

**Adam Sydsjö**, med dr, överläkare, kvinnokliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping (*Adam.Sydsjo@lio.se*)

**Gunilla Sydsjö**, med dr, klinisk beteendevetare, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

## Gravidas sjukfrånvaro ligger bakom ökat sjuktal för kvinnor i fertil ålder

### Studie av gravida kvinnors sjukfrånvaro 1978–1997

II Man har i Sverige sedan första kvartalet 1998 med oro noterat en ökad sjukfrånvaro. Ökningen gäller framför allt kvinnor; kvinnor är dessutom sjukskrivna oftare och längre än män [1-3]. Någon enhetlig förklaring till ökningen har inte kunnat redovisas, men man har spekulerat i om den skulle kunna vara resultat av ett försämrat hälsoläge hos befolkningen. Det ökande trycket på arbetsmarknaden samt genomförda nedskärningar under slutet av 1990-talet skulle kunna tänkas leda till stress, oro och utbrändhet, framför allt hos kvinnor arbetande inom vård, skola och omsorg [1-3].

Mikaelsson och medarbetare har i två artiklar i Läkartidningen nyligen pekat på den komplexa och multifaktoriella bakgrunden till registrerad sjukfrånvaro. För att kunna påverka den ogynnsamma situationen konstaterades att »försäkringsmedicinsk forskning och utbildning behöver förstärkas« [1, 2].

Sjukskrivning är emellertid inte alltid synonymt med sjukdom utan endast ett av flera mått på ohälsa [4]. Förändringar i sjuktalet återspeglar inte med nödvändighet den verkliga sjukligheten i befolkningen, men sammanfattar dock väl individens självuppfattade hälsa och arbetssituation [4]. Den optimala graden av självbestämmande från patientens sida vid sjukskrivning är också svår att fastställa, samtidigt som studier har visat att de flesta sjukfallen är initierade av patienterna själva [5].

Kvinnors hälsa och sjukfrånvaro i fertil ålder påverkas av det naturliga men i tiden avgränsade tillståndet graviditet. Det finns en omfattande sociallagstiftning som berör graviditet och tidigt föräldraskap. Målsättningen för de olika formerna av föräldraförsäkring är att förebygga sjuklighet under graviditet och underlätta för den blivande modern att förbereda sig inför förlossningen [20]. Graden av självbestämmande för den gravida kvinnan vid beslut om utnyttjande av föräldraförsäkringens olika förmåner är mycket hög [6].

Från försäkringsmedicinsk synpunkt är därför ett studium av den gravida populationens sjukfrånvaro av stort värde. Denna skall sättas i relation till sjukfrånvaron såväl i den icke-gravida kvinnliga populationen som i den manliga populationen inom samma åldersklasser. Särskild vikt bör läggas vid eventuella långsiktiga förändringar i observerad sjukfrånvaro.

Sjukskrivning är av stor betydelse att studera om sam-

#### SAMMANFATTAT

I ett material omfattande 8 884 gravida kvinnor fann vi betydande svängningar i sjukfrånvaron i ett longitudinellt tidsperspektiv under 20-årsperioden 1978–1998.

Orsakerna till dessa variationer kan knappast förklaras med varierande sjuklighet i medicinsk mening hos de gravida kvinnorna.

Sjuktalet för gravida kvinnor visade sig följa omfattningen av erbjudna förmåner inom föräldra- och sjukförsäkringens ramar.

De kraftiga variationerna i sjukfrånvaro hos en liten grupp av gravida kvinnor är troligen av betydelse för att kunna studera kvinnlig sjukfrånvaro i fertil ålder (16–44 år).

Studier av de nu aktuella förändringarna i sjukfrånvaron måste därför uppmärksamma förändringar/ökningar bland gravida kvinnor, då sjukfrånvaro under graviditeten förmodligen måste betraktas som ett separat tillstånd, orsakat av flera andra samverkande faktorer än bland icke-gravida kvinnor.

Ett förslag till lösning presenteras.

hället önskar ingripa med förebyggande åtgärder eller planera för rehabilitering. Samhällets insatta åtgärder borde också rimligen leda till en mätbar minskning av sjukskrivning eller andra mätbara förbättringar hos den grupp som åtgärderna avser.

