

RAPPORT

2021

Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker

Etterlevelse og holdninger til offisielle
smittevernråd, opplevd engstelse, psykiske plager
og endringer i sosiale kontakter etter landbakgrunn.
Resultater fra undersøkelser i fire fylker under
koronapandemien

Leif Edvard Aarø, Øystein Vedaa, Tone Bruun, Thomas Nilsen, Rune
Johansen, Marit Knapstad, Jens Christoffer Skogen, Knut-Inge Klepp

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
April 2021

Tittel:

Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker

Forfatter(e):

Leif Edvard Aarø
Øystein Vedaa
Tone Bruun
Thomas Sevenius Nilsen
Rune Johansen
Marit Knapstad
Jens Christoffer Skogen
Knut-Inge Klepp

Fagfellevurderinger: Esperanza Diaz, Øyvind Andresen Bjertnæs

Oppdragsgiver:**Prosjektnummer:**

Publikasjonstype: FHI-Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Rapporten kan også bestilles fra
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

Opplag: Kun elektronisk utgave

ISBN trykt utgave
ISBN elektronisk utgave 978-82-8406-202-0

Emneord (MeSH): Covid-19, hygiene, sosial distanse, befolkningsundersøkelse, landbakgrunn

Sitering: Aarø LE, Vedaa Ø, Bruun T, Nilsen TS, Johansen R, Knapstad M, Skogen JC, Klepp K-I.
«Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker» [Corona-related behaviour and country of origin in four Norwegian counties] Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Innhold

Innhold	3
Hovedbudskap	6
Sammendrag	8
Innledning	8
Metode	8
Resultat	8
Diskusjon	10
Konklusjon	11
Key messages	12
Executive summary	14
Forord	19
1 Innledning	20
1.1 Bakgrunn	20
1.2 Avgrensning og problemstillinger	22
2 Metode	23
2.1 Utvalg	23
2.2 Spørreskjema	24
2.3 Landbakgrunn	24
2.4 Statistiske analyser	26
3 Resultater	26
3.1 Atferdsdimensjoner	26
3.2 Etterlevelse – analyser av enkeltvariabler	28
3.3 Koronahygiene og sosial distanse etter ulike inndelinger i landbakgrunn	32
3.4 Koronahygiene etter landbakgrunn	33
3.5 Sosial distanse etter landbakgrunn	34
3.6 Bekymring, engstelse og psykiske plager - dimensjoner	35
3.7 Analyser av enkeltvariabler om bekymring og engstelse mot landbakgrunn	36
3.8 Bekymringer og engstelse mot landbakgrunn (Verdensbanken)	38
3.9 Psykiske plager mot landbakgrunn (Verdensbanken)	39
3.10 Endring i sosiale kontakter - dimensjoner	40
3.11 Endring i sosiale kontakter etter landbakgrunn (Verdensbanken)	40
3.12 Holdninger til tiltak – dimensjoner	43
3.13 Holdninger til tiltak etter landbakgrunn	43
3.14 Landbakgrunn som er assosiert med høye andeler smittede	45

4	Diskusjon	47
4.1	Dimensjoner og sumskårer	47
4.2	Koronahygiene og ulike kategoriseringer av landbakgrunn	48
4.3	Koronahygiene og sosial distanse	50
4.4	Seleksjon som feilkilde	51
4.5	Bekymring, engstelse og psykiske plager	53
4.6	Endringer i sosial kontakt	54
4.7	Holdninger til myndighetenes innsats	54
4.8	Andre begrensninger ved studien	55
5	Konklusjon	56
	Referanser	58
	Vedlegg 1: Tabeller	59
	Vedlegg 2: Landbakgrunn – ulike inndelinger	71
	Vedlegg 3: Landbakgrunn – koronahygiene og sosial distanse mot ulike inndelinger	82
5.1	Koronahygiene etter inndeling fra Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (GBD)	83
5.2	Koronahygiene etter inndeling basert på kategorisering brukt av Statistisk sentralbyrå (SSB)	84
5.3	Sosial distanse etter inndeling fra Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (GBD)	85
5.4	Sosial distanse etter inndeling fra Statistisk sentralbyrå (SSB)	86
5.5	Sammenligning av de tre inndelingene i landgrupper	87
	Vedlegg 4: Analyser av seleksjon	88
5.6	Seleksjon fra juni til november/desember 2020 i Agder og Nordland	89
5.7	Seleksjon i juni 2020 i Agder og Nordland	90
5.8	Responstid og koronarelatert atferd	93

Hovedbudskap

- Analyser presentert i denne rapporten viser at selvrapportert koronarelatert atferd kan deles inn i to brede grupper: (i) Koronahygiene og (ii) Sosial distanse.
- En inndeling av land for å beskrive innvandreres landbakgrunn basert på Verdensbankens gruppering av land etter inntektsnivå ble funnet mest hensiktsmessig å benytte i dette materialet. Dette fordi de alternative måtene å dele inn land på ikke gav vesentlig ekstra informasjon og fordi Verdensbankens inndeling gir færre og større grupper og dermed mer presise estimater.
- De som var født i lav- eller middelinntektsland rapporterte gjennomsnittlig en bedre koronahygiene enn de som var født i Vest-Europa eller rike land utenom Vest-Europa. Lav deltakelse blant de som er født i lav- og middelinntektsland gjør at vi ikke uten videre kan generalisere ut over det foreliggende materialet.
- Når det gjelder det å holde avstand til andre (sosial distanse), rapporterte de som var født i lav- og middelinntektsland generelt like god etterlevelse som de øvrige gruppene. Lav deltakelse blant de som er født i lav- og middelinntektsland gjør at vi heller ikke her uten videre kan generalisere ut over det foreliggende materialet.
- På de to enkeltutfallsmålene, «Har latt være å håndhilde eller klemme (andre enn mine nærmeste)» og «Har unngått å ta kollektivtransport», var det imidlertid en klar forskjell i favør av de som kom fra rike land. Blant de som var født i rike land var det høyere andeler som (i) alltid hadde latt være å håndhilde eller klemme (bort sett fra sine nærmeste) og (ii) alltid hadde unngått kollektivtransport.
- De som hadde en landbakgrunn med høy forekomst av smitte og sykehusinnleggelse (dvs. Afghanistan, Irak, Pakistan, Somalia eller Tyrkia), ble skilt ut som egen gruppe og sammenlignet med de som var født i Norge og hadde norske foreldre. Blant de som var født i Norge og hadde norske foreldre var det høyere andeler som (i) alltid hadde latt være å håndhilde eller klemme (bort sett fra sine nærmeste) og (ii) alltid hadde unngått kollektivtransport.
- Oppslutningen om myndighetenes koronatiltak var høy i alle grupper. Imidlertid var alle de gruppene som hadde en ikke-norsk landbakgrunn mer enige enn de som var født i Norge av norske foreldre i at myndighetene har grepet for sterkt inn med sine koronatiltak. Dette gjaldt også de som hadde en landbakgrunn assosiert med høye smittetall.
- I alle grupper ble det rapportert om en økning i bruk av digitale medier, en sterk reduksjon i samvær med andre innendørs (besøk, kaféer, restauranter) og en reduksjon i samvær med andre utendørs. Nedgangen i samvær med andre utendørs var særlig sterkt blant de som kom fra lavinntekts- og middelinntektsland.
- Sammenlignet med de som var født i Norge, Norden eller Vest-Europa, hadde de som var født i lav- eller middelinntektsland høyere skår på «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» og på psykiske plager. Det samme gjaldt de som hadde en landbakgrunn assosiert med høye smittetall.

Selv om analyser av seleksjon internt i materialet ikke gav holdepunkter for seleksjonseffekter, vet vi lite om hvordan en høyere deltakelse ville endret resultatene

fra undersøkelsen. Det er nødvendig med nye undersøkelser der en sikrer en mye høyere deltakelse av utenlandsfødte fra mellom- og lavinntektsland før en kan si noe sikrere om koronaatferd og beslektede utfallsmål i disse gruppene.

Sammendrag

Innledning

I rapporter fra Folkehelseinstituttet (Indseth et al, 2020; Indseth et al, 2021a) er det vist at andel smittede av Covid-19 og andel innlagte på sykehus kan variere mye avhengig av landbakgrunn. De som kommer fra Afghanistan, Irak, Pakistan, Somalia eller Tyrkia har spesielt høye smitte- og sykdomsrater. De landene det gjelder tilhører alle kategorien lav- eller middelinntektsland etter Verdensbankens inndeling i landgrupper. Det er viktig å undersøke om det finnes forhold og faktorer som kan forklare disse forskjellene.

I den foreliggende rapporten ser vi på forskjeller i koronarelatert atferd og et utvalg av forhold som kan ha sammenheng med atferd etter landbakgrunn. Med koronarelatert atferd mener vi atferd som kan bidra til å redusere risikoen for å bli smittet, for eksempel det å bruke antibakteriell væske når en går inn på en butikk eller unngå å håndhilse eller klemme personer en møter.

Metode

Dataene som analyseres i denne rapporten ble samlet inn i fire fylker i november og desember 2020: Agder, Nordland, Oslo og Vestland. I Agder og Nordland ble det trukket representative utvalg blant de som tidligere hadde deltatt i folkehelseundersøkelser i disse fylkene. I Oslo og Vestland ble det trukket nye, representative utvalg. Av de 58 839 som ble inviterte til delta i undersøkelsen var det 26 039 (42,5 %) som besvarte skjemaet.

Noen av analysene av seleksjon som feilkilde som presenteres i denne rapporten omfatter også de som deltok i korona-undersøkelsene i Agder og Nordland i juni 2020 (n=11 953, 59,2 % av de inviterte).

Datainnsamlingen ble gjennomført rent elektronisk ved bruk av et spørreskjema som inneholdt til sammen 180 enkeltspørsmål.

Resultat

Analyser som presenteres i denne rapporten viser at atferd som har sammenheng med risiko for å bli smittet eller smitte andre kan deles inn i to brede grupper: (i) Koronahygiene og (ii) Sosial distanse. Vi har laget gjennomsnittsskårer for hver av disse to gruppene av atferder.

Vi har benyttet tre ulike systemer til inndeling etter landbakgrunn. De er basert på inndelinger som tidligere er benyttet av (i) Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (Global Burden of Disease – GBD), (ii) Statistisk sentralbyrå og (iii) Verdensbanken (inndeling etter landenes inntektsnivå). Disse tre inndelingene viste seg å fungere omtrent like bra. Uansett inndeling i landgrupper ble resultatet at deltakere med landbakgrunn fra Norge, Norden, Vest-Europa og høyinntektsland i andre deler av verden kom ut med lavest gjennomsnittlig skår på «Koronahygiene».

Siden Verdensbankens system fanger dette opp på en god måte, og siden deres system gir færre og dermed større grupper, har vi stort sett benyttet denne inndelingen. For bestemte formål har vi også delt landene inn i enda færre grupper.

Når vi skiller mellom Vest-Europa og de rike land i andre deler av verden på den ene siden og øvrige land på den andre, viser det seg ved analyser på enkeltvariabler at de som var født i land som tilhører den siste gruppen (de ikke-rike landene) kom best ut på de fleste spørsmål som har med Koronahygiene å gjøre. De kom også best ut på de fleste spørsmålene om Sosial distanse. Men her var det to viktige unntak, der de som kom fra Vest-Europa (inkludert Norge og Norden) eller rike land i andre deler av verden hadde høyere andeler som svarte «Alltid» på:

- Har latt være å håndhvilse eller klemme (andre enn mine nærmeste)
- Har unngått å ta kollektivtransport

Også blant de som var født i ett av de fem landene som er assosiert med høye forekomster av smittede og innleggelse på sykehus (dvs. Afghanistan, Irak, Pakistan, Somalia eller Tyrkia) finner vi lave prosentar som svarte «Alltid» på disse to spørsmålene.

Gjennomsnittsskåren for Sosial distanse gir ikke tilsvarende klare og konsistente forskjeller over grupper definert ved landbakgrunn. Dette har sannsynligvis sammenheng med at enkeltvariablene som inngår gir forskjeller som går i ulike retninger.

Egne analyser der vi sammenligner de som er født i Norge og har norske foreldre med de som kommer fra ett av de fem landene som er assosiert med høy forekomst av smitte og sykehusinnleggelser viser at sistnevnte gruppe skåret klart høyere på Koronahygiene og noe høyere på Sosial distanse.

Spørsmålene om bekymringer og engstelse kunne deles inn i to grupper: (i) Bekymringer og engstelse for smitteoverføring og (ii) Pessimisme og problemer med nattesøvnen. Skåren på Bekymringer og engstelse for smitteoverføring var omtrent like høy blant de som var født i lav- og middelinntektsland som blant de som var født i Norge. Skåren på Pessimisme og problemer med nattesøvnen var høyere blant de som var født i lav- og middelinntektslandene enn i noen andre landgrupper.

Blant de som var født i ett av de fem landene som er assosiert med høye andeler smittede var gjennomsnittlig skår på «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» svært mye høyere enn blant de som var født i Norge med norske foreldre. Forskjellen tilsvarte en Cohens d på 0,83. De skåret også mye høyere enn de som var født i Norge med foreldre som også var født i Norge på psykiske plager (Cohens $d=0,79$).

Spørsmålene om endringer i sosial kontakt kunne deles inn i tre kategorier: (i) Bruk av telefon og digitale medier (Digital kontakt), (ii) Samvær med andre innendørs og (iii) Samvær med andre utendørs. Naturlig nok rapporterte deltakerne i studien gjennomsnittlig en økning i kontakt gjennom telefon og digitale medier, en sterk nedgang i samvær med andre innendørs og en noe svakere nedgang i samvær med andre utendørs.

Den mest markerte forskjellen på tvers av landgrupper var at de som kom fra lavinntekts- eller middelinntektsland hadde en sterkere nedgang i samvær med andre utendørs enn de som kom fra Vest-Europa (inkludert Norge og Norden) og fra høyinntektsland.

De som var født i land som er assosiert med høye forekomster av smitte, hadde en litt mindre økning i bruk av telefon og digitale medier, en litt mindre nedgang i sosialt samvær med andre innendørs, men samtidig en noe sterkere nedgang i samvær med andre utendørs når vi sammenlignet med de som var født i Norge med norske foreldre.

Spørsmålene om holdninger til myndighetenes innsats kunne deles inn i tre grupper. Tiltakene har vært: (i) For inngripende, (ii) For svake og (iii) Gode (Klare og tydelige, Viktige og nødvendige). Deltakerne i studien hadde stort sett positive holdninger til myndighetenes innsats. Dette gjaldt uansett landbakgrunn. På ett punkt var de som var født i andre land (landbakgrunn gruppert) noe mer kritiske. De mente i litt større grad enn de som var født i Norge at tiltakene har vært for inngripende. Dette gjaldt også de som var født i de fem landene som var assosiert med høy forekomst av smittede.

Diskusjon

Analysene av dimensjonalitet har vært sentrale i denne studien. Av de til sammen 25 spørsmålene som ble stilt om koronarelatert atferd, kunne 23 plasseres inn i to brede grupper, «Koronahygiene» og «Sosial distanse». Tilsvarende analyser av andre skalaer førte også til at mange enkeltspørsmål kunne reduseres til et mindre antall sumskårer. Noen av disse skalaene kan være aktuelt å benytte i framtidige studier. Noen av dem gjerne i utvidet og forbedret form.

I mange av analysene gikk det et skille mellom de som var født i rike land (Vest-Europa og rike land i resten av verden) mot de som var født i middels- og lavinntektsland. Den siste gruppen kom blant annet bedre ut på Koronahygiene. Analyser spesifikt på de som var født i de fem landene som er funnet å ha høye forekomster av smitte og sykehusinnleggelser (Afghanistan, Irak, Pakistan, Somalia eller Tyrkia) gir heller ikke holdepunkter for å anta at dårlig koronahygiene skulle forklare forskjeller i andel smittede. Snarere tvert imot.

Analysen på sosial distanse viser noe av det samme. Skåren er minst like høy eller høyere i lavinntektsland og i middelinntektsland. Her fant vi imidlertid, i analysene av enkeltvariabler, to unntak; å unngå kollektivtrafikk og det å unngå å håndhilse og å klemme på andre enn sine nærmeste. Her var andelen som alltid fulgte rådene lavere blant de som var født i Lav- eller middelinntektsland. Selv om det med å reise kollektivt i spørreskjemaet er formulert som et valg en kan ta, vil det for mange ikke være mulig å velge. Hvis en har en jobb som krever tilstedeværelse og ikke har andre transportmuligheter enn offentlig kommunikasjon, vil ytre faktorer og omstendigheter være avgjørende.

I analysene av de som kom fra de fem landene med høy smitte/sykehusinnleggelser var skåren på sosial distanse høyere enn blant de som var født i Norge. Dette betyr at de i større grad enn de som var født i Norge rapporterer at de holder avstand. På de samme to leddene som ble nevnt i forrige avsnitt kom de imidlertid ut med prosenter som gir et annet bilde. Lavere andeler rapporterte at de unngår kollektivtrafikk og at de unngår å håndhilse og å klemme på andre enn sine nærmeste.

Vi kan ikke si sikkert om disse forskjellene kan forklare noe av de høye forekomstene av smitte og innleggelser på sykehus for Covid-19 blant de som kommer fra Afghanistan, Irak, Pakistan, Somalia eller Tyrkia.

De som ikke var født i Norge, herunder også de som var født i de fem landene med høy forekomst av smittede, mente i større grad enn de norskfødte at inngrepene fra myndighetene har vært for sterke. Dette kan være et utgangspunkt for en diskusjon om inngrepene rammer innvandrergupper sterkere enn de som er født i Norge. Det kan også tenkes å handle om utilstrekkelig kommunikasjon overfor innvandregruppene.

De høye skårene på «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» knyttet til koronapandemien og på psykiske plager mer generelt kan bety at det er nødvendig å supplere med en helt annen type tiltak enn bare korona-informasjon til noen av gruppene med utenlandsk bakgrunn. Mange har sannsynligvis gode grunner til pessimisme. Flere kan ha mistet jobben og de kan ha venner og kjente som er blitt smittet og syke både i Norge og i landene de kommer fra. Det bør vurderes om en kan yte mer støtte og hjelp til å mestre en situasjon som for mange kan være psykisk belastende.

En mulig feilkilde i en studie der grupper med ulik landbakgrunn sammenlignes er seleksjon. Hvis de som deltar i studien skiller seg fra de som ikke deltar på utfallsvariablene, kan en få et feil totalbilde. Dersom seleksjonen er sterkere i noen grupper enn i andre grupper definert ved landbakgrunn, kan sammenligningen mellom gruppene bli misvisende. Analyser av seleksjon på det foreliggende materialet viser ingen tendenser til seleksjon i materialet sett under ett eller ulik seleksjon på tvers av landgrupper. Analysene av seleksjon har imidlertid sine begrensninger, siden de bare omfatter de som har deltatt i studien. Vi vet ikke sikkert hvor mye det bildet vi har tegnet ville endret seg dersom vi hadde hatt ett hundre prosents oppslutning om undersøkelsen. Kanskje ville bildet sett nokså annerledes ut. Det er stort behov for undersøkelser som kan kaste lys over dette.

Konklusjon

Grunnet høyt frafall blant de som var født i lavinntektsland og middelinntektsland, kan vi ikke uten videre generalisere resultatene fra den foreliggende undersøkelsen for disse gruppene ut over det foreliggende materialet. Noen funn er imidlertid lettere å generalisere enn andre. Dette er trolig tilfelle med dimensjonaliteten i skalaer og forskjeller i prevalens på tvers av utfallsmål. Det er vanskeligere å generalisere når det gjelder forskjeller i prevalenser mellom grupper.

Når det gjelder hygiene, kommer de som er født i lav- og middelinntektsland godt ut. Når det gjelder sosial distanse, virket det i første omgang som de kom like bra ut eller minst like bra ut som de som var født i Norge, Norden eller Vest-Europa. Analyser av enkeltvariabler viser et litt annet bilde. De som er født i lav- og middelinntektsland kom mindre gunstig ut på to variabler; det å unngå kollektivtrafikk og det å håndhilde og klemme på andre enn sine nærmeste.

Resultater fra denne studien tyder på at det blant de som kommer fra lav- og middelinntektsland, og ikke minst fra de landene som er assosiert med høy grad av smitte, ikke bare bør møtes med informasjon om hva som er ønskelig atferd for å unngå å bli smittet. Det bør vurderes om disse gruppene også trenger støtte og hjelp til å mestre en situasjon som av noen trolig oppleves som sterkt belastende. At de opplever situasjonen rundt koronapandemien som belastende, kan også ha med kontekstuelle forhold å gjøre (bosituasjon, jobbsituasjon etc.)

Key messages

- Analyses presented in this report show that self-reported corona-related behaviour can be divided into two broad groups: (i) Corona hygiene and (ii) Social distance.
- The World Bank's grouping of countries by income level was found to be most appropriate approach to distinguish between immigrants' country backgrounds in the current report. Alternative ways of categorizing countries did not provide much extra information, and the World Bank-inspired categorization led to fewer and larger groups and therefore also more precise estimates.
- Those born in low- or middle-income countries reported, on average, better Corona hygiene than those born in Western Europe or rich countries outside Western Europe. Low participation among those born in low- and middle-income countries means that we cannot generalize beyond the available data without reservation.
- When it comes to keeping distance from others (Social distance), those born in low- and middle-income countries generally performed as well as the other groups. Low participation among those born in low- and middle-income countries means that we cannot generalize beyond the available data without reservation.
- On the two single outcome variables, "Have not shaken hands or hugged anyone (other than those close to me)" and "Have avoided taking public transportation", however, there was a clear difference in favour of those who came from rich countries. Those born in rich countries had higher proportions who had (i) always refrained from shaking hands or hugging others and (ii) had always avoided public transport.
- Those who had a country background with a high incidence of infections and hospitalizations (i.e., Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalia, or Turkey), were compared with those who were born in Norway and had Norwegian parents. Among those born in Norway and had parents born in Norway, we found higher proportions who had (i) always refrained from shaking hands or hugging others and (ii) always had avoided public transport (same outcome variables as in the bullet point above).
- Support for the authorities' corona measures was high in all groups. However, all the groups with a non-Norwegian country background agreed more strongly than those born in Norway of Norwegian parents that the authorities had intervened too strongly with their corona measures. This also applied to those who had a country background associated with high infection rates.
- In all groups, an increase in the use of digital media was reported, a sharp reduction in contact with others indoors (visits, cafés, restaurants) and a reduction in contact with others outdoors. The decline in contact with others outdoors was particularly strong among those who came from low-income and middle-income countries.
- Those born in low- or middle-income countries had higher scores on a sum score for "Pessimism and problems with night sleep" and they had higher scores on

mental distress. This also applied to those who had a country background associated with high infection rates.

Although analyses of selection internally in the material did not provide evidence for selection effects, we know little about whether a higher participation would have changed our findings. There is a need for new studies that can increase participation rates among immigrants from middle- and low-income countries before one can say anything more certain about corona behaviour and related outcome measures in these groups.

Executive summary

Introduction

Reports from the Norwegian Institute of Public Health (Indseth et al, 2020; Indseth et al, 2021a) show that the proportion of individuals infected with Covid-19 and the proportion admitted to hospital can vary greatly depending on country background. Those who come from Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalia or Turkey have particularly high rates of infection and disease. The countries in question all belong to the categories of low- or middle-income countries according to the World Bank's division into country groups. It is important to examine whether there are conditions or factors that can explain these differences.

In the present report, we investigate differences in corona-related behaviour and a selection of factors that may be related to such behaviour by country background. By corona-related behaviour we mean behaviours that can help reduce the risk of becoming infected, such as using antibacterial fluid when entering a store or avoiding shaking hands or hugging people you meet.

Method

The data analysed in this report were collected in four Norwegian counties in November and December 2020: i.e., Agder, Nordland, Oslo and Vestland. In Agder and Nordland, representative samples were drawn among those who had previously participated in the County Public Health Surveys (CPHS) in these counties. In Oslo and Vestland, new representative samples were drawn. Of the 58,839 who were invited, 26,039 (42.5%) participated.

Several analyses of selection as a possible source of error were carried out. Some of these analyses also include data from those who participated in a similar survey conducted in Agder and Nordland in June 2020 (n = 11,953, 59.2% of those invited).

The data collection was carried out electronically using a questionnaire that contained a total of 180 individual questions.

Results

Analyses presented in this report show that behaviours associated with the risk of becoming infected or infecting others can be divided into two broad groups: (i) Corona hygiene and (ii) Social distancing. We have produced meanscores (sumscores divided by number of items) for each of these two groups of behaviours.

We have used three different systems for differentiating between country background. They are based on systems previously used by (i) the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) at the University of Washington in Seattle (Global Burden of Disease - GBD), (ii) Statistics Norway and (iii) the World Bank (categories of countries by income levels). These three ways of distinguishing between country backgrounds proved to be about equally appropriate. Regardless of the way of distinguishing between country backgrounds groups, the result was that participants born in Norway, the Nordic countries, Western Europe and high-income countries in other parts of the world displayed the lowest average scores on Corona hygiene.

Since the World Bank's system captures these differences well, and since they have the lowest number of categories, we have primarily used this division. For specific purposes, we have also divided the countries into even fewer groups.

When we distinguish between Western Europe and the rich countries in other parts of the world on the one hand, and other countries on the other, analyses of individual variables suggest that those who were born in countries belonging to the latter group (the low- and middle income countries) came out more favourable on most outcome measures related to Corona hygiene. They also came out more favourable on most outcome measures related to Social distancing. However, we found two important exceptions. Those who came from Western Europe (including Norway and the Nordic countries) or from rich countries in other parts of the world had higher proportions who answered "Always" on:

- Have not shaken hands or hugged anyone (other than those close to me)
- Have avoided taking public transportation

Those who were born in one of the five countries associated with high incidence of infection and hospitalization (i.e., Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalia or Turkey) had low proportions who answered "Always" to these two questions.

The meanscore for Social distancing did not show clear and consistent differences across groups defined by country background similar to those found for hygiene. The meanscore masks individual variable differences that pull in different directions.

Separate analyses were conducted to compare those who were born in Norway and have Norwegian parents with those who come from one of the five countries that are associated with a high incidence of infection and hospitalizations. The results show that the latter group scored clearly higher on Corona hygiene and somewhat higher on Social distancing compared to those who were born in Norway and have Norwegian parents.

The questions about worries and anxiety could be divided into two groups: (i) Concerns and anxiety about infection transmission and (ii) Pessimism and problems with sleep at night. The score on Concerns and anxiety about infection transmission was about as high among those born in low- and middle-income countries as among those born in Norway. The score on Pessimism and problems with night sleep was higher among those born in low- and middle-income countries, compared to the other country groups.

Among those born in one of the five countries associated with high proportions of infection, the average score on "Pessimism and problems with night sleep" was much higher than among those born in Norway with Norwegian parents. The difference corresponded to a Cohen's *d* of 0.83. The former group also scored much higher than those born in Norway with parents who were also born in Norway on mental distress (Cohen's *d* = 0.79).

The questions about changes in social contact could be divided into three categories: (i) Use of telephone and digital media (Digital contact), (ii) Socializing with others indoors and (iii) Socializing with others outdoors. As expected, the participants in the study reported an average increase in contact through telephone and digital media, a sharp decrease in contact with others indoors and a somewhat weaker decrease in contact with others outdoors.

Those were born in low- or middle-income countries had a stronger decline in contact with others outdoors than those who were born in Western Europe (including Norway and the Nordic countries) or in high-income countries.

Those born in countries associated with high incidences of infection had a slightly smaller increase in the use of telephone and digital media, a slightly smaller decrease in social interaction with others indoors, but also a slightly stronger decrease in contact with others outdoors, compared with those born in Norway with Norwegian parents.

