

GRAVIDES SYGGEFRAVÆR



HENNING BJERREGÅRD BACH
ANNEMETTE COOP HENRIKSEN

10:07

GRAVIDES SYGEFRAVÆR

HENNING BJERREGÅRD BACH
ANNEMETTE COOP HENRIKSEN

KØBENHAVN 2010
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

GRAVIDES SYGEFRAVÆR
Afdelingsleder: Lisbeth Pedersen
Afdelingen for beskæftigelse og integration

Undersøgelsens følgegruppe:
Camilla Tredal Jørgensen, KL
Jan Lorenzen, DI
Martin Dueholm Bech, AMS
Niels Sørensen, LO
Hanne Weise, AMS
Nanna Mik-Meyer, CBS
Helle Ginnerup-Nielsen, Kriminalforsorgen

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7487-967-1

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Thomas Vilhelm, Scanpix
Oplag: 600
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2010 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	SAMMENFATNING	11
	Indledning	11
	Sammenfatning	12
2	UDVIKLINGEN I GRAVIDITETSBETINGET FRAVÆR I BRANCHER	17
	Indledning	17
	Data og metode	18
	Resultater	20

3	ÅRSAGER TIL SKRED I GRAVIDITETSBETINGET FRAVÆR	31
	Metodisk og empirisk grundlag	31
	Holdningen til smerter har ændret sig	33
	Øget informationsmængde er både godt og skidt	36
	Holdningsændring i sundhedssystemet	40
	Ældre førstegangs fødende	42
	Fertilitetsbehandling	42
	Overvægt	43
	Arbejdsglæde har betydning for gravides holdning til fravær	43
	Virksomheder har fokus på arbejdsmiljø	44
	Opsamling: Årsager til graviditetsrelateret fravær i sundhedssystemet og på arbejdspladser	48
4	GRAVIDITETEN OG GRAVIDES HELBRED OG SYMPTOMER	51
	Indledning	51
	Interviewede mødre	51
	Gravides husstands- og arbejdsmarkedsforhold	52
	Graviditetens forberedelse og planlægning	54
5	GRAVIDES ARBEJDSFORHOLD	59
	Indledning	59
	Regulering af gravides arbejdsforhold	59
	Afslutning	72
6	GRAVIDE OG OMGIVELSERNE	73
	Indledning	73
	Gravides sygemeldinger	74
	Antallet af sygefraværsdage	81

7	KONTAKT TIL SUNDHEDSSYSTEMET	97
	Indledning	97
	Antal henvendelser til praktiserende læge	97
	Lægelige handlinger	101
	Samtale med jordemoder om sygemelding	108
	Opsummering	111
8	SYGDOMME OG BEHANDLINGER	113
	Indledning	113
	Forekomsten af sygdomme under graviditet	113
	Antal lægelige behandlinger under graviditet	117
	LITTERATUR	121
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2009	123

FORORD

Gravides fravær fra arbejde steg svagt frem til begyndelsen af finanskrisen.

Denne rapport belyser for det første, om den observerede stigning i det graviditetsbetingede fravær afviger fra udviklingen i det almindelige sygefravær. For det andet belyses, om der i lægers og jordemødres adfærd og indstilling optræder en ændring i synet på, hvad der udløser en syge- og fraværsmelding. For det tredje belyses, om der i gravides arbejdsliv, privatliv og graviditetens omstændigheder og forløb findes forhold, som kan forklare stigningen i fraværet fra arbejdspladser under graviditeten.

Denne rapport har været drøftet i en følgegruppe for undersøgelsen. Seniorforsker Nicolai Kristensen, AKF, har læst og kommenteret rapporten. Alle takkes for værdifulde råd og kommentarer.

Kapitel 2, 3, 6-8 er skrevet af forskningsassistent cand. scient. soc. Annette Henriksen. Seniorforsker ph.d. Henning B. Bach har skrevet kapitel 4 og 5. Sammenfatningen i kapitel 1 er skrevet i fællesskab. Seniorforsker Thomas Lund var fra undersøgelsens start projektleder og udarbejdede spørgeskemaet til interviewning af de ca. 2.500 nybagte mødre, men forlod SFI i august 2009. Herefter blev Henning B. Bach projektleder.

Undersøgelsen er finansieret af Beskæftigelsesministeriet.

København, maj 2010

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Mens det graviditetsbetingede fravær er steget med 5 pct. i tidsrummet fra 2002-2004 til 2005-2007, er der sket en stigning i det almindelige sygefravær blandt kvinder på 14 pct. i det samme tidsrum. Det almindelige sygefravær er konjunkturmedløbende, men det graviditetsbetingede fravær er åbenbart mindre konjunkturfølsomt.

Et begrænset antal kvalitative interviews med læger og jordemødre peger på nogle bredere og længerevarende samfundstendenser, som kan bidrage til at forklare den begrænsede stigning i det graviditetsbetingede fravær. Ifølge de kvalitative interviews accepterer man i dag ikke smerter på samme måde, som tidligere generationer gjorde. Gravide ønsker således i stigende grad sygemelding på grund af normale graviditetssmerter.

På hospitalerne bliver gravide undersøgt grundigere og hyppigere end tidligere, vurderer jordemødrene. Dette sker dels af frygt for, at der ellers vil opstå problemer i graviditeten, dels af frygt for at de gravide ellers klager. De gravide er også selv mere opmærksomme på, om graviditeten forløber normalt og ukompliceret. I den forbindelse udnytter de internettets muligheder og informationsmateriale fra sundhedsvæsenet til at søge information.

Det stigende antal overvægtige kan være med til at forklare tendensen. Overvægtige har større risiko for at få diabetes og bækkengener.

De kvinder, som dyrkede motion under hele graviditeten, havde væsentligt færre sygedage end de kvinder, som ikke dyrkede motion under graviditeten. Endvidere modtager gravide, som øger deres vægt med mere end 20 kilo under graviditeten, flere lægelige handlinger herunder syge- og fraværsmeldinger og behandlinger, fordi de er tilbøjelige til at få flere sygdomme og symptomer.

De praktiserende læger vælger oftere at syge- eller fraværsmelde, foreslå omlægning af gravides arbejdsopgaver eller henvise til gynækologisk speciallæge over for gravide, som er udsat for en række arbejdspåvirkninger i deres arbejde bl.a. tunge løft, højt arbejdstempo, forurenede luft og natarbejde. En forklaring herpå kan bl.a. være, at de nævnte arbejdspåvirkninger kombineret med mangel på fleksibilitet i arbejdspladens arbejdsorganisering kan resultere i graviditetsbetingede symptomer og sygdomme.

Der er et stigende antal kvinder, som modtager lægelig hjælp som fx insemination eller hormonbehandling for at blive gravide. De har oftere flere syge- og fraværsmeldinger end andre gravide, hvilket også kan skyldes lægers forsigtighedshensyn, men også at disse gravide får det dårligt under graviditeten på grund af hormonbehandlingerne.

SAMMENFATNING

INDLEDNING

Nedbringelse af sygefraværet har været en vigtig prioritet hos regeringen i de seneste år. Regeringen har iværksat to handleplaner i henholdsvis 2003 (Regeringen, 2003) og 2008 (Regeringen, 2008), hvor det overordnede formål har været at øge beskæftigelsen ved at nedbringe sygefraværet. Handlingsplanerne har også anvist retningslinjer for en række aktører på arbejdsmarkedet, i behandlingssystemet og for sagsbehandlere i kommunerne. Den forskning, som er udsprunget af regeringens handleplaner, har haft fokus på, hvordan forskellige former for sygefravær hænger sammen med arbejdsforhold og livsstilsfaktorer, og har identificeret risikopopulationer inden for forskellige socio-demografiske grupperinger (Labriola et al., 2007). Gravide er imidlertid en overset gruppe i dansk og international forskning. Forholdene for gravide og de faktorer, der påvirker gravides sygefravær, er dermed et underbelyst område.

En analyse fra Beskæftigelsesministeriet (2010) viser, at gravide i perioden 2005-2007 gennemsnitligt var sygemeldt i 48 dage under graviditeten, og at omfanget er steget 5 pct. i forhold til perioden 2002-2004. Selvom Beskæftigelsesministeriets analyse giver et godt billede af fraværsniveauet og dokumenterer en stigning, er der stadig ingen forklaring på stigningen i gravides sygefravær. Denne undersøgelse har derfor til formål at belyse, hvad stigningen i sygefraværet blandt gravide kunne bero på.

Undersøgelsen indhenter informationer fra de væsentligste aktører i forhold til den overordnede problemstilling: De gravide selv, arbejdspladser fra hvilke gravide bliver sygemeldt og sundhedssystemet, som sygemelder og behandler gravide. Vi belyser problemstillingen på tre måder: For det første sammenholder vi via registeroplysninger stigningen i det graviditetsbetingede fravær med udviklingen i det generelle sygefravær blandt kvinder. Derved får vi en indikation af, om stigningen i det graviditetsbetingede fravær er sammenfaldende med eller afvigende fra den generelle udvikling i sygefraværet. Herunder undersøger vi, om væksten er branchespecifik. For det andet undersøger vi – ved et begrænset antal kvalitative interviews – om årsagen til væksten kan skyldes ændret praksis i forbindelse med sygemelding af gravide på arbejdspladser og hos praktiserende læger. For det tredje undersøger vi ved brug af spørgeskemainterviews, hvordan gravide selv oplever deres graviditet i forhold til at arbejde, herunder hvordan arbejds- og familieforhold har indvirkning på omfanget af graviditetsbetinget fravær.

SAMMENFATNING

STIGNING I GRAVIDITETSBETINGET OG ALMINDELIGT SYGEFRAVÆR

Analysen af registerdata om graviditetsbetinget og almindeligt sygefravær blandt kvinder viser, at der over tidsrummet 2002-2004 til 2005-2007 er sket en stigning i det graviditetsbetingede fravær på 5 pct., mens stigningen i det almindelige fravær er på 14 pct. Dette resultat tyder på, at det graviditetsbetingede fravær følger udviklingen i det almindelige fravær blandt kvinder, blot er det graviditetsbetingede fravær steget mindre. Da Danmark var inde i en højkonjunktur i den undersøgte periode, kan dette udgøre en del af forklaringen på stigningen i både det graviditetsbetingede og det almindelige sygefravær, men det graviditetsbetingede fravær er formentlig mindre konjunkturfølsomt.

FORKLARINGER FRA ARBEJDSPLADSERNE

Analysen af registeroplysninger viser, at der kun er 7 brancher ud af 27, som har en større procentvis stigning i graviditetsbetinget fravær sammenholdt med stigningen i almindeligt sygefravær i samme branche.

Dette resultat tyder på, at branchespecifikke arbejdsforhold også har betydning for udviklingen i graviditetsbetinget fravær. Undersøgelsens intensive interviews med 8 virksomhedsrepræsentanter giver nogle forklaringer på disse forskelle. I fx hotel- og restaurationsbranchen, detailhandel samt i gartneri og landbrug medvirker fysisk hårdt arbejde og omgang med kemiske stoffer til, at gravide bliver fraværsmeldt. Derudover er der ikke altid mulighed for fx deltidssygemeldinger i produktionsarbejde i disse brancher. Omvendt fortæller de interviewede virksomhedsrepræsentanter inden for fx offentlig administration og forvaltning samt undervisning, at de i høj grad tilpasser gravidens arbejde, hvorfor gravide medarbejdere ofte nøjes med at blive deltidssygemeldte eller deltidfraværsmeldte. De kvalitative interviews med virksomhedsrepræsentanter peger ikke på en bestemt hovedårsag til stigningen i det graviditetsbetingede fravær. De interviewede vurderer, at der i løbet af de sidste år er kommet øget fokus på gravidens arbejdsmiljø.

FORKLARINGER FRA SUNDHEDSVÆSENET

Nogle af årsagerne til stigningen i det graviditetsbetingede fravær kan formentlig findes i ændret praksis og holdninger i sundhedsvæsenet. Analysen af de kvalitative interviews med 4 praktiserende læger og 9 jordemødre viser, at stigningen i det graviditetsbetingede fravær dels synes at være en del af en bredere samfundstendens, dels forekommer der også at være særlige forhold hos gravide og i sundhedsvæsenet, som kan forklare, at netop gravidens fravær er steget. Ifølge læger og jordemødre accepterer man i dag ikke smerter på samme måde, som tidligere generationer gjorde, hverken generelt i samfundet eller hos gravide, som i stigende grad ønsker sygemelding på grund af normale graviditetsgener som fx bækkensmerter. En øget informationsmængde gennem internet, informationskampagner og teknologisk udvikling i graviditetsundersøgelser i sundhedssystemet kan indirekte bidrage til stigningen i det graviditetsbetingede fravær. Graviditetsundersøgelser som fx fosterscanninger har den fordel, at eventuelle problemer i graviditeten ofte bliver opdaget i tide, og samtidig gør undersøgelserne gravide bevidste og oplyste om fosterets tilstand under graviditeten. Samtidig giver internet og informationskampagner gravide oplysning om sundhed og symptomer.

Der er også sket en holdningsændring i sundhedssystemet, i hvert fald på hospitalerne, som kan udgøre en del af forklaringen på stigningen i det graviditetsbetingede fravær. På hospitalerne bliver gravi-

de undersøgt grundigere og hyppigere end tidligere, vurderer jordemødrene. Det skyldes dels frygt for, at der ellers vil opstå problemer i graviditeten, dels frygt for, at de gravide ellers klager. Foruden de nævnte, bredere tendenser er der særlige forklaringer på, hvorfor netop gravides sygefravær er steget. Der er en tendens til, at gennemsnitsalderen for førstegangsfødende er stigende, og det kan medvirke til at forklare stigningen i gravides sygefravær. Ældre gravide oplever flere komplikationer end yngre førstegangsfødende. Ligeledes kan et stigende antal overvægtige medvirke til at forklare tendensen: Overvægtige har større risiko for at få diabetes og bækkengener. Endvidere bliver flere kvinder fertilitetsbehandlet i dag end tidligere. Fertilitetsbehandlede gravide bliver hyppigere sygemeldt, dels af forsigtighedshensyn og dels fordi hormonbehandlinger kan give gener, som kræver sygemelding.

GRAVIDES OPLEVELSER AF GRAVIDITET OG ARBEJDE

Ved siden af registeroplysninger og intensive interviews er 2.000 spørgeskemainterviews med sygedagpengeberettigede gravide kilde til information om gravides fravær. Analyser af deres besvarelser frembragte nedestående forhold, som dog ikke kan forklare stigningen i graviditetsbettinget fravær, men de viser, at forhold inden for gravides arbejds- og privatliv bidrager til, at gravide bliver syge- eller fraværsmeldt.

SUNDHED

Motionen spiller en vigtig rolle for antallet af dage, som gravide er sygemeldt: De kvinder, som dyrkede motion under hele graviditeten, havde væsentligt færre sygedage end de kvinder, som ikke dyrkede motion under graviditeten. Endvidere modtager gravide, som øger deres vægt med mere end 20 kilo under graviditeten, flere lægelige handlinger end gravide, som tager mindre på i vægt under graviditeten. De lægelige handlinger består i sygemelding, deltids- eller heltidsfraværsmelding, forslag om omplacering af gravide på arbejdspladsen og henvisning til gynækologisk speciallæge. Gravides vægtøgning under graviditeten har også indvirkning på antallet af fødselsrelaterede sygdomme og symptomer. Næsten halvdelen af de gravide, som øger deres vægt med mere end 20 kilo under graviditeten, har mellem 5 og 7 sygdomme og symptomer. Kun 22 pct. af de gravide, som øger deres vægt med op til 10 kilo, har mellem 5 og 7 sygdomme og symptomer. En forklaring kan være, at gravide, som

tager unormalt meget på under graviditeten, bl.a. har større risiko for rygsmerter og diabetes.

ARBEJDSFORHOLD

Forhold i gravides arbejdsliv har betydning for fraværet. Gravide, som er i arbejde, er sjældnere syge- eller fraværsmeldt og har færre fraværsdage end arbejdsløse eller aktiverede kvinder. Ser man alene på kvinder i arbejde, er der mellem brancher forskel på både længden af sygefraværet, og på hvor mange gravide der bliver sygemeldt. Resultaterne af surveyen viser, at antallet af sygedage hos gravide er højest i engroshandel, detail- og hotelbranchen, mens det er lavest blandt gravide i offentlig administration, post- og telebranchen. Disse forskelle tyder på, at branchespecifikke arbejdsforhold har indflydelse på gravides sygefravær.

Sidst, men ikke mindst, har antallet af arbejds påvirkninger, som gravide er udsat for i deres arbejde, en tydelig sammenhæng med både om en gravid bliver sygemeldt, og hvor lang en fraværsperiode den gravide har. Gravide med mange arbejds påvirkninger bliver i større omfang sygemeldt og har flere fraværsdage end gravide, som er udsat for få eller ingen påvirkninger i deres arbejde. Med arbejds påvirkninger menes fysiske arbejds påvirkninger som fx tunge løft, stillesiddende eller stående arbejde, vibrationer mv.

Gravides arbejdsforhold har også indflydelse på, om lægen vælger at fraværsmelde den gravide, foreslå omplacering af arbejdet eller henvise til speciallæge. De praktiserende læger iværksætter oftest de nævnte handlinger over for gravide, som er udsat for en række arbejds påvirkninger i deres arbejde, bl.a. tunge løft, højt arbejdstempo, forurennet luft og natarbejde. Der er således forhold i gravides arbejde, som betinger, om lægerne vælger at syge- eller fraværsmelde den gravide. En forklaring herpå kan bl.a. være, at de nævnte arbejds påvirkninger kombineret med mangel på fleksibilitet i arbejdspladsens arbejdsorganisering kan resultere i fx blødninger og bækkenmerter mv. hos gravide.

Endvidere har arbejds påvirkninger, som gravide er udsat for, betydning for antallet af sygdomme og symptomer under graviditeten. Der er i datamaterialet en tendens til, at gravide, som er udsat for mange arbejds påvirkninger, har flere sygdomme og symptomer og derfor også behandles for flere end gravide, som er udsat for færre arbejds påvirkninger. Især gravide, som er udsat for højt arbejdstempo, har flere sygdomme og symptomer.

Vi finder i den forbindelse, at gravide, hvis arbejde i høj grad er blevet omlagt af ledelsen, modtager behandling for flere sygdomme end andre gravide. Dette tyder på, at arbejdspladserne er opmærksomme på at tilpasse arbejdet til gravide med behandlingskrævende sygdomme.

FERTILITETSBEHANDLING

Gravide, som har modtaget lægelig hjælp som fx insemination eller hormonbehandling for at blive gravide, modtager flere lægelige handlinger og taler hyppigere med jordemoderen om en sygemelding. Forklaringer på lægerne og jordemødrenes fokus kan dels være et forsigtighedshensyn, fordi disse gravide har været igennem et langt og besværligt forløb for at blive gravide, dels kan det skyldes, at disse gravide får det dårligt under graviditeten på grund af hormonbehandling.

UDVIKLINGEN I GRAVIDITETSBETINGET FRAVÆR I BRANCHER

INDLEDNING

I dette kapitel sammenholder vi udviklingen i det graviditetsbetingede fravær med udviklingen i det ”almindelige” ikke-graviditetsbetingede sygefravær blandt kvinder i forskellige brancher fra perioderne 2002-2004 til 2005-2007. De to perioder er valgt for så præcist som muligt at kunne sammenligne med Beskæftigelsesministeriets opgørelse af det graviditetsbetingede fravær. Dermed får vi en indikation af, hvorvidt en iagttaget ændring i graviditetsbetinget fravær er sammenfaldende med eller afvigende fra den generelle udvikling, og om det gælder for alle brancher.

Hovedvægten i kapitel 2 ligger på at belyse, om der er forskel i udviklingen i det graviditetsbetingede fravær og i det almindelige fravær. Dette kan tolkes som en vurdering af, om det graviditetsbetingede fravær blot følger den generelle udvikling i det almindelige fravær, eller om der er et særligt graviditetsproblem. Hvis man alene ser på det graviditetsbetingede fravær, kan man risikere fejlagtigt at slutte, at der er et særligt graviditetsproblem, som ikke er der, hvis man sammenligner med det almindelige fravær. Sekundært undersøger vi i kapitlet, om der er forskelle i udviklingen i det graviditetsbetingede fravær mellem brancher sammenholdt med den gennemsnitlige udvikling for alle brancher. Sådanne

forskelle kan fortolkes som betydningen af arbejdsforhold, der er specifikke for brancher eller job, der skiller sig ud.

DATA OG METODE

Analysen af stigningen i det graviditetsbetingede fravær i brancher er deskriptiv og baseret på kvantitative metoder. Der anvendes oplysninger om sygdom i forbindelse med graviditet fra Beskæftigelsesministeriets rapport fra 2010, ”Analyse af graviditetsbetinget fravær”. Vi sammenholder resultaterne fra denne rapport med oplysninger fra bestilte særkørsler om sygefravær blandt kvinder, fordelt på brancher, fra RAS-databasen på Danmarks Statistik. Hermed kan man også få en indikation om, hvorvidt der er forskelle på vækstrater mellem forskellige brancher i perioden 2002-2007.

De to datasæt definerer og måler fravær ved hjælp af administrative registre, hvorved det fravær, der kortlægges, ikke nødvendigvis er 100 pct. sammenfaldende med den tid, en person reelt har været fraværende fra arbejde, men med den tid, personen har modtaget enten barseldagpenge eller sygedagpenge i forbindelse med sit fravær. Fra fødslen tælles det antal uger med sygedagpenge, der er modtaget i en periode på 9 måneder op til fødslen. Nogle vil have et meget enkelt forløb op til fødslen og vil derfor være repræsenteret med et lille antal sygeperioder, mens andre vil have et mere kompliceret forløb og vil derved være repræsenteret med mange sygeperioder forud for fødslen. Det er det samlede antal uger på barsels- eller sygedagpenge, der danner udgangspunkt for sammenligningen mellem brancher.

Særkørslerne fra Danmarks Statistik supplerer de tidligere analyser i BM's rapport ”Analyse af graviditetsbetinget fravær” ved at inddrage den generelle stigning i det ”almindelige”, ikke-graviditetsbetingede sygefravær, hvilket også kan undersøges i de forskellige brancher. Således at vi får en indikation af, hvorvidt den i ”Analyse af graviditetsbetinget fravær” iagttagede ændring i graviditetsbetinget sygefravær er sammenfaldende med eller afvigende fra udviklingen i det generelle sygefravær i de enkelte brancher. Med sammenligningen mellem det graviditetsbetingede og det generelle sygefravær kan vi desuden give et mere korrekt billede af eventuelle problembrancher for gravide, end hvis vi ikke tager den generelle udvikling i betragtning.

Data er indhentet fra to opgørelser: BM's rapport "Analyse af graviditetsbetinget fravær" og en særkørsel fra Danmarks Statistik. Disse gennemgår vi i de efterfølgende afsnit.

BESKÆFTIGELSESMINISTERIETS ANALYSE AF GRAVIDITETSBETINGET FRAVÆR

I BM's analyse betragtes det graviditetsbetingede fravær, som skyldes enten, at den gravide er syg som følge af graviditeten, eller at den gravides arbejde kan udgøre en risiko for den kommende mor eller for fosteret. Det er ikke muligt at opdele, hvor meget fravær der skyldes henholdsvis den ene og den anden grund, da denne opdeling ikke foretages i registrene. Generelt for de af BM foretagne analyser gælder det, at de ikke omfatter den del af fraværet, der ligger i de sidste 4 uger før fødslen. Gravide har ret til fravær fra arbejde på grund af graviditeten, når der skønnes at være 4 uger til fødslen. Da det er en del af lovgivningen, er det ikke relevant at forsøge at begrænse fraværet i de 4 sidste uger. Det er derfor kun gravide, som har mere fravær end 4 uger i løbet af deres graviditet, som indgår i analysen.

I analyserne anvendes data for to perioder: 2002-2004 og 2005-2007. Også BM's data stammer fra en særkørsel fra Danmarks Statistik. I særkørslen er der opgjort, hvor mange gravide der har modtaget dagpenge til graviditetsorlov, og i hvor lang tid. Det er ikke alle gravide, som indgår i analyserne, men kun gravide, som er berettiget til barselsdagpenge i forbindelse med graviditetsbetinget fravær. BM's opgørelse vedrører perioder med sygdom og andet fravær opgjort i kalenderdage, hvor der er modtaget sygedagpenge i løbet af graviditeten. På grund af arbejdstid (deltid), weekender, feriedage mv. svarer opgørelsen derfor ikke helt til omfanget af mistede arbejdsdage, som vil være lidt lavere.

SPECIALOPGØRELSE AF SYGEDAGPENGE BLANDT KVINDER

Denne kørsel er foretaget specifikt til denne undersøgelse. Udgangspunktet er samtlige beskæftigede kvinder ifølge den registerbaserede arbejdsstyrkeundersøgelse, RAS, pr. 1. januar i årene 2002-2007 (selve beskæftigelsesoplysningerne stammer fra november året forud). Blandt disse kvinder har vi fundet dem, der i hvert af kalenderårene havde sygedage i forbindelse med et sygefravær på mindst 15 dage (hvor beskæftigede kan modtage dagpenge). For disse dagpengemodtagere er optalt det

samlede antal sygefraværsdage i forbindelse med fravær på mindst 15 dage, der har ligget i kalenderåret – dvs. at dage forud for kalenderåret eller efter kalenderåret er afskåret. Det bemærkes, at det er fraværsdage, der er optalt – altså inkl. fravær i arbejdsgiverperioden (de første 15 fraværsdage). Har samme person haft flere fraværsperioder, er antallet af fraværsdage lagt sammen.

Danmarks Statistik har dannet tabeller, hvor der er optalt antallet af beskæftigede i alt, antallet af personer med længerevarende fravær samt antallet af fraværsdage. I tabellerne er disse oplysninger fordelt på brancher. Brancherne er defineret således, at resultaterne kan sammenlignes med BM's opgørelse af det graviditetsbetingede fravær, jf. ovenstående. Det skal bemærkes, at da oplysningerne om branche bygger på situationen i november måned året forud, vil der i et antal tilfælde være tale om, at den pågældende person på sygdomstidspunktet har haft en anden arbejdsmarkedstilknytning. Det skal også bemærkes, at data for sygefraværet i 2007 vil være undervurderet, idet der forekommer sygesager fra slutningen af året, hvor der ikke er foretaget afregning i 2007, dvs. hvor afregningen først sker i 2008 og derfor ikke er med i statistikgrundlaget endnu. For de øvrige år gør dette forhold sig ikke gældende, idet fraværsdagene er medtaget, uanset om de optræder på det pågældende års statistikgrundlag eller på statistikgrundlaget for året efter.