#### Studie av behovet av sjukskrivning under graviditet

Panoramats av i strikt mening graviditetsrelaterad sjukdom har inte förändrats i Sverige under de senaste decennierna, däremot har den obstetriska förvården och förlossningsvår-

**Tabell I.** 8 625 förlösta kvinnor i Värnamo, Linköping och Hamar (Norge) åren 1978–1997.

	1978	1986	1988	1989	1992	1995	1997
Värnamo	867	1 004	100	–	1 184	–	863
Linköping	657	673	200	487	890	336	719
Hamar (Norge)	–	645	–	–	–	–	–

den utvecklats och förbättrats [20]. Siffrorna för morbiditet och mortalitet bland de nyfödda har under denna tid kontinuerligt förbättrats [7]. Under samma tid har emellertid behovet av sjukskrivning under graviditeten varierat kraftigt [8].

Ett väsentligt metodologiskt problem vid studier av sjukfrånvaro av kvinnor i fertil ålder är dock att man i register hos Försäkringskassan inte automatiskt erhåller information om den sjukskrivna kvinnan dessutom är gravid, för såvitt inte sjukskrivningsdiagnosen i sig anger detta (exempelvis »preeklampsi«, »placenta previa« och liknande).

En i praktiken »graviditetsrelaterad« sjukfrånvaro av ospecifik natur bland gravida kvinnor skulle alltså kunna påverka sjuktalet i ogynnsam riktning för kvinnor i allmänhet i fertil ålder. Jämförelsen av sjukfrånvaro mellan kvinnor och män i dessa åldrar kan därför tänkas delvis invalideras.

Undersökningen av gravida kvinnors sjukfrånvaro utgick från den kliniska observationen att arbetet på mödravårdsavdelningen delvis hade ändrat karaktär.

En stor del av tiden föreföll att gå åt till att evaluera olika besvär som resulterade i sjukskrivning i stället för att förbereda den gravida kvinnan inför förlossningen. Det visade sig också i den pilotstudie som gjordes under 1988, och som presenterades i Läkartidningen, att gravida kvinnors sjukfrånvaro vida översteg den redovisade sjukfrånvaron hos kvinnor i offentlig statistik, gravida eller ej [9, 10]. Då resultaten i denna undersökning enbart grundade sig på uppgifter om sjukskrivning i de förlösta kvinnornas mödravårdsjournaler var den reella sjukfrånvaron dessutom troligtvis underskattad [10]. En stor diskrepans i sjukfrånvaro förelåg trots att olika socialpolitiska åtgärder speciellt riktade till gravida kvinnor introducerats [6].

### Förbättrade sociala förmåner vid graviditet

Vid tidpunkten för pilotstudien fanns det i litteraturen endast några få studier om sjukskrivningsproblematik och i praktiken inga studier som enbart undersökte kvinnors behov av sjukskrivning under graviditet [11]. Det gick alltså inte att utvärdera om den av oss registrerade sjukfrånvaron i pilotstudien var anmärkningsvärt hög eller låg. Vi beslöt därför att gå tillbaka i tiden och valde 1978 som startpunkt för en longitudinell studie av eventuella förändringar i sjukskrivning bland gravida kvinnor. Perioden 1978–1989 kännetecknades av en successiv utökning av sociala förmåner speciellt riktade till gravida kvinnor [6, 12].

En frågeställning för undersökningen var om förbättrade socialförsäkringsvillkor i anslutning till graviditet och tidigt föräldraskap skulle kunna medföra ett minskat behov av sjukfrånvaro under graviditet.

En annan frågeställning var om behovet av sjukfrånvaro skilde sig mellan två angränsande länder, som Sverige och Norge, med likartat socialförsäkringssystem bland yrkesarbetande gravida kvinnor. Den hypotes som ställdes upp var att behovet av sjukskrivning under graviditeten borde vara samma om sjukskrivning enbart orsakades av sjukdom under graviditeten. Det land som hade den mest utbyggda socialför-

säkringen för gravida borde dessutom rimligen uppvisa den minsta sjukfrånvaron.

