

TILLTRON TILL DEN EGNA FÖRMÅGAN UNDER CORONAPANDEMIN¹

GABRIELLA SANDSTIG OCH SYNNEVE DAHLIN IVANOFF

Sammanfattning

Det finns en inbyggd motsättning mellan tilltron till den egna förmågan i tider av kris, och när det *inte* är kris. Detta eftersom möjligheten att göra sådant som är värdefullt i livet kraftigt begränsats under coronapandemin. Kapitlet analyserar i vilken utsträckning allmänheten respektive riskgrupperna har tilltro till sin egen förmåga att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas av coronaviruset, samt vad som kan förklara en lägre eller högre tilltro. Sammanfattningsvis är tilltron till den egna förmågan hög, men många är också osäkra. Bland riskgruppen äldre och dem med sämre hälsa, är tilltron låg. Detta medan tilltron bland dem med utländsk bakgrund är ganska hög. Tilltron till den egna förmågan kan förklaras av egen erfarenhet från tidigare pandemier, socialt lärande och kognitiv förmåga. Bland sårbarhetsfaktorerna förklarar den fysiska sårbarheten i form av en högre ålder och sämre skattad hälsa mer av den lägre tilltron till den egna förmågan, än den sociala.

Världshälsoorganisationen (WHO) initierade 1986 folkhälsomålet hälsosamma städer. En hälsosam stad möjliggör, enligt målet, för människor att tillsammans med andra utveckla sina förmågor och leva meningsfulla liv.

“A healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and developing to their maximum potential” (WHO, 1998).

I början av coronapandemin blev världens storstäder, allt annat än en plats för hälsosamma och meningsfulla liv. De blev snarare pandemins epicentrum för den snabba smittspridningen av coronaviruset. Inom forskningen om risker och kriser har tilltron till den egna förmågan att klara av att avvärja ett hot eller en risk rönt stort intresse. Förmågan sett som människans verkliga möjligheter att utföra handlingar för att nå mål som vi själva upplever som värdefulla och meningsfulla, kallas inom forskningen för kapabilitet (Sen, 1993). När vi *inte* befinner oss mitt i en kris ger kapabilitet ett verktyg för att förstå vilka möjligheter människan har för att leva ett meningsfullt och fullvärdigt liv. Det är således relevant att undersöka människors kapabilitet under en pågående hälsokris. Coronapandemin sätter

fingret på den motsättning som uppstår under en kris – den mellan att å ena sidan leva ett meningsfullt och fullvärdigt liv och å andra sidan att leva ett liv med stora begränsningar i vardagen.

I kapitlet besvaras två frågor, där den *första* är i vilken utsträckning allmänheten respektive riskgrupperna har tilltro till sin egen förmåga att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas av coronaviruset. Den *andra* frågan är vad som kan tänkas förklara en lägre eller högre tilltro till den egna förmågan under coronapandemin.

Forskning om kapabilitet och sårbarhet i tider av kris

Inom forskningen med och om äldre, som är den riskgrupp som tidigt identifierades under pandemin, är kapabilitet nyckeln mot målet med ett meningsfullt åldrande. Med stigande ålder ökar risken för skörhet, sjuklighet och aktivitetsnedsättning. Kapabilitet i form av nedsatt förmåga att utföra viktiga dagliga aktiviteter kan bli en följd av detta. Men olika människor har olika förutsättningar och förmågor, beroende på vilka sjukdomar personen har och hur sköra de är. Tron på den egna förmågan är en viktig resurs, vilket innebär att man som person upplever att man har den kapabilitet som behövs för att fortsätta utföra de viktiga dagliga aktiviteter man önskar och vill göra, i sin egen hemmiljö när man åldras. Kapabilitet tydliggör skillnaden mellan vad människan faktiskt gör och de verkliga möjligheter de har att göra det de vill och önskar göra (Sen, 1993).

