



Nordmenn stolte på myndighetenes informasjon og tiltak i starten av koronapandemien

Norwegians Trusted Authorities' Information and Measures in the Beginning of the COVID-19 Pandemic

Bjørn Sætrevik

Professor, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

bjorn.satrevik@uib.no

Kristine Bærøe

Professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

kristine.baroe@uib.no

Benedicte Carlsen

Instituttleder, Institutt for helse, miljø og likeverd, Universitetet i Bergen

benedicte.carlsen@uib.no

Sebastian B. Bjørkheim

Forsker, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

sebastian.bjorkheim@uib.no

Sammendrag

Effektiv håndtering av en pandemi avhenger av at befolkningen har tillit til myndighetene, og at den stoler på og er villig til å følge smitteverntiltakene. I mars, juni og august 2020 undersøkte vi disse faktorene i tre spørreundersøkelser som er representative for Norges befolkning. Disse viste at flertallet har høy tillit til hvordan nasjonale og regionale myndigheter håndterer pandemien, og tillit til at de selv vil kunne håndtere de utfordringer som pandemien kan komme til å gi dem. De fleste stoler på informasjonen fra helsemyndighetene, spesielt når det kommer til smitteverntiltak, og mener det er viktig å følge med på offisiell informasjon. De aller fleste sier at de følger smitteverntiltakene, og tror at tiltakene vil være effektive. Til tross for at opplevelsen av pandemien endret seg i løpet denne perioden, viste undersøkelsene bare små endringer i etterlevelse. I denne perioden hadde den norske befolkningen stor tillit til helsemyndighetene og ønsket å følge den offisielle informasjonen og tiltakene. Denne tilliten kan være avgjørende for vellykket håndtering av pandemier.

Nøkkelord

pandemi, etterlevelse, tillit, helseinformasjon, helsekommunikasjon

Abstract

For public health measures against a pandemic to be effective, the public must trust the health authorities, have confidence in the public health measures and be willing to follow the measures. We investigated these factors in representative surveys in March, June and August 2020. The majority of the population had a high level of trust in how the national and regional authorities would handle the pandemic and believed they would handle the challenges of the pandemic. Most respondents trusted the information from the health authorities, especially for advice regarding infection control measures, and they believed it was important to keep up to date on official information. The great majority stated that they would follow the infection control measures and believed that the measures would be effective. There were small changes to the degree of adherence to the measures during the study period, even though the pandemic was experienced as more severe in March than in June. Our study indicates the Norwegian public had a high degree of trust in the authorities and intended to follow their measures in the early stages of the pandemic. Such trust can be decisive for handling pandemics successfully.

Keywords

pandemic, compliance, trust, health information, health communication

Sammenlignet med de fleste andre land er det i Norge høy grad av mellommenneskelig tillit (Delhey & Newton, 2005) og tillit til nasjonale og regionale myndigheter (Catterberg & Moreno, 2006). Hvilken effekt kan dette ha hatt for helsekommunikasjon under covid-19-pandemien? I denne artikkelen ønsker vi å gi et øyeblikksbilde av hvordan befolkningen opplevde pandemien i dens første fase, hvordan tillit til myndigheter kan ha spilt inn, og å se den generelle håndteringen i lys av dette. Vi går gjennom resultatene fra tre runder med panelundersøkelser basert på data innhentet fra et representativt utvalg av befolkningen i mars, juni og august 2020. Vi vil undersøke 1) hvordan befolkningen mener pandemien har blitt håndtert på ulike beslutningsnivåer i samfunnet, 2) hvilken tiltro befolkningen har til informasjonen fra myndighetene, og 3) i hvilken grad befolkningen har intensjoner om å handle i tråd med myndighetenes anbefalte tiltak.

Tillit til myndigheters håndtering

Basert på en litteraturgjennomgang definerte OECD «tillit» som «at vi tror at handlingene til en annen person eller institusjon vil være konsistent med våre forventninger om positiv atferd» (OECD, 2017, vår oversettelse). En slik definisjon kan brukes som et generelt utgangspunkt for å undersøke det relasjonelle forholdet mellom befolkningen og myndighetene. Tillit reflekterer altså befolkningens forventning om at myndighetene ikke misbruker sin maktposisjon, men anvender sin beslutningsfullmakt til samfunnets beste. Pandemien krever tiltak utenom det vanlige – til dels store inngrep i privatpersoners handlingsfrihet. Disse inngrepene handler ikke bare om å legge om arbeids- og fritidsvaner; tiltakene kan også kreve at folk oppgir menneskerettighetsfestede friheter til å ha inntektsgivende arbeid, utdanning, sosialt samvær og beskyttelse (Norheim et al., 2020). Slike tiltak setter den eksisterende tilliten på prøve. Og motsatt: En ryddig og rettferdig håndtering av pandemien kan bidra til å bygge tillit (Norheim et al., 2020). Resultater fra Norsk medborgerpanel har tydet på at tilliten til norske myndigheter økte i de tidlige fasene av koronapandemien (Bergens Tidende, 2020). Lignende effekter har også blitt sett i andre land (Baekgaard et al., 2020).

Tillit til helsekommunikasjon

Gjennom pandemien har regionale, nasjonale og internasjonale helsemyndigheter gitt informasjon om smittespredning, kunnskap om smitte- og sykdomsforløp, tiltak for smittevern og verdibaserte begrunnelser for til dels svært inngripende anbefalinger og pålegg. Samtidig har pandemien fått massiv oppmerksomhet i mer og mindre formelle nyhetsme-

dier, i sosiale medier og i hverdagssamtaler. For at befolkningen skal være motivert til å følge svært krevende smitteverntiltak, må tiltakene være både forståelige og akseptable. Videre kan ønsket om å følge tiltakene være kulturelt betinget og basert på for eksempel dugnadsånd og solidaritetsfølelse.

Måten befolkningen orienterer seg på innen helseinformasjon, kalles «informasjonssøking» (Lambert & Loisele, 2007). Dette har blitt knyttet (Kahlor, 2010) til den veletablerte teorien om overveid handling (Ajzen & Fishbein, 1980). Tidligere forskning har sett på hvordan en har tillit til ulike kilder til helseinformasjon, og hvordan disse kildene benyttes (Dutta-Bergman, 2004; Hesse et al., 2005). En nylig amerikansk studie viste at personer som favoriserte én nyhetskanal, hadde annen smittevernatferd enn de som favoriserte en annen nyhetskanal (Zhao et al., 2020).

At befolkningen har tillit til innholdet i helsekommunikasjonen, innebærer at de stoler på at informasjonen er riktig, og at det er i deres beste interesse å følge smitteverntiltak. Tilliten undergraves av opplevd unøyaktighet eller mistanke om at det bevisst misledes, eller at irrelevante aspekter vektlegges. En gjennomgang av 470 studier viste at manglende tiltro til effekten av vaksinen var en av hovedårsakene til at man ikke ville ta den (Schmid et al., 2017). Ifølge Prati og kolleger (2011) var tillit til media, tillit til myndigheter og tillit til budskapet blant faktorer som forklarte etterlevelse av smitteverntiltak under svineinfluensaen.

Etterlevelse av smitteverntiltak

Håndtering av koronapandemien krevde at folk flest endret hverdagen sin dramatisk i løpet av våren og sommeren 2020. Smitteverntiltakene var i hovedsak frivillige, få eller ingen insentiver belønnet atferden, og manglende etterlevelse i denne perioden ble i liten grad møtt med sanksjoner. Etterlevelse var derfor i stor grad avhengig av informasjonen de fikk, og deres villighet til å tilpasse livene sine til informasjonen og tiltakene.

Myndighetene må i sin kommunikasjon med befolkningen bygge tiltro til at tiltakene kan være effektive, og at det er en sammenheng mellom årsaksmekanismen og hvordan tiltakene tas i bruk. Det må komme klart frem at tiltakene tar hensyn til medisinsk fagkunnskap om viruset og epidemier, men også kunnskap om økonomiske og sosiale konsekvenser av implementering samt mulig innvirkning på mental helse (Norheim et al., 2020). Når befolkningen ikke selv kan vurdere all faglig informasjon, er de prisgitt vurderingene til den faglige ekspertisen (Grimen, 2001). I møte med et nytt virus vil det være begrenset med sikker og etablert fagkunnskap. Myndighetene må da klare å kommunisere den fundamentale usikkerheten på en ærlig måte som samtidig bygger tillit rundt tiltakene (Norheim et al., 2020).

