

Risikovillighed blandt borgere med kroniske sygdomme i en tid præget af corona



Risikovillighed blandt borgere med kroniske sygdomme i en tid præget af corona

©DEFACTUM, Region Midtjylland, januar 2022

Artiklen er udarbejdet af:

Pernille Bjørnholt Nielsen, cand.scient.soc.

Berit Kjærside Nielsen, psykolog, ph.d.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Nielsen PB, Nielsen BK

Titel: Risikovillighed blandt borgere med kroniske sygdomme i en tid præget af corona

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Artiklen kan downloades fra www.defactum.dk.

Resumé

I denne artikel viser vi, hvordan borgere med mindst én kronisk sygdom forholder sig til COVID-19 og hvordan de agerer i en tid med corona i forhold til aktiviteter, der kan være forbundet med en risiko for smitte, samt hvordan bestemte undergrupper udviser højere eller lavere risikovillighed. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i maj 2020 og i november 2020 blandt de samme borgere. 710 deltog i begge runder. I januar-februar 2022 gennemføres 3. runde.

Interessant er det, at vi finder, at hver femte borger med mindst én kronisk sygdom ikke mener, at han/hun er i særlig risiko for at blive alvorlig syg, hvis man bliver ramt af corona og ikke mindst at hver fjerde faktisk ikke ved om vedkommende er i særlig risiko. Set fra et adfærdsperspektiv er det interessant, når der fra myndighedernes side opfordres til bestemt adfærd i forskellige sammenhænge og udmeldinger om, at vi skal passe på de særlige sårbare og gruppen ikke identificerer sig med det mærkat selv, og ej heller har en forventning om, at de bliver smittet med sygdommen.

Vi har set på seks forskellige aktiviteter, hvor smitte i højere grad kan forekomme end ved undladelse af disse aktiviteter. Blandt en af disse aktiviteter (spise på restaurant) finder vi, at 56 % har spist på en restaurant inden for de sidste 2 måneder (adspurgte i november 2020), hvilket vidner om, at der har været en vis grad af aktivitet blandt denne gruppe af borgere. Der er dog forskel på hvem, der er mest aktive. Vi finder, at risikovillighed (målt ved antal aktiviteter) er højere blandt de yngre, dem der ikke mener de er i særlig risiko for at blive syg, dem der ikke har følt sig stresset over COVID-19, dem med selv vurderet bedre helbred og dem, der har været sammen med flest venner/familie under pandemien.

Indholdsfortegnelse

Introduktion	5
Baggrund	5
Metode	6
Operationalisering af centrale begreber	6
Statistiske analyser	7
Etik	8
Resultater	9
Særlige forholdsregler	9
Risikovillighed	10
Hvad kendetegner dem med høj versus lav risikovillighed?	11
Diskussion	13

Introduktion

I denne artikel stiller vi skarpt på, hvordan borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet grundet langvarige sygdomme, oplever coronakrisen og ikke mindst, hvordan deres adfærd er under første og anden bølge af corona. Artiklen er baseret på data fra et forløbsstudie, hvor de samme borgere fra MoEVA-databasen¹ er adspurgte i henholdsvis primo maj og november 2020. Borgerne har alle en sygdom, der hører til kategorierne: KOL, type 2-diabetes, hjertekarsygdom, kræft, overvægt, stress, psykisk sygdom, smerteproblematik eller andet. Gruppen har mindst én, men ofte flere samtidige kroniske sygdomme (multisygdom). De har alle været i kontakt med det kommunale sundhedsvæsen.

Formålet er:

1. At undersøge, hvordan borgere med kroniske sygdomme opfatter sig selv og agerer i en coronatid i forhold til adfærd, som kan udgøre en sundhedsrisiko - altså deres tilbøjelighed til at udøve risikobetonet adfærd
2. At undersøge, hvilke faktorer, der hænger sammen med risikobetonet adfærd

Det særlige interessante i vores undersøgelse er, at vi har spurgt de samme mennesker, som spørges igen med seks måneders mellemrum. Derudover at undersøgelsen både rummer holdnings-vurderings spørgsmål samt adfærdsmål.

