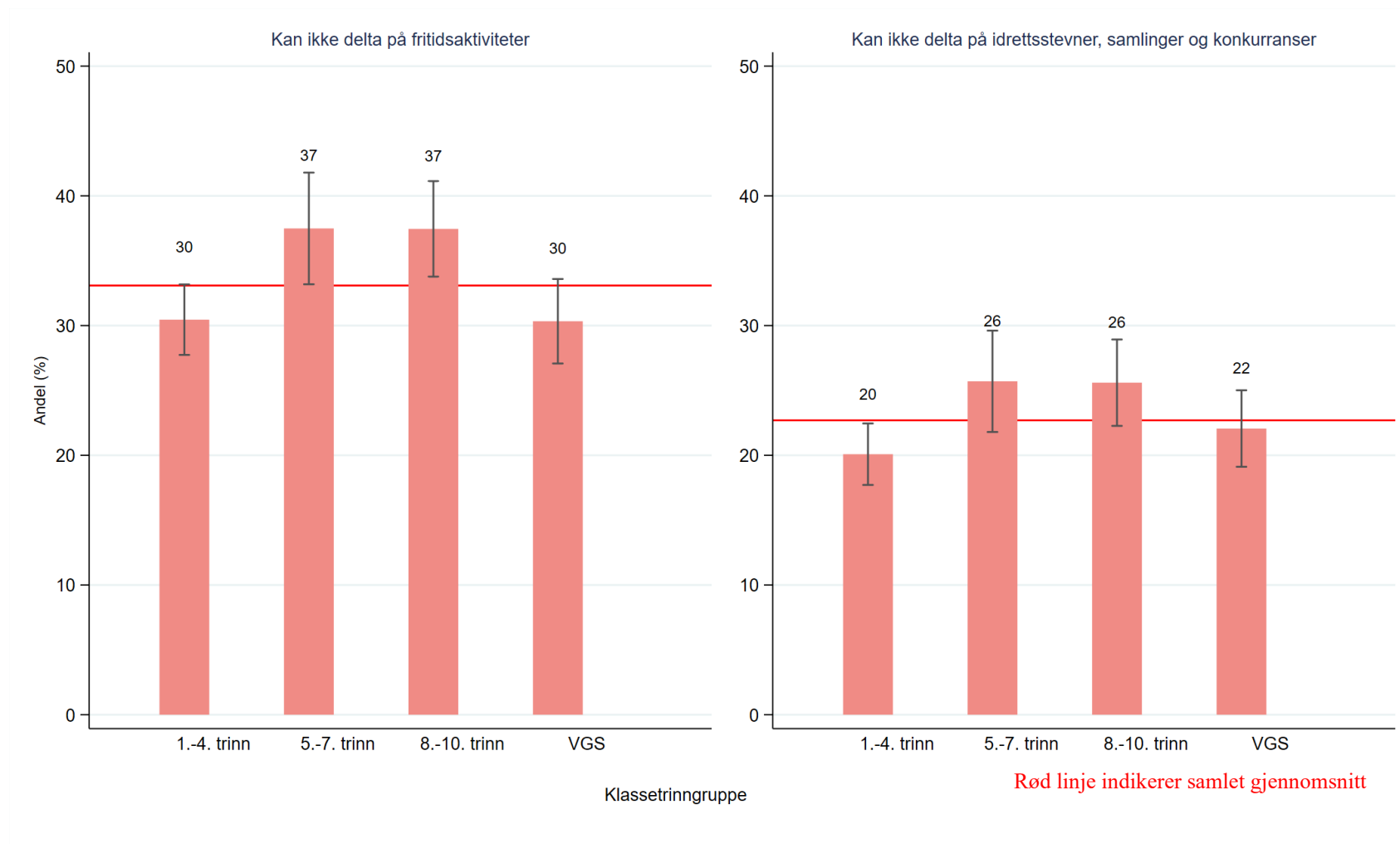




Figur 25 viser andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak etter klassetrinn blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Figur 25 viser at andelen foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av *hyppig testing på teststasjon* og *hyppig testing hjemme eller på skole* synker med stigende klassetrinn frem til 8.-10. trinn for å siden jevne seg ut med økende klassetrinn.

**Figur 26. Andelen foresatte som rapporterte at barna ville oppleve en høy grad av belastning som følge av begrensninger av fritidsaktiviteter etter klasstrinn (justert for bosted), blant foresatte med barn i bare én av klasstrinngruppene.**



Figur 26 viser at andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av begrensinger av fritidsaktiviteter etter klassetrinn, blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Begge figurene viser en omvendt U-kurve. Andelen foresatte som rapporterte en høy grad av belastning dersom barnet *ikke kan delta på fritidsaktiviteter* var marginalt større for de med barn i 8.-10. klassetrinn sammenlignet med de med barn i 1.-4. trinn og VGS.

For tiltaket *kan ikke delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* var det en tendens til at barn i 5.-7. og 8.-10. klassetrinn rapporterte enn større andel høy grad av belastning enn blant barn de andre klassetrinnene, uten at forskjellene var statistisk sikre.

### 3.3 Belastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020

Belastning som følge av økte omsorgsoppgaver grunnet nedstengningen høsten 2020 ble undersøkt blant de deltakerne som hadde gitt regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til personer som trengte hjelp på grunn av helseproblemer eller høy alder i hele eller deler av perioden siden mars 2020 (heretter kalt økte omsorgsoppgaver). Det er totalt 22 667 av 22 880 (99,1 %) gyldige svar på spørsmålet om de hadde gitt hjelp/tilsyn eller ikke. Av disse var det 4 787 (21,1 %) som hadde gitt regelmessig ulønnet hjelp/tilsyn siden mars 2020. Disse ble videre spurt om *hvor ofte* de hadde gitt hjelp/tilsyn i hele eller deler av perioden siden mars 2020 med totalt 4 770 (99,6 %) gyldige svar. Deltakere som hadde gitt hjelp/tilsyn én eller flere ganger i måneden eller oftere fikk videre spørsmålet om *nedstengningen høsten 2020 hadde ført til økte omsorgsoppgaver*. Det var totalt 3 805 (79,8 %) gyldige svar. Totalt 2 748 (72,2 %) svarte at de ikke hadde fått økte omsorgsoppgaver, 305 (8,0 %) svarte «Ja, og at omsorgsoppgavene var belastende», mens 752 (19,8 %) svarte «Ja, men ikke belastende».

Av 3 805 som ga regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn i hele eller deler av perioden siden mars 2020 var 54,8 % kvinner ( $n_{\text{kvinner}}=2\ 086$ ). Av disse var det en høyere andel kvinner (9,2 %) sammenlignet med menn (6,6 %) som rapporterte at de økte omsorgsoppgavene høsten 2020 var belastende,  $X^2(1, 3\ 805) = 8,45, p < ,01$ .

Tabell 6 viser andelen deltakere som rapporterte at de økte omsorgsoppgavene høsten 2020 var belastende etter alder. Med i tabellen er bare de som hadde gitt tilsyn/hjelp en eller flere ganger i måneden eller oftere siden mars 2020. Blant deltakerne i aldersgruppene mellom 18-59 år var det større andeler som opplevde at de økte omsorgsoppgavene var belastende enn blant personer i aldersgruppene over 60 år,  $X^2(5, 3\ 805) = 78,18, p < ,001$ .

Tabell 6.

*Økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020 blant de som hadde gitt tilsyn eller hjelp etter alder.*

Økt belastning	18-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70 og eldre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nei	151	86,8 %	228	84,4 %	518	87,8 %	1174	91,4 %	1027	95,4 %	402	97,8 %
Ja	23	13,2 %	42	15,6 %	72	12,2 %	110	8,6 %	49	4,6 %	9	2,2 %
Total	174	100 %	270	100 %	590	100 %	1284	100 %	1076	100 %	411	100 %

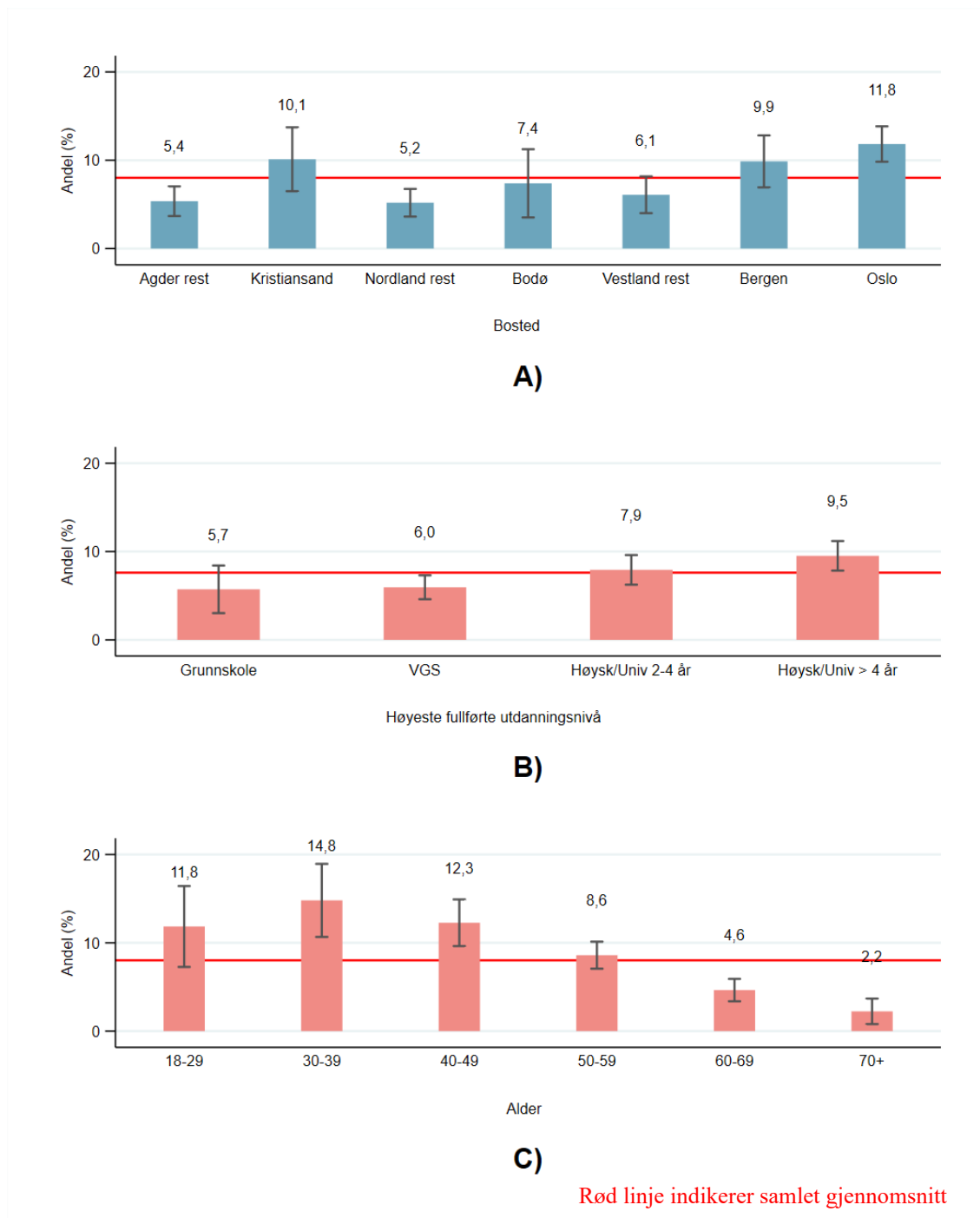
$N=3\ 805$ . «Nei» inkluderer de som ikke hadde fått økte omsorgsoppgaver og «Ja, men ikke belastende» i tidsperioden.

I de videre analysene ser vi på andel deltakere som rapporterte økt belastning etter bosted, utdanningsnivå og alder. Figurene omfatter bare de som rapporterte å ha hatt omsorgsoppgaver en eller flere ganger månedlig eller oftere siden mars 2020. Det er ikke skilt mellom menn og kvinner når belastning ved omsorgsoppgaver analyseres mot geografisk område, utdanning og alder. Dette fordi antall observasjoner i gruppene blir for lavt.

### 3.3.1 Økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver

Av 3 805 rapporterte **8,0 %** (95 %KI: 7,2 %-8,9 %) økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020. Med i figuren er bare de som rapporterte å ha gitt regelmessig ulønnet hjelp/tilsyn til hjelpetrequende i hele eller deler av perioden siden mars 2020.

**Figur 27. Andel som rapporterte økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver under nedstengningen høsten 2020 etter A) bosted (uten og med justering for kjønn, alder og utdanningsnivå), B) etter utdanning<sup>1</sup> (justert for alder) og C) etter alder. Med i figuren er bare de som rapporterte å ha gitt regelmessig ulønnet hjelp/tilsyn til hjelpetrequende i hele eller deler av perioden siden mars 2020.**



Figur 27A viser andelen som rapporterte økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver, blant de deltakere som hadde gitt hjelp/tilsyn siden mars 2020 etter bosted. Det var noe variasjon over regioner.

Verdiene viser at Oslo hadde den største andelen deltakere som rapporterte økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver og Nordland den laveste. Det var 6,6 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste verdi. Deltakere fra Oslo hadde 2,5 ganger høyere odds for å oppleve en økt belastning som følge økte omsorgsoppgaver sammenlignet med deltakerne fra Nordland. En større andel deltakere fra de største byene rapporterte en økt belastning (10,7 %, 95 %KI: 9,3–12,2) sammenlignet med regionene utenom de største byene (5,5 %, 95 %KI: 4,5–6,5). Deltakere fra byene hadde 2,1 ganger høyere odds for å oppleve stor belastning sammenlignet med deltakere utenom de største byene. Blant byene hadde Oslo den største andelen personer som rapporterte økt belastning og Bodø den laveste. Det var 4,4 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste verdi. Deltakere fra Oslo hadde 1,7 ganger høyere odds til å rapportere økt belastning sammenlignet med deltakere fra Bodø.

