

Självskattad hälsa och oro för
coronaviruset i Sverige

Anders Carlander

SOM-undersökningen om coronaviruset 2021





Innehåll

Introduktion	1
Självskattad hälsa och oro för coronaviruset i Sverige	2
Stabil självskattad hälsa i Sverige.....	3
Oro för coronaviruset	6
Oro för coronaviruset i olika grupper	7
Slutsatser.....	10
Referenser.....	11
SOM-undersökningen om coronaviruset 2021	12
Svarsfrekvens och representativitet	12
Procentskattningar och felmarginaler	13



Introduktion

I mars 2020 stod det klart att världen drabbats av en ny pandemi orsakad av det som i folkmun kallas coronaviruset. Sjukdomen som orsakas av viruset – covid-19 – har spridit stor oro och osäkerhet i samhället. Pandemin har fått omfattande konsekvenser för såväl människors hälsa som för världsekonomin och många menar att den också kan komma att få stora konsekvenser för demokrati, utveckling, välbefinnande och frihet.

För att dokumentera det unika skeende som Sverige befinner sig genomförde SOM-institutet under våren 2020 en stor tvärsnittsstudie med innehåll som belyser coronapandemin utifrån olika aspekter. Under våren 2021 genomförde SOM-institutet en uppföljande studie där mycket av innehållet var det samma som för den första SOM-undersökningen om coronaviruset 2020. I fokus står människors uppfattningar om viruspandemin och de vidtagna åtgärderna, förtroende för myndigheter, politiker och centrala aktörer, deras informationsinhämtning och deras syn på framtiden inom olika områden inklusive ekonomi, konsumtion och hälsa. Undersökningen genomfördes under april-juni 2021.

Den här rapporten innehåller analyser av några av de centrala frågor som undersökningen omfattat. Rapporten är en del av SOM-institutets tematiska rapportserie med fokus på coronapandemin. I rapporten bidrar Anders Carlander, forskare vid SOM-institutet med analyser av hur självskattad hälsa och oro förändrades under coronapandemin.

Samtliga rapporter i denna serie finns publicerade på www.gu.se/som/corona



Självskattad hälsa och oro för coronaviruset i Sverige

Anders Carlander

Den pågående coronapandemin är i skrivande stund den mest allvarliga pandemin under 2000-talet, med för tillfället nära 5 miljoner avlidna och över 200 miljoner bekräftade sjukdomsfall (WHO, 2021). Utöver den akuta hälsokris en pandemi utgör är det rimligt att också förvänta sig mer långsiktiga konsekvenser på samhälle och folkhälsan åratals efter att pandemin har klingat av (Almond, 2006).

Människors förutsättningar för en god hälsa är ojämnt fördelad både mellan länder och inom länder (Marmot, 2005). En av de starkast bidragande orsakerna till ojämlikheter i hälsa och en växande hälsoklyfta antas vara den accelererade ekonomiska ojämlikheten, där de med högre socioekonomisk status (utbildning, inkomst, social klass, m.m.) har fått en allt bättre hälsa medan de med lägre socioekonomisk status har stagnerat eller fått en relativt sämre hälsa (Bor, Cohen, & Galea, 2017). Det är därför mycket viktigt att analysera hur hälsan påverkas och utvecklas i samhället under en pågående hälsokris likt coronapandemin, i syfte att kunna skapa bättre styrmedel och interventioner för den övergripande folkhälsopolitiken både på kort och lång sikt.