Inneværende studie

Mot denne bakgrunnen fremstår det som sannsynlig at myndighetenes evne til å få god kontroll over viruset i stor grad bygger på tilliten i befolkningen. Men hvordan opplevde befolkningen dette selv? Vår studie belyser dette kunnskapsgapet empirisk ved å undersøke i hvilken grad befolkningen hadde tillit til myndighetenes informasjon, håndtering og innførte tiltak i den første fasen av pandemien. Tillit er ikke et statisk fenomen. Derfor er slike øyeblikksbilder viktig for å få en nyansert oversikt over sammenhengene mellom tillit og pandemiens ulike faser.

Som en del av PANDRISK-prosjektet gjennomfører vi syv runder med spørreundersøkelser gjennom 2020 og 2021. Prosjektets nettside har oppdatert informasjon om publikasjoner og datasett fra prosjektet (<https://www.uib.no/pandrisk>). Noen av resultatene fra første runde har også vært formidlet i et internasjonalt tidsskrift (Sætrevik, 2021). Preregistreringer av hver runde med undersøkelser viser alle målene og hypotesene. Merk at vi i denne

artikkelen ikke skal teste de preregistrerte hypotesene, men se på deskriptive data fra enkeltspørsmål fra de første tre rundene med undersøkelser med søkelys på hvordan trekk ved det norske samfunn, styresett og kultur kan ha påvirket utviklingen tidlig i pandemien. Datasett og analysefil for denne studien er tilgjengelig på nett: <https://osf.io/4kysd/>.

Metode

Datainnsamling

Vi samlet inn data ved bruk av Norsk medborgerpanel (NMP, <https://www.uib.no/medborger>), som er en plattform for spørreundersøkelser på internett om nordmenns holdninger til ulike samfunnstema. NMP har gjennomført spørreundersøkelser tre til fire ganger i året siden 2013 om en rekke ulike tema, i hovedsak om samfunnsfaglige problemstillinger. Panelet er styrt av forskere ved Universitetet i Bergen og er driftet av selskapet ideas2evidence, som har ansvar for rekruttering av deltakere, utforming av spørreskjema og dokumentasjon av prosedyrer. Norsk senter for forskningsdata (NSD) lagrer, deler og offentliggjør data. NMP har rekruttert deltakere til panelet siden 2013, basert på en tilfeldig trekning fra Skatteetatens personregister. For hver datainnsamling sender NMP ut invitasjon til alle i panelet, men det er kun de som har besvart de siste tre datainnsamlingene, som telles med som gyldige deltakere.

De tre rundene med datainnsamling som rapporteres i denne artikkelen, ble samlet inn mellom 20.–29. mars, 3.–29. juni og 26.–31. august 2020. Første runde startet altså en uke etter at skoler, barnehager, treningssentre og kulturarrangementer ble stengt ned. Under andre runde var smittetallene lavere, mens de var på vei til å stige igjen under tredje runde. De som ikke hadde åpnet invitasjonen eller besvart undersøkelsen etter et par dager, mottok to påminnelser fra NMP per e-post og SMS. Grunnet en saktere respons i juni (som kan skyldes at respondenter var på ferie) forble denne datainnsamlingen åpen over en lengre periode, og det ble sendt ut en ekstra påminnelse.

Utvalg

Utvalget består av deltakere i NMP, som er et representativt utvalg av norske statsborgere over 18 år. Panelet er rekruttert for å i så stor grad som mulig være representativt for Norge over diverse demografiske variabler (se mer om avvik fra dette under), og det blir jevnlig rekruttert til panelet for å kompensere for frafall. Størrelsen på utvalget i hver datainnsamling avhenger av responsraten og av strategiske valg av forskningstema for panelet som helhet. I mars ble det sendt ut invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen til 15 409 personer, hvorav 78 % av de som mottok invitasjonen, besvarte undersøkelsen ($N = 12.051$). Dette utvalget var tilfeldig inndelt i tre undergrupper som besvarte ulike sett med spørsmål, slik at det i mars var 4083 deltakere som svarte på spørsmålene som er beskrevet i denne artikkelen. I juni ble det sendt ut invitasjon til 14 879 paneldeltakere, hvorav 72 % besvarte undersøkelsen (total $N = 10 686$, hvorav en tredjedel, $N = 2820$, svarte på spørsmål som er relevant for denne artikkelen). I august ble det sendt ut invitasjon til 6766 deltakere fra panelet, hvorav 82 % svarte ($N = 5531$, alle svarte på spørsmål som er relevante for denne artikkelen).

I rekruttering av deltakere til NMP tilstrebes det å dekke den voksne befolkningen i Norge representativt på variabler som kjønn, alder, geografi og utdanningsnivå. En gjennomgang av hvem som faktisk besvarer undersøkelsen, viser allikevel at utvalget avviker noe fra full representativitet. Dette er grundig dokumentert i metoderapporter fra hver datainnsamling

(se <https://osf.io/fx7zk/>). Disse viser en skjevhet for alder og utdanningsnivå. I utvalget fra mars og juni er personer over 59 år overrepresentert med 15 %, mens personer i aldersgruppen 18–29 år er underrepresentert med 12 %. Videre er personer med universitetsutdanning overrepresentert med 29 %, mens personer med kun grunnskole eller mindre utdanning er underrepresentert med 19 %. Utvalget fra august er noe mer skjevfordelt for aldersgrupper, men er likt for utdanningsnivå. Personer over 59 år er overrepresentert med 18 %, og personer i aldersgruppen 18–29 år er underrepresentert med 15 %. Da det i juni ble spurt om inntekt, oppga flertallet å ha en årlig husholdningsinntekt mellom 450 000 og 799 000 kroner (33 %) eller mellom 800 000 og 1,5 millioner kroner (37 %), mens færre hadde lavere (18 %) eller høyere enn dette (9 %). Sammenlignet med den voksne norske befolkning ser vi altså at utvalgene i vår datainnsamling består av personer som er noe eldre og har noe høyere utdanning enn det som er representativt for den norske befolkningen. I tolkningen av resultatene må vi derfor ta hensyn til at resultatene kunne vært noe ulike om vi i større grad hadde representert grupper med lavere alder, mindre utdanning og lavere husholdningsinntekt. Ut over slike skjevheter kan bruken av elektronisk datainnsamling ha ført til en underrepresentasjon av personer som ikke har mulighet eller ønske om å delta på denne måten.

Spørsmål i undersøkelsene

De tre undersøkelsene bestod totalt av 138 spørsmål i mars, mellom 35 og 108 spørsmål i juni (avhengig av underutvalg) og 36 spørsmål i august. I denne artikkelen vil vi se på elleve spørsmål fra mars, fem spørsmål fra juni, og fire spørsmål fra august (noen spørsmål er gjentatt mellom rundene). Spørsmålene er i hovedsak formulert som påstander der deltakerne tar stilling til om de er enige eller uenige, mens enkelte spørsmål ber deltakerne vurdere grad av tillit eller mistillit til ulike instanser.

Spørsmålene rundt temaet om å ha tillit til myndighetenes håndtering ble stilt i hovedsak i undersøkelsen i mars. Det var ett ja/nei-spørsmål om hvorvidt de på det tidspunktet opplever å ha fått tilstrekkelig informasjon om koronapandemien fra helsemyndighetene. I tillegg var det tre spørsmål om deltakeren har tillit til at regjering, kommune og helsemyndigheter vil håndtere pandemiutbruddet på en god måte. Det var ett spørsmål om de føler seg trygg på, det vil si, har tillit til, å få god behandling om de blir syke. Det var også ett spørsmål stilt på alle tre tidspunkt om hvorvidt en er optimistisk til, det vil si har tiltro eller tillit til, at de selv vil kunne håndtere utfordringene ved pandemien. Dette siste spørsmålet tar vi med her, da svaret blant annet vil avhenge av hvor mye tillit de har til at samfunnet vil legge til rette for at de får den hjelpen en trenger, for eksempel i økonomisk usikre tider.