## II Material och metod

Undersökningen bygger på konsekutivt förlösta kvinnor för hela åren 1978, 1986, 1992 och 1997. Kvinnorna är förlösta dels på kvinnokliniken i Värnamo, där samtliga förlösta kvinnor för åren ingick, dels på kvinnokliniken i Linköping, där varannan konsekutivt förlöst kvinna inkluderades. Värnamo är ett normallasarett med ca 85 000 invånare i upptagningsområdet, kvinnokliniken har en barnläkarjour, men ingen neonatalavdelning.

Kvinnorna förlösta i Linköping hörde till Linköpings kommun, med ca 120 000 invånare. Kvinnokliniken i Linköping är en universitetsklinik för regionen, men enbart kvinnor mantalskrivna i Linköpings kommun ingick i studien.

Uppgifterna om graviditet och förlossning är manuellt hämtade från mödravårds- och förlossningsjournaler, och uppgifter om sjukskrivning, havandeskapspenning (HP) respektive föräldrapenning (FP) är hämtade från försäkringskassans register för respektive förlösta kvinna [8]. Samtliga uppgifter är avidentifierade efter insamlandet.

I Norge insamlades uppgifter med samma metod för samtliga förlösta kvinnor (645) under 1986 vid kvinnokliniken i Hamar [13]. Kvinnokliniken i Hamar var precis som den i Värnamo en klinik utan barnavdelning, upptagningsområdet var ca 60 000 invånare.

År 1988 gjordes en pilotstudie med 300 konsekutivt förlösta kvinnor i Värnamo och i Linköping. All information om graviditet respektive sjukfrånvaro hämtades från den förlösta kvinnans mödravårdsjournal. För att studera sjukfrånvaron under graviditetens två sista månader undersöktes tillsammans med försäkringskassan 487 konsekutivt förlösta kvinnor hösten 1989.

En enkätundersökning gjordes 1995 för att utreda och studera de gravida kvinnornas egna attityder till hälsa och sociala förmåner under den gångna graviditeten, 336 kvinnor tillfrågades, varav 281 (83 procent) besvarade enkäten.

De förlösta kvinnorna som ingår i materialet presenteras i Tabell I.

Tack vare att det vid socialmedicinska institutionen i Linköping samtidigt pågick en studie av diagnoser och sjukskrivning i Östergötland under perioden 1985–1987 [4] kunde resultat från gravida kvinnors sjukfrånvaro i vår databas genom en kombination och bearbetning av de båda databaserna användas till att studera gravida, icke-gravida kvinnors och mäns sjukfrånvaro i fertil ålder för året 1986 i Linköpings kommun [4].

## II Resultat och diskussion

Vi fann att det medicinska omhändertagandet vad beträffar förvård och förlossning under pågående graviditet inte hade förändrats över tiden [7, 8]. Några organisatoriska förändringar av mödravården hade inte heller ägt rum.

Sjuktalet ökade däremot från 19,2 dagar 1978 till 39,8 dagar 1986, för att därefter successivt återgå till 18,8 dagar per gravid kvinna 1997 [8].

Medan alla sjukpenningförsäkrade kvinnor i åldrarna 16–64 år mellan åren 1978 och 1986 ökade sitt sjuktalet med 1,6 dagar, från 22,4 till 24 dagar per år, steg sjuktalet för gravida kvinnor (16–44 år) med 27 dagar, omräknat på årsbasis [8, 9]. Signifikant fler gravida yrkesarbetande kvinnor var sjukfrånvarande år 1986 än 1978 [8]. Fler kvinnor var yrkesverksamma 1986 än 1978 (86 procent mot 82 procent), men det fanns en ökning av sjukfrånvaron i praktiskt taget alla yrken i vilka de gravida kvinnorna arbetade. Ingen förskjutning

mot tyngre yrkeskategorier kunde observeras [8]. Samtidigt med minskningen av sjukfrånvaron under 1990-talet minskade andelen kvinnor som uppgav sig yrkesverksamma, i stället ökade andelen som uppgav sig studera eller söka arbete [8]. Kvinnornas obstetriska anamnes skilde sig inte mellan 1978 och 1986. Ökningen kunde inte relateras till om kvinnan arbetade hel- eller deltid men väl till ålder; de yngsta gravida kvinnorna (16–24 år) hade den största ökningen under perioden 1978–1986 [8].