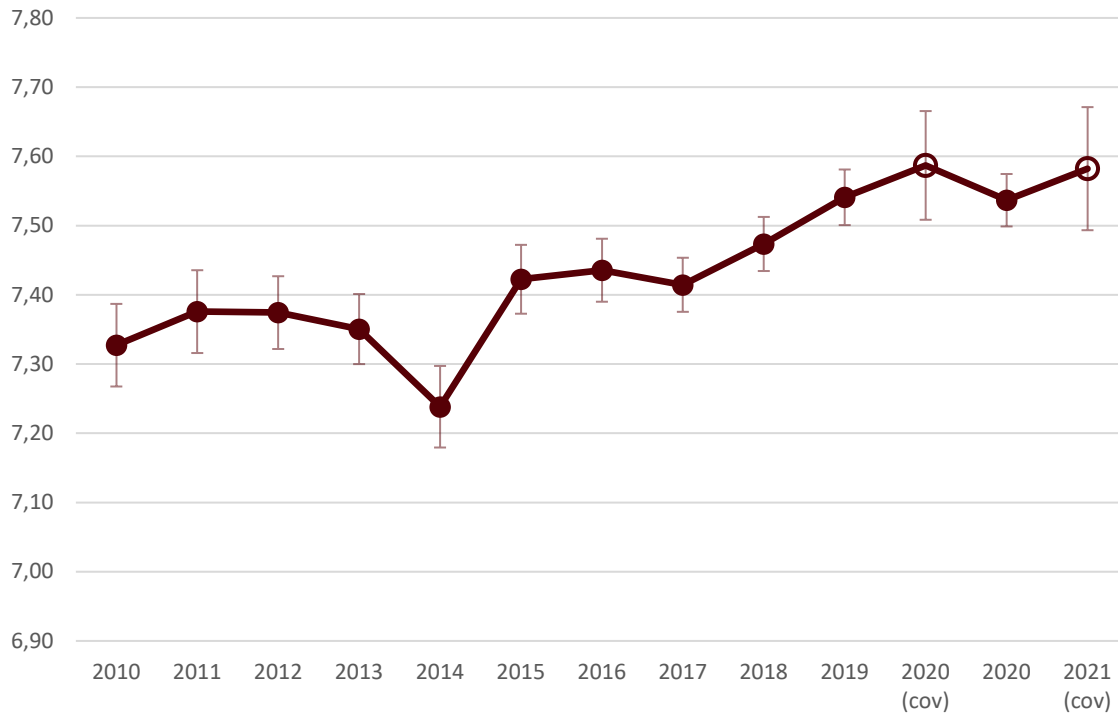
Den här rapporten belyser hur den självskattade hälsan har utvecklats i Sverige under det senaste decenniet med hjälp av de nationella SOM-undersökningarna mellan 2010 och 2020, samt de två extrainsatta SOM-undersökningarna om coronaviruset som genomfördes under våren 2020 samt våren 2021. Den här rapporten visar också hur svenska folkets oro för coronaviruset eventuellt har förändrats under pandemin, vilket är viktigt ur ett folkhälsoperspektiv då oro och i förlängningen förhöjd stress antas påverka hälsan negativt (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006). Resultaten presenteras utifrån det som bland annat folkhälsovetare kallar hälsans determinanter (se Bor m.fl., 2017; Marmot, 2005) som kön, ålder, utbildning samt inkomst. Rapporten lyfter vidare vikten av ytterligare skyddsfaktorer i relation till ohälsa i form av förtroende och tillit, där människor som litar på andra i regel har en bättre hälsa (Giordano & Lindström, 2016). Rapporten innehåller specifikt förtroende gentemot Folkhälsomyndigheten (FHM) samt generell tillit till människor i största allmänhet. De här determinanterna och skyddsfaktorerna ses ofta som individuella egenskaper men på gruppnivå kan de delvis förklara varför ett land eller en social grupp klarar kriser och hot utifrån bättre och utgör på så vis en kollektiv motståndskraft (Wulff, Donato, & Lurie, 2015).



Internationellt går rapporterna isär om hur mycket coronapandemin har påverkat människors välmående enligt fyra relativt stora systematiska översikter (Loades m.fl., 2020; Phiri m.fl., 2021; Prati & Mancini, 2021; Xiong m.fl., 2020). Genomgående resultat är emellertid att barn och unga, men även äldre, samt människor i vård och serviceyrken verkar ha drabbats hårdare jämfört med mer etablerade människor mitt i livet. Då Sverige och Sveriges "strategi" i relation till coronapandemin minst sagt har fått internationell uppmärksamhet och kritik är det extra intressant att studera Sverige som typfall för hur den självskattade hälsan samt oro för coronapandemin har utvecklats i befolkningen, i ett land med relativt sett färre restriktioner.

Stabil självskattad hälsa i Sverige

Vi kan börja med att konstatera att den självskattade hälsan i Sverige verkar vara relativt stabil sett till den senaste tioårsperioden. Bortsett från ett hack i kurvan omkring 2014 ser det ut att vara en svagt uppåtgående trend (figur 1). Det finns förvisso några signifikanta skillnader mellan år men det är desto mer intressant att konstatera den generella trenden över år och i synnerhet gällande de fyra sista mätningarna. Hösten 2019, precis innan coronapandemin bröt ut, kan i det närmaste betraktas som en neutral jämförelsepunkt. Cirka tre månader in i pandemin under våren 2020 kan vi konstatera att den självskattade hälsan ser ut att ha ökat. Under hösten 2020 ser vi åter en tillbakagång till nästan exakt samma värde som hösten 2019. Den senaste mätningen som gjordes under våren 2021 indikerar att den självskattade hälsan på nytt har tagit ett litet skutt uppåt i kurvan. Skillnaderna är inte signifikant åtskilda. En tolkning är att den självskattade hälsan inte har påverkats nämnvärt av coronapandemin. Det mönster vi ser i data, att den självskattade hälsan tycks öka på våren, skulle också kunna förklaras med en naturlig säsongsvariation där människor möjligen har ett högre generellt välmående på våren jämfört med hösten.