Spørsmålene om det å ha tillit til informasjon ble i hovedsak stilt i mars. Det var fire spørsmål: om deltakerne har tillit til generelle helseråd, om de har tillit til smitteverntiltakene, om de mener det er viktig at informasjonen kom fra en troverdig kilde, og om de tror informasjon blir holdt skjult.

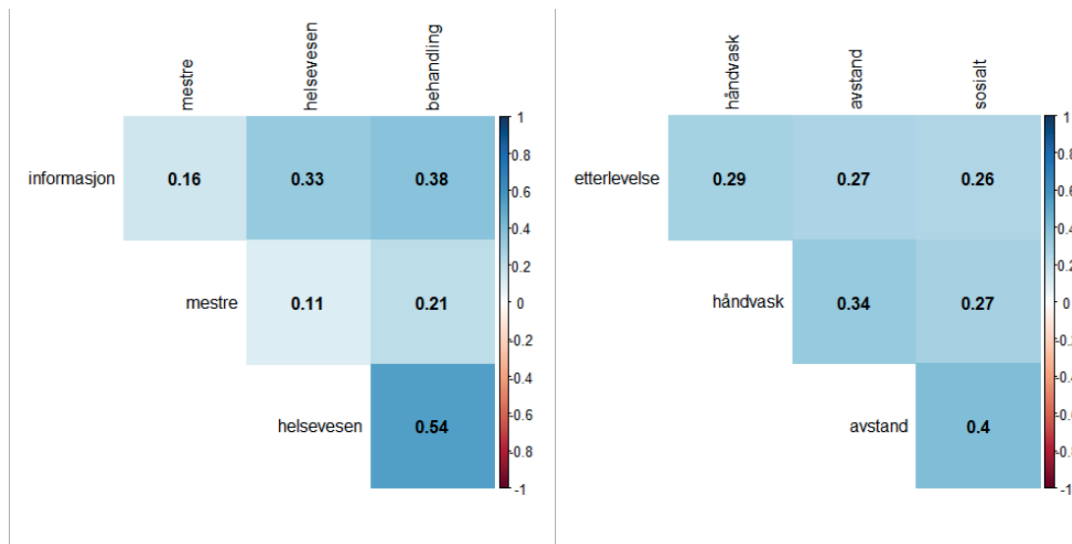
Alle tre undersøkelsene gjentok ett spørsmål om hvorvidt deltakerne gjør sitt beste for å etterleve smitteverntiltak. For undersøkelsen i juni og august var det i tillegg spørsmål om hvorvidt de følger konkrete eksempler på ulike smitteverntiltak. I undersøkelsen i mars var det ett spørsmål om de følger generelle helseråd (ikke knyttet til smittevern).

De nøyaktige formuleringene av spørsmålene er vist på y-aksen i figurene 2–4. Ord skrevet i versaler indikerer at formulering av spørsmål har blitt reversert og svarene tilsvarende kodet om sammenlignet med slik det var stilt i undersøkelsen. Svaralternativene er satt som grad av enighet i påstandene rangert fra «Helt uenig» til «Helt enig». I resultatdelen rapporterer vi hvor stor andel som faller i hver av svarkategoriene. I teksten slår vi sammen hvor mange som er «Enig» og «Helt enig» i en påstand, og hvor mange som er «Uenig» og

«Helt uenig». I figurene vises fordelingen mellom disse svarkategoriene samt «Verken enig eller uenig». Når vi ser på endringer i grad av enighet over tid, koder vi svarene for «Helt uenig» som 1 og opp til 5 for «Helt enig».

Resultater

Data fra de representative undersøkelsene i mars, juni og august av 2020 for spørsmål knyttet til pandemien er gjort tilgjengelig i et offentlig deponarium her: <https://osf.io/4kysd/>. Vi vil i det følgende presentere deskriptive resultater fra disse undersøkelsene. Siden ulike spørsmål er stilt til ulike deltakere, kan vi ikke regne korrelasjoner mellom alle variablene. Figur 1 under viser korrelasjonsmatriser for to sett med variabler som er mest relevante å se på sammenhengen mellom. Disse viser moderate positive korrelasjoner mellom variabler som en burde forvente har samme bakenforliggende årsaker, men ikke så sterke sammenhenger at en trenger å frykte at spørsmålene måler det samme konstruktet.



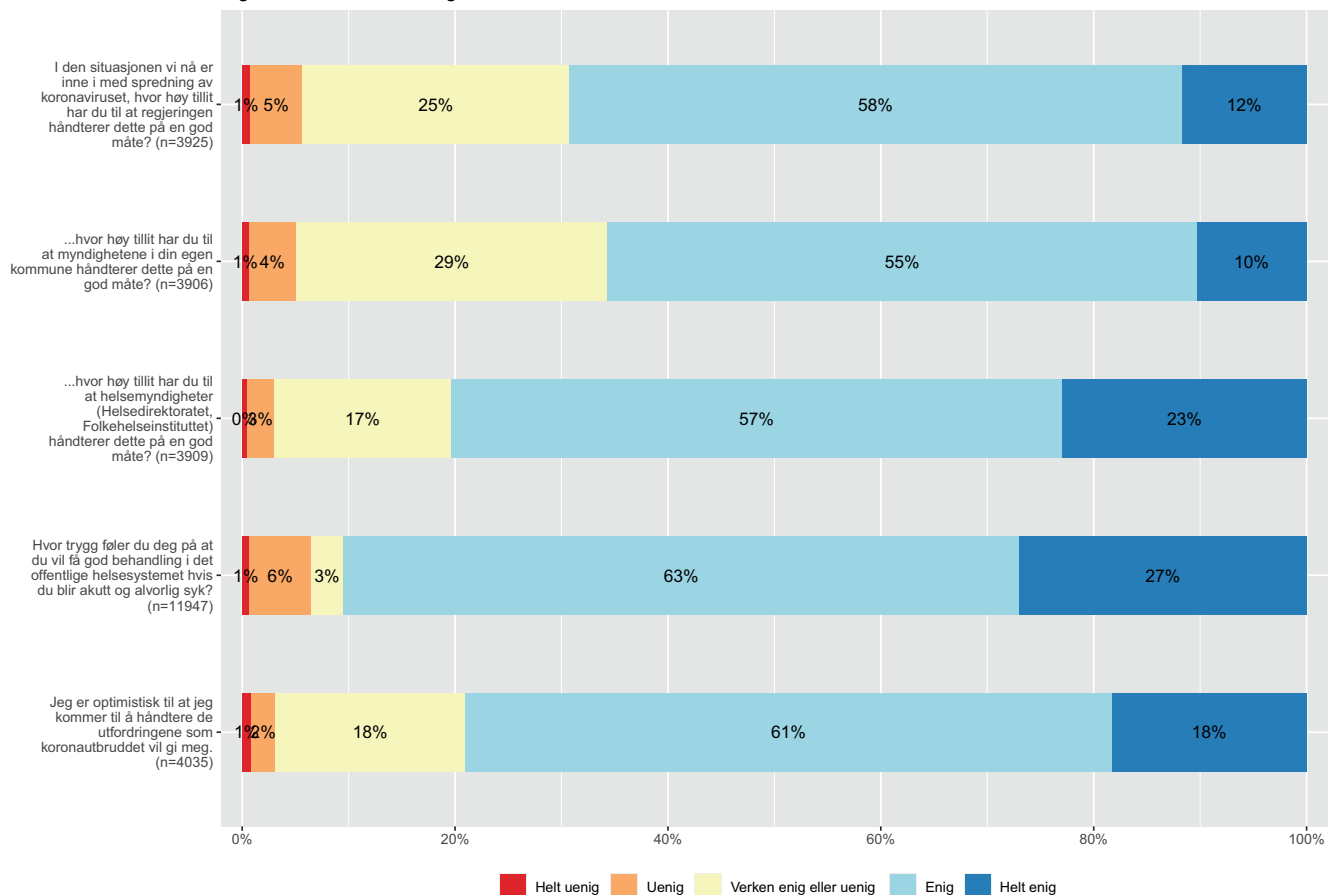
Figur 1 viser to korrelasjonsmatriser mellom noen av variablene i undersøkelsene. Matrisen til venstre viser i hovedsak moderate sammenhenger mellom variabler knyttet til å ha tillit til informasjon om pandemien, til å ha tillit til at en vil håndtere utfordringer ved pandemien, tiltro til helsevesenet og til at en vil få god behandling. Matrisen til høyre viser moderate sammenhenger mellom variabler knyttet til å etterleve tiltak generelt, til å følge tiltak om håndvask, å holde fysisk avstand og til å unngå sosiale sammenhenger.

