

Projekttitel	Dnr
Yrkesverksamma kvinnors barnafödande, sjuklighet och sjukfrånvaro/sjuk- och aktivitetsersättning, generellt och i olika yrken, branscher och sektorer	160318

Projektledare
Kristina Alexanderson, professor, Karolinska Institutet

Innehåll:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Projektets syfte och bakgrund</li> <li>2. Projektets genomförande</li> <li>3. Uppnådda resultat</li> <li>4. Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning</li> <li>5. Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram</li> </ol>

## 0. *Populärvetenskaplig sammanfattning*

I media diskuteras olika teorier om kvinnors sjukfrånvaro, bland annat antas ofta att kvinnor som fött flera barn har högre sjukfrånvaro än andra. Forskningen om detta är dock mycket begränsad.

*Syftet* med detta tvärvetenskapliga forskningsprojekt var att studera samband mellan barnafödande och sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning och sjuklighet bland kvinnor, samt om sådana samband varierar mellan olika yrkesgrupper.

Flera longitudinella kohortstudier har genomförts, baserade på omfattande mikrodata länkade på individnivå från sju rikstäckande register. Samtliga kvinnor, 18-39 år, som tidigare inte fött barn och som bodde i Sverige år 1995, 2000, 2005 eller 2010 inkluderades (ca 500.000 år 2005, t.ex.). Kvinnorna följdes över totalt sex år; tre år innan och tre år efter förlossningsdatum (alternativt den 2 juli för de som inte födde barn). De kvinnor som födde minst ett barn under uppföljningsperioden jämfördes med kvinnor som då inte födde något barn. Analyserna inkluderade information om sociodemografiska faktorer, typ av yrke, sjuklighet, sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning.

*Resultaten* visade generellt sett att de kvinnor som födde barn under uppföljningen hade lägre sjukskrivning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning under alla sex studerade år, med ett undantag, året före förlossningen, det vill säga, under graviditeten. Dessutom hade de kvinnor som födde barn mer än en gång lägst antal sjukskrivnings- och sjuk- eller aktivitetsersättningsdagar/år. Detta övergripande mönster fanns i samtliga kohorter och i olika yrkesgrupper. Kvinnor i yrkesgrupper med lägre kompetenskrav hade mer sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning än kvinnor i yrken med högre kompetenskrav. Däremot fanns det inga sådana starka samband mellan kvinno- och mansdominerade yrken. Vidare fanns ett samband mellan sjuklighet och framtida sjukskrivning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning, både bland de kvinnor som födde barn och de som inte födde barn. Det betyder att en kvinnas egen sjuklighet spelar en viktig roll för sjukskrivning samt för sjuk- och aktivitetsersättning, något som ibland har ifrågasatts.

*Sammanfattningsvis* hade kvinnor som inte fött barn flest antal dagar med sjukfrånvaro/sjuk- och aktivitetsersättning, de som fött ett barn hade lägre antal dagar och de som fött mer än ett barn hade lägst antal sådana dagar.

## *Syfte och bakgrund*

I Sverige yrkesarbetar de flesta kvinnor i arbetsför ålder [1] och majoriteten av dessa kvinnor föder också barn. Sverige är också ett land där kvinnor själva i stor utsträckning kan bestämma över sina liv, bland annat om antal barn de vill föda - förutsatt att kvinnan kan bli gravid. Det betyder att kvinnor har förhållandevis stora möjligheter att fatta egna beslut kring barnafödande i förhållande till de olika resurser som de har att tillgå i livet samt i relation till den egna hälsan. Försäkringskassans registeruppgifter om sjukskrivningsfall som är längre än 14 dagar, visar att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män [2]. Det finns ett stort antal olika förklaringar till detta, vad gäller faktorer på olika strukturella nivåer, såsom könsskillnader i sjuklighet, i arbetslivet, i det obetalda arbetet, i möjlighet till god vård, könsdiskriminering, etc. En av de förklaringsmodeller som ibland lyfts fram relaterar till kvinnors barnafödande [3] och gör antagandet att kvinnor som föder barn har högre sjukfrånvaro än andra. I dessa studier är dock fokus ofta på könsskillnader, inte på situationen för kvinnor. I detta projekt har fokus varit på kvinnor i barnafödande åldrar.

Mot bakgrund av detta syftade detta tvärvetenskapliga forskningsprojekt till att undersöka hur kvinnors barnafödande hänger samman med sjuklighet, sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning samt om det finns variationer i detta kopplade till typ av yrkesgrupp och till könsfördelningen inom en yrkesgrupp.