Baggrund

Gennem de seneste ca. to år har Danmark, lig resten af verden, været lukket ned i større eller mindre omfang på grund af COVID-19-pandemien. Der har været en lind strøm af pressemeddelelser med COVID-19 i overskrifterne², og vi er løbende blevet opfordret til at efterleve restriktionerne. Meget af debatten har haft omdrejningspunkt om at holde smittetrykket nede, og at vi især skal beskytte de mennesker, der er i øget risiko, da det kan have alvorlige konsekvenser, hvis de bliver ramt af virussen. Med denne artikel ønsker vi at undersøge, hvordan borgere, som lever med en eller flere kroniske sygdomme, har ageret under første og anden runde af epidemien i en dansk kontekst. Hvordan har de handlet og har den enkeltes risikovurdering, helbred og trivsel betydning for, hvordan det sociale liv prioriteres? Det er interessant, hvilken betydning det får, når situationen trækker ud, og hverdagslivet for mange mennesker ændres markant? Hvordan afvejes afsavn, manglende socialt samvær og mental trivsel i forhold til risiko for at blive smittet og risikovurderingen af, om man selv bliver ramt eller ej?

Fra andre europæiske studier kan vi se, at patienter med bestemte kroniske diagnoser i højere grad er bekymret over at få COVID-19^{3 4} og har dårligere mental sundhed⁵. Fra et

¹ <https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>

² <https://www.stm.dk/presse/pressemeddelelser/>

³ [Perceived Care and Well-being of Patients With Cancer and Matched Norm Participants in the COVID-19 Crisis: Results of a Survey of Participants in the Dutch PROFILES Registry - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁴ [A Postcard From Italy: Challenges and Psychosocial Resources of Partners Living With and Without a Chronic Disease During COVID-19 Epidemic - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁵ [A Postcard From Italy: Challenges and Psychosocial Resources of Partners Living With and Without a Chronic Disease During COVID-19 Epidemic - PubMed \(nih.gov\)](#)

forskningsstudie i Chicago fandt man, at mange voksne med kroniske sygdomme manglede viden om COVID-19 og trods bekymringer ikke ændrede adfærd.⁶

Centralt i analysen for nærværende artikel indgår to begreber: risikovillighed og risikobetonet adfærd. Begrebet risikovillighed er et indeks konstrueret ud fra en række af aktiviteter, der betragtes som risikobetonet adfærd (se uddybning senere).

Metode

Deltagerne er identificeret gennem MoEva-databasen, som er et generisk monitorerings- og evalueringsværktøj, der indeholder demografiske oplysninger såvel som standardiserede og sammenlignelige data fra patientuddannelsesforløb på tværs af ti jyske kommuner (MoEva, 2020). Borgerne inkluderes ud fra følgende kriterier:

- Alle borgere, der inden for de seneste 12 måneder (opgjort fra marts 2020) har deltaget i eller skulle påbegynde et kommunalt sundheds- eller rehabiliteringstilbud

I alt fik 2.147 borgere tilsendt et spørgeskema i e-boks. Svarprocenten for første udsendelse var 59 %, mens svarandelen for anden runde var 86 %. De borgere, som havde deltaget i runde 1, blev kontaktet igen i runde 2. Der blev sendt både elektronisk og fysisk rykker samt fysisk spørgeskema til dem, der ikke havde besvaret via e-boks.

Ved tjek for repræsentativitet i forhold til centrale baggrundsvARIABLE, hvor "deltagende borgere" sammenlignes med "ikke deltagende borgere" er der ikke signifikante forskelle på de to grupper i forhold til køn og multisygdom. For alder gælder, at en større andel over 60 år deltager mens en tilsvarende mindre andel under 60 år er med (fx er der 7 procentpoint flere over 70 år og 14 procentpoint færre under 60 år, som deltager). For uddannelsesniveau gælder, at deltagerne er på niveau med ikke-deltagerne, hvad angår et middel uddannelsesniveau, mens de lavtuddannede er underrepræsenteret og de højtuddannede er tilsvarende overrepræsenteret med 8 procentpoint.

Inkluderet for nærværende artikel er udelukkende de 710 borgere, der valgte at besvare begge spørgeskemaer. Samtlige spørgsmål fra alle respondenter kan ses i den samlede tabelrapport på www.defactum.dk

Operationalisering af centrale begreber

For at undersøge borgernes risikovillighed har vi operationaliseret begrebet ud fra et adfærdsperspektiv, hvor vi spørger til konkrete handlinger. Den definerede risikoadfærd skal ses i konteksten af, at der er en global pandemi, som når højder, vi historisk set skal langt tilbage for at finde lignende eksempler på, og at myndighederne har bekendtgjort retningslinjer for ønsket adfærd/lovlig adfærd, som er væsentlig anderledes end normalt⁷.