Fraværet i henholdsvis BM's opgørelse og særkørslen fra Danmarks Statistik afviger fra hinanden på to områder, hvilket medfører, at det generelle sygefravær bliver overvurderet. Det graviditetsbetingede fravær opgøres eksklusiv arbejdsgiverperioden, som er de første 15 sygedage. Særkørslen for SFI fra Danmarks Statistik opgøres derimod inklusive arbejdsgiverperioden. Derfor kan det generelle fravær være overvurderet i forhold til det graviditetsbetingede sygefravær. Da hovedfokus i kapitel 2 er udviklingen i fravær over tid, er dette dog ikke et problem.

RESULTATER

Figur 2.1 og tabel 2.1 viser den procentuelle stigning i det graviditetsbetingede og i det almindelige sygefravær i brancherne fra perioden 2002-2004 til perioden 2005-2007. Brancher, hvor det graviditetsbetingede fravær er steget mest sammenlignet med det almindelige sygefravær, er anbragt længst til venstre, og brancher, hvor det graviditetsbetingede

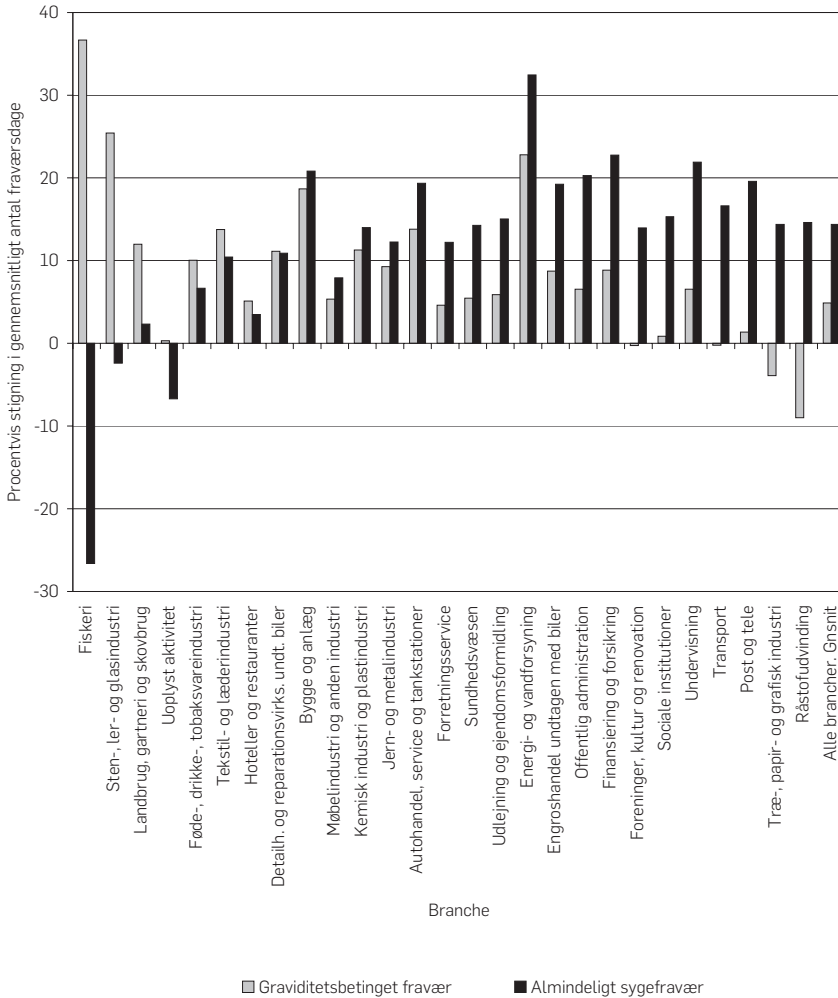
fravær er steget mindst sammenlignet med det almindelige fravær, er anbragt til højre. Det fremgår af figur 2.1, at det almindelige sygefravær blandt kvinder i alle brancher under ét er steget mere end det graviditetsbetingede fravær, når man tager højde for niveauet i 2002-2004. Hvor det graviditetsbetingede fravær er steget med 5 pct., er det almindelige sygefravær steget med 14 pct. Selvom det gennemsnitlige antal graviditetsbetingede sygefraværsdage er højere end det gennemsnitlige almindelige antal sygefraværsdage blandt kvinder (se figur 2.2 og 2.3 samt tabel 2.2), er den procentvise stigning således størst i det almindelige sygefravær. Dette resultat tyder på, at det graviditetsbetingede fravær følger udviklingen i det almindelige fravær blandt kvinder, blot er det graviditetsbetingede fravær steget mindre. Fra andre undersøgelser ved vi, at sygefraværet stiger under højkonjunkturer (Askildsen et al., 2005; Arai & Thoursie, 2001). Da Danmark var inde i en højkonjunktur i den undersøgte periode, kan dette udgøre en del af forklaringen på stigningen i både det graviditetsbetingede og det almindelige sygefravær.

Det fremgår af figur 2.1 og tabel 2.1, at der kun er få brancher, hvor det graviditetsbetingede fravær procentuelt er steget mere end det almindelige sygefravær. Dette gælder de syv brancher: fiskeri-, sten-, ler-, og glasindustri, landbrug, gartneri og skovbrug, uoplyst aktivitet, føde-, drikke-, tobaksvareindustri, tekstil- og læderindustri samt inden for hoteller og restauranter. Tallene for nogle af disse brancher skal dog læses med forsigtighed på grund af det lave antal gravide.¹ Omvendt er det graviditetsbetingede fravær steget procentuelt mindst i brancherne råstofudvikling og træ-, papir-, og grafisk industri. I disse brancher er det almindelige sygefravær steget mere end den gennemsnitlige udvikling for alle brancher, og samtidig er det graviditetsbetingede fravær faldet. Dette resultat tyder på, at der er brancher med fysisk krævende arbejdsvilkår, både blandt brancher med relativ stor stigning i graviditetsbetinget fravær og brancher, som oplevede fald i dette sygefravær på trods af, at man kunne forvente, at det graviditetsbetingede fravær var højest i brancher med fysisk krævende arbejde. Som tidligere nævnt skal det lave fravær i brancherne råstofudvinding samt energi- og vandforsyning dog læses med forsigtighed, da der kun er få gravide ansat i brancherne.

1. Med udgangspunkt i BM's datamateriale anslår vi, at der i gennemsnit var cirka 4 gravide, hvis sygeperiode oversteg 14 dage, ansat i fiskeribranchen, 26 i råstofudvinding, 168 i sten-, ler- og glasindustribranchen samt 170 inden for energi- og vandforsyning.

FIGUR 2.1

Procentvis ændring i gravides gennemsnitlige årlige antal fraværssdage fra perioden 2002-2004 til perioden 2005-2007. Særskilt for, om fraværet var graviditetsbetinget eller almindeligt sygefravær, og for branche.



Anm.: Brancher med den største procentvise stigning i graviditetsbetinget sygefravær sammenholdt med almindeligt sygefravær er anbragt til venstre i figuren, mens brancher med den mindste stigning i graviditetsbetinget fravær sammenholdt med almindeligt sygefravær er anbragt til højre.

TABEL 2.1

Procentvis ændring i gravides gennemsnitlige årlige antal fraværssdage fra perioden 2002-2004 til perioden 2005-2007. Særskilt for, om fraværet var graviditetsbetinget eller almindeligt sygefravær, og for branche.

	Graviditets- betinget fravær	Almindeligt sygefravær
Autohandel, service og tankstationer	14	19
Bygge og anlæg	19	21
Detailh. og reparationsvirks. undt. biler	11	11
Energi- og vandforsyning	23	32
Engroshandel, undtagen med biler	9	19
Finansiering og forsikring	9	23
Fiskeri*	37	-27
Foreninger, kultur og renovation	0	14
Forretningsservice	5	12
Føde-, drikke-, tobaksvareindustri	10	7
Hoteller og restauranter	5	3
Jern- og metalindustri	9	12
Kemisk industri og plastindustri	11	14
Landbrug, gartneri og skovbrug	12	2
Møbelindustri og anden industri	5	8
Offentlig administration	7	20
Post og tele	1	20
Råstofudvinding	-9	15
Sociale institutioner	1	15
Sten-, ler- og glasindustri	25	-2
Sundhedsvæsen	5	14
Tekstil- og læderindustri	14	10
Transport	0	17
Træ-, papir- og grafisk industri	-4	14
Udlejning og ejendomsformidling	6	15
Undervisning	7	22
Uoplyst aktivitet	0	-7
Alle brancher. Gennemsnit	5	14

Anm.: Tallene fra fiskeri, råstofudvinding, sten-, ler-, og glasindustri samt energi- og vandforsyning skal tages med det forbehold, at et lille antal gravide var ansat i brancherne de to perioder. Derfor er der betydelig usikkerhed forbundet med resultatet.

Variationen mellem og inden for brancherne tyder på, at både niveauet for sygefravær og stigningen i fraværet har sammenhæng med branchespecifikke forhold, og at udviklingen i det graviditetsbetingede fravær ikke blot følger udviklingen i det almindelige sygefravær. Dette tyder på, at der er andre faktorer, som påvirker det almindelige fravær, end det, som påvirker det graviditetsbetingede fravær.

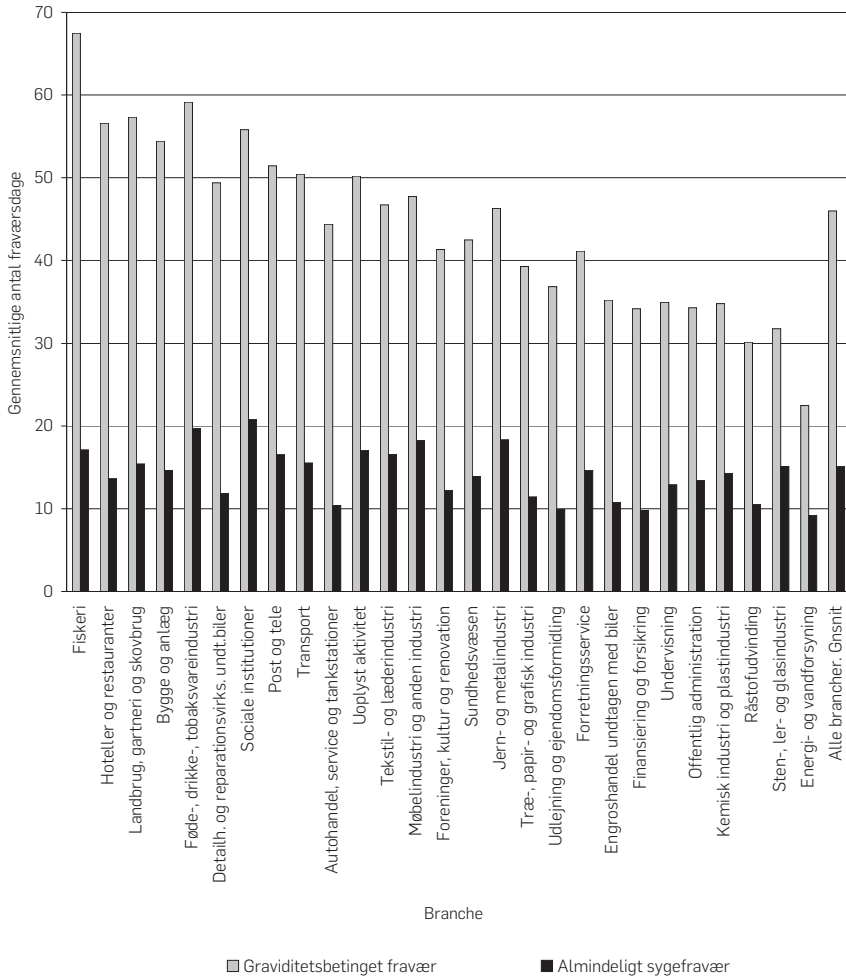
Desuden fremgår det af figur 2.2 og 2.3 samt tabel 2.2, at det gennemsnitlige antal graviditetsbetingede fraværssdage i alle brancher er

højere end det gennemsnitlige antal almindelige sygefraværsdage blandt kvinder, både i perioden 2002-2004 (henholdsvis 46 og 15 dage om året) og i perioden 2005-2007 (henholdsvis 48 og 17 dage om året). I begge figurer er brancher med den største forskel mellem det almindelige og det graviditetsbetingede fravær anbragt til venstre i figuren, mens brancher med den mindste forskel er anbragt til højre.

Figur 2.2 og 2.3 viser også betydelige variationer i det graviditetsbetingede fravær imellem brancherne. Denne variation tyder på, at branchespecifikke forhold har betydning for niveauet i det gennemsnitlige antal graviditetsbetingede fraværsdage. Meget tyder på, at det er i de brancher, som har den største forskel mellem det almindelige og det graviditetsbetingede fravær, at det er vanskeligst for gravide at bevare tilknytningen til arbejdspladsen i hele graviditeten. Det skyldes formentlig arbejdets karakter og mangel på muligheder for omplacering. Der er nemlig ikke nogen særlig tydelig tendens til, at de brancher, som har den største forskel mellem det almindelige og det graviditetsbetingede fravær, har højere almindeligt sygefravær end de brancher, som har den mindste forskel.

FIGUR 2.2

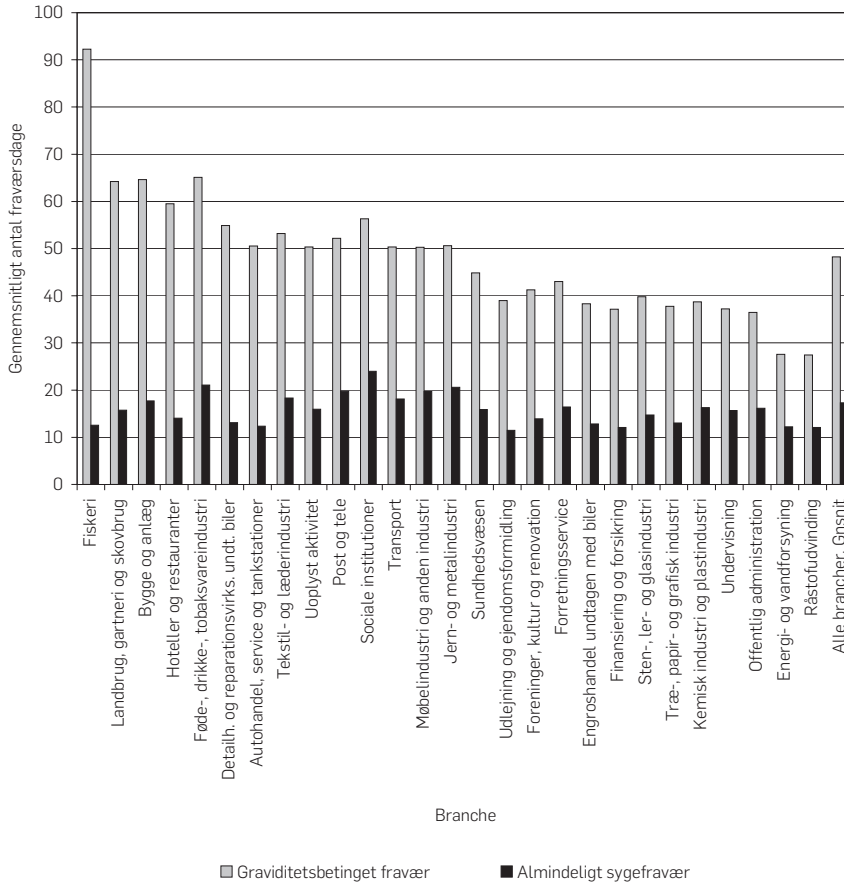
Gravides gennemsnitlige årlige antal fraværskdage i perioden 2002-2004. Særskilt for, om fraværet er graviditetsbetinget eller almindeligt sygefravær, og for branche.



Anm.: Brancher med den største forskel i antal dage mellem det almindelige og det graviditetsbetingede fravær er anbragt til venstre i figuren, mens brancher med den mindste forskel er anbragt til højre.

FIGUR 2.3

Gravides gennemsnitlige årlige antal fraværsk dage i perioden 2005-2007. Særskilt for, om fraværet er graviditetsbetinget eller almindeligt sygefravær, og for branche.



Anm.: Brancher med den største forskel i antal dage mellem det almindelige og det graviditetsbetingede fravær er anbragt til venstre i figuren, mens brancher med det mindste fravær er anbragt til højre.

TABEL 2.2

Gennemsnitlige antal årlige fraværsdage. Særskilt for perioderne 2002-2004 og 2005-2007 og for, hvorvidt fraværet var graviditetsbetinget eller almindeligt sygefravær, og for branche. Og den procentvise ændring i de to former for fravær fra 2002-2004 til 2005-2007. Antal dage og procent.

	2002-2004		2005-2007		Stigning	
	Graviditetsbetinget sygefravær	Almindeligt sygefravær	Graviditetsbetinget sygefravær	Almindeligt sygefravær		
Autohandel, service og tankstationer	44	10	51	12	6	2
Bygge og anlæg	54	15	65	18	10	3
Detailh. og reparationsvirks.	49	12	55	13	5	1
Energj- og vandforsyning	22	9	28	12	5	3
Engroshandel	35	11	38	13	3	2
Finansiering og forsikring	34	10	37	12	3	2
Fiskeri	68	17	92	13	25	-5
Foreninger, kultur og renovation	41	12	41	14	0	2
Forretningsservice	41	15	43	16	2	2
Føde-, drikke-, tobaksvarerindustri	59	20	65	21	6	1
Hoteller og restauranter	60	14	59	14	3	0
Jern- og metalindustri	46	18	51	21	4	2

TABEL 2.2 (FORTSAT)

	2002-2004		2005-2007		Stigning
	Graviditetsbetinget sygefravær	Almindeligt sygefravær	Graviditetsbetinget sygefravær	Almindeligt sygefravær	
Kemisk industri og plastindustri	35	14	39	16	2
Landbrug, gartneri og skovbrug	57	15	64	16	0
Møbelindustri og anden industri	48	18	50	20	1
Offentlig administration	34	13	37	16	3
Post og tele	51	17	52	20	3
Råstofudvinding	30	11	27	12	2
Sociale institutioner	56	21	56	24	3
Sten-, ler- og glasindustri	32	15	40	15	0
Sundhedsvæsen	42	14	45	16	2
Tekstil- og læderindustri	47	17	53	18	2
Transport	50	16	50	18	3
Træ-, papir- og grafisk industri	39	11	38	13	2
Udlejning og ejendomsformidling	37	10	39	11	2
Undervisning	35	13	37	16	3
Uoplyst aktivitet	50	17	50	16	-1
Alle brancher	46	15	48	17	2

Anm.: Tallene fra fiskeri, råstofudvinding, sten-, ler- og glasindustri samt energi- og vandforsyning skal tages med det forbehold, at et lille antal gravide var ansat i brancherne i de to perioder. Derfor er der betydelig usikkerhed forbundet med resultatet.

AFSLUTNING

I dette kapitel har vi undersøgt, om stigningen i det graviditetsbetingede fravær følger udviklingen i det almindelige sygefravær blandt kvinder i brancherne, eller om stigningen er specifik for gravide. Derudover har vi undersøgt, om der er forskel i omfanget af graviditetsbetinget fravær imellem brancher. Forskelle imellem brancher kan tolkes som betydningen af arbejdsforhold. Resultaterne kan sammenfattes til følgende:

Det gennemsnitlige antal graviditetsbetingede fraværsdage er i alle brancher højere end det gennemsnitlige almindelige antal sygefraværsdage blandt kvinder, både i perioderne 2002-2004 (henholdsvis 46 og 15 dage) og 2005-2007 (henholdsvis 48 og 17 dage). Dette til trods for, at det graviditetsbetingede fravær undervurderes i forhold til det almindelige fravær. Det graviditetsbetingede fravær er i gennemsnit steget med 2 dage pr. år mellem perioderne 2002-2004 og 2005-2007. Det almindelige sygefravær blandt kvinder er i gennemsnit i samme tidsrum også steget med 2 dage pr. år. Tages der også hensyn til, at udgangsniveauet for stigningen er forskellig mellem det graviditetsbetingede og det almindelige fravær, er der sket en stigning i det graviditetsbetingede fravær på 5 pct., mens stigningen i det almindelige fravær er på 14 pct. Dette resultat tyder på, at det graviditetsbetingede fravær følger udviklingen i det almindelige fravær blandt kvinder, blot er det graviditetsbetingede fravær steget mindre målt i procent. Da Danmark var inde i en højkonjunktur i den undersøgte periode, kan dette udgøre en del af forklaringen på stigningen i både det graviditetsbetingede og det almindelige sygefravær.

Der er kun 7 brancher ud af de 27, som har en større procentvis stigning i graviditetsbetinget fravær sammenholdt med stigningen i almindeligt sygefravær i samme branche. De syv brancher, som har større procentuel stigning i graviditetsbetinget fravær end i almindeligt sygefravær er fiskeri, sten-, ler og glas-industri, landbrug, gartneri og skovbrug, uoplyst aktivitet, føde-, drikke-, tobaksvarerindustri, tekstil- og læderindustri samt inden for hoteller og restauranter. Dette resultat tyder på, at branchespecifikke arbejdsforhold har betydning for udviklingen i graviditetsbetinget fravær. Tallene fra fiskeri, råstofudvinding samt sten-, ler-, og glasindustri skal tages med det forbehold, at et lille antal gravide var ansat i brancherne de to perioder. Derfor er der betydelig usikkerhed forbundet med resultatet.

Der er således betydelige variationer mellem brancherne, som tyder på, at både niveauet for sygefravær og stigningen i fraværet har

sammenhæng med branchespecifikke forhold, og at udviklingen i det graviditetsbetingede fravær ikke alene kan forklares ved, at det følger udviklingen i det almindelige sygefravær.

ÅRSAGER TIL SKRED I GRAVIDITETSBEETINGET FRAVÆR

Graviditetsbetinget fravær kan opstå, hvis en læge vurderer, at graviditeten har et sygeligt forløb, som medfører en risiko for kvinden eller fostrets helbred, hvis hun fortsætter med at arbejde. Ligeledes kan fraværet opstå, hvis arbejdets karakter er risikofyldt for den gravide og fostret, og arbejdsgiveren samtidig ikke kan tilbyde modificerende beskæftigelse. Både sundhedssystemet og forhold på gravides arbejdspladser er derfor vigtige at inddrage, når årsagerne til skredet i graviditetsbetinget fravær skal belyses. Kapitlet har to dele. I første del behandler vi de årsager, som læger og jordemødre vurderer, der kan ligge bag det graviditetsbetingede fravær. I anden del af kapitlet giver virksomhedsrepræsentanter deres bud på, hvordan forhold på arbejdspladser har sammenhæng med stigningen i gravides fravær.

METODISK OG EMPIRISK GRUNDLAG

Før vi præsenterer resultaterne af den kvalitative delundersøgelse, beskriver vi kort det metodiske og empiriske grundlag, som dette kapitel er baseret på.

INTERVIEWS MED VIRKSOMHEDSREPRÆSENTANTER

De virksomheder, som indgår i undersøgelsen, er udvalgt på grundlag af kapitel 2's kvantitative undersøgelse af forskelle i omfanget af graviditetsbetinget fravær i brancher. Kapitel 2 viser, at det graviditetsbetingede fravær er steget mere end det generelle sygefravær i de seks brancher fiskeri, sten-, ler- og glasindustri, føde-, drikke- og tobaksvarerindustri, tekstil- og læderindustri, hoteller og restauranter samt detail- og reparationsvirksomhed. Disse brancheforskelle anser vi for at være udtryk for en vis logik i skredet i gravides sygemeldinger, som vi afdækker nærmere i de kvalitative interviews med virksomhedsrepræsentanter. Vi har interviewet i alt 8 virksomhedsrepræsentanter, som er udvalgt blandt både virksomheder i risikobrancher og virksomheder i brancher, som har haft en lav stigning i det graviditetsbetingede fravær sammenholdt med det generelle sygefravær. De interviewede repræsenterer virksomheder i brancherne landbrug, gartneri og skovbrug, hoteller og restauranter, kemisk industri og plastindustri, offentlig administration samt undervisning. Der er desuden udvalgt større arbejdspladser for at sikre, at de interviewede kan udtale sig på baggrund af erfaring med et passende antal sager. Interviews er foretaget med personer med personaleansvar. Virksomhederne er udtrukket fra KOB (Købmandsstandens Oplysningsbureau) og derefter kontakttet telefonisk og pr. e-mail.

I interviewene med virksomhedsrepræsentanter har vi stillet spørgsmål inden for følgende områder: Oplevelsen af eventuel stigning i graviditetsbetinget fravær, brugen af arbejdstilpasning og brugen af arbejdstilsynets vejledning om gravide og ammendes arbejdsmiljø, samt om der er sket en holdnings- eller praksisændring i virksomheden i forhold til gravides arbejdsmiljø inden for de seneste år. Interviewene er afholdt som telefoninterviews.

INTERVIEWS MED LÆGER OG JORDEMØDRE

Jordemødre og læger er interviewet for at få repræsentanter for sundhedssystemets perspektiv på årsagerne til stigning i det graviditetsbetingede fravær. Praktiserende læger har ansvaret for at fravær- og sygemelde gravide og har derfor kendskab til de sundheds- og sygdomsmæssige årsager, som ligger bag det graviditetsbetingede fravær. Jordemødre har typisk tættere kontakt med gravide og ser gravide til jordemoderkonsultationer i løbet af graviditeten. Jordemødrene forventes derfor at have stor

viden om gravides sundhed og helbred og eventuelle årsager til gravides syge- og fraværsmeldinger.

Vi har interviewet 9 jordemødre og 4 praktiserende læger. Jordemødrene er udvalgt gennem kontakt til chefjordemødre på hospitaler i fire af landets fem regioner. Vi har tilstræbt at udvælge jordemødre med flere års arbejds erfaring og dermed sandsynligvis flere erfaringer med syge- eller fraværsmeldte gravide. Det har været svært at skaffe et tilstrækkeligt antal praktiserende læger til deltagelse i undersøgelsen. De interviewede læger har meldt sig frivilligt til undersøgelsen, efter information om undersøgelsen blev sendt i et lokalt tv-program. De fire deltagende læger kommer alle fra Fyn og Sydsjælland. Det kan ikke afvises, at denne rekrutteringsform har medført en bias. Interviews er foretaget som en kombination af besøgs- og telefoninterviews.

I både interviewene med jordemødre og praktiserende læger har vi stillet spørgsmål til interviewpersonernes oplevelser og erfaringer inden for følgende områder: Vi har spurgt, om interviewpersonerne oplever et skred i det graviditetsbetingede fravær, og hvilke årsager de vurderer ligger bag. Vi har spurgt til interviewpersonernes praksis i mødet med gravide, som eventuelt skal fraværs- eller sygemeldes. Desuden har vi spurgt, om de interviewede vurderer, at der er sket en holdnings- og praksisændring i sundhedssystemet i forhold til graviditetsbetinget fravær.