### *1.1 Förklaringar till sjukfrånvaro*

Även om det genom åren förts fram olika förklaringar till de variationer i sjuklighet, sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning som finns mellan kvinnor och män finns det några förklaringar som återkommer. En sådan återkommande förklaring till de skillnader som finns i sjukskrivning (registerbaserade uppgifter som inkluderar sjukskrivningsfall >14 dagar) handlar om att kvinnor föder barn [3]. En relaterad förklaring som förts fram handlar om att kvinnor, trots en ökad jämställdhetssträvan i Sverige, fortfarande har och tar ett stort omsorgsansvar för de barn som föds [3] [4]. Tillsammans anses detta - att kvinnor föder barn och vanligen också i störst utsträckning tar hand om barnen när de väl är födda - vara avgörande för och förklara den högre sjukfrånvaron bland kvinnor. Det här lyfts ofta fram i politisk debatt och mediadiskussion. Ibland görs också kopplingar till det antal barn som en kvinna har, där flera barn anses vara förenat med en ökad sjukfrånvaro. Med undantag för ensamstående kvinnor med barn, som vanligen har högre sjukfrånvaro som dessutom ökar med antalet barn, har forskning dock visat att kvinnor med flera barn har lägre sjukfrånvaro [5].

Andra studier pekar på att föräldraskap bidrar till en ökad skillnad i sjukfrånvaro mellan barns mödrar och fäder [3]. I den här typen av studier, som jämför mödrar och fäder, finns dock ett flertal olika metodologiska problem. Utan att gå igenom alla metodproblem som finns med sådana jämförande studier av kvinnor och män kan det konstateras att den mest avgörande handlar om att det är kvinnor som föder barn. Det gör att den förändring och belastning som en gravid kvinna har att hantera blir en annan än för en man. Ytterligare ett metodologiskt problem kan vara kopplat till de indikatorer som undersöks [5]. Utöver sjukskrivning och sjukhusvistelser är sjuk- eller aktivitetsersättning relevanta indikatorer för kvinnor i fertila åldrar. Särskilt i ett land som Sverige där det inte finns en borte gräns för hur långt ett sjukfrånvarofall kan bli, och där det finns en stor variation vad gäller hur snart ett långt sjukfrånvarofall prövas för sjuk- eller aktivitetsersättning. Sådan information behövs också eftersom det i Sverige är möjligt att ha sjukpenning och sjuk-/aktivitetsersättning samtidigt, på deltid. Likväl inkluderar få studier långvarig frånvaro i form av sjuk- eller aktivitetsersättning. För att få en mer heltäckande bild behövs därför både information om sjukskrivning och sjuk-/aktivitetsersättning [5].

När det gäller studier där kvinnor som föder barn står i fokus, är en central fråga vilka som ska inkluderas. En självklar och enkel lösning består i att bara undersöka kvinnor. Då finns möjlighet att undersöka kvinnor som fött barn samt att undersöka om det finns skillnader mellan kvinnor som fött ett eller flera barn. Kvinnor som fött barn kan också jämföras med kvinnor som inte fött barn. Det värdefulla i en ansats där olika grupper av kvinnor jämförs med varandra består i att det på ett övergripande plan också blir möjligt att göra jämförelser inom en grupp som generellt har liknande/ samma biologiska förutsättningar samt en annan positionering i en samhällelig könshierarkisk ordning jämfört med gruppen män. Samtidigt finns det självklart också variationer inom gruppen kvinnor.

När det gäller kvinnors biologiska förutsättningar medför en graviditet en fysiologisk och psykisk påverkan som inkluderar flera förändringar [6]. Risken för vissa typer sjukdomar, besvär och skador är förhöjd under en graviditet, förlossning och post-partum-period (tiden efter förlossningen). Förloppet av sådana sjukdomar och skador ser olika ut: ibland går dessa över men de kan också bli långvariga eller bestående [5]. Den mödravård som alla gravida kvinnor i Sverige har tillgång till kan också bidra till att tidigare okänd sjuklighet identifieras. Det betyder att mödravården även kan fånga upp sådana aspekter av ohälsa som går bortom vanligt förekommande graviditetsrelaterade besvär. Sammantaget finns det alltså variationer inom gruppen kvinnor som föder barn både i de mer akuta/övergående och mer långsiktiga hälsorelaterade konsekvenser som följer av en graviditet, förlossning och post-partum-perioden.

### *1.2 Resultat från tvillingstudier*

Tidigare forskning, i form av tvillingstudier där tvillingsystrar som födde barn jämfördes med de som inte hade gjort det, visade att kvinnor som födde ett barn hade lägre sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning än kvinnor som inte födde barn [5]. Dessutom hade de kvinnor som födde minst två barn lägre sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning än de kvinnor som födde ett barn under studieperioden. När bara sjukskrivning beaktades framkom inga större skillnader i sjukskrivning mellan grupperna, med undantag för tiden för graviditet. Under den tid som motsvarar graviditeten är antalet dagar med sjukskrivning i medeltal högre bland de kvinnor som föder barn jämfört med de kvinnor som inte gör det. Intressant nog pekar dessa tidigare studier på att sjukfrånvaron ökar något över tid, både bland de som födde barn och de som inte gjort det. När det gäller inläggning på sjukhus (utöver sådan som beror på en okomplicerad förlossning) pekar resultat från tvillingstudier på att kvinnor som födde barn har färre vårdtillfällen jämfört med de som inte födde barn. Tvillingstudier visar också att tidigare sjukhusvistelse var förenat med framtida sjukhusvistelse och att detta ökade risken för framtida sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning. Det gäller både kvinnor som födde barn och kvinnor som inte födde barn. Resultaten från tvillingstudier har också visat att familjära faktorer (arv och miljö) förklarar ingen eller bara en ytterst liten del av sambanden mellan sjuklighet, sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor som fött barn [5].