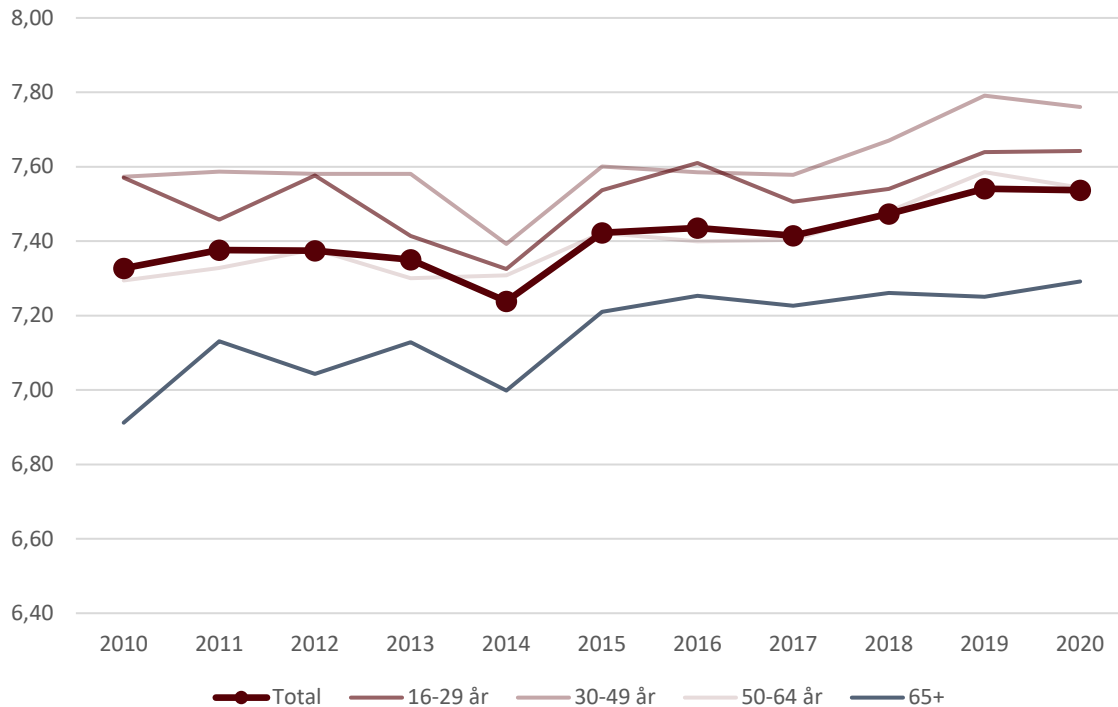
Figur 1 Självskattad hälsa (medelvärde, [95% KI])

Kommentar: Frågan lyder 'Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd' och besvaras med hjälp av en 11-gradig skala som sträcker sig från 0 ('Mycket dåligt') till 10 ('Mycket gott'). De ordinarie nationella SOM-undersökningarna har fyllda cirklar medan SOM-undersökningen om coronaviruset har cirklar utan fyllning samt att årtal vid x-axeln är markerat med 'cov'.

Källa: De nationella SOM-undersökningarna 2010–2020 samt SOM-undersökningen om coronaviruset 2020 och 2021.

Om vi analyserar hur den självskattade hälsan har utvecklats över en tioårsperiod i de nationella SOM-undersökningarna i olika grupper kan vi först och främst konstatera att det verkar finnas en liknande positiv trend mellan olika åldersgrupper men med olika relativ nivå av självskattad hälsa (figur 2). Den högst skattade hälsan verkar finnas i åldersgruppen 30–49 år, tätt följt av 16–29 åringarna. En något lägre självskattad hälsa finner vi hos de allra äldsta deltagarna i åldersgruppen 65+.

Figur 2 Självskattad hälsa, åldersgrupper (medelvärde)