HOLDNINGEN TIL SMERTER HAR ÆNDRET SIG

Blandt de interviewede jordemødre og læger er en gennemgående forklaring på stigningen i gravides sygefravær, at gravide i dag ikke accepterer smerter i samme omfang som tidligere generationers gravide. Sygemeldinger på grund af bækkenløsning og plukkeveer er steget betydeligt i sammenligning med andre forhold som fx kvalme, blødning og svangerskabsforgiftning. En jordemoder forklarer:

Hvis kvinder i dag har ondt, så gør de noget ved det. De forventer, at der skal gøres noget ved det, og hvis du har nogen graviditetsgener, så vil de i hvert fald sygemeldes for det, selvom det hører med til at være gravid, at man har ondt i ligamenter ved livmoderen, man har plukkeveer og sover måske dårligere.

Det fremgår af citatet, at nogle gravide tror, at smerter skyldes noget unormalt i graviditeten, selvom dette ikke nødvendigvis er tilfældet. Derfor henvender gravide sig i stigende omfang til egen læge med ønske om at blive sygemeldt på grund af smerter fra plukkeveer og bækken. Konsekvensen heraf er, at læger og jordemødre bruger tid på at forklare gravide, at fx plukkeveer er fuldstændig normale og ikke et udtryk for et sygeligt graviditetsforløb, som kræver en sygemelding. Især blandt jordemødrene er holdningen, at størstedelen af sygemeldingerne på grund af plukkeveer og bækkenløsning er unødvendige; det skyldes dels, at plukkeveer ikke udgør en risiko for hverken moder eller foster, dels at de gravides bækkensmerter sjældent er egentlige bækkenløsninger, men derimod blot er gener forbundet med et normalt graviditetsforløb. Ifølge en overvægt af de interviewede jordemødre burde en stor del af de gravide, som bliver sygemeldt med plukkeveer eller bækkenløsning, derfor være i stand til at passe et arbejde. Jordemødrene betvivler ikke, at de gravide kvinder oplever at have ondt, derimod betvivler de, at smerterne skulle være så alvorlige, at de ligefrem forhindrer gravide i at gå på arbejde. En jordemoder fortæller:

Der er mange, hvor jeg tænker, at det ikke er nødvendigt, men jeg siger det ikke til dem, for jeg bliver også nødt til at acceptere deres behov, man bliver nødt til at sætte sig i deres sted og ikke bare sige, at det er noget pjat. Men når jeg tænker overordnet og nøgternt på det, så er det måske kun 25 pct. af dem, som virkelig skulle sygemeldes.

De interviewede læger vurderer ikke på samme vis som jordemødrene, at sygemeldinger på grund af bækkenløsning og plukkeveer er unødvendige. Flere læger giver udtryk for at være patientens advokat. En læge forklarer eksempelvis, at forskellen mellem jordemødre og læger er, at lægernes rolle er at være patientens advokat og sygemelde, hvis det kan hjælpe i ethvert gældende forhold. Når en gravid oplever at have smerter, som hun mener hindrer hende i at arbejde, er det derfor lægens opgave at sørge for, at hun får mulighed for at blive sygemeldt. Dette kan sætte lægen i et dilemma, hvor lægen på den ene side skal støtte den gravide og på den anden side skal attestere, at det er korrekt, at den gravide ikke er i stand til at arbejde. Både blandt læger og jordemødre er der en opfattelse af, at smerte er subjektivt og opleves individuelt. Når en gravid oplever

sine smerter som slemme og gerne vil sygemeldes, kan det derfor være nødvendigt, at lægen sygemelder, selvom disse smerter ikke absolut udgør en risiko for moder og barn. Jordemødrene stiller ikke spørgsmål ved rimeligheden af disse sygemeldinger i deres samtaler med gravide kvinder. I stedet forsøger de eksempelvis at få de gravide til at overveje en delvis sygemelding frem for en sygemelding på fuld tid.

Både jordemødre og læger vurderer, at de fysiske symptomer og gener forbundet med graviditet er de samme i dag som tidligere, men tidligere generationer af gravide gik i højere grad på arbejde på trods af smerter i fx bækken og ryg. En jordemoder forklarer:

Det er tiden, som har forandret sig, vores mødre gik jo på arbejde, næsten til de skulle føde. Ikke at jeg siger, at det er det, vi skal tilbage til, men der er helt klart sket en ændring.

Der er således sket en ændring i gravides måde at opfatte smerte og graviditet på, hvor gravide i dag opfatter smerter som noget, der skal behandles og som tegn på noget unormalt. Denne ændring i smerteopfattelse er ikke ubetinget dårlig, da den også medfører, at gravide er mere opmærksomme på ikke at overbelaste sig selv under graviditeten modsat tidligere generationer, som fortsatte på arbejdsmarkedet meget længere frem mod fødslen. Andre undersøgelser peger på, at den generelle ændring i kropsfornemmelse og smertetærskel skal ses i sammenhæng med samfundsudviklingen. Forskerne Nettleton (2006) og Duden (1991) argumenterer for, at kropsfornemmelse er betinget af den kultur, man lever i, herunder den viden man har om anatomi og fysiologi. Det er derfor nærliggende, at gravides syn på smerter har udviklet sig i takt med bl.a. ny teknologi og viden om graviditet, og at sygefraværet blandt gravide er en del af en større samfundstendens. Ifølge flere af de interviewede læger er gravides smerteopfattelse netop en del af en samfundstendens, hvor lægerne i stigende grad oplever, at patienter generelt ikke accepterer gener fra sygdomme. Patienter søger ofte lægehjælp til bagateller som fx små rifter eller forkølelse med forventning om, at lægen kan få smerterne til at forsvinde, på trods af deres ufarlige og normale karakter.

ØGET INFORMATIONSMÆNGDE ER BÅDE GODT OG SKIDT

Ifølge de interviewede læger og jordemødre får gravide i dag mange informationer om graviditet fra flere kilder: De bruger internettet meget til selv at søge information, de får viden om graviditetsforløbet via undersøgelser på bl.a. hospitalet, og de bliver informeret om graviditet og livsstil gennem oplysningskampagner. Fordelene ved informationsmængden er i sagens natur, at eventuelle problemer i graviditeten bliver opdaget i sundhedssystemet, og at gravide får viden om, hvordan de selv via livsstil kan medvirke til at forebygge problemer i graviditeten. Informationsmængden har dog også en negativ konsekvens: Blandt nogle jordemødre og læger er oplevelsen, at det høje informationsniveau i øget grad gør gravide usikre på, om deres graviditet forløber normalt. De gravide bliver mere opmærksomme på eventuelle symptomer, og derfor henvender de sig i stigende grad til sundhedsvæsenet med krav og ønsker om kontrol under graviditeten.

ØGET BRUG AF INTERNETTET

Igennem samtaler med gravide oplever både jordemødre og læger, at gravide i stort omfang søger information på internettet. På internettet bruger gravide chatforummer, hvor de deler deres erfaringer med andre gravide. Derudover søger gravide bredt på hjemmesider med fx lægefaglig information og på informationssider udviklet af jordemødre og sygeplejersker. Ifølge de interviewede er en fordel ved brugen af internettet, at den gør gravide utrolig velinformerede om graviditet. En ulempe er imidlertid, at nogle gravide har svært ved at omsætte den viden, de tilegner sig, til deres egen situation, fordi de ikke har den faglige baggrund, som gør dem i stand til at selektere i informationerne. En jordemoder forklarer:

Det er eksploderet de sidste 10 år, der er kommet et hav af net-sider. Og de kommer nogle gange og har læst noget, hvor jeg må sige til dem: ”Hør nu her, det ser jeg måske hvert femte eller tiende år”. Det, som er så svært nogle gange, det er at sætte den viden, de får på nettet, i relation til deres egen graviditet, fordi de ikke har den faglige baggrund. De gør sig mere nervøse, og nogle gange kommer man til at bruge tid på dem og ender med at sige: ”Jeg synes, det er en god ide, at du lader være med at gå på

nett, fordi du bliver helt rundt på gulvet af det og kan ikke om-sætte den viden”.

Som det fremgår af citatet, bliver nogle gravide unødvendigt nervøse, fordi de ikke er i stand til at vurdere, om informationerne fra internettet er relevante for deres egen graviditet. Med andre ord tror nogle gravide, at de oplever sjældne graviditetsproblemer, selvom deres graviditet forløbet normalt.

Det er dog ikke alle gravide, som bliver unødvendigt nervøse. Flere jordemødre og læger påpeger, at højtuddannede kvinder bedre formår at selektere i informationerne og relatere dem til deres egen graviditet end kvinder uden uddannelse. Men omvendt søger højtuddannede kvinder mere information, hvorfor de i større grad tilegner sig viden om ting, der kan gå galt under en graviditet. Der er således ikke en entydig afgrænsning af den gruppe gravide, som bliver usikre og nervøse.

TEKNOLOGISK UDVIKLING I GRAVIDITETSUNDERSØGELSER

Også den teknologiske udvikling har betydning for gravides usikkerhed. I sundhedsvæsenet bliver gravide i dag fx tilbudt scanninger flere gange i graviditetsforløbet, og ved selv små mistanker om fx svangerskabsforgiftning udføres diverse undersøgelser. Gravide har også mulighed for privat at købe apparater til måling af fostrets hjertelyd, imidlertid er gravide ikke altid selv i stand til at betjene apparaterne med det resultat, at de ikke kan finde fostrets hjertelyd. Derfor bliver kvinderne nervøse for, om der er noget galt med fostret og henvender sig på hospitalet for at blive undersøgt. En jordemoder fortæller om gravides reaktioner på den teknologiske udvikling:

Den der øgede teknologisering gør jo noget ved kvinderne, det er klart, at den der øgede form for kontrol, det at vi nu scanner automatisk to gange i graviditetsforløbet, og at vi har øget overvågning ved fødsler, det kunne man da godt forvente også gør noget ved kvindernes tryghed eller mangel på samme.

Fordelen ved indførelsen af ny teknologi er sundhedssystemets muligheder for at undersøge, om der bliver problemer for enten moder eller foster i en graviditet. Samtidig kan scanninger og måling af hjertelyd, ifølge nogle jordemødre, hjælpe til at konkretisere graviditeten og forbedre

rede gravide på at blive mødre. Ligeledes er det øgede antal undersøgelser af gravide med til at gøre kvinderne i stand til at passe på sig selv under graviditeten, fordi de løbende bliver informeret om fosterets tilstand. Der er imidlertid også ulemper ved den øgede indførelse af teknologi i graviditetsundersøgelser. En ulempe er, at gravide kan blive unødigt utrygge i takt med, at de får viden om forhold, som potentielt kan gå galt i løbet af graviditeten. På denne vis har graviditetsundersøgelserne den samme virkning på gravide som brugen af internettet.

OPLYSNING OM GRAVIDITET OG LIVSSTIL

Gravide modtager også skriftligt materiale fra egen læge og fra jordemoderen om graviditet. Typisk består dette materiale af kortfattede foldere med gode råd om fx rygning, kost og motion. Der er blandt de interviewede jordemødre og læger forskellige opfattelser af, hvordan gravide modtager materialet. Nogle oplever, at denne information beroliger og informerer gravide. Andre vurderer, at også denne form for information kan medføre utryghed og bekymring; en jordemoder forklarer om det skriftlige materiales indflydelse på gravide:

Vi [sundhedssystemet] gør de gravide mere bekymrede end trygge. De får tilbudt så mange ting og får at vide, at de skal passe på, men samtidig at de ikke skal passe på. Det er nærmest farligt at være gravid, fordi du ikke må ryge, du må ikke drikke alkohol, du skal spise sundt og varieret. Hvis de bare afviger en lillebitte smule, så er det, som om de får skyldfølelse over det. Det er blevet så ekstremt at være gravid, og så tror jeg, de bliver bekymrede.

Citatet illustrerer, at den skriftlige information ikke nødvendigvis virker efter hensigten. I stedet misforstår nogle gravide den store mængde af råd og vejledninger som regelsæt, der alle skal følges til punkt og prikke. Når reglerne bliver brudt, tror nogle gravide, at det er skadeligt for graviditeten, og bliver bekymrede for det ufødte barns sundhed.

Der er stor variation i, hvilke gravide som interesserer sig for skriftligt materiale fra eksempelvis sundhedskampanjer. Igen oplever læger og jordemødre, at især kvinder med en uddannelse og kvinder i større byer udviser interesse.

USIKKERHED ØGER BEHOVET FOR KONTROL

Usikkerheden, som nogle gravide oplever på grund af den voldsomme informationsstrøm, medfører et stort behov for kontrol over graviditeten. Nogle jordemødre og læger oplever, at gravide kvinder forventer at få garantier for, at alt går godt i graviditeten, selvom det ikke er muligt for sundhedsvæsenet at give. Forventningen om, at graviditeten kan holdes fuldstændig under kontrol, opstår ifølge jordemødrene, fordi kvinderne tilbydes mange test og undersøgelser undervejs. Fordi kvinderne får så meget information om, hvad der kan gå galt i graviditeten, og fordi de hyppigt kontrolleres i sundhedssystemet, har de et behov for konstant at blive bekræftet i, at alt er normalt. En jordemoder forklarer:

Tidligere var det kvinden, som via sin krop oplevede, at den lille begyndte at sparke. Dengang havde der ikke været de der scanninger forinden, hun havde en anden kropsfornemmelse, som sagde, at det her er ok. Der er det som om i dag, vi skal hele tiden bekræfte dem i, at det er ok. Der tror jeg, graviditeten, den er kommet meget op i hovedet.

Gravide kvinders usikkerhed og krav om kontrol medfører, ifølge jordemødre og læger, et stigende antal unødvendige henvendelser både på hospitaler og hos praktiserende læger. På hospitaler bruger jordemødrene tid på at undersøge gravide, som fx tror, de ikke kan mærke liv, eller som tror, de har svangerskabsforgiftning, fordi de har hovedpine. Ligeledes bruger nogle læger ressourcer på at undersøge og berolige utrygge gravide med, at alt er normalt. Blandt de interviewede er der delte meninger om, hvorvidt nervøsiteten, behovet for kontrol og det stigende antal henvendelser også har medført et stigende sygefravær blandt gravide. Nogle mener blot, resultatet er et større antal henvendelser i sundhedsvæsenet. Andre vurderer, at information fra internettet, fra undersøgelser og fra andet skriftligt materiale gør gravide mere opmærksomme på symptomer, med flere sygemeldinger til følge. På samme vis kan nervøsiteten påvirke gravidens smerteoplevelse og bevirke, at smerter opfattes voldsommere, end de egentlig er, hvilket også kan resultere i et stigende antal sygemeldinger.

Usikkerheden og behovet for øget kontrol er ikke et fænomen, som er særskilt for gravide. Læger oplever også, at andre patienter søger information på internettet og ikke evner at vurdere, om informationen er

relevant for dem selv eller ikke. En interviewet læge fortæller om tendensen:

Generelt set er det tiltagende, at folk har været inde og søge på fuldstændig gakkede ting om svineinfluenza på nettet, det er helt håbløst, hvad de søger på.

Citatet tyder på, at gravides sygefravær er en del af en større tendens i befolkningen til at bruge både internet og sundhedsvæsen i øget omfang.

HOLDNINGSÆNDRING I SUNDHEDSSYSTEMET

Læger og jordemødre vurderer, at praksis i sundhedssystemet har ændret sig i takt med, at gravide er blevet både mere informerede, utrygge og har fået et større behov for kontrol.

I sundhedssystemet er det hovedsageligt praktiserende læger, som står for at sygemelde gravide, dog kan læger på hospitalsafdelinger også sygemelde. Flere interviewede læger peger på, at forholdet mellem praktiserende læge og patient har ændret sig i takt med patienternes adgang til information. Denne ændring er også belyst i andre undersøgelser, som viser, at det forhold, som tidligere var et møde mellem lægen som ekspert og patienten som uvidende, i dag er et møde mellem to eksperter, fordi patienter har adgang til en stor mængde information (Tucket et al., 1985; Horton, 2003). I nærværende interviewundersøgelse vurderer læger og jordemødre, at gravide ikke er en undtagelse. Gravide søger som tidligere nævnt selv information, hvilket betyder, at de også i højere grad selv har en holdning til, hvorvidt de skal sygemeldes, når de henvender sig til den praktiserende læge. En læge fortæller:

Når du kommer her og sætter dig i stolen og siger ”jeg vil gerne sygemeldes”, så er beslutningen taget.

Citatet illustrerer, at gravide er blevet mere insisterende, og praktiserende læger skal i stigende grad begrunde deres beslutninger over for gravide.

Interviewede læger og jordemødre er imidlertid uenige om, hvorvidt denne ændring i forholdet mellem praktiserende læge og patient også har medført en stigning i antallet af sygemeldinger blandt gravide.

Flere jordemødre mener, at praktiserende læger sygemelder gravide oftere end nødvendigt, dels fordi lægerne ikke har tid til at undersøge fx bækkengener tilstrækkeligt grundigt, og dels fordi gravide selv insisterer på, at de ikke kan holde til at arbejde og ønsker at blive sygemeldt. De interviewede læger mener ikke, at de sygemelder gravide unødvendigt, derimod fortæller nogle, at hospitalslæger i stigende grad sygemelder gravide, efter at praktiserende læge har henvist dertil. Nogle praktiserende læger føler sig derfor uretmæssigt mistænkeliggjort for at sygemelde gravide for ofte.

På hospitalerne fortæller jordemødrene også om ændringer. En jordemoder forklarer om ændringen i hospitalernes måde at forholde sig til gravidens sygemeldinger på:

Før i tiden prøvede vi at sige ”det er ganske normalt, sådan skal det være, så må du bare prøve at passe lidt på dig selv”, ligesom at slå det lidt hen, hvorimod i dag, så spørger vi tit ”har du brug for en sygemelding?” Vi er selv med på udviklingen.

Det fremgår af citatet, at personalet i sundhedssystemet selv er medvirkende til, at antallet af gravide sygemeldinger er stigende, og at der er sket et skred i tærsklen for, hvornår man i sundhedssystemet vurderer, at en gravid bør sygemeldes. Endvidere fortæller jordemødre, at gravide bliver undersøgt grundigere nu end tidligere på grund af frygten for klager. En jordemoder fortæller om årsagen til, at mange gravide bliver undersøgt unødvendigt grundigt, når de henvender sig på fødegangen:

Det er den der livrem og seler-angst for, at der kan komme en sag ud af det senere.

Som nævnt tidligere oplever nogle jordemødre, at gravide i stigende grad henvender sig for at få kontrolleret, at graviditeten forløber som planlagt. Det er disse henvendelser, som jordemødrene bruger tid på i stigende omfang af frygt for, at de får klager, hvis en graviditet i et sjældent tilfælde skulle gå galt, fordi jordemødrene overser noget undervejs. Både den øgede forsigtighed og klagerne vurderer de i yderste konsekvens resulterer i et stigende antal sygemeldinger af gravide. I sundhedssystemet er personalet således blevet mere forsigtige og undersøger og sygemelder

oftere gravide end tidligere, både af frygt for, at graviditeten ellers kan gå galt, og af frygt for klager.

ÆLDRE FØRSTEGANGSFØDENDE

Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende er steget i løbet af de seneste år, og der er blandt læger og jordemødre delte meninger om, hvorvidt dette kan være en forklaring på stigningen i gravides sygefravær. Blandt nogle jordemødre er holdningen, at den høje gennemsnitsalder kan være en årsag til stigningen i gravides sygefravær. Jordemødrene påpeger, at førstegangsfødende, som er omkring 30 år, oftere har komplikationer i graviditeten end yngre kvinder. Fysiologisk er graviditet og fødsel mere krævende for kvinder i 30'erne end for kvinder i 20'erne med flere sygemeldinger til følge. En anden konsekvens af den højere gennemsnitsalder for førstegangsfødende er, at ældre kvinder forholder sig anderledes til graviditet, end yngre kvinder gør. De ældre kvinder gør i højere grad graviditet til et planlagt projekt og har klare forventninger til, hvordan projektet skal forløbe. Disse relativt ældre kvinder er mindre autoritetstro over for sundhedssystemet og insisterer på at få varetaget deres interesser, også i de tilfælde, hvor de selv mener, at en sygemelding er berettiget, og den praktiserende læge er uenig.

Andre læger og jordemødre mener omvendt, at den stigende gennemsnitsalder ikke fører til flere sygemeldinger, men i stedet giver kvinderne mere livserfaring og gør dem i stand til bedre at tackle graviditetsproblemer.

FERTILITETSBEHANDLING

Et stigende antal kvinder modtager fertilitetsbehandling, og selvom de interviewede vurderer, at omfanget ikke er stort, vurderer flere alligevel, at fertilitetsbehandlede kvinder i højere grad bliver sygemeldt end andre gravide. Sygemeldingerne skyldes dels forsigtighedshensyn, fordi fertilitetsbehandlede kvinder oftest har været igennem lange forløb, før det er lykkedes dem at blive gravide. Derfor er praktiserende læger mere tilbøjelige til at sygemelde kvinderne af forsigtighedshensyn. Kvinder, som er blevet gravide ved hjælp af fertilitetsbehandling, har typisk også været i

hormonbehandling, og denne behandling kan medføre, at kvinderne har det dårligt i starten af graviditeten og må sygemeldes midlertidigt.

OVERVÆGT

Overvægt er også en årsag til gravides sygemeldinger. Overvægt resulterer i bækkensmerter og bækkenløsning, fordi kvinderne er i dårlig fysisk form og er overvægtige. En jordemoder fortæller om de overvægtige gravide:

De har ikke en god fødekrop, hvis man kan sige det sådan, for mange af dem er for overpolstrede. Når man ikke har en velholdt krop, så mærker man også tingene på en anden måde, end hvis man er veltrænet.

Overvægt giver endvidere en øget risiko for diabetes, som er endnu en årsag til, at gravide bliver sygemeldt. I sundhedssystemet er man opmærksom på livsstil og overvægts betydning for graviditet. I jordemødrenes konsultationer med gravide er der kommet et øget fokus på kost og motion, og på nogle hospitaler kan gravide tilmelde sig gymnastikhold eller få fysioterapi.

ARBEJDSGLÆDE HAR BETYDNING FOR GRAVIDES HOLDNING TIL FRAVÆR

Arbejdsglæde har betydning for, om en gravid kvinde vælger at lade sig sygemelde fra sit arbejde. Selvom både jordemødre og læger fremhæver, at de sjældent oplever, at gravide bruger sygemeldinger som en pause fra arbejdet, forekommer det i enkelte tilfælde. De fleste gravide er glade og tilfredse med deres arbejde og de bliver sjældnere sygemeldt end kvinder, der er mindre begejstrede for deres job. En jordemoder forklarer:

Nogle gravide har job, som ikke siger dem alverden, og nogle gange kan det [sygemeldingen] være en velfortjent pause.

Derimod udviser kvinder, som er glade for deres arbejde, et større engagement og vil gerne blive ved med at arbejde, selvom jordemødrene vurderer, at kvinderne godt kunne få en sygemelding, hvis de virkelig ville. I de få tilfælde, hvor jordemødre eller læger får mistanke om, at gravide bruger sygemeldingen som en pause fra arbejdet, drejer det sig ofte om stående og gående arbejde som produktionsarbejde, rengøring eller personale i dagligvarebutikker, hvor kvinderne vil sygemeldes på grund af plukkeveer eller bækkensmerter.

VIRKSOMHEDER HAR FOKUS PÅ ARBEJDSMILJØ

Årsagerne til stigningen i graviditetsbetinget fravær kan også findes i forhold på de gravide lønmodtageres arbejdspladser. Denne del af kapitlet fokuserer på forhold på arbejdspladser, som kan være medvirkende til, at gravide i nogle brancher har højere risiko for at blive syge- eller fraværsmeldt under graviditeten.

VIRKSOMHEDER PRIORITERER I STIGENDE GRAD

GRAVIDES ARBEJDSMILJØ

Kun et fåtal af virksomhedsrepræsentanterne oplever, at gravides sygefravær er steget. De interviewede virksomhedsrepræsentanter fortæller alle, at de har fokus på arbejdsmiljø, både generelt og for gravide. Fokus på arbejdsmiljø har, ifølge de interviewede, været stigende i en årrække, både i offentlige og private virksomheder. I interviewene fremhæver repræsentanterne to grunde til at have fokus på arbejdsmiljø. Det følgende citat fra en mellemlider på en produktionsvirksomhed illustrerer disse grunde:

Hvis du går 10 år tilbage, så tror jeg, tonen den var meget mere hård, det var sgu bare pjat, og dengang vores forældre skulle føde, der måtte de bare arbejde. Jeg tror, man er blevet mere åben for at sige, det er sgu vigtigt det her, og det har også noget at gøre med fastholdelsen af medarbejdere. Hvis vi ikke opfører os ordentligt, jamen så bliver det en arbejdsplads, som får ry for at være barsk, det er ikke et sted at søge hen.

Før det første kan det betale sig for virksomhederne at fastholde gravide medarbejdere ud fra et forretningsmæssigt synspunkt. Ved at fastholde en gravid medarbejder undgår en virksomhed fx at skulle bruge tid på at søge en barselsvikar og undgår at bruge ressourcer på at oplære vikaren. For det andet er det vigtigt for virksomhederne at have et godt image om at tage hensyn og behandle medarbejdere godt. Hvis en virksomhed får et dårligt rygte, vil den få sværere ved at rekruttere nye medarbejdere fremover. Det varierer, hvad virksomhederne konkret gør for at fastholde medarbejdere under graviditet. På større virksomheder er der ansat personalemedarbejdere, som har ansvar for bl.a. arbejdsmiljø, mens det i mindre virksomheder typisk er en leder eller mellemlider, som i hvert enkelt tilfælde tager stilling til, hvad virksomheden kan gøre for at tilpasse arbejdet til den konkrete gravide medarbejder.

Læger og jordemødre vurderer også, at virksomheder har fået mere fokus på gravides arbejdsmiljø. Gravide bliver sjældnere fraværsmeldt i dag end for 10 år siden, og flere interviewede vurderer, at virksomhedernes villighed til at tilpasse gravides arbejde er en medvirkende årsag her-til.

I NOGLE BRANCHER ER ARBEJDET MERE RISIKOFYLDT FOR GRAVIDE

Da både virksomhedsrepræsentanter og læger og jordemødre vurderer, at virksomhederne i stigende grad prioriterer gravides arbejdsmiljø, er det ikke i virksomhederne, at hovedårsagen til stigningen i graviditetsbetinget fravær skal findes. Dog kan forskelle imellem brancherne især i jobindhold være medvirkende forklaringer på de forskelle, vi fandt i kapitel 2.