Tillit til myndigheters håndtering

I slutten av mars 2020 mente nesten alle (89 %) at de har fått nok informasjon om pandemien fra helsemyndighetene. Videre spørsmål handlet om grad av tillit til ulike myndighetsnivåer. Figur 2 viser på første linje at 69 % har tillit til måten regjeringen håndterer pandemien på (6 % uenige), på andre linje at 66% har tillit til kommunale myndigheter (5 % uenige), og på tredje linje at 80% har tillit til helsemyndigheter (3 % uenige). På fjerde linje ser vi at 91 % var trygge på at de vil få god behandling i det offentlige helsevesenet (7 % uenige). Nederste linje viser at 79 % var optimistiske til at de ville håndtere utfordringene som pandemien vil kunne gi dem (3 % uenige). Dette spørsmålet ble gjentatt i juni og august, som tillater oss å se på endringer over tid (ikke vist i figurer). Gjennomsnittene viser

at antall enige i denne påstanden steg signifikant fra mars ($M = 3,9$) til juni ($M = 4,1$, $t(2777) = -10,1$, $p < .001$), men sank signifikant igjen til august ($M = 3,9$, $t(2448) = 10,1$, $p < .001$). Kvinner hadde noe mer tillit til håndteringen ($M = 3,92$, $sd = 0,71$) enn menn ($M = 3,85$, $sd = 0,76$). Tillit til håndtering var høyest blant de med universitets- eller høyskoleutdanning ($M = 3,93$, $sd = 0,71$) og lavere for de med videregående skole ($M = 3,83$, $sd = 0,77$) eller mindre ($M = 3,81$, $sd = 0,77$). Tillit varierte lite med alder (se analyser i online materialer).

Figur 2: Tillit til håndtering



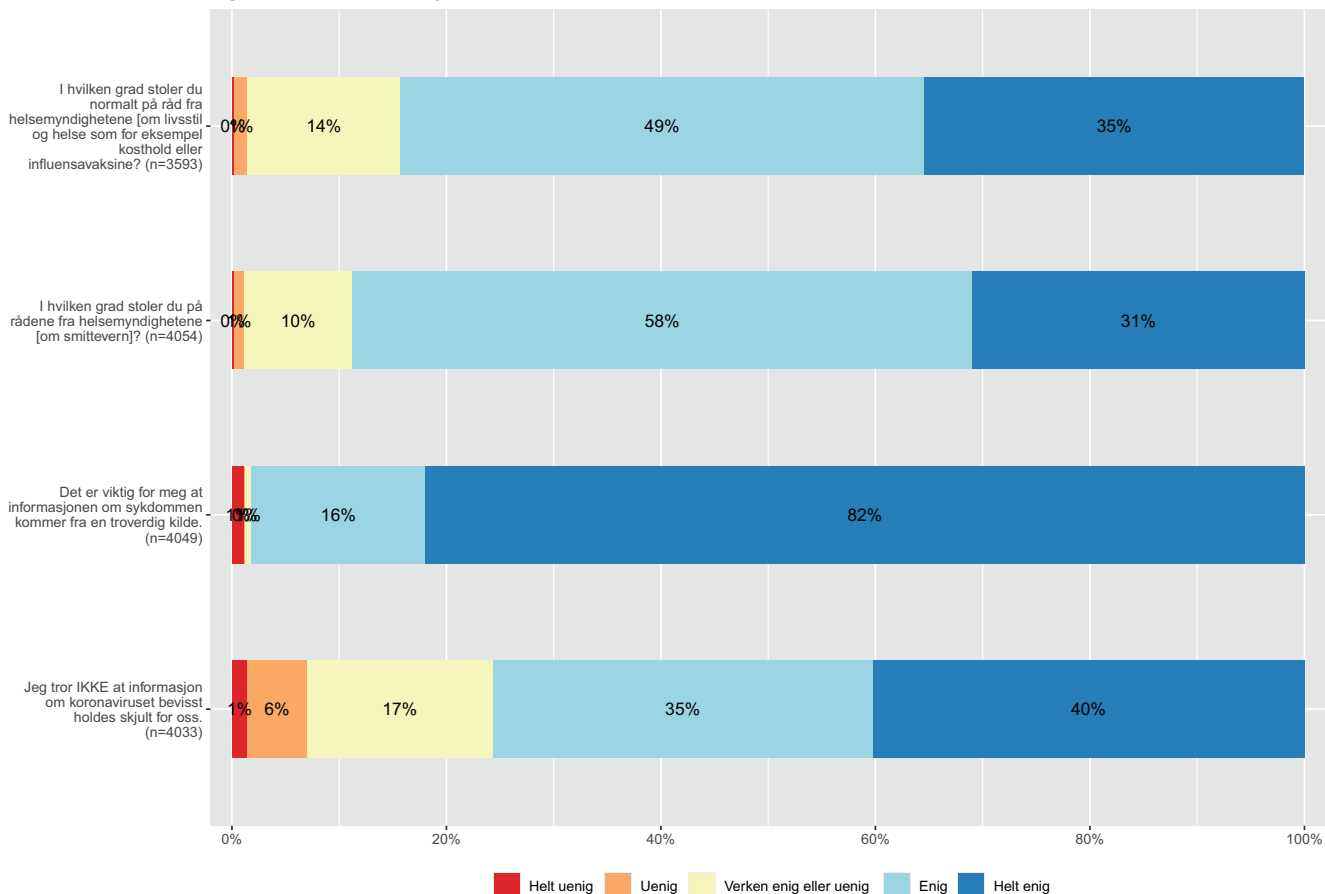
Figur 2: Svarfordelinger for spørsmål om å ha tillit til hvordan ulike myndighetsnivåer håndterer pandemien, til å få god behandling og til å mestre pandemiens utfordringer. Disse spørsmålene er stilt i mars 2020.

Tiltro til offentlig informasjon

Undersøkelsen i mars inneholdt spørsmål om hvorvidt befolkningen stoler på råd fra myndighetene, om de helst lytter til pålitelige kilder, og om de mener at informasjon blir holdt skjult fra dem. Spørsmålene spesifiserte ulike typer informasjon, fra generelle helseråd til pandemispesifikke råd til pandemiråd fra ulike kilder og potensiale for upålitelig informasjon. Øverste linje i figur 3 viser at de fleste (84 %) stoler på de generelle helserådene fra myndighetene (2 % uenige). Andre linje viser at enda flere (89 %) sier at de stoler på myndighetenes smittevernstiltak i pandemien (1 % uenige). Tredje linje viser at nesten alle (98 %) mener det viktig at informasjon om pandemien kommer fra en troverdig kilde (1 % uenig). Nederste linje viser at flertallet (76 %) mener at informasjon om pandemien ikke holdes skjult, mens 7 % mener at informasjon holdes skjult. Kvinner ($M = 4,34$, $sd = 0,71$) hadde

noe høyere tillit til informasjon enn menn ($M = 4,25$, $sd = 0,77$), og det var høyere blant deltakere med høyskole eller universitetsutdanning ($M = 4,36$, $sd = 0,7$) sammenlignet med de med videregående utdanning ($M = 4,19$, $sd = 0,77$) og grunnskole ($M = 4,18$, $sd = 0,77$). Tiltro varierte lite mellom aldersgrupper. Disse spørsmålene ble ikke gjentatt i juni eller august.