Andet spørgeskema blev udsendt i november 2020. Forud herfor blev der bl.a. ultimo maj 2020 igangsat 3. fase af genåbningen af Danmark, bl.a. inden for oplevelsesøkonomien. Pr. juni tillades udenlandske turister. Pr. 4/9 meldes til gengæld ud, at der er påvist væsentlig flere COVID-19-tilfælde⁸, som ikke er set siden april, smitten stiger og senere i sep. indføres restriktioner for nattelivet og på et pressemøde lanceres yderligere 23 konkrete tiltag, der skal reducere smitten (gældende frem til 4/10) herunder bl.a. restaurationer og sociale aktiviteter. 14. oktober meldes ud at 5 millioner mink skal aflives (pr. 4/11 besluttes at

⁶ "Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak. A Cross-sectional Survey", Michael S. Wolf. et al. 2020.

⁷ <https://www.regeringen.dk/nyheder/2020/pressemoeede-om-covid-19/>

⁸ <https://www.berlingske.dk/samfund/tallet-steg-drastisk-under-anden-boelge-saa-stor-en-del-af-danskerne>

samtlig mink skal slås ned, da der er fundet mutationer i minkvirus⁹, 23/10 udvides kravet om mundbind (gældende til jan. 2021) og forsamlingsloftet sænkes fra 50 til 10 personer. Alt sammen begivenheder der er gået forud for spørgeskema 2.

De seks parametre, der er inkluderet, er listet nedenfor og har alle være præsenteret med: "Har du gjort noget af følgende inden for de sidste 2 måneder?" Svarmulighederne har været ("Ja/Nej"). De fire første aktiviteter er stillet som risikobetonede aktiviteter (jf. situationen på det givne tidspunkt), mens de to sidste er stillet som ekstra foranstaltninger for at undgå svækkelse af immunforsvaret/smitte.

- Været i udlandet
- Bestilt en rejse til udlandet
- Spist på restaurant
- Deltaget i fysisk fremmøde ved offentlige arrangementer
- Blevet vaccineret for influenza eller lungebetændelse
- Anvendt mundbind ud over de steder, som sundhedsmyndighederne har påkrævet det

For at afdække om den definerede adfærd adskiller sig fra borgernes normale adfærd, har vi spurgt til, om det de har foretaget sig (de første fem aktiviteter) er noget de har gjort mindre af end ellers sammenlignet med før vi fik coronavirus.

Derudover anvendes vurderingsspørgsmålene:

- "Tror du, at du vil få coronavirus inden for det næste år?" (Jeg tror, der er en stor risiko for, at jeg får coronavirus/Jeg tror, der er en lille risiko for, at jeg får coronavirus/Jeg tror ikke, at jeg får coronavirus), oversat fra et amerikansk studie.¹⁰

Samt trivselsspørgsmål operationaliseret ved:

- WHO-5-trivselsindeks¹¹, som er et generisk mål for trivsel, der er valideret. Det består af 5 spørgsmål om, hvordan personen har følt sig tilpas i de seneste to uger (glad og i godt humør/rolig og afslappet/aktiv og energisk/frisk og udhvilet/dagligdag fyldt med ting der interesserer mig). WHO-5-trivselsindekset er et summativt indeks. Derudover er inkluderet et spørgsmål om stress (målt på samme 6-punktsskala, som WHO-5-spørgsmålene): "I de sidste 2 uger..." "Har jeg følt mig nervøs eller "stresset" på grund af coronavirus?"

Udvalgte baggrundsvARIABLE er: køn, alder, antal sygdomme, om man er i arbejde, selv vurderet helbred (SF12 mål)¹² og antal venner/familiemedlemmer, man har været sammen med de sidste 2 måneder.

Statistiske analyser

Ud over visning af frekvensfordelinger i figurerne er der for tabel 1 og 2 anvendt lineær regressionsanalyser og et signifikansniveau på 0,05 er accepteret. Standardiserede koefficienter og signifikansniveau er vist i regressionsmodellerne. Der er foretaget test af

⁹ <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/mutationer-i-minkvirus>

¹⁰ "Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak. A Cross-sectional Survey", Michael S. Wolf. et al. 2020.

¹¹ <https://www.neurocoaching.dk/wp-content/uploads/who5.pdf>

¹² Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2001

normalfordelingen for de standardiserede residualer via grafisk kontrol. Variabel, der ikke er intervallskalerede eller dikotome, er rekodet til dummies.

Til nærmere uddybning af begrebet risikovillighed er de seks variable (se figur 3) rekodet til et summativt indeks^{13 14} over de mulige aktiviteter, samtidig med at der tages højde for, om det er en aktivitet borgeren udfører i mindre grad eller ej (se figur 4). Indekset er skaleret til at gå fra 0-100. Jo højere score des større risikovillighed, og jo flere aktiviteter des højere score. I bunden af skalaen finder vi gruppen, der ikke har deltaget i nogen af de nævnte aktiviteter, mens vi i toppen finder andelen, som har deltaget i "mange" aktiviteter, og som ikke gør det i mindre grad end ellers. Anvendelse af et indeks har den fordel, at vi anvender flere items (spørgsmål) til at indfange begrebet risikovillighed, frem for blot at basere analysen på et enkelt spørgsmål (fx én aktivitet). Ved at samle flere indikatorer på begrebet betragter vi det som et mere validt mål.