Figur 27B viser andelen som rapporterte økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver blant de deltakere som gitt hjelp/tilsyn siden mars 2020 etter utdanning<sup>1</sup>. Andelen som rapporterte økt belastning som følge økte omsorgsoppgaver var nokså like i de to laveste utdanningsgruppene, for å siden å øke med økende utdanningsnivå. Det var 3,8 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste verdi. Det er en statistisk sikker forskjell mellom det høyeste utdanningsnivået og de to laveste utdanningsnivåene. Personer med høyskole/universitet mer enn 4 år hadde 1,7 ganger høyere odds for å oppleve økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver sammenlignet med deltakere med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå.

Figur 27C viser andelen som rapporterte økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver blant de deltakerne som hadde gitt hjelp/tilsyn siden mars 2020 etter alder. Andelen som rapporterte økt belastning, økte mellom de to yngste alderskategoriene for å siden synke med økende alder. Det var en statistisk sikker forskjell mellom aldersgruppen på 60-69 år og de yngre aldersgruppene og mellom aldersgruppen 70 år og mer og de yngre alderskategoriene. Det var 12,6 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste verdi. Deltakere i aldersgruppen mellom 30-39 år hadde 7,6 ganger høyere odds for å oppleve en økt belastning som følge av øke omsorgsoppgaver enn den eldste aldersgruppen.

---

<sup>1</sup> Kategorien grunnskole består av de deltakerne som har fullført grunnskole eller mindre som høyeste fullførte utdanningsnivå.

## 4 Oppsummering av resultat og diskusjon

Hensikten med denne rapporten var å undersøke befolkningens oppfatning av hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære for dem. Rapporten hadde tre mål. Det første målet var å undersøke hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære dersom de ble innført i dag og skulle vare i 4-uker. Det andre målet var å undersøke hvilken belastning tiltak rettet mot barn i skolealder ville innebære for både den foresatte og barna hvis de ble innført i dag og skulle vare i 4-uker. Det tredje målet var å undersøke andelen som opplevde økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver under nedstengningen høsten 2020.

### 4.1 Belastning av smitteverntiltak

Resultatene fra denne rapporten viser at de tre mest belastende enkelttiltakene var *stengte butikker*, etterfulgt av å *unngå besøk i hjemmet* og å *bli satt i karantene som følge av nærkontakt*. Dette samsvarer godt med FHI tidligere undersøkelse om smittevernbelastning (3). Denne viste at *stengte butikker*, etterfulgt av å *unngå unødvendige reiser innenlands* var de to mest belastende tiltakene når det gjaldt service og fritidstilbud, mens det å *unngå besøk i hjemmet*, etterfulgt av *pålagt karantene* var de to mest belastende tiltakene knyttet til begrensning i sosial kontakt. Belastningen som følge av *stengte butikker* skilte seg også ut. En mulig forklaring kan være at begrenset tilgang til nødvendige forbruksvarer (mat og nødvendige husholdningsartikler) kan føre til bekymring eller medføre store praktiske ulemper i dagliglivet.

En stor andel rapporterte at sosiale begrensinger ville innebære en høy grad av belastning. Det å være sosial er et grunnleggende menneskelige behov som gir sikkerhet, nærhet og tilhørighet (20, 21). Sosiale begrensinger under pandemien er knyttet til negative helseutfall som depresjon og ensomhet (9). Merk at flere av tiltakene knyttet til service, fritid og reiser også har en sosial komponent (f.eks. *forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne*, *forbud mot arrangement*, *stengte kulturtilbud og lignende* og *stengte serveringssteder* etc.). Som et utdypende eksempel kan det trekkes fram at en stor andel rapporterte høy grad av belastning som følge av å *unngå reiser innenlands*. Smitteverntiltaket *unngå reiser innenlands* kan tolkes på to måter. Det kan være upraktisk å bli hindret i å reise, men det kan også representere en barriere mot å oppleve noe som er sosialt. Som et reisetiltak omfatter dette en begrensning i å bevege seg fritt (f.eks. hytteforbudet). Som et sosialt tiltak innebærer dette en begrensning som forhindrer vedkommende å oppsøke venner og sine nærmeste og dermed gå glipp av fellesskap og sosial støtte. Allikevel kan det tenkes at datainnsamlingspunktet, som var i desember og nær julehøytiden, kan ha påvirket besvarelsen på spørsmål knyttet til sosiale restriksjoner (dvs. julehøytiden er en tid for reising og samvær med familie og venner). Den høye belastningen som følge av tiltak knyttet til sosiale begrensinger støttes imidlertid av den tidligere FHI-undersøkelsen om smittevernbelastning (3) og PANDRISK (4) prosjektet, som begge hadde datainnsamlinger i andre perioder av koronapandemien enn nærjulehøytiden.

Tiltakene med den laveste andelen som rapporterte stor belastning var henholdsvis *påbud om munnbind på offentlige steder* og å *holde minst én meter avstand til andre*. Disse resultatene passer godt sammen med funnene i den tidligere FHI-undersøkelsen. I denne rapporten var *påbud om munnbind på offentlige steder* det syvende mest belastende tiltaket og *skjenkestopp* det minst belastende tiltaket blant de tiltakene som handlet om begrensninger i fritid og reiser. Det å *holde avstand til andre på offentlige steder*, var det

nest minst belastende tiltaket blant begrensinger i sosial kontakt. Bruk av munnbind kan imidlertid være belastende og ubehagelig for personer som opplever hudplager og for personer med kardiovaskulære- og kroniske respirasjonssykdommer (22). Imidlertid er det få studier som har vurdert belastningen av å opprettholde én meter avstand til andre. Holdenutvalget anbefalte at lettelsener knyttet til bruk av munnbind og avstand mellom personer skulle ha en lav prioritert på grunn av tiltakenes grunnleggende smitteverneffekt (1). Siden få opplever disse tiltakene som belastende støttes også denne anbefalingen av denne rapporten.

#### 4.2 Foresattes og barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder

Foresatte ble bedt om å vurdere hvilken belastning de og ev. barnet/barna ville oppleve som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder dersom de ble innført i dag og skulle vare i 4-uker. Resultatene kan indikere at de mest belastende tiltakene er de som forstyrrer balansen mellom privat- og arbeidsliv sett fra foresattes ståsted (privat-jobb balansen, eng. *work-personal life balance*). De mest belastende tiltakene for den foresatte var *stengte skoler, om barnet/barna blir satt i karantene i syv døgn, hyppig testing på teststasjon og rødt nivå på skoler*. De minst belastende var *om barnet/barna ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser, etterfulgt av hyppig testing hjemme/skole*. Disse resultatene er nokså konsistente med den tidligere FHI-rapporten om smittevernbelastning (3), som viste at det mest belastende tiltaket fra familiens ståsted var *stengte skoler, etterfulgt av ikke å kunne dra på fritidsaktiviteter og gjentatte karantener*. Med noen få unntak var rekkefølgen lik den foresattes vurdering av barnets belastning.

Alderen til barnet/barna påvirket andelen som rapporterte høy grad av belastning. Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning sank med høyere klasstrinn som følge av skolerelaterte tiltak og testing av barn. Imidlertid rapporterte en større andel foresatte med barn i 5.-7. trinn og 8.-10 trinn at begrensinger i barns fritidsaktivitet ville innebære en høy grad av belastning for seg selv og barna sammenlignet med de med barn i 1.-4. trinn og VGS. Dette kan indikere at tilgang til fritidsaktiviteter er viktigere blant barn i 5.-7. og 8.-10. klasstrinn sammenlignet med de to andre klasstrinngruppene.

Disse funnene er i samsvar med en rapport fra FHI på barns og unges helse under koronapandemien (23), hvor skolen og organiserte fritidsaktiviteter som sosiale arenaer vektlegges. Rapporten viste at barn og unge savnet sine venner og det sosiale livet på skolen og i fritiden. I tillegg økte barn og ungdommers bruk av digitale medier for å opprettholde kontakt med sine venner, uten at dette opplevdes å dekke det sosiale behovet (23). Resultatene fra innværende rapport støtter disse funnene ved å vise at det å begrense tilgang til skole- og fritidsaktiviteter der barn og ungdommer kan treffes fysisk, vil oppfattes som belastende for barna.

#### 4.3 Økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver

Blant de som hadde gitt regelmessig ulønnet hjelp/tilsyn rapporterte omtrent 8 % en økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver høsten 2020. Disse resultatene er i samsvar med årsrapporten 2020 fra Helsedirektoratet (24). Årsrapporten oppsummerer at flere bruker- og pårørendeorganisasjoner var bekymret fordi brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester (f.eks. praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, avlastning etc.) hadde fått redusert eller mistet sitt tilbud under pandemien og der pårørende har ytt mer for å kompensere for manglende tilbudet (24).



#### 4.4 Forskjeller mellom by og distrikt

Innen hvert fylke var andelen som rapporterte høy grad av belastning større i fylkets største by enn i resten av fylket. Dette gjaldt alle smitteverntiltak, unntatt belastningen knyttet til *påbud om munnbind på offentlige steder* og belastningen som følge av *hyppig testing hjemme/skole*. Siden smitteverntiltakene i byene ofte har vært mer omfattende, er dette resultatet ikke overraskende. Sammenlignet med regioner utenom de største byene har de største byene en mer kompleks demografisk og økonomisk struktur, hvor tiltak som nedstengning vil ha en mer omfattende effekt på personers daglige liv. Dette resultatet er samtidig noe forskjellig fra den tidligere FHI-undersøkelsen om smittevernbetlastning (3) som viste et mindre klart mønster av forskjeller tiltaksbelastningen mellom by-og-distrikt enn det denne rapporten viser (den tidligere FHI-undersøkelsen skilte mellom Oslo, Viken og det øvrige landet). En mulig forklaring kan være at den forrige FHI-undersøkelsen brukte en annen metode og i tillegg skilte mellom geografiske områder (Oslo, Viken og resten av landet) på en annerledes måte som er gjort i denne rapporten. Viken er et stort fylke som omfatter flere av de tettest befolkede regionene i Norge (for eksempel Bærum, Drammen, Lillestrøm og Fredrikstad/Sarpsborg). En annen kategorisering, der det blir skilt klarere mellom byområder og distriktsområder kunne muligens ha gitt et annet resultat. Resultatene kan også være påvirket av gjennomføringstidspunkt til undersøkelsene. Mens det i mars 2020 var omfattende tiltak for hele landet, ble tiltakene i periodevis innført mer differensiert etter geografi utover i pandemien. Det kan tenkes at dette sees igjen i mer by-distrikt forskjeller i opplevd tiltaksbyrde i desember 2021 enn i mars 2020.

#### 4.5 Kjønnsforskjeller

Resultatene i denne rapporten viser at for en større andel kvinner enn menn ville *stengte treningsentre, stengt frisør, hudpleier og liknende, stengte kulturtilbud* og de fleste sosiale begrensinger (unntatt å bli satt i karantene i syv døgn etter nærkontakt og begrensinger antall personer man kan omgås med) innebære en høy grad av belastning. For en større andel menn enn kvinner ville *stengte butikker, forbud mot breddeidrett og skjenkestopp*, i tillegg til *påbud om munnbind på offentlig sted* innebære en høy grad av belastning. Disse resultatene stemmer nokså godt med resultat fra den tidligere FHI-undersøkelsen om smittevernbetlastning (3). Kjønnsforskjellene i opplevd belastning av sosiale begrensinger passer sammen med funn fra Folkeshelseundersøkelsene (FHUS rapportene), der man gjennomgående finner at kvinner skårer bedre enn menn på sosiale indikatorer (f.eks. sosial støtte, gjensidig støtte og givende sosiale relasjoner), mens en høyere andel kvinner enn menn rapporterer høyere grad av ensomhet.

En større andel menn enn kvinner rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak og begrensinger i barnas fritidsaktiviteter, mens en større andel kvinner enn menn rapporterte høy grad av belastning som følge av *hyppig testing av barnet/barna på teststasjon*.

#### 4.6 Utdanningsgradient

Andelen som rapporterte at smitteverntiltakene ville innebære en høy grad av belastning var, for de fleste smitteverntiltakene, høyere blant de med høyere utdanningsnivå. Spesielt var det en forskjell mellom de to laveste (de med høyest fullførte utdanningsnivå på grunnskole eller mindre og VGS) og de to høyeste utdanningsgruppene (høgskole/universitet på 2-4 og mer enn 4 år). Forskjeller over utdanningsgrupper ble også funnet for den foresattes opplevde belastning i de fleste smitteverntiltakene rettet

mot barn og for økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver. Dersom man ser på utdanningsnivå som et mål på sosioøkonomisk status er disse resultatene overraskende. Dette blant annet fordi sykdomsbyrden i befolkningen har vært større blant personer med lav sosioøkonomisk status enn de med høy sosioøkonomisk status (25). En mulig forklaring kan være at personer med høyere sosioøkonomisk status i utgangspunktet har større muligheter og et større repertoar av aktiviteter sammenlignet med de fra lavere sosioøkonomiske nivå. Dersom personer fra høyere sosioøkonomiske lag dermed opplever større relative tap, kan det tenkes at de rapporterer om større tap forbundet med ulike smitteverntiltak.