## Skillnader mellan Sverige och Norge

Under 1986 observerades också skillnader i sjuktal mellan gravida kvinnor i Sverige (Värnamo) och Norge (Hamar) som inte rimligen kunde förklaras med motsvarande skillnader i medicinskt betingat sjukskrivningsbehov [13]. I Värnamo var 75 procent av den gravida, yrkesarbetande populationen sjukskriven någon gång under graviditeten, jämfört med 48 procent i Hamar. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden för de svenska kvinnorna i Värnamo var 61 dagar jämfört med 44 dagar i Hamar.

Fler norska än svenska gravida kvinnor arbetade heltid, och skillnaderna gällde i praktiken samtliga identifierade yrkesgrupper. En skillnad i materialet var att 30 procent av de norska kvinnorna var hemmavarande mot endast 3 procent i det svenska materialet.

En annan skillnad var att någon mödravårdsorganisation inte fanns tillgänglig för gravida i Norge. Den gravida kvinnan kontrollerades hos sin allmänläkare även under graviditeten. Möjligheten till att bli sjukskriven var dock densamma som i Sverige, med det undantaget att man i Sverige krävde ett läkarintyg först efter sjunde dagen av ett sjukfall mot tredje dagen i Norge. Arbetsgivaren täckte de första 15 dagarna av sjukfallet i Norge 1986.

Socialförsäkringsvillkoren för gravida kvinnor i Norge var samtidigt väsentligt mindre förmånliga än i Sverige för undersökningsåret 1986 [13].

## Kvinnors sjuktal har ökat oroväckande

Uttalade förändringar i frekvensmönstret för sjukskrivningsmotiverande diagnoser noterades över tiden. Sålunda fyrdubblades sjuktalet i ryggdiagnoser hos gravida kvinnor under 25 års ålder och tredubblades hos gravida kvinnor i åldern 25–34 år mellan åren 1978 och 1986 [14]. Under 1980-talets slut och 90-talets början kände man inför den dåvarande observerade sjuktalets stegringen samma oro som nu för att kvinnors hälsa generellt skulle vara i allvarlig fara som en följd av ogynnsamma levnadsvillkor [4, 15–17]. Sedan början av 1998, under den nu pågående observerade ökningen av sjukfrånvaro, har diagnoser som »utbrändhet« och »stress« förekommit [1, 2]. Sjukfrånvaro i ryggdiagnos bland gravida kvinnor har i vår undersökning emellertid återgått till 1978 års nivå (9 procent) i materialet från 1997 (10 procent).

I den svenska debatten mot slutet av 1980-talet har man fäst stor vikt vid att kvinnors sjuktal är högre än mäns och där till har observerats öka mest [9]. Detta initierade under 90-talet många jämförande forskningsprojekt. Till följd av de metodologiska svårigheterna att urskilja andelen gravida kvinnor bland alla sjukskrivna kvinnor i offentlig statistik kom sannolikt de gravida kvinnornas sjukfrånvaro att underskattas i fertil ålder (16–44 år).

Genom en kombination av resultaten från vår undersökning med resultaten från sjukskrivningsprojektet i Östergötland visade det sig att under 1986 utgjorde de gravida kvinnorna i Linköpings kommun (117 000 invånare) i åldrarna 16–44 år endast 5 procent av alla kvinnor i denna åldersgrupp. Dessa 5 procent bidrog emellertid med 20 procent av all sjuk-

skrivning inom gruppen [18]. I åldersgruppen 25–34 år utgjorde de gravida kvinnorna 10 procent, men representerade 30 procent av alla sjukskrivna kvinnor. De gravida kvinnornas sjuktal översteg dessutom icke-gravida kvinnors sjuktal [8].