### *1.3 Individfaktorer och omgivningsfaktorer*

Utöver att föda ett eller flera barn, eller inte föda några barn alls, finns självklart även andra variationer inom gruppen kvinnor [1], såsom ålder, födelseland, egen utbildning, sysselsättning och familjesituation. Det här är alltså faktorer som, när informationen finns att tillgå, också i möjligaste mån behöver beaktas i studier av sjuktal och ohälsotal bland kvinnor i arbetsför ålder. Till exempel finns det en ohälsogradient, där människor som är födda utanför Norden på en övergripande nivå vanligen har sämre hälsa jämfört med de som är födda i Norden [7]. På liknande sätt har en större andel av de med kortare utbildning högre sjuklighet och sämre tillgång till resurser än de som har en längre utbildning. Här finns alltså en koppling mellan olika aspekter av sociodemografi och sjuklighet [8]. Samtidigt är de allra

flesta yrkesverksamma, även de med olika typer av sjuklighet, och de flesta av de med olika diagnoser inte sjukskrivna eller har sjuk- eller aktivitetsersättning [9].

Det yrke som en person har kan också ha betydelse för utvecklingen av sjuklighet och sjukfrånvaro[2]. Både typ av yrke och i vilken grad yrket är könssegregerat kan ha betydelse, det gäller särskilt en arbetsmarknad som präglas av en så stark numerär könssegregering som den svenska[1][10]. Den här könssegregeringen innebär att kvinnor företrädesvis återfinns i vissa yrken medan män finns i andra yrken. Forskning har också visat att arbetsvillkoren kan vara sämre i kvinnodominerade yrken. Det kan exempelvis handla om att den organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön i kvinnodominerade yrken är sämre på så sätt att varje chef har fler medarbetare än vad som är möjligt att hinna med samt att arbetet bland annat karaktäriseras av höga känslomässiga krav och sämre tillgång till resurser som underlättar för en person att utföra arbetsuppgifterna. I mansdominerade yrken finns det vanligen goda förutsättningar att vara chef då antalet medarbetare per chef ofta är mer rimligt. Dessutom är den psykosociala arbetsmiljön ofta god och karaktäriseras av hanterliga krav och tillgång till resurser som underlättar arbetet. Forskning har också entydigt visat att en sämre arbetsmiljö är förenad med risk för sjuklighet [10]. Här finns alltså ett möjligt skäl till högre sjukfrånvaro bland kvinnor i kvinnodominerade yrken [2][10]. Samtidigt vittnar många kvinnor i kvinnodominerade yrken om hur de har svårt att släppa jobbet trots egen sjuklighet och hur de ofta, in i det längsta, avstår från att vara hemma eftersom de vet att det ökar belastningen på kollegorna och medför försämring för brukare, elever och patienter.

När det gäller mansdominerade yrken kan det, å andra sidan, trots en god arbetsmiljö, fortfarande finnas fler belastningar för kvinnor än för män. Det finns flera olika teorier och studier om detta, som antas hänga samman med att kvinnor är i minoritet och därmed förväntas anpassa sig till den majoritetskultur som finns inom mansdominerade yrken. Det kan exempelvis handla om att kvinnor som minoritet har svårare att ta plats, få utrymme för sina perspektiv och därmed saknar adekvata resurser för att hantera arbetsuppgifterna. Jämfört med män i mansdominerade yrken har kvinnor, relativt sett, därmed mer av arbetsrelaterade belastningar. Det kan i sin tur vara förenat med mer sjukfrånvaro. Utgår man ifrån att kvinnor i mansdominerade yrken ändå gynnas av den generellt sett bättre arbetsmiljön som har beskrivits, borde detta också bidra till lägre ohälsotal bland dessa kvinnor. Men det skulle också kunna handla om att kvinnor i mansdominerade yrken anpassar sig till en kultur där sjukfrånvaro kan vara mindre accepterat, vilket också skulle kunna minska kvinnors ohälsotal. Det beror dock på lokala arbetsvillkor, som exempelvis om kvinnor arbetar tillsammans med män, eller om de trots det mansdominerade yrket, huvudsakligen arbetar på avdelningar med andra kvinnor[11].

Med tanke på att de höga kostnader som hänger samman med sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning samt det faktum att föreställningar om samband mellan kvinnors sjuktal och antal barn de föder kan utgöra hinder för jämställdhet på arbetsmarknaden, är det angeläget att undersöka kvinnors sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning och sjuklighet i relation till barnafödande, både generellt samt i olika sektorer och yrken.