Etik

Der er i april 2020 givet tilladelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed om, at der til forskningsprojektets formål må hentes personhenførbare data ud fra MoEva-databasen. Forskningsprojektet er anmeldt til den interne fortegnelse over forskningsprojekter via Region Midtjyllands anmeldelsessystem. Deltagere informeres om, at det er frivilligt at deltage og, at de til en hver tid kan udtræde af undersøgelsen. Alle personhenførbare data håndteres og opbevares efter den generelle databeskyttelsesforordning (GDPR).

¹³ Hellevik Ottar, *Forskningsmetode I sociologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget. 2000, side 303 (erstattes med nyeste)

¹⁴ *Metoder i Statskundskab 2020*. Kasper M. Hansen et. al.

Resultater

De primære resultater redegøres for i forhold til delformål 1: dels hvordan borgerne ser sig selv og agerer (Afsnit: særlige forholdsregler/risikovillighed) og delformål 2: hvilke faktorer, der hænger sammen med risikobetonet adfærd (Afsnit: Hvad kendetegner dem med høj versus lav risikovillighed?).

Særlige forholdsregler

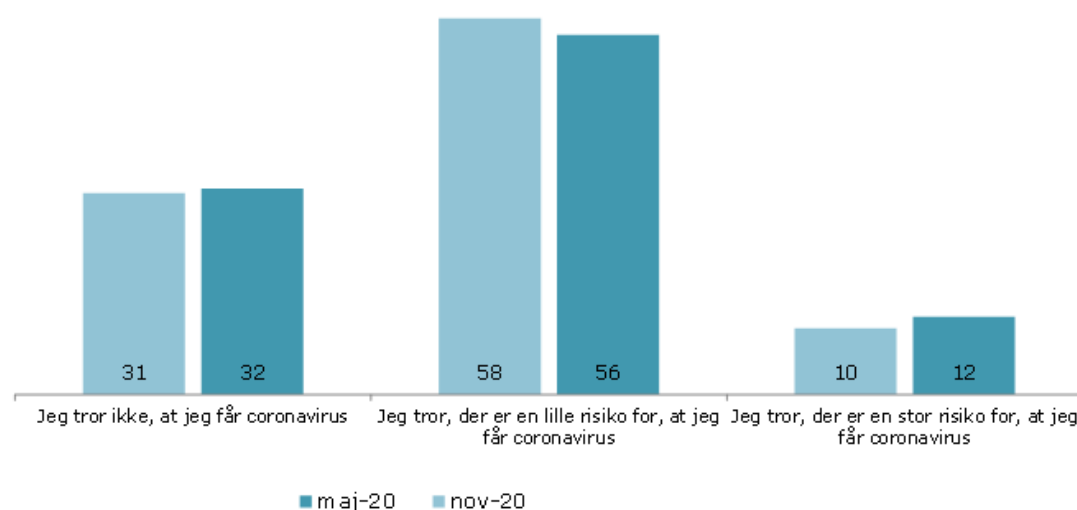
Hver femte borger med en kronisk sygdom mener ikke, at han/hun er i særlig risiko for at blive alvorlig syg, hvis man bliver ramt af corona. Hver fjerde ved ikke, om man er i særlig risiko mens 6 ud af 10 ser dem selv som værende i risiko for at blive alvorlig syg. Krydses spørgsmålet med antal kroniske sygdomme er der 69 %, som har multisygdom, der ser sig selv som særlig sårbar, mens 31 % ikke gør. Samtidig har vi spurgt til om, de mener, at de selv skal tage særlige forholdsregler pga. corona i forbindelse med genåbning af samfundet, hvor 54 %, svarer ja, 42 % nej og 4 % ved ikke. Ud af gruppen som mener, de er i særlig risiko for at blive syg er der 75 %, der mener de skal tage særlige forholdsregler, mens det er signifikant færre i gruppen, der ikke ser sig selv som værende i særlig risiko med 29 %, som mener de skal tage særlige forholdsregler.

Adspurgt under første bølge af COVID-19 tror borgere med kronisk sygdom generelt ikke, at de bliver ramt af COVID-19-virusset inden for det næste år. 56 % tror, der er en lille risiko og 32 % tror ikke, de får virussen. De resterende 12 % tror, at der er en stor risiko for, at de får virussen.