I de repræsenterede brancher er det især arbejde inden for træindustri og landbrug, kemisk industri og plastindustri, detailhandel samt hotel- og restaurationsbranchen, som kan være risikofyldt for moder og foster og kan kræve en fraværsmelding. Interviewene med virksomhedsrepræsentanter viser, at særligt produktionsarbejde kan udgøre en risiko for moder og foster: I fx kemisk industri og plastindustri og i gartnerier har øget viden om grænseværdier for kemiske produkter (bl.a. fra Arbejdstilsynets vejledning om gravide og ammendes arbejdsmiljø) bevirket, at arbejdspladserne for at undgå unødige risici enten sørger for, at gravide bliver fraværsmeldt, eller at de bliver omplaceret til andet arbejdet. Til illustration af forsigtigheden i brancherne fortæller en virksomhedsrepræsentant fra kemisk industri:

Vi vil gerne fastholde de gravide, helt sikkert, men samtidig vil vi gå med livrem og seler, fordi vi har de her områder, hvor de arbejder med kemikalier. Vi har en specialist ude, som siger, at hvis bare det er indkapslet, må de [gravide] godt arbejde der, men der siger vi, at det vil vi ikke. For der er en vis procentdel, som får misdannede børn, og det er der selvfølgelig også i sådan et område, og vi vil simpelthen ikke ud i diskussionen, om det er, fordi man har arbejdet i det her område, eller om det bare er, fordi man er en del af statistikken. Så der omplacerer vi.

I andre brancher er det fysisk krævende arbejde, som er årsag til graviditetsbetinget fravær: I hotel og restaurationsbranchen, i detailbranchen samt i landbrug og træindustri er der meget stående arbejde, fx hos tjenerne og kokke, butiksmedarbejdere eller hos produktionsmedarbejdere i landbrug og træindustri. Disse fysisk krævende arbejdsopgaver bevirker, at nogle gravide må lade sig fraværsmelde eller sygemelde fra arbejdet. Arbejdet i andre brancher er mindre risikofyldt, fx undervisning og offentlig administration og forvaltning, både fordi arbejdet ikke er fysisk krævende, og fordi gravide ikke bliver udsat for andre skadelige påvirkninger fra deres arbejdsmiljø. Dog fortæller både virksomhedsrepræsentanter og jordemødre om gravide, som bliver sygemeldt fra disse typer arbejde på grund af stress. De forskellige årsager til graviditetsrelateret fravær mellem risikobrancher og de øvrige brancher viser, at stigningen i fraværet har forskellige årsager, alt efter den type arbejde den gravide varetager.

FÆRRE MULIGHEDER FOR ARBEJDSTILPASNING I RISIKOBRANCHER

Der er ikke kun forskel på, hvor risikofyldt arbejdet er, når man sammenligner risikobrancher med de øvrige brancher, som indgår i den kvalitative analyse. Der er også forskel på omfanget af arbejdstilpasning. Inden for undervisning og offentlig administration og forvaltning vurderer virksomhedsrepræsentanterne, at der er mange muligheder for arbejdstilpasning, og at disse muligheder nedbringer gravidens sygefravær. En repræsentant fra en arbejdsplads med offentlig administration fortæller eksempelvis, at sagsbehandlere har mulighed for at få en hjemmearbejdsplads, fordi deres arbejde løses foran en computer. Derudover har arbejdspladsen hæve-sænke-borde, så gravide (og andre medarbejdere)

har mulighed for at skifte stilling i løbet af dagen. Ligeledes er der mulighed for fleksible arbejdstider, fordi arbejdsopgaverne typisk skal løses inden en deadline, men ikke på et bestemt tidspunkt af døgnet. På samme vis har skolelærere mulighed for at forberede sig til undervisningen derhjemme, og de vælger selv, hvornår på dagen de lægger forberedelsestimerne. I disse brancher er deltidssygemeldinger udbredt, hvilket kan være en medvirkende årsag til det relativt lavere sygefravær i disse brancher. Omvendt kan det i risikobrancherne være svært at tilpasse arbejdet til gravide, det kan eksempelvis være svært for en arbejdsgiver at skaffe en kok eller tjener et stillesiddende skånearbejde gennem hele graviditetsperioden, hvorfor en fraværsmelding bliver nødvendig. I risikobrancherne kan det heller ikke altid lade sig gøre at sygemelde en sådan medarbejder på deltid.

Problemet er ifølge jordemødrene, at arbejdspladserne i risikobrancher ikke altid er villige til eller har mulighed for at tage en deltidsmedarbejder, og derfor bliver de gravide i stedet sygemeldt på fuldtid. Jordemødrene vurderer ellers, at de fleste sygemeldte eller fraværsmeldte gravide ville have godt af at arbejde deltid, og mange er i stand til det, selvom de får en fuldtidssygemelding. En del graviditetsrelateret fravær kunne således undgås, hvis arbejdspladserne var villige til at beholde gravide medarbejdere på deltid. I større virksomheder kan det lettere lade sig gøre at tilpasse gravides arbejde også i risikobrancherne; risikofyldt arbejde i en produktionsenhed med svejsning kan fx tilpasses ved, at den gravide medarbejder bliver omplaceret til virksomhedens pakkeafdeling. I risikobrancherne er det typisk på store arbejdspladser, at omplacering er muligt, fordi størrelsen giver flere muligheder for at finde et midlertidigt andet arbejde til den pågældende gravide medarbejder. En gravid produktionsmedarbejder på nathold kan fx lettere få byttet sine nattevagter på en stor arbejdsplads, hvor der er flere medarbejdere på daghold at bytte vagter med. Omvendt kan det på små arbejdspladser være svært at finde andre arbejdsopgaver til en gravid medarbejder, hvorfor en fraværsmelding bliver nødvendig.

Interviewene med læger og jordemødre bekræfter denne tendens. Flere jordemødre og læger vurderer, at især fysisk hårdt arbejde er medvirkende til, at en mindre gruppe gravide bliver sygemeldt sidst i graviditetsperioden på grund af helbredsmæssige følger af fysisk hårdt arbejde – også selvom arbejdsopgaverne i udgangspunktet ikke burde medføre en fraværsmelding. En årsag kan være manglende arbejdstilpas-

ning. En jordemoder nævner eksempelvis, at butiksmedarbejdere har mange timers stående arbejde, og at disse gravide bliver sygemeldt med plukkeveer eller smerter fra bækken og ryg, fordi de ikke får tilstrækkelige muligheder for siddende arbejde og pauser. Disse kvinder bliver sygemeldt, fordi de ikke kan holde til deres arbejde, og derfor burde de i princippet tidligere have været fraværsmeldt fra deres arbejde.

OPSAMLING: ÅRSAGER TIL GRAVIDITETSRELATERET FRAVÆR I SUNDHEDSSYSTEMET OG PÅ ARBEJDSPLADSER

I dette kapitel har vi undersøgt, om nogle af årsagerne til stigningen i graviditetsbetinget fravær kan findes hos sundhedsvæsenet og på gravides arbejdspladser. Analysen viser, at stigningen i det graviditetsbetingede fravær dels er en del af en bredere samfundstendens, dels er der også særlige forhold hos gravide og i sundhedsvæsenet, som kan forklare, at netop gravides fravær er steget. Samtidig tyder det på, at hovedårsagerne til stigningen ikke skal findes på gravides arbejdspladser, derimod har virksomhederne igennem en årrække øget fokus på gravides arbejdsmiljø.

De interviewede jordemødre og læger oplever som nævnt stigningen i gravides sygefravær som en del af en samfundstendens, hvor det generelle sygefravær også er steget. Ifølge læger og jordemødre accepterer man i dag ikke smerter på samme måde, som tidligere generationer gjorde, hverken generelt i samfundet eller hos gravide, som i stigende grad ønsker sygemelding på grund af normale graviditetsgener som fx bækkensmerter. En øget informationsmængde gennem internet, informationskampagner og teknologisk udvikling i graviditetsundersøgelser i sundhedssystemet kan bidrage indirekte til stigningen i det graviditetsbetingede fravær. Graviditetsundersøgelserne som fx fosterscanninger har den fordel, at eventuelle problemer i graviditeten ofte bliver opdaget i tide, og samtidig gør undersøgelserne gravide bevidste og oplyste om fosterets tilstand under graviditeten. Samtidig giver internet og informationskampagner gravide oplysning om sundhed og symptomer. En ulempe er imidlertid, at al denne information kan gøre gravide utrygge og øge deres behov for kontrol med et stigende antal henvendelser til sundhedssystemet og sygemeldinger til følge. Der er dog delte meninger blandt de interviewede om, hvorvidt gravides nervøsitet og usikkerhed også medfører et stigende antal sygemeldinger.

Der er også sket en holdningsændring i sundhedssystemet i hvert fald på hospitalerne, som kan udgøre en del af forklaringen på stigningen i det graviditetsbetingede fravær. På hospitaler bliver gravide undersøgt grundigere og hyppigere end tidligere, vurderer jordemødre. Dels af frygt for, at der ellers vil opstå problemer i graviditeten, dels på grund af frygt for, at gravide ellers klager. Nogle jordemødre vurderer endvidere, at praktiserende læger til tider sygemelder gravide unødvendigt. De praktiserende læger føler sig i nogle tilfælde unødvendigt mistænkeliggjort for at sygemelde gravide for ofte og mener ikke, at dette er tilfældet.

Foruden de nævnte bredere tendenser er der særlige forklaringer på, hvorfor netop gravidens sygefravær er steget. Ifølge de interviewede er der en tendens til, at gennemsnitsalderen for førstegangsfødende er stigende, og dette kan medvirke til at forklare stigningen i gravidens sygefravær. Ældre gravide oplever ifølge interviewede jordemødre flere komplikationer end yngre førstegangsfødende. Ligeledes kan et stigende antal overvægtige medvirke til at forklare tendensen: Overvægtige har større risiko for at få diabetes og bækkengener. Endvidere bliver flere kvinder fertilitetsbehandlet i dag end tidligere. Fertilitetsbehandlede gravide bliver hyppigere sygemeldt, dels af forsigtighedshensyn, og dels fordi hormonbehandling kan give gener, som kræver sygemelding.

I anden del af dette kapitel har vi undersøgt, om forhold på gravidens arbejdspladser kan være medvirkende årsager til stigningen i det graviditetsbaserede fravær. Interviewene med virksomhedsrepræsentanter tyder på, at det ikke er i virksomhederne, at hovedårsagerne til stigningen i det graviditetsbetingede fravær skal findes. Ingen af de interviewede virksomhedsrepræsentanter oplever en markant stigning i det graviditetsbetingede fravær. Derimod vurderer de, at der i løbet af de sidste år er kommet øget fokus på gravidens arbejdsmiljø. Som vi så i kapitel 2, er der niveauforskelle i det graviditetsbetingede fravær imellem brancher. Nogle af forklaringerne på disse forskelle kan findes i interviewene med virksomhedsrepræsentanter. I hotel- og restaurationsbranchen, detailhandel samt i gartneri og landbrug medvirker fysisk hårdt arbejde og omgang med kemiske stoffer, at gravide bliver fraværsmeldt. Derudover er der ikke altid mulighed for fx deltidssygemeldinger i produktionsarbejde i disse brancher. Omvendt fortæller de interviewede virksomhedsrepræsentanter inden for offentlig administration og forvaltning samt undervisning, at de i høj grad tilpasser gravidens arbejde og ofte nøjes med at deltidssyge- eller fraværsmelde gravide.

GRAVIDITETEN OG GRAVIDES HELBRED OG SYMPTOMER

INDLEDNING

Vi tager nu fat på spørgeskemaundersøgelsen blandt nybagte mødre, som er den tredje kilde til viden om gravides forhold, deres arbejdsforhold, graviditetsbetingede symptomer og sygdomme og fravær fra arbejde. Kapitel 4 og 5 beskriver disse forhold med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsen.

Kvindes helbred før graviditet spiller en rolle for, om de kan blive gravide, og hvor let de har ved at gennemføre graviditeten. Fødselsrelaterede symptomer og sygdomme undervejs spiller naturligvis også en rolle for omfanget af deres sygefravær. I dette kapitel beskriver vi blot deres helbredsforhold og komplikationer, der opstår undervejs i graviditeten. Vi indleder med en kortfattet beskrivelse af de interviewede mødre, deres egen opfattelse af tilknytningen til arbejdspladsen under graviditeten og husstandens samlede arbejdsmarkedstilknytning under graviditeten. Planlægningen af graviditeten behandles også.

INTERVIEWEDE MØDRE

Populationen af respondenter i surveyen blev afgrænset til kvinder, der havde født et barn i 2008, og som samtidigt var berettiget til at modtage

barsels- og sygedagpenge og faktisk modtog barselsdagpenge i forbindelse med fødslen. Vi afgrænsede kvinder i CPR-registeret, der havde født et barn i 2008. Herefter afgrænsede vi blandt disse kvinder de af dem, som også i den forbindelse modtog barselsdagpenge. Ved denne afgrænsning af populationen af gravide kvinder i 2008 er man sikker på, at de også var berettigede til at modtage sygedagpenge og være fraværs-meldte fra en arbejdsplads. Ud over beskæftigede har arbejdsløshedsforsikrede ledige og nyuddannede forsikrede ledige og visse andre også ret til sygedagpenge eller være fraværs-meldt som gravide.

Der blev udtaget en stikprøve på 3.324 fra den således afgrænsede population af gravide dagpengeberettigede kvinder i 2008. Der blev opnået telefoninterviews med 2.686 af disse kvinder i perioden 26. juni til 16. september 2009, svarende til en svarprocent på 81, hvilket er meget højt.²

GRAVIDES HUSSTANDS- OG ARBEJDSMARKEDSFORHOLD

Det fremgår af tabel 4.1, at 87 pct. af de interviewede gravide var berettigede til barselsorlov, fordi de ifølge dem selv havde beskæftigelse som deres hovedaktivitet under deres graviditet. 9 pct. var berettigede til barselsorlov, fordi de hovedsageligt var ledige, modtog sygedagpenge eller var fraværs-meldte fra arbejde grundet graviditeten. De resterende 4 pct. var hovedsageligt berettigede, fordi de havde afsluttet en dagpengeberettiget uddannelse eller været i lønnet praktik.³

Vi har også interesseret os for, om gravidens ansættelsesforhold bringes til ophør i forbindelse med graviditeten. 96 pct. af de beskæftigede oplyste, at ansættelsesforholdet fortsatte, mens 2 pct. selv sagde deres job op, og knap 2 pct. blev sagt op af arbejdsgiveren. Vi kan derfor ikke med sikkerhed vide, om de 87 pct. af de interviewede, som havde be-

-
2. Ud af de 3324 mødre var der kun 8 pct., der nægtede at deltage i interviews, 8 pct. lykkedes det ikke at træffe på trods af mindst 6 telefonopkald, og resten var der forskellige årsager til, at de ikke medvirkede, herunder sygdom, flytning og ugyldigt telefonnummer.
 3. Spørgsmålet, som ligger til grund for kategoriseringen, lød: *Var du i arbejde det meste af tiden under din graviditet med barnet?* Interviewerne er instrueret om, at de skal spørge ind til varigheden af de forskellige aktiviteter for at finde den rette kategorisering blandt svarkategorierne, som fremgår af forspalten i tabel 4.1. Hvis moderen størstedelen af tiden var i ordinær beskæftigelse, kategoriseres vedkommende som beskæftiget, ellers placeres vedkommende under den aktivitet, der er brugt mest kalendertid på.

skæftigelse som deres hovedaktivitet under graviditeten, også havde deres job efter fødslen og efter barselsorloven. Men for de 87 pct. af de interviewede foreligger der oplysninger om deres ansættelses- og arbejdsforhold under graviditeten.

TABEL 4.1

Gravide fordelt efter hovedaktivitet under graviditeten. Særskilt for alder. Procent.

Hovedaktivitet	19-29 år	30-34 år	35-39 år	40-48 år	I alt
Heltids- eller deltidsarbejde som lønmodtager eller selvstændig	82	87	91	89	87
Arbejdsløs, syg eller barselsorlov	10	8	7	8	9
Under uddannelse eller praktik	7	4	1	1	3
Andet	1	1	1	2	1
Beregningsgrundlag	693	1167	688	157	2.685

Langt de fleste – 97 pct. – af de berettigede til barseldagpenge lever også i et parforhold under graviditeten, og blandt disse arbejder de fleste også begge to under graviditeten, jf. tabel 4.2.

TABEL 4.2

Gravide og deres evt. ægtefæller/samlevende fordelt efter hovedaktivitet under graviditeten. Særskilt for den gravides alder. Procent.

Hovedaktivitet	19-29 år	30-34 år	35-39 år	40-48 år	I alt
Begge arbejder	80	89	92	86	87
Gravide arbejder, partner arbejder ikke	9	5	4	2	5
Gravide arbejder ikke, partner arbejder	5	3	1	3	3
Ingen arbejder	2	1	0	0	1
Gravide uden partner	3	2	3	10	3
Beregningsgrundlag	693	1167	688	157	2.685

Anm.: 82 pct. af de enlige gravide uden partner havde arbejde som deres hovedaktivitet under graviditeten.

Gennemsnitsalderen for de interviewede er 33 år på interviewtidspunktet, hvilket i gennemsnit er ca. 1 år senere end fødslen.⁴ 41 pct. af de interviewede fødte for første gang.

GRAVIDITETENS FORBEREDELSE OG PLANLÆGNING

De graviditeter, som har resulteret i fødslerne, er i høj grad planlagte og dermed ønskede. Man spurgte mødrene direkte: *Var din graviditet med barnet planlagt?* Hvis svaret var bekræftende, spurgte man videre om, hvor lang tid der gik, til hun blev konstateret gravid med barnet. Man gik endnu tættere på ved at spørge: *Modtog du lægelig hjælp (fx insemination eller hormonbehandling) for at blive gravid?* Besvarelserne fremgår af tabel 4.3.

TABEL 4.3

Gravide fordelt efter, om graviditeten var planlagt eller ej, og efter, hvor lang tid der gik, før graviditeten blev konstateret. Og en opgørelse over, hvor stor en andel der har modtaget lægelig hjælp under graviditeten. Særskilt for den gravides alder. Procent.

	19-29 år	30-34 år	35-39 år	40-48 år	I alt
<i>Tid indtil konstatering af planlagt graviditet</i>					
0-9 uger	38	39	35	23	37
10-29 uger	27	26	23	25	25
30-52 uger	9	9	11	8	9
Mere end 1 år	9	13	15	19	13
Ikke planlagt graviditet	17	14	16	25	16
<i>Ventetiden i uger indtil konstateringen for planlagte graviditeter</i>					
Gennemsnit	23	32	40	51	34
Median	12	12	12	18	12
<i>Lægelig hjælp til graviditet</i>					
	6	12	15	19	12
Mindste beregningsgrundlag	668	1160	675	154	2654

4. 33 år er også medianværdien.

16 pct. af fødslerne blandt undersøgelsens gravide er ikke planlagte. Resten er altså planlagt. Blandt samtlige fødsler modtog 12 pct. lægelig hjælp til graviditeten, og denne hjælp er stærkt stigende med alderen. Det er formentlig også en medvirkende forklaring på, at ventetiden indtil konstateret graviditet – målt ved gennemsnittet – er stærkt stigende med alderen. Blandt de 40-48-årige er der også den største andel af fødslerne, som ikke var planlagte.

GRAVIDES HELBRED, SYMPTOMER OG SYGDOMME

Gravides helbred i udgangssituationen spiller også en forventelig rolle for, hvordan graviditeten forløber, og hvilke komplikationer og dertilhørende sygdomme det afføder. Vi har ikke andet mål herfor, end hvordan mødre efterfølgende vurderede deres helbred, umiddelbart før de blev gravide.⁵ 50 pct. af mødrene vurderede deres helbred som meget godt, 43 pct. som godt, og 6 pct. vurderede deres helbred som nogenlunde. 1 pct. vurderede deres helbred som dårligt eller meget dårligt, før de blev gravide. Det kan ikke påvises, at vurderingen af helbredet varierer med mødrenes alder.

Undervejs i graviditeten opstår der komplikationer af forskellig art, som vi kalder fødselsrelaterede symptomer og sygdomme. Det har været undersøgt, hvilke fødselsrelaterede symptomer og sygdomme gravide fik i forbindelse med deres graviditet. De interviewede skulle tage stilling til, om de havde haft hvert af 19 mulige forekommende symptomer og sygdomme, og om en læge havde behandlet dem herfor. Resultatet fremgår af tabel 4.4. Igen stammer oplysningerne om disse forhold fra de gravide selv. Man ser, at de mest almindeligt forekommende symptomer som plukkeveer, kvalme og væskeansamlinger også er de symptomer, som der sjældnest indledes lægelig behandling af.

Forekomsten af fødselsrelaterede symptomer og sygdomme hænger sammen med omfanget af gravides sygefravær og fraværsmeldinger, som behandles nærmere i kapitel 7.

5. Spørgsmålet lod: *Hvordan vil du vurdere dit helbred alt i alt inden din graviditet med barnet?*

TABEL 4.4

Andelen af gravide, der oplevede fødselsrelaterede symptomer/sygdomme, og andelen af symptomer/sygdomme, der kom under lægelig behandling. Procent.

Fødselsrelaterede symptomer/sygdomme	Andel, der oplevede symptomet/sygdommen	Andel af hvert symptom/sygdom, som behandles
Blødninger	12	44
Moderkageløsning	1	57
Foreliggende moderkage	8	9
Truende tidlig fødsel	10	62
Truende abort	3	60
Plukkeveer	56	10
Molimina (svangerskabsbesværigheder)	8	42
Bækkenløsning	18	52
Bækkensmerter	37	31
Rygsmarter	37	26
Forhøjet blodtryk	13	32
Kvalme	53	12
Flerfoldsgraviditet (tvillinger etc.)	5	34
Væskeansamlinger	39	9
Protein-urin (protein i urinen)	12	33
Anden gynækologisk lidelse	5	79
Medicinsk sygdom	5	73
Andre sygdomme eller symptomer	8	64
Beregningsgrundlag	2678	

AFSLUTNING

Undersøgelsen har en svarprocent på 80 pct. blandt de afgrænsede mødre, som det var lykkedes at finde telefonnumre på. Det er meget højt og udtryk for, at det er et emne, som interesserer dem. Undersøgelsens resultater er derfor ganske repræsentative for populationen af beskæftigede gravide.

87 pct. af de interviewede mødre opfatter også beskæftigelse som deres hovedaktivitet under graviditeten, mens 9 pct. opfattede arbejdsløshed, aktivering, sygdom eller fraværsmelding som deres hovedaktivitet. I sidstnævnte gruppe på 9 pct. befinder der sig også nogle, som er fraværsmeldte fra deres arbejdsplads af hensyn til fosteret og moderens vel. Vi har kun oplysninger om gravidens arbejdsforhold, hvis de også opfattede beskæftigelse som deres hovedaktivitet under graviditeten.

84 pct. af de interviewede mødre oplyste, at deres graviditet var planlagt. Ventetiden, indtil graviditeten viser sig, er gennemsnitlig 34 uger, men det dækker over, at nogle må vente meget længe. Halvdelen

venter under 3 måneder. 12 pct. har fået lægelig hjælp i form af insemination eller hormonbehandling for at blive gravide.

93 pct. af mødrene vurderede selv, at de havde et meget godt eller godt helbred, og kun 1 pct. vurderede, at deres helbred var dårligt eller meget dårligt. Kapitlet angiver også, hvor mange af mødrene der led af fødselsrelaterede symptomer og sygdomme, og hvor mange der kom i behandling herfor. I efterfølgende kapitler kommer vi yderligere ind på betydningen af andre aspekter af helbredsforhold under graviditeten, herunder vægtforøgelsen under graviditeten og BMI.

GRAVIDES ARBEJDSFORHOLD

INDLEDNING

Vi skal i dette afsnit se på reguleringen af gravides arbejdsmiljø. Vi beskriver også de arbejds påvirkninger, som gravide var udsat for under deres graviditet. Der er tale om de arbejds påvirkninger, som man også måler for medarbejdere i almindelighed, som er udviklet på Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. De beskrives ret detaljeret, fordi de er med til at bestemme gravides sygemeldinger og sygefravær. Afslutningsvis beskriver vi mødres tilfredshed med arbejdspladsens håndtering af deres graviditet.

REGULERING AF GRAVIDES ARBEJDSFORHOLD

Fra samfundets side er der nogle generelle reguleringer af gravides arbejdsforhold. Det drejer sig for det første om retten til at påbegynde graviditetsorlov 4 uger før forventet fødsel. For det andet er der nogle retningslinjer i Arbejdstilsynets bestemmelser og Sundhedsstyrelsens vejledning om gravides arbejdsforhold. Typisk på nogle større arbejdspladser eller inden for hele brancher er der på forhånd taget stilling til, hvilket arbejde gravide kan udføre, og hvilket arbejde der indebærer en risiko for fosteret og evt. den gravide selv. Der kan således foreligge

branchevejledninger og lokale virksomheders politik for gravides arbejdsforhold. I overenskomster kan der så også være aftalt udvidelser af graviditetsorloven ud over de lovpligtige 4 uger.

Der blev stillet 5 spørgsmål, som vedrører gravides eller arbejdspladsens kendskab til regulering af gravides arbejdsmiljø, jf. tabel 5.1. Vi indledte med at spørge til de gravides kendskab til, om arbejdspladsen havde en graviditetspolitik.⁶ Bekræftende svar siger ikke nødvendigvis noget om, hvorvidt arbejdspladsen havde en sådan politik. Et bekræftende svar siger mere noget om gravides opmærksomhed i forhold til arbejdspladsens håndtering af gravides arbejdsmiljøforhold.

Herefter spurgte vi mødrene, om deres nærmeste leder eller sikkerhedsrepræsentant havde kendskab til henholdsvis Arbejdstilsynets vejledning og branchevejledninger om gravides arbejdsmiljø. Det kan mødrene nødvendigvis ikke vide med sikkerhed, medmindre de eksplicit har talt med dem herom, hvilket 34 pct. gjorde. Gennemgående er omkring 40 pct. af mødrene bekendt med eller opmærksomme på arbejdspladsens graviditetspolitik og vidende om ledelsens eller sikkerhedsrepræsentantens kendskab til AT's vejledning eller branchevejledning om gravides arbejdsforhold. Omkring 30 pct. af mødrene var selv som gravide bekendt med Arbejdstilsynets vejledning om gravides arbejdsmiljøforhold. Der er lidt variation imellem brancherne. Mest opmærksomhed og kendskab synes der at være inden for sundhedsvæsenet.

30 pct. af mødrene talte åbenbart om gravides arbejdsmiljøforhold ved jordemoderkonsultationer. Blandt andet dette emne har for ca. hver fjerde af mødrene også medført, at der er blevet talt om sygemelding. Om det er de gravides arbejdsforhold alene, som medførte, at sygemelding blev et samtaleemne, vides ikke med sikkerhed.