The questions about attitudes to the authorities' corona control efforts could be divided into three groups. The measures have been: (i) Too intrusive, (ii) Too weak and (iii) Good (clear and distinct, important and necessary). The participants in the study generally had positive attitudes towards the authorities' efforts. This applied regardless of country background. On one item, however, those born in other countries were somewhat more critical than those born in Norway with Norwegian parents. Those born in other countries reported to a slightly greater extent that the measures had been too intrusive. This also applied to those born in the five countries that were associated with a high incidence of infections.

Selection is a possible source of error in a study such as the present one, in which groups with different country backgrounds are compared. Systematic differences between those who participated in the study from those who did not participate on the outcome variables can bias the results. If the selection is stronger in some groups than in other groups defined by country background, the comparison between the groups can be misleading. Selection analyses were performed on the data we had available. The results showed no tendencies for selection, neither in total nor differently by country backgrounds. However, the analyses of selection have their limitations, since they only include those who have participated in the study.

Discussion

The analyses of dimensionality have been central in this study. Of the total of 25 questions asked about corona-related behaviour, 23 could be placed in two broad groups, "Corona hygiene" and "Social distancing". Similar analyses of other scales also confirmed that outcome variables could be reduced to a smaller number of meanscores. Some of these scales may be relevant to use in future studies, albeit for some of them, preferably in expanded and improved form.

In many of the analyses, we observed differences between those born in rich countries (Western Europe and rich countries in the rest of the world) compared to those born in middle- and low-income countries. For example, the latter group performed better on Corona hygiene. Analyses showed that, even though those born in Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalia or Turkey have relatively high incidences of infection and hospitalizations in Norway, there is no evidence to suggest that this is driven by any poorer Corona hygiene compared to others.

A somewhat similar overall pattern was observed with respect to Social Distancing, in which the beneficial behaviour was equally high or higher among low- and middle-income countries compared to rich countries. However, there were two exceptions to these findings when examining individual variables. When it came to avoiding public transport and avoiding shaking hands and hugging others, the proportions who always followed the infection control advice were lower in the low- and middle-income countries. Although the question of traveling by public transport was phrased as a choice one can make, for many, this is not something one can choose. If a person has a job that requires presence at the workplace and one has no other means of transport than public transport, it will to a

lesser extent be a question of a choice you can make but rather a result of external conditions.

In the analyses of those who came from the five countries with high infection- and hospitalization rates, the score on Social distancing was higher than among those born in Norway. This means that to a greater extent than those born in Norway, they report that they practice social distancing. However, also in these countries, a lower proportion reported that they avoid public transport and that they avoid shaking hands and hugging others compared to those born in Norway. We cannot say for sure whether these differences can explain some of the high incidence of infection and hospitalization for Covid-19 among those coming from Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalia or Turkey.

Those who were not born in Norway, including those who were born in the five countries with a high incidence of infections, believed to a greater extent than those born in Norway that the authorities' measures related to the pandemic have been too strict/strong. This can be a starting point for a discussion about whether the measures affect immigrant groups more strongly than those born in Norway. It is also possible that the communication targeted towards immigrant groups is deficient.

The high scores on "Pessimism and problems with night sleep" connected with the corona pandemic and on psychological distress more generally among immigrant groups may indicate a need for more targeted measures vis a vis these groups. Many people may have good reasons for this pessimism. Some may have lost their jobs and they may have friends who are or have been infected and ill both in Norway and in their countries of origin. It should be considered whether more support and help can be provided to cope with life during the pandemic, which for many can be psychologically stressful.

Selection is a possible source of bias in this study, in which groups with different country backgrounds are compared. Systematic differences between those who participated in the study and those who did not participate on outcome variables can bias the results. If the selection is stronger in some groups than in other groups defined by country background, the comparison between the groups can be misleading. Selection analyses were performed on the data available. The results showed no tendencies for selection, neither in total nor different for groups defined by country backgrounds. However, the analyses of selection have their limitations, since they only include those who have participated in the study. We don't know how much the picture we have painted would have changed if we had full participation in the study. There is an urgent need for studies which can throw more light on this problem.

Conclusion

Due to the high drop-out rate among those born in low-income and middle-income countries, we cannot simply generalize the results of the present survey for these groups beyond the available data. Some findings are, however, more generalizable than other findings. The dimensionality of scales and differences in prevalence across outcome measures are probably more generalizable than comparisons of prevalence across groups.

When it comes to hygiene, those born in low- and middle-income countries generally perform better than those from rich countries. When it comes to social distance, it seemed at first that those born in low- and middle-income countries performed just as well or better than those born in Norway, the Nordic countries or Western Europe. Analyses of

single variables show a slightly different picture. Those born in low- and middle-income countries performed less favourably on two variables; avoiding public transport and shaking hands and hugging others than their loved ones.

Results from this study suggest that those who come from low- and middle-income countries, and not least from those countries that are associated with high infection rates, should not only be met with information about what is appropriate behaviour to avoid becoming infected. These groups may also need support and help to cope with a situation and circumstances that by many are perceived as being highly stressful.

Forord

Den foreliggende rapporten er basert på data fra en undersøkelse som er initiert og planlagt ved Avdeling for helsefremmende arbeid ved Folkehelseinstituttet. Rapporten er også en leveranse fra fagsatsningen "Etterlevelse av smittevernråd" under Covid-19 kunnskapsprogrammet. En første datainnsamling ble gjennomført i forståelse med fylkeskommunene i Agder og Nordland i juni 2020. Denne datainnsamlingen ble gjennomført blant et utvalg av de som tidligere hadde deltatt i folkehelseundersøkelser i de samme fylkene. En ny datainnsamling ble gjennomført i de samme utvalgene i november og desember 2020. Men i denne runden ble det også samlet inn data i representative utvalg fra to nye fylker, fra Oslo og Vestland.

Vi vil takke fylkeskommunene for et godt samarbeid. Vi vil også takke de mange tusen som tok seg tid til å besvare spørreskjemaer med temmelig mange spørsmål. Vi håper at dataene skal komme til nytte i arbeidet med å begrense både denne og kommende pandemier i den norske befolkningen, både blant de som er født i Norge og blant de som er født i andre land.

Oslo, mai 2021

Camilla Stoltenberg

Direktør

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Koronapandemien har gitt smittevernarbeidet en renessanse. Smittevernet var folkehelsearbeidets mest opprinnelige arbeidsfelt, men i mange år, helt fra 1970-tallet, har arbeidet for å redusere sykdomsbyrden forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer dominert. Reduksjon av tobakksbruken, stimulering til økt fysisk aktivitet og tiltak for et sunnere kosthold har vært sentrale arbeidsområder. Også tiltak for å redusere forekomsten av skader har hatt høy prioritet. De senere årene har psykisk helse fått stor grad av oppmerksomhet og blitt et høyt prioritert arbeidsfelt.

Covid-19 er for så vidt ikke den eneste store virus-utfordringen vi har stått overfor. Retroviruset HIV var en stor utfordring over hele verden, særlig fra 1980-tallet og utover, og er fremdeles en stor utfordring i mange land, særlig i Afrika sør for Sahara. Pandemien har kostet 32 millioner mennesker livet, de fleste i ung alder¹. Andre eksempler er Sars-viruset, som forårsaket en stor global epidemi i 2003² og svineinfluensa-pandemien i 2009-2010³. Ebola-epidemien i Vest-Afrika i 2014-2016 er et annet eksempel på en alvorlig smittsom virussykdom fra nyere tid. Felles for alle disse er at virusene sannsynligvis først ble overført fra dyr til mennesker.

I slutten av desember 2019 kom de første rapportene fra Kina om en opphopning av pasienter med lungebetennelse av ukjent årsak og en mulig forbindelse til et marked i byen Wuhan, der det ble solgt og slaktet levende dyr. Den 7. januar hadde kinesiske forskere identifisert et nytt koronavirus, senere kalt SARS-CoV-2, som årsaken til sykdommen som vi nå kjenner som covid-19. I følge en nylig utgitt rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO, 2021⁴) er det sannsynlig at viruset ble overført fra flaggermus via et annet dyr til mennesker. Deretter har viruset smittet ved nærkontakt mellom mennesker. Sykdomsbildet varierer fra asymptomatisk, mild og moderat luftveissykdom til akutt lungesviktsyndrom og død (Huang et al, 2020)⁵. Høy alder er den viktigste risikofaktoren for alvorlig forløp og død.

I Norge startet koronaepidemien for alvor da hundrevis av smittede nordmenn kom hjem fra vinterferie i Europa i begynnelsen av mars 2020, hvorpå flere hundre ble innlagt på sykehus de neste ukene. Senere ble mange sykehjem rammet av utbrudd, med en del dødsfall. 12. mars 2020 iverksatte regjeringen omfattende tiltak for å redusere smittespredningen, og epidemien snudde og kom under kontroll i løpet av få uker. Tiltakene ble da gradvis lettet utover våren og sommeren. På sensommeren økte smittenivået igjen med flere større lokale utbrudd, og gjenåpningen av samfunnet ble satt på vent. Utover høsten ble det satt inn strenge tiltak i flere kommuner for kortere eller lengre perioder, men etter ytterligere økning utover høsten med en topp i november 2020 innførte regjeringen nye nasjonale smitteverntiltak. Det har hele tiden vært store geografiske variasjoner i smittenivå, og strategien har vært å i størst mulig grad målrette tiltak og lettelser for å redusere tiltaksbyrden og styrke etterlevelsen. Etter en økning

¹ <https://legerutengrenser.no/helse/epidemier-og-pandemier>

² <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/sars-og-mers-alvorlige-coronavirusi/>

³ <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/om-svineinfluensa-ah1n1-pandemien-i/>

⁴ <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/origins-of-the-virus>

⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)

igjen etter nyttår 2021 ble det iverksatt strenge nasjonale tiltak som raskt førte til at epidemien snudde og tiltakene kunne lettes noe, men fra slutten av februar har vi opplevd en ny økning drevet av et økende omfang av mer smittsomme virusvarianter. Strenge nasjonale anbefalinger og regler i kombinasjon med forsterkede lokale tiltak i mange kommuner med høyt smittepress har nå ført til en stabilisering av smittesituasjonen.

I Norge har myndighetene som mål at covid-19-epidemien til enhver tid skal være under kontroll slik at smitten er håndterbar og ikke overskrider kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten⁶. Det er ikke aktuelt å la smitten slippe løs før vi er sikre på at immuniteten i befolkningen er så stor at den sammen med testing, isolering, smittesporing og karantene samt hygienetiltak kan holde epidemien under kontroll.

En helt sentral del av tiltakene for å begrense spredningen av virus-sykdommer er regulering og påvirkning av atferd. Dette har tiltakene mot smittsomme sykdommer felles med tiltakene for å redusere forekomsten også av ikke-smittsomme sykdommer. Men atferdene som skal påvirkes er ikke helt de samme. Når det gjelder Covid-19 er det viktig å fremme god hygiene og å begrense direkte sosial kontakt. En må fremme det vi kan kalle «koronahygiene» og sikre tilstrekkelig «sosial distanse».

Gode og virksomme tiltak mot koronapandemien krever forskning om atferd som er relatert til risiko for smitteoverføring. Det dreier seg både om forskning som beskriver slike atferdsmønstre, men også om forskning som beskriver faktorer (atferdsdeterminanter) og prosesser som virker inn på slik atferd.

I en rapport fra Folkehelseinstituttet (Indseth et al, 2020) blir det konkludert med at andelen av befolkningen med bekreftet Covid-19 var høyere blant utenlandsfødte (1173 per 100 000) enn blant de som var født i Norge (468 per 100 000). Andelen som har vært innlagt på sykehus med Covid-19 var også høyere blant utenlandsfødte (85 per 100 000) enn blant de som var født i Norge (27 per 100 000). Disse forskjellen er temmelig store.

Videre fant Indseth og medarbeidere at andelen som var testet var noe lavere blant de utenlandsfødte, men andelen av de testede som tester positivt var betydelig høyere enn blant norskfødte (hhv. 21 % og 3,8 % blant utenlandsfødte, mot hhv. 24 % og 1,2 % blant norskfødte).

Smittetrykket og sykdomsbyrden har vært høyere blant utenlandsfødte bosatt i Norge enn i resten av befolkningen, og særlig blant personer med fødeland Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan.

I en nyere rapport fra Folkehelseinstituttet har Indseth og medarbeidere (Indseth et al 2021b) undersøkt om overrepresentasjonen av påvist smitte og innleggelser i sykehus blant noen av gruppene av utenlandsfødte kan forklares av faktorer som kjønn, bostedskommune, inntekt, utdanning og trangboddhet og medisinsk risiko (14 diagnosegrupper). De konkluderer med at slike forhold forklarer noe, men langt fra hele overrepresentasjonen.

Indseth og medarbeidere (2021b) rapporterer også om fødeland som er assosiert med lave andeler Covid19-smittede (Kina, Tyskland, Danmark) og lave andeler innlagt på sykehus (USA, Litauen, Latvia, Sverige og Kina). I den foreliggende rapporten har vi av kapasitetsgrunner ikke gjort egne analyser der vi har sett spesifikt på disse landene.

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-for-handteringen-av-covid-19-pandemien/id2791715/>

Det gjennomføres for tiden et stort antall datainnsamlinger som skal kaste lys over befolkningens Covid-19-relaterte atferd. Slike undersøkelser gjennomføres også av Folkehelseinstituttet. I den foreliggende rapporten presenterer vi resultater fra en datainnsamling som ble gjennomført i fire fylker i november og desember 2020. Vi beskriver koronarelatert atferd og faktorer som har sammenheng med slik atferd, og vi konsentrerer oss om variasjon over grupper definert ut fra landbakgrunn.

Dataene som foreligger fra undersøkelsen som ble gjennomført i november og desember 2020 gir anledning til å se om noe av forskjellene i smitterisiko og sykehusinnleggelse kan komme av forskjeller i koronarelatert atferd mellom de som er født i Norge og de som er født i andre deler av verden. Dersom det å ha en landbakgrunn som er assosiert med høy smitterisiko og høy risiko for innleggelse på sykehus faller sammen med det å ha en mer risikabel smitte-relatert atferd, kan det tenkes at atferden forklarer noe av, eller kanskje hele, forskjellen i risiko. Men det kan like gjerne tenkes at dataene ikke støtter en slik forklaring.

1.2 Avgrensning og problemstillinger

I denne rapporten ser vi på forskjeller i koronarelatert atferd og et utvalg av forhold som kan ha sammenheng med slik atferd etter landbakgrunn. Med utgangspunkt i dataene fra fire fylker samlet inn i November og Desember 2020 vil vi mer spesifikt undersøke følgende:

1. Kan spørsmålene om koronarelatert atferd beskrives langs noen få dimensjoner og dermed gi grunnlag for å lage sumskårer eller gjennomsnittsskårer som kan brukes i de videre analysene?
2. Med atferdsmål som utfallsvariabler, hvilken, av flere mulige inndelinger i landbakgrunn er mest informativ? (Resultatene er her plassert i Vedlegg 3 lenger bak i rapporten)
3. Finner vi klare forskjeller i atferd avhengig av landbakgrunn?
4. Kan ulik grad av seleksjon forklare forskjeller i koronarelatert atferd mellom de ulike landkategoriene? I denne delen benytter vi også data som ble samlet inn i Agder og Nordland i juni 2020. (Resultatene er her plassert i Vedlegg 4 bakerst i rapporten)
5. Hvordan varierer bekymringer og engstelse for pandemien med landbakgrunn?
6. Varierer nivået av psykiske plager med landbakgrunn?
7. Henger endringer i bruk av digitale media og sosiale møtesteder sammen med landbakgrunn?
8. Varierer holdningene til myndighetenes råd til befolkningen med landbakgrunn?

Noen av resultatene som framkommer i denne rapporten (gjennomsnittsskårer for koronahygiene og sosial distanse mot landbakgrunn) er allerede publisert i en annen rapport fra Folkehelseinstituttet (Nilsen et al, 2021). I denne rapporten framkommer ny informasjon også om koronahygiene og sosial distanse, blant annet ved at vi presenterer forskjeller mellom grupper definert ved landbakgrunn på enkeltvariabler.

2 Metode

2.1 Utvalg

De statistiske analysene som presenteres i denne rapporten baserer seg på data som ble samlet inn i fire norske fylker i november 2020. I Agder og Nordland trakk en representative utvalg blant de som hadde deltatt i Folkehelseundersøkelsene som ble gjennomført i september og oktober 2019 (Agder) og januar og februar 2020 (Nordland). De som opprinnelig ble invitert til å delta i folkehelseundersøkelsene i de to fylkene var representative utvalg trukket fra Folkeregisteret, men «vasket» mot Kontakt- og reservasjonsregisteret. Dette fordi undersøkelsen skulle gjennomføres rent elektronisk (besvares på PC, nettbrett eller smart-telefon).

I Oslo og Vestland ble det trukket nye, representative utvalg. Også disse ble koblet mot Kontakt- og reservasjonsregisteret for å få tilgang på mobilnummer og e-post adresse og for å fjerne de som ikke kunne kontaktes på denne måten, de som var døde og de som ikke lenger hadde adresse i det aktuelle fylket.

Datainnsamlinger og datalagring ble gjennomført ved bruk av Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data (TSD), begge utviklet og levert av Universitetet i Oslo. For å kunne besvare spørreskjemaet, var det nødvendig med innlogging via Helsenorge.no. Dataene ble deretter 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.

Invitasjoner til å delta i undersøkelsen ble sendt ut den 18. november i Oslo og Vestland og 19. november i Agder og Nordland. Det ble purret to ganger, 20. og 27. november i Oslo og Vestland og 23. og 30. november i Agder og Nordland. Portalen ble stengt den 4. desember.

Blant de som ble invitert til å delta i undersøkelsen var deltakelsen i Agder 54,0 % og i Nordland 56,1 %. Deltakelsen i de tidligere folkehelseundersøkelsene i de samme fylkene var 45,5 % (Agder) og 46,5 % (Nordland). Blant de som ble invitert til å delta i undersøkelsen i Oslo var det 39,8 % som deltok. I Vestland var deltakelsen 37,3 %. Datamaterialet som dermed forelå omfatter 26 039 personer, derav 14 301 kvinner og 11 738 menn. Av disse var 22 564 født i Norge og med norske foreldre, 1 223 var født i Norge, men hadde minst én utenlandsk forelder, 567 var født i Norden utenom Norge, 409 var født i Vest-Europa utenom Norge og Norden og 1 187 var født i andre deler av verden. Vi mangler opplysninger om fødeland for 80 personer, noe som tilsvarer 0,3 % av materialet.

Analysene av seleksjon som feilkilde omfatter også de som deltok i koronaundersøkelsene i Agder og Nordland i juni 2020 (n=11 953, 59,2 % av de inviterte).

I de analysene som presenteres i denne rapporten rapporterer vi ikke kjønnsforskjeller. Dette fordi antallet personer fra mange av landgruppene vi opererer med er lavt. Men kjønn inngår i mange analyser som en variabel vi justerer for.

2.2 Spørreskjema⁷

Spørreskjemaet som ble benyttet omfattet følgende tema:

- Demografiske opplysninger
- Livskvalitet
- Landbakgrunn
- Jobb og økonomi
- Smittet av Covid-19 (selv, andre)
- Hygieneatferd og sosial distanse
- Grunner til ikke å være påpasselig med å følge rådene som blir gitt
- Oppfatninger av tiltakenes effektivitet
- Mestringsforventninger
- Syn på myndighetenes innsats
- Bekymringer og engstelse
- Helse og psykiske plager
- Fysisk aktivitet
- Sosial støtte
- Ensomhet
- Sosial kontakt
- Informasjonskilder
- Subjektive normer
- Hva har endret seg, og hvordan ser en på fremtiden

Totalt ble det stilt 180 spørsmål. 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 norsk. Seleksjonsproblemene dette skaper er omtalt under «Begrensninger ved studien» senere i rapporten.

En del av instrumentene er vel utprøvde instrumenter med dokumenterte måleegenskaper, for eksempel målet på psykiske plager (HSCL-5), spørsmålene om søvn, sosial støtte og ensomhet. De fleste spørsmålene relatert til Covid-19 hadde allerede blitt benyttet i tidligere datainnsamlinger, men de måletekniske egenskapene til disse er dårligere dokumentert. Der det er mulig vil vi derfor på disse rapportere fra analyser av dimensjonalitet og indre konsistens.

Spørsmålene som ligger til grunn for analysene som er presentert i denne rapporten vil bli nærmere beskrevet i resultatkapittelet.

2.3 Landbakgrunn

I alt 202 land var med i listen som deltakerne fikk opp når de skulle rapportere i hvilket land de var født. Deltakerne i studien rapporterte å komme fra 130 forskjellige land. Med tanke på å kunne analysere dataene på en meningsfylt måte, var det nødvendig å definere landgrupper.

⁷ Spørreskjemaet er lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider:
<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

Vi delte inn i grupper på tre forskjellige måter:

- Med utgangspunkt i en inndeling som er utviklet av Det globale sykdomsbyrdesenteret (Global Burden of Disease – GBD) i Seattle, der det er tatt hensyn til likheter i helse og geografisk nærhet⁸
- Med utgangspunkt i en av de inndelingene som er blitt benyttet av Statistisk sentralbyrå⁹
- Verdensbankens inndeling i fire grupper av land etter inntektsnivået¹⁰

For at antall personer i hver gruppe ikke skal bli for liten, er det nødvendig å holde antall grupper temmelig lavt. Dette betyr at svært mange land lett kan havne i samme gruppe, og at gruppene derfor lett kan bli heterogene.

Vi presenterer fordelingen av land på grupper i Vedlegg 2. De første fire kategoriene er omtrent de samme på tvers av inndelinger:

- Født i Norge av norske foreldre
- Født i Norge, men minst en av foreldrene er født i et annet land
- Norden utenom Norge
- Vest-Europa utenom Norden

Det er inndelingen av de øvrige landene som skiller de tre inndelingene fra hverandre.

Inndelingen som er basert på den som er utarbeidet av Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle er den eneste som plasserer Israel som en del av Vest-Europa. For øvrig skiller det mellom disse regionene:

- Høyinntektsland utenom Norge, Norden og Vest-Europa
- Sentral-Europa
- Øst-Europa og Sentral-Asia
- Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia og Oseania
- Nord-Afrika og Midtøsten
- Afrika sør for Sahara
- Latin-Amerika og Karibia

Inndelingen som er basert på en av Statistisk sentralbyrås inndelinger i regioner skiller mellom disse regionene (utenom Norge, Norden og Vest-Europa):

- Sentral- og Øst-Europa
- Midtøsten (utenom Afrika), Sentral-Asia, Israel, Pakistan og Tyrkia
- Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia
- Afrika
- Nord-Amerika og Oseania
- Latin-Amerika og Karibia

Vi benytter Verdensbankens inndeling til å gruppere land utenom Norge, Norden og Vest-Europa:

⁸ <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/about/definitions-and-regions/>

⁹ <https://www.ssb.no/klask/klaskifikasjoner/91/varianter/1466>

¹⁰ <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>

- Lavinntektsland
- Middelinntektsland – nedre gruppe
- Middelinntektsland – øvre gruppe
- Høyinntektsland

Den nøyaktige inndelingen i landgrupper er vist i Vedlegg 2.

2.4 Statistiske analyser

Til beskrivelse av enkeltvariabler har vi benyttet den vanlige deskriptive statistikken (frekvenstabeller og beskrivende statistikk for metriske variabler – «Descriptives»).

For å analysere dimensjonalitet har vi brukt faktoranalyse¹¹. I stedet for å lage sumskårer, laget vi gjennomsnittsskårer (sumskår delt på antall ledd). Dette for å ta vare på metrikken i skalaene. For å få valid verdi på en slik gjennomsnittsskår, må en deltaker ha besvart minst halvpartene av spørsmålene som inngår. Cronbachs alfa er benyttet for å beregne skalaenes indre konsistens.

Vi har benyttet univariat variansanalyse når en tilnærmet metrisk utfallsvariabel (gjennomsnittsskår) skulle analyseres mot en eller flere kategorielle prediktorer. Ved analyse av kategorielle utfallsvariabler mot kategorielle prediktorer og med justering for andre kategorielle prediktorer har vi benyttet multinomial logistisk regresjon med postestimering av prosenter.

Analysene av hvor mye varians som forklares av ulike inndelinger i grupper etter landbakgrunn er gjort ved bruk av «Means»-prosedyren i SPSS (eta kvadrert=andel varians forklart).

De statistiske analysene ble gjort ved bruk av SPSS versjon 26 og Stata versjon 16.

3 Resultater

3.1 Atferdsdimensjoner

Det ble stilt til sammen 25 spørsmål om forholdsregler en kan ta for å unngå smittespredning av Covid-19-viruset. Hva det ble spurt om går fram av Tabell 1. Spørsmålene hadde følgende svarkategorier:

1. Ja, alltid
2. Ja, stort sett
3. Ja, av og til
4. Nesten aldri
5. Nei
6. Ikke aktuelt

Med tanke på å faktoranalysere disse variablene, ble skalaen snudd, slik at «Nei» fikk verdien 1 og «Ja, alltid» fikk verdien 5. «Ikke aktuelt» ble definert som manglende svar («missing»). To av spørsmålene var relevante for og derfor bare besvart av en nokså liten

¹¹ «Principal axis factoring» med oblik rotasjon og parvis utelatelse av manglende observasjoner

andel av utvalget, og ble derfor ekskluderte fra faktoranalysen. Analysen ble gjort på hele materialet, både de som var født i Norge og på utenlandsfødte.

Hele fem faktorer viste seg å ha egenverdier større enn 1,00. Men to av faktorene skilte seg ut med egenverdier som var høyere enn 2,50.

Etter å ha vurdert strukturen i de ulike løsningene, valgte vi den enkleste av alle (når vi ser bort fra én-faktor løsningen), nemlig to faktorer. De to faktorene forklarer alene 33,4 % av variansen i de opprinnelige, standardiserte variablene.

Faktorladningene er vist i Tabell 1. Faktorladninger høyere enn 0,40 er vist med en noe mørkere farge. De lysere fargene markerer den høyeste av to faktorladninger selv om den er lavere enn 0,40. Vi har valgt å kalle faktoren som er merket med gul bakgrunn (10 ledd) «Koronahygiene». Den andre faktoren handler om å holde avstand til andre eller å unngå å møte andre (13 ledd) og kan kalles «Sosial distanse». Selv om noen av faktorladningene er temmelig lave, ser vi ikke noen begrepsmessig grunn til å ekskludere noen av leddene. Korrelasjonen mellom de to faktorene er 0,33.

Cronbachs alfa for hygieneleddene er 0,78, og ingen av leddene bidrar negativt til alfa-verdien. Cronbachs alfa for sosial distanse-leddene er 0,77. Bare ett av leddene bidrar negativt til alfa, men reduserer alfa bare fra 0,773 til 0,771. Dette er for lite til at det utgjør en grunn til å ekskludere leddet fra denne dimensjonen. Vi konstruerte derfor to gjennomsnittsskårer, en for hver av de to gruppene av variabler. Korrelasjonen mellom de to sumskårene er 0,32, med andre ord omtrent like sterk som korrelasjonen mellom de to faktorene i faktoranalysene.

Det kan være av interesse å vite noe om hva som skjedde når vi roterte flere enn to faktorer. Hygienefaktoren var nokså uavhengig av hvor mange faktorer vi roterte. Når vi roterte fem faktorer var det to ledd som skilte seg ut fra hygienefaktoren, nemlig «Vasket hendene eller brukte antibac etter toalettbesøk (bleieskift)» og «Vasket hendene eller brukte antibac ved synlig skitne hender». Under tofaktor-løsningen oppnådde begge høye ladninger på den generelle hygienefaktoren. Vi så derfor ingen grunn til å skille de to leddene ut som en egen faktor.

Sosial distanse-faktoren var noe mindre stabil. Under fem-faktor løsningen delte den seg i tre faktorer: «Unngå å treffe andre» (3 ledd), «Holde avstand til andre» (3 ledd) og «Bruk av munnbind» (2 ledd). Noen variabler hadde lave faktorladninger på alle de fem faktorene.

Tabell 1: Faktorladninger – atferdsvariabler. «Principal axis» faktorisering, oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.