Sammenlignes første og anden måling, ser tallene meget ens ud jf. figur 1. Det er de samme borgere, der er adspurgt et halvt år efter, så umiddelbart er der ikke sket de store forandringer, idet der ikke er signifikant forskel at spore mellem fx 10 % og 12 % som svarer, at de tror, der er stor risiko for at de får corona. Udfoldes tallene lidt mere ved at sammenligne den enkelte borgeres svar over de to runder, kan vi se, at der er 67 %, som svarer ens (Figur 2). Herunder er der 21 %, der er blevet mere optimistiske og 12 % er blevet mere pessimistiske i løbet af det halve år i forhold til, om de tror de bliver ramt af COVID-19. På individniveau er der derved 33 %, som flytter standpunkt.

FIGUR 1. TROR DU, AT DU VIL FÅ CORONAVIRUS INDEN FOR DET NÆSTE ÅR?

Procent



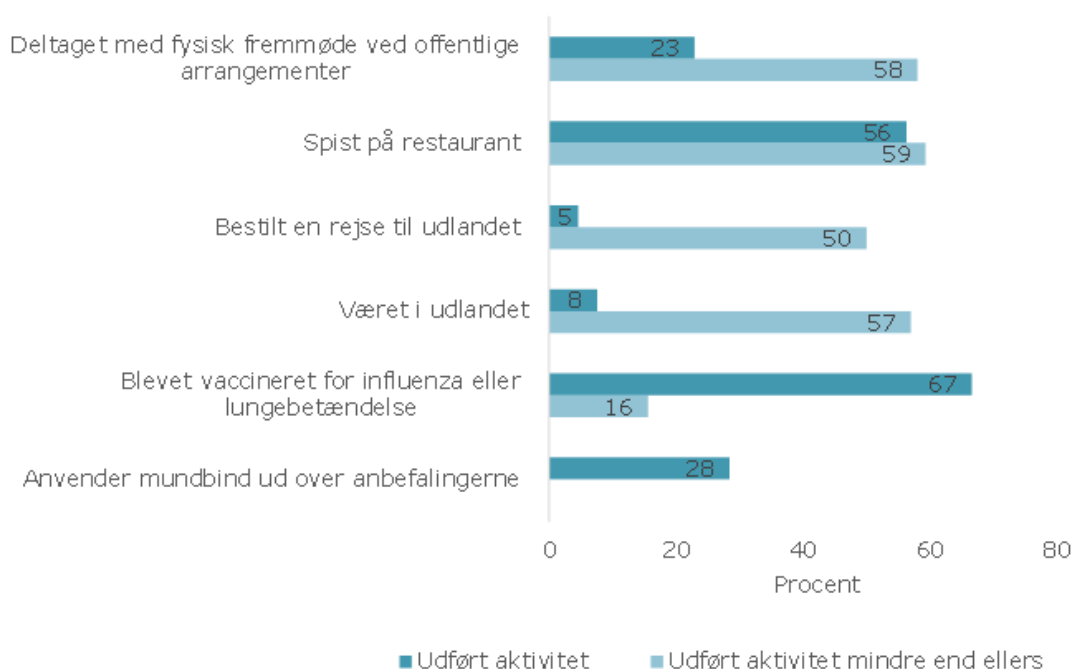
FIGUR 2. TROR DU, AT DU VIL FÅ CORONAVIRUS INDEN FOR DET NÆSTE ÅR - SAMMENLIGNING AF FØRSTE OG ANDET SVAR.



Risikovillighed

Fra første til anden måling har Danmark været lukket gradvist op igen i perioden mellem første og anden bølge af COVID-19. Nogle aktiviteter har derved været mulige. Vi har undersøgt om gruppen har deltaget i udvalgte aktiviteter. Figur 3 viser frekvensen af aktiviteterne, og hvorvidt det er noget, borgerne har gjort mindre af end ellers. Vaccine for influenza forekommer hyppigst (67 %), derudover spist på restaurant med 56 % og herefter anvendelse af mundbind flere steder end påkrævet (28 %) og fysisk deltagelse ved et offentligt arrangement (23 %). I den mindst hyppige ende, finder vi været i udlandet (8 %) og bestilt en rejse til udlandet (5 %). I forhold til at have udført aktiviteten mindre end ellers er der mindre varians mellem aktiviteterne, hvor det for de første fire aktiviteter ligger på mellem 57- 59 %, som har gjort det mindre end ellers, på nær vaccination for influenza/lungebetændelse, som ligger på 16 %. Undersøgelsen kan ikke sige noget om, hvorvidt borgerne i højere grad end før er blevet vaccineret.