Gravides arbejdsmiljøforhold er åbenbart ikke noget, man diskuterer særlig ofte i forbindelse med gravides deltagelse i fødsels- og forældreforberedelse. Kun godt 10 pct. gjorde det. Og blot 7 pct. modtog råd fra fagforeningen om arbejdsmiljøforhold. I denne sammenhæng kan vi også nævne, at det kun var 1 pct., der blev henvist til Arbejds- og miljømedicinsk klinik, og tilsvarende kontaktedes Arbejdstilsynet kun for 1 pct. af mødrenes vedkommende.⁷

6. Spørgsmålet lød: *Er du bekendt med, om din arbejdsplads havde en graviditetspolitik?*

7. De to sidstnævnte forhold fremgår ikke af tabel 4.4.

TABEL 5.1

Andel gravide, der var bekendt med en række forhold vedrørende arbejdsmiljø og arbejdsforhold i forbindelse med graviditet, og andel gravide, som har talt om arbejdsmiljø og mulighed for sygemelding med jordemor. Særskilt for branche. Procent.

Branche	Bekendt med, om arbejdspladsen havde en graviditetspolitik	Ledelse eller sikkerhedsrepræsentant bekendt med:	AT's vejledning		Bekendt med Sundhedsstyrelsens vejledning om gravides arbejdsmiljø	Talt om arbejdsmiljø ifm. jordemoderkonsultationer	Talt om sygemelding ifm. jordemoderkonsultationer
			Brancher-vejledning	Branche-vejledning			
Sociale institutioner	39		48	40	32	35	25
Forretningsservice, finansiering mv.	46		33	29	30	31	31
Sundhedsvæsen	55		54	45	38	35	25
Undervisning	30		42	33	24	27	19
Detail- og engroshandel, hotel	34		35	28	26	30	32
AI industri	43		38	31	29	29	21
Offentlig administration, post og tele	39		40	33	28	23	16
Transport og landbrug	36		25	25	28	36	34
Andet	42		36	34	28	37	22
I alt	42		42	35	30	32	24

TABEL 5.2

Gravide fordelt efter, hvor længe de var på barselsorlov, og efter om de tog al den barsel, de havde krav på. Særskilt opgjort for branche. Procent.

Branche	Varigheden af den berettigede graviditetsorlov				Afholdte hele den maksimale graviditetsorlov	Mindste beregningsgrundlag
	4 uger	6 uger	8 uger	Andet antal uger		
Sociale institutioner	9	2	88	1	92	328
Forretningsservice, finansiering mv.	94	2	3	1	89	231
Sundhedsvæsen	16	3	81	1	90	477
Undervisning	9	30	60	1	88	293
Detail- og engros-handel, hotel	93	1	2	3	84	254
Al industri	88	1	7	4	89	207
Offentlig administration, post og tele	17	28	51	3	78	210
Transport og landbrug	88	5	7	0	82	60
Andet	77	11	10	1	85	202
I alt	45	9	45	2	87	2262

VARIGHEDEN AF GRAVIDITETSORLOVEN

Varigheden af graviditetsorlov varierer meget mellem brancherne, jf. tabel 5.2. Det må være de overenskomstmæssige forskelle som slår igennem. I de offentlige sektorer er der ansat mange kvinder under overenskomster med 6 og 8 ugers graviditetsorlov. Omkring 90 pct. afholder også den fulde disponible graviditetsorlov.

PROBLEMER OMKRING GRAVIDITESORLOVEN

Det er også i de offentlige sektorer, at gravide hyppigst er fri for problemer med tilrettelæggelsen af deres graviditetsorlov i relation til arbejdspladsen, jf. tabel 5.3. De problemer, som gravide hyppigst oplever i forhold til arbejdspladsen, er, at arbejdsgivere finder det problematisk at undvære de pågældende medarbejdere. Den hyppigst anførte oplevelse var, at graviditetsorloven gav de gravides kollegaer ekstra arbejde. Gennemgående synes disse problemer at optræde i mindre omfang i de offentlige sektorer.

TABEL 5.3

Andel gravide, der oplevede en række problemer med arbejdspladsen i forbindelse med afholdelse af graviditetsorloven før fødslen. Særskilt opgjort for branche. Procent.

Branche	Ingen problemer med arbejdspladsen	Gravide var i tvivl om deres rettigheder	Arbejdsgiver fandt det problematisk at undvære pågældende	Arbejdsgiver fandt det problematisk, at gravide tilrettede lagde deres orlov	Graviditetsorloven gav kollegaer ekstra arbejde	Andre problemer med arbejdspladsen i forbindelse med afholdelsen af orloven
Sociale institutioner	58	13	12	4	27	3
Forretningsservice, finansiering mv.	47	13	21	9	41	7
Sundhedsvæsen	54	9	17	7	35	3
Undervisning	58	11	14	5	27	5
Detail- og engros-handel, hotel	48	17	23	10	34	4
Al industri	45	11	28	7	45	6
Offentlig administration, post og tele	51	8	17	5	41	2
Transport og landbrug	48	10	15	5	40	6
Andet	41	13	23	3	46	2
I alt	51	12	18	6	36	4

Anm: Der er kun minimalt oplysningsbortfald på de pågældende spørgsmål, hvorfor beregningsgrundlaget ikke anføres af pladshensyn.

ARBEJDSPÅVIRKNINGER UNDER GRAVIDITETEN

Arbejdspåvirkninger under graviditeten kan selvfølgelig også være med til at påvirke gravides fravær fra arbejdet. Vi har derfor spurgt mødrene, om de har været udsat for 19 konkrete navngivne arbejdspåvirkninger, som kan påvirke fraværet, hvis gravide udsættes for sådanne påvirkninger i for stort omfang under graviditeten, jf. tabel 5.4. Mødrene er kun adspurgt, om de var udsat for de pågældende forhold. Der er ikke spurgt om omfanget – fx andel af arbejdstiden under graviditeten med den pågældende påvirkning – eller intensiteten eller sværhedsgraden. Der blev spurgt: *Var du, under din graviditet med barnet – på dit arbejde, udsat for ...1. stillesiddende arbejde? 2. stående eller gående arbejde? osv.*⁸ Det må også understreges, at det er de oplevede påvirkninger, der er registreret. Påvirkningerne kan godt være ophørt eller formindsket efter en evt. omplacering til andre arbejdsopgaver. Det ved vi ikke.

Der er naturligvis en meget betydelig variation i påvirkninger mellem brancherne, mest udtalt for påvirkninger fra røg, skifteholdsarbejde, natarbejde og arbejde med medicin. Det gennemsnitlige antal påvirkninger varierer fra det laveste på 3,3 i undervisningssektoren til 6,1 i sundhedssektoren. Andelen, som slet ikke har været udsat for nogen af de pågældende påvirkninger, varierer mellem 2 pct. og 7 pct.

8. Som introduktion til spørgsmålet blev følgende tekst læst op forinden: *Var du, når du var på arbejde under din graviditet med barnet, udsat for nogle af følgende arbejdspåvirkninger?*

TABEL 5.4
 Andel gravide, der oplevede en række arbejdspåvirkninger under graviditeten. Særskilt opgjort for branche. Procent.

Branche	Stillesiddende arbejde	Stående eller gående arbejde	Dårlige arbejdsstillinger (foroverbøjet/vrid)	Tunge løft	Fysisk arbejde	Støj	Træk/temperaturvariation
Sociale institutioner	27	89	55	48	62	54	25
Forretningsservice, finansiering mv.	73	50	26	17	21	11	27
Sundhedsvæsen	43	88	58	36	54	15	23
Undervisning	40	78	16	8	16	47	18
Detail- og engroshandel, hotel	47	80	39	36	52	20	35
Al industri	75	64	26	25	29	28	29
Offentlig administration, post og tele	85	47	14	4	8	9	14
Transport og landbrug	57	67	31	38	43	25	38
Andet	77	52	27	13	20	15	18
I alt	54	73	36	26	37	26	24

TABEL 5.4 (FORTSAT)

Branche	Forurennet luft	Kemiske stoffer	Højt arbejdstempo	Ensformigt arbejde	Røg	Rengørings- midler	Medicin
Sociale institutioner	6	2	54	11	10	16	16
Forretningservice, finansiering mv.	8	9	55	18	3	8	1
Sundhedsvæsen	9	21	66	16	14	19	47
Undervisning	4	5	46	5	1	3	2
Detail- og engroshandel, hotel	9	6	60	31	7	18	2
AI industri	15	14	49	32	8	9	1
Offentlig administration, post og tele	2	1	43	14	2	1	0
Transport og landbrug	13	3	38	33	7	8	8
Andet	6	8	49	20	3	10	3
I alt	7	9	54	18	7	12	13

TABEL 5.4 (FORTSAT)

Branche	Natarbejde	Skiftarbejde	Arbejde mere end 40 timer pr. uge	Manglende indfyldelse på arbejdstilrettelæggelsen	Antal påvirkninger: gennemsnit	Ingen påvirkninger	Beregningsgrundlag
Sociale institutioner	6	15	20	10	5,3	2	342
Forretningservice, finansiering mv.	1	3	25	11	3,7	4	234
Sundhedsvæsen	25	31	22	19	6,1	2	493
Undervisning	2	1	23	9	3,3	7	306
Detail- og engroshandel, hotel	1	7	25	14	4,9	2	257
AI industri	5	4	24	12	4,6	2	211
Offentlig administration, post og tele	1	1	26	9	2,8	5	216
Transport og landbrug	7	10	20	13	4,7	2	61
Andet	2	3	27	12	3,7	2	205
I alt	8	11	23	13	2,9	3	2325

Omlægninger i gravides arbejdsopgaver, arbejdstid mv. kan komme på tale, hvis det hidtidige arbejde er for belastende og udgør en risiko for fosteret. En nærmere statistisk analyse viser, at antallet af arbejdsplåvirkninger også hænger sammen med, om der sker omlægninger af gravides arbejde, når der også tages hensyn til betydningen af branche, antal ansatte på arbejdspladsen mv. Lad os se på 3-4 konkrete måder gravides arbejde omlægges på, jf. tabel 5.5. Der blev spurgt: *På grund af din graviditet med barnet fandt din arbejdsplads det så nødvendigt, at ... 1. omlægge dine arbejdstider? 2. begrænse dit natarbejde? Osv.* Vi forstår spørgsmålet således, at de pågældende omlægninger blev gennemført, hvis mødrene bekræftede dem.

Der er tydeligvis brancheforskelle i behovene for omlægninger af gravides arbejde. I sundhedsvæsenet og transportsektoren sker der tydeligvis begrænsninger i natarbejdet og andre omlægninger af arbejdstiden. Gravide ansat i sociale institutioner, sundhedsvæsenet, detail-, engroshandel, hoteller, transport og landbrug får også ofte andre arbejdsopgaver.

Vi spurgte også mødrene, om de selv fandt det nødvendigt at gennemføre omlægninger af deres arbejde, mens de var gravide. Gennemgående var der lidt flere mødre end arbejdsgivere, som for hver af de nævnte omlægninger fandt omlægningen nødvendig. Men for 90 pct. af mødrene var der enighed mellem dem og arbejdspladsens ledelse om behovet eller fraværet af behov for mindst 4 ud af de 5 nævnte måder på omlægninger af arbejdet.

I tabel 5.4 har vi beskrevet mødrenes oplevelser af de traditionelle belastende arbejdsplåvirkninger under deres graviditet. Vi har så også spurgt til nogle stærkt negative arbejdsplåvirkninger i form af oplevelser af voldsudøvelse mod dem selv, mens de var gravide. Mødrene blev spurgt. *Var du udsat for vold ...1. fra kolleger? 2. fra en leder? 3. fra underordnede? 4. fra klienter/kunder/patienter/elever?* Mødrene kunne svare ja eller nej til hver af de fire nævnte grupper af personer. I forbindelse med spørgsmålsformuleringerne om vold, trusler og uønsket seksuel opmærksomhed præsenteres der ingen ledsagende retningslinjer, eksempler eller angivelser af tærskelværdier for, hvornår de tre handlinger kan siges at have fundet sted. De interviewede fastlægger altså selv ud fra deres egen forståelse, hvornår de synes, at vold, trusler og uønsket seksuel opmærksomhed har fundet sted. I brancher og professioner, hvor vold og trusler er særligt hyppigt forekommende som fx hos politiet, visse medarbejdere

ved sociale institutioner, psykiatriske afdelinger og Kriminalforsorgens anstalter, kan man forestille sig, at disse branchers og professioners normer og eventuelle kriterier for registrering af vold og uønsket seksuel opmærksomhed er mere eller mindre retningsgivende ved interviewede medarbejders besvarelse af spørgsmålene. Men vi ved det ikke.

Det var et helt forsvindende antal gravide, der svarede bekræftende på voldsudøvelse fra kolleger, underordnede og leder. Andelen kunne afrundes til 0 pct. Der var imidlertid 4 pct. af samtlige gravide, som havde været udsat for vold under graviditeten fra den fjerde personkreds bestående af klienter/kunder/patienter/elever, jf. tabel 5.6. Det er helt overvejende gravide ansatte på sociale institutioner, i sundhedsvæsenet, skolevæsenet og transportsektoren, som løber denne risiko.

Vi spurgte også, om de havde været udsat for fysiske trusler om vold fra de samme grupper af mennesker.^{9,10} Det viste ret præcist det samme mønster og niveau mellem brancherne. Endvidere spurgte man de gravide, om de havde været udsat for uønsket seksuel opmærksomhed fra de samme grupper. Det er stort set ikke-eksisterende fra kolleger, ledere, underordnede. 1 pct. af de gravide nævner, at de har oplevet uønsket seksuel opmærksomhed fra borgere, brugere, kunder, patienter eller elever.

9. Spørgsmålet lod: *Var du udsat for fysiske trusler ... 1) fra kolleger, 2) fra en leder, 3) fra underordnede, 4) fra borgere, brugere, klienter/kunder/patienter/elever?* Vi forstår formuleringen "fysiske trusler." på den måde, at truslerne som minimum skal indeholde et element af fysisk truende adfærd fra den truedes side. Det er ikke nok med verbale trusler eller tilråb.

10. Som introduktion til dette emne om eksponering for vold og trusler om vold indledtes hvert af de to spørgsmål med en mellemtekst, som blev læst op for respondenterne. Mellem de to spørgsmål var spørgsmålet om sexchikane placeret. Mellemteksterne lod i rækkefølge: *Var du udsat for trusler om vold, når du var på arbejde under din graviditet med barnet? Her tænkes på vold fra fx kunder, brugere, borgere, patienter, elever eller andre personer, man omgås på sit arbejde.* Den anden mellemtekst lod: *Var du udsat for fysisk vold, når du var på arbejde under din graviditet med barnet? Her tænkes på vold fra fx kunder, brugere, borgere, patienter, elever eller andre personer, man omgås på sit arbejde.* Selv om mellemteksterne er byttet om i forhold til de konkrete spørgsmål, som respondenterne svarer på, er det vores erfaringsmæssige vurdering, at respondenter svarer på de konkrete spørgsmål, de får stillet. Begge mellemtekster fungerer således til at indstille respondenterne på konkrete spørgsmål om eksponering for vold.

TABEL 5.5

Andel gravide, der oplevede, at deres arbejdsplads omlagde deres arbejde under graviditeten. Særskilt for brancher. Procent.

Branche	Omlagde arbejdstider	Begrænsede natarbejde	Overførte gravid til andre arbejdsopgaver	Omlacerede gravid til anden arbejdsfunktion	Omlagde arbejdet på anden vis	Beregningsgrundlag
Sociale institutioner	10	8	16	11	9	342
Forretningsservice, finansiering mv.	9	2	7	6	4	233
Sundhedsvæsen	18	33	22	14	9	492
Undervisning	5	5	7	3	6	305
Detail- og engros-handel, hotel	11	0	17	9	8	255
Al industri	6	8	13	11	8	210
Offentlig administration, post og tele	6	4	6	3	6	216
Transport og landbrug	13	70	30	26	8	61
Andet	5	5	12	8	8	204
I alt	10	16	14	9	7	2318

Anm: Procentangivelsen for omlægningen "Begrænse natarbejde" er kun beregnet for de gravide, som regelmæssigt udførte natarbejde.

TABEL 5.6

Andel gravide, der blev udsat for vold fra klienter/kunder/patienter/elever under graviditeten. Særskilt opgjort for branche. Procent.

Branche	Beregningsgrundlag	
Sociale institutioner	11	341
Forretningsservice, finansiering mv.	0	234
Sundhedsvæsen	2	493
Undervisning	1	306
Detail- og engroshandel, hotel	0	256
Al industri	0	210
Offentlig administration, post og tele	0	216
Transport og landbrug	2	60
Andet	0	204
I alt	4	2320

Selv om mødrene opregner et betydeligt antal arbejdspåvirkninger, og kun en én-cifret procentandel kan ikke nævne nogen påvirkninger, er mødrene gennemgående tilfredse med den måde, som deres arbejdsplads håndterede deres graviditet, jf. tabel 5.7.

TABEL 5.7

Gravide fordelt efter deres tilfredshed med måden, deres arbejdsplads håndterede deres graviditet på. Særskilt for branche. Procent.

Branche	Tilfredse	Delvist tilfreds	Utilfreds	Beregningsgrundlag
Sociale institutioner	89	6	4	341
Forretningsservice, finansiering mv.	79	9	12	234
Sundhedsvæsen	84	9	7	492
Undervisning	87	8	6	305
Detail- og engroshandel, hotel	80	10	10	256
Al industri	85	6	9	210
Offentlig administration, post og tele	86	8	6	215
Transport og landbrug	85	11	3	61
Andet	87	7	6	203
I alt	85	8	7	2317

Der er beskeden variation i tilfredsheden. Forretningsservice, finansiering mv. og detail- og engroshandel og hotelvirksomhed som skiller sig ud med lidt lavere tilfredshed fra mødrenes side med virksomhedernes håndtering af deres graviditet.

Mødrenes tilfredshed med arbejdspladsens håndtering af deres graviditet er allerhøjest for de mange mødre, som var helt enige med ledelsen om eventuelle behov for de fem nævnte omlægninger af arbejdet; 88 pct. af dem svarede, at de var tilfredse med arbejdspladsens håndtering. Med mindre enighed om behovet for omlægninger falder tilfredsheden også. Når de fx er enige om 3 eventuelle behov for omlægninger, var 74 pct. tilfredse. Når der kun er enighed om 2 eventuelle behov for omlægninger, var kun 44 pct. af mødrene tilfredse med arbejdspladsens håndtering af deres graviditet.

AFSLUTNING

Halvdelen af de adspurgte mødre havde ingen problemer med arbejdspladsens håndtering af tilrettelæggelsen af deres graviditetsorlov. Det største problem for de gravide synes at være, at de er vidende om, at deres fravær under graviditetsorloven giver deres kolleger ekstra arbejde. Og dette dækker måske også over, at de tænker på den efterfølgende barselorlov. Godt hver tiende var i tvivl om deres rettigheder omkring graviditetsorlovens tilrettelæggelse.

85 pct. af mødrene var tilfredse med måden deres arbejdsplads håndterede deres graviditet, herunder de omlægninger af deres arbejdsopgaver, som ledelsen og de selv fandt nødvendige. Der er meget høj grad af overensstemmelse mellem ledelsens og gravides ønsker om omlægninger af arbejdet. Kun 7 pct. erklærede sig direkte utilfredse med ledelsens håndtering af deres graviditet.

Alt i alt tyder meget på, at arbejdstilrettelæggelsen af gravides arbejde kun i begrænset omfang er konfliktfyldt mellem ledelse og gravide, selv om gravide også rapporterer om en række arbejdspåvirkninger, herunder ekstremer som vold, som også andre medarbejdere kan være udsat for. Det er formentlig i det lys, at man skal forstå, at mødre giver udtryk for, at under halvdelen af dem er opmærksomme på, om arbejdspladsen har en graviditetspolitik, og kun 30 pct. af dem er bekendt med Sundhedsstyrelsens vejledning om gravides arbejdsmiljø. Mødrene er også kun i begrænset omfang vidende, om ledelsen eller sikkerhedsrepræsentanten er bekendt med AT's vejledning og branchevejledning for gravides arbejdsmiljø.

GRAVIDE OG OMGIVELSERNE

INDLEDNING

Efter at have beskrevet de gravide i de to foregående kapitler går vi nu et skridt videre og undersøger i resten af rapporten, hvordan gravides omgivelser, gravides helbredsforhold, forløbet af deres graviditet, gravides kontakt med sundhedsvæsenet i form af læger og jordemødre hænger sammen med gravides fravær fra arbejde. Det sker også alene med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsen. Det er vores håb, at vi herved kan få indblik i forklaringer på variationen i gravides fravær og dermed måske også finde forhold, som kan forklare den observerede stigning og kvalificere de kvalitative observationer i kapitel 3.

I dette kapitel præsenterer vi fire forskellige områder, som har indflydelse på gravides sygefravær: gravides helbredstilstand, arbejdsliv, kontakt til sundhedsvæsenet samt familieforhold. Kapitlet er inddelt i to; først præsenterer vi en analyse af årsager til, at gravide bliver sygemeldt. Dernæst præsenterer vi forhold, som har betydning for, hvor mange sygedage gravide har i løbet af graviditeten.

GRAVIDES SYGEMELDINGER

Lad os først undersøge, hvor mange gravide der oplever at have graviditetsbetinget fravær under graviditeten. Alle interviewpersonerne er blevet bedt om at svare på spørgsmålet: *Har du været sygemeldt under din graviditet med barnet?* I en undertekst til spørgsmålet præciseres det overfor intervieweren, at sygemeldingen omfatter både fraværsmelding, hvor arbejdet indebærer en mulig risiko for fostret, og sygdomme, som har med graviditeten at gøre, samt sygdomme, der ikke har med graviditeten at gøre. Det fremgår af tabel 6.1., at næsten halvdelen af de interviewede oplevede at være sygemeldt på et tidspunkt under graviditeten, mens de resterende 54 pct. ikke var sygemeldt. Således oplever en relativt stor andel af gravide at blive sygemeldt på et tidspunkt i løbet af graviditeten.

TABEL 6.1

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldt under graviditet. Procent.

Sygemelding under graviditet	Procent
Var sygemeldt	46
Var ikke sygemeldt	54
I alt	100
Beregningsgrundlag	2674

Anm.: Sygemelding omfatter graviditetsbetinget sygdom, almindelig sygdom og fraværsmelding af hensyn til fosteret.

Vi har foretaget en binær logistisk regressionsmodel med sygemelding under graviditeten som afhængig variabel og følgende forklarende variable: Vedrørende gravides sundhed og helbredstilstand er de forklarende variable gravides selv vurderede helbredstilstand inden graviditeten, om gravide havde nogle af 18 navngivne fødselsrelaterede sygdomme og symptomer under graviditeten, og om gravide havde bestemte sygdomme inden graviditetens start. Desuden oplysninger om gravides vægtøgning under graviditeten, og om gravide dyrkede motion ugentligt under graviditeten. De forklarende variable omfatter også gravides arbejdsforhold, herunder om gravide arbejdede det meste af graviditeten samt arbejdspladsens branchetilhørsforhold, hvor mange påvirkninger gravide var udsat for på arbejdspladsen under graviditeten, om gravide var omfattet af overenskomst ved graviditetens påbegyndelse, og om der var mulighed for fleksibilitet i arbejdet under graviditeten, ligeledes det antal

arbejdspåvirkninger, som gravide var udsat for i deres arbejde under graviditeten. Kontakten til sundhedssystemet indgår også i regressionsanalysen og omfatter følgende forklarende variable: Hvor mange gange gravide opsogte egen læge under graviditeten, om gravide talte med jordemoderen om en eventuel sygemelding, og om gravide modtog behandling for nogle af de 18 graviditetsrelaterede sygdomme og symptomer. Husstandens økonomiske situation har ingen betydning og er derfor ikke medtaget i den endelige regressionsanalyse. I de følgende afsnit præsenterer vi regressionsanalysens væsentligste sammenhænge i form af tovejstabeller, som viser de simple sammenhænge mellem sygemelding på den ene side og – på skift – de væsentligste forklarende forhold på den anden side. Tovejstabellerne er således ikke korrigeret for betydningen af andre forhold, som også har betydning for gravides hyppighed af sygemelding. Bemærk, at tabellerne i kapitlet skal læses vandret.¹¹

GRAVIDES HELBREDSTILSTAND

Det er oplagt, at gravides helbredstilstand før graviditeten har betydning for forekomsten af sygemeldinger under graviditeten. Derfor undersøger vi, hvad der karakteriserer helbredstilstanden hos de gravide, som har været sygemeldt, i forhold til de gravide, som ikke har. Helbredstilstanden er undersøgt ud fra fire tilgange. Interviewpersonerne er blevet bedt om selv at vurdere deres helbredstilstand før graviditeten, de er blevet spurgt, hvilke sygdomme de havde inden graviditeten, de er blevet spurgt, hvor mange sygdomme de havde inden graviditeten, og slutteligt er de blevet spurgt, hvor mange fødselsrelaterede sygdomme og symptomer de havde under graviditeten.

Tabel 6.2 viser, at de gravide, som vurderer, at de havde et godt helbred inden graviditeten, i mindre omfang får en sygemelding under graviditeten end kvinder, som vurderer, at de havde et dårligt helbred. Kun 40 pct. af de mødre, som vurderer, at de inden graviditeten havde et meget godt helbred, er sygemeldt under graviditeten. 69 pct. af de mødre, som vurderede, de havde et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt helbred inden graviditeten, er sygemeldt under graviditeten.

11. Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFI's hjemmeside www.sfi.dk.

TABEL 6.2

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldte under graviditet. Særskilt for den gravides selvvalgte helbredsstatus inden graviditeten.

Procent.

Selvvalgt helbredsstatus	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
Meget godt helbred	40	60	1334
Godt helbred	48	52	1146
Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt helbred	69	31	193

TABEL 6.3

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldt under graviditeten. Særskilt for eventuelle sygdomme før graviditeten. Procent.

Sygdomme før graviditeten	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
Ingen sygdomme	40	60	1806
Sukkersyge	54	46	26
Besvær i led og/eller muskler	58	42	467
Hjerte-kar-sygdomme	76	24	37
Mave-tarm-sygdomme	56	44	86
Kræft	65	35	31
Stress/udbrændthed	63	37	307
Andre psykiske problemer, f.eks. depression	65	35	229

Da helbredsstatus har betydning for, om gravide bliver sygemeldt, er det relevant at se nærmere på, hvilke sygdomme som er associeret med en sygemelding. Tabel 6.3 viser, at nogle sygdomme i højere grad er forbundet med en sygemelding end andre: Særligt gravide, som inden graviditeten havde hjerte-kar-sygdomme, kræft samt psykiske problemer som fx depression, bliver sygemeldt under graviditeten. Godt tre fjerdedele af de gravide, som havde hjerte-kar-sygdomme inden graviditeten, fik en sygemelding på et tidspunkt under deres graviditet. For kvinder, som tidligere havde kræft, er andelen 65 pct., og for kvinder, som havde psykiske problemer, er andelen ligeledes 65 pct. Også blandt de kvinder, som inden graviditeten havde besvær i led og muskler, stress eller depression eller mave-tarm-sygdomme, fik en overvægt en sygemelding. I forlængelse heraf fremgår det af tabel 6.4., at kvinder, som havde mere end to sygdomme inden graviditeten, i højere grad bliver sygemeldt un-

der graviditeten end kvinder med færre sygdomme eller helt uden. Blandt kvinder med to eller flere sygdomme blev hele 69 pct. sygemeldt på et tidspunkt under graviditeten.