Variabel	Faktor 1	Faktor 2
Siste to ukene: Har vasket hendene eller brukt antibakteriell væske (antibac):		
... før jeg tilbereder eller spiser mat	-0.054	-0.614
... etter toalettbesøk (bleieskift)	-0.067	-0.492
... ved synlig skitne hender	-0.027	-0.448
... etter kontakt med kroppsvæsker (eksempelvis etter å ha pusset nesen)	-0.075	-0.678
... etter kontakt med dyr	-0.021	-0.667
... når jeg ankommer arbeid/barnehage/skole	0.069	-0.521
... etter at jeg har berørt kontaktpunkter på steder mange ferdes	0.092	-0.568
... før jeg tar på munnbind og umiddelbart etter at det er tatt av	0.033	-0.584

Jeg har hostet eller nyst i papirlommetørkle eller albuekroken	.069	-0.330
Har så langt som mulig unngått å ta meg i ansiktet - ute blant folk	.215	-0.439
Har holdt minst én meter avstand til mennesker (andre enn mine nærmeste)	.297	-0.158
Har latt være å håndhilse eller klemme (andre enn mine nærmeste)	.221	.087
Har på fritiden unngått møteplasser med mange personer samlet på ett sted.	.428	.106
Har unngått å gå på dagligvarebutikken	.464	-0.008
Går på dagligvarebutikken bare på tidspunkter når det er få andre der	.473	.117
Har unngått å ta kollektivtransport	.238	.087
Har unngått å treffe venner på fritiden	.774	-0.138
Har unngått å gå på besøk til andre eller ta imot besøk	.774	-0.119
Har latt være å treffe familiemedlemmer som jeg ikke bor sammen med	.621	-0.101
Holder deg hjemme hvis du kjenner deg syk (også ved milde symptomer)?	.249	-0.219
Har brukt munnbind når jeg:		
... ikke har kunnet opprettholde minst én meters avst. til andre, som på kollektivtrafikk	.551	-0.017
... har vært innendørs på offentlig sted (butikker, kjøpesentre) der det ikke har vært mulig å opprettholde minst én meter avstand til andre	.544	-0.091
... har ankommet Norge fra et område med karanteneplikt, under transport fra ankomststedet til karantenestedet	Ekskludert	
... har hatt hjemmeisolering (pga. påvist eller sannsynlig smittet med covid-19) og har vært nærmere andre husstandsmedlemmer enn to meter	Ekskludert	
Har forsøkt å holde minst 1 meter avstand til andre, selv om jeg har brukt munnbind.	.427	.083

3.2 Etterlevelse – analyser av enkeltvariabler

Med utgangspunkt i tofaktor-løsningen, konstruerte vi to gjennomsnittsskårer, en for koronahygiene (heretter stort sett betegnet som hygiene-skåren) og en for sosial distanse. Begge skalaene gikk fra 1,00 til 5,00. Hygiene-skåren fikk et gjennomsnitt på 4,38 og et standardavvik på 0,46. Sosial distanse-skåren fikk et gjennomsnitt på 3,74 og et standardavvik på 0,58. Etterlevelsen av rådene om hygiene var gjennomsnittlig god, med en skår som ligger mellom svarkategorien «Ja, stort sett» og «Ja, alltid». Etterlevelsen av rådene om sosial distanse var noe svakere, med en gjennomsnittsskår som ligger nærmere «Ja, stort sett» enn «Ja, av og til».

Tabell 2 viser fordelingen av svar (tre kategorier) etter landbakgrunn på alle spørsmålene som dreier seg om forholdsregler for å begrense risikoen for overføring av smitte. Spørsmålene dreier seg om et bredt spekter av forholdsregler som kan tas, og begrenser seg ikke til de som var anbefalt av myndighetene på det tidspunktet datainnsamlingen ble gjennomført. Analysene er gjennomført med justering for kjønn og alder (gruppert). Vi har også analysert dataene uten slike justeringer. Det viste seg at justeringene hadde liten effekt på resultatene.

For enkelhets skyld har vi her benyttet en inndeling av land i bare to grupper. Alle som er fra Norge (uansett hvor foreldrene ble født), Norden, Vest-Europa og alle rike land i andre deler av verden (etter inndelingen til Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle, som det senere i denne rapporten blir gjort rede for) ble plassert i én gruppe (n=24 968), mens alle med annen landbakgrunn (n=982) ble plassert i en annen gruppe. Den siste gruppen kan kanskje beskrives som alle de som kommer fra ikke-rike land. For enkelhets skyld har vi her bare kalt de to gruppene for «Rike land» og «Andre land».

Tabell 2: Koronaatferd (Hygiene, Sosial distanse - enkeltvariabler) etter landbakgrunn (to grupper) justert for kjønn og aldergruppe. Multinomial logistisk regresjon med postestimering av prosent.

Gjort noe av det følgende siste to ukene?	Land- bakgrunn	Nei, Nesten aldri, Av og til	Ja, stort sett	Ja, alltid	Til sammen	Chi- kvadrat- test	
		%	%	%	% n		P<
KORONAHYGIENE:							
Har vasket hendene eller bruk antibac – etter toalettbesøk (bleieskift)	Rike land	1,1	5,4	93,5	100,0	24 775	P=0,785
	Andre land	1,0	4,9	94,0	100,0	972	
Har vasket hendene eller bruk antibac – ved synlig skitne hender	Rike land	1,1	6,2	92,7	100,0	24 758	0,01
	Andre land	1,5	3,9	94,6	100,0	974	
Har vasket hendene eller bruk antibac – når jeg ankommer arbeid, barnehage, skole	Rike land	5,5	17,7	76,8	100,0	18 886	0,001
	Andre land	3,5	12,5	84,0	100,0	892	
Har vasket hendene eller bruk antibac – før jeg tilbereder eller spiser mat	Rike land	4,9	27,6	67,5	100,0	24 881	0,001
	Andre land	2,4	14,7	82,8	100,0	977	
Har vasket hendene eller bruk antibac – etter at jeg har berørt kontaktpunkter der mange ferdes inkludert arbeid, barnehage, skole	Rike land	7,0	29,2	63,8	100,0	24 133	0,001
	Andre land	4,4	17,2	78,4	100,0	947	
Har hostet eller nyst i papirlommetørkle eller albuekroken	Rike land	11,0	39,6	49,4	100,0	24 005	0,001
	Andre land	10,1	27,4	62,5	100,0	948	
Har vasket hendene eller bruk antibac – etter kontakt med kroppsvæsker (eks. etter å ha pusset nesen)	Rike land	15,9	36,9	47,2	100,0	24 812	0,001
	Andre land	12,8	26,3	60,9	100,0	975	
Har vasket hendene eller bruk antibac – etter kontakt med dyr	Rike land	37,6	29,1	33,3	100,0	20 926	0,001
	Andre land	16,3	16,5	67,2	100,0	775	
Har vasket hendene eller bruk antibac – før jeg tar på munnbind og etter at det er tatt av	Rike land	35,3	33,0	31,6	100,0	18 636	0,001
	Andre land	26,1	28,7	45,2	100,0	900	
Har så langt det er mulig unngått å ta meg i ansiktet når jeg har vært ute blant folk	Rike land	25,2	59,8	14,9	100,0	24 781	0,001
	Andre land	20,4	48,0	31,6	100,0	966	
SOSIAL DISTANSE:							
Har latt være å håndhilse eller klemme (andre enn mine nærmeste)	Rike land	1,7	16,1	82,2	100,0	24 878	

	Andre land	13,7	19,7	66,6	100,0	959	0,001
Holder deg hjemme hvis du kjenner deg syk (også ved milde symptomer)	Rike land	6,5	24,6	68,9	100,0	22 407	P=0,064
	Andre land	5,4	22,1	72,4	100,0	938	
Har brukt munnbind når jeg ikke har kunnet opprettholde minst én meters avstand til andre slik som på kollektivtrafikk	Rike land	22,4	21,4	56,1	100,0	17 966	0,001
	Andre land	16,6	17,1	66,3	100,0	871	
Har forsøkt å holde minst én meters avstand til andre, selv om jeg har brukt munnbind	Rike land	8,0	44,2	47,8	100,0	18 379	0,05
	Andre land	9,2	40,1	50,7	100,0	895	
Har unngått å ta kollektivtransport	Rike land	21,4	33,0	45,6	100,0	20 551	0,001
	Andre land	35,2	32,0	32,8	100,0	892	
Har på fritiden unngått møteplasser med mange personer samlet på ett sted	Rike land	6,9	48,5	44,6	100,0	24 737	0,001
	Andre land	10,0	37,9	52,1	100,0	966	

Har brukt munnbind når jeg har vært innendørs på offentlig sted (butikker, kjøpesentre) der det ikke har vært mulig å opprettholde minst én meter avstand til andre	Rike land	42,2	17,2	40,5	100,0	21 284	0,001
	Andre land	36,9	17,4	45,7	100,0	928	
Har holdt minst én meter avstand til mennesker (andre enn min nærmeste)	Rike land	5,3	65,7	29,0	100,0	24 908	0,001
	Andre land	5,0	48,5	46,5	100,0	977	
Har unngått å gå på besøk til andre eller ta imot besøk	Rike land	40,0	50,5	9,6	100,0	24 703	0,001
	Andre land	28,3	50,4	21,2	100,0	971	
Har unngått å treffe venner på fritiden	Rike land	43,1	48,1	8,8	100,0	24 599	0,001
	Andre land	37,9	46,3	15,8	100,0	968	
Går på dagligvarebutikken bare på tidspunkter når det er få andre der	Rike land	50,6	42,3	7,1	100,0	24 556	0,001
	Andre land	45,6	40,8	13,7	100,0	962	
Har latt være å treffe familiemedlemmer som jeg ikke bor sammen med	Rike land	58,9	35,2	5,9	100,0	24 314	0,001
	Andre land	45,4	36,2	18,5	100,0	893	
Har unngått å gå på dagligvarebutikken	Rike land	89,8	9,2	1,0	100,0	24 526	0,001
	Andre land	76,5	19,1	4,5	100,0	949	
ANDRE SPØRSMÅL (som på grunn av stort antall manglende svar ikke har blitt tatt med i faktoranalysen og som dermed har falt utenfor inndelingen i Hygiene og Sosial distanse)							

Har brukt munnbind – når jeg har ankommet Norge fra områder med karanteneplikt, ved transport fra ankomststed til karantenesteds	Rike land	66,6	2,9	30,5	100,0	4 629	0,01
	Andre land	59,9	5,0	35,1	100,0	477	
Har brukt munnbind når jeg har hatt hjemmeholdeplass (pga. påvist eller sannsynlig smittet med covid-19) og har vært nærmere andre husstandsmedlemmer enn to meter	Rike land	83,3	4,1	12,7	100,0	6 055	0,001
	Andre land	71,7	8,3	20,0	100,0	482	

De som var født i de ikke-rike delene av verden kom gunstigere ut enn de som kom fra de rike landene på ni av de ti utfallsvariablene som har med hygiene å gjøre. Minst fem prosentpoengs forskjell fant vi på følgende spørsmål (andel som svarte «Alltid», prosentpoengs forskjell i parentes):

- Har vasket hendene eller bruk antibac – etter kontakt med dyr (34,0)
- Har så langt det er mulig unngått å ta meg i ansiktet når jeg har vært ute blant folk (16,7)
- Har vasket hendene eller bruk antibac – før jeg tilbereder eller spiser mat (15,3)
- Har vasket hendene eller bruk antibac – etter at jeg har berørt kontaktpunkter på steder der mange ferdes, inkludert arbeid, barnehage, skole (14,6)
- Har vasket hendene eller bruk antibac – etter kontakt med kroppsvæsker (eks. etter å ha pusset nesene) (13,7)
- Har vasket hendene eller bruk antibac – før jeg tar på munnbind og etter at det er tatt av (13,6)
- Har hostet eller nyst i papirlommetørkle eller albuekroken (13,1)
- Har vasket hendene eller bruk antibac – når jeg ankommer arbeid, barnehage, skole (7,2)

De som kom fra de ikke-rike delene av verden kom gunstigere ut enn de som kom fra de rike landene på følgende utfallsvariabler som har med sosial distanse å gjøre. Også her tar vi med alle forskjeller som var større enn fem prosentpoeng (andel som svarte «Alltid», prosentpoengs forskjell i parentes):

- Har holdt minst én meters avstand til mennesker (andre enn mine nærmeste) (17,5)
- Har latt være å treffe familiemedlemmer som jeg ikke bor sammen med (12,6)
- Har unngått å gå på besøk til andre eller ta imot besøk (11,6)
- Har brukt munnbind når jeg ikke har kunnet opprettholde minst én meters avstand til andre, slik som på kollektivtrafikk (10,2)
- Har på fritiden unngått møteplasser med mange personer samlet på ett sted (7,5)
- Har unngått å treffe venner på fritiden (7,0)
- Går på dagligvarebutikken bare på tidspunkter når det er få andre der (6,6)
- Har brukt munnbind når jeg har vært innendørs på offentlig sted (butikker, kjøpesentre) der det ikke har vært mulig å opprettholde minst én meters avstand til andre (5,2)

På spørsmålet om de hadde unngått å gå i dagligvarebutikken var andel som var svarte «Alltid» bare 3,5 prosentpoeng høyere blant de som kommer fra de ikke-rike landene. Men i tillegg gikk også andelen som svarte «Stort sett» også i favør av de som kommer fra de ikke-rike delene av verden, med 19,1 % mot 9,2 %.

På disse to spørsmålene, som ikke er blitt plassert under noen av de to hovedkategoriene, kom også de som var fra de ikke-rike landene best ut (andel som svarte «Alltid», prosentpoengs forskjell i parentes):

- Har brukt munnbind når jeg har hatt hjemmeisolering (pga. påvist eller sannsynlig smittet med covid-19) og har vært nærmere andre husstandsmedlemmer enn to meter (4,6)
- Har brukt munnbind – når jeg har ankommet Norge fra områder med karanteneplikt, ved transport fra ankomststed til karantenested (7,5)

På følgende spørsmål, som har med sosial distanse å gjøre, kom de som var fra de rike landene best ut (andel som svarte «Alltid», prosentpoengs forskjell i parentes):

- Har latt være å håndhvilse eller klemme (andre enn mine nærmeste) (15,6)
- Har unngått å ta kollektivtransport (12,8 %)

Disse analysene er også gjennomført med en annen inndeling, basert på Verdensbankens måte å gruppere land på. Antall observasjoner i de ikke-rike landene (middelinntektsland og lavinntektsland) ble noe lavere (740 mot 982). Sammenhengene ble jevnt over ubetydelig sterkere. Vi valgte å bruke den inndelingen som gav det største antallet observasjoner.

Kort oppsummert kan vi si at de som er født i land utenom Vest-Europa og utenom rike land i andre deler av verden har rapportert en koronahygiene som betyr at de i større grad tar forholdsregler mot smitte enn de som er født i Vest-Europa, inkludert Norge, og de rike landene. Også når det gjelder sosial avstand, rapporterer de som er født i ikke-rike deler av verden på de fleste punkt en mer forsvarlig atferd. Men vi finner to unntak fra denne regelen: «Har latt være å håndhvilse eller klemme (andre enn mine nærmeste)» og «Har unngått å ta kollektivtransport», der forskjellene går motsatt vei.

3.3 Koronahygiene og sosial distanse etter ulike inndelinger i landbakgrunn

I Vedlegg 3 i denne rapporten er det presentert en del analyser av Koronahygiene og Sosial distanse mot landbakgrunn. Tre ulike inndelinger av land utenfor Vest-Europa er sammenlignet:

1. En gruppering av land som er basert på en inndeling utviklet av Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (Global Burden of Disease – GBD)
2. En gruppering som er basert på en inndeling som tidligere er benyttet av Statistisk sentralbyrå (SSB)
3. En gruppering av land som er basert på en av Verdensbankens inndelinger (World Bank - WB)¹², den skiller mellom (i) lavinntektsland (ii) middelinntektsland lavere gruppe, (iii) middelinntektsland øvre gruppe og (iv) høyinntektsland.

Alle måtene å gruppere land på gir omtrent like tydelige forskjeller mellom landgrupper, og konklusjonene blir nokså sammenfallende. Når det gjelder hvor mye variasjon (varians) de forklarer, kommer GBD-inndelingen best ut på koronahygiene og WB-inndelingen på sosial distanse. Siden antall med ikke-europeisk bakgrunn i det foreliggende materialet er relativt lavt (n=1 187), har vi valgt å benytte Verdensbankens inndeling i landgrupper. Etter denne blir landene utenom Vest-Europa inndelt i bare fire

¹² <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>

grupper, mot seks grupper når vi benytter SSBs inndeling og syv grupper når vi benytter GBD-inndelingen. Jo færre grupper, desto mer presise blir estimatene jevnt over for hver landgruppe. Den minste gruppen (utenom Vest-Europa) etter Verdensbankens inndeling er de som er født i lavinntektsland ($n=116$). Inndelingen i landgrupper som følger Verdensbankens kategorier ser dessuten ut til å fange opp det som kanskje er den mest essensielle av variasjonen i materialet, forskjellen mellom regioner som skyldes ulike nivåer av velstand (inntekt).

Vi vil i de videre analysene derfor benytte den inndelingen i landgrupper som baserer seg på Verdensbankens gruppering av land etter inntektsnivå.

Vi har i de videre analysene av sammenhenger mellom landbakgrunn og ulike utfallsvariabler valgt å justere sammenhengene for kjønn og alder. Om vi justerer eller ikke justerer har vist seg å bety lite for resultatene. Men ved å justere har vi likevel en visshet for at forskjellene ikke skyldes ulik demografisk sammensetning av de ulike gruppene med hensyn til kjønn og alder.

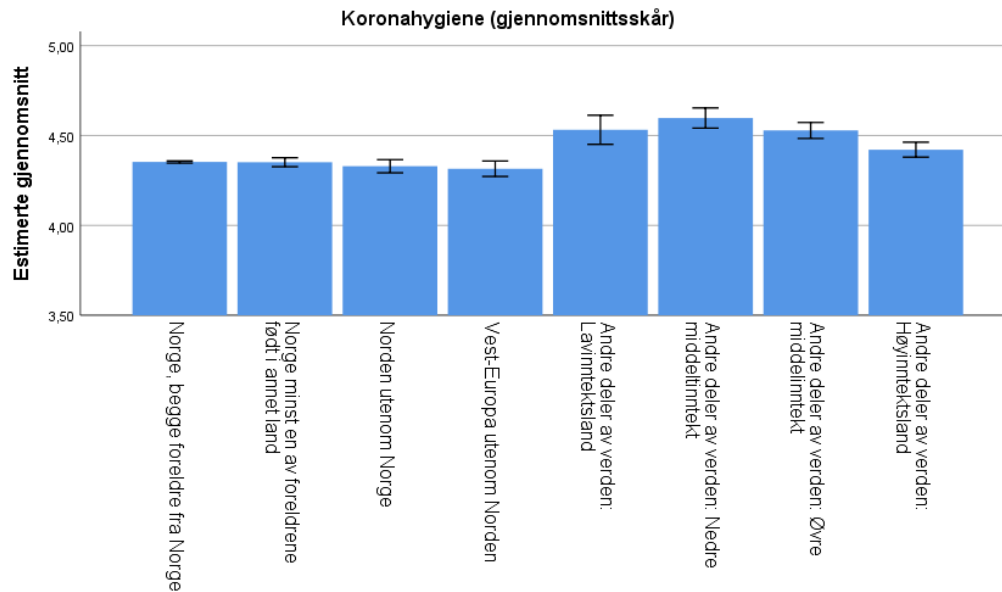
3.4 Koronahygiene etter landbakgrunn

Fig 1 (Tabell 5 i Vedlegg 1) viser Koronahygiene etter landbakgrunn (inndeling etter Verdensbanken). Det er justert for kjønn og aldersgrupper. Forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt («Andre deler av verden, øvre middelinntektsland» mot «Vest-Europa utenom Norden») tilsvarer en Cohens d på 0,61. Forskjellen mellom regionen med høyeste verdi og Norge tilsvarer en Cohens d på 0,53.

Når vi kjører samme analyse, men uten kontroll for andre prediktorer, blir resultatene omtrent de samme. Cohens d for forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt blir marginalt høyere (0,63). Dersom vi justerer for utdanning, i tillegg til kjønn og alder, tilsvarer forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt en Cohens d på 0,60.

Det mest påfallende med de forskjellene vi kan lese ut av Fig. 1 er at alle landene utenom Europa har en litt (signifikant) høyere skår (ikke-overlappende konfidensintervall) enn regionene i Europa. Dette er også konklusjonene uten kontroll for kjønn og alder og når vi legger inn utdanning i tillegg til kjønn og alder som justeringsvariabler.

Figur 1: Koronahygiene etter landbakgrunn (Verdensbanken) justert for kjønn og aldersgrupper. Gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall. Skala 1-5. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



3.5 Sosial distanse etter landbakgrunn

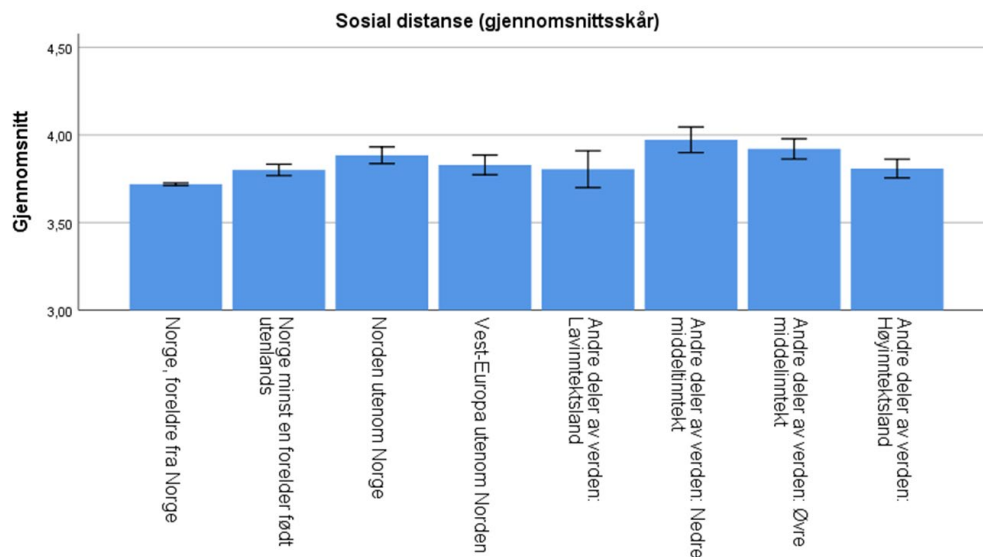
Fig 2 (Tabell 6 i Vedlegg 1) viser gjennomsnittlig skår på sosial distanse etter landgrupperingen som er basert på Verdensbankens inndeling, justert for kjønn og aldersgrupper. Lavest gjennomsnittsskår fikk de som var født i Norge og hadde norske foreldre. Disse lå signifikant lavere enn alle andre grupper. Både de som kom fra middelinntektsland og fra høyinntektsland i verden utenom Vest-Europa lå gjennomsnittlig signifikant over de som var født i Norge med norske foreldre.

Forskjellen mellom den regionen som fikk høyest gjennomsnitt (Nedre middelinntektsland) og de som var født i Norge og med norske foreldre tilsvarte en Cohens d på 0,42. Når vi lar være å justere for kjønn og alder er Cohens d for forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt 0,44. Når vi i tillegg til å justere for kjønn og aldersgrupper også justerer for utdanning, blir Cohens d 0,42. Og fortolkningen av resultatene blir den samme.

Ut fra disse resultatene ser det ut til at personer som er født i andre land er minst like påpasselige med å holde sosial distanse som de som er født i Norge med norske foreldre. Forskjellen mellom de som er født i Norge av norske foreldre og de som er født i lavinntektsland er bare grensesignifikant. Alle de øvrige gruppene ligger signifikant høyere i gjennomsnittlig skår på sosial distanse enn de som er født i Norge av norske foreldre.

Justering for kjønn, aldersgrupper og utdanning har små effekter på forskjellene mellom regioner. Analyser som også er gjort med «Koronahygiene» som utfallsvariabel viser det samme. Effektene av å justere for andre prediktorer gir nokså små utslag.

Fig. 2: Sosial distanse etter landbakgrunn (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall. Skala 1-5. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



3.6 Bekymring, engstelse og psykiske plager - dimensjoner

Det ble stilt til sammen åtte spørsmål om bekymringer og engstelse. Alle er gjengitt i Tabell 3.

Svarkategoriene var:

1. Helt uenig
2. Ganske uenig
3. Litt uenig
4. Verken uenig eller enig
5. Litt enig
6. Ganske enig
7. Helt enig

Svarkategoriene ble kodet fra 1 til 7, slik som vist i listen ovenfor.

Når disse åtte leddene faktoranalyseres, viser resultatene to faktorer som til sammen forklarer 53 % av variansen i variabelsettet.

Tabell 3: Faktorladninger - Bekymringer og engstelse. «Principal axis» faktorisering, oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.

Variabel	Faktor 1	Faktor 2
1. Jeg er bekymret/engstelig for at smitten skal ramme noen av mine nærmeste	.918	.080
2. Jeg er bekymret/engstelig for at smitten skal ramme meg selv	.545	-.157
3. Jeg er bekymret/engstelig for at smitten skal ramme noen av de eldre i familien	.830	.117
4. Jeg lar ikke alt oppstyret om koronapandemien gå inn på meg	-.206	.451
5. Jeg er bekymret/engstelig for at jeg skal smitte andre	.487	-.110
6. Jeg er så bekymret/engstelig over koronapandemien at det går ut over nattesøvnen	.028	-.519
7. Jeg er bekymret/engstelig for at pandemien skal ha negative konsekvenser for samfunnet	.150	-.261
8. I det lange løp tror jeg ikke pandemien vil ha negative konsekvenser for livet mitt	.107	.557

Den første faktoren består av leddene 1, 2, 3 og 5 og kan kalles «Bekymring og engstelse for smitteoverføring», eller bare «Bekymring for smitte» (Tabell 3). En uvektet sumskår eller gjennomsnittsskår basert på disse fire leddene har en Cronbachs alfa på akseptable 0,78.

Den andre faktoren består av leddene 4, 6, 7 og 8. Faktorladningen på ledd nr. 7 er svært lav. Det viser seg dessuten at bare to av leddene viser samme mønster når de analyseres mot landbakgrunn (inndelingen etter Verdensbanken). Vi har derfor konstruert en gjennomsnittsskår bestående av bare disse to (leddene 6 og 8). Alfa-verdien på disse er så lav som 0,41. Retningen på ledd nr. 8 ble snudd før vi beregnet alfa-verdier og før vi konstruerte gjennomsnittsskåren. Dermed vil høye verdier på denne gjennomsnittsskåren bety stor grad av «Pessimisme og problemer med nattesøvnen». Korrelasjonen mellom denne og HSCL-5 var relativt høy (0,54).

3.7 Analyser av enkeltvariabler om bekymring og engstelse mot landbakgrunn

Tabell 4 viser svarene på enkeltspørsmålene om bekymringer og engstelse mot inndelingen i rike land og mindre rike land som også ble benyttet i Tabell 2. Det er justert for kjønn og aldersgrupper. De spørsmålene som inngår i faktoren «Bekymringer og engstelse for smitteoverføring» viser en noe inkonsistent sammenheng med landbakgrunn. Høyere andeler av de som kommer fra rike land er bekymret eller engstelige for at smitten skal ramme noen av de nærmeste, familien eller andre. En noe

høyere andel av de som kommer fra ikke-rike land er bekymret og engstelige for at smitten skal ramme dem selv.

De to spørsmålene som inngår i faktoren «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» viser et konsistent mønster med landbakgrunn. Andelen som svarer at de bekymrer og engster seg så mye for pandemien at det går ut over nattesøvnen er høyere blant de som kommer fra de ikke-rike landene. Blant de som kommer fra de ikke-rike landene er det dessuten høyere andeler som mener at pandemien i det lange løp vil ha negative konsekvenser for livet deres.