Ansatsen handlar således inte om förmågor eller resurser man *har* utan om att de kan användas som medel för att nå det man värderat som meningsfullt, alltså vad man *gör* med dessa förmågor eller resurser. Men oavsett om vi befinner oss i kris eller inte är människans möjlighet att förverkliga sina förmågor och leva ett meningsfullt liv beroende av det sammanhang som avses. Man behöver alltså också befinna sig i en miljö där dessa förmågor kan realiseras (Nussbaum, 2011). Även om man har utbildning och förmågan att göra sin röst hörd, kan man till exempel inte utöva sin yttrandefrihet om man lever under en regim där yttrandefriheten censureras. Eller även om man har förmågan och resurserna, har restriktionerna för att hindra smittspridning av coronaviruset i samhället begränsat människors rörelse- och handlingsfrihet, särskilt bland personer som är äldre.

Även inom forskningen om risk- och kriskommunikation är det som avser kapabilitet av särskilt intresse. Detta eftersom hur vi tänker om vår egen förmåga och våra möjligheter att lyckas uppnå det som vi finner meningsfullt, också visat sig påverka hur väl vi lyckas uppnå dessa mål (Bandura, 1977). Inom forskningen om risker och kriser har tilltron till den egna förmågan också visat sig spela en avgörande roll för hur man uppfattar budskap som övertygar och motiverar individen att följa rekommendationerna för hur man bäst skyddar sig själv och andra inför och under en kris (Frisby m.fl., 2013).

I detta kapitel analyseras särskilt kapabiliteten bland riskgrupperna. Inom forskningen om personer som är äldre används sårbarhet i bemärkelsen skörhet, för

att beskriva äldre personer som är sjukliga och beroende av annan persons hjälp för att klara vardagsaktiviteterna. Inom risk- och krisforskningen används sårbarhet, bland annat utifrån det som kallas för sårbara grupper. Med sårbarhet menar man här i första hand att vissa befolkningssegment är mer utsatta vid kriser och katastrofer än andra (Wisner m.fl., 2003). Det är här vanligare att de som tillhör en etnisk minoritet, är sämre ekonomiskt bemedlade eller barn drabbas hårdare och i lägre grad får hjälp efter en katastrof jämfört med andra grupper (Peacock m.fl., 1997). I ett svenskt sammanhang vet vi att utlandsfödda personer, personer med funktionshinder och personer som är homo- och bisexuella i större utsträckning än andra svenskar erfarit olika typer av extraordinära händelser. Detta medan forskningen kring personer som är äldre är begränsad (Olofsson & Öhman, 2015).

Inom riskforskningen *kan* sårbarhet vara detsamma som utsatthet. Detta när utsattheten handlar om sannolikheten för att en särskild grupp utsätts för smittan ökar om de inte tagit del av rekommendationerna om hur man skyddar sig själv och andra, och inte följer rekommendationerna. Däremot kan sårbarhet också vara något som är *vidare* än utsatthet. Detta eftersom sårbarheten också tar hänsyn till möjligheterna att hantera konsekvenserna eller att återhämta sig från konsekvenserna om man skulle bli utsatt, till exempel en längre läkningstid för äldre personer om de skulle smittas av coronaviruset. Det kan handla om en sårbarhet att inte återhämta sig fysiskt, men också socialt eftersom en person som har levt länge kan ha färre bekanta, släktingar och vänner som fortfarande är i livet.

Sårbara grupper kan också kanalisera förklaringsfaktorer till utsattheten och förmågan att hantera kriser. Klass, kön, ålder och etnicitet brukar nämnas som förklaringsfaktorer till sårbarheten. Dessa är dock oftast beskrivande. Etnicitet är i regel inte förklarande i sig, utan kanaliserar effekten av olika typer av socio-ekonomiska resurser. Sårbarheten kan vara av mer fysisk karaktär, som nedsatt fysisk förmåga att avlägsna sig från en risk, eller social. Social sårbarhet, definieras här som en individs eller grupps egenskaper, förutsättningar och situation, som kan påverka hennes kapacitet att förutse, klara av, stå emot och återhämta sig från en kris eller katastrof (Wisner m.fl., 2003). Social sårbarhet operationaliseras här inte sällan som en resurs i form av inkomst eller tillgång till information/utbildning (ibid).