TABEL 6.4

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldte under graviditet. Særskilt for antallet af sygdomme før graviditeten. Procent.

Antal sygdomme før graviditeten	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
0	40	60	1806
1	53	47	609
2	69	31	258

Slutteligt er gravides helbredstilstand undersøgt ved at spørge, om de led af en eller flere af 18 fødselsrelaterede sygdomme og symptomer, som gravide kan lide af under graviditeten. De fødselsrelaterede sygdomme og symptomer består bl.a. af blødninger, moderkageløsning, plukkeveer, bækkenløsning og forhøjet blodtryk m.v., se kapitel 5 for en nærmere beskrivelse. Tabel 6.5 viser, at gravide med flere sygdomme og symptomer hyppigere bliver sygemeldt end gravide, som har færre eller slet ingen fødselsrelaterede sygdomme og symptomer. Det fremgår blandt andet af tabellen, at hele 72 pct. af de gravide, som har 5-7 sygdomme og symptomer under graviditeten, bliver sygemeldt. Omvendt bliver kun 10 pct. af de gravide, som ingen sygdomme og symptomer har, sygemeldt.

TABEL 6.5

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldte under graviditetet. Særskilt for antallet af fødselsrelaterede sygdomme og symptomer under graviditeten. Procent.

Antal sygdomme og symptomer	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
0	10	90	205
1	24	76	365
2	35	65	473
3-4	47	53	904
5-7	72	28	727

Foruden de nævnte helbredsmæssige forhold er også motion og vægtøgning under graviditet associeret med gravides sygdommeldinger. De kvinder, som dyrkede motion under graviditeten, blev i mindre omfang sygemeldt, end kvinder, som ikke dyrkede motion. Gravide, som tog meget på i vægt under graviditeten, blev ligeledes sygemeldt oftere end gravide, som havde en mindre vægtøgning. En forklaring på disse resultater kan findes i den kvalitative analyse i kapitel 3, hvor jordemødre forklarer, at overvægt blandt gravide kan lede til sygdommeldinger på grund af fx bækkensmerter og sukkersyge, og at motion er vigtigt for at undgå disse problemer.

KONTAKTEN TIL SUNDHEDSVÆSENET

Det er nærliggende at undersøge, hvilken betydning kontakten til sundhedsvæsenet har, nu hvor den gruppe kvinder, som havde sygdomme inden graviditeten, i højere grad bliver sygemeldt. Kontakten til sundhedsvæsenet er undersøgt ud fra tre tilgange. Interviewpersonerne er blevet bedt om at angive, om de i forbindelse med jordemoderkonsultationerne under graviditeten talte om en eventuel sygdommelding. De er også blevet spurgt, om de har modtaget behandling for en række fødselsrelaterede sygdomme. Endvidere har interviewpersonerne rapporteret, om deres praktiserende læge har henvist dem til speciallæge, har fraværsmeldt dem helt eller delvist eller har foreslået omplacering og omstrukturering af arbejdet.

Det fremgår af tabel 6.6, at gravide, som har talt om en eventuel sygdommelding med jordemoderen, i mere end tre fjerdedele af tilfældene bliver sygemeldt under graviditeten. Blandt de gravide, som ikke har talt om en sygdommelding med jordemoderen, bliver kun cirka en tredjedel sygemeldt. Også handlinger foretaget af praktiserende læge har – meget forventeligt – betydning for, om gravide bliver sygemeldt på et tidspunkt under graviditeten. Lægelige handlinger indbefatter henvisning til gynækologisk-obstetrisk speciallæge, delvis fraværsmelding af den gravide, fraværsmelding i en periode eller fraværsmelding resten af graviditeten samt forslag om eventuel omplacering eller omstrukturering af den gravides arbejde.¹² Tabel 6.7 viser, at der er god overensstemmelse mellem gravides egen rapportering om sygdommelding og så deres rapportering af

12. Fraværsmelding som fænomen behandles nærmere i kapitel 8.

lægens beslutninger. Mere end 90 pct. af de gravide, som rapporterer, at de har været ude for to eller flere af disse lægelige handlinger, rapporterer også, at de har været sygemeldt under graviditeten. Omvendt rapporterer kun 10 pct. af de gravide, som ikke har modtaget lægebehandlinger, at de har været sygemeldt under graviditeten.

TABEL 6.6

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldte under graviditeten. Særskilt for, om den gravide har talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding i forbindelse med jordemoderkonsultationerne under graviditeten. Procent.

Samtale med jordemoder	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
Har talt med jordemoder om eventuel sygemelding	81	19	666
Har ikke talt med jordemoder om eventuel sygemelding	34	66	1995

TABEL 6.7

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldte under graviditeten. Særskilt for antal lægelige handlinger over for den gravide. Procent.

Antal lægelige handlinger	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
0	10	89	1283
1	56	44	592
2	94	6	409
3	94	6	266
4	98	2	97
5	100	0	22

Anm.: Lægelige handlinger består af henvisning til gynækologisk-obstetrisk speciallæge, delvis fraværsmelding, fraværsmelding i en periode eller fraværsmelding resten af graviditeten samt forslag om eventuel omplacering eller omstrukturering af den gravides arbejde.

Tabellerne 6.6 og 6.7 illustrerer således en tendens til, at kvinder med hyppig kontakt til sundhedsvæsenet oftere bliver sygemeldt end kvinder med mindre kontakt. En forklaring kan være, at hyppigheden af kontakten afhænger af de sygdomme og symptomer, som gravide lider af. Dette vil vi uddybe i kapitel 8. Foruden de nævnte forhold viser regressions-

analysen en svagere tendens til, at gravide, som henvender sig flere gange til den praktiserende læge, oftere bliver sygemeldt end gravide, som henvender sig færre gange.

GRAVIDES ARBEJDSFORHOLD

Arbejdsforhold har en tydelig sammenhæng med, om gravide bliver sygemeldt under graviditeten. Interviewpersonerne er blevet bedt om at rapportere, om de er udsat for nogle af 19 navngivne arbejdspåvirkninger. Arbejdspåvirkningerne består af 19 forskellige forhold, som gravide kan være udsat for i deres arbejde, herunder bl.a. dårlige arbejdsstillinger, tunge løft, fysisk arbejde, højt arbejdstempo, rengøringsmidler og natarbejde. Se kapitel 5 for en nærmere beskrivelse af gravides arbejdspåvirkninger. Tabel 6.8 viser, at kun 20 pct. af de gravide, som slet ikke var udsat for nogen arbejdspåvirkninger, var sygemeldt under graviditeten. Denne andel stiger i takt med antallet af arbejdspåvirkninger: Halvdelen af de gravide, som er udsat for 5 påvirkninger i deres arbejde, er sygemeldt under graviditeten, og hele 63 pct. af de gravide, som har mellem 9 og 16 arbejdspåvirkninger, er sygemeldt. Dette resultat illustrerer, at gravides arbejdsforhold har stor betydning for det graviditetsbetingede fravær. Senere i kapitlet ser vi nærmere på, hvordan arbejdspåvirkningerne også har betydning for længden af fraværperioden.

TABEL 6.8

Gravide fordelt efter, om de var sygemeldte under graviditeten. Særskilt for antallet af arbejdspåvirkninger. Procent.

Antal arbejdspåvirkninger	Var sygemeldt	Var ikke sygemeldt	Beregningsgrundlag
0	20	80	71
1	23	77	219
2	36	64	369
3	37	63	353
4	40	60	302
5	50	50	256
6	51	49	211
7-8	55	45	294
9-16	63	37	250
Ikke i arbejde	63	37	345

Regressionsanalysen viser desuden svagere tendenser til, at den branche, som gravide arbejder i, har en mindre betydning for, om gravide bliver sygemeldt. Især inden for detail- og engroshandel og hotelbranchen bliver gravide oftest sygemeldt (cirka 50 pct. af de gravide i branchen), mens gravide i brancherne offentlig administration, post og tele samt inden for undervisning sjældnest bliver sygemeldt (cirka 34 pct. af de gravide i branchen). Vi vender tilbage til branchernes betydning for antallet af sygefraværsdage senere i kapitlet). Ligeledes bliver gravide, som har mulighed for fleksibilitet i deres arbejde, sjældnere sygemeldt end gravide, som ikke har de samme muligheder for fleksibilitet. Endvidere er gravide, som arbejder under størstedelen af graviditeten, ikke sygemeldt i så stort et omfang som gravide, som ikke er i arbejde. Slutteligt er gravide, som er omfattet af en overenskomst, lidt oftere sygemeldt end gravide, som ikke er omfattet.

ANTALLET AF SYGEFRAVÆRSDAGE

Selvom en gravid bliver sygemeldt i løbet af graviditeten, behøver sygemeldingen ikke nødvendigvis resultere i et langvarigt fravær. Men hvad betinger antallet af gravides sygedage? For at besvare dette spørgsmål undersøger vi i de følgende afsnit, hvor mange sygedage interviewpersonerne sammenlagt havde under graviditeten, og hvilke forhold som har indflydelse herpå. Herunder kommer vi ind på betydningen af hjemmeboende børn, forhold i gravides arbejdsliv, gravides helbred samt kontakten til sundhedssystemet.

Derfor undersøger vi nu, hvor mange sygedage de gravide sammenlagt havde under deres graviditet. De interviewede, som var sygemeldt på et tidspunkt under graviditeten, blev bedt om at angive, hvor mange sygedage de sammenlagt havde under graviditeten. Det samlede antal dage kan være af kortere eller længere varighed og kan strække sig over flere perioder. Det fremgår af tabel 6.9, at godt halvdelen af interviewpersonerne ingen fraværsdage havde i løbet af graviditeten. De sygemeldte interviewpersoner havde jævnt fordelt mellem 1 og 200 fraværsdage. Selvom mange kvinder oplever at blive sygemeldt i løbet af en graviditet, viser tabellen således, at der er stor forskel på, hvor mange dage sygemeldingen drejer sig om. Tabel 6.9 viser endvidere, at kvinderne i gennemsnit havde 55 fraværsdage under graviditeten.

TABEL 6.9

Gravide fordelt efter det samlede antal sygedage under graviditeten. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Procent
0	55
1-5 (0-1 uge)	4
6-10 (1-2 uger)	5
11-15 (2-3 uger)	4
16-20 (3-4 uger)	4
21-30 (4-6 uger)	6
31-41 (6-8 uger)	3
41-60 (8-12 uger)	6
61-90 (12-18 uger)	5
91-200 (18-40 uger)	9
I alt	101
Gennemsnit (antal sygedage)	55
Median (antal sygedage)	0
Beregningsgrundlag	2651

Vi har lavet en Poisson-regressionsmodel med gravides samlede antal sygedage under graviditeten som afhængig variabel. De forklarende variable er alder på interviewtidspunktet, antal hjemmeboende børn under graviditeten, antal sygedage i alt hos hjemmeboende børn under graviditeten, den gravides afsluttede skoleuddannelse på interviewtidspunktet og igangværende eller afsluttet erhvervs- eller videregående uddannelse på interviewtidspunktet. Derudover om gravide var i arbejde under det meste af graviditeten, arbejdspladsens branchetilørsforhold, om gravide var medlem af et fagforbund ved graviditetens start, antallet af arbejds-påvirkninger i gravides arbejde, samt omfanget af fleksibilitet i gravides arbejde under graviditeten. Desuden indgår følgende variable om gravides sundhed og sygdomme: Gravides selv vurderede helbredstilstand inden graviditeten, om gravide havde et antal navngivne sygdomme inden graviditeten, om gravide dyrkede motion ugentligt under graviditeten og gravides BMI. Vedrørende gravides kontakt til sundhedssystemet er de forklarende variable, om gravide fik lægelig hjælp (fx insemination eller hormonbehandling) til graviditeten, om gravide talte med jordmoderen om en eventuel sygdoms melding i løbet af graviditeten, om gravide modtog lægelig behandling for nogle af 18 navngivne fødselsrelaterede sygdomme og symptomer, samt hvor mange gange gravide opsøgte praktiserende læge under graviditeten. Husstandens økonomiske situation har ingen betydning og er derfor ikke medtaget i den endelige regressions-

analyse. De væsentligste sammenhænge fra analysen præsenterer vi i tovejstabeller i de følgende afsnit, ligesom vi gjorde ovenfor.¹³

HJEMMEBOENDE BØRN

Spørgsmålet er nu, hvad der betinger, at nogle gravide har mange fraværsdage, mens andre kun har få. Blandt andet har gravides familieforhold i form af antallet af hjemmeboende børn og deres sygedage betydning for gravides samlede antal sygedage. Af tabel 6.10 fremgår det, at de kvinder, som har 2 eller flere hjemmeboende børn, har flere sygedage i løbet af graviditeten end gravide med 1 barn eller ingen hjemmeboende børn. I gennemsnit har en kvinde med 2 eller flere børn 32 sygedage i løbet af en graviditet, mens det samlede antal sygedage er henholdsvis 20 og 24 for kvinder uden børn eller med et enkelt barn. Desuden har kvinder med 2 eller flere børn i større omfang et højt antal sygedage på mellem 18 og 40 uger (13 pct.) end kvinder med kun et barn (9 pct.) eller helt uden børn (7 pct.).

TABEL 6.10

Gravide fordelt efter deres samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for antal hjemmeboende børn. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Ingen børn	1 barn	2 eller flere børn
Ingen fraværsdage	58	55	49
1-5 (0-1 uge)	4	4	3
6-10 (1-2 uger)	4	5	5
11-15 (2-3 uger)	4	5	4
16-20 (3-4 uger)	5	4	3
21-30 (4-6 uger)	6	6	6
31-41 (6-8 uger)	2	3	4
41-60 (8-12 uger)	6	6	7
61-90 (12-18 uger)	4	5	6
91-200 (18-40 uger)	7	9	13
Gennemsnit (antal fraværsdage)	20	24	32
Median (antal fraværsdage)	0	0	3
Beregningsgrundlag	1045	1019	587

13. Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFI's hjemmeside www.sfi.dk.

Ikke kun antallet af hjemmeboende børn, men også børnenes sygedage har en sammenhæng med, hvor mange sygedage gravide har. Tabel 6.11 viser, at kvinder, hvis børn har over 15 sygedage på et år, i gennemsnit har omtrent dobbelt så mange sygedage (53 dage) som andre gravide (25 dage). Omvendt har godt halvdelen af de gravide, hvis hjemmeboende børn ingen sygedage har, selv heller ingen sygedage under graviditeten.

Foruden betydningen af hjemmeboende børn viser regressionsanalysen svagere tendenser til, at skoleuddannelse og erhvervs- eller videregående uddannelse har en sammenhæng med, hvor mange sygedage gravide har. Gravide med 10. klasses skoleuddannelse eller mindre har flere sygedage end gravide med længere skoleuddannelse. På samme vis har gravide uden uddannelse flere sygedage end gravide med disse uddannelser. Endvidere viser analysen, at de yngste gravide har flere fraværsdage end ældre gravide.

TABEL 6.11

Gravide fordelt efter deres samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for antal sygedage hos hjemmeboende børn. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Ingen sygedage	1-15 sygedage	Over 15 sygedage	Ingen børn
0	55	52	39	58
1-5 (0-1 uge)	2	5	2	4
6-10 (1-2 uger)	5	5	5	4
11-15 (2-3 uger)	4	6	0	4
16-20 (3-4 uger)	3	3	3	5
21-30 (4-6 uger)	6	6	6	6
31-41 (6-8 uger)	3	3	2	2
41-60 (8-12 uger)	6	6	9	6
61-90 (12-18 uger)	6	5	8	4
91-200 (18-40 uger)	9	11	27	7
Gennemsnit (antal sygedage)	26	26	53	20
Median (antal fraværsdage)	0	0	21	0
Beregningsgrundlag	758	708	66	1045

GRAVIDES ARBEJDSFORHOLD

Det er ikke kun forhold i privatlivet, som har indflydelse på, hvor mange sygedage gravide har. Også gravides arbejdsliv har betydning. Gravides arbejdsliv er undersøgt ud fra fire tilgange: Gravides hovedbeskæftigelse,

branche, muligheder for fleksibilitet i arbejdet samt medlemskab af et fagforbund.

Tabel 6.12. viser de interviewedes samlede antal sygedage fordelt efter, om de var i heltids-/deltidsarbejde, var arbejdsløse/i aktivering, eller om de var under uddannelse eller andet. Det fremgår af tabellen, at arbejdsløse eller aktiverede gravide har betydeligt flere sygedage under graviditeten end gravide i uddannelse eller heltids- og deltidsansatte. Kun 22 pct. arbejdsløse eller aktiverede har slet ingen sygedage under graviditeten; denne andel er mere end dobbelt så stor i de øvrige to grupper. Samtidig har arbejdsløse eller aktiverede et betydeligt større antal fraværsdage: 44 pct. i denne gruppe har mellem 91 og 200 fraværsdage i løbet af graviditeten, det samme gør sig kun gældende for små 5 pct. af gravide i heltids- eller deltidsansættelse og 7 pct. under uddannelse.

TABEL 6.12

Gravide fordelt efter samlet antal sygedage under graviditet. Særskilt for den gravides hovedbeskæftigelse under graviditeten. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Heltids- eller deltidsansat	Arbejdsløs eller aktiveret	Under uddannelse eller andet
0	57	22	68
1-5 (0-1 uge)	4	1	1
6-10 (1-2 uger)	5	3	3
11-15 (2-3 uger)	5	2	4
16-20 (3-4 uger)	4	2	4
21-30 (4-6 uger)	6	3	4
31-41 (6-8 uger)	3	2	0
41-60 (8-12 uger)	6	9	7
61-90 (12-18 uger)	4	12	3
91-200 (18-40 uger)	6	44	7
Gennemsnit (antal sygedage)	19	80	19
Median (antal sygedage)	0	80	0
Beregningsgrundlag	2312	225	114

TABEL 6.13

Gravide fordelt efter deres samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for branche. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Sociale institutioner	Foretningservice, finansiering m.v.	Sundhedsvæsen	Undervisning	Detail- engros-handel, hotel
0	54	54	53	66	51
1-5 (0-1 uge)	4	2	5	5	2
6-10 (1-2 uger)	4	6	5	5	6
11-15 (2-3 uger)	6	5	6	3	4
16-20 (3-4 uger)	3	4	4	5	5
21-30 (4-6 uger)	8	8	7	4	7
31-41 (6-8 uger)	1	3	5	3	2
41-60 (8-12 uger)	8	6	6	1	10
61-90 (12-18 uger)	5	4	5	3	6
91-200 (18-40 uger)	7	8	5	4	7
Gennemsnit (antal sygedage)	21	22	20	12	25
Median (antal sygedage)	0	0	0	0	0
Beregningsgrundlag	340	231	491	360	255

TABEL 6.13 (FORTSAT)

Samlet antal sygedage under graviditet	Alle former for industri	Off. administration, post og tele mv.	Transport og landbrug	Uden for erhverv	Andet
0	57	66	60	37	62
1-5 (0-1 uge)	3	7	2	1	4
6-10 (1-2 uger)	4	3	3	3	8
11-15 (2-3 uger)	3	3	5	3	4
16-20 (3-4 uger)	6	4	2	3	2
21-30 (4-6 uger)	6	7	8	4	2
31-41 (6-8 uger)	3	3	6	1	1
41-60 (8-12 uger)	7	4	5	8	6
61-90 (12-18 uger)	4	1	5	9	4
91-200 (18-40 uger)	8	3	5	31	5
Gennemsnit (antal sygedage)	21	11	18	58	17
Median (antal sygedage)	0	0	0	30	0
Beregningsgrundlag	209	215	62	339	203

TABEL 6.14

Gravide fordelt efter det samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for antal arbejdspåvirkninger. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Antal arbejdspåvirkninger			
	1	2	3	4
0	Ingen			
1-5 (0-1 uge)	80	65	63	60
6-10 (1-2 uger)	3	4	5	3
11-15 (2-3 uger)	0	5	4	5
16-20 (3-4 uger)	3	4	4	6
21-30 (4-6 uger)	3	3	4	3
31-41 (6-8 uger)	4	4	4	7
41-60 (8-12 uger)	0	4	3	3
61-90 (12-18 uger)	1	4	5	7
91-200 (18-40 uger)	1	3	4	3
	4	3	3	3
Gennemsnit (antal sygedage)	10	14	14	16
Median (antal sygedage)	0	0	0	0
Beregningsgrundlag	71	367	352	301

TABEL 6.14 (FORTSAT)

Samlet antal sygedage under graviditet	Antal arbejdspåvirkninger				
	5	6	7-8	9-16	Ikke i arbejde
0	51	49	45	38	37
1-5 (0-1 uge)	2	5	6	6	1
6-10 (1-2 uger)	6	5	5	6	3
11-15 (2-3 uger)	6	5	4	6	3
16-20 (3-4 uger)	3	6	5	6	3
21-30 (4-6 uger)	9	8	6	11	4
31-41 (6-8 uger)	2	3	5	2	1
41-60 (8-12 uger)	9	5	8	6	8
61-90 (12-18 uger)	5	7	8	14	9
91-200 (18-40 uger)	6	7	8	14	31
Gennemsnit (antal sygedage)	22	24	26	31	60
Median (antal sygedage)	0	3	5	12	30
Beregningsgrundlag	251	210	289	248	339

Der er ikke kun forskel på antallet af sygedage mellem heltids og deltidsansatte og arbejdsløse. Også inden for gruppen af arbejdende gravide er der variationer alt efter arbejdspladsens branchetilhørsforhold og de arbejdspåvirkninger, som gravide er udsat for i deres arbejde. Det fremgår af tabel 6.13, at det gennemsnitlige antal sygedage under graviditeten er højest i detail-, engroshandel og hotelbranchen, hvor gennemsnittet er 25 dage. Den branche, hvor gravide gennemsnitligt har færrest sygedage, er offentlig administration, post og tele m.v. Forskellene imellem brancher tyder på, at branchespecifikke arbejdsforhold har indflydelse på, hvor lang tid gravide er sygemeldt, jævnfør kapitel 2 og 3. I de øvrige brancher er antallet af sygedage jævnt fordelt uden store forskelle.

Foruden de allerede nævnte forhold har også graden af fleksibilitet i arbejdet en mindre betydning for antallet af sygedage. Flexibilitet er målt ved interviewpersonernes besvarelse af 6 spørgsmål vedrørende fleksibilitet i arbejdstiden samt mulighed for hjemmearbejdsplads. Der er, ikke overraskende, en tendens til, at jo større fleksibilitet gravide har i arbejdet, desto færre sygedage har de igennem graviditeten. Ligeledes er der en svag tendens til, at gravide, som er medlem af et fagforbund, har flere fraværsdage end gravide, som ikke er. En forklaring på disse resultater kan findes i udtalelserne fra jordemødre og læger (jævnfør kapitel 3), som lægger vægt på, at gravide i detailbranchen hyppigt bliver sygemeldt, fordi arbejdet kan være fysisk hårdt og uden de nødvendige muligheder for fleksibilitet i form af fx siddepauser og fleksible arbejdstider.

MOTION

Som vi viste i beskrivelserne af tabellerne 6.2-6.5 har gravidens helbredstilstand sammenhæng med, om gravide bliver sygemeldt. Vi vil nu gå videre og vise, at helbredstilstanden også hænger sammen med, hvor *mange* sygedage gravide har i alt under graviditeten. Især motion under graviditeten hænger sammen med omfanget af gravidens sygedage: Det fremgår af tabel 6.15, at gravide, som holdt sig i form ved at dyrke motion ugentligt under graviditeten, i gennemsnit havde halvt så mange sygedage (17 dage) som gravide, der slet ikke dyrkede motion (35 dage). Endvidere viser tabellen, at over halvdelen (66 pct.) af de gravide, som dyrkede motion ugentligt, slet ikke havde sygedage under graviditeten. Kun 42 pct. af de gravide, som ikke dyrkede motion ugentligt, undgik helt sygedage.

Også gravides vægt har indflydelse på antallet af sygedage. Vægt er opgjort som BMI, som er en forkortelse for Body Mass Index. BMI måler overvægt baseret på højde og vægt. Der er en lille tendens til, at overvægtige gravide har flere sygedage end normalvægtige gravide. På samme vis har gravide, som øger deres vægt meget under graviditeten, flere sygedage end gravide, som ikke gør. Endvidere er der tendenser til, at gravides selvvurderede helbredstilstand og antallet af sygdomme før graviditeten influerer på antallet af sygedage på samme vis, som de har betydning for, om gravide bliver sygemeldt eller ikke (jævnfør tabel 6.2-6.5).

TABEL 6.15

Gravide fordelt efter det samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for, om den gravide dyrkede motion ugentligt under sin graviditet. Procent og antal.

Samlet antal sygedage under graviditet	Dyrkede motion ugentligt	Dyrkede delvis motion ugentligt	Dyrkede ikke motion ugentligt
0	66	52	42
1-5 (0-1 uge)	4	4	3
6-10 (1-2 uger)	5	4	5
11-15 (2-3 uger)	4	4	5
16-20 (3-4 uger)	3	6	4
21-30 (4-6 uger)	5	6	8
31-41 (6-8 uger)	2	4	3
41-60 (8-12 uger)	4	7	8
61-90 (12-18 uger)	3	5	8
91-200 (18-40 uger)	6	10	14
Gennemsnitligt (antal sygedage)	17	27	35
Median (antal sygedage)	0	0	10
Beregningsgrundlag	1326	536	789

GRAVIDES KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSNET

På samme vis, som gravide med kontakt til sundhedsvæsnen i større omfang bliver sygemeldt, har kontakten også betydning for, hvor mange sygedage gravide har i løbet af graviditeten. I det følgende undersøger vi, hvordan både kontakt til jordemoder og til praktiserende læge indvirker på antallet af sygedage. Kontakten til sundhedssystemet kan samlet set være et udtryk for graden af alvor i gravides sygdomme og symptomer, hvor de gravide, som har alvorlige sygdomme, også har mest kontakt.