Tabell 4: Bekymring/engstelse for pandemien – enkeltspørsmål mot landbakgrunn (to grupper), justert for kjønn og aldersgrupper. Multinomial logistisk regresjon med postestimering av prosent.

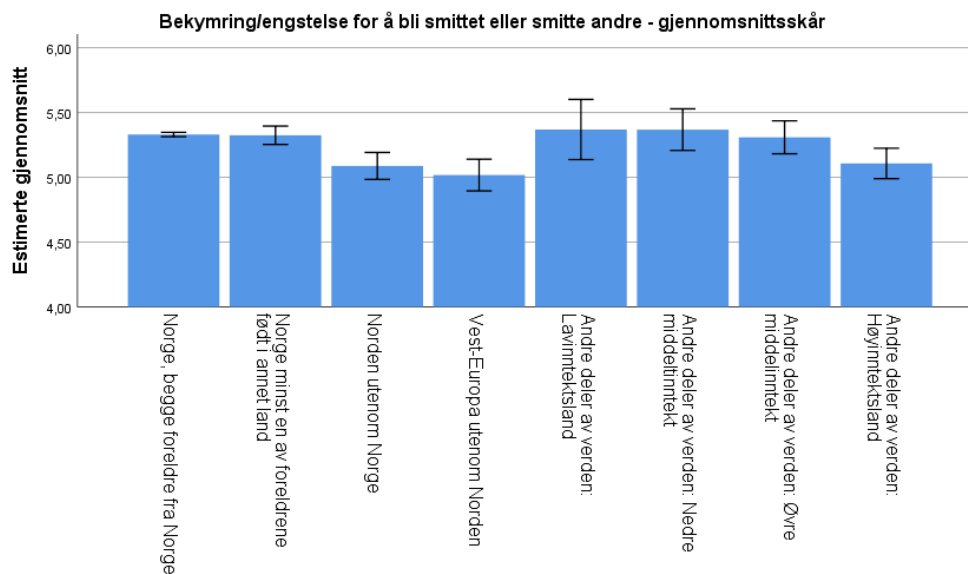
Hvor enig er du i følgende:	Land- bakgrunn	Verken uenig eller enig			Til sammen		Kji- kvadrat- test P<
		Uenig %	%	Enig %	%	n	
BEKYMNING OG ENGSTELSE FOR SMITTEOVERFØRING							
Jeg er bekymret/engstelig for at smitten skal ramme noen av mine nærmeste	Rike land	11,0	4,3	84,8	100,0	24 901	0,001
	Andre land	10,8	9,4	79,8	100,0	971	
Jeg er bekymret/engstelig for at smitten skal ramme meg selv	Rike land	33,4	9,0	57,6	100,0	24 893	0,001
	Andre land	20,0	12,5	67,5	100,0	969	
Jeg er bekymret/engstelig for at smitten skal ramme noen av de eldre i familien	Rike land	6,4	4,8	88,8	100,0	24 854	0,001
	Andre land	8,9	10,1	81,0	100,0	965	
Jeg er bekymret/engstelig for at jeg skal smitte andre	Rike land	15,4	8,8	75,8	100,0	24 885	0,001
	Andre land	22,6	15,8	61,6	100,0	968	
PESSIMISME OG PROBLEMER MED NATTESØVNEN:							
Jeg er så bekymret/engstelig over koronapandemien at det går ut over nattesøvnen	Rike land	85,5	5,7	8,8	100,0	24 881	0,001
	Andre land	67,4	14,0	18,5	100,0	963	
I det lange løp tror jeg ikke pandemien vil ha negative konsekvenser for livet mitt	Rike land	24,4	18,7	56,8	100,0	24 874	0,001
	Andre land	38,3	22,9	38,8	200,0	966	
ANDRE VARIABLER:							
Jeg lar ikke alt oppstyret om koronapandemien gå inn på meg	Rike land	49,7	12,5	37,8	100,0	24 901	0,001
	Andre land	34,6	20,5	44,8	100,0	966	
Jeg er bekymret/engstelig for at pandemien skal ha negative konsekvenser for samfunnet	Rike land	7,8	7,7	84,6	100,0	24 878	p=0,106
	Andre land	7,7	9,6	82,7	100,0	965	

3.8 Bekymringer og engstelse mot landbakgrunn (Verdensbanken)

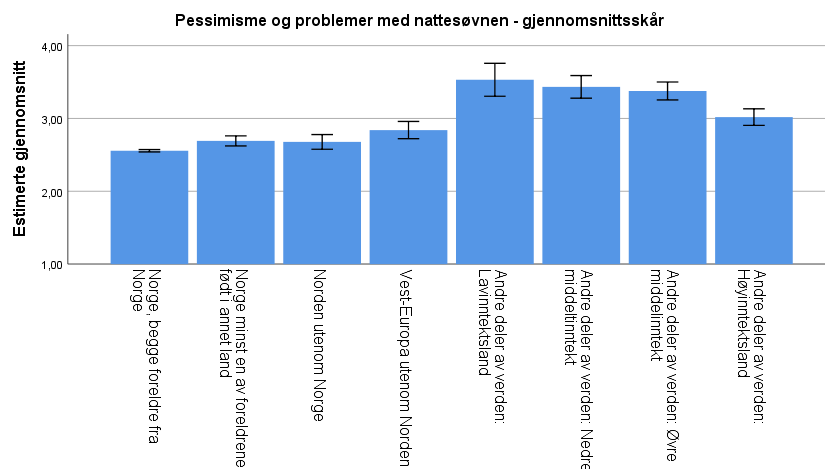
Fig. 3 (Tabell 11 i Vedlegg 1) viser bekymring/engstelse for smitteoverføring etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Forskjellene over landgrupper er beskjedne med en Cohens d mellom høyeste og laveste skår på 0,27. Tre grupper kommer ut med signifikant, men bare litt lavere gjennomsnittsskår enn de som er født i Norge med norske foreldre: (i) Norden utenom Norge, (ii) Vest-Europa utenom Norden og (iii) høyinntektsland i fra andre deler av verden. De som kommer fra lavinntektsland eller middelinntektsland (høy og lav gruppe) skiller seg ikke nevneverdig fra de norske gruppene.

Fig. 4 (Tabell 12 i Vedlegg 1) viser «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgrupper. De som er født i Norge og som har norske foreldre har lavest skår. Alle andre grupper ligger signifikant høyere. Høyest ligger de som kommer fra lavinntekts- eller middelinntektsland. Forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnittsskår (Lavinntektsland mot «Født i Norge, begge foreldre fra Norge») tilsvarer en Cohens d på 0,79. Forskjellen er med andre ord stor.

Figur 3: Bekymring/engstelse for smitteoverføring etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala 1-7. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



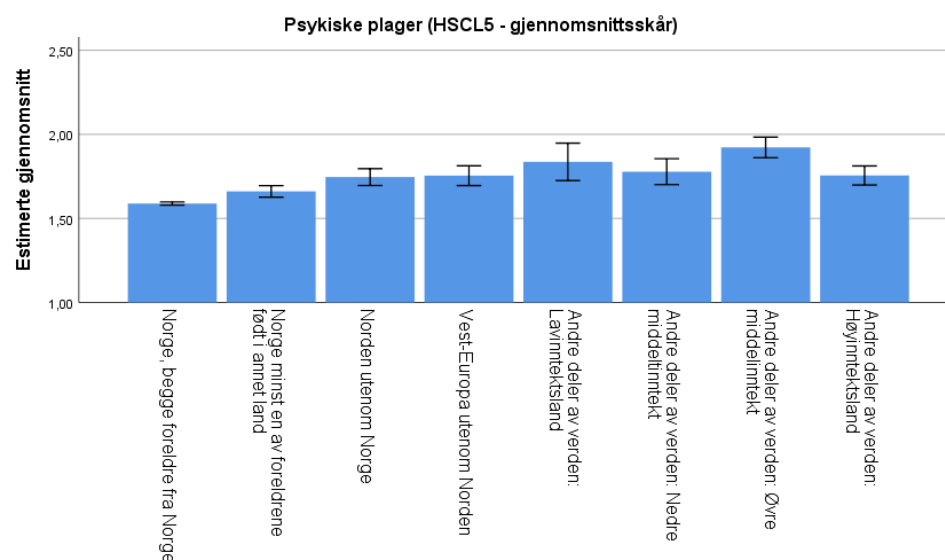
Figur 4: Pessimisme og problemer med nattesøvnen etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala 1-7. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



3.9 Psykiske plager mot landbakgrunn (Verdensbanken)

Fig. 5 (Tabell 13 i Vedlegg 1) viser psykiske plager (HSCL-5) etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Lavest skår har de som er født i Norge med norske foreldre. Høyest skår finner vi blant de som er født i andre deler av verden, særlig blant de som kommer fra lavinntektsland og øvre middelinntektsland. Cohens d for høyeste mot laveste skår er 0,52. Uttrykt ved Cohens d er denne forskjellen noe mindre enn det vi fant for «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» (0,73).

Figur 5: Psykiske plager (HSCL-5) etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala 1-4. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



3.10 Endring i sosiale kontakter - dimensjoner

Fem av spørsmålene i skjemaet som ble brukt i de fire fylkene i november 2020 handlet om endringer i sosiale kontakter. Hva det ble spurt om går fram av Tabell 5. Det ble gitt tre svaralternativ: «Færre», «Uendret» og «Flere». De ble kodet med tallverdiene -1, 0 og +1.

En faktoranalyse (principal axis factoring, oblimin-rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner) viste to faktorer:

1. Bruk av telefon og digitale media (leddene 1 og 5)
2. Samvær innendørs (leddene 2 og 3)

Ett av leddene hadde jenvstore, men lave ladninger på begge, og bør kunne analyseres som enkeltvariabel.

Vi har laget to enkle, uvektede sumskårer av de to faktorene, og alfa-verdiene ble 0,53 (bruk av telefon og digitale media) og 0,57 (samvær innendørs). Begge koeffisientene er lave, men analyser som ikke gjengis her viser at variablene som inngår i hver av sumskårene oppfører seg nokså likt i forhold til landbakgrunn. I denne sammenhengen er det derfor forsvarlig å lage sumskårer slik som nettopp beskrevet.

Tabell 5: Faktorladninger – Endringer i sosiale kontakter. «Principal axis» faktorisering, oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.

Endring i sosiale kontakter (færre, uendret, flere)	Faktor 1	Faktor 2
1. Telefonsamtaler (med og uten video)	-0.069	.566
2. Besøk hjemme/inne hos folk	.551	-.087
3. Samvær annet sted innendørs (kafé, restaurant etc.)	.726	-.027
4. Samvær utendørs (turgåing/trening, annet samvær)	.284	.279
5. Digital kontakt (sosiale medier, dataspill, e-post etc.)	-.039	.645

3.11 Endring i sosiale kontakter etter landbakgrunn (Verdensbanken)

De som deltok i studien rapporterte om en viss økning i bruken av telefon og digitale medier (Cohens $d=0,54$), en sterk nedgang i sosialt samvær innendørs (Cohens $d=2,45$) og en svak nedgang i sosialt samvær utendørs (Cohens $d=0,27$). På skalaen fra -1,00 til +1,00 var endringene +0,25, -0,83 og -0,19.

Fig. 6 (Tabell 14 i Vedlegg 1) viser økning (pluss) eller reduksjon (minus) i bruk av digitale media etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Siden alle gjennomsnittene er positive (større enn 0,00), betyr det at det i alle gruppene har funnet sted en økning i bruken av sosiale medier. Der er to mønstre som er verdt å legge merke til. Blant de Vest-europeiske landene er der en stigning fra de som er født i Norge av norske foreldre til de som er fra Vest-Europa utenom Norden (Cohens d for høyeste minus laveste gjennomsnittsskår er 0,26). Blant landgruppene i øvrige deler av verden ser vi en økning fra lavinntektslandene via mellominntektslandene til høyninntektslandene (Cohens $d=0,32$).

Figur 6. Økning (pluss) eller reduksjon (minus) i bruk av digitale media etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala -1 til +1. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.

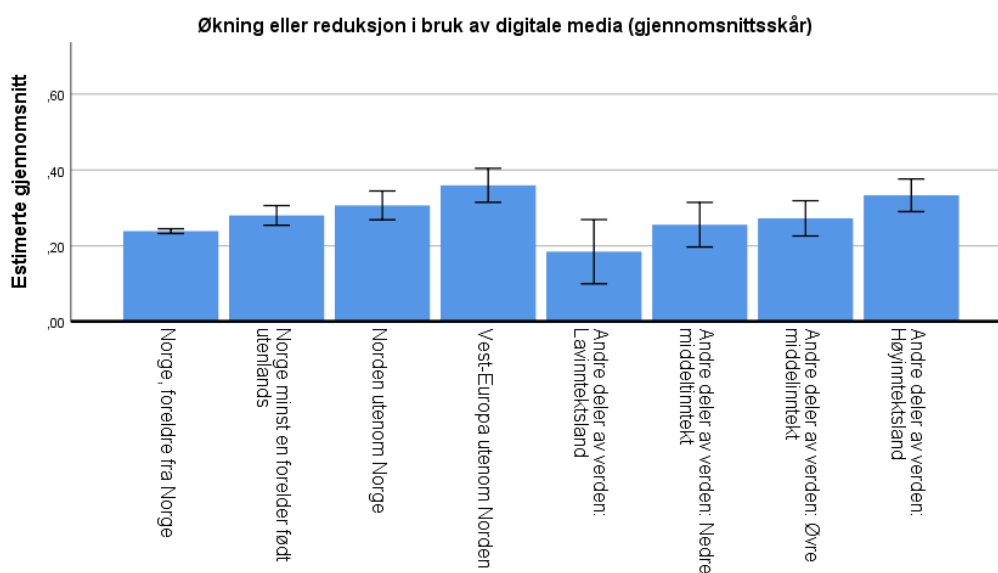
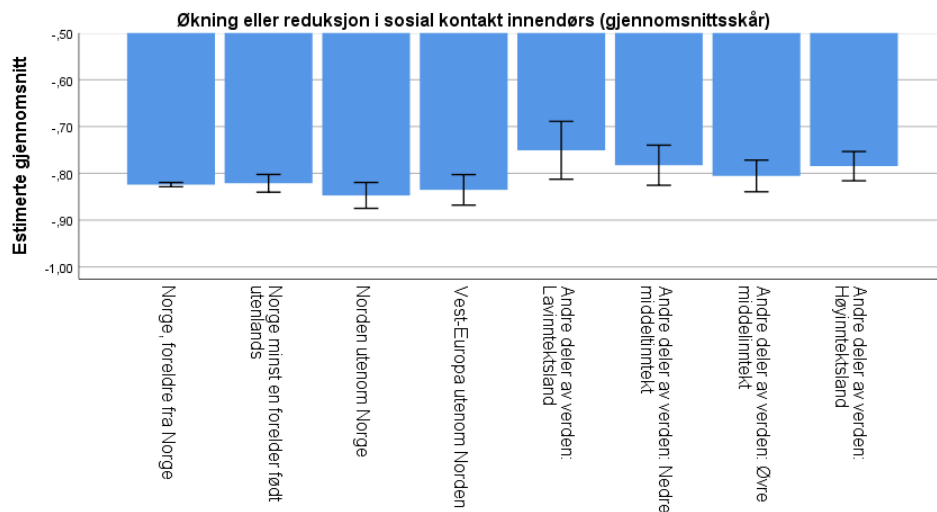


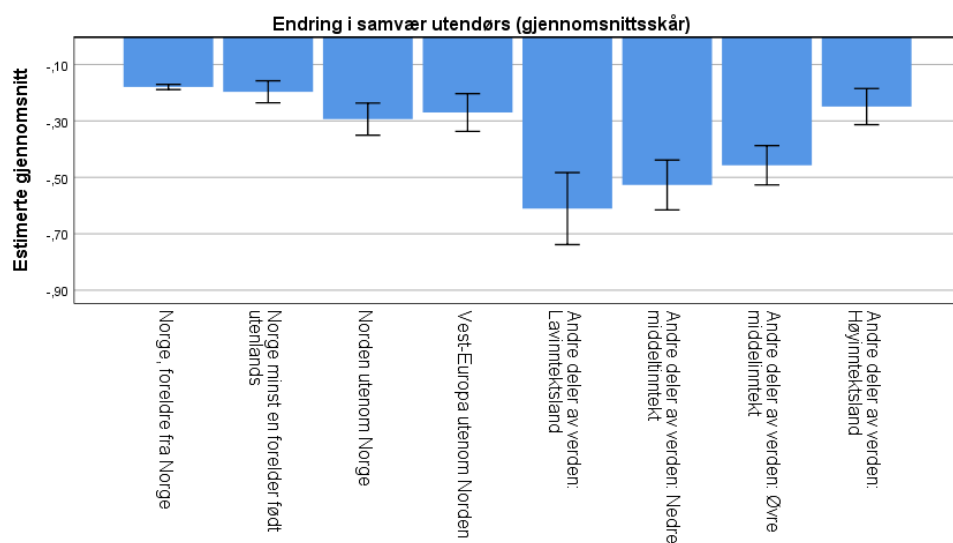
Fig. 7 (Tabell 15 i Vedlegg 1) viser økning (pluss) eller reduksjon (minus) i sosial kontakt innendørs etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Siden alle gjennomsnittene er negative og tallene er store i forhold til skalaen, betyr det at det uansett landbakgrunn har vært en sterk nedgang i sosialt samvær innendørs. Norge, Norden og Vest-Europa har alle gjennomsnittsskår som ligger under -0,80, mens tre av de øvrige landgruppene ligger over denne verdien. Bare lavinntektslandene og høyninntektslandene har gjennomsnittlig en signifikant mindre reduksjon i sosialt samvær innendørs enn de som er født i Norge av foreldre som også er født i Norge (Cohens $d=0,22$ for forskjellen mellom de som er født i Norge av norskfødte foreldre og de som er født i lavinntektsland). De observerte forskjellene mellom grupper definert ved landbakgrunn er med andre ord små.

Figur 7. Økning (pluss) eller reduksjon (minus) i samvær innendørs etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala -1 til +1. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



Figur 8 (Tabell 16 i Vedlegg 1) viser økning (pluss) eller reduksjon (minus) i samvær utendørs etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. De som er født i Norge og har norske foreldre er de som har redusert samværet utendørs minst fulgt av de som er født i Norge, men der minst en av foreldrene er født i utlandet. Blant de som har landbakgrunn utenfor Vest-Europa ser vi en gradient fra lavinntektsland via de to middelinntektsgruppene til høyinntektsland der gjennomsnittlig skår er økende (synkende reduksjon). Det er med andre ord de som kommer fra lavinntektsland utenom Vest-Europa som ser ut til å ha redusert utendørs samvær med andre mest, fulgt av middelsinntektsland (nedre og øvre gruppe). Forskjellen mellom lavinntektsland og høyinntektsland tilsvarer en Cohens d på 0,52. Blant landene utenfor Vest-Europa er det bare forskjellen mellom høyinntektsland og de andre tre gruppene som er signifikant.

Figur 8. Økning (pluss) eller reduksjon (minus) i samvær utendørs etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala -1 til +1. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



3.12 Holdninger til tiltak – dimensjoner

Det ble stilt åtte spørsmål om holdninger til myndighetenes tiltak for å begrense spredningen av smitte i befolkningen. Ordlyden vises i Tabell 5. Svarkategoriene var «Helt uenig», «Ganske uenig», «Litt uenig» «Verken uenig eller enig», «Litt enig», «Ganske enig», og «Helt enig». Kategoriene ble kodet med heltall fra 1 (Helt uenig) til 7 (Helt enig).

Sju av de åtte leddene fordeler seg på tre faktorer (egenverdier urotert på over 1,00), mens ett ledd faller utenfor. De tre faktorene fanger opp 65,2 % av den totale variansen i variablene (standardiserte variabler). De tre faktorene kan vi kalle (i) «For sterke inngrep», (ii) «Gjort for lite» og (iii) «Gode tiltak». Korrelasjonene mellom de tre er alle små, med en sterkeste sammenheng mellom to av variablene på 0,26. Alfa-verdiene var 0,76 (For sterke inngrep), 0,77 (Gjort for lite) og 0,47 (Gode tiltak).

Vi har i samsvar med dette konstruert tre gjennomsnittsskårer. Ett av leddene (nr 8 i Tabell 6) har lave faktorladninger på alle faktorene og handler dessuten om en såpass spesifikk problemstilling at det blir utelatt fra de videre analysene.

Tabell 6: Faktorladninger – Holdninger til myndighetenes innsats. «Principal axis» faktorisering, oblik (oblimin) rotasjon, parvis eksklusjon av manglende observasjoner.

Endring i sosiale kontakter (færre, uendret, flere)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1. Myndighetene har grepet altfor sterkt inn i folks privatliv for å begrense smitten	.735	-.019	-.100
2. Myndighetene har gjort for lite for å begrense smitten	-.034	.775	-.047
3. Myndighetene grep for seint inn for å begrense smitten	-.010	.823	-.023
4. De rådene som er blitt gitt av myndighetene om smittebegrensninger har vært klare og tydelige	-.047	-.216	.372
5. Når en tenker på hva konsekvensene er for næringslivet og arbeidsplassene, synes jeg myndighetene har satt i gang altfor sterke tiltak	.767	-.053	-.025
6. Jeg synes en i større grad burde la pandemien gå sin gang, for den vil etter hvert gå over av seg selv	.629	-.077	-.154
7. De rådene som er blitt gitt av myndighetene har vært viktige og nødvendige	-.121	.055	.739
8. Jeg synes en i større grad burde delt landet i smittesoner og ha lokale koronatiltak	.250	.116	.144

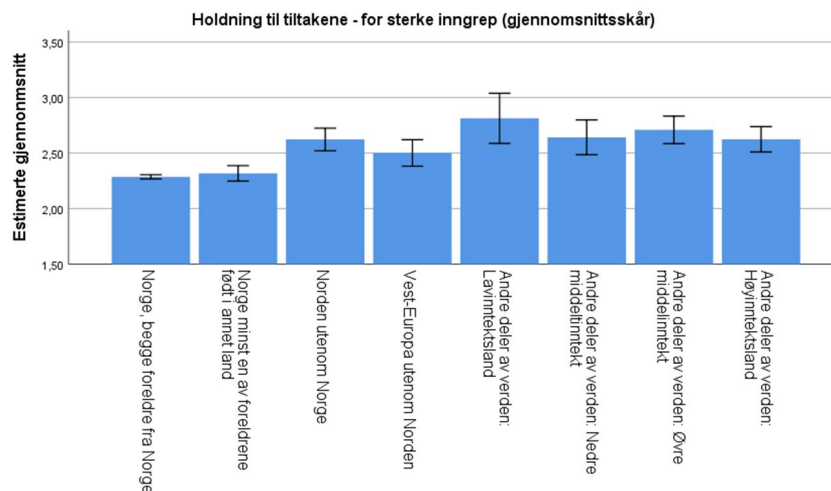
3.13 Holdninger til tiltak etter landbakgrunn

Gjennomsnittlig skår på holdningsvariablen «For sterke inngrep» var 2,28. Dette er en nokså lav skår på en skala som strekker seg fra 1 til 7. Skåren kommer nærmest svarkategorien «Ganske uenig». Dette blir naturlig nok bekreftet når vi ser på fordelingene på enkeltvariabler.

- På utsagnet «Myndighetene har grepet altfor sterkt inn i folks privatliv for å begrense smitten» var det bare 12,7 % som erklærte seg mer eller mindre enige mot 81,3 % som var mer eller mindre uenige.
- På utsagnet «Når en tenker på hva konsekvensene er for næringslivet og arbeidsplassene, synes jeg myndighetene har satt i gang altfor sterke tiltak» var det 21,5 % som havnet på «Enig»-siden mot 62,8 % som var ulike grader av uenige.
- På utsagnet «Jeg synes en i større grad burde la pandemien gå sin gang, for den vil etter hvert gå over av seg selv» var det bare 6,0 % som sa seg mer eller mindre enige, mot 88,1 % som uttrykte uenighet.

Fig. 9 (Tabell 17 i Vedlegg 1) viser «For sterke inngrep» etter landbakgrunn justert for kjønn og aldersgruppe. De som er født i Norge og har foreldre som også er født i Norge er mindre kritiske på dette punktet enn noen av de andre gruppene. Gruppene bestående av de som er født i utlandet skiller seg ikke signifikant fra hverandre. Det kan likevel være verdt å legge merke til at den høyeste gjennomsnittsskåren ser vi blant de som er født i lavinntektsland. Forskjellen i gjennomsnittsskår mellom de som er født i lavinntektsland og de som var født i Norge med foreldre som også var født i Norge tilvarer en Cohens *d* på 0,43.

Figur 9: Holdning til myndighetenes innsats – For sterke inngrep etter landbakgrunn (WB) justert for kjønn og aldersgruppe . Skala 1-7. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



Gjennomsnittlig skår på holdningsvariabelen «Gjort for lite» var 2,78. Denne skåren ligger mellom kategoriene «Ganske uenig» og «Litt uenig», men nærmest kategorien «Litt uenig». Her er med andre ord andel som stiller seg kritiske litt større enn på holdningsvariabelen «For sterke inngrep». Også her skal vi se litt på enkeltvariablene:

- På utsagnet «Myndighetene har gjort for lite for å begrense smitten» var andelen som var mer eller mindre enige 18,1 %. Andelen som uttrykte en eller annen form for uenighet var 74,6 %.
- På utsagnet «Myndighetene grep for seint inn for å begrense smitten» var andelen på enig-siden 29,2 %, mens 60,5 % uttrykte uenighet.

Analyser av «Gjort for lite» mot landbakgrunn (WB) viste liten grad av systematisk variasjon over landgrupper. Vi har derfor ikke presentert disse resultatene i form av diagrammer, men viser til Tabell 18 i Vedlegg 1.

Gjennomsnittlig skår på holdningsvariabelen «Gode tiltak» var 5,41. Dette gir en plassering på skalaen som ligger mellom «Litt enig» og «Ganske enig».

- På utsagnet «De rådene som er blitt gitt av myndighetene om smittebegrensninger har vært klare og tydelige» var det 62,5 % som gav uttrykk for en eller annen grad av enighet. Summen av kategoriene som handlet om uenighet var 30,2 %.
- På utsagnet «De rådene som er blitt gitt av myndighetene har vært viktige og nødvendige» finner vi 88,3 % som er «Helt», «Ganske» eller «Litt» enige, mot 23,2 % i de tre kategoriene på «enig»-siden.

På den tredje gjennomsnittsskåren, «Gode tiltak», som var en kombinasjon av disse to påstandene, fant vi en beskjeden variasjon over landgrupper. Heller ikke disse resultatene er vist som diagram. Det vises til Tabell 19 i Vedlegg 1.

Kort oppsummert: Deltakerne i studien har stort sett positive holdninger til myndighetenes innsats. Tiltakene vurderes jevnt over som ikke for inngripende, en stor majoritet er uenige i at tiltakene har vært for svake og kommet for seint, og rådene som er gitt av myndighetene vurderes av et stort flertall som «Klare og tydelige» og «Viktige og nødvendige». Dette er oppfatninger som stort sett deles av de som er født i andre land. På ett punkt er de som er født i andre land noe mer kritiske. De mener i litt større grad enn de som er født i Norge tiltakene har vært for sterke og inngripende.

3.14 Landbakgrunn som er assosiert med høye andeler smittede

Som nevnt i innledningskapittelet har Indseth og medarbeidere (Indseth et al, 2020) vist at andelen smittede er særlig høy blant de som kommer fra Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan. Vi har derfor laget en egen variabel som bare inneholder to kategorier. Den ene består av alle som er født i Norge og har norske foreldre (n=22 663). Den andre består av alle som kommer fra ett av disse fem landene (n= 99). Vi har analysert forskjellene mellom disse to gruppene med justering for kjønn og aldersgruppe (Tabell 7).