Tilltron till den egna förmågan bland allmänheten är hög men många är osäkra

Frågan som ställdes till allmänheten för att fånga upp deras tilltro till den egna förmågan att klara sig under coronapandemin dvs. deras kriskapabilitet, löd: *Vilken tilltro har du till din egen förmåga att klara dig utan allvarliga skador om du skulle smittas med coronaviruset?* SOM-undersökningen om coronaviruset visar att majoriteten, närmare hälften av allmänheten, har en mycket eller ganska hög tilltro till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas av coronaviruset. I tabell 1 framgår att en nästan lika hög andel, 40 procent, tar inte

ställning, utan svarar att de varken har hög eller låg tillit till sin egen förmåga att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas. Det kan tolkas som att även om majoriteten av allmänheten i början och mitten av coronapandemin (april till och med juni 2020) har en hög tilltro till sin egen förmåga, är det under motsvarande period när undersökningens insamling av data pågår, en nästan lika hög andel som är *osäkra* på vad coronaviruset skulle kunna innebära för dem. Vad vi vet från tidigare forskning är att osäkerhet är sådant som ökar individens riskuppfattning dvs. bedömningen av hur sannolikt det är att man ska drabbas av risken eller hotet. En hög riskuppfattning kan å ena sidan också medföra en högre oro, men den kan å andra sidan också medföra en högre benägenhet att följa rekommendationer, som att t ex vaccinera sig mot coronaviruset om och när det är möjligt. Den del av allmänheten som har en ganska eller mycket *låg* tilltro till sin egen förmåga är ca tre gånger lägre än dem som anger att de har en mycket eller ganska hög tilltro. En dryg femtedel av allmänheten anger att de har en ganska eller mycket låg tilltro till sin egen förmåga (tabell 1).

Analysen av riskgruppernas tilltro till sin egen förmåga att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas av coronaviruset, inleds med att analysera personer som är 65 år och äldre, följt av personer som har skattat sin hälsa som sämre. Urvalet baserades på den Europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) bedömning att hos äldre personer och personer med underliggande sjukdomar tillhörde riskgrupperna var risken större att bli allvarligt sjuk vid smitta. I analysen undersöks även tilltron bland gruppen med utländsk bakgrund. Detta beslut baserades på statsepidemiolog Anders Tegnells rekommendation vid Folkhälsomyndighetens (FHM) presskonferens (april, 2020) att rikta informationsinsatser till utlandsfödda personer eftersom en överrepresentation av smittade utlandsfödda personer identifierats inom hälso- och sjukvården. Men, det är eg. inte bara en fråga om att få information om corona utan också om att kunna förstå och använda information på ett sätt som främjar hälsa. Det gäller allmänheten, såväl som riskgrupperna.

Skillnaderna i tilltron till den egna förmågan efter kronologisk ålder är mycket stora

Skillnaderna i tilltron till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om man skulle smittas, efter kronologisk ålder (se tabell 1), är mycket stora. Kriskapabiliteten under coronapandemin är högst bland dem under 30 år, där drygt två tredjedelar av dessa yngre har mycket eller ganska hög tilltro till sin egen förmåga att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas av coronaviruset. Tilltron minskar sedan linjärt med ökad ålder, där motsvarande kriskapabilitet bland personer som är 65 år eller äldre är cirka en fjärdedel. Vill man belysa kapabiliteten i en mer principiell mening, är det rimligt att också ta hänsyn till andelen som har en låg tilltro. Enigheten bland allmänheten kan uttryckas med balansmått där andelen som har en hög tilltro subtraheras med andelen som har en låg tilltro. Ser vi till

Tabell 1 Tilltron till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om man skulle smittas med coronaviruset efter kön, ålder, självskattad hälsa, svensk och utländsk bakgrund, utbildning och hushållsinkomst, 2020 (procent, balansmätt)