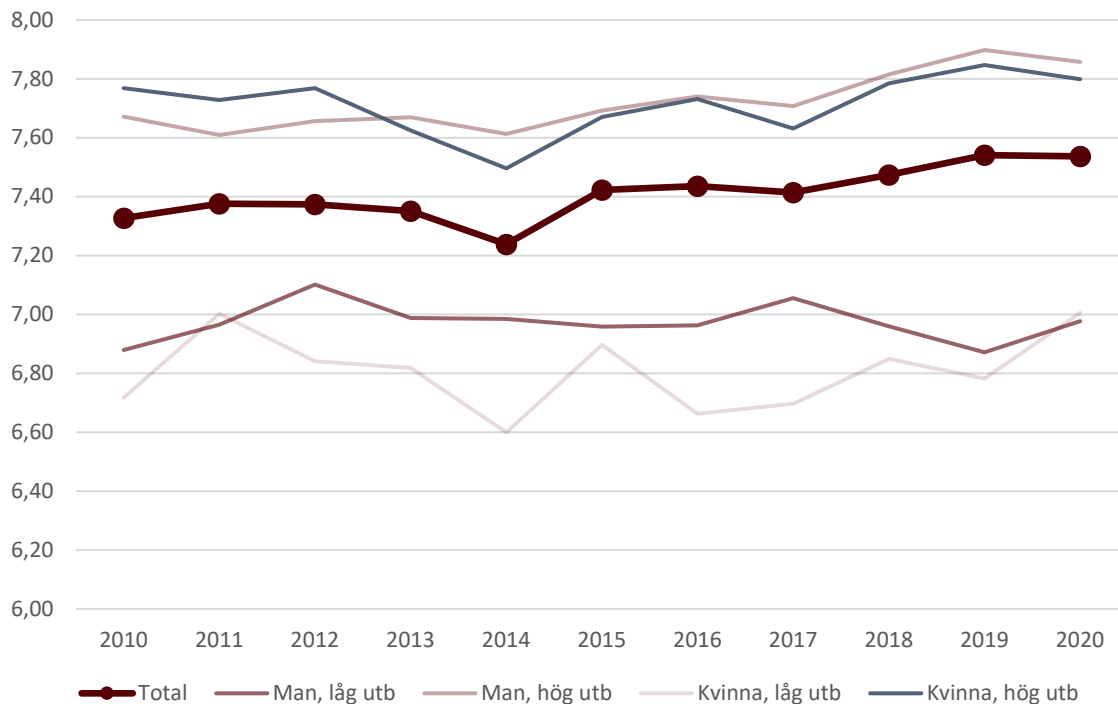


Kommentar: Frågan lyder 'Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd' och besvaras med hjälp av en 11-gradig skala som sträcker sig från 0 ('Mycket dåligt') till 10 ('Mycket gott'). Åldersgrupperna framgår av figuren.

Källa: De nationella SOM-undersökningarna 2010–2020.

Går vi vidare med några av determinanter som ofta rapporteras i relation till hälsa (se Bor m.fl., 2017; Marmot, 2005), vilket också finns i den nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten, 2021) ser vi att det finns skillnader mellan kön och utbildningsnivå i självskattad hälsa över tioårsperioden (figur 3). Det är inte lika uttalade skillnader mellan män och kvinnor utan snarare mellan utbildningsnivå. Högutbildade män och kvinnor har en högre självskattad hälsa och det ser ut att vara en positiv trend där hälsan har förbättrats de senaste åren. Män, och i synnerhet kvinnor, med lägre utbildning verkar rapportera en lägre självskattad hälsa och det förefaller som att trenden de senaste åren är mer flack. Det är återigen relativt små skillnader mellan åren men de övergripande resultaten stämmer ganska väl överens med den nationella folkhälsoenkäten där framför allt kvinnor med lägre utbildning har en lägre relativ hälsa och att den positiva trenden av en generellt förbättrad hälsa inte kommer alla grupper till gagn (Folkhälsomyndigheten, 2021). Notera också att vi i denna analys inte presenterar skillnader i självskattad hälsa mellan inkomstgrupper då Folkhälsomyndigheten (2021) inte gör det i den nationella folkhälsoenkäten med motiveringen att utbildning är ett mer stabilt mått på socioekonomisk status.

Figur 3 Självskattad hälsa; kön, utbildningsnivå (medelvärde)



Kommentar: Frågan lyder 'Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd' och besvaras med hjälp av en 11-gradig skala som sträcker sig från 0 ('Mycket dåligt') till 10 ('Mycket gott'). Åldersgrupperna framgår av figuren.

Källa: De nationella SOM-undersökningarna 2010–2020.