Gjennomsnittlig skår på koronahygiene var signifikant høyere blant de som er født i land med høy smitteforekomst ($p<0,001$). Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,62. De som er født i land med høy smitte hadde også høyere skår på sosial distanse- Her tilsvarer forskjellen en Cohens d på 0,30 ($p<0,001$).

Vi har gjort en egen analyse på to variabler som faller inn under gjennomsnittsskåren for Sosial distanse. I disse analysene har vi ikke justert for andre prediktorer. På «Har latt være å håndhvilse eller klemme (andre enn mine nærmeste)» var andel (etter justering for kjønn og aldersgruppe) som svarte «Alltid» 82,8 % i blant de som var født i Norge og hadde norske foreldre mot 57,8 % blant de som var født i land som var assosiert med høy grad av smitte ($p<0,001$). På «Har unngått å ta kollektivtransport» var andel som svarte «Alltid» 46,8 % blant de som var født i Norge med norske foreldre og 27,3 % blant de som var født i land som er assosiert med høy grad av smitte ($p<0,001$).

Vi finner ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskår mellom de to gruppene på bekymringer og engstelse for overføring av smitte ($p=0,150$). Høyeste gjennomsnittlige skår har riktig nok høgrisikogruppen, men her er Cohens d på bare 0,14. Et annet mål på bekymringer og engstelse har vi kalt «Pessimisme og problemer med nattesøvnen». Her finner vi at høyrisiko-gruppen hadde en langt høyere gjennomsnittlig skår enn de norske som var født i Norge. Cohens d tilsvarer 0,83 ($p<0,001$).

Et utfallsmål som «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» er beslektet med det vi måler ved bruk av HSCL-5-skalaen for psykiske plager. Det kan være interessant å se om vi

finner en tilsvarende forskjell når vi bruker HSCL-5 som utfallsmål. Det viser seg at de som er født i land som defineres som høyrisiko hadde signifikant høyere skår på HSCL-5, og forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,79 ($p < 0,001$).

Økningen i bruk av digitale media er gjennomsnittlig lavere blant de som tilhører høyrisiko-landgruppen. Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,24 ($p < 0,05$). Den sterke reduksjonen i sosialt samvær innendørs som vi finner i hele materialet sett under ett, er gjennomsnittlig litt høyere i høyrisiko-landgruppen enn blant de som er født i Norge og har norske foreldre. Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,23 ($p < 0,05$). Det har også funnet sted en viss reduksjon også i sosial kontakt utendørs. Denne er langt sterkere blant de som tilhører høyrisiko-landgruppen enn blant de som er født i Norge og har norske foreldre. Forskjellen i reduksjon tilsvarer en Cohens d på 0,60 ($p < 0,001$).

Bare én av de tre analysene av holdninger til myndighetenes innsats viser en klar og signifikant forskjell mellom de som er født i Norge og har norske foreldre og de som tilhører gruppen som kommer fra land som er assosiert med høy forekomst av smitte og sykehusinnleggelse. Sistnevnte gruppe er mer enige i at myndighetene har grepet for sterkt inn. Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,36 ($p < 0,001$).

Tabell 7: Utfallsvariabler etter landbakgrunn inndelt i «Født i Norge av norske foreldre» (Norge) og «Født i ett av landene som er assosiert med høy forekomst av smitte» justert for kjønn og alder.

Utfallsvariabel (skala)	Landbakgrunn	Gjennomsnitt	Antall	Signifikans $p <$	Cohens d
Koronahygiene (1-5)	Norge (også foreldre)	4,352	22 528	0,001	0,62
	Høgsmitteland	4,639	98		
Sosial distanse (1-5)	Norge (også foreldre)	3,718	22 518	0,01	0,30
	Høgsmitteland	3,892	99		
Motforestillinger (1-5)	Norge (også foreldre)	1,970	22 511	P=0,062	0,18
	Høgsmitteland	2,089	98		
Bekymring for smitteoverføring (1-7)	Norge (også foreldre)	5,328	22 543	P=0,150	0,14
	Høgsmitteland	5,511	98		
Pessimisme og problemer med nattesøvnen (1-7)	Norge (også foreldre)	2,557	22 531	0,001	0,83
	Høgsmitteland	3,584	98		
Psykiske plager (HSCL-5) (1-4)	Norge (også foreldre)	1,562	22 523	0,001	0,79
	Høgsmitteland	2,070	98		
Digitale medier – endring (-1 - +1)	Norge (også foreldre)	+0,240	22528	0,05	0,24
	Høgsmitteland	+0,127	98		
Sosialt samvær inne (-1 - +1)	Norge (også foreldre)	-0,824	22 525	0,05	0,23
	Høgsmitteland	-0,747	98		
Sosialt samvær ute (-1 - +1)	Norge (også foreldre)	-0,179	22 482	0,001	0,60
	Høgsmitteland	-0,597	98		
Holdning: Grepet for sterkt inn (1-7)	Norge (også foreldre)	2,260	22 500	0,001	0,36
	Høgsmitteland	2,714	96		
Holdning: Gjort for lite (1-7)	Norge (også foreldre)	2,815	22 498	P=0,266	0,11
	Høgsmitteland	2,988	99		
Holdning: Gode råd (1-7)	Norge (også foreldre)	5,396	22 508	P=0,895	0,01
	Høgsmitteland	5,414	99		

4 Diskusjon

4.1 Dimensjoner og sumskårer

Flere av skalaene som ble benyttet i koronaundersøkelsene i Agder, Nordland, Oslo og Vestland i november 2020 ble brukt her for første gang. Dette fordi vi ikke klarte å finne etablerte skalaer som målte det vi ønsket å måle. Men dette betyr at det er behov for å dokumentere de psykometriske egenskapene til disse skalaene. Dette har vi gjort ved å se på dimensjonalitet ved bruk av faktoranalyse og indre konsistens ved å regne ut Cronbachs alfa.

Analysen av skalaen vi har benyttet for å måle atferd som har som formål å beskytte mot smitteoverføring er kanskje den mest interessante av disse analysene. Dersom vi skulle basere oss på egenverdi-kriteriet, ville vi kommet ut med hele fem faktorer. Men etter en vurdering av de ulike faktorløsningene (fra 2 til 5 faktorer), valgte vi den enkleste, der vi bare skilte mellom «Koronahygiene» og «Sosial distanse».

De to faktorene vi har valgt å bruke, stemmer godt overens med de faktorene vi fant når vi baserte oss på prinsipale komponentanalyser på data samlet inn i to fylker, Agder og Nordland, i juni 2020. På det tidspunktet inneholdt instrumentet færre ledd, og i stedet for fem svarkategorier benyttet vi bare tre. Konklusjonen på analysene var likevel den samme, at det gav mest mening å skille mellom en hygienefaktor og en sosial distanse-faktor.

Vi oppnådde høye Cronbachs alfa-verdier på begge de to sumskårene (gjennomsnittsskårene) vi konstruerte, 0,78 («Koronahygiene») og 0,77 («Sosial distanse»). Det var kanskje mest overraskende at vi fikk en god alfa-verdi på «sosial distanse», som ved rotasjon av fem faktorer delte seg i tre del-skalaer. Men dette betyr ikke at en i framtidige undersøkelser nødvendigvis bør operere med en samlet skår for «sosial distanse». Resultatene fra den foreliggende undersøkelsen viser at leddene i skalaen kan deles opp i grupper som gir god mening både teoretisk og praktisk.

Vi faktoranalyserte også en skala til måling av «Bekymringer og engstelse relatert til korona-pandemien». Her fant vi to faktorer. Den første av disse var relativt robust, og dreide seg om «bekymring for smitteoverføring». Igjen oppnådde vi en bra alfa-verdi (alfa=0,75).

Den andre gruppen av variabler, som også bestod av fire ledd, var mer problematisk. For det første var alfa-verdien på en sumskår eller gjennomsnittsskår der alle fire leddene var med så lav som 0,54. For det andre var de fire leddene lite konsistente når det gjaldt sammenhengen med landbakgrunn. Vi endte ut med en sumskår bestående av to ledd. Den kan best kalles «Pessimisme og problemer med nattesøvnen». Trolig reflekterer den mer alvorlige reaksjoner på pandemien. I nye datainnsamlinger bør det tas med flere ledd som kan fungere som indikatorer på sterkere og kanskje også mer emosjonelle reaksjoner på pandemien.

Korrelasjonen mellom gjennomsnittsskåren vi konstruerte på bakgrunn av faktoren «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» og skåren på psykiske plager (HSCL-5) var på 0,54. Den er høy nok til å si at det er tydelig at disse to skårene har noe til felles, men lav nok til å konkludere med at bekymringer og engstelse for korona-pandemien er noe litt annet enn et generelt mål på psykiske plager.

Vi faktoranalyserte også en enkel skala som dreide seg om selvrapportert endring i sosiale kontakter. Den bestod av bare fem ledd. Vi fant det likevel riktigst å skille mellom to faktorer: (i) «Bruk av telefon og andre digitale medier» (to ledd) og (ii) «Samvær med andre innendørs» (to ledd). I tillegg analyserte vi et enkeltledd for seg, nemlig «Samvær med andre utendørs». Det gir god mening å skille mellom disse tre aspektene ved sosialt samvær. At alfa-verdiene ble så lave som 0,53 (Bruk av telefon og digitale medier) og 0,57 (Samvær med andre innendørs) er mest av teoretisk interesse. Med bare to indikatorer er det vanskelig å oppnå særlig høye alfa-verdier.

Det hefter to svakheter ved dette måleinstrumentet. For det første er selve endringen egenrapportert. Alternativet ville være å måle ulike aktiviteter på hvert tidspunkt og så se på endringer som da kan registreres. Dette ville gjøre sosial ønskverdighet til en mindre fremtredende feilkilde. Slik sosiale kontakter er målt nå, vet vi dessuten ikke om endringene går fra et høyt nivå av sosiale kontakter til et noe lavere, enn om de går fra et lavere nivå til slett ingen sosial kontakt. Med tanke på risikoen for smittespredning kan effektene av disse endringene være ganske ulike.

Vi analyserte også åtte variabler som dreier seg om holdninger til myndighetenes innsats. Syv av variablene fordelte seg på tre faktorer, «For sterke inngrep», «Gjort for lite» og «Gode tiltak». De tre dimensjonene gir god mening, men antall ledd i hver faktor er for lite til at dette instrumentet kan betraktes som tilfredsstillende. De tre dimensjonene bør testes med skalaer bestående av et større antall spørsmål.

De foreliggende dataene kunne med fordel analyseres med andre former for faktoranalyse. Kanskje er det mest nærliggende med en analyse som er bedre tilpasset kategorielle ordinalvariabler enn den enkle faktoranalysen som er benyttet her. Gode alternativer er tilgjengelige i statistikkssystemer som Mplus og Lavaan.

4.2 Koronahygiene og ulike kategoriseringer av landbakgrunn

Blant de som har deltatt i denne undersøkelsen, har vi personer som er født i 130 ulike land. Antallet som er født i andre land enn Norge er 2 163. Dette antallet er stort nok til at det kan gjøres analyser på undergrupper, forutsatt at antallet grupper ikke er for stort og at vi finner fram til en fornuftig inndeling i landgrupper.

Vi har prøvd ut tre forskjellige inndelinger (Vedlegg 3).

1. En er basert på en kategorisering foreslått av Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle. Den grupperer alle land i verden inn i ett system, men det tas hensyn til to kriterier, geografisk nærhet og likhet i helse.
2. Den andre er basert på en inndeling som er benyttet av Statisk sentralbyrå og som ser ut til hovedsakelig å være basert på geografisk nærhet og tradisjonelle inndelinger i regioner.
3. Den tredje er Verdensbankens inndeling i land etter inntektsnivået og skiller mellom (i) lavinntektsland, (ii) middelinntektsland, lavere nivå, (iii) middelinntektsland, høyere nivå og (iv) høyinntektsland.

Uansett hvilken inndeling vi har brukt, har vi først definert fire grupper som består av

- I. de som er født i Norge og med foreldre født i Norge,

- II. de som er født i Norge, men der minst en av foreldrene er født i et annet land,
- III. de som er født i Norden, men ikke i Norge
- IV. de som er født i Vest-Europa, men ikke i Norge eller Norden.

Det er bare de som er født i andre deler av verden som blir delt etter de tre systemene som blir beskrevet ovenfor.

Med koronahygiene som utfallsmål har vi sett på variasjonen over landgrupper.

Når vi analyserer mot GBD-inndelingen, kan vi konkludere med at de som kommer fra en av de seks ikke-vesteuropeiske landgruppene har gjennomsnittsskårer på koronahygiene som ligger høyere enn de som er født i Norge, Norden eller Vest-Europa eller høyinntektsland utenfor Vest-Europa. Ikke alle forskjellene er signifikante. De som kommer fra høyinntektsland utenom Vest-Europa ligger bare grensesignifikant lavere enn de som kommer fra Afrika sør for Sahara. De som kommer fra Latin-Amerika eller Karibia er en relativt liten gruppe. Konfidensintervallet overlapper derfor med de rike landene.

Når vi analyserer mot den SSB-baserte inndelingen blir bildet nokså likt. De som kommer fra Norge, Norden og Vest-Europa samt Nord-Amerika og Oseania kommer ut med lavest skår. De som kommer fra øvrige regioner har høyere gjennomsnittsskår. Latin-Amerika og Karibia skiller seg signifikant fra noen, men ikke alle de rike landene.

Den viktigste forskjellen mellom de to landinndelingene er at etter SSB-inndelingen er noen land som i GBD-inndelingen inngikk i «Høyinntektsland utenom Norge, Norden og Vest-Europa» overført til «Nord-Amerika og Oseania», til «Sør-Asia, Sørøst-Asia og Øst-Asia» og til «Latin-Amerika og Karibia». SSB-inndelingen slår dessuten alle afrikanske land sammen til én kategori. Øst-Europa blir slått sammen med Sentral-Europa i stedet for Sentral-Asia. Og det er laget en ny kategori som består av Midtøsten utenom Afrika, Sentral-Asia og Israel, Pakistan og Tyrkia.

Ut fra resultatene som er oppsummert her, er det vanskelig å si at den ene er bedre enn den andre. En fordel med SSB-inndelingen er at antall kategorier er redusert fra elleve til ti. En ulempe med GBD-inndelingen er kanskje at gruppen høyinntektsland er satt sammen av land som kommer fra helt forskjellige deler av verden, fra Nord-Amerika, Latin-Amerika, ulike deler av Asia og Oseania.

Inndelingen som er inspirert av Verdensbanken, reduserer antall kategorier ytterligere, til åtte. Etter denne inndelingen blir resultatene enda noe enklere å beskrive. Alle regionene utenom Norge, Norden og Vest-Europa har signifikant høyere gjennomsnittsskår på hygiene enn noen av de øvrige regionene. Inndelingen gir også en annen interessant informasjon, nemlig at de som kommer fra middelinntektslandene har høyere gjennomsnittsskår enn de som kommer fra høyinntektsland. Også de som kommer fra lavinntektsland ligger marginalt høyere enn de som kommer fra høyinntektsland, men antall observasjoner i gruppen Lavinntektsland er noe lavt (n=115) og konfidensintervallet dermed tilsvarende stort.

De tre inndelingene i landgrupper forklarer omtrent samme mengde varians i utfallsvariablene «hygiene» og «sosial distanse». Forskjellene var for små til å kunne tillegges særlig vekt.

På bakgrunn av disse resultatene ble inndelingen som følger Verdensbankens inndeling i landgrupper utenom Norge, Norden og Vest-Europa benyttet i de videre analysene. Den største fordel er at antallet i gruppene jevnt over er høyere og tallene derfor mer

presise. Ulempen er at vi kan gå glipp av viktig informasjon som eller ville framkommet, og som kunne si noe mer presist om bestemte innvandrergupper i Norge. For å kompensere litt for dette, har vi gjort egne analyser der vi sammenligner de som er født i land som er assosiert med at de har høy risiko for å være smittet (landbakgrunn som gir høy risiko) med de som er født i Norge av norske foreldre. I analyser av enkeltvariabler har vi delt inn i to andre grupper: (i) Rike land (Norge, Norden, Vest-Europa, rike land i øvrige deler av verden) og ikke-rike land (alle de øvrige landene), dette på bakgrunn av inndelingen som følger kategoriseringen til Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle.

4.3 Koronahygiene og sosial distanse

De gjennomsnittlige skårene på koronahygiene lå høyt. På en skala som går fra 1 til 5 var gjennomsnittsskåren for hele materialet 4,38, og den varierte over landgrupper definert ved Verdensbankens inndeling fra 4,31 til 4,61. Koronahygiene var jevnt over god.

Forskjellene mellom de som er født i Norge, Norden og Vest-Europa er små. De største kontrastene fant vi mellom denne delen av verden og så å si alle de øvrige. De som kom fra andre deler av verden enn Norge, Norden og Vest-Europa hadde gjennomsnittlig høyere skår. Det vil si at deres koronahygiene var noe hakk bedre. Forskjellen mellom høyeste og laveste skår tilsvarer en Cohens d på 0,59 etter GBD-inndelingen, 0,56 etter SSB-inndelingen og 0,61 etter Verdensbankens inndeling. Etter Jacob Cohens måte å bruke denne statistiske størrelsen på, tilsvarer disse tallene en middels stor forskjell.

Tidligere i rapporten er det referert til en studie av Indseth og medarbeidere (Indseth et al, 2020) som viste at det blant de som var født i Afghanistan, Irak, Pakistan, Somalia og Tyrkia var høye andeler smittede sammenlignet med nordmenn. En av flere mulige forklaringer på forskjellene kunne tenkes å være forskjeller i koronahygiene. Vi fant imidlertid det motsatte. Deres koronahygiene var bedre enn blant koronahygiene til de som er født i Norge og har foreldre som også er født i Norge. Forskjellen tilsvarte en Cohens d på 0,62.

En annen atferdskategori som har stor betydning for smitterisiko er sosial distanse. Vi har benyttet samme svarkategorier som når vi målte hygiene. Gjennomsnittsskåren for hele utvalget sett under ett er 3,74, med andre ord en del lavere (0,64 på skalaen fra 1-5) enn for hygiene. Kanskje er det større rom for bedring på sosial distanse enn på hygiene.

Forskjellene mellom land er noe mindre på sosial distanse enn de var på hygiene. De vesteuropeiske landene er dessuten litt mindre homogene. De som er født i Norge og har norske foreldre kommer dårligst ut. Best ut kommer middelinntektslandene. Når vi sammenligner de som har en landbakgrunn som er assosiert med høyrisiko med de som er født i Norge og har norske foreldre, kommer den første gruppen ut med høyest skår på sosial distanse. Forskjellen her tilsvarer en Cohens d på 0,30. Igjen et funn som går motsatt vei av det vi kunne forvente ut fra smittetall.

Å måle sosial distanse på en slik måte at en får sammenlignbare tall på tvers av land er ikke enkelt. Ett av de to spørsmålene om sosial distanse inneholdt denne formuleringen: «Har holdt minst én meter avstand til mennesker (andre enn mine nærmeste)». Svarene på dette spørsmålet er avhengig av hva en definerer som sine nærmeste. Hvis en har en svært vid definisjon av hvem som er ens nærmeste, vil en ha flere nærkontakter enn de som inkluderer færre i denne kategorien. Dersom de som er født i lav- og middelinntektsland har en bredere definisjon av «mine nærmeste» enn de som er født i Norge av norske foreldre, vil førstnevnte gruppe utsette seg for en større smitterisiko

sammenlignet med sistnevnte gruppe enn det som framkommer i våre data. Det samme resonnetet gjelder formuleringen «Har latt være å håndhelse eller klemme (andre enn mine nærmeste)».

4.4 Seleksjon som feilkilde

Frafallet representerer i slike undersøkelser som denne en mulig alvorlig feilkilde. Hvis det for eksempel er slik at de som deltar i studien er en positivt selektert gruppe, med andre ord at de som deltar har en bedre koronahygiene og er flinkere til å holde sosial distanse enn de som ikke deltar, vil resultatet bli at vi tegner et for positivt bilde av befolkningens koronasmitte-relaterte atferd. Hvis denne seleksjonen er forskjellig på tvers av grupper definert ved landbakgrunn, vil den også kunne gi oss et feilaktig bilde av forskjellene i atferd mellom landgrupper. Hvis frafallet blant alle som var invitert til å delta i undersøkelsen derimot var helt tilfeldig (Completely at random) i alle grupper, ville det ikke endre resultatene på noen systematisk måte. Men frafallet ville selvsagt redusere antall observasjoner og dermed gi økte konfidensintervall.

Andelen innvandrere i den norske befolkningen var ved inngangen til 2020 14,7 %¹³. Innvandrere er da definert som det å være født i utlandet. I vårt materiale er det etter denne definisjonen 8,9 % som er innvandrere. Siden vi bare har med utvalg fra fire fylker, og siden vi bare har med aldersgruppene fra 18 år og oppover, er ikke tallene direkte sammenlignbare. Likevel tyder disse tallene på et langt større frafall blant de som her er definert som innvandrere enn blant de øvrige. Vi må også ta i betraktning at vi i vår undersøkelse har med Oslo, der andelen innvandrere er spesielt høy. Forskjellen i frafall mellom innvandrere og nordmenn er dermed trolig større enn tallene ovenfor tyder på.

Vi har gjort egne analyser på deltakelse i studien etter landbakgrunn. Analysene er gjennomført på bakgrunn av tabeller fra Statistisk sentralbyrå over antall personer som er 18 år eller eldre i hvert av de fire fylkene som inngår i undersøkelsen etter fødeland. Andel som har deltatt i studien er 1,97 %, 2,25 % og 1,56 % henholdsvis for de som er født i Norge, de som er født i Norden utenom Norge og de som er født i Vest-Europa utenom Norden. Deltakelsen blant de som er født i lavinntektsland, nedre middelinntektsland, øvre middelinntektsland og rike land (utenom Europa) er i samme rekkefølge 0,27 %, 0,43 %, 0,60 % og 0,64 %. Tallene er vektet for størrelsen på de ulike gruppene definert ved landbakgrunn i hvert fylke. Vi ser at deltakelsen blant de som er født i land utenom Europa er betydelig lavere enn blant de som er født i Europa. Særlig lav er deltakelsen blant de som er født i lavinntektsland. Dette gir en betydelig usikkerhet omkring tallene for de som er født i ikke-Europeiske land.

Vi kan nærme oss seleksjonsproblemet fra en annen synsvinkel, nemlig ved å analysere seleksjon på grunnlag av dataene som foreligger. Slike analyser er presentert i Vedlegg 4.

For det første har vi sett på hygieneskår og sosial distanseskår i Agder og Nordland i juni 2020 etter deltakelse i undersøkelsen i november og desember 2020. Vi finner ingen vesentlig forskjell mellom disse gruppene på noen av de to utfallsvariablene. Siden vi mangler informasjon om landbakgrunn blant de som ikke deltok i datainnsamlingen i november og desember, kan vi ikke se på interaksjon med landbakgrunn, men må nøye oss med å slå fast at vi ikke finner noen tegn til seleksjonseffekt i totalmaterialet.

¹³ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>

Vi har også undersøkt forskjeller i hygieskår og sosial distanseskår i november og desember 2020 blant de som deltok og de som ikke deltok i datainnsamlingen i juni 2020. Fremdeles dreier det seg bare om data fra Agder og Nordland. Heller ikke her finner vi noen forskjell. Men her går det an å se på interaksjonen med landbakgrunn. Siden gruppene er små, har vi skilt mellom bare tre grupper, (i) født i Norge, (ii) født i Norden eller Vest-Europa utenom Norge og Norden, og (iii) født i andre deler av verden. Vi fant ingen signifikant interaksjon mellom deltakelse i undersøkelsen i juni 2020 og landbakgrunn med Hygiene og Sosial distanse i november og desember 2020 som utfallsmål.

For det tredje har vi sett på om skårene på hygiene og sosial distanse varierer avhengig av når deltakerne svarte på skjemaet, etter første henvendelse, etter første purring eller etter andre purring. Vi fant praktisk talt ingen forskjeller i materialet sett under ett. Vi fant dessuten ingen signifikant interaksjon med landbakgrunn.

Selv om frafallet er langt større blant innvandrere enn blant de øvrige, har vi i de foreliggende dataene ikke funnet noen støtte for hypotesen om seleksjon på utfallsvariablene koronahygiene og sosial distanse. I vår sammenheng er det enda viktigere at vi heller ikke har funnet noen støtte for hypotesen om differensiell seleksjon (ulik grad av seleksjon mellom ulike landgrupper).

Rapporter basert på Folkehelseundersøkelsen i fylkene¹⁴ har gjentatte ganger vist at frafallet er særlig stort blant eldre (særlig blant kvinner), blant yngre menn og blant de som har lav utdanning. Frafallet blant de eldre kan komme av at vi gjennomfører undersøkelsen elektronisk. De som ikke har tilgang på pc, nettbrett eller smarttelefon vil dermed falle ut av undersøkelsene. Noe av det samme gjør seg nok gjeldende i innvandrergруппene. Noe av det store frafallet blant innvandrere kan godt skyldes slike forhold.

I en internettartikkel som enda ikke er lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider viser vi at koronahygiene og sosial distanse har svært lite sammenheng med utdanningsnivå. Dermed kan det tenkes at et eventuelt større frafall blant de med lav utdanning har lite å bety for resultatene på disse utfallsmålene.

Analysene som er gjort her av mulige seleksjonseffekter har en stor svakhet. De kunne bare utføres for det materialet som foreligger fra de fire fylkene. I alle fire fylkene var det tross alt et flertall av de inviterte som ikke deltok. Og det er usikkert i hvilken grad vi kan generalisere fra det materialet vi har analysert på til de som ikke deltok i noen av datainnsamlingene. For å finne ut av dette, må vi enten koble dataene mot registre og forsøke å belyse forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere ut fra variabler som er tilgjengelige der. Men det kan tenkes å være vanskelig å finne registervariable som er tilstrekkelig relevante. Et alternativ er å gjennomføre en egen undersøkelse blant de som ikke ønsker å delta i undersøkelsene våre eller ikke blir inviterte til å delta fordi de ikke kan nås over internett. Vi kunne benytte et svært kort skjema med bare noen få nøkkelspørsmål, og vi kunne intervju telefonisk de som ikke svarte etter en elektronisk henvendelse.

¹⁴ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/>

4.5 Bekymring, engstelse og psykiske plager

Som drøftet tidligere i diskusjonen, resulterte analysen av dimensjonalitet i at vi konstruerte to gjennomsnittsskårer basert på spørsmålene om bekymringer og engstelse. Den ene omfattet fire spørsmålsledd som alle dreiet seg om bekymring og engstelse for smitteoverføring. Forskjellene på tvers av landgrupper var beskjedne. Det kan likevel være verdt å legge merke til at nivået av bekymringer og smitteoverføring var noe lavere blant de som var født i Norden, Vest-Europa og høyinntektsland i andre deler av verden. Blant de gruppene vi særlig interesserer oss for i denne rapporten, lavinntektsland og middelinntektsland (nedre og øvre), var det ingen som avvek signifikant fra tallene for de som var født i Norge.

På den andre gjennomsnittsskåren, «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» var forskjellene langt større. Forskjellen mellom gruppen bestående av de som var født i Norge og med norske foreldre på den ene siden og de som var født i lavinntektsland på den andre tilsvarte en Cohens d på 0,79. Dette er en betydelig forskjell. De som kom fra middelinntektsland (begge grupper) lå omtrent like høyt som de som kom fra lavinntektsland.

Bekymringer for smitteoverføring kan tenkes å være en determinant i forhold til atferd. Dersom en bekymrer seg og engster seg, vil det kanskje føre til at en er mer forsiktig, at en tar flere forholdsregler og at en praktiserer disse mer konsekvent. Pessimisme og problemer med nattesøvnen kan kanskje i større grad tenkes å være et tegn på mer alvorlige vansker som er assosiert med eller som følger av pandemien. Slike reaksjoner behøver ikke i samme grad å mobilisere til forsiktighet.