Figur 3: Tiltro til informasjon

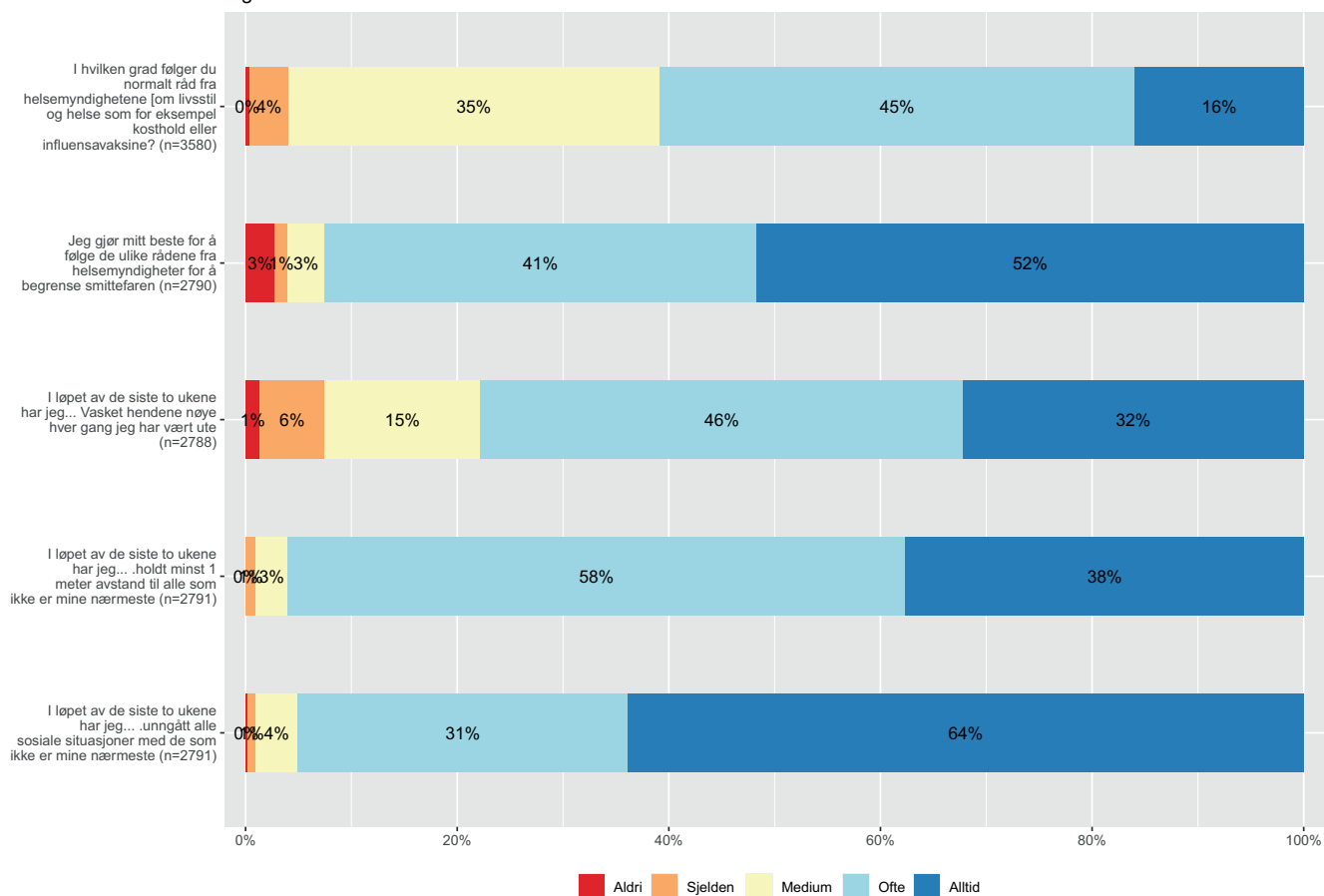


Figur 3: Svarfordelinger for spørsmål om å ha tillit til informasjon om helse og pandemien. Disse spørsmålene er stilt i mars 2020.

Etterlevelse

Undersøkelsen i juni hadde fem spørsmål om i hvor stor grad deltakerne etterlever smitteverntiltak. Disse spørsmålene går fra å følge generelle helseråd til å følge pandemiråd og ulike konkrete pandemiråd. Første linje i figur 4 viser at flertallet (61 %) mente at de ofte eller alltid følger myndighetenes generelle helseråd (4 % «Aldri» eller «Sjelden»). Mer direkte for pandemien sa de aller fleste at de følger smitteverntiltakene (93 %, 4 % uenige). De siste tre linjene viser at de konkrete rådene om å holde avstand og å vaske hender i stor grad blir fulgt (95 % og 96 % følger «Ofte» eller «Alltid»), mens et noe lavere flertall unngår sosiale situasjoner (78 % følger «Ofte» eller «Alltid», 8 % «Aldri» eller «Sjelden»). Gjennomsnittlig etterlevelse var noe høyere blant kvinner ($M = 4,26$, $sd = 0,74$) enn blant menn ($M = 4,13$, $sd = 0,76$). Deltakere over 60 år hadde noe høyere etterlevelse ($M = 4,26$, $sd = 0,72$) enn deltakere mellom 31 og 60 år ($M = 4,15$, $sd = 0,77$), som igjen var høyere enn de yngre enn 30 år ($M = 4,08$, $sd = 0,84$). Grad av etterlevelse varierte i liten grad etter utdanningsnivå.

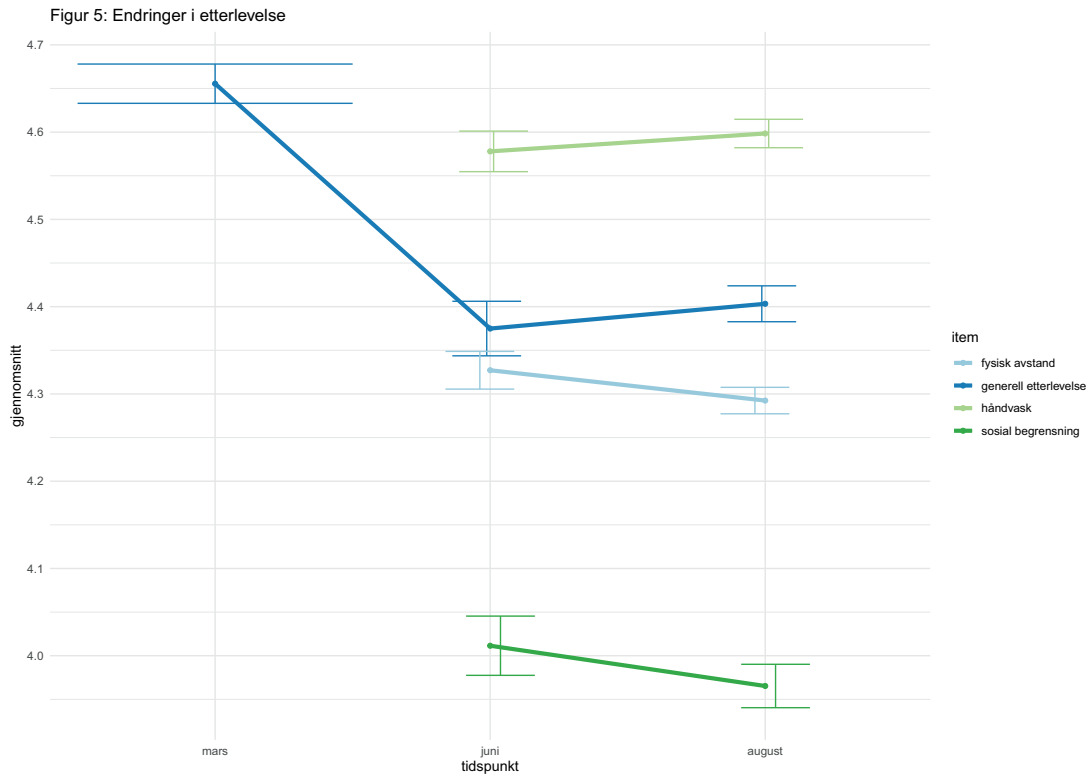
Figur 4: Etterlevelse



Figur 4: Svarfordelinger for spørsmål om etterlevelse av generelle tiltak, og mer spesifikke tiltak om håndvask, fysisk avstand og begrenset sosialt liv. Disse spørsmålene er stilt i juni 2020.