## Ingen skillnad i sjuktal för män och icke-gravida kvinnor

Den i Linköpings kommun 1986 observerade skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro i åldrarna 16–44 år minskade med hälften om man undantog de gravida kvinnorna och endast jämförde icke-gravida kvinnor och män. Då endast 0,7 procent av alla kvinnor i Linköpings kommun födde barn vid över 35 års ålder år 1986 kan tillståndet graviditet bara ha en marginell betydelse för sjukfrånvarostatistik i denna åldersgrupp (35–44 år). Vid en direkt jämförelse mellan icke-gravida kvinnor och män i åldersgruppen 16–34 år kunde ingen skillnad i sjukfrånvaro observeras. Åldersgruppen 16–34 år, där de flesta gravida kvinnor återfinns, rymmer emellertid en mycket stor andel av den yrkesarbetande kvinnliga populationen. Detta borde rimligen ha betydelse när man granskar olika förklaringar till skillnader i mäns och kvinnors sjukfrånvaro.

Framför allt kan den kraftiga ökningen av sjukskrivning hos den lilla grupp som gravida kvinnor utgör ha bidragit till den ökning av sjukfrånvaron i gruppen »alla kvinnor« som registrerades i offentlig statistik under slutet av 80-talet. Eftersom sjukfrånvaron hos gravida har varierat så mycket över tiden, med både ökning och minskning, finns det grund för att vid studier av kvinnlig sjukfrånvaro försöka identifiera gruppen gravida kvinnor och studera sjukfrånvaro separat för gravida respektive icke-gravida kvinnor.

## Sjukfrånvaro trots generös föräldraförsäkring

Sverige har en i internationellt perspektiv mycket generös föräldraförsäkring [12]. Den utvidgades stegvis mellan 1978 och 1989 från 270 dagars till 450 dagars betald ledighet, varav de sista 90 dagarna med en fast, ej inkomstrelaterad ersättning. Det var möjligt för den gravida kvinnan att ta ut 60 dagar före tidpunkten för beräknad förlossning. Till detta fogades 1980 en särskild »behovsprövad« havandeskapspenning omfattande 50 dagars ledighet före beräknad förlossning för de gravida som ansågs ha ett tungt eller monotont arbete, eller där uppenbara risker för det väntade barnet fanns på arbetsplatsen. Uttag av havandeskapspenning påverkade inte rätten till full föräldrapenning. Både havandeskapspenning och föräldrapenning är avsedda att avlasta den blivande modern och ge henne vila och ro under tiden närmast före beräknad förlossning. Sjukskrivning under denna förlossningsnära period skulle följaktligen inte behöva förekomma – utom vid speciella riskgraviditeter, eller när den gravida måste vårdas på en antenatal vårdavdelning. I realiteten fann vi år 1989 att den genomsnittliga sjukfrånvaron under de sista två månaderna av graviditeten uppgick till 17,9 dagar – jämfört med 19,2 dagar under hela graviditeten år 1978. Uttaget av föräldrapenning före förlossningen gick under samma period ner från i genomsnitt 13 dagar till 4 dagar [8].

I början av 1990-talet, under den rådande ekonomiska krisen, försämrades ersättningsnivåerna i de aktuella socialförsäkringssystemen samtidigt som en karensdag infördes med avsikt att förstärka statens finanser. Precis som i Norge fick arbetsgivaren ersätta de första 15 dagarna av ett sjukfall, under en kortare period till och med de första 30 dagarna.

## Den gravida styr i hög grad själv sin sjukskrivning

Man har under samma tidsperiod från försäkringskassan respektive mödravården också verkat för att få de gravida att i större utsträckning använda sig av föräldrapenningsdagar un-

der perioden före förlossningen [12]. Om detta har haft en större effekt på sjukfrånvaron generellt går inte att utläsa i materialet, men endast 3,5 procent av de gravida uppgav i enkätundersökningen 1995 att de blev nekade sjukskrivning mot slutet av graviditeten och i stället fick använda sig av föräldrapenning [8]. Majoriteten av de gravida tyckte inte att deras önskan och behov av sjukskrivning möttes negativt av personal och läkare på mödravårdscentralerna. Detta antyder att kvinnorna själva hade en mindre stark önskan att bli sjukskrivna under rådande ekonomiska förhållande [8]. Av de kvinnor som sökte havandeskapspenning men inte fick blev 90 procent sjukskrivna, något som styrker observationen att det är den gravida som om hon anser sig behöva avlastning själv styr sin sjukskrivning [5, 19].