Korrelasjonene mellom Bekymringer og engstelse for smitteoverføring på den ene siden og Hygiene og Sosial distanse på den andre er på 0,24 ($p < 0,001$) og 0,21 ($p < 0,001$). Korrelasjonene mellom «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» og Hygiene og Sosial distanse er lavere, 0,10 ($p < 0,001$) og 0,14 ($p < 0,001$). Kanskje er dette en indikasjon på at Bekymringer og engstelse for smitteoverføring er sterkere relatert til atferd enn det som er tilfelle sterkere emosjonelle reaksjoner på pandemien. Men det kan også skyldes at vårt mål på «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» har en lavere reliabilitet enn vårt mål på «Bekymringer og engstelse for smitteoverføring».

I framtidige undersøkelser bør en utvide antall ledd som handler om mer alvorlige emosjonelle reaksjoner på pandemien, slik at reliabiliteten er bedre og slik at en bedre kan undersøke kontraster med «Bekymringer og engstelse for smitteoverføring».

Siden vi antyder at «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» kan være tegn på mer alvorlige emosjonelle reaksjoner på pandemien, kan det være interessant å se hvordan denne sumskåren forholder seg til vårt mål på psykiske plager. Korrelasjonen mellom de to er så høy som 0,48 ($p < 0,001$). Vi har også funnet at skåren på HSCL-5 er høyere i alle grupper som har utenlandsk landbakgrunn enn blant de som er født i Norge, og særlig høy er skåren blant de som er født i lavinntektsland og middelinntektsland (øvre gruppe). En betydelig del av innvandrere som kommer fra andre deler av verden enn Norge, Norden og Vest-Europa kan ha opplevd krig, konflikt og fattigdom. Det å komme fra en helt annen kultur og en annen samfunnsmessig kontekst og skulle tilpasse seg en ny virkelighet kan også være representere en belastning. De kan også befinne seg i situasjoner preget av høy risiko for å miste jobben eller andre tilsvarende belastninger. Det er sannsynlig at disse reagerer sterkere på den trusselen koronapandemien representerer enn det andre gjør. Det er sannsynlig at de uavhengig av pandemien gjennomsnittlig har et høyere nivå av

psykiske plager. De høye skårene vi finner på «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» kan dermed tenkes å ikke bare være en konsekvens av selve pandemien, men en kombinasjon av tidligere belastninger og nåværende belastninger inkludert pandemien.

De som hadde en landbakgrunn som har vist seg å være assosiert med høy forekomst av smittede, hadde ikke noen signifikant høyere skår en de som var født i Norge og hadde foreldre født i Norge på «Bekymringer og engstelse for smitteoverføring». Derimot hadde de langt høyere skår på både «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» og Psykiske plager. Forskjellene tilsvarte Cohens d-verdier på henholdsvis hele 0,83 og 0,79. Blant de med en landbakgrunn assosiert med høy smitte var der lave, men signifikante korrelasjoner mellom «Bekymring og engstelse for smitteoverføring», og både koronahygiene ($r=0,20$, $p<0,05$) og sosial distanse ($r=0,21$, $p<0,05$). Derimot var der slett ingen sammenhenger mellom «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» og psykiske plager på den ene siden og «Koronahygiene» og «Sosial distanse» på den andre. Dette mønsteret av sammenhenger støtter antakelsen om at «Bekymring og engstelse for smitteoverføring» kan tenkes å være en determinant for atferd, mens «Pessimisme og problemer med nattesøvnen» først og fremst er en reaksjon på pandemien.

4.6 Endringer i sosial kontakt

De som deltok i studien rapporterte om en viss økning i bruken av telefon og digitale medier, en sterk nedgang i sosialt samvær innendørs og en noe svakere nedgang i sosialt samvær utendørs.

Den sterke nedgangen i samvær med familie og venner (Besøk hjemme/inne hos folk, samvær annet sted innendørs) er positiv sett fra et smittevern faglig perspektiv. Nedgangen i samvær utendørs er også et tegn på at folk er opptatt av å beskytte seg mot smitte. Oppgangen i bruk av telefon og digitale medier er en naturlig følge av at det direkte sosiale samværet har gått ned.

I vår sammenheng er det aller mest interessant å se om vi finner variasjon på tvers av landgrupper. Variasjonen over landgrupper var temmelig liten. Unntaket var reduksjonen i sosialt samvær utendørs, som var størst i lavinntektsland og nesten like stor i middelinntektsland (begge grupper).

Blant de som er født i Norge, Norden eller Vest-Europa fant vi en sterkere økning i bruken av sosiale medier fra førstnevnte til sistnevnte gruppe. Det har trolig sammenheng med at jo større nettverk en har utenom Norge, desto mer kan vi forvente at bruken av sosiale medier stiger når en blir avskåret fra direkte sosial kontakt her hjemme. Blant landgruppene i øvrige deler av verden fant vi en stigende økning i bruken av sosiale medier fra lavinntektslandene via middelinntektslandene til høyinntektslandene. Dette kan ha med økonomi å gjøre; ulik grad av tilgang til digitale medier og ulik digital kompetanse.

4.7 Holdninger til myndighetenes innsats

Spørsmålene om holdninger til myndighetenes innsats kunne deles inn i tre grupper. Tiltakene har vært: (i) For inngripende, (ii) For svake og (iii) Gode (Klare og tydelige, Viktige og nødvendige). Deltakerne i studien har stort sett positive holdninger til myndighetenes innsats. Dette gjelder uansett landbakgrunn.

Av de tre holdningsdimensjonene som ble identifisert, var det bare én som viste en klar og konsistent sammenheng med landbakgrunn, nemlig den som dreier seg om at myndighetens inngrep er for sterke. Alle som ikke var født i Norge kom ut med høyere skår enn de som var født i Norge. Den høyeste gjennomsnittsverdien fant vi blant de som kom fra lavinntektsland, men alle gruppene som var født i andre regioner av verden enn Norge hadde overlappende konfidensintervall. Dette betyr at alle gruppene som ikke var født i Norge tenderte i retning av å synes tiltakene som er blitt gjennomført i Norge representerer litt for sterke inngrep.

Dette siste er også tilfelle med de som var født i land som er assosiert med høy forekomst av smitte og sykehusinnleggelse. De skåret gjennomsnittlig høyere enn de som var født i Norge og hadde norske foreldre på «For sterke inngrep». Forskjellen tilsvarte en Cohens d på 0,36.

Trass i at de som er født i utlandet og de som er født i land som er assosiert med høy forekomst av smitte og sykehusinnleggelse er noe mer skeptiske (eller i hvert fall litt mindre positive) til tiltakene som er blitt gjennomført, har vi funnet at de skårer høyere på det vi har kalt koronahygiene, og minst like høyt som de som er født i Norge på mange av variablene som dreier seg om sosial distanse. I hvilken grad holdningene til myndighetenes innsats henger sammen med atferd på individnivå, har vi ikke funnet plass til å analysere nærmere i denne rapporten. Det samme gjelder sammenhenger mellom koronarelatert atferd og en rekke andre mulige atferdsdeterminanter som er kartlagt i denne undersøkelsen.

4.8 Andre begrensninger ved studien

Mange av begrensningene ved studien har vært berørt tidligere i rapporten, men noen skal kort kommenteres her.

Ett problem dreier seg om måten utvalgene er trukket ut. Undersøkelsene i Oslo og Vestland var basert på representative utvalg trukket fra Folkeregisteret og vasket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret. Utvalgene fra Agder og Nordland ble derimot trukket blant de som hadde deltatt i folkehelseundersøkelsene som allerede var gjennomført i disse fylkene. Dette ble gjort fordi vi dermed i disse to fylkene ville få prospektive, longitudinelle data der en kan analysere endringer over tid på individnivå. Ulempen er at vi i Agder og Nordland har fått to runder med frafall, først frafallet i Folkehelseundersøkelsene og deretter frafallet i koronaundersøkelsene. Den endelige deltakelsen som andel av de som opprinnelig ble trukket ut til å delta i folkehelseundersøkelsene var derfor i disse to fylkene 24,6 % (Agder) og 26,0 % (Nordland).

Når vi i denne rapporten likevel presenterer resultater fra analyser gjort på dataene fra alle disse fire fylkene samlet, er det for å få et størst mulig antall i de gruppene som har utenlandsk bakgrunn. Siden vi ikke har funnet tendenser til seleksjonseffekter i de analysene som er gjort i denne rapporten, er dette trolig en akseptabel framgangsmåte. Data med en noe høyere deltakelse i Agder og Nordland ville trolig ikke endret vesentlig på resultatene for disse to fylkene hver for seg.

Et annet og beslektet problem dreier seg om muligheter for å generalisere til populasjonen av voksne i de fire fylkene. De utvalgene vi sitter med utgjør ikke de samme prosentandelene av den voksne befolkningen i de fire fylkene som deltar i undersøkelsen. Andelen av den voksne befolkningen (18 år eller eldre) som inngår i våre data utgjør 1,97

% for Oslo, 1,31 % for Vestland, 2,40 % for Vest-Agder og 3,08 % for Nordland. Vi har gjort egne analyser med koronahygiene og sosial distanse som utfallsvariabler der vi har vektet etter befolkningsstørrelse. Vektingen har ingen betydning for resultatene der vi sammenligner grupper definert ved landbakgrunn.

I analyser av data der det er et hovedpoeng å få prevalenstall og gjennomsnittstall som er mest mulig korrekte for hvert enkelt fylke, bør det vurderes å vekte dataene. I så fall må det vektes for å redusere virkningene av selektivt frafall. Sannsynligvis er det viktigst å vurdere vekting ut fra alder, kjønn og utdanning. Vekting av data har imidlertid ulemper, blant annet at en reduserer presisjonen i estimatene. Standardfeilene og dermed konfidensintervallene på estimatene blir større, og det blir vanskeligere å oppnå signifikans når en tester forskjeller mellom grupper. Dette er særlig kritisk når noen av gruppene en analyserer er små, slik tilfellet i vårt materiale er for noen av gruppene definert ved landbakgrunn. I de analysene som er gjort i denne rapporten er det ikke avgjørende å få riktige estimat av prevalenser og gjennomsnitt for de fire fylkene, hverken samlet eller hver for seg.

Når spørreskjemaundersøkelser gjennomføres blant informanter med ulik landbakgrunn, er det viktig å undersøke om instrumentene fungerer likt på tvers av grupper. Slike analyser vil være mer interessante å gjennomføre når en har gjort slike datainnsamlinger som den foreliggende ved bruk av spørreskjema på flere språk og ved bruk av datainnsamlingsmetoder som ikke krever kompetanse på bruk av digitale medier som pc-er, nettbrett og smarttelefoner.

En begrensning ved de seleksjonsanalysene vi har gjort i denne rapporten er at de begrenser seg til seleksjonseffekter som kan identifiseres blant de som har deltatt i undersøkelsen. Når vi blant de som kommer fra lav- og middelinntektsland har et stort frafall som skyldes at spørreskjemaet ikke er tilgjengelig på andre språk enn norsk, og når en del av frafallet kan skyldes manglende tilgang på digitale hjelpemidler som pc, nettbrett og smarttelefon, kan seleksjonsprosessene som gjør seg gjeldende være helt andre enn de vi har kunnet undersøke. Det er stort behov for nye datainnsamlinger der en har spørreskjema på de viktigste innvandrerspråkene samt at en supplerer med andre datainnsamlingsmetoder for å øke deltakelsen blant de som har en ikke-europeisk landbakgrunn.

Mulighetene for å generalisere fra det foreliggende materialet varierer en del, avhengig av hvilke funn det er snakk om. Det er sannsynlig at en høyere deltakelse ville endret lite på analysene av hvordan spørsmålene innen hver skala grupperer seg, for eksempel at atferdsspørsmålene kan deles inn i to kategorier (koronahygiene og sosial distanse). Når de som kommer fra lav- og middelinntektsland har lavere andeler enn de som er født i rike deler av verden på utfallsmål som det å unngå kollektivtransport og det å unngå å håndhilde eller klemme andre enn sine nærmeste, er dette trolig også mer generaliserbare funn enn andre prevalens-sammenligninger. Dette fordi disse utfallsmålene skiller seg ut i forhold til andre utfallsmål som har med korona-relatert atferd å gjøre.

5 Konklusjon

Analyser som presenteres i denne rapporten viser at atferd som har sammenheng med risiko for å bli smittet kan deles inn i to brede grupper: (i) Koronahygiene og (ii) Sosial distanse. Vi har laget gjennomsnittsskårer for hver av disse to gruppene av atferder.

Når det gjelder hygiene, kommer de som er født i lav- og middelinntektsland godt ut. Når det gjelder sosial distanse virket det i første omgang som de kom like bra ut eller minst like bra ut som de som var født i Norge, Norden eller Vest-Europa. Den lave deltakelsen blant de som kommer fra lav- og middelinntektsland gjør det vanskelig å generalisere disse funnene ut over det foreliggende materialet. Analyser av enkelt-variabler viser et litt annet bilde. De som var fra lav- og middelinntektsland kom mindre gunstig ut på to variabler, det å unngå kollektivtrafikk og det å håndhelse og å klemme på andre enn sine nærmeste.

Resultater fra denne studien tyder på at det blant de som kommer fra lav- og middelinntektsland, inkludert de som kommer fra landene som er assosiert med høy grad av smitte, ikke bare bør møtes med informasjon om hva som er ønskelig atferd for å unngå å bli smittet. De skårer nemlig høyt på psykiske plager og de reagerer sterkere enn andre grupper på koronapandemien med å bli pessimistiske og miste nattesøvnen. Det bør vurderes om disse gruppene også trenger støtte og hjelp til å mestre en situasjon som av mange trolig oppleves som sterkt belastende. Et tiltak som bør vurderes i en slik sammenheng er «Rask psykisk helsehjelp», et lavterskeltilbud til de som sliter med angst og depresjon. Dette tilbudet kunne skreddersys med tanke på de som er født i lav- og middelinntektsland og rettes inn mot koronarelaterte psykiske reaksjoner. «Rask psykisk helsehjelp» er blitt evaluert gjennom en randomisert, kontrollert studie i to norske byer, og har vist seg å gi gode resultater (Knapstad et al, 2019).

Vi kan ikke se bort fra at mange av de som kommer fra lav- og middelinntektsland sliter med andre problemer, som for eksempel at vi i disse gruppene finner flere arbeidsledige, flere som har lav inntekt, flere som har lite belønnende jobber, kanskje flere som har lav utdanning og flere som er lite integrerte i det norske samfunnet. I så fall kan det vise seg at det er behov for helt andre typer tiltak enn god helseinformasjon og tilpasset psykisk helsehjelp.

Referanser

Clarsen, B., Skogen, J.C., Nilsen, T.S., & Aarø, L.E. (2021). Revisiting the continuum of resistance theory in the digital age: A comparison of early and delayed respondents to the Norwegian Counties Public Health Survey. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-39479/v1>

Huang, C., Wang, Y., Xingwang, L.R.L., Zhao, J., Hu, Y., et al (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 597-506.

Indseth, T., Godøy, A., Kjøllestad, M., Arnesen, T., Jacobsen, C., Grøslund, M., & Telle, K. (2020). Covid-19 etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser og dødsfall. FHI-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Indseth, T., Godøy, A., Kjøllestad, M., Arnesen, T., Jacobsen, C.C., Vinjerui, K.H., Elgersma, I.H., & Telle, K. (2021a). Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021. FHI-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Indseth, T., Elgersma, I.H., Strand, B.H., Telle, K., Labberton, A.S., Arnesen, T., Nygård, K.M., Godøy, A. (2021b). Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt. FHI-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Knapstad, M., Lervik, L.V., Sæther, S.M.M., Aarø, L.E., & Smith, O.R.F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90-105.90-105.

Nilsen, T.S., Johansen, R., Aarø, L.E., Kjøllestad, M.K.R., & Indseth, T. (2021). Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien. FHI-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.

WHO (2021). WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part joint WHO-China study 14 January-10 February 2021. Joint report. Geneve: Verdens helseorganisasjon.

Vedlegg 1: Tabeller

Tabell 1: Koronahygiene etter landgruppe (GBD) justert for kjønn og aldersgruppe.

Landgrupper (etter GBD)	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	4,353	4,347 – 4,359	22 528
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	4,351	4,326 – 4,377	1 220
Nordiske land utenom Norge	4,329	4,293 – 4,366	567
Vest-Europa utenom Norden*	4,314	4,271 – 4,357	411
Høyinntekstland utenom Norge, Norden og Vest-Europa	4,368	4,307 – 4,430	203
Sentral-Europa	4,512	4,455 – 4,568	240
Øst-Europa og Sentral-Asia	4,500	4,432 – 4,568	165
Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia og Oseania	4,586	4,529 – 4,643	233
Nord-Afrika og Midtøsten	4,582	4,512 – 4,651	157
Afrika sør for Sahara	4,506	4,427 – 4,585	121
Latin-Amerika og Karibia	4,400	4,290 – 4,509	63

* Israel er her inkludert i landgruppen "Vest-Europa utenom Norden"

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=16,988$; d.f=10 og 25 892; $p<0,001$

Tabell 2: Koronahygiene etter landgruppe (SSB) justert for kjønn og aldersgruppe.

Landgrupper (etter SSB)	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	4,353	4,347 – 4,359	22 528
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	4,352	4,326 – 4,377	1 220
Nordiske land utenom Norge	4,329	4,293 – 4,366	567
Vest-Europa utenom Norden	4,315	4,272 – 4,358	409
Sentral- og Øst-Europa	4,507	4,464 – 4,551	397
Midtøsten (utenom Afrika), Sentral-Asia, Israel, Pakistan og Tyrkia	4,574	4,506 – 4,642	163
Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia	4,553	4,497 – 4,609	241
Afrika	4,527	4,457 – 4,598	152
Nord-Amerika og Oseania	4,332	4,258 – 4,406	139
Latin-Amerika og Karibia	4,437	4,347 – 4,527	93

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=18,231$; d.f=9 og 25 893; $p<0,001$

Tabell 3: Sosial distanse etter landgruppe (GBD) justert for kjønn og aldersgruppe.

Landgrupper (etter GBD)	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	3,718	3,710 – 3,725	22 518
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	3,777	3,745 – 3,810	1 219
Nordiske land utenom Norge	3,872	3,824 – 3,919	567
Vest-Europa utenom Norden*	3,828	3,772 – 3,883	409
Høyinntekstland utenom Norge, Norden og Vest-Europa	3,804	3,725 – 3,882	203
Sentral-Europa	3,852	3,780 – 3,925	240
Øst-Europa og Sentral-Asia	3,770	3,683 – 3,858	165
Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia og Oseania	3,984	3,910 – 4,058	232
Nord-Afrika og Midtøsten	3,858	3,769 – 3,948	158
Afrika sør for Sahara	3,820	3,718 – 3,921	122
Latin-Amerika og Karibia	3,906	3,765 – 4,047	63

* Israel er her inkludert i landgruppen "Vest-Europa utenom Norden"

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=14,077$; $d.f.=10$ og 25 879; $p<0,001$

Tabell 4: Sosial distanse etter landgruppe (SSB) justert for kjønn og aldersgruppe.

Landgrupper (etter SSB)	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	3,718	3,710 – 3,725	22 518
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	3,777	3,745 – 3,810	1 219
Nordiske land utenom Norge	3,872	3,824 – 3,919	567
Vest-Europa utenom Norden	3,832	3,776 – 3,887	407
Sentral- og Øst-Europa	3,813	3,757 – 3,870	397
Midtøsten (utenom Afrika), Sentral-Asia, Israel, Pakistan og Tyrkia	3,868	3,780 – 3,955	164
Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia	3,936	3,864 – 4,009	240
Afrika	3,869	3,778 – 3,960	152
Nord-Amerika og Oseania	3,776	3,680 – 3,871	139
Latin-Amerika og Karibia	3,926	3,809 – 4,042	93

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=14,857$; $d.f.=9$ og 25 880; $p<0,001$

Tabell 5: Koronahygiene etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert).

Landgrupper (etter VB)	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	4,353	4,347 – 4,359	22 528
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	4,351	4,326 – 4,376	1 220
Nordiske land utenom Norge	4,329	4,293 – 4,366	567
Vest-Europa utenom Norden	4,315	4,272 – 4,358	409
Andre deler av verden: Lavinntektsland	4,532	4,451 – 4,613	116
Andre deler av verden: Lavere middelinntekt	4,597	4,541 – 4,653	240
Andre deler av verden: Øvre middelinntekt	4,528	4,483 – 4,573	383
Andre deler av verden: Høyinntektsland	4,421	4,380 – 4,462	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=23,041$; d.f.=7 og 25 895; $p<0,001$

Tabell 6: Sosial distanse etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert).

Landgrupper (etter VB)	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	3,718	3,710 – 3,725	22 518
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	3,777	3,745 – 3,810	1 219
Nordiske land utenom Norge	3,872	3,824 – 3,919	567
Vest-Europa utenom Norden	3,832	3,776 – 3,887	407
Andre deler av verden: Lavinntektsland	3,799	3,695 – 3,903	116
Andre deler av verden: Lavere middelinntekt	3,959	3,886 – 4,032	239
Andre deler av verden: Øvre middelinntekt	3,892	3,835 – 3,950	384
Andre deler av verden: Høyinntektsland	3,788	3,735 – 3,841	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=19,905$; d.f.=7 og 25 882; $p<0,001$

Tabell 7: Koronahygiene i november og desember 2020 etter deltakelse i datainnsamlingen i juni 2020 og landbakgrunn (delt inn i tre grupper).

Deltok i datainnsamlingen i juni 2020?	Ja		Nei		Antall
	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	
Landgrupper (tredelt)					
Norge	4,397	4,387 – 4,407	4,391	4,371 – 4,411	10 340
Øvrige Norden og Vest-Europa	4,440	4,379 – 4,502	4,340	4,203 – 4,478	270
Andre deler av verden	4,503	4,441 – 4,566	4,510	4,410 – 4,610	304

$F_{\text{LANDGRUPPE} \times \text{DELTAKELSE}} = 0,762$; d.f=2 og 10 908; $p=0,467$

Tabell 8: Sosial distanse i november og desember 2020 etter deltakelse i datainnsamlingen i juni 2020 og landbakgrunn (delt inn i tre grupper).

Deltok i datainnsamlingen i juni 2020?	Ja		Nei		Antall
	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	
Landgrupper (tredelt)					
Norge	3,449	3,436 – 3,462	3,465	3,439 – 3,490	10 340
Øvrige Norden og Vest-Europa	3,613	3,535 – 3,690	3,506	3,334 – 3,678	270
Andre deler av verden	3,583	3,505 – 3,662	3,565	3,440 – 3,691	304

$F_{\text{LANDGRUPPE} \times \text{DELTAKELSE}} = 0,873$; d.f=2 og 10 891; $p=0,418$

Tabell 9: Koronahygiene etter landgruppe (Verdensbanken) og tidspunkt for innsending av skjemaet

Landgrupper etter Verdensbanken	Tidsperiode for retur av skjema	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	Etter første henvendelse	4,363	4,355 – 4,371	12 713
	Etter første puring	4,382	4,371 – 4,393	6 643
	Etter andre puring	4,394	4,378 – 4,410	3 208
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	Etter første henvendelse	4,327	4,293 – 4,361	716
	Etter første puring	4,387	4,336 – 4,438	311
	Etter andre puring	4,356	4,291 – 4,420	196
Nordiske land utenom Norge	Etter første henvendelse	4,347	4,297 – 4,398	321
	Etter første puring	4,388	4,315 – 4,460	154
	Etter andre puring	4,344	4,250 – 4,438	92
Vest-Europa utenom Norden	Etter første henvendelse	4,336	4,276 – 4,397	223
	Etter første puring	4,273	4,194 – 4,352	130
	Etter andre puring	4,322	4,202 – 4,442	56
Andre deler av verden: Lav- og middelinntektsland	Etter første henvendelse	4,541	4,491 – 4,592	317
	Etter første puring	4,568	4,513 – 4,624	262
	Etter andre puring	4,591	4,520 – 4,662	161
Andre deler av verden: Høyinntektsland	Etter første henvendelse	4,458	4,396 – 4,520	213
	Etter første puring	4,401	4,326 – 4,476	145
	Etter andre puring	4,532	4,437 – 4,628	89

$F_{\text{LANDGRUPPE} \times \text{RETURDATO}} = 0,980$; d.f.=10 og 25 891; $p=0,458$

Tabell 10: Sosial distanse etter landgruppe (Verdensbanken) og tidspunkt for innsending av skjemaet.

Landgrupper etter Verdensbanken	Tidsperiode for retur av skjema	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	Etter første henvendelse	3,726	3,716 – 3,736	12 713
	Etter første puring	3,714	3,701 – 3,728	6 643
	Etter andre puring	3,701	3,681 – 3,721	3 208
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	Etter første henvendelse	3,789	3,747 – 3,832	716
	Etter første puring	3,832	3,768 – 3,896	311
	Etter andre puring	3,792	3,711 – 3,873	196
Nordiske land utenom Norge	Etter første henvendelse	3,914	3,851 – 3,977	321
	Etter første puring	3,818	3,727 – 3,910	154
	Etter andre puring	3,892	3,774 – 4,010	92
Vest-Europa utenom Norden	Etter første henvendelse	3,825	3,749 – 3,901	223
	Etter første puring	3,838	3,738 – 3,938	130
	Etter andre puring	3,825	3,673 – 3,976	56
Andre deler av verden: Lav- og middelinntektsland	Etter første henvendelse	3,949	3,885 – 4,013	317
	Etter første puring	3,880	3,810 – 3,950	262
	Etter andre puring	3,924	3,835 – 4,014	161
Andre deler av verden: Høyinntektsland	Etter første henvendelse	3,817	3,739 – 3,895	213
	Etter første puring	3,806	3,712 – 3,900	145
	Etter andre puring	3,793	3,673 – 3,913	89

$F_{\text{LANDGRUPPE} \times \text{RETURDATO}}=0,615$; $d.f.=10$ og $25\ 878$; $p=0,803$

Tabell 11: Bekymring/engstelse for smitteoverføring etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert).

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	5,330	5,313 – 5,347	22 543
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	5,324	5,253 – 5,395	1 221
Nordiske land utenom Norge	5,008	4,984 – 5,192	567
Vest-Europa utenom Norden	5,018	4,895 – 5,140	408
Andre deler av verden: Lavinntektsland	5,369	5,137 – 5,601	113
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	5,368	5,207 – 5,528	237
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	5,309	5,182 – 5,436	380
Andre deler av verden: Høyinntektsland	5,107	4,990 – 5,224	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=8,176$; d.f=7 og 25 901; $p<0,001$

Tabell 12: Pessimisme og problemer med nattesøvnen etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert).