## ***1. Projektets genomförande***

### *2.1 Specifika syften och frågeställningar*

Syftet med projektet var att undersöka kvinnors sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning och sjuklighet i relation till barnafödande. Fokus var på sjukskrivningsfall som blivit längre än >14 dagar, sjuk- och aktivitetsersättning och sjuklighet. Sjuklighet har definierats som att ha haft sekundär sjukvård – det vill säga, att ha varit inlagda på sjukhus respektive att ha haft specialiserad läkarvård, som inte var primärvård. Forskningsfrågorna handlade alltså om att

undersöka om a) kvinnor som födde barn hade mer sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt sekundär sjukvård jämfört med kvinnor som inte födde barn under studieperioden (dvs. åren närmast före och efter den första förlossningen för gruppen kvinnor som födde barn), b) om det fanns variationer i sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning mellan kvinnor som födde ett barn, två eller flera barn samt kvinnor som inte födde några barn, samt c) om det fanns någon koppling mellan yrke samt könsfördelning inom yrket i förhållande till sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor som födde respektive inte födde barn.

## *2.2 Datamaterial och longitudinell studiedesign*

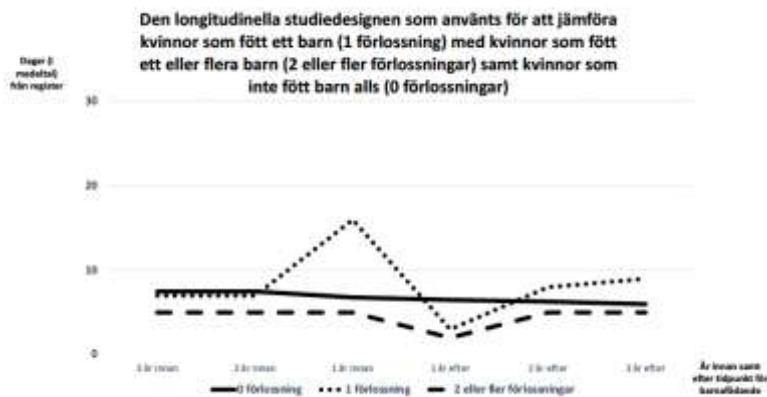
För att kunna besvara frågeställningar nyttjade projektet mikrodata länkade på individnivå från sex rikstäckande register från: a) Statistiska centralbyrån där uppgifter hämtades från LISA-databasen som inkluderar demografiska data som exempelvis gör det möjligt att beskriva en kvinnas sociala situation), b) Försäkringskassans MiDAS register (avseende sjukskrivningsfall >14 dagar och sjuk- och aktivitetsersättning), c) Socialstyrelsens Medicinska födelseregister, Patientregister för slutet och öppen specialistvård samt Dödsorsaksregistret.

Sjuklighet definierades som att ha haft sekundär sjukvård – det vill säga, att ha varit inlagd på sjukhus (antal gånger och antal dagar) samt att ha haft specialiserad läkarvård, som inte var primärvård. Sekundär vård på grund av allmänna undersökningar, såsom mammografi, samt på grund av graviditet, förlossning och sådan eftervård togs inte med.

Dessa frågor kan studeras på olika sätt – här valde vi att inkludera samtliga kvinnor i åldrarna 18 - 39 år (dvs. fertila åldrar) som inte fött barn tidigare och som bott i Sverige minst tre år vid början av antingen 1995, 2000, 2005 eller 2010. Detta innebär att fyra olika grupper, så kallade kohorter, av kvinnor som vid respektive tidpunkt inte fått barn tidigare, följdes framåt. För att identifiera dem som inte fött barn tidigare användes såväl Medicinska födelseregistret (där även information ingår om huruvida en kvinna fött barn tidigare, t.ex. utomlands) som Socialstyrelsens patientregister – det senare eftersom det Medicinska födelseregistret har ett visst bortfall. För kohorterna 1995, 2000 respektive 2005 togs information fram om huruvida de fött ett eller flera barn under de kommande 4-5 åren. De kvinnor som födde mer än ett barn under uppföljningen analyserades för sig.

Dessa centrala tidpunkter inkluderar datum för att föda ett första barn samt tre år innan och efter förlossningsdatum. Åldersspannet 18-39 års ålder motsvarar det intervall då de allra flesta kvinnor föder ett första barn i Sverige; få föder ett första barn innan 18 års ålder eller efter 39 års ålder. Genom att sätta den nedre åldersgränsen till 18 år har även de yngsta förstföderskorna haft möjlighet att erhålla sjukpenning vid sjukskrivning, något som inte är möjligt innan 16 års ålder. Sammantaget inkluderar varje kohort cirka 350.000 till 500.000 kvinnor. I de studier som inkluderar arbetslivsfaktorer är antalet kvinnor lägre.

Den studiedesign som används genomgående i forskningsprojektet utgår från en tidpunkt då en kvinna föder barn (se figur 1) samt tre år innan och efter den tidpunkten. Motsvarande utgångspunkt för de som inte födde barn var den 2 juli respektive kohort år. Det betyder att alla studier är longitudinella och inkluderar uppgifter för varje studerat år. Några studier inkluderar enbart en kohort (2005) medan andra inkluderar flera kohorter (1995, 2000 och 2005). För en studie har även en motsvarande kohort för år 2010 tagits fram – och de kvinnorna har följts framåt i sju år.