#### 4.7 Aldersgradient

Med noen få unntak viser resultatene at andelen som rapporterte at smitteverntiltakene ville innebære en høy grad av belastning ble lavere med stigende alder og var i flere tilfeller særlig høy i den yngste aldersgruppen (de mellom 18-29 år). Dette gjaldt spesielt det å *unngå unødvendige reiser innenlands*, fritidsaktiviteter (begrenset tilgang til arrangement, kulturtilbud og serveringsteder) og personlig trening, i tillegg til flere av de sosiale begrensingene og *påbud om hjemmekontor*. Flere av disse smitteverntiltakene er knyttet til begrensning i sosial kontakt. Dette samsvarer med funn som viser at yngre rapporterer høyere grad av belastning av ulike tiltak, spesielt nedstenging, isolasjon og karantene. Blant annet kjennetegnes ung voksen-alderen som en tidsperiode med mye demografisk endring og mobilitet, identitetssøken og eksperimentering (26). Dermed kan tiltak som begrenser sosial kontakt og mulighet til opplevelser oppleves spesielt belastende for de unge voksne.

## 5 Begrensninger ved undersøkelsen

### 5.1.1 Tidsrom og smittevernsituasjon for undersøkelsen

Denne undersøkelsen ble gjennomført i de to første ukene i desember 2021. Under den andre uken i innsamlingsperioden ble det innført nye nasjonale og lokale restriksjoner på grunn av *Omikron*-varianten. Desember måned er videre knyttet til jul, med både juleforberedelser og forventinger om familiesamvær. Både innføring av nye restriksjoner og tidspunktet kan ha påvirket hvordan deltakerne har vurdert belastningen av ulike smitteverntiltak. Blant annet kan belastningene som følge av *stengte butikker* og sosiale restriksjoner blitt vurdert som mer alvorlige enn det som hadde vært tilfelle dersom undersøkelsen hadde vært gjort i en annen tidsperiode. Likevel støtter funn fra andre undersøkelser, med datainnsamlinger som er gjennomført på andre tidspunkt, resultatene i denne rapporten (3, 4).

### 5.1.2 Seleksjonsskjevhet og representativitet

Seleksjonsskjevhet betyr at de som deltar i en undersøkelse er systematisk forskjellig fra de som ikke deltar. Seleksjonsskjevhet påvirker utvalgets representativitet der personer som svarer på undersøkelsen ikke godt nok representerer befolkningen man ønsker å si noe om. Som tidligere beskrevet er alle utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i utgangspunktet basert på representative utvalg fra fylket, som deretter har blitt sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret. Representativiteten kan bli påvirket av at de som har reservert seg mot spørreundersøkelser eller ikke kan kontaktes digitalt er systematisk forskjellige fra de som blir med.

Utvalgene i Agder og Nordland ble trukket noe forskjellig fra Vestland og Oslo. Utvalgene i Agder og Nordland består tilfeldige utvalg trukket blant de som deltok i Folkehelseundersøkelsene i Agder i 2019 og i Nordland 2020. Utvalgene i Vestland og Oslo er representative utvalg trukket fra Folkeregisteret i 2020. Dermed vil seleksjonen bli noe sterkere i Agder og Nordland enn i Oslo og Vestland. I en artikkel basert på data fra FHUS Hordaland i 2018 har en undersøkt om det var systematiske forskjeller i utfallsmål mellom de som svarte umiddelbart, de som svarte etter en purring og de som svarte etter to purringer. Forskjellene mellom de tre gruppene var minimale. Dette støtter i noen grad antakelsen om at seleksjonseffektene ikke er særlig sterke og at vi kan ha tiltro til resultatene fra denne undersøkelsen, også i Agder og Nordland (27).

I denne undersøkelsen ble mer enn 57 000 personer invitert hvorav 39,7 % besvarte spørreskjemaet. Den lave responsraten kan utgjøre en utfordring for generaliserbarheten, spesielt for noen av undergruppene. Som tidligere nevnt er andelen som deltok litt høyere blant kvinner enn blant menn. I alle fylkene er andelen som deltok lav blant menn i den yngste aldersgruppe (18-29 år). Også blant yngre kvinner og eldre kvinner er andelen lave. Den lave deltakelsen blant eldre kvinner kan knyttes til datainnsamlingsmetoden. Blant annet har bruken av elektroniske spørreskjema og innlogging med BankID vært utfordrende for de eldre. Under pandemien har det også vært en økning i nettsvindel knyttet til bruk av BankID. Dette kan ha bidratt til at en del var skeptiske til å delta på nettbaserte undersøkelser der de blitt kontaktet med SMS og epost. Andre FHUS-undersøkelser viser også at flere med høy utdanning deltar og personer med lav utdanning i mindre grad deltar. Resultatene bør heller ikke generaliseres til andre befolkningsgrupper som ikke direkte inkluderes i rapporten, f.eks. personer med annen landbakgrunn enn norsk. Oppsummert betyr dette at resultatene for yngre, spesielt unge menn, eldre kvinner og personer med lav utdanning bør tolkes med forsiktighet. Videre er det usikkert om resultatene kan generaliseres til andre befolkningsgrupper, f.eks. de med innvandringsbakgrunn.

### *5.1.3 Tiltaksbelastning hos barn*

Rapporten viser at det er bra samsvar mellom hvordan de foresatte vurderer belastninger for seg selv og hvordan de mener barna opplever belastningene. Det de mener er belastende for barna, opplever de også som belastende selv. Kanskje betyr dette at det er overflødig å spørre om begge deler.

Kanskje illustrerer dette også en viktig begrensning ved metoden vi har benyttet. Hvis vi skulle finne ut hva barna selv opplevde som belastende, måtte vi kanskje ha spurt barna i stedet for å spørre foreldrene hva barna opplever. Dette ville i så fall bety at dataene måtte samles inn på en annen måte, kanskje som en skolebasert spørreskjemaundersøkelse blant de barna som var gamle nok til å kunne besvare et slikt spørreskjema. Men en slik framgangsmåte ville ikke gi oss informasjon om belastninger på de yngste barna, de som var for unge til å kunne besvare et spørreskjema. Uansett er den framgangsmåten vi har benyttet i denne undersøkelsen den enkleste og mest praktiske, så lenge vi skulle gjennomføre en undersøkelse blant de foresatte. Det er likevel viktig å være klar over de begrensningene dette medfører. Hva som faktisk virker belastende på barna får vi ikke vite sikkert.

#### 5.1.4 Forslag til videre studier

Basert på rapportens begrensinger anbefaler vi at flere undersøkelser fokuserer på hvilken belastning ulike smitteverntiltak innebærer for de yngste (18-29 år) og de eldste (70+ år) aldersgruppene, særlig unge menn og eldre kvinner.

Flere undersøkelser har vist at personer med lav sosioøkonomisk status og personer med annen landbakgrunn enn norsk har opplevd et større smittetrykk enn personer med høyere sosioøkonomisk status og personer som er født i Norge. I denne rapporten bare har vi ikke spesifikt sett på hvordan belastninger ved tiltak oppleves blant de med annen landbakgrunn enn norsk, og vi har bare benyttet én av flere av mulige indikatorer på sosioøkonomisk status. I fremtidige undersøkelser bør en derfor se på betydningen av landbakgrunn og en bør benytte flere indikatorer på sosioøkonomisk status.

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne rapporten var å undersøke hvilken belastning ulike smitteverntiltak ville innebære befolkningen. Resultatene viser at flest rapporterte høy grad av belastning som følge av stengte butikker, etterfulgt av smitteverntiltak som begrenser sosial omgang. Smitteverntiltak som hadde lavest andel høy belastning var bruk av munnbind og å holde én meter avstand til andre. Tiltak som forstyrret privat-jobb balansen (skolerelaterte restriksjoner og begrensinger i fritid) ville innebære størst belastning for den foresatte med barn i skolealder. Tiltak som forstyrret barnets sosiale arena (dvs. skole og fritidsrestriksjoner) ville innebære størst belastning for barn i skolealder, ifølge den foresatte. Omtrent åtte prosent av de som hadde gitt regelmessig ulønnet hjelp/tilsyn til hjelpetrequende rapporterte en økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver under nedstengingen 2020.

Den vurderte belastningen ulike smitteverntiltak ville innebære var ikke jevnt fordelt i befolkningen. Andelen som rapporterte høy grad av belastning, var størst i Oslo og den største byen i hvert fylke. Andelen som rapporterte høy grad av belastning, var høyest blant de som hadde høyere utdanning (høgskole/universitetsnivå) sammenlignet med de med lavere utdanningsnivå og blant de yngste. En høyere andel kvinner enn menn opplevde høy grad av belastning som følge av smitteverntiltak knyttet til sosiale begrensinger, testing av barn og økt belastning som følge av økte omsorgsoppgaver, mens en høyere andel menn enn kvinner rapporterte høy grad av belastning som følge av stengte butikker, skjenkestopp og fritids- og skolerelaterte tiltak blant barn. Opplevelsen av belastninger ved ulike smitteverntiltak varierer en hel del over grupper i befolkningen. Det kan vise seg å være viktig å ta hensyn til dette når en skal møte utfordringene fra nye pandemier.

## **7 Takksigelser**

Først ønsker forfatterne å takke alle som deltok og som gitt oss muligheten til å gjennomføre undersøkelsen.

En stor takk til Oddmund Frøystein i Agder fylkeskommune, Thor-Wiggo Skille i Nordland fylkeskommune og Stian Skår Ludvigsen i Vestland fylkeskommune for et fint samarbeid og støtte til å informere om undersøkelsen i de respektive fylkene.

Takk til Professor Esperanza Diaz ved Universitetet i Bergen og Professor Atle Fretheim ved Folkehelseinstituttet for fagfelleevaluering av rapporten og gode innspill.

## 8 Forbehold om feil

Selv om vi har gjort et grundig arbeid med denne rapporten, tar vi forbehold om feil som kan ha oppstått i arbeidet. Om man oppdager åpenbare feil, setter vi pris på om dere gjør oss oppmerksomme på det, slik at vi kan undersøke og rette opp.

## Referanser

1. Holden S, m.fl. Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger, tredje rapport, del I. Oslo: Helsedirektoratet; 2021.
2. Braut GS. Smittevern. Hentet fra: <https://sml.snl.no/smittevern>: Store medisinske leksikon.
3. Winje BA, Paulsen TH, Ofitserova TS, Lindstrøm J, Kristoffersen AB. Opplevd byrde knyttet til covid-19 smitteverntiltak. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
4. Sætrevik B, Bjørkheim SB, Bærøe K. Ny forskning: Disse koronatiltakene er mest belastende for folk. [Hentet den 13 september 2022]. Tilgjengelig fra: <https://forskersonen.no/covid19-kronikk-meninger/ny-forskning-disse-koronatiltakene-er-mest-belastende-for-folk/1962043>
5. Bjørkheim SB, Sætrevik B, Knapstad M. Hvilke grunner har folk til å ikke følge smitteverntiltakene? [Hentet 13 september 2022]. Tilgjengelig fra: <https://forskersonen.no/covid19-kronikk-meninger/hvilke-grunner-har-folk-til-a-ikke-folge-smitteverntiltakene/1970693>
6. Gismero-González E, Bermejo-Toro L, Cagigal V, Roldán A, Martínez-Beltrán MJ, Halty L. Emotional impact of COVID-19 lockdown among the Spanish population. *Front Psychol.* 2020;11:616978.
7. Alivernini F, Manganelli S, Girelli L, Cozzolino M, Lucidi F, Cavicchiolo E. Physical distancing behavior: The role of emotions, personality, motivations, and moral decision-making. *J Pediatr Psychol.* 2021;46(1):15-26.
8. Ahrens KF, Neumann RJ, Kollmann B, Brokelmann J, von Werthern NM, Malyschau A, et al. Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors. *Translational Psychiatry.* 2021;11(1):392.
9. Chiesa V, Antony G, Wismar M, Rechel B. COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures—a systematic review of systematic reviews. *J Public Health (Oxf).* 2021;43(3):e462-e81.
10. Giménez-Dasí M, Quintanilla L, Lucas-Molina B, Sarmiento-Henrique R. Six weeks of confinement: Psychological effects on a sample of children in early childhood and primary education. *Front Psychol.* 2020;11:590463.
11. Haug E, Mæland S, Lehmann S, Bjørknes R, Fadnes LT, Sandal GM, et al. Increased gaming during COVID-19 predicts physical inactivity among youth in Norway—A two-wave longitudinal cohort study. *Frontiers in Public Health.* 2022;10.
12. Henssler J, Stock F, van Bohemen J, Walter H, Heinz A, Brandt L. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2021;271(2):223-34.
13. WHO. Mask use in the context of COVID-19. WHO; 2020. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>

14. Al Naam YA, Elsafi SH, Alkharraz ZS, Alfahad OA, Al-Jubran KM, Al Zahrani EM. Community practice of using face masks for the prevention of COVID-19 in Saudi Arabia. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247313.
15. Adanur S, Jayswal A. Filtration mechanisms and manufacturing methods of face masks: An overview. *Journal of Industrial Textiles*. 2020;1528083720980169.
16. Ahmed ZH, Agarwal K, Sarkar R. Hand Dermatitis: A Comprehensive Review with Special Emphasis on COVID-19 Pandemic. *Indian J Dermatol*. 2021;66(5):508-19.
17. Chernyshov PV, Kolodzinska L. Prospective study on hand dermatitis in nurses and doctors during COVID-19 pandemic and its improvement by use of adopted recommendations of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Contact Dermatitis. *Dermatol Ther*. 2020;33(6):e14396.
18. Guertler A, Moellhoff N, Schenck TL, Hagen CS, Kendziora B, Giunta RE, et al. Onset of occupational hand eczema among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic: Comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit. *Contact Dermatitis*. 2020;83(2):108-14.
19. Simonsen AB, Ruge IF, Quaade AS, Johansen JD, Thyssen JP, Zachariae C. Increased occurrence of hand eczema in young children following the Danish hand hygiene recommendations during the COVID-19 pandemic. *Contact Dermatitis*. 2021;84(3):144-52.
20. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-96.
21. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995;117(3):497-529.
22. Ahmad MDF, Wahab S, Ali Ahmad F, Intakhab Alam M, Ather H, Siddiqua A, et al. A novel perspective approach to explore pros and cons of face mask in prevention the spread of SARS-CoV-2 and other pathogens. *Saudi Pharm J*. 2021;29(2):121-33.
23. Nøkleby H, Berg RC, Muller AE, Ames HMR. Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
24. Helsedirektoratet. Årsrapport 2020: Omsorg 2020. Helsedirektoratet; 2020.
25. Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E, Diercke M, Wahrendorf M, Santos-Hövenner C, et al. Socioeconomic inequalities and COVID-19 - A review of the current international literature. *J Health Monit*. 2020;5(Suppl 7):3-17.
26. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000;55(5).
27. Clarsen B, Skogen JC, Nilsen TS, Aarø LE. Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey. *BMC Public Health*. 2021;21(1):730.