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	2,556	2,540 – 2,573	22 531
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	2,691	2,622 – 2,760	1 221
Nordiske land utenom Norge	2,678	2,577 – 2,778	567
Vest-Europa utenom Norden	2,840	2,722 – 2,959	408
Andre deler av verden: Lavinntektsland	3,531	3,305 – 3,758	112
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	3,434	3,278 – 3,589	237
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	4,378	3,255 – 3,501	380
Andre deler av verden: Høyinntektsland	3,018	2,905 – 3,132	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=61,388$; d.f=7 og 25 888; $p<0,001$

Tabell 13: Psykiske plager (HSCL-5) etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Skala 1-4.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	1,562	1,554 – 1,570	22 523
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	1,635	1,601 – 1,670	1 218
Nordiske land utenom Norge	1,712	1,662 – 1,762	567
Vest-Europa utenom Norden	1,715	1,656 – 1,773	407
Andre deler av verden: Lavinntektsland	1,841	1,729 – 1,952	113
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	1,756	1,679 – 1,834	236
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	1,894	1,833 – 1,955	380
Andre deler av verden: Høyinntektsland	1,725	1,668 – 1,781	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=34,543$; $d.f.=7$ og $25\ 876$; $p<0,001$

Tabell 14: Økning eller reduksjon i bruk av digitale media etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og aldersgruppe. Skala -1 til +1.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	0,239	0,233 – 0,245	22 528
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	0,280	0,254 – 0,306	1 222
Nordiske land utenom Norge	0,307	0,269 – 0,345	567
Vest-Europa utenom Norden	0,360	0,315 – 0,404	408
Andre deler av verden: Lavinntektsland	0,185	0,100 – 0,269	114
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	0,256	0,197 – 0,315	237
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	0,273	0,226 – 0,319	380
Andre deler av verden: Høyinntektsland	0,333	0,291 – 0,376	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=9,386$; $d.f.=7$ og $25\ 888$; $p<0,001$

Tabell 15: Økning eller reduksjon i sosialt samvær innendørs etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Skala -1 til +1.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	-0,824	-0,829 / -0,820	22 525
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	-0,821	-0,840 / -0,802	1 220
Nordiske land utenom Norge	-0,847	-0,875 / -0,820	567
Vest-Europa utenom Norden	-0,835	-0,868 / -0,803	407
Andre deler av verden: Lavinntektsland	-0,751	-0,813 / -0,689	113
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	-0,783	-0,826 / -0,740	236
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	-0,805	-0,839 / -0,772	379
Andre deler av verden: Høyinntektsland	-0,785	-0,816 / -0,753	445

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=2,751$; d.f=7 og 25 878; $p<0,01$

Tabell 16: Økning eller reduksjon i samvær utendørs etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Skala -1 til +1.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	-0,180	-0,189 / -0,170	22 482
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	-0,197	-0,236 / -0,158	1 218
Nordiske land utenom Norge	-0,294	-0,351 / -0,237	567
Vest-Europa utenom Norden	-0,270	-0,337 / -0,203	407
Andre deler av verden: Lavinntektsland	-0,611	-0,738 / -0,483	112
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	-0,527	-0,615 / -0,439	234
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	-0,457	-0,527 / -0,388	378
Andre deler av verden: Høyinntektsland	-0,249	-0,313 / -0,185	446

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=25,420$; d.f=7 og 25 830; $p<0,001$

Tabell 17: Holdning til myndighetenes innsats – «For strenge inngrep» etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Skala fra 1 til 7.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	2,260	2,243 – 2,276	22 500
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	2,290	2,221 – 2,359	1 220
Nordiske land utenom Norge	2,592	2,491 – 2,693	565
Vest-Europa utenom Norden	2,465	2,346 – 2,583	408
Andre deler av verden: Lavinntektsland	2,809	2,584 – 3,035	113
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	2,622	2,465 – 2,778	235
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	2,683	2,559 – 2,806	378
Andre deler av verden: Høyinntektsland	2,598	2,484 – 2,712	445

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=22,765$; $d.f.=7$ og 25 850; $p<0,001$

Tabell 18: Holdning til myndighetenes innsats – «For lite og for seint» etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Skala fra 1 til 7.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	2,816	2,795 – 2,837	22 498
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	2,987	2,899 – 3,074	1 223
Nordiske land utenom Norge	2,571	2,443 – 2,699	566
Vest-Europa utenom Norden	2,880	2,729 – 3,030	408
Andre deler av verden: Lavinntektsland	2,564	2,278 – 2,851	113
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	3,077	2,880 – 3,275	238
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	2,939	2,783 – 3,095	380
Andre deler av verden: Høyinntektsland	2,846	2,701 – 2,990	445

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=5,886$; $d.f.=7$ og 25 857; $p<0,001$

Tabell 19: Holdning til myndighetenes innsats – «Rådene har vært gode» etter landgruppe (Verdensbanken) justert for kjønn og alder (gruppert). Skala fra 1 til 7.

Landgrupper etter Verdensbanken	Gjennomsnitt	95 % Konfidensintervall	Antall
Norge, begge foreldre født i Norge	5,398	5,380 – 5,417	22 508
Norge, minst en av foreldrene født i annet land	5,331	5,255 – 5,407	1 223
Nordiske land utenom Norge	5,195	5,084 – 5,306	566
Vest-Europa utenom Norden	5,301	5,171 – 5,431	408
Andre deler av verden: Lavinntektsland	5,391	5,145 – 5,638	114
Andre deler av verden: Nedre middelinntektsland	5,335	5,164 – 5,506	237
Andre deler av verden: Øvre middelinntektsland	5,477	5,342 – 5,612	380
Andre deler av verden: Høyinntektsland	5,239	5,114 – 5,364	445

$F_{\text{LANDGRUPPE}}=3,495$; d.f=7 og 25 867; $p<0,001$

Vedlegg 2: Landbakgrunn – ulike inndelinger

Inndeling i samsvar med den som er utviklet av Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (Global Burden of Disease - GBD)

Født i Norge, Norske foreldre

De som er født i Norge og med foreldre som også er født i Norge utgjør en egen kategori

Født i Norge, minst én av foreldrene født i annet land

De som er født i Norge, men der minst en av foreldrene er født i et annet land, utgjør også en egen kategori

Nordiske land (utenom Norge)

Danmark
Island
Finland
Færøyene
Sverige

Vest-Europa (utenom Norden)

Belgia
Frankrike
Hellas
Irland
Israel (Det er bare etter GBD-inndelingen at Israel inngår i Europa)
Italia
Kypros
Malta
Monaco
Nederland
Portugal
Spania
Storbritannia
Sveits
Tyskland
Østerrike

Høg-inntektsland (utenom Vest-Europa)

Argentina
Australia
Canada
Chile
Japan
New Zealand
Singapore

Sør-Korea
Uruguay
USA

Sentral-Europa

Albania
Bosnia-Hercegovina
Kroatia
Montenegro
Nord-Makedonia
Polen
Romania
Serbia
Slovakia
Tsjekkia
Ungarn

Øst-Europa og Sentral-Asia

Armenia
Bulgaria
Estland
Kasakhstan
Kosovo
Latvia
Litauen
Moldova
Mongolia
Russland
Tadsjikistan
Turkmenistan
Ukraina
Usbekistan

Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia, Oseania

Bangladesh
Bhutan
Filippinene
India
Indonesia
Kambodsja
Kina
Malaysia
Myanmar (Burma)
Nepal
Pakistan
Papua Ny-Guinea
Sri Lanka
Taiwan
Thailand
Vietnam

Nord-Afrika og Midtøsten

Afghanistan
Algerie
Egypt
Irak
Iran
Kuwait
Libanon
Libya
Marokko
Saudi-Arabia
Sudan
Syria
Tunisia
Tyrkia

Afrika sør for Sahara

Angola
Burundi
Elfenbenskysten
Eritrea
Eswatini (Swaziland)
Etioopia
Gambia
Ghana
Kamerun
Kapp Verde
Kenya
Komorene
Kongo, Den demokratiske republikken
Kongo, Republikken
Liberia
Madagaskar
Malawi
Mosambik
Nigeria
Rwanda
Sao Tome og Principe
Sierra Leone
Somalia
Sør-Afrika
Tanzania
Togo
Uganda
Zambia
Zimbabwe

Latin-Amerika og Karibia

Bolivia
Brasil
Colombia
Costa Rica
Cuba
Den Dominikanske Republikk
Ecuador
El Salvador
Guatemala
Mexico
Panama
Peru
Venezuela

Inndeling i samsvar med en av Statistisk Sentralbyrås inndelinger (SSB)

Kategoriene Norge med foreldre født i Norge, Norge med minst en av foreldrene født i annet land, Norden (utenom Norge) og Vest-Europa (utenom Norden) er de samme som etter GBD-inndeling med bare ett unntak. Israel inngår der i Vest-Europa (utenom Norden).

Øvrige kategorier:

Sentral- og Øst-Europa

Albania
Bosnia-Hercegovina
Bulgaria
Estland
Kosovo
Kroatia
Latvia
Litauen
Moldova
Montenegro
Nord-Makedonia
Polen
Romania
Russland
Serbia
Slovakia
Tsjekkia
Ukraina
Ungarn

Midtøsten utenom Afrika, Sentral-Asia, Israel, Pakistan og Tyrkia

Afghanistan
Armenia
Irak
Iran
Israel
Kasakhstan
Kuwait
Libanon
Mongolia
Pakistan
Saudi-Arabia
Syria
Tadsjikistan
Turkmenistan
Tyrkia
Usbekistan

Sør- og Øst-Asia (Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia)

Bangladesh
Bhutan
Filippinene
India
Indonesia
Japan
Kambodsja
Kina
Malaysia
Myanmar (Burma)
Nepal
Singapore
Sri Lanka
Sør-Korea
Taiwan
Thailand
Vietnam

Afrika

Algerie
Angola
Burundi
Egypt
Elfenbenskysten
Eritrea
Eswatini (Swaziland)
Etioopia
Gambia
Ghana
Kamerun
Kapp Verde
Kenya
Komorene
Kongo, Den demokratiske republikken
Kongo, Republikken
Liberia
Libya
Madagaskar
Malawi
Marokko
Mosambik
Nigeria
Rwanda
Sao Tome og Principe
Sierra Leone
Somalia
Sudan
Sør-Afrika

Tanzania
Togo
Tunisia
Uganda
Zambia
Zimbabwe

Nord-Amerika og Oseania

Australia
Canada
New Zealand
Papua Ny-Guinea
USA

Latin-Amerika og Karibia

Argentina
Bolivia
Brasil
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Den Dominikanske Republikk
Ecuador
El Salvador
Guatemala
Mexico
Panama
Peru
Uruguay
Venezuela

Inndeling i samsvar med Verdensbankens kategorisering (WB)

Kategoriene Norge med foreldre født i Norge, Norge med minst en av foreldrene født i annet land, Norden (utenom Norge) og Vest-Europa (utenom Norden) er de samme som etter GBD-inndeling med bare ett unntak. Israel inngår der i Vest-Europa (utenom Norden).

Øvrige kategorier:

Lavinntektsland

Afghanistan
Burundi
Eritrea
Etiopia
Gambia
Kongo, Den demokratiske republikken
Liberia
Madagaskar
Malawi
Mosambik
Rwanda
Sierra Leone
Somalia
Sudan
Syria
Tadsjikistan
Togo
Uganda

Mellominntektsland, lavere del

Algerie
Angola
Bangladesh
Bhutan
Bolivia
Egypt
El Salvador
Elfenbenskysten
Eswatini (Swaziland)
Filippinene
Ghana
India
Kambodsja
Kamerun
Kapp Verde
Kenya
Komorene
Kongo, Republikken
Marokko

Moldova
Mongolia
Myanmar (Burma)
Nepal
Nigeria
Pakistan
Papua Ny-Guinea
Sao Tome og Principe
Sri Lanka
Tanzania
Tunisia
Ukraina
Usbekistan
Vietnam
Zambia
Zimbabwe

Mellominntektsland, høyere del

Albania
Argentina
Armenia
Bosnia-Hercegovina
Brasil
Bulgaria
Colombia
Costa Rica
Cuba
Den Dominikanske Republikk
Ecuador
Guatemala
Indonesia
Irak
Iran
Kasakhstan
Kina
Kosovo
Libanon
Libya
Malaysia
Mexico
Montenegro
Nord-Makedonia
Peru
Russland
Serbia
Sør-Afrika
Thailand
Turkmenistan
Tyrkia
Venezuela

Høyinntektsland

Australia
Canada
Chile
Estland
Israel
Japan
Kroatia
Kuwait
Latvia
Litauen
New Zealand
Panama
Polen
Romania
Saudi-Arabia
Singapore
Slovakia
Sør-Korea
Taiwan
Tsjekkia
Ungarn
Uruguay
USA

Vedlegg 3: Landbakgrunn – koronahygiene og sosial distanse mot ulike inndelinger

5.1 Koronahygiene etter inndeling fra Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (GBD)

Som nevnt i metodekapittelet har vi laget tre ulike systemer for å grupper land. For å vurdere hvor godt de tre inndelingene fungerer, har vi analysert landgrupperingene mot de to sumskårene vi har konstruert, nemlig «Koronahygiene» og «Sosial distanse». En godt fungerende inndeling er en inndeling som forklarer en størst mulig andel av variansen i utfallsvariablene og som gir resultater som er meningsfulle.

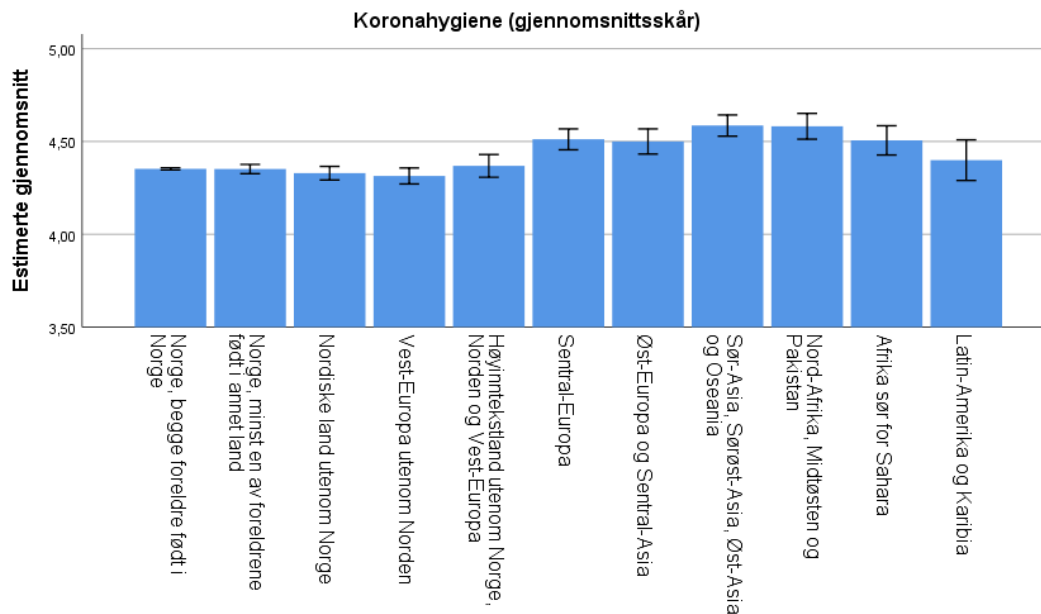
Fig. V3-1 (og Tabell 1 i Vedlegg 1) viser koronahygiene etter landbakgrunn når vi for landene utenfor Vest-Europa har benyttet inndelingen som er basert på en som tidligere er utviklet av Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle. Det er justert for kjønn og aldersgrupper. Gjennomsnitts-skårene ligger alle høyt og varierer relativt lite. Gjennomsnittene varierer fra omtrent 4,3 til omtrent 4,6. Dette betyr at koronahygiene er god i alle grupper. Vi skal likevel se litt nærmere på forskjellene.

Forskjellen mellom den regionen som har høyest skår («Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia og Oseania») og den som har lavest skår (Vest-Europa utenom Norden) tilsvarer en Cohens d på 0,59, med andre ord en middels stor forskjell. Cohens d fungerer slik at når variasjonen (standardavviket) på en variabel er lite, blir forskjellene større enn når variasjonen er stor. Det er derfor Cohens d blir såpass stor, selv om distansen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt på skalaen som er brukt er liten (0,272).

Vi har kjørt separate analyser der vi har latt være å justere for andre prediktorer. Da blir forskjellen mellom høyeste og laveste skår noe større og tilsvarer en Cohens d på 0,66. Men mønsteret av forskjeller mellom land er likevel det samme.

Ovenfor slo vi fast at skåren er høy og koronahygiene altså god i alle grupper definert ved landbakgrunn. Men det er tre andre funn som også er interessante i Fig. V3-1 (Tabell 1 i Vedlegg 1). Vi observerer svært små forskjeller mellom Norge, Norden utenom Norge, Vest-Europa utenom Norden og høyinntektsland i resten av verden. Det er også små forskjeller mellom fem av de øvrige regionene. De ligger alle signifikant høyere enn de som er født i Norge og som har norske foreldre. Latin-Amerika og Karibia er den eneste regionen som avviker fra dette mønsteret, men det er verdt å legge merke til at det er denne regionen som har det laveste antallet observasjoner ($n=62$) og estimatet dermed mindre presist enn for de andre regionene.

Figur V3-1: Koronahygiene etter landbakgrunn (etter Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle) justert for kjønn og alder (gruppert). Gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall. Skala 1-5. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



5.2 Koronahygiene etter inndeling basert på kategorisering brukt av Statistisk sentralbyrå (SSB)

Fig. V3-2 (og Tabell 2 i Vedlegg 1) viser koronahygiene etter landbakgrunn når vi for landene utenom Vest-Europa har benyttet inndelingen som er basert på en av inndelingene som tidligere er blitt benyttet av Statistisk sentralbyrå. Også her er det justert for kjønn og aldersgruppe. Den minste gruppen er de som kommer fra Latin-Amerika og Karibia med 93 observasjoner. Av regionene utenom Vest-Europa kommer Nord-Amerika og Oseania ut med gjennomsnittsskår (4,33) som er på samme nivå som de som er fra Norge og som har norske foreldre (4,35). Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,56. Ujustert ble Cohens d for høyeste mot laveste skår 0,66.

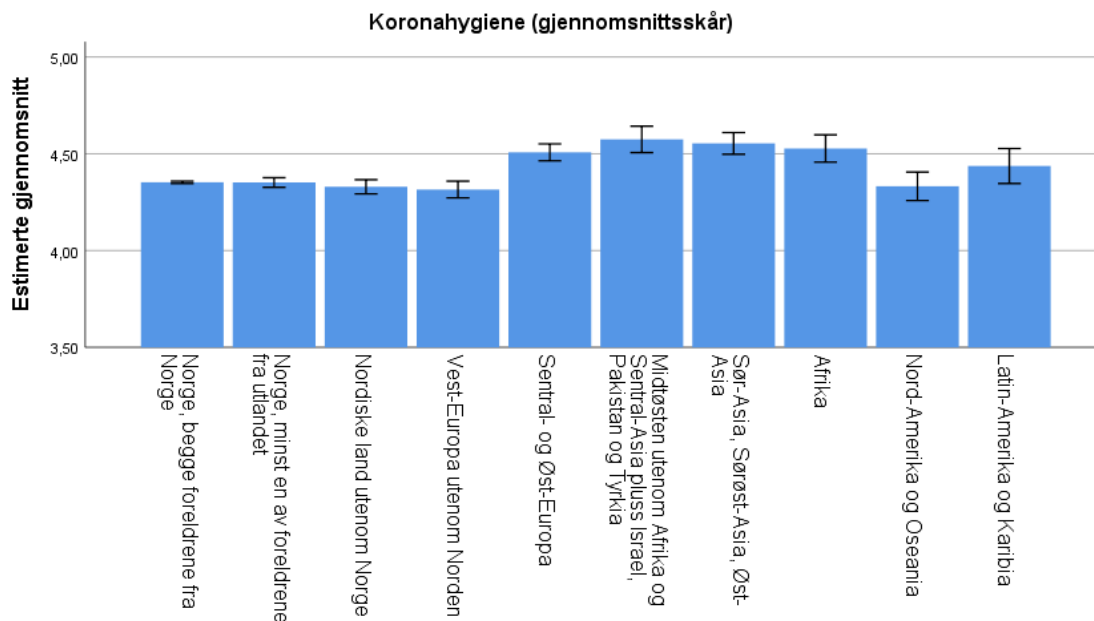
For øvrig er mønsteret svært likt det vi så når vi benyttet GBD-inndelingen. De som er født i landene utenfor Vest-Europa har jevnt over høyere gjennomsnittlig skår på koronahygiene enn de som er født i Vest-Europa. Nord-Amerika og Oseania, som nå er blitt en egen kategori, kommer ut med tall som ligger nær de Vesteuropiske tallene. Det kommer av at denne kategorien omfatter USA, Canada, Australia og New Zealand, land som etter GBD-inndelingen inngikk i kategorien «Høyinntektsland utenom Norge, Norden og Vest-Europa».

Latin-Amerika og Karibia omfatter i den SSB-inspirerte inndelingen landene Chile, Argentina og Uruguay, som i GBD-inndelingen inngikk i kategorien «Høy-inntektsland utenom Norge, Norden og Vest-Europa». Latin-Amerika og Karibia har nå oppnådd en litt høyere gjennomsnittsskår, men konfidensintervallet er fremdeles så stort at skåren

overlapper alle andre regioner enn «Norge og begge foreldre fra Norge» og «Vest-Europa utenom Norden».

Igen finner vi at de som kommer fra de rike landene kommer dårligere ut enn resten av verden.

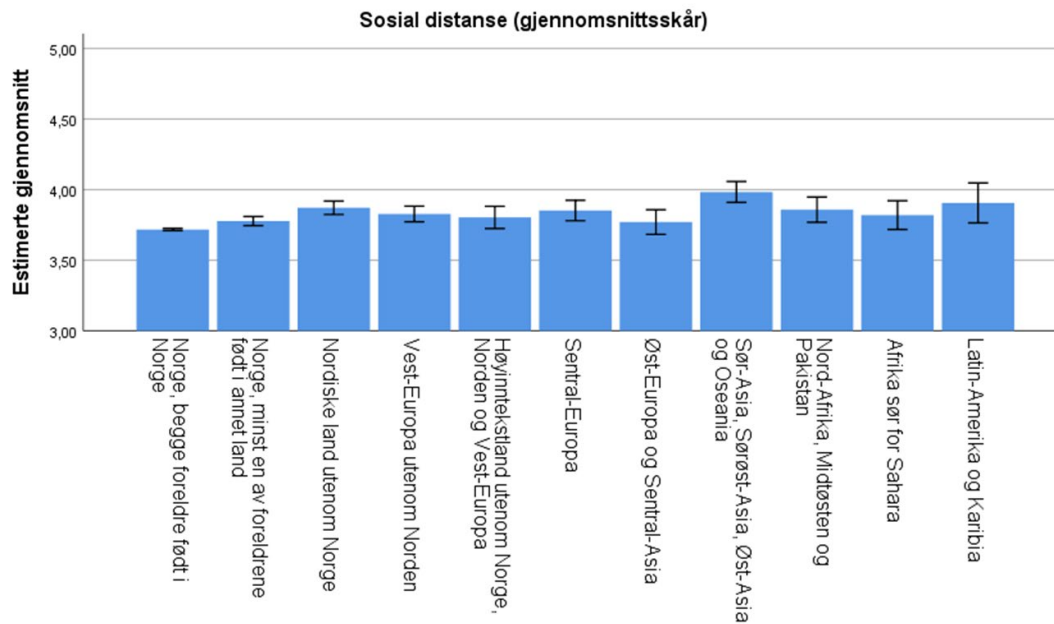
Figur V3-2: Koronahygiene etter landbakgrunn (SSB) justert for kjønn og alder (gruppert). Gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall. Skala 1-5. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



5.3 Sosial distanse etter inndeling fra Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle (GBD)

Laveste gjennomsnittlig skår på sosial distanse har de som er født i Norge av norske foreldre (Fig. V3-3; Tabell 3 i Vedlegg 1). De fleste regioner ligger signifikant høyere. Unntakene er «Øst-Europa og Sentral-Asia» og «Afrika sør for Sahara». Forskjellen i gjennomsnittsskår mellom de som er født i Norge av norske foreldre og de som er født i regionen med høyest gjennomsnitt (Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Asia og Oseania) tilsvarer en Cohens d på 0,46. Dette er så vidt lavere enn forskjellen mellom de samme gruppene ujustert for kjønn og alder (0,49) og litt høyere enn ved justering for kjønn, alder og utdanning (0,43). Forskjellene på tvers av landgrupper endrer seg svært lite ved justering for andre prediktorer.

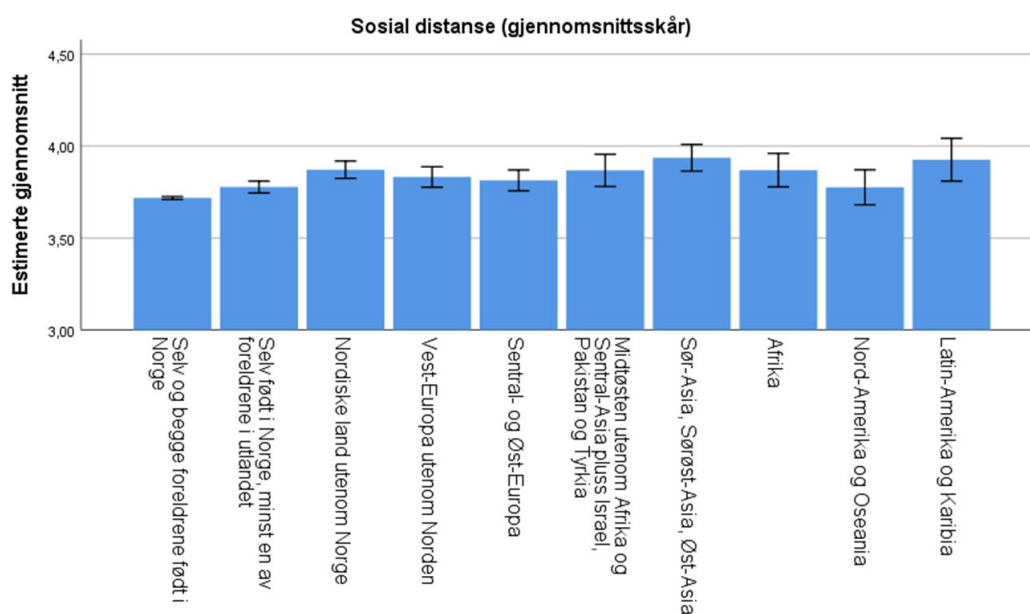
Figur V3-3: Sosial distanse etter landbakgrunn (GBD) justert for kjønn og alder (gruppert). Gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall. Skala 1-5. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



5.4 Sosial distanse etter inndeling fra Statistisk sentralbyrå (SSB)

Også her observerer vi at laveste gjennomsnittlig skår på sosial distanse har de som er født i Norge av norske foreldre (Fig. V3-4; Tabell 4 i Vedlegg 1). De fleste regioner ligger signifikant høyere. Unntakene her er «Nordiske land utenom Norge» og «Nord-Amerika og Oseania» som begge kan betraktes som høyinntektsregioner. De som er født i øvrige regioner ligger gjennomsnittlig høyere. Høyeste mot laveste verdi tilsvarer en Cohens d på 0,42. Hvis vi ikke justerer for kjønn og alder er forskjellen 0,44. Hvis vi i tillegg til å justere for kjønn og alder også justerer for utdanning, er Cohens d 0,40. Men fortolkningen av resultatene er temmelig like, uansett justering eller ikke justering for andre prediktorer.

Figur V3-4: Sosial distanse etter landbakgrunn (SSB) justert for kjønn og alder (gruppert). Gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall. Skala 1-5. Bare et utsnitt av Y-aksen vises. Dette for at en lettere skal kunne se forskjellene mellom gruppene.



5.5 Sammenligning av de tre inndelingene i landgrupper

En måte å vurdere landgruppeinndelingene på, er å se hvor mye variasjon (varians) de forklarer i utfallsvariabler på individnivå. Siden hele 91,7 % av deltakerne i studien er født i Norge, vil forklart varians bli svært lav når alle disse tas med i analysene. Vi har derfor ekskludert alle som er født i Norge fra sammenligningene.

- Inndelingen som er basert på en kategorisering utviklet av Det globale sykdomsbyrdesenteret i Seattle gir en eta-verdi på 0,225 (forklart varians 5,1 %) for koronahygiene og 0,098 (forklart varians 1,0 %) for sosial distanse.
- Inndelingen som er basert på en av Statistisk sentralbyrås inndelinger gir en eta-verdi på 0,220 (forklart varians 4,8 %) for koronahygiene og 0,092 (forklart varians 0,8 %) for sosial distanse.
- Verdensbankens inndeling gir en eta-verdi på 0,215 (4,6 % forklart varians) for koronahygiene og 0,099 (1,0 % forklart varians) for sosial distanse.