Figur 1. Exempelbild som illustrerar den longitudinella studiedesign som använts genomgående i de olika studierna. Data i figuren utgör exempel.

Genom att studera tre olika grupper, så kallade kohorter, av kvinnor parallellt (1995, 2000 och 2005) är det möjligt att undersöka så kallade kohorteffekter som inkluderar effekter som av kända eller okända skäl kan komma att utmärka en viss tidpunkt. Om resultaten för olika tidpunkter går i samma riktning är det rimligt att anta att specifika kohorteffekter saknas. Utöver mer grundläggande gruppjämförelser, genomfördes även mer komplexa analyser i form av olika regressionsmodeller.

De huvudsakliga faktorer som var i fokus för projektet inkluderade registeruppgifter som sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning. I litteraturen används många olika mått på sjukfrånvaro, för närvarande mer än hundra – och olika mått ger ofta olika resultat. Genomgående undersöktes därför flera olika mått, såsom a) medelantal nettodagar/år med sjukskrivning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning, b) övergripande sjukfrånvaro i form av första frånvarotillfället oberoende av sjukskrivningens längd, c) långtidssjukskrivning motsvarande mer än 90 dagar, samt d) att ha blivit beviljad ny sjuk- eller aktivitetsersättning.

### 3. Uppnådda resultat: sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning före och efter barnafödande

#### 3.1 Övergripande resultat

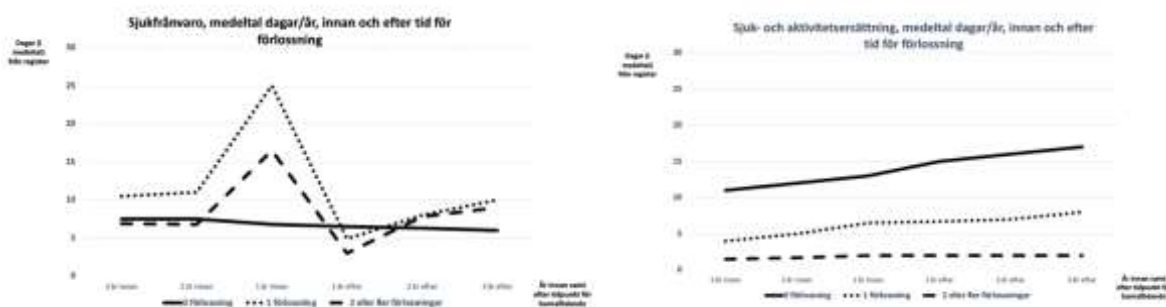
De inledande studier som genomfördes inom ramen för forskningsprojektet fokuserade på att undersöka hur sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning och sekundär sjukvård varierade över tid bland kvinnor som födde respektive inte födde barn sitt första barn. Sex studier från projektet har publicerats[12][13][14][15][16][17]. De övergripande resultaten från dessa studier visar att:

- 1) det finns ett samband mellan sjukvård och sjukskrivning och/eller sjuk- eller aktivitetsersättning både bland kvinnor som födde barn och de som inte födde barn,
- 2) kvinnor som födde barn hade lägre sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med kvinnor som inte födde barn,
- 3) kvinnor som födde mer än ett barn hade lägst sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning, samt att
- 4) det fanns ett undantag som handlar om det år som föregår förlossning: då hade gravida kvinnor högre sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning, och fler hade sjuklighet/sjukvård jämfört med de kvinnor som inte födde barn.

#### 3.2 Utveckling över tid

För att kunna undersöka förekomst av sekundär sjukvård krävs rättvisande jämförelser mellan kvinnor som föder barn och de som inte föder barn – i analyser av detta exkluderades därför vård för diagnoser med specifik koppling till graviditet och förlossning. I de analyserna framkom att kvinnor som födde barn hade färre vårdtillfällen/sjukhusdagar jämfört med kvinnor som inte födde barn. Den här skillnaden var särskilt tydlig för kvinnor som födde mer än ett barn, de var den grupp som hade lägst antal sjukvårdtillfällen/sjukhusdagar [12].

När det gäller sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (se exempel i figur 2) visade resultaten på ett generellt mönster där kvinnor som födde barn hade lägst antal dagar i sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med kvinnor som inte födde barn [12] [13] [14]. Mer specifikt hade kvinnor som födde barn fler sjukskrivningsdagar under det år som föregick barnafödandet. Det gäller särskilt kvinnor som födde ett barn. Omvänt var antalet frånvarodagar lågt under året efter förlossningen, det vill säga det år då många kvinnor är föräldralediga. Men fokus för resultatredovisning ligger i första hand inte på året före respektive året efter förlossning, utan de övriga åren.



Figur 2. Resultat avseende sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning för 2005 (för exakta resultat se Wang et al., 2020).