## Ordliste

[Begrep]	[Forklaring]
95%KI	95% Konfidensintervall
FHI	Folkehelseinstituttet
PCA	Prinsipal komponentanalyse
Symptometer	Et representativt utvalg av befolkningen fra 16 år og eldre trukket høsten 2020, som ukentlig mottar spørsmål fra FHI knyttet til koronasymptomer og andre relevante koronaspørsmål
PTSD	Posttraumatisk stress syndrom

**Vedlegg 1: Tabeller for deltakelse**

**Deltakelse i FHUS korona 2021**

Tabell 1.

*Fordeling av inviterte og endelig utvalg etter fylker.*

Fylke	Inviterte (N)	Deltok (n)	Deltakelse i prosent
Agder	9 821	5 128	52.2 %
Nordland	9 892	5 092	51.5 %
Oslo	21 880	7 546	34.5 %
Vestland	15 804	5 042	31.9 %
Alle	57 397	22 808	39.7 %

Tabell 2a.

*Utvalg og befolkningstall<sup>1</sup> etter kjønn og aldersgruppe i Agder.*

	Kvinner			Menn		
	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent
18-29	23 063	186	0,8 %	25 073	97	0,4 %
30-39	19 145	375	2,0 %	19 815	227	1,1 %
40-49	20 079	535	2,7 %	20 589	446	2,2 %
50-59	19 814	677	3,4 %	20 679	606	2,9 %
60-69	17 199	607	3,5 %	17 192	583	3,4 %
70+	21 446	312	1,5 %	17 930	477	2,7 %
Alle	120 746	2 692	2,2 %	121 278	2 436	2,0 %

Tabell 2b.

*Utvalg og befolkningstall<sup>1</sup> etter kjønn og aldersgruppe i Nordland.*

	Kvinner			Menn		
	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent
18-29	16 838	175	1,0 %	18 773	101	0,5 %
30-39	13 960	330	2,4 %	14 933	172	1,2 %
40-49	14 252	481	3,4 %	14 473	306	2,1 %
50-59	16 583	748	4,5 %	17 342	627	3,6 %
60-69	14 721	652	4,4 %	15 413	690	4,5 %
70+	19 470	305	1,6 %	17 126	505	2,9 %
Alle	95 824	2 691	2,8 %	98 060	24 01	2,4 %

Tabell 2c.

*Utvalg og befolkningstall<sup>1</sup> etter kjønn og aldersgruppe i Oslo.*

	Kvinner			Menn		
	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent
18-29	69 829	555	0,8 %	63 531	322	0,5 %
30-39	65 062	929	1,4 %	68 997	720	1,0 %
40-49	46 234	815	1,8 %	50 798	698	1,4 %
50-59	38 276	817	2,1 %	40 664	713	1,8 %
60-69	29 457	671	2,3 %	28 512	578	2,0 %
70+	35 516	354	1,0 %	27 324	374	1,4 %
Alle	284 374	4 141	1,5 %	279 826	3 405	1,2 %

<sup>1</sup> Befolkningstallene er hentet fra Statistisk Sentralbyrå og gjelder befolkningssammensetningen per 1. januar 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>

Tabell 2d.

*Utvalg og befolkningstall<sup>1</sup> etter kjønn og aldersgruppe i Vestland.*

	Kvinner			Menn		
	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent	Befolkning (N)	Utvalg (n)	Utvalget i prosent
18-29	50 135	338	0,7 %	52 921	219	0,4 %
30-39	41 906	504	1,2 %	44 786	331	0,7 %
40-49	39 776	577	1,5 %	43 092	450	1,0 %
50-59	39 218	653	1,7 %	41 919	567	1,4 %
60-69	33 676	488	1,4 %	34 794	479	1,4 %
70+	44 354	188	0,4 %	36 977	248	0,7 %
Alle	249 065	2748	1,1 %	254 489	2 294	0,9 %

<sup>1</sup> Befolkningstallene er hentet fra Statistisk Sentralbyrå og gjelder befolkningssammensetningen per 1. januar 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>

**Vedlegg 2: Resultat fra prinspal komponents analyse (PCA)**

## Prinsipal komponents analyse

Tabell 1 viser tre komponenter med en egenverdi høyere enn 1,0. Den første uroterte komponenten har en egenverdi høyere enn 7,0, den andre komponenten har en egenverdi høyere enn 1,4, mens den tredje komponenten har en egenverdi på 1,0. Etter rotasjon har alle ledd komponentladninger over 0,40 på sin respektive komponent, med ett unntak. Leddet å «Unngå reiser innenlands», har en komponentladning på 0,39. De tre komponentene forklarer 52,9 % av variansen i de opprinnelige standardiserte variablene. Den første roterte komponenten (oransje) dreier seg om «Begrensing i service-, fritids- og reisetilbud» (10 ledd), den andre (grønt) dreier seg om «Begrensing i sosial kontakt» (5 ledd) og den tredje (blått) dreier seg om «Påbud om smitteverntiltak» (3 ledd).

Korrelasjonene mellom de tre komponentene viser moderat sterke sammenhenger. Komponent 1 har korrelasjoner på henholdsvis 0,47 og 0,41 med komponentene 2 og 3. Korrelasjonen mellom komponent 2 og komponent 3 er 0,30.

På grunn av heterogenitet innen komponenter i sammenhengene mellom enkeltledd og bosted, utdanning og alder, ble leddene analysert enkeltvis, men gruppert basert på komponentanalysen.

Tabell 1.

*Prinsipal komponent analyse\* av ledd som gjelder hvilken belastning ulike smitteverntiltak vil innebære.*

	Komponent		
	1	2	3
Unngå besøk i hjemmet	0,03	0,78	0,04
Maks fem gjester på besøk i hjemmet	0,03	0,76	0,10
Forbud mot arrangement	0,41	0,36	0,23
Holde minst én meter avstand til andre	0,02	0,25	0,66
Påbud om hjemmekontor	0,03	0,20	0,55
Ha begrenset antall personer en kan omgå og ha kontakt med	0,11	0,57	0,35
Bli satt i karantene etter nærkontakt	0,02	0,52	0,22
Begrensede besøksmuligheter til nærstående i institusjoner	0,03	0,60	-0,12
Stengte serveringssteder	0,78	-0,04	0,76
Skjenkestopp	0,75	-0,13	0,22
Stengte butikker	0,48	0,29	-0,13
Stengt frisør, hudpleier og liknende	0,75	0,07	-0,15
Stengte kulturtilbud som kinoer, teater, konserter	0,78	0,04	0,06
Stengte treningssentre	0,72	-0,06	-0,03
Forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne	0,61	0,13	-0,13
Påbud om munnbind på offentlige steder	0,11	-0,06	0,73
Unngå reiser innenlands	0,39	0,19	0,18
Unngå unødvendige reiser utenlands	0,47	-0,10	0,26

\* Oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.

### Voksnes belastning av tiltak rettet mot barn i skolealder

For å undersøke hvordan vurderingene av tiltakenes belastninger på den foresatte grupperer seg sammen, ble det gjort en prinsippal komponentanalyse av variablene i Figur 10 i resultatdelen. Tabell 2 viser tre komponenter med en egenverdi høyere enn 1,00. Den første roterte komponenten har en egenverdi høyere enn 4,00, den andre komponenten har en egenverdi på høyere enn 1,20, mens den tredje har en egenverdi på 1,03. Etter rotasjon har alle ledd komponentladninger over 0,40 på sin respektive komponent. De tre komponentene forklarer 78,6 % av variansen i de opprinnelige standardiserte variablene. Den første roterte komponenten (oransje) dreier seg om «Tiltak i skolen» (4 ledd), den andre (i grønt) dreier seg om «Testing» (2 ledd) og den tredje (blått) dreier seg om «Begrensing i fritidsaktiviteter» (2 ledd).

Komponent 1 har moderat sterke sammenhenger med komponent 2 og 3 (henholdsvis -0,46 og 0,43). Korrelasjonen mellom komponent 2 og komponent 3 er -0,27. Merk at strukturen funnet i disse analysene er den samme som ble funnet i analysene av hvordan foreldrene vurderte belastningene på sine barn (se Tabell 3, Vedlegg 2).

Tabell 2.

*Prinsippal komponent analyse av hvilken belastning smitteverntiltak rettet mot barn ville innebære på den foresatte.*

	Komponent		
	1	2	3
Rødt nivå på skoler	0,94	-0,01	-0,07
Stengte skoler	0,94	0,05	-0,05
Ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen	0,79	0,01	0,09
Hyppig testing hjemme eller på skole	-0,03	-0,03	0,89
Hyppig testing av barnet/barna på teststasjon	0,04	0,04	0,88
Om barnet/barna blir satt i karantene i 7 døgn	0,64	-0,14	0,13
Om barnet/barna ikke kan delta på fritidsaktiviteter	0,09	-0,91	-0,03
Om barnet/barna ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser	-0,06	-0,97	0,02

*Note.* Oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.

## Barns belastning av tiltak rettet mot barn i skolealder

For å undersøke hvordan vurderingene av tiltakene i figur 26 i resultatdelen grupperte seg sammen (dimensjonalitet), ble det gjort en prinsippal komponentanalyse av variablene. Tabell 3 viser tre komponenter med en egenverdi høyere enn 1,00. Den første uroterte komponenten har en egenverdi høyere enn 3,70, den andre komponenten har en egenverdi på høyere enn 1,30, mens den tredje hadde en egenverdi på 1,05. Etter rotasjon har alle ledd komponentladninger over 0,40 på sine respektive komponenter. De tre komponentene forklarer 76,7 % av variansen i de opprinnelige standardiserte variablene. Den første roterte komponenten (oransje) dreier seg om «Tiltak i skole» (4 ledd), den andre (i grønt) dreier seg om «Testing» (2 ledd) og den tredje (i blått) dreier seg om «Begrensing i fritidsaktiviteter» (2 ledd).

Komponent 1 har moderat sterke sammenhenger med komponent 2 og 3 (henholdsvis 0,32 og 0,46). Korrelasjonen mellom komponent 2 og komponent 3 er 0,21. Merk at strukturen funnet i disse analysene er den samme som ble funnet i analysene av hvordan foreldrene vurderte sin belastning av smitteverntiltak rettet mot barn (se Tabell 2, Vedlegg 2).

Tabell 3.

*Prinsippal komponentanalyse av hvilken belastning ulike smitteverntiltak rettet mot barn ville innebære på barnet/barnet (rapportert av foresatte).*

	Komponent		
	1	2	3
Rødt nivå på skoler	0,92	-0,04	-0,01
Stengte skoler	0,90	-0,10	0,02
Ofte veksling mellom gult og rødt nivå på skolen	0,79	0,13	-0,05
Hyppig testing hjemme eller på skole	-0,04	0,92	-0,03
Hyppig testing på teststasjon	0,04	0,88	0,02
Å bli satt i karantene i 7 døgn	0,46	0,14	0,34
Ikke kunne delta på fritidsaktiviteter	0,09	-0,01	0,88
Ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser	-0,09	-0,01	0,96

Note. Oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.



**Vedlegg 3: Sammenhengen mellom den foresattes og barnets rapporterte belastning**

Sammenhengen mellom den foresattes og barnets/barnas rapporterte belastning som følge av tiltak rettet mot barn i skolealder

Tabell 1 viser sammenhengen mellom belastninger på de foresatte og belastninger på barna som følge tiltak rettet mot barn. Begge deler er rapportert av foresatte. Denne analysen består av en sumskår av den opplevde belastningen som følge av skolerelaterte tiltak (*stengte skoler, bli satt i karantene, rødt nivå på skolen og ofte veksling mellom gult og rødt nivå*), testing (*hyppig testing på teststasjon og hyppig testing hjemme/skole*) og begrensinger i fritidsaktivitet (*ikke kunne delta på fritidsaktiviteter og ikke kunne delta på idrettsstevner/samlinger/konkurranser*) hos barnet/barna. Tabell 1 viser at det er sterke sammenhenger mellom det som rapporteres om barna og det som rapporteres om den foresatte innen hver kategori av belastninger.

Tabell 1.