FIGUR 3. ANDEL AF BORGERE, SOM HAR DELTAGET I KONKRETE AKTIVITETER

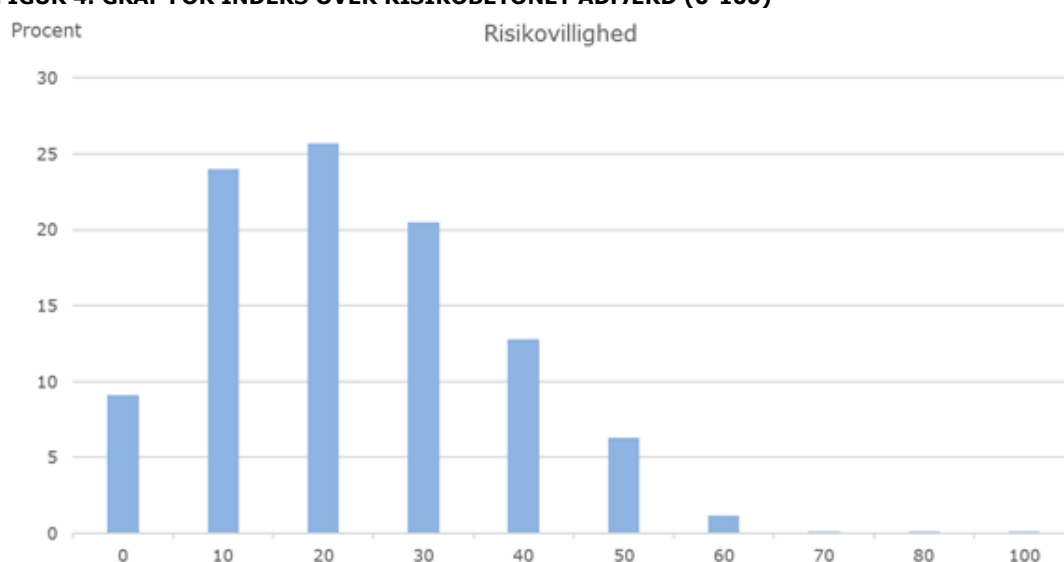


Kigger vi på tværs af aktiviteterne, er der følgende fordeling af borgerne (ikke vist). Der er 37 %, som ikke har deltaget i nogen af de fire førstnævnte aktiviteter. Blandt de resterende borgere, er der 18 %, som har deltaget i mindst én af de fire aktiviteter, men mindre end ellers og 45 %, som har deltaget i mindst én aktivitet og ikke mindre end ellers.

Hvad kendetegner dem med høj versus lav risikovillighed?

Efterfølgende ser vi nærmere på, hvad der hænger sammen med denne risikovillighed og hvad der således karakteriserer gruppen, og hvorvidt de internt adskiller sig signifikant fra hinanden på relevante baggrundsvariable. Først viser figur 4 indeksets frekvensfordeling. Jo højere score, der er på indekset, des større villighed for risikobetonet adfærd. Derefter viser tabel 1 baggrundsvariablenes fordeling på indekset, vist ved en gennemsnitsscore.

FIGUR 4. GRAF FOR INDEKS OVER RISIKOBETONET ADFÆRD (0-100)



Tabel 1 viser, at gennemsnittet for dem under 60 år ligger på 27, mens 70 år+ ligger på 20, hvilket er udtryk for en signifikant forskel. For køn og multisygdom er der ikke signifikant forskel, mens der er for helbreds niveau, og om man er i arbejde. Tabellen afspejler udelukkende bivariate sammenhænge.

TABEL 1. STIKPRØVENS KARA KTERISTIKA

		n	Procent	Gennemsnit
Alder*	Under 60 år	268	39	27
	60-69 år	247	36	21
	70 år +	178	26	20
Køn	Mand	311	45	22
	Kvinde	382	55	24
Helbred ved 1. måling*	Fremragende/vældig godt	150	22	28
	Godt/mindre godt/dårligt	541	78	22
Multisygdom	1 kronisk sygdom	350	54	24
	Flere kroniske sygdomme	298	46	22
I arbejde*	Ja	266	40	26
	Nej	407	60	21

*Signifikante bivariate forskelle

Tabel 2 viser resultaterne fra en model, der inkluderer alle de udvalgte variable for trivsel (WHO-5), stress over corona, helbred (SF12), tro på om man bliver ramt, om man er i særlig risikogruppe, om man skal tage særlige forholdsregler og antal venner/familie man ser samt baggrundsvariablene. Tabellen afspejler således en model, hvor der er kontrolleret for de andre samtidige variable.