Samtidigt visade resultaten tydligt att kvinnor som inte födde barn hade fler nettodagar med sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med kvinnor som föder barn [12][13]. Det kan handla om så mycket som mellan 3 till 10 gånger fler sjuk- och aktivitetsersättningsdagar bland kvinnor som inte födde barn i jämförelse med kvinnor som födde barn [13]. Precis som för sjukskrivning hade kvinnor som födde mer än ett barn lägst antal sjuk- och aktivitetsersättningsdagar [12][13].

I ytterligare en longitudinell studie [14] fick vi möjlighet att undersöka en senare kohort (år 2010) och följa dem i sju år efter inkludering/första förlossning. Återigen framkom liknande mönster i sjukfrånvarodagar. De kvinnor som inte födde barn under uppföljningen hade högst antal sjukfrånvaro/sjuk- eller aktivitetsersättningsdagar. Under de tre första uppföljningsåren hade de kvinnor som födde mer än ett barn fler sådana frånvarodagar än de som bara födde ett barn. Under resterande uppföljningsår hade kvinnor som födde mer än ett barn dock lägst antal dagar.

### 3.3 Samband med sjuklighet

Frågan är då vad som hänger samman med risk för sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor som födde barn och de som inte gjorde det? Resultaten visar att kvinnor som inte föder barn och har en sjuklighet riskerar framtida sjukskrivning. Kvinnor utan sjuklighet, som födde ett barn, hade lägre risk för sjukskrivning jämfört med kvinnor utan sjuklighet som inte födde barn. Precis som för sjukskrivning hade kvinnor med sjuklighet som inte födde barn även en högre risk för sjuk- och aktivitetsersättning [12]. Kvinnor utan sjuklighet som födde barn hade en lägre risk för sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med kvinnor som inte födde barn. Jämförelser av de kvinnor som hade en sjuklighet

och födde barn pekar på att de kvinnor som födde mer än ett barn hade en lägre risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med de kvinnor som bara födde ett barn[12].

### 3.2 Samband med typ av yrke

Ytterligare forskningsfrågor, som undersöktes inom ramen för projektet, fokuserade på arbetslivsfaktorer avseende typ av yrke [15], den numerära könsfördelningen i yrket [16] samt på vård-, omsorgs- och utbildningsanställda i privat och offentlig sektor [17]. Resultaten från de publicerade studierna [15][16] visade sammantaget att sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning är lägst bland kvinnor i yrken med högst kompetenskrav samt bland kvinnor i chefsposition och högst bland kvinnor i yrken med låga kompetenskrav. Det finns alltså ett omvänt samband mellan de kompetenskravs som gäller i ett yrke och sjukskrivning respektive sjuk- och aktivitetsersättning. Dock fanns inga motsvarande tydliga samband med numerär könsfördelningen i ett yrke.

När det gäller yrke gjordes en indelning utifrån sedvanliga yrkeskoder. Indelningen resulterade i fyra olika yrkeskategorier med varierande kompetenskrav samt en grupp där information om yrke saknades. (Kvinnorna i den grupp där uppgift om yrke saknades var generellt yngre än de andra.) De flesta kvinnorna hade handel- och serviceyrken (31%) eller återfanns i den grupp där yrkesuppgift saknades (26%). Oberoende av yrkesgrupp var det vanligast att kvinnor inte födde barn under uppföljningstiden, den andelen varierade mellan 81 – 92 procent. Den högsta andelen kvinnor som födde ett eller flera barn fanns i yrkeskategorin med högst kompetenskrav, som bland annat inkluderade chefer och högre tjänstepersoner medan den lägsta andelen fanns i den grupp där yrkesuppgift saknades. Sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättningen var vanligast bland kvinnor i tillverkningsindustri och i liknande yrken och lägst i yrken som är förenade med höga kompetenskrav [15].

Resultaten avseende barnafödande visade att sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning varierade mellan yrkesgrupperna. Mer specifikt hade kvinnor i yrken med lägre kompetenskrav mer sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning under tidsperioden närmast innan och efter en förlossning medan kvinnor i yrkesgrupper med högre kompetenskrav hade lägre sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Kvinnor som födde mer än ett barn hade lägst sjukskrivning respektive sjuk- och aktivitetsersättning och det oberoende av yrkesgrupp. Sammantaget pekar resultaten tydligt på att kvinnor som födde barn, undantaget graviditeten, hade mindre sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning än de som inte födde barn, samt att det fanns en tydlig koppling till yrkesgrupp där yrken med lägre kompetenskrav var förenade med mer sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning [15].