Nedenstående tabel 6.16 viser bl.a., at gravide, som har talt med deres jordemoder om en eventuel sygdomsmeddelelse, i gennemsnit har tre gange så mange sygedage (46 dage), som gravide, der ikke har talt med jordemoderen (16 sygedage). Ligeledes viser tabel 6.17, at antallet af sygedage stiger markant i takt med, at gravide modtager flere tiltag fra praktiserende læge (se beskrivelsen af tabel 6.7 for en forklaring af lægehandlinger). Hvor gravide, hvis praktiserende læge ikke har igangsat handlinger, kun har 4 sygedage i gennemsnit, har gravide, som har modtaget 5 lægehandlinger, 86 sygedage i gennemsnit.

TABEL 6.16

Gravide fordelt efter det samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for, om den gravide har talt med jordemoderen om en eventuel sygdomsmeddelelse i forbindelse med jordemoderkonsultationerne under graviditeten. Procent og antal.

Omfang af graviditetsbetinget fravær	Har talt om eventuel sygdomsmeddelelse	Har ikke talt om eventuel sygdomsmeddelelse
0	19	67
1-5 (0-1 uge)	4	4
6-10 (1-2 uger)	8	4
11-15 (2-3 uger)	7	3
16-20 (3-4 uger)	7	3
21-30 (4-6 uger)	11	4
31-41 (6-8 uger)	5	2
41-60 (8-12 uger)	12	5
61-90 (12-18 uger)	10	3
91-200 (18-40 uger)	18	6
Gennemsnitligt (antal sygedage)	46	16
Median (antal sygedage)	30	0
Beregningsgrundlag	661	1979

TABEL 6.17

Gravide fordelt efter det samlede antal sygedage under graviditeten. Særskilt for antal lægelige handlinger over for den gravide. Procent og antal.

Omfang af graviditetsbetinget fravær	Ingen handlinger	1 handling	2 handlinger	3 handlinger	4 handlinger	5 handlinger
0	90	44	6	6	2	0
1-5 (0-1 uge)	3	5	5	4	3	0
6-10 (1-2 uger)	2	6	8	7	2	5
11-15 (2-3 uger)	1	9	9	4	9	0
16-20 (3-4 uger)	0	5	9	7	8	0
21-30 (4-6 uger)	1	8	13	14	12	9
31-41 (6-8 uger)	0	3	7	6	6	0
41-60 (8-12 uger)	1	6	15	17	15	14
61-90 (12-18 uger)	0	5	10	11	18	32
91-200 (18-40 uger)	1	8	18	24	24	41
Gennemsnitligt (antal sygedage)	4	25	51	60	65	86
Median (antal sygedage)	0	6	30	45	60	84
Beregningsgrundlag	1281	584	402	262	95	22

På samme vis har antallet af behandlinger af fødselsrelaterede sygdomme og symptomer (se beskrivelsen af Tabel 6.5 for en uddybning af begrebet) samt antallet af gange, gravide har opsøgt egen læge under graviditeten, en positiv sammenhæng med antallet af sygedage: Jo flere behandlinger gravide modtager, og jo flere gange gravide opsøger praktiserende læge, desto flere sygedage har de i løbet af graviditeten. Desuden har kvinder, som modtager lægehjælp til at blive gravide, flere sygedage end gravide, som ikke modtager hjælp. En forklaring herpå er ifølge jordemødrene (jævnfør kapitel 3), at gravide, som modtager lægehjælp, typisk er ældre og derfor på grund af deres alder har større risiko for at få fødselsrelaterede sygdomme og symptomer. Desuden kan fertilitetsbehandling medføre gener hos den gravide, som også kan føre til sygedage. I den forbindelse viser regressionsanalysen en svag tendens til, at gravide, som modtog lægehjælp til graviditeten, har flere sygedage end andre gravide.

OPSAMLING

I dette kapitel har vi undersøgt, hvilke forklaringer der kan være til, at gravide bliver sygemeldt, samt hvad der kan ligge bag, om sygemeldingen bliver af kortere eller længere varighed. Spørger man interviewpersonerne, har 46 pct. været sygemeldt under graviditeten, og det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage i løbet af graviditeten er 55 dage. De forhold, som har sammenhæng med gravidens sygefravær, skal findes i gravidens helbredstilstand og kontakt til sundhedsvæsenet i tilknytningen til arbejdsmarkedet og i familieforhold.

Gravidens helbredstilstand og kontakten til sundhedsvæsenet har i sagens natur betydning for, om gravide bliver sygemeldt, og hvor mange dage de bliver det i alt i løbet af graviditeten. Særligt har gravidens selv-vurderede helbredstilstand samt de sygdomme, som gravide havde inden graviditeten, betydning for, om gravide bliver sygemeldt. Især kvinder, som havde hjerte-kar-sygdomme, kræft eller psykiske sygdomme før graviditeten, får en sygemelding. Også de fødselsrelaterede sygdomme og symptomer, som gravide kan have under graviditeten, er forbundet med sygemeldinger. Gravide, som oplever flere fødselsrelaterede sygdomme og symptomer bliver hyppigere sygemeldt end gravide, som kun oplever få eller slet ingen symptomer. Selvom motion under graviditeten ikke har den store betydning for, om gravide bliver sygemeldt, spiller motionen en vigtig rolle for antallet af dage, som gravide er sygemeldt: De kvinder,

som dyrkede motion under hele graviditeten, havde væsentligt færre sygedage end kvinder, som ikke dyrkede motion. Kontakten til sundhedsvæsenet har, som nævnt, også sammenhæng med sygemelding: Gravide, som under graviditeten har talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding, bliver oftere sygemeldt.

Forhold i gravides arbejdsliv har også betydning for sygefraværet. De gravide, som er i arbejde, er sjældnere sygemeldt og har færre sygedage end arbejdsløse eller aktiverede gravide. Ser man alene på gravide i arbejde, er der imellem brancher forskel på både længden af sygefraværet og på, hvor mange gravide der bliver sygemeldt. Antallet af sygedage hos gravide er højest i detail-, engroshandel og hotelbranchen, mens det er lavest blandt gravide i offentlig administration, post- og telebranchen. Disse forskelle tyder på, at gravides sygefravær varierer med branchespecifikke arbejdsforhold. Sidst, men ikke mindst, har antallet af arbejdspåvirkninger, som gravide er udsat for i deres arbejde, en tydelig sammenhæng med både, om en gravid bliver sygemeldt, og hvor lang en fraværperiode den gravide har. Gravide med mange arbejdspåvirkninger bliver i større omfang sygemeldt og har flere fraværskdage end gravide, som er udsat for få eller ingen påvirkninger i deres arbejde.

Endelig varierer gravides sygedage med antallet af gravides hjemmeboende børn. Gravide med to eller flere hjemmeboende børn har markant flere sygedage end gravide med 1 barn eller uden børn.

KONTAKT TIL SUNDHEDSSYSTEMET

INDLEDNING

I kapitel 6 så vi, at gravide, som har hyppig kontakt til sundhedsvæsenet, i højere grad bliver sygemeldte end gravide med mindre kontakt. Derfor går vi i kapitel 7 dybere ned i de forhold, som har betydning for gravides kontakt til de praktiserende læger og til jordemødrene. Kapitlet er inddelt i tre. Først præsenterer vi de væsentligste resultater af en analyse af årsager til, at gravide henvender sig til egen læge. Dernæst præsenterer vi forhold, som kan have indvirkning på, om den praktiserende læge helt eller delvis sygemelder den gravide eller taler med den gravide om omplacering eller omstrukturering i den gravides arbejde. Slutteligt ser vi på forhold af betydning for, om gravide taler med jordemoderen om en eventuel sygemelding i løbet af graviditeten.

ANTAL HENVENDELSER TIL PRAKTISERENDE LÆGE

Alle interviewede mødre fik stillet spørgsmålet: *Hvor mange gange opsøgte du egen praktiserende læge under din graviditet med barnet (inklusive ved graviditetens*

bekræftelse, samt 24. og 35. graviditetsuge)?¹⁴ Det fremgår af tabel 7.1, at de interviewede henvender sig til den praktiserende læge mellem 2 og 10 gange i løbet af graviditeten. Alle de interviewede henvender sig således til lægen på et tidspunkt i løbet af graviditeten. Basistilbuddene til gravide kvinder er 3 konsultationer hos praktiserende læge i løbet af graviditeten (Sundhedsstyrelsen, 2009), hvilket forklarer, at ingen af de interviewede har henvendt sig 0 eller 1 gang til lægen. Størstedelen af de gravide henvender sig til lægen mellem 3 og 5 gange, og medianværdien er 4 henvendelser. En mindre gruppe på 15 pct. er dog helt oppe og henvende sig til lægen mellem 7 og 10 gange i løbet af graviditeten.

TABEL 7.1

Gravide fordelt efter antal henvendelser til praktiserende læge under graviditeten. Procent.

Antal henvendelser	Procent
0	0
1	0
2	7
3	36
4	17
5	17
6	8
7-10	15
11-30	0
Median (antal henvendelser)	4
Gennemsnit (antal henvendelser)	4
Beregningsgrundlag	2652

Vi har estimeret en ordinal logistisk regression med antallet af henvendelser til praktiserende læge som afhængig variabel, og de forklarende variable var brancher, antal arbejdspåvirkninger, antal sygdomme inden graviditet, selv vurderet helbredstilstand, antal hjemmeboende børn, samt om gravide har talt med jordemoder om eventuel sygemelding. I de følgende to afsnit præsenterer vi de væsentligste resultater i tovejstabeller

14. Det ligger underforstået i spørgsmålsformuleringen, at der tænkes på konsultationer hos lægen, selv om dette ord ikke bruges. Ligeledes er det underforstået, at henvendelserne har relation til graviditeten og moderens tilstand i den forbindelse. Men det kan ikke udelukkes, at andre henvendelser bliver talt med.

ligesom i kapitel 6.¹⁵ Husstandens økonomiske situation har ingen betydning og er derfor ikke medtaget i den endelige regressionsanalyse.

HELBRED

Gravides almene helbredstilstand før graviditeten har i sagens natur betydning for, hvor ofte de henvender sig til deres praktiserende læge. Medianværdien i tabel 7.2 viser, at halvdelen af de interviewede med meget godt helbred henvender sig 4 gange eller mindre til deres praktiserende læge. Gravide, som vurderer, at deres helbred er nogenlunde, dårligt eller meget dårligt, henvender sig oftere til den praktiserende læge: Her er medianværdien 5 henvendelser i løbet af graviditeten. Der er således flere gravide med dårligt helbred, som henvender sig mange gange til lægen, end gravide med godt eller meget godt helbred. Blandt gravide med godt eller meget godt helbred er andelen, som henvender sig 7-10 gange henholdsvis 12 og 17 pct., mens den blandt gravide med nogenlunde, dårligt eller meget dårligt helbred er hele 23 pct.

TABEL 7.2

Gravide fordelt efter antal henvendelser til praktiserende læge. Særskilt for den gravides selvvalgte helbred. Procent.

Antal henvendelser	Meget godt helbred	Godt helbred	Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt helbred
1	0	0	0
2	9	5	4
3	39	34	29
4	16	18	17
5	17	17	13
6	7	9	15
7-10	12	17	23
11-30	0	0	0
Median (antal henvendelser)	4	4	5
Gennemsnit (antal henvendelser)	4	4	5
Beregningsgrundlag	1326	1137	189

15. Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFI's hjemmeside www.sfi.dk.

Foruden selvvaldet helbred viser regressionsanalysen svage tendenser til, at andre helbredsmæssige forhold har sammenhæng med antallet af henvendelser til lægen under graviditeten. Særligt mødre, som inden graviditeten led af stress og udbrændthed eller af psykiske problemer, henvender sig hyppigt til den praktiserende læge.

KONTAKT MED DET ØVRIGE SUNDHEDSVÆSEN

Der er også en sammenhæng mellem antallet af gravides henvendelser til den praktiserende læge, og om den gravide har talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding. Det fremgår af tabel 7.3, at de gravide, som har talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding, også oftere henvender sig til den praktiserende læge end gravide, som ikke har talt med jordemoderen om sygemelding. Hele 25 pct. af de gravide, som taler med jordemoderen om sygemelding, henvender sig til lægen mellem 7 og 10 gange, mens det samme kun gør sig gældende for 12 pct. af de gravide, som ikke taler med jordemoderen. Omvendt henvender 48 pct. af de gravide, som ikke taler med jordemoderen, sig til den praktiserende læge 2 eller 3 gange. For gravide, som taler med jordemoderen, er denne andel små 28 pct. Vores formodning er, at gravide først sonderer eventuel sygemelding med jordemoderen for senere at henvende sig til lægen, som jo er autoriseret til at kunne syge- og fraværsmelde.

Foruden de væsentligste sammenhænge, som er præsenteret i tabel 7.2 og 7.3, viser regressionsanalysen en svag tendens til, at antallet af hjemmeboende børn har betydning for, hvor mange henvendelser gravide har til praktiserende læge. Jo flere hjemmeboende børn de gravide har, desto flere gange henvender de sig til lægen. Denne forklaring kan naturligt skyldes, at henvendelser i forbindelse med børns sygdom i et eller andet omfang tælles med. Endvidere har forhold i de gravides arbejdsliv betydning for antallet af henvendelser til lægen. Gravide i de fire brancher transport og landbrug, detail- og engroshandel, hotel, sundhedsvæsen samt sociale institutioner henvender sig oftere til lægen end gravide i andre brancher. Også de arbejds påvirkninger, som gravide er udsat for under graviditeten, har en sammenhæng med antallet af henvendelser til lægen: Gravide, som er udsat for tunge løft, henvender sig hyppigt til lægen.

TABEL 7.3

Gravide fordelt efter antal henvendelser til praktiserende læge. Særskilt for, om den gravide har talt med jordemoderen om en eventuel sygdomsmelding i forbindelse med jordemoderkonsultationerne under graviditeten. Procent og antal.

Antal henvendelser	Har talt med jordemoder om eventuel sygdomsmelding	Har ikke talt med jordemoder om eventuel sygdomsmelding
1	0	0
2	5	7
3	23	41
4	14	18
5	20	15
6	13	7
7-10	25	12
11-30	0	0
Median (antal henvendelser)	5	4
Gennemsnit (antal henvendelser)	5	4
Beregningsgrundlag	661	1984

LÆGELIGE HANDLINGER

Efter at have undersøgt, hvad der har indflydelse på, hvor hyppigt gravide kontakter den praktiserende læge under graviditeten, undersøger vi nu, hvad der har betydning for, hvilke handlinger den praktiserende læge vælger at foretage over for den gravide. I undersøgelsen interesserer vi os for den praktiserende læges handlinger i form af hel eller delvis fraværsmelding af den gravide, henvisning til gynækologisk-obstetrisk speciallæge eller anbefaling af omlægning af den gravides arbejde. Spørgsmålet lød: *Har din praktiserende læge i forbindelse med din graviditet med barnet ...a) henvist til gynækologisk-obstetrisk speciallæge? b) fraværsmeldt dig delvist (dvs. til færre arbejdstimer om dagen)? c) fraværsmeldt dig helt i en periode, til symptomerne var væk? d) fraværsmeldt dig resten af din graviditet? e) foreslået eventuel omplacering eller omstrukturering af dit arbejde?* Mødrene kunne svare ”ja”, ”nej” eller ”ved ikke” på samtlige de fem underspørgsmål a-d. Praktisk taget ingen svarede ”ved ikke”, hvorfor kun de bekræftende svar er tabuleret nedenfor.

Underspørgsmål b-d var forsynet med følgende undertekst henvendt til interviewererne, hvis der opstod tvivlsspørgsmål ved besvarelsen: ”Der tænkes på fraværsmelding i forbindelse med graviditetssygdomme

og/eller evt. muligheder for, at arbejdet indebærer risici for fosteret”. Underteksten læses ikke op for respondenterne. Hvis der ikke opstår tvivls-spørgsmål under interviewet, svarer respondenterne, således som vedkommende forstår spørgsmålet og de centrale ord, som spørgsmålet betjener sig af. Her er det centrale ord ”fraværsmeldt”. Spørgsmålet stilles som nr. 85, og interviewerens har måske tidligere forklaret ud fra sine undertekster, hvad der menes med ”fraværsmeldt” i forbindelse med besvarelse af tidligere spørgsmål i skemaet. Ordet ”fraværsmeldt” har en snæver juridisk og lægelig betydning, ved at lægen beslutter, at gravide helt eller delvist fraværsmeldes fra at arbejde, fordi arbejdet indebærer en risiko for fosteret og graviditeten. Gravide fraværsmeldes ikke, hvis de kan omplaceres til andet arbejde, som ikke indebærer denne risiko. For gravide har fraværsmelding samme betydning som en sygemelding med hensyn til indkomsten under fraværet fra arbejdspladsen. En fraværsmelding varer principielt så længe, som virksomheden kun kan tilbyde den gravide risikofyldt arbejde. Man kan ikke afvise, at nogle mødre kommer til at forveksle en almindelig sygemelding med en fraværsmelding. Det gælder især for underspørgsmål c), hvor ”fraværsmeldt” kædes sammen med symptomens forsvinden. Det er altså ikke nødvendigvis kun fraværsmelding i streng lægelig betydning, som rapporteres i de tre underspørgsmål.

Las os først se, hvilke handlinger praktiserende læger foretager over for de gravide, og hvor mange handlinger læger foretager i løbet af de interviewedes graviditet, jf. tabel 7.4. Omkring halvdelen af de interviewede gravide modtog mindst 1 lægelig handling. Ca. en tredjedel af de gravide fraværsmeldes på et tidspunkt – efter deres egen forståelse – den resterende tid af graviditeten. Godt en femtedel fraværsmeldes eller sygemeldes, indtil nogle symptomer er væk. Ifølge de gravide selv er det hver tiende af dem, som den praktiserende læge foreslår omplaceret på arbejdspladsen.¹⁶ Det fremgår af tabellen, at de fleste gravide har modtaget få lægelige handlinger, kun et fåtal har modtaget 4 (4 pct.) eller 5 (1 pct.) handlinger fra lægen.

Vi har undersøgt, hvad der påvirker, hvor mange af de fem lægelige handlinger praktiserende læger foretager over for gravide. Vi har estimeret en ordinal logistisk regression med antallet af de nævnte lægelige handlinger som afhængig variabel og de forklarende variable branche-

16. Der er givetvis sket andre omplaceringer på arbejdspladsen, som lægen ikke har været initiativtager til, jf. kapitel 5.

tilhørsforhold, arbejdspåvirkninger, hjemmeboende børns sygdom, sygdomme som gravide havde inden graviditeten, gravides skole- og erhvervsuddannelse, antallet af fødselsrelaterede sygdomme og symptomer under graviditeten, vægtøgning under graviditeten, om gravide modtog lægelig hjælp til graviditeten, samt om gravide havde talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding. I de følgende afsnit præsenterer vi de væsentligste resultater i form af tovejstabeller, som ikke er korrigeret for betydningen af andre forhold.¹⁷

TABEL 7.4

Andel gravide, der har oplevet en eller flere af fem lægelige handlinger under graviditeten. Procent.

	Procent
<i>Lægelige handlinger</i>	
Fraværsmeldt delvist (dvs. til færre arbejdstimer om dagen)	17
Fraværsmeldt, indtil symptomer var væk	22
Fraværsmeldt resten af graviditeten	32
Foreslået omplacering	11
Henvist til gynækologisk speciallæge	20
<i>Antal handlinger:</i>	
0	48
1	22
2	15
3	10
4	4
5	1
Gennemsnit (antal handlinger)	1
Beregningsgrundlag	2670

KONTAKT TIL JORDEMODER

Der er en tydelig sammenhæng mellem det antal handlinger, som den praktiserende læge vælger at foretage, og om gravide har talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding. Tabel 7.5 viser, at størstedelen af de gravide, som ikke har talt med jordemoderen om en sygemelding, heller ikke modtager nogen handlinger fra deres praktiserende læge. De

17. Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFI's hjemmeside www.sfi.dk.

gravide, som derimod *har* talt med jordemoderen om en sygemelding, modtager kun sjældent (15 pct.) slet ingen handlinger fra lægen. To tredjedele af de gravide, som har talt med jordemoderen, modtager mellem 1 og 3 handlinger fra praktiserende læge. Det samme gør sig glædende for under halvdelen af de gravide, som ikke har talt med jordemoderen.

TABEL 7.5

Gravide fordelt efter antal lægelige handlinger. Særskilt for, om den gravide har talt med jordemoderen om en eventuel sygemelding i forbindelse med jordemoderkonsultationerne under graviditeten. Procent.

Antal handlinger	Har talt med jordemoder om eventuel sygemelding	Har ikke talt med jordemoder om eventuel sygemelding
0	15	59
1	24	21
2	29	11
3	20	7
4	9	2
5	2	0
Median (antal handlinger)	2	0
Gennemsnit (antal handlinger)	1,9	0,7
Beregningsgrundlag	666	1996

SYGDOM OG SUNDHED

Foruden samtalen med jordemoderen har gravidens helbredstilstand i sagens natur også indflydelse på, om den praktiserende læge bl.a. vælger at sygemelde gravide helt eller delvis. Tabel 7.6 viser, at gravide, som ikke oplever nogen fødselsrelaterede sygdomme eller symptomer, kun i 20 pct. af tilfældene modtager 1 eller flere lægelige handlinger. Denne andel stiger stødt i takt med antallet af fødselsrelaterede sygdomme og symptomer. 39 pct. af de gravide, som har 2 fødselsrelaterede sygdomme og symptomer, modtager 1 eller flere lægelige handlinger, mens hele 76 pct. af gravide med mellem 5 og 7 fødselsrelaterede sygdomme og symptomer modtager 1 eller flere lægelige handlinger. Dette resultat viser endvidere, at der er god overensstemmelse med gravidens egen oplevelse af deres sygdomme og symptomer og så lægens valg af handlinger.

Regressionsanalysen viser desuden en lille tendens til, at gravide, som havde flere sygdomme inden graviditeten, modtager flere handlinger fra praktiserende læge.

Gravides vægtøgning under graviditeten har også en sammenhæng med det antal handlinger, som den praktiserende læge vælger at iværksætte over for den gravide. Tabel 7.7 viser, at gravide, som tager meget på i vægt under graviditeten, modtager flere lægehandlinger end gravide, som tager mindre på. Blandt gravide, som tager mellem 0 og 10 kg på under graviditeten, har næsten halvdelen (49 pct.) slet ikke modtaget nogen af de pågældende lægehandlinger. Denne andel er kun 37 pct. hos gravide, som tager mere end 20 kg på under graviditeten.

TABEL 7.6

Gravide fordelt efter antal lægelige handlinger. Særskilt for antallet af fødselsrelaterede sygdomme og symptomer under graviditeten. Procent.

Antal handlinger	Ingen sygdomme og symptomer	1	2	3-4	5-7
0	80	71	61	45	23
1	14	16	20	26	24
2	3	8	11	17	23
3	2	5	4	9	19
4	0	0	3	2	9
5	0	0	0	1	2
Median (antal handlinger)	0	0	0	1	2
Gennemsnit (antal handlinger)	0,3	0,5	0,7	1,0	1,7
Beregningsgrundlag	204	365	476	902	726

TABEL 7.7

Gravide fordelt efter antal lægelige handlinger. Særskilt for vægtøgning under graviditet. Procent.

Antal handlinger	0-10 kg	11-20 kg	Mere end 20 kg
0	49	50	37
1	20	22	25
2	14	16	17
3	12	8	14
4	4	3	6
5	1	0	1
Median (antal handlinger)	1	0	1
Gennemsnit (antal handlinger)	1,0	0,9	1,3
Beregningsgrundlag	692	1610	348

Endvidere viser tabel 7.8, at gravide, som har modtaget lægelig hjælp i form af fx hormonbehandling og fertilitetsbehandling, modtager flere lægelige handlinger end gravide, som ikke har modtaget lægelig hjælp. Tabel 7.8 viser bl.a., at 59 pct. af gravide, som har fået lægelig hjælp til graviditeten, modtager 1 eller flere lægelige handlinger. Denne andel er kun 50 pct. hos kvinder, som havde planlagt deres graviditet. Dette resultat kunne tyde på, at de praktiserende læger udviser større forsigtighed over for kvinder, som har modtaget lægelig hjælp til graviditeten.

TABEL 7.8

Gravide fordelt efter antal lægelige handlinger. Særskilt for, om den gravide modtog lægelig hjælp til graviditeten, og om graviditeten var planlagt eller ej. Procent .

Antal lægelige handlinger	Modtog lægelig hjælp til graviditet	Graviditeten var planlagt	Graviditeten var ikke planlagt
0	41	50	42
1	24	22	22
2	19	14	19
3	11	10	11
4	4	3	5
5	1	1	1
Median (antal handlinger)	1	0	1
Gennemsnit (antal handlinger)	1,2	1,0	1,2
Beregningsgrundlag	319	1922	423

GRAVIDES ARBEJDSLIV

De lægelige handlinger består, som tidligere nævnt, blandt andet i, at den praktiserende læge anbefaler, at den gravides arbejde omlægges, eller at den gravide helt bliver omplaceret på arbejdspladsen. Derfor er det nærliggende at se på, hvilke forhold i gravides arbejdsliv, som har sammenhæng med antallet af handlinger, som den praktiserende læge foretager. Tabel 7.9 viser, at de arbejdspåvirkninger, som gravide er udsat for i deres arbejde, har sammenhæng med antallet af handlinger fra lægens side. Gravide, som var udsat for flere påvirkninger, modtager også flere handlinger fra lægen: Bl.a. modtager 12 pct. af de gravide, som har mellem 9 og 16 arbejdspåvirkninger, 4 til 5 handlinger fra lægen. Kun 1 pct. af de gravide, som har en enkelt eller slet ingen arbejdspåvirkninger,

modtager 4 eller 5 lægehandlinger. På samme vis modtager næsten tre fjerdedele af de gravide, som kun har en eller slet ingen arbejdspåvirkninger, heller ingen handlinger fra lægens side. De gravide, som har mellem 9 og 16 arbejdspåvirkninger, undgår kun i cirka en fjerdel af tilfældene handlinger fra lægens side. Regressionsanalysen viser desuden, at især gravide med arbejdspåvirkninger som tunge løft, højt arbejdstempo, forurenede luft og natarbejde, modtager mange lægehandlinger.

Foruden sammenhængen med arbejdspåvirkninger viser regressionsanalysen også en svag tendens til, at gravide i bestemte brancher modtager flere handlinger fra lægen. Særligt i branchen transport og landbrug modtager gravide flere lægehandlinger.

TABEL 7.9

Gravide fordelt efter antal lægelige handlinger. Særskkilt for antal arbejdspåvirkninger. Procent.