| | Mycket hög tilltro | Ganska hög tilltro | Varken hög eller låg tilltro | Ganska låg tilltro | Mycket låg tilltro | Balansmätt | Antal svarande |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|------------|----------------|
| Samtliga | 9 | 35 | 40 | 12 | 4 | +28 | 2 549 |
| Kön | | | | | | | |
| Kvinna | 8 | 34 | 43 | 11 | 4 | +27 | 1 350 |
| Man | 11 | 36 | 37 | 12 | 4 | +31 | 1 151 |
| Ålder | | | | | | | |
| 16–29 år | 23 | 44 | 26 | 6 | 1 | +60 | 313 |
| 30–49 år | 15 | 45 | 31 | 7 | 2 | +51 | 716 |
| 50–64 år | 6 | 36 | 46 | 9 | 3 | +30 | 657 |
| 65–75 år | 1 | 25 | 50 | 17 | 7 | +2 | 536 |
| 76–85 år | 2 | 16 | 49 | 23 | 10 | -15 | 286 |
| Självskattad hälsa | | | | | | | |
| Dålig (0–4) | 4 | 17 | 35 | 27 | 17 | -23 | 199 |
| Varken dålig/god (5) | 5 | 18 | 40 | 26 | 11 | -14 | 166 |
| Ganska god (6–8) | 6 | 36 | 44 | 11 | 3 | +28 | 1 194 |
| Mycket god (9–10) | 15 | 42 | 35 | 6 | 2 | +49 | 825 |
| Svensk & utländsk bakgrund | | | | | | | |
| Svensk bakgrund | 9 | 35 | 41 | 11 | 4 | +29 | 1 982 |
| Utländsk bakgrund | 9 | 33 | 38 | 14 | 6 | +22 | 292 |
| Utbildning | | | | | | | |
| Låg | 6 | 22 | 45 | 19 | 8 | +1 | 350 |
| Medellåg | 9 | 33 | 41 | 12 | 5 | +25 | 656 |
| Medelhög | 8 | 35 | 42 | 11 | 4 | +28 | 536 |
| Hög | 11 | 42 | 36 | 9 | 2 | +42 | 820 |
| Hushållsinkomst | | | | | | | |
| Max 300 000 kr | 7 | 26 | 40 | 19 | 8 | +6 | 445 |
| 301 000–699 000 kr | 8 | 32 | 44 | 12 | 4 | +24 | 958 |
| Mer än 700 000 kr | 12 | 44 | 35 | 7 | 2 | +47 | 818 |

Kommentar: Frågan lyder 'Vilken tilltro har du till din egen förmåga att klara dig utan allvarliga skador om du skulle smittas med coronaviruset?'. Svarsalternativen är i följande ordning 'Mycket låg tilltro'; 'Ganska låg tilltro'; 'Varken låg eller hög tilltro'; 'Ganska hög tilltro' samt 'Mycket hög tilltro'. Procentandelarna baseras på dem som besvarat frågan. Kapabilitetsbalansen avser andelen som svarat 'mycket' eller 'ganska hög tilltro' minus andelen som svarat 'mycket' eller 'ganska låg tilltro'.

Källa: SOM-undersökningen om coronaviruset 2020.

balansmättet, blir skillnaderna i tilltron till den egna förmågan efter ålder ännu tydligare. I den yngsta åldersgruppen (16–29 år) är balansmättet +60, medan det bland personer i den äldsta åldersgruppen (76–85 år) ligger på -15. Bland personer som är äldre är det alltså en högre andel som har en låg tilltro till sin egen förmåga, än som har en hög. Ett sätt att tolka resultatet är att myndigheternas expertbedömning av de äldre som en riskgrupp som kan drabbas allvarligt vid smitta av coronaviruset är i linje med de äldres egen bedömning av deras förmåga att klara sig utan allvarliga konsekvenser vid smitta. Något som i en förlängning kan tänkas påverka i vilken utsträckning personer som är äldre, i motsats till yngre, följer rekommendationerna. Men även *osäkerheten* i bedömningen, här tolkad utifrån dem som angett att de varken har en hög eller låg tilltro till sin egen förmåga, ökar också i takt med ökad ålder. Bland de yngre är det en dryg fjärdedel som inte tar ställning i frågan, medan det bland personer som är äldre är ungefär hälften som inte tar ställning, tillika är osäkra i sin bedömning.

Skillnaderna i tilltron till den egna förmågan efter självs kattad hälsa är också stora

Skattningen av personens hälsotillstånd motsvarar inte riskgruppen med personer som har underliggande sjukdomar, men den kan ändå ge en indikation på en underliggande fysisk sårbarhet eller utsatthet som kan tänkas spela en motsvarande roll för tilltron till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om man skulle smittas. Den fråga som ställdes för att fånga upp allmänhetens hälsotillstånd löd: *Hur bedömer du ditt hälsotillstånd?* Allmänheten fick ange sitt svar på en elvgradig skala från mycket dåligt (värde 0 på skalan) till mycket gott (värde 10 på skalan). Eftersom den stora majoriteten av allmänheten anger att de har en ganska eller mycket god hälsa, är svaren negativt skeva. I analysen som följer har därför värdena på skalan fördelats på empirisk grund. De som skattat sitt hälsotillstånd till vänster på skalan (0–4), har bedömts ha ett dåligt hälsotillstånd. Alla värden till höger på skalan avser i någon mening en god hälsa och de har här grupperats i två skalsteg: ganska god hälsa (värde 6–8) och mycket god hälsa (värde 9–10).