*Sammenhengen mellom foresattes og barns belastning som følge av tiltak rettet mot barn.*

		Foresatt			Barn		
		Skole	Testing	Fritid	Skole	Testing	Fritid
Foresatt	Skole	-					
	Testing	0,477	-				
	Fritid	0,691	0,259	-			
Barn	Skole	<b>0,734</b>	0,311	0,427	-		
	Testing	0,376	<b>0,777</b>	0,179	0,330	-	
	Fritid	0,399	0,207	<b>0,795</b>	0,485	0,198	-

*Note.* Spearman's  $\rho$ .  $N = 5\ 116$ . Alle korrelasjoner er statistisk sikre på  $p < ,001$

**Vedlegg 4: Tabeller med andeler som rapporterte høy grad av belastning**

Tabeller med andeler som rapporterte høy grad av belastning etter kjønn og sentralitet (tabellene 1-26) og sentralitet og klasse trinn (27-42)

**Høy grad av belastning som følge av begrensinger i service, fritid og reise etter kjønn og sentralitet<sup>1</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 1. Andel som rapporterte at stengte butikker ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	22 415	57,8 %	[57,1-58,4]	98,3 %
Kvinner	12 123	55,4 %	[54,5-56,3]	98,8 %
Menn	10 292	60,5 %	[59,6-61,5]	97,7 %
Distrikt	9 810	55,0 %	[54,1-56,0]	98,1 %
By	12 605	59,9 %	[59,0-60,7]	98,4 %

Tabell 2. Andel som rapporterte at det å unngå reiser innenlands ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	22 029	33,1 %	[32,5-33,7]	96,6 %
Kvinner	11 798	33,7 %	[32,9-34,6]	96,1 %
Menn	10 231	32,4 %	[31,5-33,3]	97,1 %
Distrikt	9 669	25,8 %	[24,9-26,6]	96,7 %
By	12 360	38,9 %	[38,0-39,7]	96,5 %

Tabell 3. Andel som rapporterte at forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	18 854	24,3 %	[23,7-24,9]	82,7 %
Kvinner	9 614	23,4 %	[22,5-24,2]	78,3 %
Menn	9 240	25,3 %	[24,4-26,2]	87,7 %
Distrikt	8 513	20,1 %	[19,3-21,0]	85,2 %
By	10 341	27,7 %	[26,9-28,6]	80,7 %

Tabell 4. Andel som rapporterte at forbud mot arrangement vil bety en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	22 232	23,0 %	[22,5-23,6]	97,5 %
Kvinner	11 998	23,0 %	[22,2-23,7]	97,8 %
Menn	10 234	23,1 %	[22,3-23,9]	97,1 %
Distrikt	9 742	17,2 %	[16,5-18,0]	97,5 %
By	12 490	27,6 %	[26,8-28,3]	97,5 %

Tabell 5. Andel som rapporterte at stengte treningssentre ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	20 426	21,5 %	[21,0-22,1]	89,6 %
Kvinner	10 834	23,4 %	[22,6-24,1]	88,3 %
Menn	9 592	19,5 %	[18,7-20,2]	91,0 %
Distrikt	8 950	13,6 %	[12,9-14,3]	89,5 %
By	11 476	27,7 %	[26,9-28,5]	89,6 %

<sup>1</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

Tabell 6. Andel som rapporterte at stengt frisør, hudpleier og likende ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	22 071	19,2 %	[18,6-19,7]	96,8 %
Kvinner	11 969	21,7 %	[21,0-22,5]	97,5 %
Menn	10 102	16,1 %	[15,4-16,8]	95,9 %
Distrikt	9 677	14,6 %	[13,9-15,3]	96,8 %
By	12 394	22,7 %	[22,0-23,5]	96,7 %

Tabell 7. Andel som rapporterte at stengte kulturtilbud som kinoer, teatre, konserter ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	22 241	18,3 %	[17,8-18,8]	97,5 %
Kvinner	11 993	19,2 %	[18,5-19,9]	97,7 %
Menn	10 248	17,3 %	[16,5-18,0]	97,3 %
Distrikt	9 701	11,2 %	[10,6-11,8]	97,1 %
By	12 540	23,8 %	[23,1-24,5]	97,9 %

Tabell 8. Andel som rapporterte at stengte serveringssteder ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	22 298	17,5 %	[17,0-18,0]	97,8 %
Kvinner	12 005	17,0 %	[16,3-17,7]	97,8 %
Menn	10 293	18,0 %	[17,3-18,8]	97,7 %
Distrikt	9 751	9,9 %	[9,3-10,5]	97,6 %
By	12 547	23,3 %	[22,6-24,1]	97,9 %

Tabell 9. Andel som rapporterte at det å unngå unødvendige reiser utenlands ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	21 393	14,4 %	[13,9-14,9]	93,8 %
Kvinner	11 407	13,2 %	[12,6-13,9]	93,0 %
Menn	9 986	15,7 %	[15,0-16,4]	94,8 %
Distrikt	9 310	9,9 %	[9,3-10,5]	93,1%
By	12 083	17,9 %	[17,2-18,6]	94,3%

Tabell 10. Andel som rapporterte at skjenkestopp ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	21 940	12,1 %	[11,7-12,5]	96,2 %
Kvinner	11 759	10,5 %	[9,9-11,0]	95,8 %
Menn	10 181	14,0 %	[13,3-14,7]	96,6 %
Distrikt	9 577	6,3 %	[5,8-6,8]	95,8 %
By	12 363	16,6 %	[15,9-17,2]	96,5 %

## Høy grad av belastning som følge av sosiale begrensinger etter kjønn og sentralitet<sup>1</sup>. Alle verdier er ujustert.

Tabell 11. Andel som rapporterte at det å unngå besøk hjemme ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	22 404	42,7 %	[42,1-43,4]	98,2 %
Kvinner	12 099	47,5 %	[46,6-48,4]	98,6 %
Menn	10 305	37,1 %	[36,2-38,0]	97,8 %
Distrikt	9 821	37,1 %	[36,1-38,1]	98,3 %
By	12 583	47,1 %	[46,2-48,0]	98,2 %

Tabell 12. Andel som rapporterte at det å bli satt i karantene etter nærkontakt ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	22 269	39,8 %	[39,2-40,5]	97,6 %
Kvinner	12 025	40,1 %	[39,2-41,0]	98,0 %
Menn	10 244	39,5 %	[38,5-40,4]	97,2 %
Distrikt	9 742	34,2 %	[33,3-35,1]	97,5 %
By	12 527	44,2 %	[43,3-45,1]	97,8 %

Tabell 13. Andel som rapporterte at maks fem gjester på besøk i hjemmet ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	22 379	25,4 %	[24,8-25,9]	98,1 %
Kvinner	12 085	27,5 %	[26,8-28,3]	98,5 %
Menn	10 294	22,8 %	[22,0-23,6]	97,7 %
Distrikt	9 810	21,8 %	[20,9-22,6]	98,1 %
By	12 569	28,2 %	[27,4-29,0]	98,1 %

Tabell 14. Andel som rapporterte at begrensede besøksmuligheter til nærstående på institusjoner ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	17 054	22,3 %	[21,7-22,9]	74,8 %
Kvinner	8 621	24,6 %	[23,7-25,5]	70,2 %
Menn	8 433	20,0 %	[19,2-20,9]	80,0 %
Distrikt	7 585	20,7 %	[19,8-21,7]	75,9 %
By	9 469	23,6 %	[22,7-24,4]	73,9 %

Tabell 15. Andel som rapporterte at å ha begrenset antall personer en kan omgås og ha kontakt med ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	22 162	21,9 %	[21,3-22,4]	97,2 %
Kvinner	11 954	22,4 %	[21,6-23,1]	97,4 %
Menn	10 208	21,2 %	[20,4-22,0]	96,9 %
Distrikt	9 667	17,6 %	[16,8-18,3]	96,7 %
By	12 495	25,2 %	[24,4-25,9]	97,5 %

<sup>1</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning som følge av andre påbud etter kjønn og sentralitet<sup>1</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 16. Andel som rapporterte at påbud om hjemmekontor ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	12 916	20,5 %	[19,8-21,2]	100 %
Kvinner	6738	20,9 %	[20,0-21,9]	100 %
Menn	6178	20,1 %	[19,1-21,1]	100 %
Distrikt	4860	18,2 %	[17,1-19,3]	100 %
By	8056	21,9 %	[21,0-22,8]	100 %

Tabell 17. Andel som rapporterte at å holde minst én meter avstand til andre ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	22 578	7,9 %	[7,6-8,3]	99,0 %
Kvinner	12 169	8,3 %	[7,8-8,8]	99,2 %
Menn	10 409	7,5 %	[7,0-8,0]	98,8 %
Distrikt	9 894	6,0 %	[5,5-6,4]	99,0 %
By	12 684	9,5 %	[9,0-10,0]	99,0 %

Tabell 18. Andel som rapporterte at påbud om munnbind på offentlige steder ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
Generelt	22 602	7,8 %	[7,5-8,1]	99,1 %
Kvinner	12 194	7,2 %	[6,8-7,7]	99,4 %
Menn	10 408	8,5 %	[7,9-9,0]	98,8 %
Distrikt	9 891	7,7 %	[7,1-8,2]	99,0 %
By	12 711	7,9 %	[7,4-8,4]	99,2 %

<sup>1</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant foreldre/foresatte med barn i skolealder<sup>1</sup> som følge av restriksjoner på skolen til barnet/barna etter forelders/foresatts kjønn og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 19. Andel foresatte som rapporterte at stengte skoler ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	5 190	60,1 %	[58,8-61,4]	99,5 %
Kvinner	2 913	58,1 %	[56,3-59,9]	99,7 %
Menn	2 277	62,7 %	[60,7-64,7]	99,3 %
Distrikt	2 385	53,9 %	[51,9-55,9]	99,7 %
By	2 805	65,4 %	[63,6-67,1]	99,4 %

Tabell 20. Andel foresatte som rapporterte at å bli satt i karantene i syv døgn ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	5 182	57,2 %	[55,9-58,6]	99,4 %
Kvinner	2 909	55,1 %	[53,3-56,9]	99,6 %
Menn	2 273	59,9 %	[57,9-61,9]	99,1 %
Distrikt	2 382	52,0 %	[50,0-54,0]	99,5 %
By	2 800	61,6 %	[59,8-63,4]	99,2 %

Tabell 21. Andel foresatte som rapporterte at ofte veksling mellom gult og rødt nivå på barnets skole ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	5 186	44,2 %	[42,8-45,5]	99,4 %
Kvinner	2 910	42,4 %	[40,6-44,2]	99,6 %
Menn	2 276	46,4 %	[44,3-48,4]	99,3 %
Distrikt	2 381	40,9 %	[38,9-42,8]	99,5 %
By	2 805	47,0 %	[45,1-48,8]	99,4 %

Tabell 22. Andel foresatte som rapporterte at rødt nivå skoler ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	5 189	43,3 %	[42,0-44,7]	99,5 %
Kvinner	2 912	40,5 %	[38,7-42,3]	99,7 %
Menn	2 277	46,9 %	[44,8-48,9]	99,3 %
Distrikt	2 384	39,0 %	[37,1-41,0]	99,6 %
By	2 805	47,0 %	[45,1-48,8]	99,4 %

<sup>1</sup> Der barnet går på 1.-4. trinn, 5.-7. trinn, 8.-10. trinn og videregående skole (VGS) og er under 18 år.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.



**Høy grad av belastning blant foreldre/foresatte med barn i skolealder<sup>1</sup> følge av testing av barn etter forelders/foresatts kjønn og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 23. Andel foresatte som rapporterte at hyppig testing på teststasjon ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	5 184	49,1 %	[47,7-50,5]	99,4 %
Kvinner	2 910	51,7 %	[49,9-53,5]	99,6 %
Menn	2 274	45,8 %	[43,7-47,8]	99,2 %
Distrikt	2 380	48,7 %	[46,7-50,7]	99,5 %
By	2 804	49,4 %	[47,6-51,3]	99,4 %

Tabell 24. Andel foresatte som rapporterte at hyppig testing hjemme/skole ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	5 183	18,9 %	[17,8-20,0]	99,4 %
Kvinner	2 909	19,5 %	[18,0-20,9]	99,6 %
Menn	2 274	18,2 %	[16,6-19,8]	99,2 %
Distrikt	2 378	23,5 %	[21,8-25,2]	99,4 %
By	2 805	15,0 %	[13,7-16,3]	99,4 %

**Høy grad av belastning blant foreldre/foresatte med barn i skolealder<sup>1</sup> følge av begrensinger i barns fritidsaktiviteter etter forelders/foresatts kjønn og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 25. Andel som foresatte rapporterte at å ikke kunne delta på fritidsaktiviteter ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	5 182	37,5 %	[36,2-38,8]	99,4 %
Kvinner	2 909	35,4 %	[33,6-37,1]	99,6 %
Menn	2 273	40,3 %	[38,2-42,3]	99,1 %
Distrikt	2 381	33,0 %	[31,1-34,9]	99,5 %
By	2 801	41,3 %	[39,5-43,2]	99,3 %

Tabell 26. Andel foresatte som rapporterte at det å ikke kunne delta på idrettsstevner/samlinger/konkurranser ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	5 180	25,7 %	[24,5-26,9]	99,3 %
Kvinner	2 907	22,3 %	[20,8-23,8]	99,5 %
Menn	2 273	30,0 %	[28,1-31,9]	99,1 %
Distrikt	2 380	23,2 %	[21,5-24,8]	99,5 %
By	2 800	27,8 %	[26,2-29,5]	99,2 %