Oro för coronaviruset

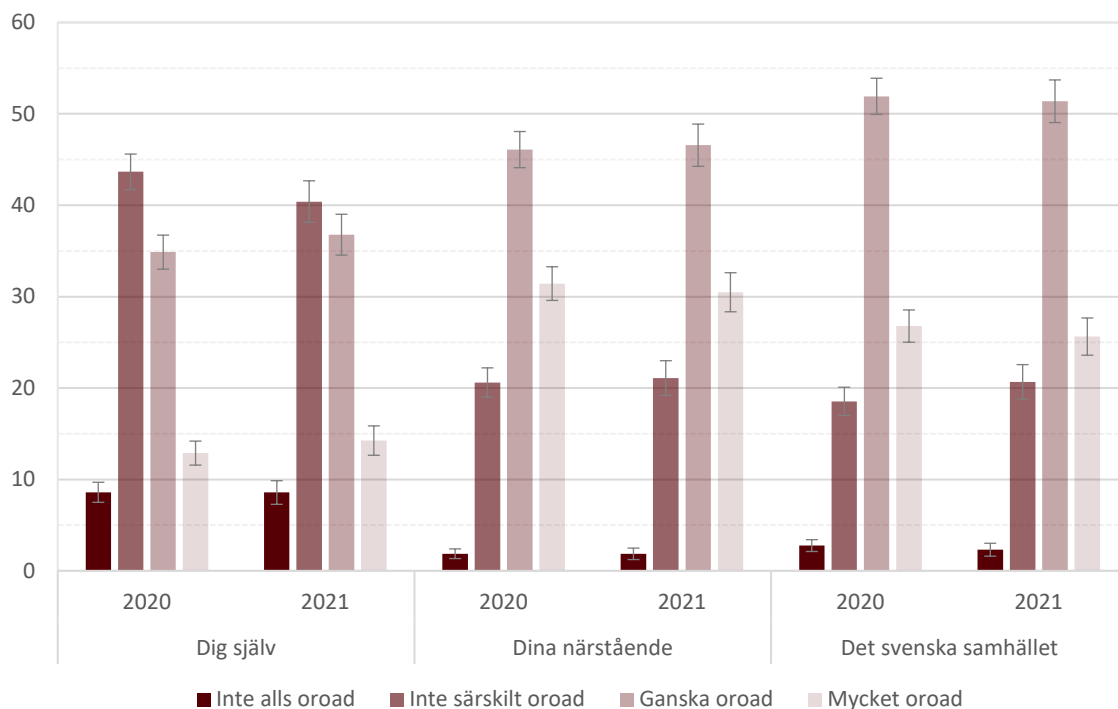
När det kommer till svenska folkets oro för coronaviruset verkar det vara relativt stabilt mellan den första mätningen våren 2020 och den andra mätningen våren 2021. Alla pandemier är förstås unika men erfarenheter från svininfluensan indikerar att graden av oro gick ner med tiden (Bults m.fl., 2015). Coronapandemin bör emellertid anses vara värre än svininfluensan i alla avseenden. Samtidigt bör det påpekas att vid tidpunkten för den andra mätningen under våren 2021 var det cirka 6 månader sen som Pfizer publicerade sin landvinnande studie¹ som gav världen hopp om att ett vaccin var på väg, samt det faktum att vaccineringen hade kommit en bra bit på väg även i Sverige². Vid båda mättillfällena ställde vi en fråga om hur orolig man var för coronaviruset och dess konsekvenser för sig själv, sina närstående men också för det svenska samhället. Resultaten visar i huvudsak att oron är oförändrad. Oro för egen del var lite högre 2021 (M = 2,56, 95% KI [2,52–2,60]) jämfört med 2020 (M = 2,52, 95% KI [2,48–2,55]). Oro för sina närstående var marginellt lägre 2021 (M = 3,06, 95% KI [3,02–3,09]) jämfört med 2020 (M = 3,07, 95% KI [3,04–3,10]). Oro för det svenska samhället var också marginellt lägre 2021 (M = 3,00, 95% KI [2,97–

¹ <https://www.pfizer.com/clinicalprotocol>

² <https://skr.se/skr/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/snabbokningavvaccinationstakten.53082.html>

3,04] jämfört med 2020 (M = 3,02, 95% KI [2,99–3,05]). Ingen av dessa skillnader i oro mellan 2020 och 2021 är signifikant åtskilda. Tittar vi närmare på hur svaren fördelas sig över hela svarsskalan är det samma mönster, oron är relativt oförändrad mellan 2020 och 2021 (figur 4). Noterbart är att det alltså är relativt få som svarar 'inte alls oroad'. En grov tolkning av medelvärdena ovan ger att en majoritet verkar vara 'ganska oroad' för coronaviruset både 2020 och 2021. Vidare indikerar resultaten att en relativt högre grad av oro uttrycks för närstående och det svenska samhället (skillnaderna är i stort signifikant åtskilda).

Figur 4 Oro för coronaviruset och dess konsekvenser (procent, [95% KI])



Kommentar: Frågan lyder 'Hur oroad är du för coronaviruset och dess konsekvenser för: Dig själv; Dina närstående; Det svenska samhället'. Svarsalternativen framgår av figuren.

Källa: SOM-undersökningen om coronaviruset 2020 samt 2021.