Också skillnaderna i tilltron till den egna förmågan, efter en persons skattning av sitt hälsotillstånd, är stora. Analyser på grupp nivå visar att ju högre man skattar sitt allmänna hälsotillstånd, desto högre bedömer man sin kapabilitet under pandemin (se tabell 1). Närmare två tredjedelar av dem som har angett en mycket god hälsa, har också angett en hög kriskapabilitet. Motsvarande andel som angett det samma, dvs. har en hög kriskapabilitet, bland dem som har angett att de har en dålig hälsa är en dryg femtedel. Ser vi till balansmättet, blir skillnaderna i tilltron till den egna förmågan efter det självs kattade hälsotillståndet ännu tydligare. Bland dem som skattat sin hälsa som mycket god ser vi ett balansmått på +49, medan motsvarande siffra bland personer som skattar sin hälsa som dålig är -23. Alltså är det fler som har låg än hög tilltro till sin kriskapabilitet bland dem som skattar sin

hälsa som dålig. I likhet med tolkningen av resultatet gällande kronologisk ålder finns det en överensstämmelse i att kunna drabbas allvarligt av coronavirusets konsekvenser om man här alltså är fysiskt sårbar.

Om vi ser närmare på hur kronologisk ålder och den egenskattade hälsan samverkar, *adderar* en god skattad hälsa på tilltron till den egna förmågan, medan en sämre skattad hälsa på motsvarande sätt *minskar* tilltron till den egna förmågan, i de olika ålderskategorierna.

Skillnaderna i tilltron till den egna förmågan efter svensk eller utländsk bakgrund är små

I början av pandemin riktades det kritik mot att informationen om hur man skyddar sig från att smittas och sprida smittan inte nått fram till utlandsfödda. I SOM-undersökningen om coronaviruset ställs inte frågan om i vilket land man är född, men väl en fråga om var man själv och ens föräldrar i huvudsak har växt upp. I riktlinjerna för redovisning av Sveriges officiella statistik av personer med utländsk bakgrund (SCB, 2002) avser utländsk bakgrund antingen att man är född utrikes, eller att man är född i Sverige och har två utlandsfödda föräldrar. Med svensk bakgrund avses att man är född i Sverige, och har minst en förälder som också är född i Sverige (ibid). I analysen nedan har frågan i SOM-undersökningen om var man själv, ens mor och far i huvudsak har växt upp, används som indikator på var man är född.

Ser vi närmare på kriskapabiliteten är skillnaderna efter om man har svensk eller utländsk bakgrund, mycket små. Kriskapabiliteten är om vi ser till balansmättet något högre bland gruppen med svensk bakgrund än bland gruppen med utländsk bakgrund (se tabell 1). Om vi däremot enbart beaktar dem som har en mycket eller ganska hög tilltro till sin egen förmåga i de bägge grupperna, saknas det skillnader.

Vad kan tänkas förklara en lägre eller högre tilltro till den egna förmågan?

En person som har tilltro till sin egen förmåga kommer med större sannolikhet att utmana sig själv och bli ganska bra på att också klara av det man förutsatt sig göra (Bandura, 1977). När det gäller vad som kan påverka tilltron till den egna förmågan i tider av kris pekar forskningen på tre huvudsakliga skäl. Det första skälet handlar om inlärningsprocesser vilket innebär att förstå de åtgärder som föreslås för att kunna avvärja ett hot och övertygas om att de är effektiva och att man därigenom stärks i sin tilltro till att man också kommer att klara av att avvärja hotet om man följer rekommendationerna. Det andra skälet handlar om reflektioner över tidigare erfarenheter av att hantera likartade kriser. Bland undersökningsdeltagarna kan de potentiellt ha erfarenheter från främst svininfluensan 2009–2010, men för personer 50 år och äldre även Hong-Kong influensan 1968–1969, och Asiaten 1956–1958. Det tredje skälet handlar om sådant som personerna lärt sig genom