Endringer i etterlevelse

Figur 5 viser hvordan gjennomsnittssvar (med konfidensintervaller) endrer seg over tid for de påstandene om etterlevelse som ble gjentatt på flere måletidspunkt. Fra mars til juni var det en signifikant nedgang i andelen som sa seg enig i påstanden om at de gjorde sitt beste for å etterleve smitteverntiltakene ($M = 4,66$ ($sd = 0,73$), til $4,38$ ($sd = 0,84$), $t(2777) = -16,04$, $p < .001$). Undersøkelse av svarfordelingene viser at denne nedgangen i hovedsak skyldes at færre sa seg «Helt enig» i at de alltid fulgte tiltakene (fra 74 % til 52 %). Fra juni til august steg igjen den generelle etterlevelsen marginalt, men ikke signifikant, til $4,4$ ($sd = 0,75$), $t(2441) = 1,54$, $p = .123$). På de tre påstandene om å følge konkrete tiltak var det små endringer mellom juni og august. Det er ingen signifikant endring i hvor mange som sa at de hyppig vasker hender ($M = 4,58$ ($sd = 0,63$) til $M = 4,6$ ($sd = 0,62$), $t(2461) = 1,25$, $p = .21$). Det var små men signifikante nedganger i hvor mange som sa at de holder avstand til fremmede ($M = 4,33$ ($sd = 0,58$) til $4,29$ ($sd = 0,57$), $t(2460) = -4,54$, $p < .001$) og unngår sosiale situasjoner ($M = 4,01$ ($sd = 0,91$) til $3,96$ ($sd = 0,94$), $t(2456) = -3,58$, $p < .001$).



Figur 5: Endring i gjennomsnittssvar (med 95% konfidensintervaller vist) på spørsmål om etterlevelse fra mars, juni og august 2020. Stjerner viser endringer som er signifikante for $p < .001$.

Diskusjon

Oppsummering av svarfordelinger

Resultatene vi har gått gjennom over, viste at flertallet i den norske befolkningen hadde tillit til nasjonale og regionale myndigheters håndtering, de aller fleste trodde de ville få god behandling i det offentlige helsevesenet, og at de ville håndtere utfordringene ved pandemien. De fleste stoler på den offentlige helse- og smitteverninformasjonen, og nesten alle er opptatt av at informasjonen kommer fra pålitelige kilder, og er i liten grad mistenksomme. Etterlevelsen av smitteverntiltak var høy på alle tre måletidspunkt, selv om den falt noe gjennom sommeren. En annen artikkel (Sætrevik, 2021) gir en mer detaljert gjennomgang av deskriptive funn med vekt på befolkningens risikopersepsjon i mars 2020.

Tillit, informasjon og etterlevelse i pandemien

Gjennom året 2020 var det ofte nyhetsoppslag om internasjonale forskjeller i pandemihåndtering og at befolkningene i ulik grad hadde tillit til sine myndigheter og etterlevde smitteverntiltakene. Tiltakene virket mindre offentlig debattert i Norge, spesielt i pandemiens første måneder. Vi så allikevel noen tilfeller av at de nasjonale smitteverntiltakene ble kritisert, og at befolkningen uttrykte motvilje mot begrensninger på å dra på hytten, grensehandel og sosiale sammenkomster. Da tiltakene ble differensiert mellom regioner, så vi tilfeller av at innbyggere uttrykte ønsker om større regional differensiering, for eksempel ved at

steder med lite smitte ikke ser poenget i strenge tiltak. Videre har noen også uttrykt ønske om strengere tiltak om man mener at regionale myndigheter undervurderer den regionale faren.

Resultatene vi presenterer i denne artikkelen, gir et positivt og oppløftende bilde av hvordan befolkningen i Norge tenkte om tillit, myndigheter og smittevern i de første månedene av koronapandemien. Dette kan tyde på at det tidlige informasjonsarbeidet fra helsemyndighetene traff godt og var effektivt, og at befolkningen har vært lydhøre og motiverte for å følge tiltakene. Et vellykket informasjonsarbeid avhenger av et gjensidig forhold der befolkningen stoler på myndighetene, og ikke tror at de vil misbruke tilliten og de ekstraordinære forholdene under en pandemi. Den mellommenneskelige tilliten innad i befolkningen er også av betydning, siden en gjerne ikke vil tilpasse egne liv til smitteverntiltakene om en ikke har inntrykk av at andre gjør det samme. Internasjonale studier av svineinfluensa har vist at tiltakene i større grad ble fulgt av de med mer tillit til myndighetene (Rubin et al., 2009). Holdningene til tiltakene har også vist seg å være viktige (Tang & Wong, 2003).

Dette kan være deler av forklaringen på hvorfor koronapandemiens tidlige fase ser ut til å ha blitt godt håndtert i Norge. I april 2020 uttalte helsemyndighetene at strategien for bekjempelse av pandemien så langt hadde vært effektiv, og at befolkningen så ut til å ha «skjønt alvoret» (Treloar, 2020). Helsemyndighetene uttrykte da takknemlighet for at smitteverntiltakene hadde blitt fulgt, og knyttet dette til at det kunne åpnes for å lette på noen av smitteverntiltakene.

Endringer over tid

Sommeren 2020 var smittetallene relativt lave i Norge, og i etterkant av «den første bølgen» kan pandemien ha blitt sett på som mindre alvorlig, og at den i mindre grad påvirket folks liv. I denne studien ser vi at våre mål på risiko og bekymring sank noe fra mars til juni. Vi formidlet noen overordnede betraktninger om dette i en kronikk som kom ut i den perioden (Sætrevik & Bjørkheim, 2020). I resultatene vi gjennomgikk over, ser vi også at etterlevelsen var noe lavere i juni enn i mars. I august var smittetallene igjen i ferd med å øke etter hvert som folk kom tilbake fra sommerferie og returnerte til sine sedvanlige arbeidsplasser og studiesteder. Vi ser noe variasjon i etterlevelse over denne perioden. Studien viser kun små endringer i de gjennomsnittlige svarene gjennom pandemiens svingninger i denne første fasen. Men flere av disse endringene er statistisk signifikante og kan være av betydning for hvordan vi forstår pandemiforløpet. Andelen med «Helt enig» svar på det generelle spørsmålet om etterlevelse falt mellom mars og juni fra 74 % til 52 %. Gitt at dette er representativt for befolkningen, innebærer det at nesten 935 000 færre personer i Norge la stor vekt på å etterleve tiltakene. Dette kan være viktig informasjon for planlegging av hva man bør være oppmerksom på ved nye pandemier. Siden de aller fleste i utgangspunktet sa at de alltid følger smitteverntiltakene, er det lite spillerom for store endringer mellom undersøkelsene. Det at det i det hele tatt er variasjon, tyder på at befolkningens ikke bare blindt vil følge de på det tidspunktet gjeldende smitteverntiltak, men at de også til en viss grad gjør vurderinger ut fra slik de selv ser på smittesituasjonen på det tidspunktet.

På mer detaljerte spørsmål om etterlevelse ser vi at fysisk avstand og det å unngå sosiale sammenhenger synker fra juni til august til tross for at befolkningen sier at de i større grad følger tiltakene. Det er mulig at noen tiltak, som hyppig håndvask, kan ha lettere for å etablere seg som en vane, og derfor får høy etterlevelse over tid, mens andre typer tiltak, som å unngå sosiale sammenhenger, kan medføre en utmattelse over tid, slik at tiltaket blir vanskeligere å følge jo lenger det har vært på plass. Det er verdt å ha med seg i videre arbeid med pandemier at tiltakstrøtthet kan utvikle seg ulikt for ulike typer tiltak.

Virkningsmekanismer for tillit og etterlevelse

Denne studien bygger på en antakelse om at myndighetenes kommunikasjon og håndtering av pandemien påvirker befolkningens individuelle smittevernattferd. Hvilke psykologiske mekanismer kan forklare sammenhenger mellom tillit til myndighetene, tillit til informasjon om pandemien og etterlevelse?