Oro för coronaviruset i olika grupper

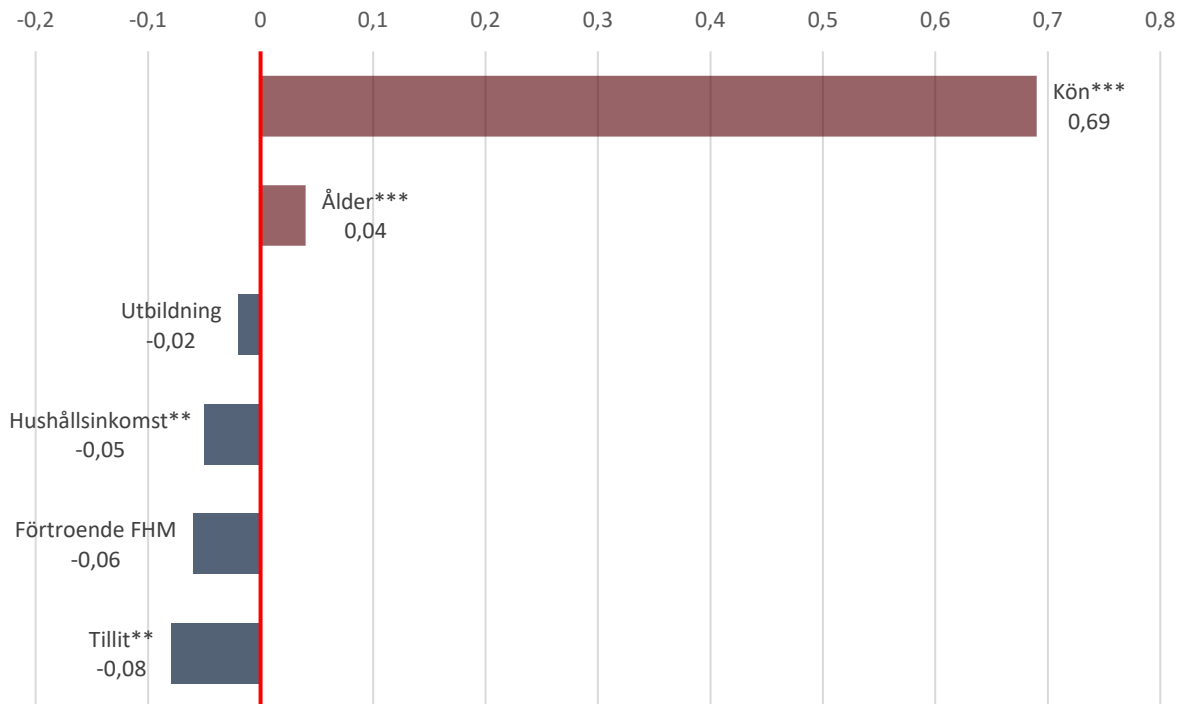
Vår sista analys av oro för coronaviruset handlar om vilka som känner mer eller mindre oro utifrån determinanterna (se Bor m.fl., 2017; Marmot, 2005) kön, ålder, utbildning, hushållsinkomst samt skyddsfaktorerna (se Giordano & Lindström, 2016) förtroende för Folkhälsomyndigheten (FHM) samt tillit till människor i största allmänhet. Då urvalet i SOM-undersökningen om coronaviruset 2021 var något mindre jämfört med den nationella SOM-undersökningen och med hänsyn till den fyrgradiga skalan samt det faktum att vi gärna vill se hur de olika faktorerna påverkar oro under beaktande av varandra presenteras en regressionsanalys nedan, där vi använder skalornas fulla längd (t.ex. ålder går från 16–85 år



istället för den traditionella fyrgradiga grupperingen ovan). Det ger oss en säkrare indikation på hur ett eventuellt samband ser ut och hur starkt det kan sägas vara utan att någon enskild konstruerad grupp får för stor påverkan på tolkningen.

Resultaten visar att oro för *'Dig själv'* generellt är högre för kvinnor samt att det finns ett samband med högre ålder, där äldre är mer oroliga än yngre. Det här är de två positiva sambanden med oro, som representeras av staplarna till höger om nollstrecket i figur 5 nedan. Annorlunda uttryckt kan vi säga att det här är riskfaktorer för oro, det vill säga att oron är högre för dessa grupper i allmänhet och eventuellt i förlängningen något som är förknippat med en sämre hälsa. Omvänt så ser vi en negativ relation till vänster om nollstrecket i figur 5 och det kan vi benämna som skyddsfaktorer för oro, alltså något som är associerat med lägre oro och i förlängningen en förmodat bättre hälsa. Vi ser emellertid att utfallet från regressionsanalysen indikerar att det endast är hushållsinkomst samt generell tillit som har en signifikant effekt på oro. Det här beror på att hushållsinkomst är starkt förknippat med utbildning och att hushållsinkomst har en starkare effekt. Det går även att resonera kring om effekten av utbildning på oro eller hälsa hade varit densamma i litteraturen om inkomsten hade varit konstant. Vidare, högre specifikt förtroende gentemot FHM är associerat med en lägre oro men det här sambandet är inte signifikant i modellen, vilket kan förklaras med att högre förtroende främst gäller för de som redan har en hög tillit till människor i största allmänhet, vilket innebär att effekten inte kan sägas vara "unik" i sammanhanget. Nedanstående faktorer i figur 5 förklarar under 10 procent ($\approx 7\%$) av variationen i oro, vilket innebär att oro för coronaviruset beror främst på andra saker som är okända i den här modellen. Samma regressionsanalys för oro för närstående och oro för det svenska samhället uppvisar ett liknande mönster men med försvinnande små samband och förklaringsgrad, varför dessa inte rapporteras i denna rapport.