Risikovilligheden hænger signifikant sammen med seks af de beskrevne variable. Jo højere alder des mindre risikovillighed ($b = -0,218$ i den bivariate og $-0,178$ i den endelige model). Er borgeren ikke eller ved borgeren ikke, om vedkommende er i særlig risiko for at blive alvorligt syg ved smitte, er der større sandsynlighed for højere risikobetonet adfærd sammenlignet med dem, der svarer "ja".

Har borgeren på intet tidspunkt følt sig nervøs eller stresset på grund af coronavirus er der større sandsynlighed for høj risikobetonet adfærd (negativ b værdi for de fire andre stressniveauer: $-0,094$, $-0,114$, $-0,126$, $-0,122$). Samtidig har SF12 målet den betydning, at sammenlignes dem, der synes deres helbred alt i alt er "fremragende/vældig godt" (de to mest positive kategorier) med dem, der vurderer eget helbred dårligere ("dårligt/mindre godt/godt"), så har de en højere risikobetonet adfærd. Til sidst viser analysen, at har man set 6 eller flere forskellige familiemedlemmer/venner de sidste to måneder ud over egen hustru sammenlignet med dem, der har set 0-5 er den risikobetonede adfærd højere.

TABEL 2. MODEL FOR SAMMENHÆNG MED RISIKOBETONET ADFÆRD

	Bivariat sammenhæng	Endelige model			
	Standardiseret Beta	Sig.	Beta	Sig.	
Alder	-0,218	0,000	-0,178	0,000	
Særlig risiko (ved ikke)	0,121	0,002	0,142	0,000	
Særlig risiko (nej)	0,181	0,000	0,102	0,013	
Helbred (Fremragende/Vældig godt)	0,167	0,000	0,085	0,022	
Venner/familie (6+)	0,242	0,000	0,205	0,000	
Stress (lidt af tiden)	-0,038	0,321	-0,094	0,021	
Stress (lidt mindre end halvdelen af tiden)	-0,062	0,103	-0,114	0,004	
Stress (lidt mere end halvdelen af tiden)	-0,093	0,015	-0,126	0,001	
Stress (det meste af tiden)	-0,082	0,033	-0,122	0,001	
Køn	0,039	0,303	-	-	
Multisygdom	-0,071	0,074	-	-	
I arbejde	-0,180	0,000	-	-	
Tror man bliver ramt (stor sandsynlighed)	-0,022	0,572	-	-	
Tror man bliver ramt (lille sandsynlighed)	0,008	0,841	-	-	
WHO-5 runde 1	0,048	0,211	-	-	
WHO-5 runde 2	0,129	0,001	-	-	

Standardiserede regressionskoefficienter og signifikansniveau vist.

*Baseline: Særlig risiko=ja, Helbred= Godt/mindre godt/dårligt, Venner=0-5, Stress= intet af tiden, Køn=kvinde, Multisygdom= flere sygdomme, I arbejde=nej, Tror man bliver ramt=Tror ikke

(Endelige model: R^2/R^2 justeret; 0,172/ 0,161).

Diskussion

Vi finder, at relativt mange ikke ser dem selv som værende i særlig risiko eller tror de bliver ramt. Spørgsmålet er, om det er en generel opfattelse? Et amerikansk studie bekræfter denne tendens, hvor der er 25 %, som slet ikke mener, de bliver ramt, 66 % tror det er muligt, de bliver ramt, 8 % tror de nok bliver ramt og 1 % tror bestemt, at de bliver ramt (5). Fra psykologien og adfærdsøkonomien kender vi til kognitive bias. Spørgsmålet er, om gruppen i virkeligheden ikke adskiller sig specielt fra den almindelige borger i forhold til de kognitive bias, vi alle går rundt med. En af de kognitive bias vi kan være underlagt er, at nogle af os har tendens til at overvurdere os selv. Vi ser os selv og verden i et mere positivt lys end berettiget og er tilbøjelige til at overdrive vores evne til at forudsige fremtiden og har en overdreven tiltro til egne evner^{15 16}. I praksis kan det fx betyde, at vi tror, vi er bedre end gennemsnittet, og en tendens til større risikovillighed i dagligdagen – jeg bliver ikke ramt af lungekraft, selv om jeg ryger; jeg bliver ikke kørt ned på cykel, så cykelhjelm behøver jeg ikke; jeg er bedre end gennemsnittet til at køre bil; det er ikke mig, der får COVID-19 osv. Samtidig kan der også være det i spil, at gruppen ikke mener, at deres kroniske sygdom berettiger til særligt opmærksomhed i forhold til COVID-19 forholdsregler.