<sup>1</sup> Der barnet går på 1.-4. trinn, 5.-7. trinn, 8.-10. trinn og videregående skole (VGS) og er under 18 år.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant foreldre/foresatte med barn i skolealder<sup>1</sup> som følge av restriksjoner mot skole etter barnets klassetrinn<sup>2</sup> og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 27. Andel foresatte med barn i bare en av klassetrinngruppene som rapporterte at stengte skoler ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	3 001	57,3 %	[55,5-59,1]	99,5 %
Distrikt	1 338	50,1 %	[47,4-52,8]	99,6 %
By	1 663	63,1 %	[60,8-65,4]	99,4 %
1.-4. trinn	1 088	78,7 %	[76,2-81,1]	99,5 %
5.-7. trinn	480	62,5 %	[58,2-66,8]	99,8 %
8.-10. trinn	667	43,2 %	[39,4-46,9]	99,6 %
VGS	766	35,9 %	[32,5-39,3]	99,2 %

Tabell 28. Andel foresatte med barn i bare en av klassetrinngruppene som rapporterte at å bli satt i karantene i syv døgn ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	2 997	55,6 %	[53,8-57,4]	99,3 %
Distrikt	1 337	50,6 %	[48,0-53,3]	99,5 %
By	1 660	59,6 %	[57,3-62,0]	99,2 %
1.-4. trinn	1 089	69,2 %	[66,5-72,0]	99,5 %
5.-7. trinn	478	57,5 %	[53,1-62,0]	99,4 %
8.-10. trinn	664	45,8 %	[42,0-49,6]	99,1 %
VGS	766	43,6 %	[40,1-47,1]	99,2 %

Tabell 29. Andel foresatte med barn i bare en av klassetrinngruppene som rapporterte at ofte veksling mellom gult og rødt nivå ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	3 000	42,4 %	[40,6-44,2]	99,4 %
Distrikt	1 336	39,5 %	[36,9-42,1]	99,4 %
By	1 664	44,7 %	[42,3-47,1]	99,5 %
1.-4. trinn	1 088	51,8 %	[48,9-54,8]	99,5 %
5.-7. trinn	480	41,0 %	[36,6-45,4]	99,8 %
8.-10. trinn	667	36,9 %	[33,2-40,5]	99,6 %
VGS	765	34,6 %	[31,3-38,0]	99,1 %

Tabell 30. Andel foresatte med barn i bare en av klassetrinngruppene som rapporterte at rødt nivå på skoler ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	3 002	41,0 %	[39,3-42,8]	99,5 %
Distrikt	1 338	36,5 %	[34,0-39,1]	99,6 %
By	1 664	44,7 %	[42,3-47,0]	99,5 %
1.-4. trinn	1 089	51,3 %	[48,4-54,3]	99,5 %
5.-7. trinn	480	44,8 %	[40,3-49,2]	99,8 %
8.-10. trinn	668	34,1 %	[30,5-37,7]	99,7 %
VGS	765	30,1 %	[26,8-33,3]	99,1 %

<sup>1</sup> Blant foreldre/foresatte som rapportert å ha ett eller flere barn på *samme* klassetrinn.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant foreldre/foresatte med barn i skolealder<sup>1</sup> som følge av testing av barn etter barnets klasstrinn<sup>2</sup> og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 31. Andel som rapporterte at hyppig testing av barna på teststasjon ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	2 996	46,5 %	[44,7-48,2]	99,3 %
Distrikt	1 334	46,2 %	[43,5-48,9]	99,3 %
By	1 662	46,7 %	[44,3-49,1]	99,3 %
1.-4. trinn	1 088	59,8 %	[56,9-62,7]	99,5 %
5.-7. trinn	478	47,5 %	[43,0-52,0]	99,4 %
8.-10. trinn	665	37,6 %	[33,9-41,3]	99,3 %
VGS	765	34,5 %	[31,1-37,9]	99,1 %

Tabell 32. Andel som rapporterte at hyppig testing av barna hjemme/på skole ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	2 996	19,1 %	[17,7-20,5]	99,3 %
Distrikt	1 332	23,4 %	[21,1-25,7]	99,1 %
By	1 664	15,6 %	[13,9-17,4]	99,5 %
1.-4. trinn	1 087	26,6 %	[24,0-29,2]	99,4 %
5.-7. trinn	479	18,6 %	[15,1-22,1]	99,6 %
8.-10. trinn	667	13,6 %	[11,0-16,2]	99,6 %
VGS	763	13,5 %	[11,1-15,9]	98,8 %

<sup>1</sup> Blant foreldre/foresatte som rapportert å ha ett eller flere barn på *samme* klasstrinn.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant foreldre/foresatte med barn i skolealder<sup>1</sup> som følge av begrensinger i barns fritidsaktiviteter etter barnets klassetrinn<sup>2</sup> og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 33. Andel som rapporterte at det at barna ikke kunne delta på fritidsaktiviteter ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	2 995	33,1 %	[31,4-34,8]	99,3 %
Distrikt	1 335	28,5 %	[26,1-31,0]	99,3 %
By	1 660	36,7 %	[34,4-39,1]	99,2 %
1.-4. trinn	1 087	31,1 %	[28,3-33,8]	99,4 %
5.-7. trinn	480	37,5 %	[33,2-41,8]	99,8 %
8.-10. trinn	663	36,8 %	[33,1-40,5]	99,0 %
VGS	765	29,9 %	[26,7-33,2]	99,1 %

Tabell 34. Andel som rapporterte at det at barna ikke kunne delta på idrettsstevner/samlinger/konkurranser ville innebære en høy grad av belastning.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	2 996	22,7 %	[21,2-24,2]	99,3 %
Distrikt	1 334	19,9 %	[17,7-22,0]	99,3 %
By	1 662	25,0 %	[22,9-27,1]	99,3 %
1.-4. trinn	1 087	20,4 %	[18,0-22,8]	99,4 %
5.-7. trinn	479	25,7 %	[21,8-29,6]	99,6 %
8.-10. trinn	665	25,3 %	[22,0-28,6]	99,3 %
VGS	765	21,8 %	[18,9-24,8]	99,1 %

<sup>1</sup> Blant foreldre/foresatte som rapportert å ha ett eller flere barn på *samme* klassetrinn.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant barn i skolealder<sup>1</sup> som følge av restriksjoner på skolen etter barnets klasstrinn og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 35. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve stor belastning som følge av å bli satt i karantene i syv døgn.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	3 001	60,7 %	[58,9-62,4]	99,5 %
Distrikt	1 336	54,6 %	[52,0-57,3]	99,4 %
By	1 665	65,5 %	[63,2-67,8]	99,5 %
1.-4. trinn	1 091	65,0 %	[62,2-67,8]	99,7 %
5.-7. trinn	479	57,0 %	[52,6-61,4]	99,6 %
8.-10. trinn	667	55,8 %	[52,0-59,5]	99,6 %
VGS	764	61,1 %	[57,7-64,6]	99,0 %

Tabell 36. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av stengte skoler.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	3 004	57,0 %	[55,3-58,8]	99,6 %
Distrikt	1 337	48,8 %	[46,2-51,5]	99,5 %
By	1 667	63,6 %	[61,3-65,9]	99,6 %
1.-4. trinn	1 092	67,9 %	[65,2-70,7]	99,8 %
5.-7. trinn	479	52,0 %	[47,5-56,5]	99,6 %
8.-10. trinn	668	47,0 %	[43,2-50,8]	99,7 %
VGS	765	53,3 %	[49,8-56,9]	99,1 %

Tabell 37. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av veksling mellom gult og rødt nivå.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	2 998	50,2 %	[48,4-52,0]	99,4 %
Distrikt	1 336	45,6 %	[42,9-48,3]	99,4 %
By	1 662	54,0 %	[51,6-56,4]	99,3 %
1.4. trinn	1 090	53,2 %	[50,2-56,2]	99,6 %
5.-7. trinn	478	47,1 %	[42,6-51,5]	99,4 %
8.-10. trinn	666	45,3 %	[41,6-49,1]	99,4 %
VGS	764	52,2 %	[48,7-55,8]	99,0 %

Tabell 38. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av rødt nivå på skoler.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	3 002	46,5 %	[44,7-48,3]	99,5 %
Distrikt	1 337	40,3 %	[37,7-42,9]	99,5 %
By	1 665	51,5 %	[49,1-53,9]	99,5 %
1.-4. trinn	1 090	50,4 %	[47,4-53,3]	99,6 %
5.-7. trinn	479	45,5 %	[41,1-50,0]	99,6 %
8.-10. trinn	668	39,8 %	[36,1-43,5]	99,7 %
VGS	765	47,5 %	[43,9-51,0]	99,1 %

<sup>1</sup> Blant foreldre/foresatte som rapportert å ha ett eller flere barn på *samme* klasstrinn.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant barn i skolealder<sup>1</sup> følge av testing etter barnets klassetrinn og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 39. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av hyppig testing på teststasjon.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	2 999	48,2 %	[46,4-50,0]	99,4 %
Distrikt	1 334	49,6 %	[46,9-52,2]	99,3 %
By	1 665	47,1 %	[44,7-49,5]	99,5 %
1.-4. trinn	1 091	59,8 %	[56,9-62,7]	99,7 %
5.-7. trinn	479	47,5 %	[43,0-52,0]	99,6 %
8.-10. trinn	665	37,6 %	[33,9-41,3]	99,3 %
VGS	764	34,5 %	[31,1-37,9]	99,0 %

Tabell 40. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av hyppig testing hjemme/på skole.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	Deltakelse (%)
I alt	2 998	22,3 %	[20,8-23,8]	99,4 %
Distrikt	1 335	28,7 %	[26,3-31,1]	99,3 %
By	1 663	17,2 %	[15,4-19,0]	99,4 %
1.-4. trinn	1 089	32,7 %	[29,9-35,5]	99,5 %
5.-7. trinn	480	21,3 %	[17,6-24,9]	99,8 %
8.-10. trinn	668	14,4 %	[11,7-17,0]	99,7 %
VGS	761	15,1 %	[12,6-17,7]	98,6 %

<sup>1</sup> Blant foreldre/foresatte som rapportert å ha ett eller flere barn på *samme* klassetrinn.

<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

**Høy grad av belastning blant barn i skolealder<sup>1</sup> følge av begrensinger i fritidsaktiviteter etter barnets klassetrinn og sentralitet<sup>2</sup>. Alle verdier er ujustert.**

Tabell 41. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av ikke kunne delta på fritidsaktiviteter.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	2 998	50,6 %	[48,8-52,4]	99,4 %
Distrikt	1 333	44,4 %	[41,7-47,1]	99,2 %
By	1 665	55,5 %	[53,1-57,9]	99,5 %
1.-4. trinn	1 089	49,6 %	[46,6-52,6]	99,5 %
5.-7. trinn	478	52,3 %	[47,8-56,8]	99,4 %
8.-10. trinn	667	53,1 %	[49,3-56,9]	99,6 %
VGS	764	48,7 %	[45,1-52,2]	99,0 %

Tabell 42. Andel av de foresatte som rapporterte at barna ville oppleve høy grad av belastning som følge av ikke kunne delta på idrettsstevner/samlinger/konkurranser.

	<i>N</i>	<i>Andel</i>	<i>KI 95%</i>	<i>Deltakelse (%)</i>
I alt	2 997	30,9 %	[29,2-32,5]	99,3 %
Distrikt	1 333	26,6 %	[24,3-29,0]	99,2 %
By	1 664	34,3 %	[32,0-36,5]	99,5 %
1.-4. trinn	1 091	27,2 %	[24,6-29,9]	99,7 %
5.-7. trinn	478	34,3 %	[30,1-38,6]	99,4 %
8.-10. trinn	664	36,0 %	[32,3-39,6]	99,1 %
VGS	764	29,5 %	[26,2-32,7]	99,0 %

<sup>1</sup> Blant foreldre/foresatte som rapportert å ha ett eller flere barn på *samme* klassetrinn.

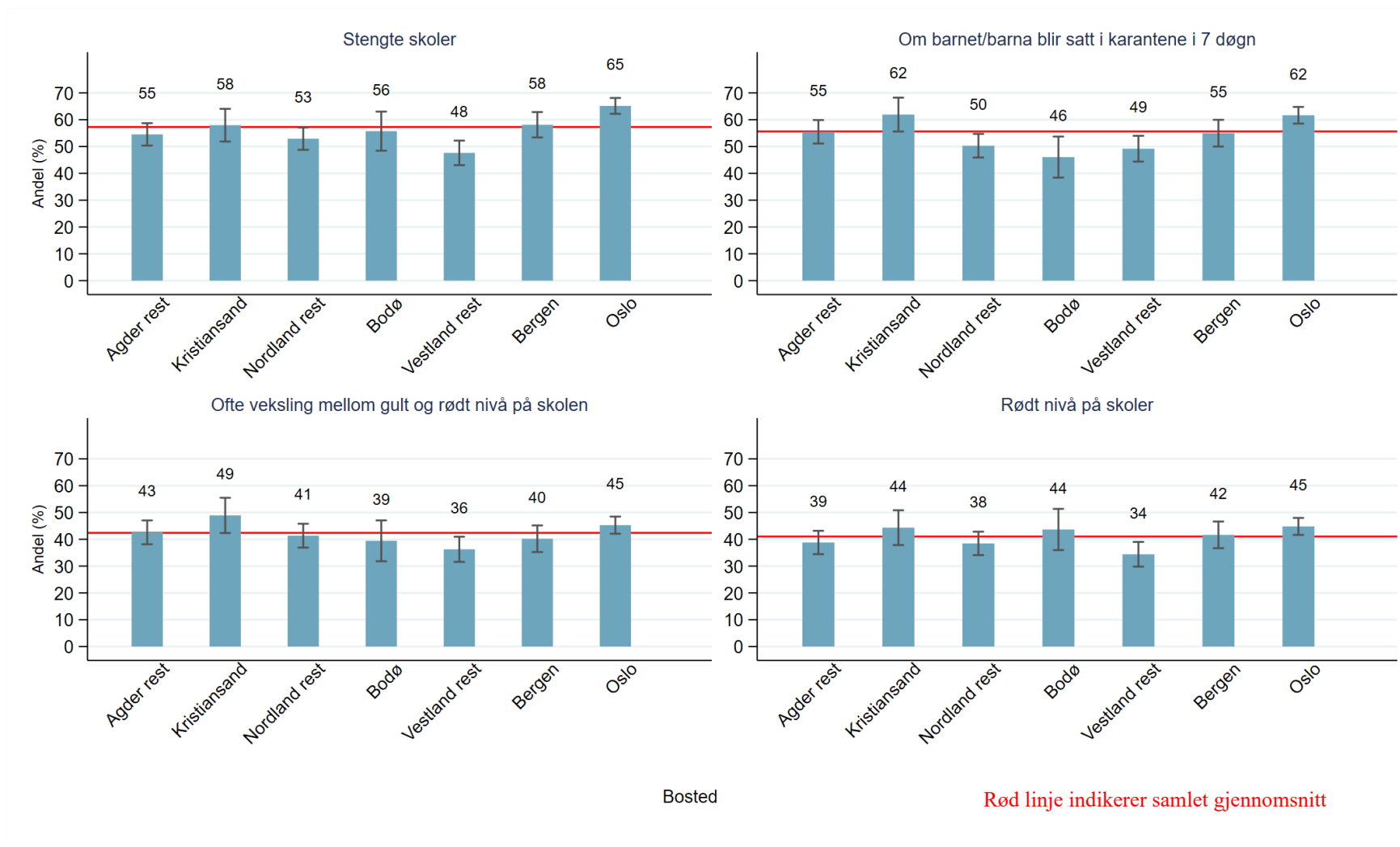
<sup>2</sup> By motsvarer Kristiansand i Agder fylke, Bodø i Nordland fylke, Bergen i Vestland fylke og Oslo, mens distrikt motsvarer Agder utenom Kristiansand, Nordland utenom Bodø og Vestland utenom Bergen.