Tidligere forskning peker ofte mot opplevd risiko som en av de viktigste faktorene for etterlevelse av smitteverntiltak (for en litteraturgjennomgang av forskningen på svineinfluensa, se Bish & Michie, 2010). Da måles gjerne risiko som den subjektive sannsynligheten for å bli smittet og subjektiv sårbarhet for sykdommen. Andre ganger blir det sett på faktorer som angst eller andre affektive trekk som kan være relevant for å oppleve pandemien som en trussel. Den bakenforliggende antakelsen er at frykten for å bli syk vil motivere befolkningen til å følge smitteverntiltak. Selv om en slik antakelse virker intuitiv og har blitt mye undersøkt, er det uklart hvor mye av variasjonen i faktisk smittevernattferd som kan forklares av en slik faktor. Videre er det ønskelig å øke etterlevelsen også hos personer som i mindre grad føler seg truet. Et eksempel vil være en sykdom som i mindre grad er farlig for unge og friske mennesker, men hvor disse kan bidra til å smitte andre som er mer utsatt. Høy grad av opplevd risiko i befolkningen vil også ha en rekke uheldige bivirkninger for mental og fysisk helse, økonomi og mellommenneskelig tillit. Det å bekjempe pandemien ved å øke befolkningens opplevde risiko må derfor balanseres opp mot andre mål, og det vil være en fordel å ha flere kort å spille på.

Grad av tillit til myndighetene er en annen faktor som har blitt antatt å være av betydning for etterlevelse. Noen studier har støttet opp om en sammenheng mellom tiltro til myndigheters håndtering av et smitteutbrudd og etterlevelsen av smittevern eller villighet til å ta vaksine mot sykdommen (Blair et al., 2017; Quinn et al., 2009; Rubin et al., 2009). Det har imidlertid blitt påpekt at det er relativt få studier som støtter slike sammenhenger, og det er behov for mer forskning (Blair et al., 2017; Whetten et al., 2006). Vi håper vår studie kan bidra til dette.

Tillit til myndighetene vil også være nødvendig for at befolkningen skal følge med på og stole på offentlig helseinformasjon. Dette er spesielt sentralt når denne informasjonen kan være i konkurranse med informasjon fra andre kilder. Tilliten vil påvirke hvilke motiver vi tillegger avsenderen for budskapet, som vil påvirke befolkningens motivasjon til å følge tiltakene. Det er rimelig å anta at tillit ofte baseres på befolkningens tidligere erfaringer med motparten, basert på kunnskap eller antakelser vi har om motparten, og basert på de holdninger og normer for atferd vi overtar fra andre gjennom sosial læring.

For å kunne ta informerte valg om hvordan de vil forholde seg til smitteverntiltakene, må befolkningen ha en forståelse for hvordan viruset smitter og sykdommen slår ut. Det er en ikke triviell mengde ny informasjon befolkningen forventes å sette seg inn i og holde seg oppdatert på etter hvert som smittesituasjon, tiltak, medisinsk kunnskap og behandlingstilbud endrer seg i løpet av pandemiens forløp. Spesielt relevant for våre problemstillinger er hvordan befolkningen ser på årsaksforhold i pandemien. Hvordan kan sykdommen smitte, hva er det som avgjør hvem som blir syke, hvordan kan smitten hindres, og hvilke tiltak vil være effektive? Hvordan befolkningen forstår slike årsaksforhold, kan være kritisk for om de følger tiltakene. Attribusjonsteori (Harvey & Weary, 1984) argumenterer for at mennesker vil forsøke å finne årsakssammenhenger i det de opplever, og at deres forklaringer er viktige for å velge og motivere deres atferd. Slike tilnærminger har blitt anvendt for å forklare helsetatferd (Carter, 1990; Lewis & Daltroy, 1990).

I resultatene presentert over så vi at nesten alle sa at de hadde intensjoner om følge tiltakene. Imidlertid vil en slik intensjon veies opp mot andre mål og praktiske hensyn som per-

sonen har i det øyeblikket de skal ta en avgjørelse i sin hverdag. En vil kunne ha det travelt, mangle nødvendig utstyr, være lei av tiltakene, være usikker på hva gjeldende tiltak er, og så videre. I tillegg til intensjon vil derfor motivasjon være viktig for å etterleve tiltak. I vår sammenheng kan det være nyttig å skille mellom en egosentrisk motivasjon og en altruistisk motivasjon (Decety & Jackson, 2004; Eisenberg & Miller, 1987). Et egosentrisk perspektiv vil kunne motivere til å etterleve tiltakene basert på frykt for at en selv eller ens nærmeste vil kunne bli smittet. Dette vil derfor henge sammen med et søkelys på opplevd risiko, som diskutert over. Et altruistisk perspektiv vil derimot kunne motivere til etterlevelse også av hensyn til å beskytte fremmede fra å bli smittet eller å tenke på de samfunnsmessige konsekvensene. Et nylig norsk surveyeksperiment viste at altruistisk motivasjon kan være relevant for å motivere befolkningen til å vaksinere seg (Arnesen et al., 2018).

Mulige svakheter ved studien

Det bør bemerkes at disse spørreundersøkelsene måler befolkningens intensjoner om å etterleve de ulike tiltakene, ikke deres faktiske atferd. Dette er en vanlig tilnærming i slik forskning, hvor en måler intensjoner om å følge smitteverntiltakene, eller ber om å rapportere hvor ofte en har fulgt tiltakene de siste dagene. Derfor bør slike undersøkelser suppleres av mer direkte registrering av faktisk atferd, for eksempel ved å se på mobilitetsdata eller observasjoner i offentligheten. Videre kan det også være en forskjell mellom hvor mye tillit deltakerne uttrykker at de har i en spørreundersøkelse, og hvilken tillit de demonstrerer i atferden sin, for eksempel når en ser på villighet til å dele geolokasjonsdata for å bedre smittesporing.

Vi må også huske på at disse målingene ble gjort i en relativt tidlig fase av det som skulle vise seg å bli en langvarig pandemi. Det er sannsynlig at graden av etterlevelse vil variere mer ut over pandemiens forløp, og kan påvirkes for eksempel av en utmattelse av å etterleve tiltak. Tilliten til myndigheter kan også endres som en reaksjon på den pågående håndteringen av pandemien.

Vi bør være oppmerksomme på at studien ikke hadde tilstrekkelig utvalg for å analysere sammenhenger mellom tillit og etterlevelse blant undergrupper som kan ha vært spesielt utsatt under pandemien. Dette ville vært særlig aktuelt for deler av innvandrerbefolkningen der helsetiltakene har vært underkommunisert, der tilliten til myndighetene kan være lavere, eller der språkbarrierer kan ha stått i veien for etterlevelse av smitteverntiltak. Vi er involvert i andre forskningsprosjekter som eksplisitt skal sammenligne etterlevelse mellom ulike etniske grupper. Men en lærdom fra koronapandemien synes å være at vi bør legge større vekt på dette aspektet, både i helsemyndighetenes håndtering og i forskningen.

I våre data ser vi lite variasjon i tillit og etterlevelse mellom ulike demografiske variabler (kjønn, alder og utdanningsnivå). Det bør bemerkes at aldersgruppen 18–29 år underrepresentert i vårt utvalg. I denne aldersgruppen vil det for eksempel være mange studenter og arbeidsledige. Selv om denne gruppen er underrepresentert, avviker den i liten grad fra befolkningsgjennomsnittet. Men en bedre representasjon av denne gruppen ville gitt oss mer tillit til en slik konklusjon, eventuelt å kunne vise hvordan den avviker på tiltro til håndtering av utfordringer ved pandemien. I tolkningen av våre resultater bør det derfor tas hensyn til at graden av tillit og etterlevelse kan ha vært ulik for utsatte grupper i befolkningen.

Til slutt bør det nevnes at på grunn av korte tidsfrister og plassbegrensninger bruker disse undersøkelsene i stor grad enkeltspørsmål som er skreddersydd for det aktuelle formålet, heller enn å bruke måleverktøy som er teoretisk etablerte, bygges opp av lengre rekker med spørsmål og er grundigere psykometrisk validert. En bør derfor være forsiktig med å slutte at resultatene reflekterer reelle teoretiske konstrukter.