I en tid hvor myndighederne mange gange har understreget, at vi alle skal være særlig opmærksomme på smitte, og at sårbare borgere er i alvorlig risiko og i værste tilfælde kan dø af corona, er det interessant, at der er divergens mellem hvem sundhedsvæsenet ser som de sårbare, og hvad gruppen selv opfatter sig som. Spørgsmål som: 'Hvem er de sårbare?', 'Er jeg en af dem?' er centrale i debatten. Undersøgelsen tager udgangspunkt i en population, der har brug for hjælp på grund af deres sundhedsmæssige udfordringer knyttet til deres sygdom og derved er inkluderet i et kommunalt sundhedstilbud. Vi kan se, at hver femte alligevel svarer "Nej" til at være i særlig risiko, mens hver fjerde svarer "Ved ikke". Så først og fremmest rejser undersøgelsen et interessant spørgsmål om sundhedsvæsenets og myndighedernes klassificering af borgere, som de ikke nødvendigvis identificerer sig med. At så høj en andel samtidig svarer "Ved ikke", er et tydeligt tegn på, at relativt mange er i tvivl. Hjerteforeningen har bl.a. påpeget, at der ligger en oplysningsopgave i forhold til kommunikationen om COVID-19¹⁷. Dette skal ses i lyset af, at der i starten af COVID-19 løbende kom nye oplysninger frem i takt med den globale vidensindsamling om virussen.

Dette er i sig selv en udfordring, hvis sundhedsvæsenet, som er i kontakt med disse borgere ikke tydeligt kommunikerer med borgerene således, at tvivlen kan elimineres. Divergensen mellem sundhedsvæsenets opfattelse og borgernes egen opfattelse er væsentlig, særligt fordi vi ser højere risikovillighed hos dem, der er i tvivl eller ikke mener, de er i særlig risiko. Hvordan skal man forvente, at borgeren agerer, hvis vedkommende ikke identificerer sig selv med det mærkat vedkommende har fået? Et kriterium fra Sundhedsstyrelsen har været, at personer i øget risiko, er 80 år+ og personer med flere og svære kroniske sygdomme har en højere risiko¹⁸. I undersøgelsen er det knap hver tredje, som er multisyg, der ikke ser sig selv som værende i særlig risiko for at blive alvorlig syg. En mulig forklaring kan være, at gruppen for undersøgelsen stort set alle er under 80 år (98 %), og at de tillægger alderskriteriet større vægt end de andre parametre. Denne forklaring kan undersøgelsen hverken af- eller bekræfte, men derimod kan vi se, at adfærden hænger sammen med alderen. Højere risikobetonet adfærd daler med stigende alder, højere stressniveau over COVID-19 hænger ligeledes sammen med lavere risikovillighed, mens højere risikovillighed ses, hos dem, der ikke ser sig selv som værende særligt udsat.

¹⁵ D. Kahneman "At tænke hurtigt og langsomt" kap. 24

¹⁶ "It Won't Happen to Us": Unrealistic Optimism Affects COVID-19 Risk Assessments and Attitudes Regarding Protective Behaviour - ScienceDirect

¹⁷ <https://hjerteforeningen.dk/2020/08/2-ud-af-3-hjertepatienter-ser-sig-selv-som-i-oeget-risiko-ved-coronasygdom/>

¹⁸ <https://www.sst.dk/da/corona/COVID-19-og-ny-coronavirus/Personer-i-oeget-risiko>

Hvis man ønsker at påvirke menneskers adfærd via kommunikation må første skridt være, at borgeren føler, at de er modtager af budskabet og identificerer sig med den gruppe, der kommunikeres til. Hvis vi tror, det er naboen og de andre det drejer sig om og ikke os selv, har vi meget lavt incitament til at agere efter det. Samtidig må det forventes at spille ind i interaktionen med andre mennesker og den fortælling vi har om os selv og vores helbred til andre i vores nære omgangskreds, hvilket er interessant i en diskurs med fokus på, at vi skal passe på hinanden. Derfor giver det god mening, at dem der ikke identificerer sig som i en særlig risikogruppe har højere risikobetonet adfærd, som igen hænger sammen med at se flere venner/familie, og opfatte eget helbred som fremragende eller vældig godt. Vores analyser medtager en række variable, som indikerer forskelle på hvem der deltager i aktivisterne. Det skal bemærkes, at undersøgelsen inkluderer en række variable, men at andre variable som fx økonomi, geografi eller afstand til restauranter, kultursteder m.m. sandsynligvis ville kunne berige analyserne yderligere.