att observera sin närmaste sociala miljö (ibid). Alltså hur personen i praktiken kan utveckla sina resurser och förmågor för att hantera en kris i framtiden om det skulle behövas, genom att se hur andra hanterat det. Förutom mer individuella resursfaktorer som en högre inkomstnivå har det också teoretiskt resonerats kring om inte individens resiliens, alltså det omvända mot sårbarhet, kan förklara en hög kapabilitet. Sedan kan tilltron till den egna förmågan också påverkas av hur man mår. Är man deprimerad kan det vara svårare att känna tilltro till sin egen förmåga (ibid).

Såväl kronologisk ålder som en persons hälsotillstånd går att förstå som indikatorer för fysisk sårbarhet (se rubrik forskning om kapabilitet och sårbarhet i tider av kris). Vi ska nu, innan vi analyserar vad som kan tänkas förklara en lägre eller högre tilltro under coronapandemin, närmare granska det som mäter den sociala sårbarheten, här i form av utbildningsnivå och hushållsinkomst per år. Det finns signifikanta skillnader i tilltron till den egna förmågan beroende både på personens utbildningsnivå, och hushållsinkomst. Ju högre utbildningsnivå, desto högre tilltro till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om man skulle smittas av coronaviruset. Kapabilitetsbalansen bland dem som har en hög utbildningsnivå dvs. i undersökningen dem med examen från universitet eller högskola är +42 (balansmått), medan det bland personer som har en låg utbildningsnivå dvs. maximalt motsvarande grundskola är +1 (balansmått) (se tabell 1). När det gäller hushållsinkomst, är mönstret motsvarande som för utbildningsnivån, ju högre hushållsinkomst, desto högre tilltro har man till sin egen förmåga och vice versa.

För att besvara frågan om vad som kan tänkas förklara en högre eller lägre tilltro till den egna förmågan under coronapandemin, ska förklaringsmodellen som presenteras i tabell 2 inte ses som heltäckande. Detta helt enkelt eftersom vi saknar indikatorer på främst individens erfarenhet av, eller reflektion kring tidigare likartade erfarenheter av en pandemi eller om de observerat hur personer i deras sociala närhet framgångsrikt hanterat coronaviruset. Snarare är modellen, och användandet av den statistiska linjära regressionsanalysen som ett verktyg, ett försök att analysera *vilken* eller vilka av sårbarhetsfaktorerna som har den största självständiga förklaringskraften på tilltron till den egna förmågan att hantera konsekvenserna av coronaviruset om man skulle smittas. Det handlar alltså å ena sidan om att pröva den självständiga effekten av de fysiska sårbarhetsfaktorerna kronologisk ålder samt egenskattad hälsa, där en lägre egenskattad hälsa och en högre kronologisk ålder här indikerar fysisk sårbarhet. Men å andra sidan om att pröva den självständiga effekten av de sociala sårbarhetsfaktorerna utifrån utbildningsnivå samt hushållsinkomst, där en lägre utbildningsnivå och en lägre hushållsinkomst här indikerar social sårbarhet.

Tabell 2 Effekten av kön, sociala och fysiska sårbarhetsfaktorer på tilltron till den egna förmågan att hantera coronaviruset, 2020 (ostandardiserad regressionskoefficient, b-värde, signifikans, p-värde)

| | | Kriskapabilitet |
|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| | Kön (tvådelad) | +0.05** |
| Fysiska sårbarhetsfaktorer | Ålder (fyrdelad) | -0.32*** |
| | Hälsa (fyrdelad) | +0.26*** |
| Sociala sårbarhetsfaktorer | Utbildning (fyrdelad) | +0.07*** |
| | Hushållsinkomst (tredelad) | +0.05* |
| | R ² | 0.23 |
| | Antal svarande | 2 206 |

Kommentar: * p<.05; ** p<.01; ***p<.001. Kön (0=Kvinna, 1=Man), Ålder fyrdelad (0=16–29 år...1=65–85 år), Hälsa fyrdelad (0=Dålig...1=Mycket god), Utbildning fyrdelad (0=Låg...1=Hög), Hushållsinkomst tredelad (0=Max 300'...1=Mer än 700'). Se tabell 1 för svarsalternativen. Observera att när det gäller ålder avser det fjärde svarsalternativet i denna tabell i motsats till tabell 1 ålder 65–85 år.