Forklart varians er uansett temmelig lav, særlig for sosial distanse, og varierer ikke mye over de tre inndelingene i landgrupper. Antall kategorier er derimot forskjellig. Flest grupper har GBD-inndelingen. Når vi ikke regner med noen av de Vest-europeiske gruppene er tallet sju. SSB-inndelingen gir seks grupper utenom Vest-Europa, mens inndelingen som er basert på Verdensbanken gir fire. Hvis grupperingene med flere land gav mer forklart varians i utfallsvariablene, kunne dette være et argument for å beholde en slik mer detaljert inndeling. Men forskjellen er ikke stor.

Siden inndelingen i landgrupper utenom Vest-Europa etter Verdensbankens kategorier forteller omtrent samme historien som de to andre inndelingene, og siden antall grupper er færre og dermed inneholder jevnt over litt flere observasjoner per gruppe, skal vi i fortsettelsen benytte Verdensbankens inndeling.

Vedlegg 4: Analyser av seleksjon

5.6 Seleksjon fra juni til november/desember 2020 i Agder og Nordland

Når vi sammenligner koronahygiene og sosial distanse blant de som er norskfødte og har norske foreldre med andre grupper født i utlandet, kommer de sistnevnte gruppene like bra eller bedre ut enn de norskfødte. Vi finner at koronahygiene generelt er bedre blant de som kommer fra ikke-europeiske land og fra land der inntektsnivået ikke er høyt.

En mulig feilkilde er seleksjon. Det kan tenkes at det er de som har den mest forsvarlige smitte-relaterte atferden som er mest tilbøyelige til å delta i datainnsamlingene. En viktig begrensning ved undersøkelsen var at spørreskjemaet bare var tilgjengelig på norsk. Dersom oppslutningen var lavere blant de som hadde utenlandsk bakgrunn, kan dette bidra til å gi et uriktig bilde av disse gruppene.

Det at vi har hatt to etterfølgende datainnsamlinger i to av fylkene, i Agder og Nordland, gir oss noen muligheter til å undersøke i hvilken grad seleksjon kan tenkes å forklare de forskjellene vi har funnet mellom grupper med ulik landbakgrunn. Ved datainnsamlingen i juni var det med færre spørsmål om koronahygiene og sosial distanse enn det vi hadde med i november, og vi benyttet en enklere skala med bare tre svaralternativer. Vi fant de samme to dimensjonene, en hygienedimensjon og en sosial distansedimensjon og konstruerte derfor to gjennomsnittsskårer, slik vi også gjorde i dataene fra november 2020. Skalaen som ble brukt i juni 2020 varierer fra 1 til 3.

Blant de 11 953 som deltok i koronaundersøkelsen i Agder og Nordland i juni 2020, var det 8 763 (73,3 %) som deltok og 3 190 (26,7 %) som ikke deltok ved datainnsamlingen i november/desember 2020. Gjennomsnittlig skår på koronahygiene, slik det ble målt i juni 2020 var 2,13 blant de som deltok i november og 2,15 blant de som ikke deltok. Gjennomsnittlig hygieneskår blant de som ikke deltok i november/desember var med andre ord gjennomsnittlig litt bedre enn blant de som deltok. I den grad dette kan tolkes som uttrykk for en seleksjon, går den med andre ord i «feil» retning. Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,08 og en eta på 0,036 ($p < 0,001$). Forskjellen er statistisk signifikant ($p < 0,001$), men er uansett svært liten. Seleksjonen, som altså gikk i motsatt retning av det vi forventet, var uansett minimal.

Tilsvarende analyser på sosial distanse viste en litt høyere (bedre) skår i juni blant de som deltok i november/desember enn blant de som ikke deltok. Forskjellen tilsvarte imidlertid en Cohens d på bare 0,06 og en eta på bare 0,027. Selv om også denne forskjellen er statistisk signifikant ($p < 0,01$), er den svært liten, og tyder ikke på vesentlig noen seleksjon.

Siden det ikke ble spurt om landbakgrunn før den siste datainnsamlingen (november 2020) er det umulig å se på interaksjonen mellom deltakelse i november/desember 2020 og landbakgrunn (med atferdsvariabler målt i juni 2020 som kriterievariabler). Alt vi har kunnet beskrive i denne delen dreier seg derfor bare om mulig seleksjon i totalmaterialet. Vi kan bare fastslå at de som deltok i datainnsamlingen i november hadde omtrent samme skår på koronarelatert atferd i juni som de som ikke deltok i november/desember.

5.7 Seleksjon i juni 2020 i Agder og Nordland

Helst skulle vi målt koronahygiene og sosial distanse allerede ved Folkehelseundersøkelsene i Agder og Nordland ved datainnsamlingene der før koronapandemien brøt ut. Da kunne vi sett om de som deltok i datainnsamlingen i juni 2020 var en selektert gruppe i forhold til alle de som deltok i folkehelseundersøkelsene. Men av forståelige grunner var det ikke så enkelt å måle atferd som skulle beskytte mot koronapandemien før pandemien hadde startet.

Vi kan imidlertid nærme oss problematikken fra en litt annen vinkel. Datainnsamlingen i november 2020 omfattet nemlig både inviterte som hadde deltatt og inviterte som ikke hadde deltatt i datainnsamlingen i juni 2020. Blant de som deltok i juni 2020 var gjennomsnittlig skår på koronahygiene i november/desember (skala 1-5) 4,401. Omtrent samme gjennomsnitt (4,395) hadde de som ikke deltok (Cohens $d=0,01$; $eta=0,005$; $p=0,609$).

Forskjellen i skår på sosial distanse i november/desember mellom de som deltok og de som ikke deltok i juni 2020 var også nær null (Cohens $d=0,02$; $eta=0,009$; $p=0,326$). Heller ikke disse analysene tyder på at det fant sted noen seleksjon.

Nå skal vi se på om forskjellen mellom de som deltok og de som ikke deltok i juni 2020 varierer med landbakgrunn. Vi benytter en sterkt forenklet variabel for landbakgrunn som bare skiller mellom tre grupper: (i) De som er født i Norge, (ii) de som er født i Norden eller i Vest-Europa utenom Norge og (iii) de som er født i andre deler av verden. Denne grovinndelingen var nødvendig for å få større grupper.

Resultatet av analysen er vist i Fig. V4-1 (Tabell 7 i Vedlegg 1). Det viser seg at interaksjonseffekten mellom deltakelse i juni 2020 og landgruppe ikke er signifikant med hygieneskår i november 2020 som utfallsvariabel ($p=0,467$). Blant de som er født i Norge og blant de som er født i andre deler av verden enn Norge, Norden og Vest-Europa er der ingen forskjell mellom deltakere og ikke-deltakere i juni 2020 på skår i november. Blant de som er født i Norden utenom Norge og Vest-Europa skårer de som deltok litt høyere enn de som ikke deltok. Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,21, men forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p=0,156$).

Vi fant ingen tegn på seleksjon i juni 2020 i totalmaterialet. Vi fikk heller ikke bekreftet noen ulikhet i seleksjon mellom landgrupper. Det kanskje viktigste er at vi ikke ser det minste tendens til seleksjon blant de som kommer fra land utenfor Norge, Norden og Vest-Europa.

Fig. V4-2 (Tabell 8 i Vedlegg 1) viser helt tilsvarende analyser med sosial distanse som kriterievariabel. Interaksjonseffekten mellom deltakelse i juni 2020 og landgruppe er ikke signifikant med sosial distanseskår i november/desember 2020 som utfallsvariabel ($p=0,418$). Blant de som er født i Norge og blant de som er født i andre deler av verden enn Norge, Norden og Vest-Europa er der ingen forskjell mellom de som deltok og de som ikke deltok i juni 2020. Blant de som er født i Vest-Europa (utenom Norge og Norden) skårer de som deltok litt høyere enn de som ikke deltok. Forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,18, men forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p=0,156$).

Vi fant ingen tegn på seleksjon etter deltakelse i datainnsamlingen i juni 2020 i totalmaterialet. Heller ikke her fikk vi bekreftet noen ulikhet i seleksjon mellom landgrupper. Det viktigste er at vi ikke ser noen tendens til seleksjon blant de som var fra land utenom Norge- og Vest-Europa.

Figur V4-1: Koronahygiene (november og desember 2020) etter deltakelse i undersøkelsen i juni 2020 og landbakgrunn (tre grupper). Skala 1-5. Hel og ekspandert y-akse.

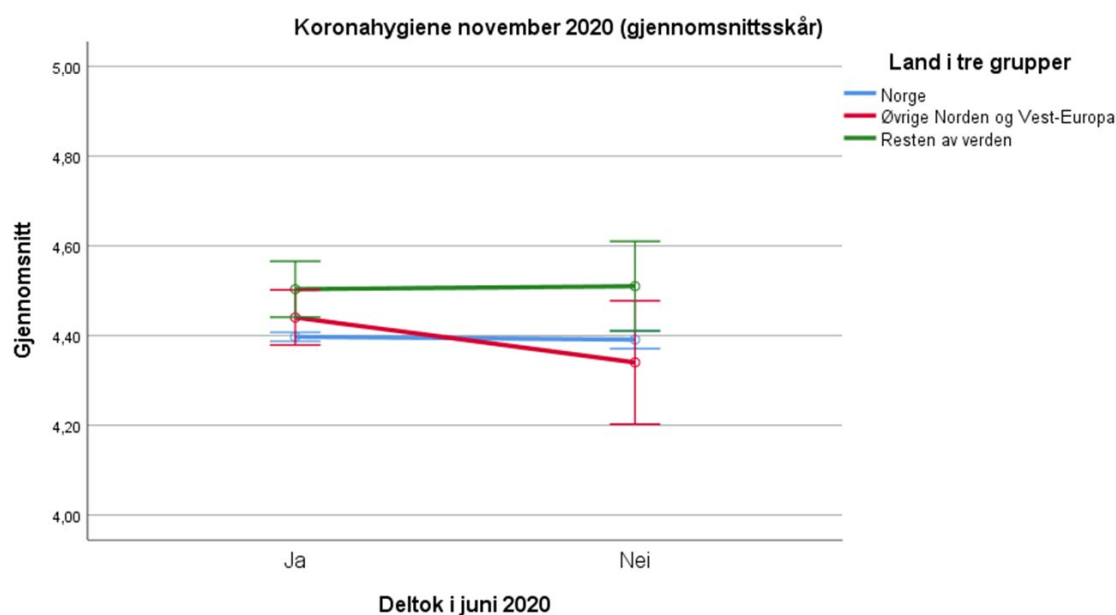
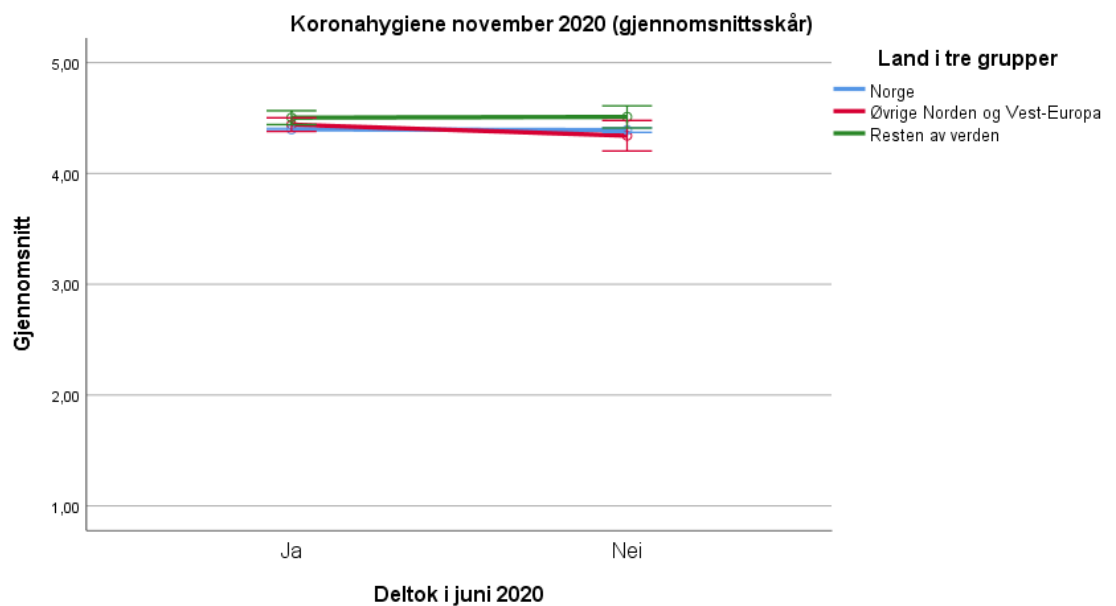
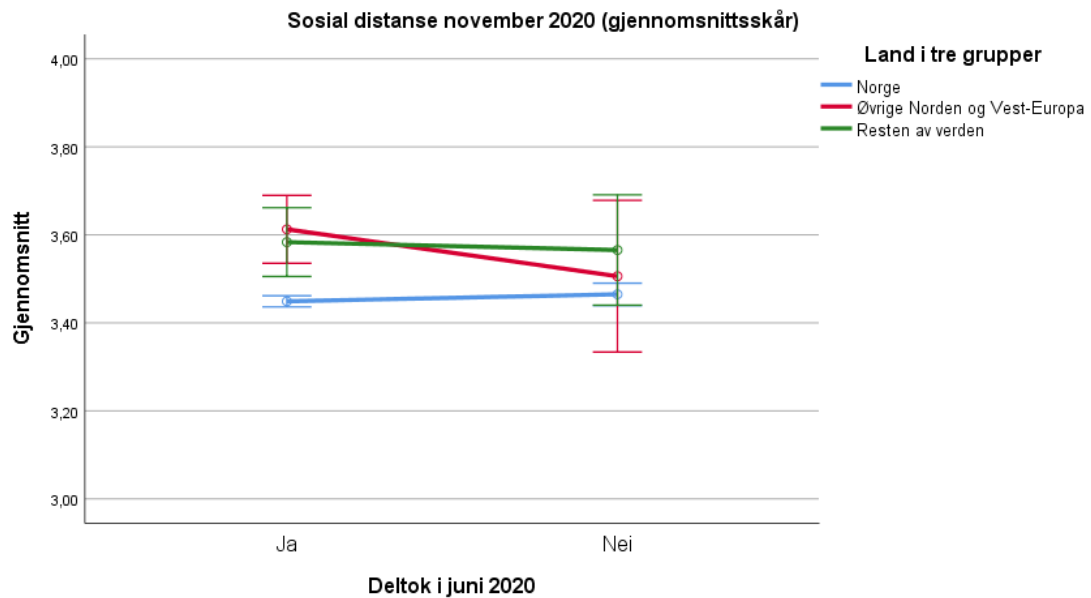
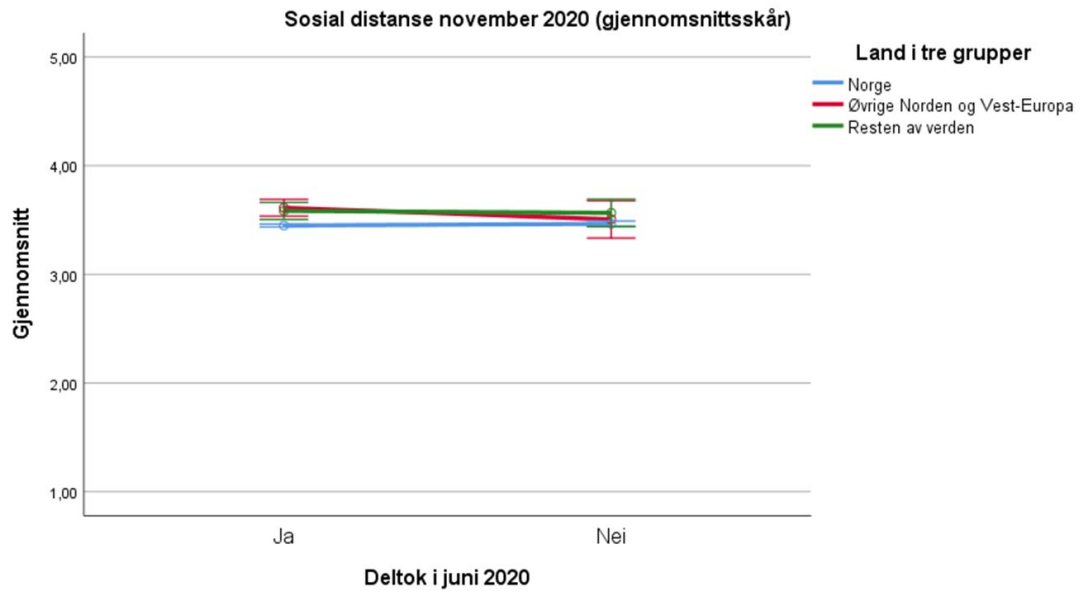


Fig. V4-2: Sosial distanse (november og desember 2020) etter deltakelse i undersøkelsen i juni 2020 og landbakgrunn (tre grupper). Skala 1-5. Hel og ekspandert y-akse.



5.8 Responstid og koronarelatert atferd

Innen survey-forskningen finnes det en teori om relasjonen mellom reponstid (om en svarer på et spørreskjema etter første henvendelse eller etter en eller flere purringer) og utfallsmål. Den kalles «Continuum of Resistance»-modellen. En antar at det å ha «motstand» mot å delta i en undersøkelse kan ha sammenheng med det en måler. En antar videre at dersom det foreligger en seleksjonsbias, bør denne komme til syne ved å sammenligne de som svarer med en gang med de som svarer først etter en eller flere purringer. Det antas at som svarer seint ligner mer enn de som svarer tidlig på de som ikke svarer. Det finnes studier som har vist forskjeller mellom de som svarer tidlig eller seint og ulike utfallsvariabler. Clarsen og medarbeidere har analysert data fra Folkehelseundersøkelsen i Hordaland i 2018 og funnet svært liten eller ingen forskjell mellom de som svarte tidlig og de som svarte seint på et sett av utfallsvariabler (Clarsen et al, 2021). En kan likevel ikke si noe sikkert om hvor store forskjellene var mellom de som tross alt deltok i undersøkelsen og de som ikke deltok. Men kanskje tyder resultatene på at forskjellene ikke er så store som en kunne frykte.

Vi har delt de som svarte på datainnsamlingen i fire fylker i november og desember 2020 inn i tre grupper, alt etter når de svarte på skjemaet. Siden både den første utsendelsen av skjemaet og purringene skjedde på litt forskjellige datoer i fylkene, tok vi hensyn til dette ved inndelingen i grupper:

- (i) Svarte etter første henvendelse. Oslo og Vestland: 18.-19. november; Agder og Nordland: 19.-22. november
- (ii) Svarte etter første purring. Oslo og Vestland: 20.-26. november; Agder og Nordland 23.-29. november
- (iii) Svarte etter andre purring. Oslo og Vestland: 27. november-4. desember; Agder og Nordland: 30. november-4. desember.

For at antall observasjoner i gruppene ikke skal bli for lavt, har vi i disse analysene slått sammen lav- og middelinntektslandene til én gruppe.

Analyser mot koronahygiene og sosial distanse viste ingen negativ seleksjon i totalmaterialet. Gjennomsnittsskåren på koronahygiene økte svakt fra første til siste gruppe tilsvarende en Cohens d på 0,08 (gjennomsnittsverdier på de tre tidspunktene var 3,37, 3,39 og 3,40; $p < 0,001$). Gjennomsnittsskåren på sosial distanse gikk ned fra første til siste gruppe med en distanse som tilsvarer en Cohens d på 0,03 (gjennomsnittsverdiene på de tre tidspunktene var 3,74, 3,73 og 3,72; $p = 0,199$). Det at forskjellene er svært små og at de gikk i hver sin retning tyder ikke på noen klar seleksjon.

Når de som svarer etter purringer ikke skiller seg nevneverdig fra de som svarer med en gang, kan en håpe at dette ville være tilfelle også hvis en fikk enda flere til å svare. Dette kan vi selvsagt ikke vite med sikkerhet. Egne undersøkelser blant de som ikke vil delta i slike undersøkelser kunne kaste mer lys over effektene av frafall.

Det mest avgjørende spørsmålet i vår sammenheng er om sammenhengen mellom tidspunktene for innsendelse av skjemaet og utfallsvariabler var ulike over landgrupper. Det fant vi ingen holdepunkter for. Interaksjonen mellom landgruppe (inndelt etter Verdensbanken) og forskjeller over de tre responsgruppene med hensyn til koronahygiene var ikke signifikant med en p -verdi på 0,458 (Fig. V4-3, tabell 9 i Vedlegg 1). Interaksjonen mellom tidspunkt for innsendelse av skjemaet og landbakgrunn med sosial distanse som utfallsmål var heller ikke statistisk signifikant ($p = 0,803$) (Fig. V4-4, tabell 10 i Vedlegg 1).

Vi fant med andre ord ingen støtte for antakelsen om seleksjon i totalmaterialet. Vi fant heller ikke her støtte for at seleksjonen skulle variere med landbakgrunn.

Figur V4-3: Koronahygiene etter tidspunkt for innsendelse av skjemaet. Skala 1-5.
Hel og ekspandert y-akse.

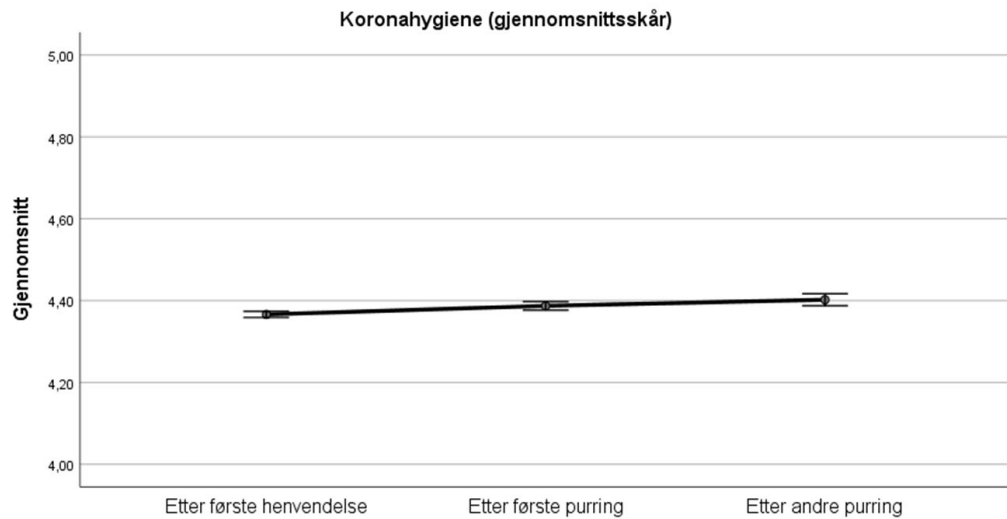
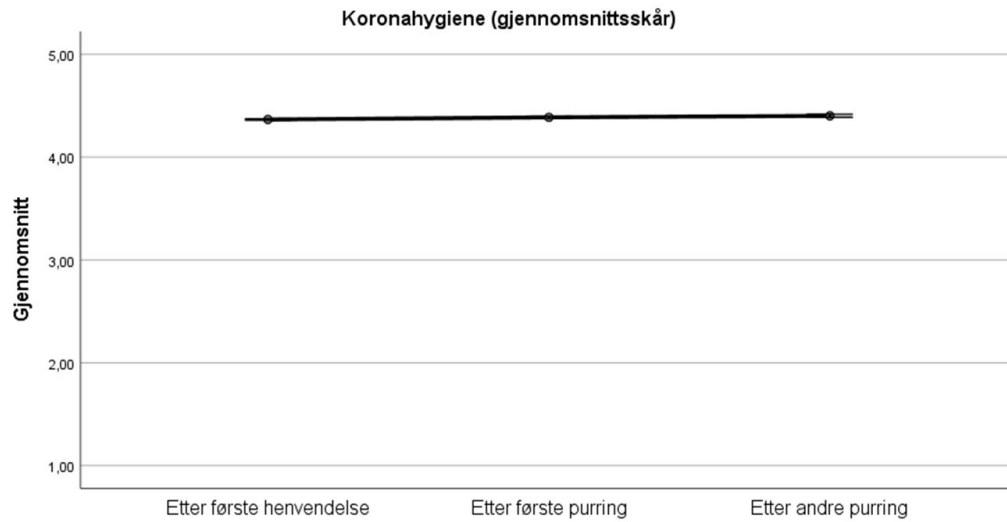
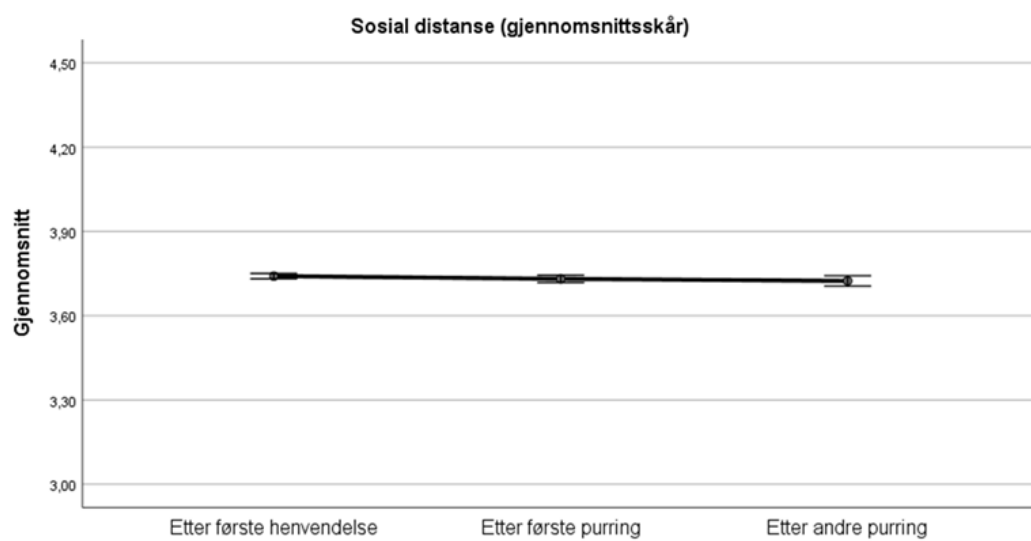
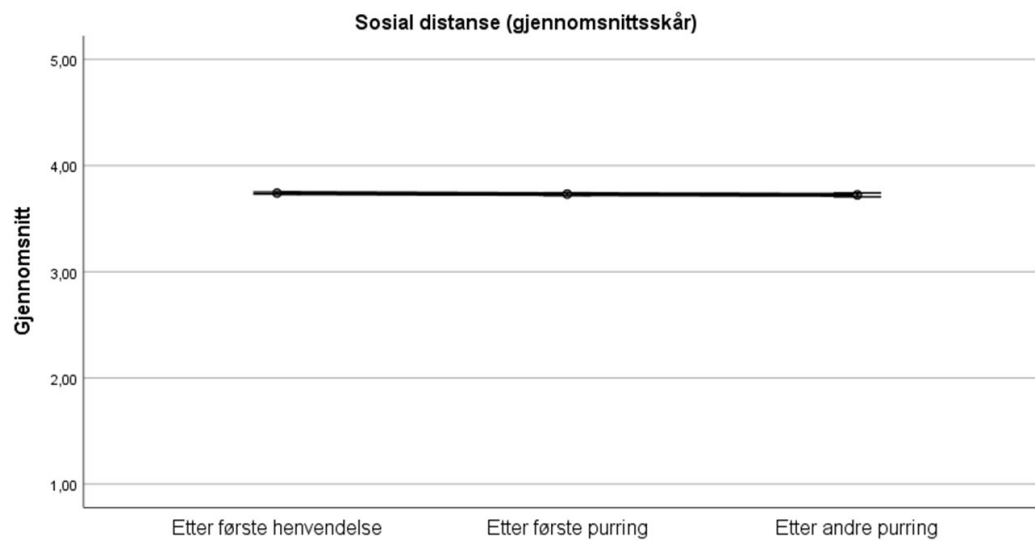


Fig. V4-4: Sosial distanse etter dato for innsendelse av skjemaet. Skala 1-5. Hel og ekspandert y-akse.



Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2021
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no