Utöver att undersöka variationer kopplade till yrkesgrupper är det också angeläget att studera i vilken mån könsfördelningen i en yrkesgrupp hänger samman med sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning i relation till barnafödande[16]. Vi kategoriserade samtliga yrken i fem grupper: 1) extremt kvinno- eller mansdominerad (mer än 90% kvinnor eller män), 2) kvinno- eller mansdominerad (mer än 60 % och mindre än 90 % kvinnor eller män), eller 3) könsintegrerad (fördelningen av kvinnor respektive män ligger i intervallet 40-60 %). Det visade sig att den absoluta majoriteten (ca 70 %) kvinnor i barnafödande ålder fanns i den kvinnodominerade yrkesgruppen medan ungefär 5 procent fanns i den extremt kvinnodominerade yrkesgruppen. Ungefär 14 procent återfanns inom den mansdominerade yrkesgruppstypen medan enbart 1,5 procent fanns i den extremt mansdominerade yrkesgruppen. Resterande 11 procent återfanns inom den könsintegrerade yrkesgruppen. Andelen kvinnor som födde minst ett barn var högst i den extremt kvinnodominerade yrkesgruppen och lägst i den kvinnodominerade samt i den extremt mansdominerade yrkesgruppen. Samtidigt framkom att sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättningen var



högre bland kvinnor i den extremt mansdominerade yrkesgruppen jämfört med i könsintegrerade yrken. Här framkom inga skillnader avseende sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning med koppling till könsfördelning inom yrkesgruppen. Sammantaget visade resultaten att det inte fanns samband mellan andel kvinnor och män i olika yrken och sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor som födde barn [16].

Vi har även genomfört en studie [17] om motsvarande aspekter bland de kvinnor som jobbar inom vård, omsorg och utbildning, där vi jämförde de som har en offentlig arbetsgivare inom kommun eller region med dem som har en privat arbetsgivare. Ovanstående mönster återfanns även här; de kvinnor som under uppföljningen födde mer än ett barn hade lägst antal sjukfrånvaro- och sjuk- eller aktivitetsersättningsdagar. Däremot fanns det ingen skillnad i dessa mönster mellan de som hade en offentlig respektive privat arbetsgivare.

Ett övergripande resultat är också att i samtliga studerade grupper var antalet dagar med sjukfrånvaro och/eller sjuk- och aktivitetsersättning lågt.

### *3.3 Sammanfattning*

Sammanfattningsvis visar resultaten från forskningsprojektet att sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning ökar under graviditeten för att sedan minska efter förlossning. Kvinnor som födde mer än ett barn hade vanligen mindre sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt sekundär sjukvård jämfört med kvinnor som inte födde barn. I linje med tidigare forskning fanns en tydlig koppling till yrkesgrupp där kvinnor i yrken med lägre kompetenskrav hade mer sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning. Däremot verkar könsfördelningen i yrket inte spela roll för sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning i relation till barnafödande. Detsamma gäller om arbetsgivaren är offentlig eller privat för de kvinnor som arbetar inom vård, omsorg och utbildning.

## **4. Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning**

Pandemin har tyvärr inneburit att spridningen av resultaten blivit mindre omfattande jämfört med vad som planerades initialt. Resultat har dels spridits internationellt via artiklar i internationella referentbedömda tidskrifter (6 publicerade; se 4.1 publikationer), dels genom presentationer vid två internationella vetenskapliga konferenser (se 4.1 konferensbidrag).

Forskningsresultaten har dessutom förmedlats i föreläsningar i olika sammanhang som riktat sig till beslutsfattare och arbetsmarknadens parter samt i öppna föreläsningar. Resultaten har också spritts i samband med föreläsningar på olika utbildningsprogram (t.ex. psykologprogrammet, masterprogram i psykologi samt personal, arbete och organisation) och vid vidareutbildningar (t.ex. rehabkoordinatorer) samt vid föreläsningar för Socialmedicinska avdelningen vid Göteborgs universitet, Avdelningen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet, och för försäkringsmedicinska rådgivare (läkare) på Försäkringskassan. Slutligen har resultaten också kommunicerats till personer vid olika myndigheter och organisationer.

#### 4.1 Publikationer

Projektet har resulterat i sex publicerade artiklar.

##### 4.1.1 Publikationer i internationella vetenskapliga tidskrifter

- Wang M, László K, Svedberg P, Nylén L, Alexanderson K. Childbirth, morbidity, sickness absence, and disability pension: a population-based longitudinal cohort study in Sweden. *BMJ Open*. 2020; 10(11): e037726.
- Björkenstam C, László K, Orellana C, Lidwall U, Lindfors P, Voss M, Svedberg P, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in relation to first childbirth and in nulliparous women according to occupational groups: A cohort study of 492,504 women in Sweden. *BMC Public Health*. 2020;20(1):686. doi: 10.1186/s12889-020-08730-5.
- László K, Björkenstam C, Svedberg P, Lindfors P, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension before and after first childbirth and in nulliparous women by numerical gender-segregation of occupations: a Swedish population-based longitudinal cohort study. *PloS One*. 2019;14(12): e0226198.
- Björkenstam C, Orellana C, László K, Svedberg P, Voss M, Lidwall U, Lindfors P, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension before and after first childbirth and in nulliparous women: longitudinal analyses of three cohorts in Sweden. *BMJ Open*. 2019;9: e031593. doi:10.1136/bmjopen-2019-031593.
- László K, Svedberg P, Lindfors P, Lidwall U, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension three years before and seven years after first childbirth: a Swedish population-based cohort study of initially nulliparous women. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;0:(0). doi:10.1177/14034948221125153
- László K, Svedberg P, Lindfors P, Lidwall U, Alexanderson K. Sickness absence in relation to first childbirth in nulliparous women, employed in the education and care branches in the public or private sectors: A Swedish longitudinal cohort study. *PLoS One*. 2022;15:17(9). doi: [10.1371/journal.pone.0274603](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274603)