Utnyttjandet av föräldrapenningen före förlossningen hade 1995 stigit något till i genomsnitt 7,8 dagar i vår undersökning, vilket dock fortfarande låg under 1978 års nivå, 13 dagar [8]. År 1995 beviljades dessutom 30 procent av samtliga yrkesarbetande gravida kvinnor havandeskapspenning. Detta förhållande har troligen tillsammans med sjukskrivning mot slutet av graviditeten reducerat det totala utnyttjandet av föräldrapenning före förlossning. Att inte erhålla sökt havandeskapspenning innebär dock inte automatiskt att kvinnan tar ut den tillgängliga föräldrapenningen före förlossningen, utan oftast väljer kvinnan i stället att sjukskriva sig. 12 av de 13 gravida kvinnorna som efter ansökan inte beviljades havandeskapspenning 1995 blev i stället sjukskrivna under resten av graviditeten, flertalet på grund av ryggbesvär [8]. Detta fenomen har även beskrivits under 80-talet [19].

### **Inte bara sjukdom orsak till sjukskrivning under graviditet**

Eftersom den ökade sjukfrånvaron inte har kunnat förklaras med rent medicinska/obstetriska fynd har man tillskrivit ändrade attityder till yrkesarbete och graviditet bland de gravida kvinnorna själva vara orsaken [4, 7, 10]. Undersökningar har därför gjorts bland förlösta kvinnor boende i Linköpings kommun också för att klargöra gravida kvinnors attityder till yrkesarbete och sociala förmåner i samband med graviditet. År 1995 fann vi i en enkätundersökning av 336 konsekutivt förlösta kvinnor att unga gravida kvinnor (<24 år), som var mest sjukskrivna, var mindre tillfredsställda med sin arbetsituation och sina relationer till arbetskamraterna än äldre gravida kvinnor (>35 år) [8]. Sjukskrivna kvinnor uppfattade även andra orsaker än sjukdom som »legitima skäl« till att vara sjukskriven under en graviditet. Allmän trötthet och behov av vila samt ovilja att utnyttja föräldrapenning före förlossningen uppgavs som »godtagbara« skäl för sjukskrivning när man är gravid. Av kvinnor som varit sjukskrivna under nyss avslutad graviditet uppgav 74 procent att de »mått utmärkt« eller »mått bra« under hela graviditeten. Endast 4,2 procent upplevde sig ha varit sjuka i allvarliga graviditetsrelaterade sjukdomar [8]. Det är dessutom anmärkningsvärt att 26 procent av de kvinnor som tyckte sig må »dåligt« eller »mycket dåligt« aldrig blev sjukskrivna!

### **II Konklusioner**

I ett longitudinellt tidsperspektiv omfattande 20-årsperioden 1978–1998 fann vi betydande svängningar, såväl uppåt som nedåt, i sjukfrånvaro för gravida kvinnor.

Orsakerna till dessa variationer kan knappast förklaras med varierande sjuklighet i medicinsk mening hos de gravida kvinnorna.

De obstetriska parametrarna förefaller oförändrade under observationsperioden [7, 8]. Under tiden för den observerade ökningen av sjukskrivning på 1980-talet kan arbetsmarknaden knappast ha förändrats så till de graviditas nackdel att det skulle motivera en sjukfrånvaroökning som är så mycket hög-

re än ökningen för alla sjukförsäkrade kvinnor under samma tidsperiod, 1978–1986. Sjuktalet för gravida kvinnor visade sig paradoxalt nog vara positivt relaterade till omfattningen av erbjudna förmåner inom föräldra- och sjukförsäkringens ramar. I Sverige och Norge (Värnamo och Hamar) var under 1986 respektive sjukskrivningspanorama under graviditet så olika att skillnaderna inte rimligen kan ha medicinsk orsak utan snarare kulturell.