Figur 5 Oro för coronaviruset, determinanter och skyddsfaktorer (ostandardiserade regressionskoefficienter)



Kommentar: Frågan lyder 'Hur oroad är du för coronaviruset och dess konsekvenser för: Dig själv', och besvarades med hjälp av en fyrgradig skala: 'Inte alls oroad', 'Inte särskilt oroad', 'Ganska oroad', 'Mycket oroad'. Kön kodas som 0 = kvinna, 1 = man. Ålder motsvarar deltagarnas faktiska ålder och sträcker sig från 16–85 år. Utbildning motsvarar en tiogradig skala som sträcker sig från 1 = 'Grundskola eller motsvarande, kortare än 9 år' till 10 = 'Forskarutbildning'. Hushållsinkomst besvaras med hjälp av en 12-gradig skala som sträcker sig från 1 = '100 000 eller mindre', till 12 = 'Mer än 1 100 000'. Frågan gällande förtroende för FHM lyder 'Ange också hur stort förtroende du har för följande:' och besvaras med hjälp av en femgradig skala som kodas som 1 = 'Mycket litet förtroende' till 5 = 'Mycket stort förtroende'. Frågan om tillit lyder 'Enligt din mening, i vilken utsträckning går det att lita på människor i allmänhet?' och besvaras med hjälp av en 11-gradig skala från 0 = 'Det går inte att lita på människor i allmänhet' till 10 = 'Det går att lita på människor i allmänhet'.

Not: *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Källa: SOM-undersökningen om coronaviruset 2021.



Slutsatser

Den här rapporten visar att den självskattade hälsan i Sverige är relativt stabil och god. Coronapandemin verkar inte ha påverkat graden av självskattad hälsa nämnvärt. Det är emellertid skillnader i självskattad hälsa mellan olika grupper där yngre indikerar bättre hälsa än äldre samt att de med lägre utbildning i högre utsträckning rapporterar en sämre hälsa. Oro för coronaviruset förefaller också vara relativt stabilt mellan 2020 och 2021, trots att vi under våren 2021 befann oss i ett mycket bättre läge tack vare vaccin. De flesta uttrycker en högre grad av oro för närstående och för det svenska samhället jämfört med oro för egen del, vilket sannolikt beror på att risken för att drabbas hårt av coronaviruset är låg förutom för de äldsta ålderskohorterna där risken ökar betydligt, och många närstående är förmodligen i varje givet ögonblick lite äldre. Vidare har det varit mycket osäkerhet kring effekterna på samhället och huruvida ansvariga har varit kapabla att hantera pandemin, vilket utgör en naturlig grogrund för en högre grad av oro. Vi visar också att oron för coronaviruset generellt är högre för kvinnor och äldre, samt att oro sannolikt kan dämpas med hjälp av högre utbildning, hushållsinkomst samt förtroende och tillit. De här resultaten går över lag i linje med andra resultat som har publicerats i ämnet.



Referenser

- Almond, D. (2006). Is the 1918 Influenza pandemic over? Long-term effects of in utero influenza exposure in the post-1940 U.S. population. *Journal of Political Economy*, 114(4), 672-712.
- Bor, J., Cohen, G. H., & Galea, S. (2017). Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *The Lancet*, 389(10077), 1475-1490.
- Brosschot, J. F. Gerin, W., Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
- Bults, M., Beaujean, D., Richardus, J. & Voeten, H. (2015). Perceptions and behavioral responses of the general public during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic: A systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(2), 207-19.
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Folkhälsans utveckling*. Folkhälsomyndigheten, Solna. Artikelnummer: 21014. Hämtad 2021-09-21 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2021/>
- Giordano, G. N., Lindström, M. (2016). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *Journal of Epidemiological Community Health*, 70(1), 10-16.
- Loades, M. E. m.fl. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Phiri, P. m.fl. (2021). An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 34, 100806.
- Prati, G., & Mancini, A. D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201-211.
- WHO. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization, Genève, Schweiz. Hämtad 2021-09-20 från <https://covid19.who.int/>
- Wulff, K., Donato, D., & Lurie, N. (2015). What is Health Resilience and how can we build it? *Annual Review of Public Health*, 36, 361-374.
- Xiong, J. m.fl. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 55-64.



SOM-undersökningen om coronaviruset 2021

SOM-institutet vid Göteborgs universitet genomför varje år sedan 1986 de nationella SOM-undersökningarna. Syftet med undersökningarna är att kartlägga svensk opinion och belysa hur svenska folkets vanor och attityder förändras över tid. SOM-institutet är en centrumbildning vid Institutionen för journalistik, medier och kommunikation (JMG) och är sedan 2017 även inrättat som en fakultetsgemensam forskningsinfrastruktur vid samhällsvetenskapliga fakulteten, Göteborgs universitet. SOM-institutets undersökningar genomförs i samverkan med forskare från olika discipliner, främst inom samhällsvetenskap.

I samband med utbrottet av den omfattande coronapandemin genomförde SOM-institutet en specialundersökning – SOM-undersökningen om coronaviruset 2020. Under våren 2021 skickades en uppföljande specialundersökning ut med syftet att delvis replikera den första studien men också för att komplettera innehållet utefter hur pandemin och samhällets förutsättningar har förändrats. Undersökningen skickades ut till ett systematiskt sannolikhetsurval av den svenska befolkningen. Urvalsramen innefattade alla svenska och utländska medborgare med sin primära adress i Sverige och som är mellan 16 och 85 år. Det totala urvalet bestod av 4 000 personer och samtliga fick första utskick med svars möjlighet skickat till sig den 22 mars 2021. Under fältperioden genomfördes en serie påminnelser via post och SMS. Fältarbetet avslutades 31 maj 2021. Formuläret innehöll 12 sidor med frågor.