##### 4.1.3 Konferensbidrag

Följande bidrag har antagits för presentation vid internationella vetenskapliga konferenser

- László KD, Björkenstam C, Orellana C, Lidwall U, Lindfors P, Voss M, Svedberg P, Alexanderson K. Sickness absence in relation to first childbirth by occupational group: a Swedish cohort study. *The World Congress on Public Health*. 12-16 October 2020. (The European Journal of Public Health. 2020;30(Supplement\_5)).
- Björkenstam C, Orellana C, László KD, Svedberg P, Voss M, Lidwall U, Lindfors P, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in relation to first childbirth: three cohorts in Sweden. *The European Public Health Conference*. 20-23 November 2019, Marseille, France. (The European Journal of Public Health 2019;29(Supplement\_4))

## 5. Referenser

- [1] Statistics Sweden, *Women and Men in Sweden 2018: Facts and figures*. 2018.
- [2] Försäkringskassan, "Svar på regeringsuppdrag," 2020.
- [3] N. Angelov, P. Johansson, and E. Lindahl, *Sick of family responsibilities?*, vol. 58, no. 2. Springer Berlin Heidelberg, 2020. doi: 10.1007/s00181-018-1552-2.

- [4] Krantz G and U. Lundberg, "Workload, work stress, and sickness absence in Swedish male and female white-collar employees," *Scand J Public Health*, vol. 34, no. 34, pp. 238–46, 2006.
- [5] K. Alexanderson, E. Björkenstam, L. Kjeldgård, J. Narusyte, A. Ropponen, and P. Svedberg, "Barnafödande, sjuklighet och sjukfrånvaro: en studie av tvillingsystrar," *Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet*.
- [6] D. Williams, "Pregnancy: a stress test for life," *Curr Opin Obstet Gynecol*, vol. 15, no. 6, pp. 465–471, 2003.
- [7] M. Rostila and J. Fritzell, "Mortality differentials by immigrant groups in Sweden: The contribution of socioeconomic position," *Am J Public Health*, vol. 104, no. 4, pp. 686–695, 2014, doi: 10.2105/AJPH.2013.301613.
- [8] A. Brydsten, M. Rostila, and A. Dunlavy, "Social integration and mental health - A decomposition approach to mental health inequalities between the foreign-born and native-born in Sweden," *Int J Equity Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–11, 2019, doi: 10.1186/s12939-019-0950-1.
- [9] A. Wikman, S. Marklund, and Alexanderson. K, "Illness, disease, and sickness absence, an empirical test of differences between concepts of ill health.e," *J Epidemiol Community Health (1978)*, vol. 59, pp. 450–4, 2005.
- [10] Arbetsmiljöverket, "Kvinnors och mäns arbetsvillkor," p. 144, 2016.
- [11] G. Hensing and K. Alexanderson, "The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women.," *Occup Environ Med*, vol. 61, no. 2, pp. 1–6, 2004, doi: 10.1136/oem.2002.005504.
- [12] M. Wang, K. D. László, P. Svedberg, L. Nylén, and K. Alexanderson, "Childbirth, morbidity, sickness absence and disability pension: A population-based longitudinal cohort study in Sweden," *BMJ Open*, vol. 10, no. 11, pp. 1–11, 2020, doi: 10.1136/bmjopen-2020-037726.
- [13] C. Björkenstam *et al.*, "Sickness absence and disability pension before and after first childbirth and in nulliparous women: Longitudinal analyses of three cohorts in Sweden," *BMJ Open*, vol. 9, no. 9, 2019, doi: 10.1136/bmjopen-2019-031593.
- [14] K. D. László, P. Svedberg, P. Lindfors, U. Lidwall, and K. Alexanderson, "Sickness absence and disability pension three years before and seven years after first childbirth: A Swedish population-based cohort study," *Scand J Public Health*, 2022, doi: 10.1177/14034948221125153.
- [15] C. Björkenstam *et al.*, "Sickness absence and disability pension in relation to first childbirth and in nulliparous women according to occupational groups: A cohort study of 492,504 women in Sweden," *BMC Public Health*, vol. 20, no. 1, pp. 1–11, 2020, doi: 10.1186/s12889-020-08730-5.
- [16] K. D. László, C. Björkenstam, P. Svedberg, P. Lindfors, and K. Alexanderson, "Sickness absence and disability pension before and after first childbirth and in nulliparous women by numerical gender segregation of occupations: A Swedish population-based longitudinal cohort study," *PLoS One*, vol. 14, no. 12, pp. 1–14, 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0226198.
- [17] K. D. László, P. Svedberg, P. Lindfors, U. Lidwall, and K. Alexanderson, "Sickness absence in relation to first childbirth in nulliparous women, employed in the education and care branches in the public or private sectors: A Swedish longitudinal cohort study," *PLoS One*, vol. 17, no. 9 September, Sep. 2022, doi: 10.1371/journal.pone.0274603.