### **Vedlegg 5: Belastninger på foresatte og barn av tiltak rettet mot barn etter bosted**

Belastningen på foresatte (Figurene 1-3) og barn (rapportert av foresatte) (Figurene 4-6) av tiltak rettet mot barn etter bosted blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.



**Figur 1. Andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted (justert for klassetrinn) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.**

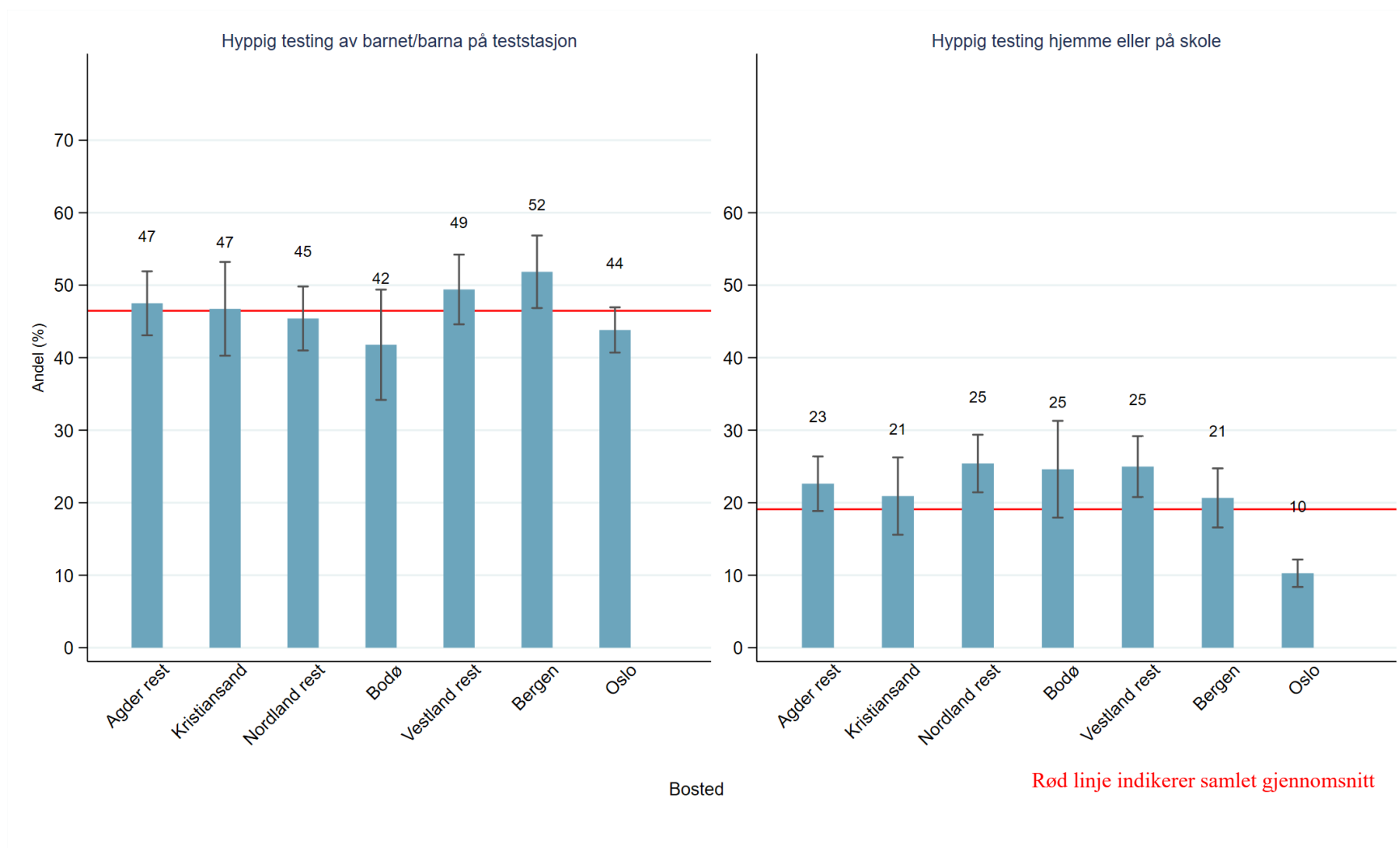


Figur 1 viser andelen foresatte som rapporterte at skolerelaterte tiltak hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted blant foresatte med barn i bare en av klassetrinngruppene.

Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning var størst som følge av *stengte skoler* og lavest som følge av *rødt nivå på skolen*. Det var små forskjeller mellom de største byene sammenlignet med regionene utenfor de største byene, med noen få unntak. En større andel foresatte i Bergen rapporterte høy grad av belastning enn foresatte fra andre deler av Vestland. Andelen som rapporterte høy grad av belastning, var som regel større i Oslo sammenlignet med Nordland og Vestland fylke utenom Bodø og Bergen.

En noe større andel foresatte fra de største byene rapporterte høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak sammenlignet med regionene utenfor de største byene (se Vedlegg 4, tabell 27-30).

**Figur 2. Andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning («Ganske stor» eller «Svært stor») etter bosted (justert for klasstrinn) blant foresatte med barn i bare én av klasstrinngruppene. Andeler med 95 %KI.**

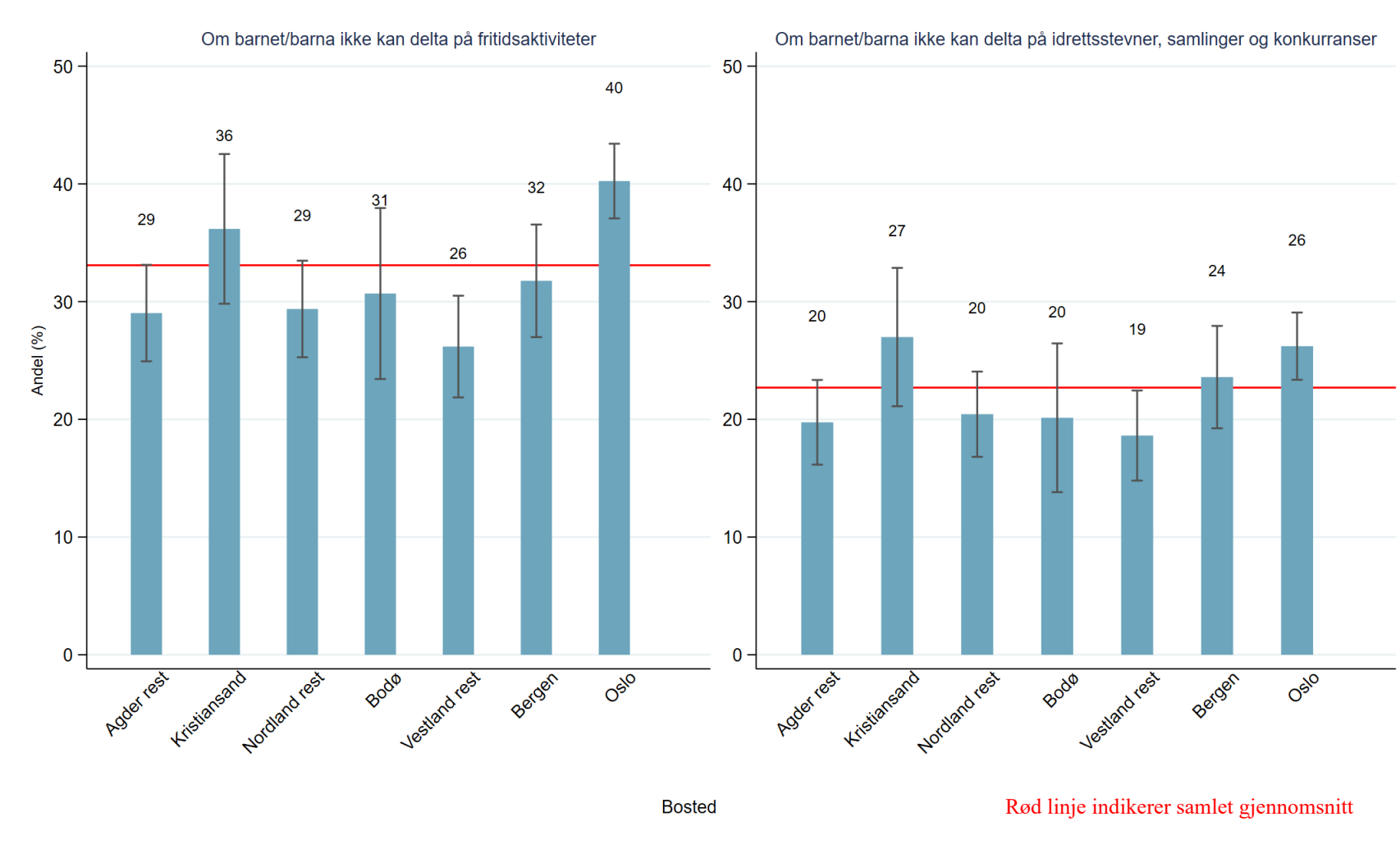


Figur 22 viser andelen foresatte som rapporterte at testing av barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Til tross for noen forskjeller mellom de største byene og regioner utenfor de største byene i andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge *hyppig testing av barnet/barna på teststasjon*, var ingen av forskjellene statistisk sikre.

Andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning som følge av *hyppig testing hjemme eller på skole* var klart lavest i Oslo. Ellers var det små forskjeller mellom de andre regionene. En større andel foresatte fra regionene utenom de største byene rapporterte høy grad av belastning som følge av *hyppig testing hjemme* (se Vedlegg 4, tabell 32).

**Figur 3. Andelen foresatte som rapporterte at begrensninger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted (justert for klasstrinn) blant foresatte med barn i bare én av klasstrinngruppene.**



Figur 3 viser andelen foresatte som rapporterte at begrensinger i fritidsaktiviteter hos barn ville innebære en høy grad av belastning etter bosted blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