Koronapandemiens utvikling i Norge

For at et samfunn skal klare seg best mulig gjennom pandemier, må befolkningen forstå alvor og følge smitteverntiltak. Sammenlignet med andre vestlige land som hadde tilsvarende utbrudd av koronapandemien i mars 2020, kom smitten relativt raskt under kontroll i Norge. Pandemien fikk en oppblussing etter sommerferien, men kom så igjen under kontroll. I pandemiens «andre bølge» i november økte smitten kraftig med smittetall høyere enn det vi hadde i mars, og førte til en ny nedstengning. Sammenlignet med andre vestlige land kom imidlertid også den andre bølgen relativt hurtig under kontroll.

Det å begrense antall smittede og døde avhenger i stor grad av iverksetting av passende smitteverntiltak på passende tidspunkt og at det finnes helsefaglige ressurser tilgjengelig til medisinsk testing og behandling, informasjonsarbeid og smittesporing. Men effekten av slike tiltak vil også avhenge av at befolkningen har tillit til myndighetenes håndtering av pandemien, at de har tillit til informasjonen som kommer fra myndighetene, og at de er lydhøre for offisiell informasjon om pandemien, og har intensjoner om å følge smitteverntiltakene.

De delene av våre spørreundersøkelser som har blitt presentert i denne artikkelen, bidrar med noen mulige forklaringer på det relativt positive forløpet som koronapandemien har hatt i Norge: Vi har sett at flertallet av befolkningen rapporterer høy grad av tillit til myndighetene, og i stor grad stoler på helseinformasjon og spesielt på smitteverninformasjonen, og nesten alle rapporterer intensjoner om å følge smitteverntiltakene. Selv om pandemien rammer ulike befolkningsgrupper ulikt, har vi ikke noe grunnlag i våre analyser til å si at graden av tillit varierte mellom slike grupper. Videre er det interessant at til tross for store forskjeller i smittetall gjennom vår målingsperiode forble intensjonen om etterlevelse høy. Det at det var noe variasjon i etterlevelse over en tid med uendrede smitteverntiltak, tyder på at befolkningen ikke bare blindt følger tiltakene, men også gjør individuelle vurderinger opp mot andre faktorer.

Data ble samlet inn som del av «Medborgerpanelet», finansiert av Universitetet i Bergen og Trond Mohn stiftelse (REF). Data er produsert av Universitetet i Bergen og tilgjengeliggjort av ideas2evidence. Den inneværende forskningen er del av PANDRISK-prosjektet («Opplevd risiko og etterlevelse av tiltak under koronapandemien»), som er finansiert av Trond Mohn stiftelse, prosjektnummer TMS2020TMT08. Takk til alle deltakerne som har svart på spørreundersøkelsene. Disse partene har ikke lest gjennom dette manuskriptet og har ikke vurdert nøyaktigheten i funnene.

Referanser

- Ajzen, H., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice-Hall. <https://www.scienceopen.com/document?vid=c20c4174-d8dc-428d-b352-280b05eacdf7>
- Arnesen, S., Bærøe, K., Cappelen, C., & Carlsen, B. (2018). Could information about herd immunity help us achieve herd immunity? Evidence from a population representative survey experiment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(8), 854–858. <https://doi.org/10.1177/1403494818770298>
- Baekgaard, M., Christensen, J., Madsen, J. K., & Mikkelsen, K. S. (2020). Rallying around the flag in times of COVID-19: Societal lockdown and trust in democratic institutions. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.30636/jbpa.32.172>
- Bergens Tidende. (2020, April 6). *Vi stoler mer på politikerne, men mindre på naboen*. Bergens Tidende. <https://www.bt.no/nyheter/innenriks/i/4qebp6/vi-stoler-mer-paa-politikerne-men-mindre-paa-naboen>

- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 797–824. <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Blair, R. A., Morse, B. S., & Tsai, L. L. (2017). Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. *Social Science & Medicine*, 172, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.016>
- Carter, W. B. (1990). Health behavior as a rational process: Theory of reasoned action and multiattribute utility theory. I K. Glanz, F.M. Lewis, B.K. Rimer (Red.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (s. 63–91). Jossey-Bass/Wiley.
- Catterberg, G., & Moreno, A. (2006). The Individual Bases of Political Trust: Trends in New and Established Democracies. *International Journal of Public Opinion Research*, 18(1), 31–48. <https://doi.org/10.1093/ijpor/edh081>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Delhey, J., & Newton, K. (2005). Predicting Cross-National Levels of Social Trust: Global Pattern or Nordic Exceptionalism? *European Sociological Review*, 21(4), 311–327. <https://doi.org/10.1093/esr/jci022>
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16(3), 273–288. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_1
- Eisenberg, N., & Miller, P. (1987). The Relation of Empathy to Prosocial and Related Behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91–119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt – Tre samanhengar. *Tidsskrift for Den Norsk Legeforening*, 121(30), 3617–3620.
- Harvey, J., & Weary, G. (1984). Current Issues in Attribution Theory and Research. *Annual Review of Psychology*, 35, 427–459. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.35.020184.002235>
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2005). Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2618–2624. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2618>
- Kahlor, L. (2010). PRISM: A Planned Risk Information Seeking Model. *Health Communication*, 25(4), 345–356. <https://doi.org/10.1080/10410231003775172>
- Lambert, S. D., & Loisel, C. G. (2007). Health Information—Seeking Behavior. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1006–1019. <https://doi.org/10.1177/1049732307305199>
- Lewis, F. M., & Daltroy, L. H. (1990). How causal explanations influence health behavior: Attribution theory. I K. Glanz, F.M. Lewis, B.K. Rimer (Red.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (s. 92–114). Jossey-Bass/Wiley.
- Norheim, O., Abi-Rached, J., Bright, L., Bærøe, K., Ferraz, O., Gloppen, S., & Voorhoeve, A. (2020). Difficult Trade-Offs in Response to COVID-19: The Case for Open and Inclusive Decision-Making. *Nature Medicine*, 27, 10–13. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-01204-6>
- OECD. (2017). *OECD Guidelines on Measuring Trust* (Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development) [Text]. https://www.oecd-ilibrary.org/governance/oecd-guidelines-on-measuring-trust_9789264278219-en
- Prati, G., Pietrantoni, L., & Zani, B. (2011). Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: The role of trust and personal beliefs. *Health Education Research*, 26(5), 761–769. <https://doi.org/10.1093/her/cyr035>

- Quinn, S. C., Kumar, S., Freimuth, V. S., Kidwell, K., & Musa, D. (2009). Public Willingness to Take a Vaccine or Drug Under Emergency Use Authorization during the 2009 H1N1 Pandemic. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 7(3), 275–290. <https://doi.org/10.1089/bsp.2009.0041>
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey. *The BMJ*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2651>
- Sætrevik, B. (2021). Realistic Expectations and Prosocial Behavioural Intentions to the Early Phase of the COVID-19 Pandemic in the Norwegian Population. *Collabra: Psychology*, 7(18698). <https://doi.org/10.1525/collabra.18698>
- Sætrevik, B., & Bjørkheim, S. B. (2020, November 14). *Nordmenn var mindre redde, men fulgte fortsatt korona-tiltakene i sommer og høst*. <https://forskersonen.no/a/1770854>
- Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M.-L. (2017). *Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior – A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005–2016*. PLOS ONE, 12(1), e0170550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170550>
- Tang, C. S. K., & Wong, C. (2003). An Outbreak of the Severe Acute Respiratory Syndrome: Predictors of Health Behaviors and Effect of Community Prevention Measures in Hong Kong, China. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1887–1888. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.11.1887>
- Treloar, S. (2020, April 7). *Norway Loosening Restrictions as Virus Seen Under Control*. Bloomberg. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-07/norway-starts-easing-restrictions-as-virus-seen-under-control>
- Whetten, K., Leserman, J., Whetten, R., Ostermann, J., Thielman, N., Swartz, M., & Stangl, D. (2006). Exploring Lack of Trust in Care Providers and the Government as a Barrier to Health Service Use. *American Journal of Public Health*, 96(4), 716–721. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063255>
- Zhao, E., Wu, Q., Crimmins, E. M., & Ailshire, J. A. (2020). Media trust and infection mitigating behaviours during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Global Health*, 5(10), e003323. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003323>