SOM-undersökningen om coronaviruset genomfördes med både pappers- och webbenkäter i samarbete med *Institutet för Kvalitetsindikatorer (Indikator)*. Indikator svarade för utskick av pappersformulär och påminnelser, datauppläggning samt administration av webbenkät och sms-påminnelser. Papperssvaren lästes av optiskt med hjälp av en scanner. SOM-institutet har stått för framtagning av frågeformulär och annat informationsmaterial samt kodning av öppna svar och iordningställande av den slutgiltiga datamängden inklusive variabler för öppna frågor och särskilt byggda variabler.³

Svarsfrekvens och representativitet

Av det ursprungliga urvalet på totalt 4 000 personer var det 1 817 personer som besvarade och skickade in formuläret vilket motsvarar en nettosvarsfrekvens på 47 procent.⁴ Ungefär tre fjärdedelar av svaren kom in via webben. Det är mer än en fördubbling av andel webbsvar jämfört med SOM-undersökningen om coronaviruset 2020. Enligt utvärderingar så har dock inte svars kvaliteten påverkats av den ökade andelen webbsvar. Vilka som svarar och vilka som inte svarar på en frågeundersökning har betydelse för tolkningen av undersökningens resultat. Analyser visar att den demografiska representativiteten i svarsgruppen är relativt god. Representativiteten avseende främst kön, men även ålder samt födelseland är däremot något

³ Ansvariga forskare för undersökningen har varit Ulrika Andersson och Anders Carlander.

Undersökningsledare har varit Klara Wärnlöf Bové, tillsammans med biträdande undersökningsledare Elisabeth Falk, Frida Sandelin och Marcus Weissenbilder.

⁴ I nettosvarsfrekvensen har det så kallade naturliga bortfallet definierats bort, se vidare tabell i.



skev. Män, yngre personer samt människor födda i utomeuropeiska länder tillhör de grupper som är sämre representerade bland de svarande. Jämfört med SOM-undersökningen om coronaviruset 2020 är dock skevheterna mycket lika.⁵

Tabell i. Svansfrekvens och bortfall i SOM-undersökningen om coronaviruset 2021

Bruttourval	4 000
Naturligt bortfall	93
Nettourval	3 917
Antal svarande	1 817
Svarsandel (netto)	47%

Kommentar: Med naturligt bortfall avses adress okänd, avflyttad; bortrest under fältperioden; bosatt/studerar/arbetar utomlands; ej svensktalande; sjuk, institutionell vård; fysiskt eller mentalt oförmögen att svara, ej kommunicerbar; avliden.

Procentskattningar och felmarginaler

SOM-undersökningarna bygger på ett slumpmässigt urval av den svenska befolkningen 16–85 år. Resultat från sådana urvalsundersökningar är alltid förknippade med en osäkerhet som kan uttryckas i form av en felmarginal. Med hjälp av en felmarginal går det att beräkna ett konfidensintervall kring till exempel en procentskattning. Vi kan förvänta oss att procenttalet för hela populationen befinner sig inom konfidensintervallet i 95 fall av 100 i en tänkt situation med många upprepade mätningar. Att vara medveten om felmarginalen gör att vi lättare undviker att dra slutsatser om förändringar eller gruppskillnader som enbart beror på slumpen. Tabellen nedan ger några exempel på hur stor felmarginalen är vid olika gruppstorlekar och procentskattningar.

Tabell ii Lathund för procentskattningar vid olika gruppstorlekar (felmarginaler och procentenheter)

Skattning	100	200	400	800	1 000	2 000
50 procent	±9,8	±6,9	±4,9	±3,5	±3,1	±2,2
30 procent	±9,0	±6,4	±4,5	±3,2	±2,8	±2,0
10 procent	±5,9	±4,2	±2,9	±2,1	±1,9	±1,3
6 procent	±4,7	±3,3	±2,3	±1,6	±1,5	±1,0
2 procent	±2,7	±1,9	±1,4	±1,0	±0,9	±0,6

⁵ För en mer detaljerad redovisning, se metodrapporten om SOM-undersökningen om coronaviruset 2021 på www.gu.se/som/corona.

Avrapportering av resultat från den extrainsatta SOM-undersökningen om coronaviruset som genomfördes under april, maj och juni 2021. SOM-institutet vid Göteborgs universitet har genomfört årligen återkommande samhälls- och opinionsundersökningar sedan 1986.

SOM-institutet | Seminariegatan 1B | Box 710, 405 30 Göteborg
031 786 3300 | info@som.gu.se | www.gu.se/som-institutet