Källa: SOM-undersökningen om coronaviruset 2020.

Bland sårbarhetsindikatorerna är det främst den fysiska sårbarheten i form av högre kronologisk ålder men också den egenskattade hälsan som sämre, som förklarar mest av den lägre tilltron till den egna förmågan. Åldern förklarar i denna sårbarhetsmodell självständigt närmare en tredjedel av tilltron till den egna förmågan, medan den egenskattade hälsan självständigt förklarar en dryg fjärdedel. Ju äldre man är, desto lägre kriskapabilitet. Detta i motsats till ju bättre egenskattad hälsa, desto högre kriskapabilitet. Ser vi närmare på de sociala sårbarhetsfaktorerna, utbildningsnivå och hushållsinkomst, förklarar de självständigt mindre av tilltron. Utbildningsnivån förklarar självständigt 7 procent av tilltron, medan hushållsinkomst förklarar 5 procent. Ju högre utbildningsnivå och ju högre hushållsinkomst, desto högre kriskapabilitet. Modellen som helhet med sårbarhetsfaktorerna och kön förklarar närmare en fjärdedel (R²=0.23) av tilltron till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om man skulle smittas av coronaviruset (se tabell 2). Det innebär alltså att det finns fler faktorer som kan förklara tilltron till den egna förmågan².

Vad kan vi lära av betydelsen av kapabiliteten i tider av kris?

Slutsatsen i det här kapitlet är att allmänhetens och riskgruppernas bedömningar av risken att drabbas allvarligt av coronaviruset om de blir smittade överensstämmer ganska väl med de bedömningar som gjorts av experterna inom området. Resultaten visar att majoriteten av allmänheten har en hög tilltro till den egna förmågan att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas. Det är främst

de två riskgrupperna: personer som är 65 år och äldre och personer med sämre hälsa som har en lägre tilltro till sin egen förmåga. Även om skillnaderna i tilltro inom grupperna är stora är det främst personer med sämre hälsa, eller personer som är 65 år och äldre som tilltron till den egna förmågan hamnar på minus, dvs. där andelen som har en låg tilltro till sin egen förmåga är högre än andelen som har en hög tilltro. Något som talar för att riskkommunikationen, när det gäller förmedla budskapen om vem som löper störst risk att drabbas av allvarliga sjukdomar när man smittas, har gått fram till dem som främst behövt den. Tilltron bland personer med utländsk bakgrund skiljde sig inte nämnvärt från tilltron bland personer med svensk bakgrund. Något som talar för att riskkommunikationen om hur man undviker att smittas och smitta andra också kan tänkas ha gått fram till allmänheten och personer med utländsk bakgrund.

Baserat på den linjära regressionsanalysen (se tabell 2) kan vi identifiera vilken av sårbarhetsfaktorerna som har högst förklaringsvärde och genom att hårdra resultaten kan teckna de idealtyper som har en hög eller låg tilltro till sin egen förmåga att klara sig utan allvarliga skador om de skulle smittas med coronaviruset. En person med låg tilltro till sin egen förmåga kan sannolikt beskrivas som en person som är 65 år eller äldre som skattar sin egen hälsa som sämre. Personen har sannolikt också en lägre utbildning och hushållsinkomst. Personen med en hög tilltro till sin egen förmåga skulle på motsvarande sätt kunna beskrivas som en person som är yngre som skattar sin hälsa som god. Personen har sannolikt en högre utbildning och hushållsinkomst.

Den sociala sårbarhetens betydelse bör inte underskattas. Motsatsen till sårbarhet inom forskning kring risker och kriser, är motståndskraft, alltså förmågan att klara sig men också återhämta sig om man skulle ha drabbats av ett hot eller en risk. När det gäller den sociala motståndskraften är det troligt att du har en större möjlighet till återhämtning om du har vänner och familj som kan stötta och uppmuntra. Även om den fysiska sårbarheten med hög ålder och sämre hälsa är en större förklaringsfaktor till den lägre tilltron till den egna förmågan att hantera coronaviruset, har även den sociala sårbarheten en självständig effekt på tilltron. Har du en högre utbildning eller hushållsinkomst har du också en högre tilltro till din egen förmåga. De ekonomiska resursernas betydelse för möjligheten att leva ett hälsosamt och meningsfullt liv bör inte underskattas. Forskning inom området indikerar att en persons ekonomiska resurser spelar en viktig roll. Har du det gott ställt ekonomiskt, lever du inte bara längre, utan du får också åtta till nio fler friska år efter 50 år än dem med sämre ekonomiska resurser (Zaninotto m.fl., 2020).