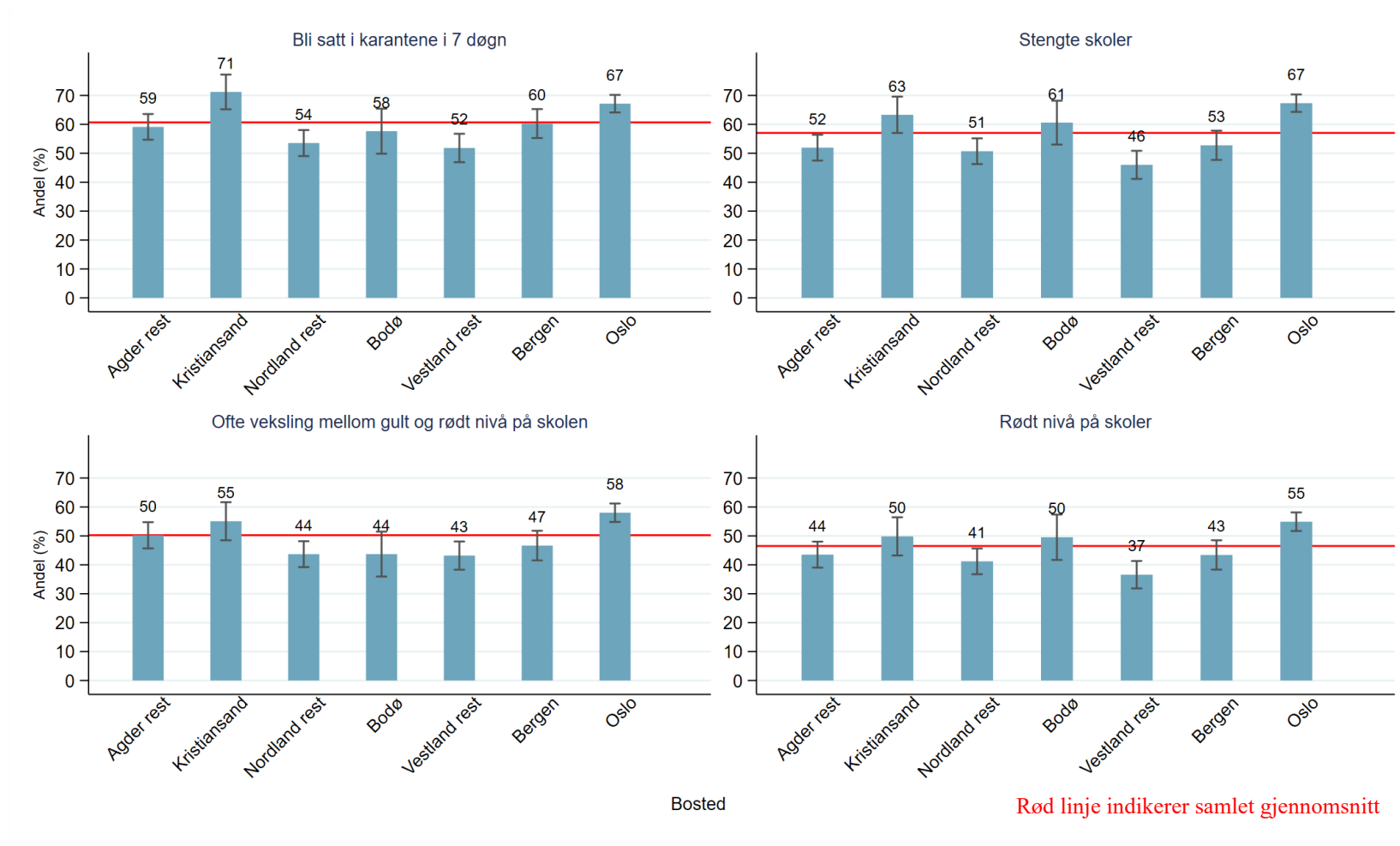
For tiltaket *om barnet/barna ikke kan delta på fritidsaktiviteter* var det en større andel foresatte i Oslo enn andre regioner, unntatt Kristiansand og Bodø, som rapporterte høy grad av belastning.

For tiltaket *om barnet ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* var det lite variasjon i andelen foresatte som rapporterte høy grad av belastning.

Det var en større andel foresatte i Oslo som rapporterte høy grad av belastning som følge av *om barnet ikke kan delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* enn blant foresatte i Vestland utenom Bergen.

En større andel foresatte fra de største byene rapporterte høy grad av belastning som følge av begrensinger i fritidsaktiviteter sammenlignet med regionene utenom de største byene (se Vedlegg 4, tabell 33-34).

**Figur 4. Andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak etter bosted (justert for klasstrinn) blant foresatte med barn i bare én av klasstrinngruppene.**



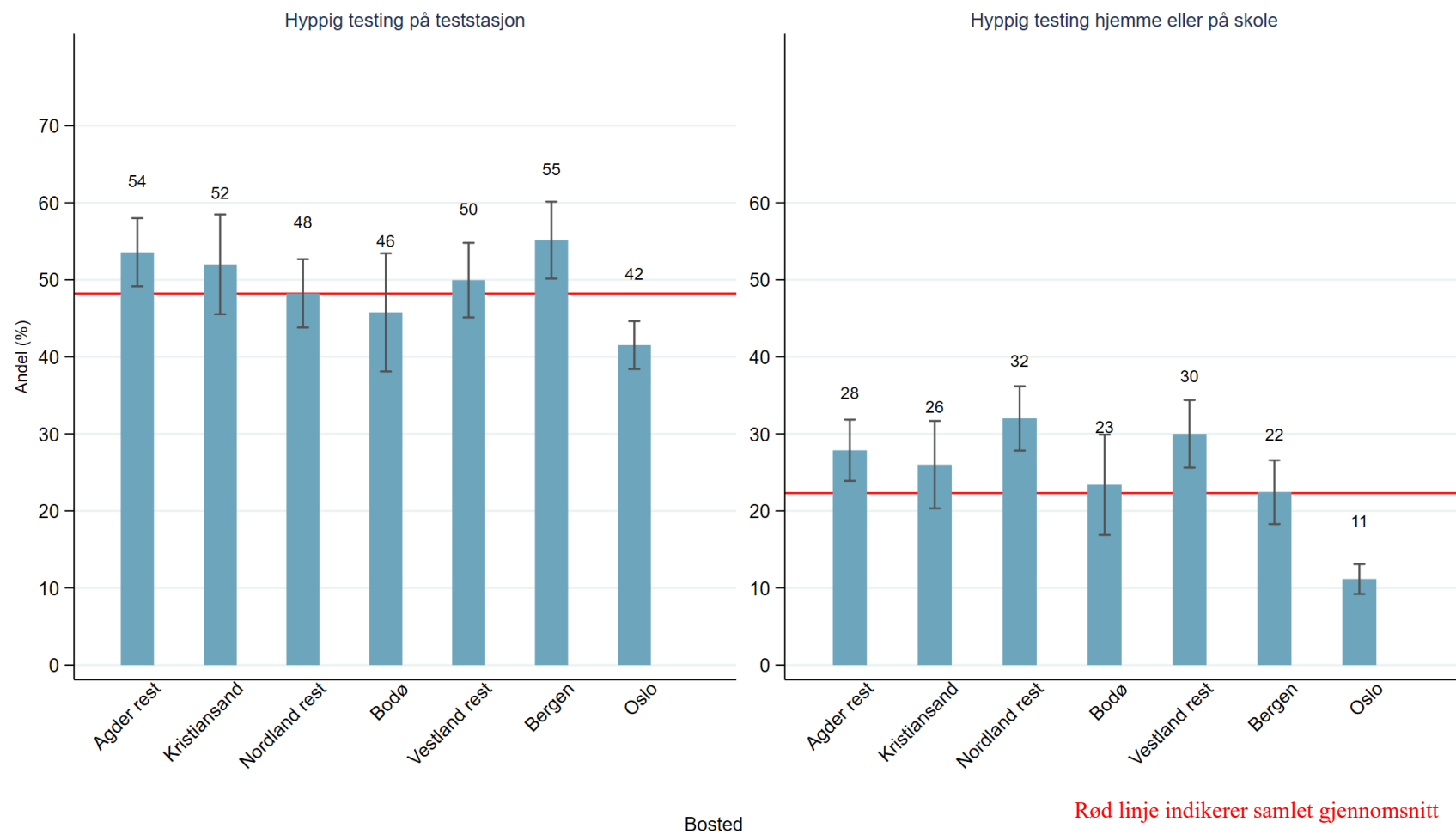
Figur 4 viser andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av skolerelaterte tiltak etter bosted, blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Det var få forskjeller i andelen som rapporterte høy grad av belastning mellom de største byene i et fylke og resten av fylket som følge av skolerelaterte tiltak. Et unntak var tiltaket *å bli satt i karantene i syv døgn og stengte skoler*, der andelen som rapporterte høy grad av belastning var større i Agder utenom Kristiansand enn i Kristiansand. En høyere andel foresatte i Oslo enn foresatte fra Bergen og alle regioner utenom de største byene rapporterte at skolerelaterte tiltak ville innebære en høy grad av belastning.

Overordnet var det en større andel foresatte i de største byene sammenlignet med foresatte utenfor de største byene som rapporterte at skolerelaterte tiltak ville innebære en høy grad av belastning på barna (se Vedlegg 4, tabell 35-38).



**Figur 5. Andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning («Ganske stor» eller «Svært stor») som følge av testing etter bosted (justert for klassetrinn) blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene. Andeler med 95 %KI.**



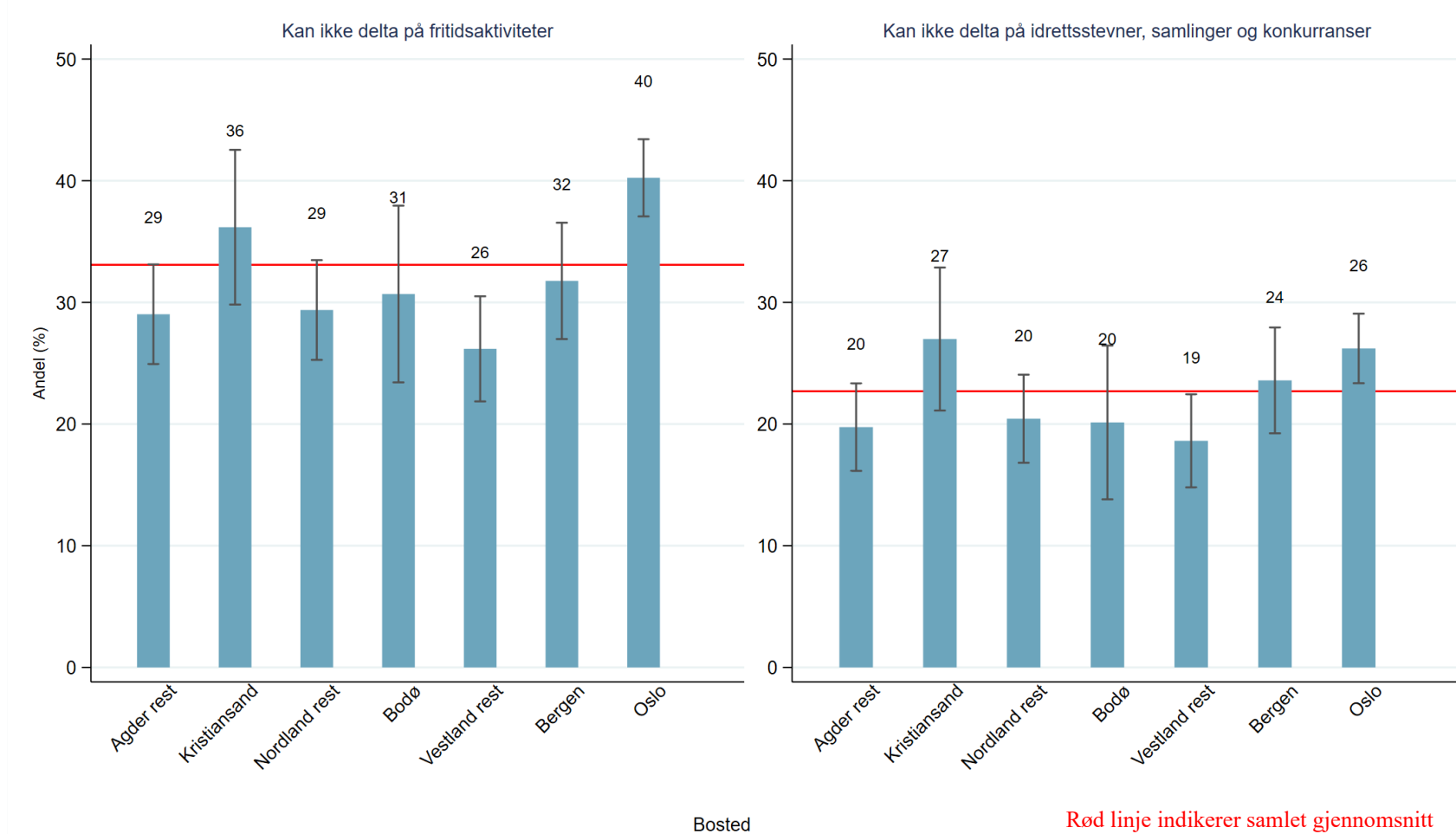
Figur 5 viser andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av testing etter bosted, blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Det var lite variasjon etter bosted i andelen barn som ville oppleve høy grad av belastning som følge av *hyppig testing på teststasjon*. Andelen som rapporterte høy belastning, var jevn i alle regioner unntatt Oslo. En lavere andel foresatte i Oslo rapporterte at hyppig testing på teststasjon ville være en høy belastning for barnet, sammenlignet med de andre regionene unntatt Nordland fylke (inkludert Bodø).

Andelen barn som ville oppleve høy grad av belastning som følge av *hyppig testing hjemme eller på skole* var jevnt fordelt over regioner, unntatt Oslo. Også for dette tiltaket var det en lavere andel av foresatte i Oslo sammenlignet med de andre regionene som rapporterte at tiltaket ville innebære en høy belastning på barnet.

En større andel foresatte som bodde i regionene utenfor de store byene rapporterte høy grad av belastning på barna som følge av *hyppig testing hjemme* sammenlignet foresatte med barn i de største byene (se Vedlegg 4, tabell 40).

**Figur 6. Andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av begrensninger av fritidsaktiviteter etter bosted (justert for klasstrinn) blant foresatte med barn i bare én av klasstrinngruppene.**



Figur 6 viser andelen barn som, ifølge den foresatte, ville oppleve en høy grad av belastning som følge av begrensinger av fritidsaktiviteter etter bosted, blant foresatte med barn i bare én av klassetrinngruppene.

Det var en større andel foresatte som rapporterte at barnet ville oppleve høy grad av belastning som følge av å *ikke kunne delta på fritidsaktiviteter* i Oslo sammenlignet med regioner utenom de største byene og Bergen. Videre var det lite variasjon mellom de største byene og regionene utenom de største byene.

En større andel foresatte i Oslo enn i Vestland rapporterte at å *ikke kunne delta på idrettsstevner, samlinger og konkurranser* ville innebære en høy grad av belastning for barnet. Ellers var det lite variasjon i andelen som rapporterte høy grad av belastning på barnet som følge av dette tiltaket.

En større andel foresatte som bodde i byene enn de som bodde i regionene utenfor de største byene rapporterte at begrensinger i fritidsaktivitet ville innebære en høy grad av belastning for barnet (se Vedlegg 4, tabell 41-42).

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Desember 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)