Flera författare har yrkat att förmånerna till gravida kvinnor borde utökas för att man inte i onödan skulle sjukförklara en kvinna därför att hon var gravid. Antagandet att sjukskrivningsbehovet skulle vara oförändrat eller rent av minska om sociala förmåner utökades eller infördes kunde inte verifieras i vår studie. Paradoxalt nog steg i stället den registrerade sjukfrånvaron under graviditet när socialförsäkringarna för gravida utökades, för att sedan minska när ersättningarna i socialförsäkringssystemet reducerades och det från mödravården manades att man skulle använda föräldrapenningen i graviditetens slutskede. När nu sjukfrånvaron synes öka i Sverige sedan 1998, efter det att nivån justerats uppåt i sjukersättningen, är det givetvis av stort intresse att studera om gravida kvinnor även har en motsvarande eller till och med större ökning. Likaledes är det av intresse att studera om det skett en förändring av diagnoser hos gravida kvinnor, eftersom nya diagnoser som »stress« och »utbrändhet« förefaller att öka i befolkningen. Sådana studier pågår, och resultaten kommer att publiceras så snart materialinsamlingen är avslutad.

De kraftiga variationerna av sjukfrånvaro hos en liten grupp (gravida kvinnor) av den kvinnliga sjukförsäkrade delen av populationen i fertil ålder har däremot betydelse i studiet av kvinnlig sjukfrånvaro i detta åldersintervall. Studier av de aktuella förändringarna i sjukfrånvaron måste därför uppmärksamma förändringar/ökningar bland gravida kvinnor, då sjukfrånvaro under graviditeten förmodligen måste betraktas som ett separat tillstånd, orsakat av flera andra samverkande faktorer än bland icke-gravida kvinnor [4, 7-8].

Utformningen av föräldraförsäkringen möjliggör ett uttag av hela föräldrapenningen efter avslutad förlossning. Andra motiv för att möjliggöra arbetsfrånvaro före förlossningen blir därmed eftersökta. Sjukskrivning för olika graviditetsrelaterade besvär erbjuder då ett alternativ. Detta styrks av förhållandet att sedan havandeskapspenning efter prövning inte kunnat medges, blev en majoritet av de gravida kvinnorna likväl sjukskrivna under resten av graviditeten i stället för att använda sig av föräldrapenningen [8, 19].

### **Attitydförändringar motiverar nytt regelverk**

Kvinnors egna attityder till graviditet och graviditetsbesvär synes också variera över tid. För att uppnå de av samhället eftersträfvade målen för föräldraförsäkringarna föräldrapenning och havandeskapspenning, nämligen att bereda gravida kvinnor som inte är sjuka de bästa möjligheter att förbereda sig för sitt moderskap, behövs endast att man till att börja med reserverar exempelvis 60 dagar av den gällande föräldraledigheten för uttag före beräknad förlossning.

En sådan lösning har förordats under lång tid av Svensk förening för obstetrik och gynekologi, men av skilda skäl har detta inte funnit gehör hos de lagstiftande myndigheterna. Därmed skulle även behovet av den tämligen subjektivt »behovsprövade« havandeskapspenningen upphöra. Havandeskapspenningen är tillgänglig för vissa yrkesarbetande gravida kvinnor med speciella arbetsvillkor och kan uppfattas delvis som »orättvis«, eftersom den samtidigt som den möjliggör vila före förlossningen faktiskt sparar föräldrapenningsdagar till efter förlossningen för föräldrarna. Detta minskar därmed kostnader för barnomsorg. Hur precis är bedömningen av havandeskapspenningen? Denna reform planerades på

1970-talet och introducerades 1980, men är dagens arbetsmarknad jämförbar? Med tanke på den upplevda stress som finns på dagens arbetsmarknad undrar man om det finns »lätta« arbeten för gravida kvinnor.

Ett nytt regelverk bör i stället skapas, där sjukskrivning, föräldrapenning och havandeskapspenning integreras i en försäkring för att bättre anpassas till yrkesarbetande kvinnors aktuella behov på en alltmer hårdnande arbetsmarknad. Skall graviditet helt enkelt jämföras med yrkesarbete? Skulle det räcka om en gravid yrkesarbetande kvinna lämnar en hälsodeklaration till Försäkringskassan om hon behöver avlastning från sitt ordinarie yrkesarbete under en period av sin graviditet? Om så många är sjukskrivna under graviditetsperioden kanske inte ett läkarintyg längre är nödvändigt för att »objektivt« bedöma en »subjektivt« upplevd arbetsoförmåga. Man får inte glömma att när havandeskapspenningen infördes 1980 skulle ansökan åtföljas av ett läkarintyg, ett krav som nu är borttaget.