FMH:s restriktioner begränsade kraftigt äldre personers rörelsefrihet och sociala umgänge med familj och vänner under början och mitten av coronapandemin. Att tilltron till den egna förmågan att hantera coronaviruset är lägre bland personer som är 65 år och äldre än hos yngre personer i tider av kris, är alltså i linje med såväl experternas bedömning av deras möjligheter, som de äldre personernas egen bedömning av förmågan. Men däremot finns det fanns stora variationer i tilltron till den egna förmågan att hantera coronaviruset bland de äldre personerna.

Noter

- ¹ Delar av innehållet har publicerats som en forskarreflektion i form av en digital rapport publicerad på SOM-institutets webbplats. Sandstig, G. och S. Dahlin-Ivanoff (2020). Kapabilitet under en pandemi – hur allmänheten och riskgrupper bedömer tilltron till sin egen förmåga att hantera coronavirusets konsekvenser. *SOM-undersökningen om coronaviruset – Rapport 12*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- ² Det råder delade meningar om att inkludera oron för att själv smittas av coronaviruset samt riskuppfattningen, dvs. om man tror att sannolikheten att man skulle drabbas allvarligt om man smittades av coronaviruset, i förklaringsmodellen. Detta eftersom både oro och riskuppfattning inom risk- och krisforskningen i likhet med tilltron till den egna förmågan anses vara medierande faktorer som kan förklara i vilken utsträckning individer följer det rekommenderade beteendet. Om man mot förmodan skulle inkludera oro för egen del och riskuppfattning i förklaringsmodellen, ökar modellens förklaringsvärde till drygt 40 procent av variansen.

Referenser

- Anand P., Ferrer, B., Gao, Q., Nogales, R. & E. Unterhalter (2020). COVID-19 as a Capability Crisis: Using the Capability Framework to Understand Policy Challenges, *Journal of Human Development and Capabilities*, 21 (3): 293–299.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84 (2): 191–215.
- SCB (2002). *MIS, Personer med utländsk bakgrund, Riktlinjer för redovisning i statistiken*, 2002:3. Örebro: SCB.
- Frisby, B. N., Sellnow, D. D., Lane, D. L., Veil, S. R., & T. L. Sellnow (2013). Instruction in crisis situations: Targeting learning preferences and self-efficacy. *Risk Management*, 15 (4): 250–271.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. I M. Nussbaum & A. Sen (red) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Nussbaum M. C. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge: Belknap Press.
- Olofsson, A. & S. Öhman (2015). Vulnerability, values and heterogeneity: one step further to understand risk perception and behavior. *Journal of Risk Research*, 18: 2–20.
- Panton, D. (2006). Disaster Resilience: Integration individual, community, Institutional and Environmental Perspectives. I D. Panton & D. Johnston (red) *Disaster Resilience. An Integrated Approach*. Springfield: Charles C Thomas Pub Ltd.
- Peacock, W., Betty H. M. & H. Gladwin (red) (1997). *Hurricane Andrew. Ethnicity, gender, and the sociology of disaster*. London: Routledge.

- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. I J. T. Cacioppo & R. E. Petty (red) *Social psychophysiology*. New York: Guilfords Press.
- Wisner, B., Piers M. B., Cannon, T. & I. Davis (2003). *At Risk. Natural hazards, people's vulnerability and disasters* (andra upplagan). London: Routledge.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneve: WHO.
- Zaninotto, P., Batty, G. D., Stenholm, S., Kawachi, I., Hyde, M., Goldberg, M. Westerlund, H., Vahtera, J. & J. Head (2020). Socioeconomic Inequalities in Disability-free Life Expectancy in Older People from England and the United States: A Cross-national Population-Based Study. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 75(5): 906–913.