Det är en mycket olycklig utveckling att det normala tillståndet graviditet kommit att »medikaliseras« som nu skett.

\*

Undersökningarna har möjliggjorts genom medel från Sociala forskningsdelegationen och Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS).

## Referenser

1. Mikaelsson B, Andersson L, Arrelöv B, Melander H, Norrmen G, Olsson B et al. Hur kan problemen med den ökande sjukfrånvaron minskas? *Läkartidningen* 2000; 97: 1576-8.
2. Mikaelsson B, Arrelöv B, Melander H, Norrmen G, Olsson B, Sjöberg I et al. Varför ökar sjukfrånvaron? *Läkartidningen* 1999; 96: 4160-2.
3. Pressmeddelande 1999-02-02. Stockholm. Riksförsäkringsverket, 1999.
4. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county [dissertation]. Linköping: Linköping University 1995; No 471.
5. Lars Englund. Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven? FKF debatt. Stockholm: Försäkringskassaförbundet, FKF förlag, 1997.
6. Riksförsäkringsverket. Föräldraförsäkringen 1987-1989. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1991.
7. Lindmark G. Kvinnors behov av ledighet under graviditet borde tillgodoses utan att klassas som sjukdom. *Läkartidningen* 1992; 89: 1882-4.
8. Sydsjö A. Sickness absence during pregnancy [dissertation]. Linköping: Linköping University, 1998; No 562.
9. Riksförsäkringsverket. Varför ökar sjuktal? Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1989.
10. Sydsjö A, Sydsjö G, Wijma B. Hög sjukfrånvaro under graviditeten trots väl uppbyggt föräldraförsäkringssystem. *Läkartidningen* 1989; 86: 4141-4.
11. Topøj A. Pregnancy and sick leave. *Ugeskr Laeker* 1994; 156: 6359-65.
12. Thoren E, Håkansson A, Palmgren G B, Larsson J. Inför två månaders generell havandeskapspenning. *Läkartidningen* 1992; 89: 3851-4.
13. Sydsjö A, Sydsjö G, Kjessler B. Sick leave and social benefits during pregnancy – a Swedish-Norwegian comparison. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 748-54.
14. Sydsjö A, Sydsjö G, Wijma B. Sick-leave rates due to back-pain increased as social benefits to Swedish pregnant women were ameliorated – a paradox. *SPINE* 1998; 23: 1986-90.
15. Diderichsen F, Kindlund H, Vogel J. Kvinnans sjukfrånvaro. Arbetsmiljö orsak till kraftig ökning. *Läkartidningen* 1993; 90: 289-92.
16. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989. Stockholm: Statistics Sweden, 1992.
17. Lagerlöf E. Women, work and health. National report. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993.
18. Alexandersson K, Sydsjö A, Hensing G, Sydsjö G, Carstensen J. Impact of pregnancy on sex-differences in sickness absence. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1996; 24: 168-76.
19. Riksförsäkringsverket. Mor 88. En undersökning av gravida kvinnors sjukskrivning. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1990.
20. Socialstyrelsen. Hälsovård före, under och efter graviditeten. SoS-rapport 1996:7. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.

## SUMMARY

Pregnant women's sick leave underlies increased average sick leave for fertile women. Study of pregnant women's sick leave 1978-1997.

**Adam Sydsjö, Gunilla Sydsjö**

*Läkartidningen* 2001; 98: 3410-4

Sick leave rates among pregnant women have been found to vary substantially over time.

8 884 women delivered at Linköping and Värnamo Women's Clinics in 1978, 1986, 1988, 1992, 1995 and 1997 were studied. Sick leave nearly doubled between 1978 and 1986, and dropped back to the 1978 level in 1997. The somewhat paradoxical findings in our surveys indicate that attitudes, especially as observed in the youngest age groups, together with a sensible adaptation to the prevailing terms of the social security system, may well be the most plausible explanation. Studies on sick leave among women of fertile age should preferably also contain information on the proportion of sick-listed pregnant women, as a small proportion of pregnant women may have a profound impact on sick leave statistics among all insured women of fertile age.

Correspondence: Adam Sydsjö, Division of obstetrics and gynaecology, Universitetssjukhuset, SE-581 85 Linköping, Sweden (Adam.Sydsjo@lio.se).