Antal handlinger	0-1 påvirkning	2-3 påvirkninger	4-5 påvirkninger	6-8 påvirkninger	9-16 påvirkninger	Ikke i arbejde
0	72	57	47	40	27	37
1	14	24	23	23	24	21
2	8	11	15	20	20	22
3	5	6	10	13	17	14
4	1	2	4	4	9	6
5	0	0	1	1	3	0
Median (antal handlinger)	0	0	1	1	1	1
Gennemsnit (antal handlinger)	0,5	0,7	1,0	1,2	1,7	1,3
Beregningsgrundlag	290	722	557	505	250	346

HJEMMEBOENDE BØRN

Gravides familief forhold har også betydning for, hvor mange handlinger den praktiserende læge foretager. Det fremgår af tabel 7.10, at særligt gravide, hvis hjemmeboende børn har mere end 15 sygedage i løbet af graviditeten, bliver sygemeldt, henvist til gynækologisk-obstetrisk afdeling eller bliver anbefalet omplacering eller tilpasning af arbejdsforhold fra den praktiserende læge. Blandt de gravide, hvis børn er syge mere end 15 dage om året, modtager cirka en tredjedel mellem 3 og 5 lægehandlinger i løbet af graviditeten. Blandt kvinder, hvis børn ingen sygedage har, er samme andel kun lidt over en tiendedel.

Foruden betydningen af hjemmeboende børn viser regressionsanalysen svagere sammenhænge mellem antallet af lægelige handlinger og gravides skoleuddannelse samt gravides erhvervsuddannelse. Gravide, som kun havde en 10. klasses skoleuddannelse eller mindre, modtager flere lægelige handlinger end gravide, som har længere skoleuddannelse. På samme vis modtager gravide med mellemlange eller lange uddannelser færre lægelige handlinger end gravide, som har kortere erhvervsuddannelser eller slet ingen erhvervsuddannelse.

TABEL 7.10

Gravide fordelt efter antal lægelige handlinger. Særskilt for antal sygedage hos hjemmeboende børn. Procent.

Antal handlinger	Ingen sygedage	1-15 sygedage	Over 15 sygedage	Ingen børn
0	48	45	27	52
1	21	24	21	21
2	17	14	23	14
3	10	12	14	8
4	3	4	11	3
5	1	1	5	1
Median (antal handlinger)	1	1	2	0
Gennemsnit (antal handlinger)	1,0	1,1	1,7	0,9
Beregningsgrundlag	764	711	66	1052

SAMTALE MED JORDEMODER OM SYGEMELDING

I de foregående kapitler har vi set, at en samtale med jordemoderen om en eventuel sygemelding har en væsentlig sammenhæng med, om en gravid bliver sygemeldt under sin graviditet. Vi har derfor estimeret en logistisk regression med samtale med jordemoder om eventuel sygemelding som afhængig variabel og de forklarende variable brancher, antal arbejdspåvirkninger, erhvervsuddannelse, samt om den gravide fik lægelig hjælp til at blive gravid. I det følgende afsnit beskriver vi de væsentligste resultater af regressionsanalysen i form af tovejstabeller.¹⁸

18. Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFT's hjemmeside www.sfi.dk.

Lad os først se, hvor stor en andel af de gravide, som taler med jordemoderen om en eventuel sygemelding. Alle interviewpersonerne er blevet bedt om at besvare spørgsmålet: *I forbindelse med jordemoderkonsultationerne under din graviditet med barnet, talte I så om eventuel sygemelding?* Det fremgår af tabel 7.11, at 25 pct. af de adspurgte svarer bekræftende på spørgsmålet, mens 75 pct. svarer benægtende.

TABEL 7.11

Gravide fordelt efter, om de har haft en samtale med deres jordemoder om eventuel sygemelding. Procent.

Samtale med jordemoder om eventuel sygemelding	Procent
Har talt med jordemoder	25
Har ikke talt med jordemoder	75
Beregningsgrundlag	2662

ARBEJDSFORHOLD

Især forhold i gravides arbejdsliv hænger sammen med, om gravide taler om en sygemelding med jordemoderen. Tabel 7.12 viser, at gravide med flere arbejdspåvirkninger i større omfang taler med jordemoderen om en sygemelding end gravide med færre arbejdspåvirkninger. Kun 10 pct. af de gravide, som har ingen eller 1 arbejdspåvirkning, taler med jordemoderen om en sygemelding. Blandt kvinder med 9-16 arbejdspåvirkninger er andelen hele 41 pct. En supplerende regressionsanalyse viser desuden, at det særligt er gravide, som er udsat for tunge løft og højt arbejdstempo, som taler med jordemoderen om en sygemelding.

Foruden antallet af arbejdspåvirkninger har den branche, den gravide arbejdede i under graviditeten, en mindre betydning. Gravide, som er ansat i brancherne detailhandel, forretningsservice samt transport og landbrug, taler oftere med jordemoderen om en sygemelding. Ligeledes har gravide med specialarbejder- eller lærlinge-/elev-uddannelser samt faglærte oftere en samtale med jordemoderen om sygemelding. Disse resultater stemmer overens med udtalelserne fra jordemødre og læger i kapitel 3, hvor de interviewede betoner, at arbejdspåvirkninger samt mangel på arbejdstilpasning i de nævnte brancher kan resultere i graviditetsbetinget fravær.

Desuden viser regressionsanalysen en svag tendens til, at gravide, som ikke har en erhvervsuddannelse, oftere taler med jordemoderen om en sygemelding end gravide med en erhvervs- eller videregående uddannelse.

TABEL 7.12

Gravide fordelt efter, om der har haft en samtale med deres jordemoder om en eventuel sygemelding. Særskilt for antallet af arbejdspåvirkninger. Procent.

Antal arbejds- påvirkninger	Har talt med jorde- moder om eventuel sygemelding	Har ikke talt med jordemoder om even- tuel sygemelding	Beregnings- grundlag
0-1	10	90	290
2-3	18	82	722
4-5	25	75	557
6-8	33	67	504
9-16	41	59	249
Ikke i arbejde	30	70	340

LÆGEHJÆLP TIL GRAVIDITET

De gravide, som modtog lægelig hjælp til graviditeten, fx insemination eller hormonbehandling, taler hyppigere med jordemoderen om en sygemelding end andre gravide. Tabel 7.13 viser, at 29 pct. af de gravide, som modtog lægelig hjælp, taler med jordemoderen. Derimod taler kun 24 pct. af de gravide, som ikke modtog hjælp, med jordemoderen om en eventuel sygemelding.¹⁹ En forklaring på jordemødrenes større fokus på sygemelding hos kvinder, som har modtaget lægehjælp, kan findes i kapitel 3. Det fremgår af interviewene med læger og jordemødre i kapitel 3, at kvinder, som har modtaget fertilitetsbehandling, oftere bliver sygemeldt af forsigtighedshensyn. Desuden har disse gravide flere gener på grund af hormonbehandlinger, som kan medføre, at de gravide får det dårligt og må sygemeldes.

19. Det er kun blandt mødre, som bekræfter, at deres graviditet var planlagt, at der sondres mellem, om de også modtog lægelig hjælp til at blive gravide eller ej. Når graviditeten ikke var planlagt, formodes der heller ikke at være ydet lægelig assistance hertil. Når der i tabel 7.13 ikke forekommer at være særlig store forskelle mellem de respektive hyppigheder, skyldes det, at tabellens hyppigheder jo ikke er korrigeret for andre betydende forhold, som påvirker, om gravide taler med jordemoderen om sygemelding.

TABEL 7.13

Gravide fordelt efter, om de har haft en samtale med deres jordemoder om sygemelding. Særskilt for, om gravide modtog lægelig hjælp for at blive gravid. Procent.

	Har talt med jordemoder om eventuel sygemelding	Har ikke talt med jordemoder om eventuel sygemelding	Beregningsgrundlag
<i>Graviditeten var planlagt</i>			
Modtog lægelig hjælp	29	71	318
Modtog ikke lægelig hjælp	24	76	1917
<i>Graviditeten var ikke planlagt</i>	27	71	422

OPSUMMERING

I kapitel 7 har vi undersøgt gravides kontakt til sundhedssystemet. Først har vi undersøgt, hvad der har betydning for, hvor mange gange gravide henvender sig til deres praktiserende læge under graviditeten. Derefter har vi belyst, hvilke forhold hos gravide som har indflydelse på, om den praktiserende læge vælger at fraværsmelde, foreslå omplacering af den gravides arbejde eller henvise den gravide til gynækologisk-obstetrisk speciallæge. Slutteligt har vi undersøgt, hvornår gravide taler med jordemoderen om en eventuel sygemelding.

Det viser sig – ikke overraskende – at gravides sundheds- og helbredstilstand før graviditeten har sammenhæng med kontakten til sundhedssystemet. Gravide, som selv vurderer, at de havde et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt helbred, oftere kontakter den praktiserende læge end gravide, som vurderer, at de havde et godt helbred. Endvidere modtager gravide, som øger deres vægt med mere end 20 kilo under graviditeten, flere lægebehandlinger end gravide, som tager mindre på i vægt under graviditeten. Gravide, som oplever flere fødselsrelaterede sygdomme og symptomer, modtager ligeledes flere lægelige handlinger end gravide, som er sygdoms- eller symptomfri eller har færre fødselsrelaterede sygdomme og symptomer.

Gravides arbejdsliv har indflydelse på, om lægen vælger at fraværsmelde den gravide, foreslå omplacering af arbejdet eller henvise til speciallæge. De praktiserende læger udfører oftest de nævnte handlinger over for gravide, som er udsat for en række arbejdspåvirkninger i deres arbejde, bl.a. tunge løft, højt arbejdstempo, forurenede luft og natarbejde.

Der er således forhold i gravides arbejdsituation, som betinger, om lægerne vælger at syge- eller fraværsmelde. En forklaring herpå kan findes i kapitel 3, hvor jordemødre og læger udtaler, at de nævnte arbejdspåvirkninger kombineret med mangel på fleksibilitet i arbejdet kan resultere i blødninger og bækkensmerter hos gravide. I undersøgelsen er der ikke et skarpt skel mellem en egentlig fraværsmelding i lægelig forstand og en almindelig sygemelding. Nogle af de rapporterede fraværsmeldinger er nok rettere sygemeldinger.

Gravides familieforhold har også indvirkning på, om de praktiserende læger vælger at foretage de nævnte handlinger: Gravide, som har hjemmeboende børn med mere end 15 sygedage i løbet af graviditeten, taler oftere med lægen om arbejdstilpasning og bliver oftere henvist til speciallæge og oftere fraværsmeldt.

Det fremgår også af kapitlet, at gravide, som taler med jordemoderen om en eventuel sygemelding, også henvender sig flere gange til praktiserende læge og modtager flere af de beskrevne lægelige handlinger. De gravide, der taler med jordemoderen om sygemelding, er igen de gravide, som er udsat for arbejdspåvirkninger som tunge løft og højt arbejdstempo. Dette tyder på, at jordemødrene er opmærksomme på de samme forhold hos gravide, som de praktiserende læger er. Desuden viser resultatet, at gravides arbejdsmiljø har indflydelse på det graviditetsbetingede fravær.

Slutteligt viser kapitlet, at gravide, som har modtaget lægelig hjælp som fx insemination eller hormonbehandling for at blive gravid, modtager flere lægelige handlinger og hyppigere taler med jordemoderen om en sygemelding. Forklaringer på lægernes og jordemødrenes fokus kan dels være et forsigtighedshensyn, fordi disse gravide har været igennem et langt og besværligt forløb for at blive gravide, dels kan det skyldes, at disse gravide får det dårligt under graviditeten grundet hormonbehandling, jævnfør kapitel 3.

SYGDOMME OG BEHANDLINGER

INDLEDNING

Spørgsmålet melder sig nu, hvilke former for sygdomme ligger bag det graviditetsbetingede fravær, og hvorfor lider nogle gravide af flere sygdomme end andre under graviditeten? I dette kapitel præsenterer vi to områder, som har indflydelse på antallet af gravides sygdomme og symptomer: Gravides vægtøgning under graviditeten og de påvirkninger, gravide er udsat for i deres arbejde. Sidst i kapitlet ser vi nærmere på, om gravide modtager behandling for deres sygdomme og symptomer, og hvordan gravides arbejdspåvirkninger hænger sammen med antallet af disse behandlinger.

FOREKOMSTEN AF SYGDOMME UNDER GRAVIDITET

Las os først undersøge, hvor mange sygdomme og symptomer gravide oplever at have under graviditeten. De interviewede er blevet spurgt, hvilke af 18 sygdomme og symptomer, som de har oplevet at have under graviditeten. De 18 sygdomme og symptomer omfatter bl.a. rygsmerter, blødninger, plukkeveer, forhøjet blodtryk, bækkenløsning, truende abort og kvalme, jævnfør kapitel 4. Tabel 8.1 viser, at kun 8 pct. af de gravide var helt symptom- og sygdomsfri under graviditeten. Mere end tre fjer-

dedele af de gravide havde 2 eller flere symptomer og sygdomme, og hele 27 pct. oplevede at have mellem 5 og 7 symptomer og sygdomme.

TABEL 8.1

Gravide fordelt efter forekomsten af 18 sygdomme og symptomer under graviditet. Procent.

Antal sygdomme og symptomer	Procent
0	8
1	14
2	18
3-4	34
5-7	27
Median (antal sygdomme og symptomer)	3
Gennemsnit (antal sygdomme og symptomer)	3
Beregningsgrundlag	2675

Vi har estimeret en ordinal logistisk regressionsmodel med antallet af sygdomme og symptomer under graviditeten som afhængig variabel og følgende forklarende variable: Antal arbejdspåvirkninger, antal sygdomme inden graviditeten, husstandens økonomiske situation, gravides alder på interviewtidspunktet, antallet af hjemmeboende børn, antallet af sygedage hos hjemmeboende børn, selv vurderet helbred, vægtøgning under graviditet, lægelig hjælp til graviditet, om den gravide talte med jordemoderen om arbejdsmiljøproblemer, samt om den gravide talte med jordemoderen om en eventuel sygemelding. I de efterfølgende to afsnit præsenterer vi de væsentligste sammenhænge i tovejstabeller.²⁰

GRAVIDES SUNDHED OG HELBRED

De gravide, som tager meget på under graviditeten, har også flere sygdomme og symptomer. Det fremgår af tabel 8.2, at meget få gravide er helt symptomfri, uanset deres vægtøgning under graviditeten: 10 pct. af de kvinder, som tager op til 10 kg på, er sygdomsfri, 7 pct. af kvinder, som tager mellem 11 og 20 kg på, er sygdomsfri, og det samme gælder for små 4 pct. af kvinder, som øger vægten med mere end 20 kg. Om-

20. Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFT's hjemmeside www.sfi.dk.

vendt oplever 45 pct. af gravide, som tager mere end 20 kg på, at have mellem 5 og 7 sygdomme og symptomer. Kun 22 pct. af de kvinder, som har en vægtøgning på 10 kg eller derunder, har samme høje antal sygdomme og symptomer. En forklaring på sammenhængen kan findes i kapitel 3, hvor jordemødre og læger fremhæver, at overvægtige gravide lettere får bækkenmerter og bækkenløsning samt diabetes.

TABEL 8.2

Gravide fordelt efter antal sygdomme og symptomer under graviditeten. Særskilt for vægtøgningen under graviditeten. Procent.

Antal sygdomme og symptomer	0-10 kg	11-20 kg	Mere end 20 kg
0	10	7	4
1	17	14	7
2	18	19	13
3-4	34	34	32
5-7	22	26	45
Median (antal sygdomme og symptomer)	3	3	4
Gennemsnit (antal sygdomme og symptomer)	3	3	4
Beregningsgrundlag	695	1612	348

Foruden sammenhængen mellem antallet af sygdomme og gravides vægtøgning viser regressionsanalysen svagere tendenser til, at gravides helbredstilstand før graviditeten har betydning for, hvor mange sygdomme og symptomer gravide udvikler under graviditeten. Gravide, som vurderer, at de havde et godt helbred inden graviditeten, har færre sygdomme og symptomer under graviditeten end gravide, som vurderer, at de havde et dårligere helbred inden. Endvidere viser regressionsanalysen en svagere sammenhæng mellem gravides sygdomme og de sygdomme, som gravide led af under tidligere graviditeter. De gravide, som under tidligere graviditeter enten havde rygbesvær, stress/udbrændthed eller psykiske problemer, oplevede også at have sygdomme under den seneste graviditet. Slutteligt har gravide, som fik lægelig hjælp til graviditeten, flere symptomer og sygdomme end andre gravide. Som nævnt i kapitel 7 kan en årsag være gener som følge af hormonbehandling.

Ligeledes viser regressionsanalysen svage tendenser til, at gravide med hjemmeboende børn har flere sygdomme og symptomer, og at de yngste gravide har flere sygdomme og symptomer end ældre gravide.

Denne sammenhæng kan dels skyldes omsorgsbyrden ved hjemmeboende børn, dels kan den skyldes betydningen af flere forudgående fødsler. Husstandens økonomi har stort set ingen betydning.

ARBEJDSFORHOLD

På samme vis som i kapitel 6 og 7 spiller gravides arbejdspåvirkninger også en væsentlig rolle for antallet af sygdomme og symptomer under graviditeten. Tabel 8.3 viser, at gravide, som under graviditeten er udsat for mange arbejdspåvirkninger, har flere sygdomme og symptomer end gravide, som har færre arbejdspåvirkninger (se kapitel 5 for en forklaring af begrebet arbejdspåvirkninger). 17 pct. af de gravide, som kun oplever at have 1 eller slet ingen arbejdspåvirkninger, har slet ingen af de pågældende sygdomme og symptomer. Blandt gravide, som har flere (9-15) arbejdspåvirkninger, er derimod kun 4 pct. helt sygdoms- og symptomfri. 41 pct. af disse kvinder har omvendt mellem 5 og 7 sygdomme og symptomer, hvor det samme kun gælder for 16 pct. af kvinderne med 1 eller slet ingen arbejdspåvirkninger. Særligt arbejdspåvirkningerne højt arbejdstempo og omgang med medicin hos fx sygeplejersker har indflydelse på antallet af sygdomme og symptomer.

TABEL 8.3

Gravide fordelt efter forekomst af sygdomme og symptomer under graviditeten. Særskilt for antal arbejdspåvirkninger under graviditeten. Procent.

Antal sygdomme og symptomer	0-1 påvirkning	2-3 påvirkninger	4-5 påvirkninger	6-8 påvirkninger	9-16 påvirkninger	Ikke i arbejde
0	17	9	6	7	4	5
1	18	17	14	11	8	11
2	21	19	18	16	14	16
3-4	29	34	34	36	32	34
5-7	16	20	28	31	41	35
Median (antal sygdomme og symptomer)	2	3	3	3	4	4
Gennemsnit (antal sygdomme og symptomer)	3	3	3	3	4	4
Beregningsgrundlag	290	722	558	505	250	346

ANTAL LÆGELIGE BEHANDLINGER UNDER GRAVIDITET

Ikke alle de tidligere beskrevne sygdomme er så alvorlige, at de kræver lægelig behandling. Derfor undersøger vi nu, hvor mange af de angivne sygdomme de gravide også modtager lægelig behandling for under graviditeten.

Tabel 8.4 viser, at over halvdelen af de gravide ikke modtager behandling for nogen sygdomme under graviditeten. Sammenholdt med tabel 8.1 er der således en betydelig andel af de gravides sygdomme, som ikke kræver behandling. 34 pct. af de gravide bliver behandlet for 1 eller 2 sygdomme, mens kun 12 pct. af de gravide modtager behandling for 3 eller flere sygdomme og symptomer under graviditeten.

TABEL 8.4

Gravide fordelt efter antal lægelige behandlinger under graviditeten. Procent.

Antal lægelige behandlinger	Procent
0	54
1	23
2	11
3	6
4	3
5	3
Median (antal behandlinger)	0
Gennemsnit (antal behandlinger)	1
Beregningsgrundlag	2469

ARBEJDSPÅVIRKNINGER

For at undersøge, hvad der karakteriserer de gravide, som bliver behandlet for henholdsvis mange og få sygdomme, har vi foretaget en ordinal logistisk regressionsanalyse med antallet af lægelige behandlinger som afhængig variabel og følgende forklarende variable: Erhvervsuddannelse, antal arbejds påvirkninger samt om ledelsen har vurderet det nødvendigt at omlægge gravides arbejde.²¹ Analysens væsentligste sammenhænge illustreres i tabel 8.5, som viser, at gravide med mange arbejds påvirknin-

²¹ Regressionsanalysens estimerede koefficienter mv. er vedlagt som bilag til den elektroniske udgave af rapporten, som fremgår af SFI's hjemmeside www.sfi.dk.

ger også modtager flest lægelige behandlinger for sygdomme under graviditeten. Forskellene i antallet af lægelige behandlinger er dog ikke store mellem gravide, som har mange arbejdspåvirkninger, og gravide, som har få. Medianværdien er ”ingen behandlinger” for gravide, som har op til 8 arbejdspåvirkninger, mens den er ”1 behandling” for gravide, som har mellem 9 og 16 arbejdspåvirkninger.

TABEL 8.5

Gravide fordelt efter antal lægelige behandlinger under graviditeten. Særskilt for antal arbejdspåvirkninger under graviditeten. Procent.

Antal lægelige behandlinger	0-1 påvirkning	2- 3 påvirkninger	4-5 påvirkninger	6-8 påvirkninger	9-16 påvirkninger	Ikke i arbejde
0	61	60	55	54	41	43
1	21	23	21	25	25	23
2	8	9	10	10	16	15
3	5	4	6	6	11	8
4	3	3	4	2	3	5
5	3	2	3	4	4	5
Median (antal behandlinger)	0	0	0	0	1	1
Gennemsnit (antal behandlinger)	1	1	1	1	1	1
Beregningsgrundlag	240	660	525	472	239	329

Desuden har antallet af arbejdsomlægninger, som ledelsen har fundet nødvendige, i gravides arbejde, indflydelse på antallet af lægelige behandlinger. Gravide, hvis arbejde i høj grad er blevet omlagt af ledelsen, modtager flere lægelige behandlinger end gravide, som ikke får arbejdet omlagt af ledelsen. Dette tyder på, at man på arbejdspladserne er opmærksomme på at tilpasse arbejdet for de gravide, som lider af behandlingskrævende sygdomme under graviditeten. Slutteligt viser regressionsanalysen, at gravide, som ikke har en erhvervs- eller videregående uddannelse modtager flere lægelige behandlinger end andre gravide.

OPSAMLING

Vi har i dette kapitel undersøgt, hvor mange sygdomme og symptomer gravide oplever at have under graviditeten, og hvilke områder som har indflydelse på, hvor mange sygdomme gravide får under graviditeten. Vi har også undersøgt, om de gravide modtager lægelig behandling for deres

sygdomme, og hvordan påvirkninger i gravides arbejde har sammenhæng med antallet af behandlinger for sygdommene.

Vi finder, at kun 8 pct. af de interviewede slet ikke oplever at have nogen sygdomme eller symptomer under graviditeten. De resterende har symptomer på mellem 1 og 7 af de i kapitlet navngivne sygdomme. Sygdommene og symptomerne består bl.a. af rygsmerter, forhøjet blodtryk, bækkenløsning og kvalme. En forklaring på det høje antal sygdomme og symptomer blandt gravide kan være, at nogle af disse er meget udbredte. Gravides vægtøgning under graviditeten har givetvis indvirkning på antallet af sygdomme og symptomer. Næsten halvdelen af de gravide, som øger deres vægt med mere end 20 kilo under graviditeten, har mellem 5 og 7 sygdomme og symptomer. Kun 22 pct. af de gravide, som øger deres vægt med op til 10 kilo, har mellem 5 og 7 sygdomme og symptomer. En forklaring kan være, at gravide, som er overvægtige, har større risiko for rygsmerter og diabetes. Endvidere tyder det på, at de arbejdspåvirkninger, som gravide er udsat for, har betydning for antallet af sygdomme og symptomer under graviditeten. Der er i datamaterialet en tendens til, at gravide, som er udsat for mange arbejdspåvirkninger, har flere sygdomme og symptomer end gravide, som er udsat for færre arbejdspåvirkninger. Især gravide, som er udsat for højt arbejdstempo og omgang med medicin, har flere sygdomme og symptomer.

Ikke alle sygdomme og symptomer er behandlingskrævende, i kapitlet finder vi, at over halvdelen af de interviewede gravide ikke modtog behandling for sygdomme under graviditetsforløbet. Der er således en betydelig andel, som har sygdomme og symptomer, som ikke er behandlingskrævende. Det er især antallet af arbejdspåvirkninger, som har indflydelse på, hvor mange sygdomme gravide behandles for. Gravide, som er udsat for mange påvirkninger i deres arbejde, bliver også behandlet for flere sygdomme. Vi finder i den forbindelse, at gravide, hvis arbejde i høj grad er blevet omlagt af ledelsen, modtager behandling for flere sygdomme end andre gravide. Dette tyder på, at arbejdspladserne er opmærksomme på at tilpasse arbejdet til gravide med behandlingskrævende sygdomme.

LITTERATUR

- Arai, M. & P. S. Thoursie (2001): Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism. *FIEF Working Paper No. 167*, Trade Union Institute for Economic Research, Stockholm.
- Askildsen, J.E., E. Bratberg & Ø.A. Nilsen (2002): Unemployment, Labour Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study. *IZA DP No. 446*. Nettleton, S. (2006): *The Sociology and Health and Illness, 2.nd. ed.* Cambridge: Polity.
- Duden, B. (1991): *The Woman Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*. London: Harvard University Press.
- Beskæftigelsesministeriet (2010): Analyse af graviditetsbetinget fravær.
- Labriola M., K. B. Christensen & T. Lund (2007): *Resultater af sygefravær-forskning 2003-2007*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Regeringen (2003): Det gør vi ved sygefraværet. Handleplan.
- Regeringen (2008): Sygefravær – en fælles udfordring. Handleplan.
- Sundhedsstyrelsen (2009): Anbefalinger for svangreomsorgen. Vejledning om ret til orlov og dagpenge ved barsel 2006.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2009

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 09:01 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Børn i Grønland. En kortlægning af 0-14-årige børns og familiers trivsel*. 145 s. ISBN 978-87-7487-923-7. Kr. 150,00.
- 09:02 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Kalaallit nunaanni meeqqat. Meeqqat 0-imiit 14-it ilanngullugit ukiullit ilaqutarillu atugarissaarnerannik misissuineq*. 172 s. ISBN: 978-87-7487-924-4. Kr. 150,00.
- 09:03 Deding, M. & Filges, T.: *Danske lønmodtageres arbejdstid. En registeranalyse baseret på lønstatistikken*. 160 s. 978-87-7487-925-1. Kr. 160,00.
- 09:04 Thuesen, F., Schademan, H.K., Jensen, S., Holt, H. & Høst, A.: *A-kasserne og den aktive beskæftigelsespolitik*. 216 s. ISBN: 978-87-7487-928-2. Kr. 220,00.
- 09:05 Larsen, B. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2008*. 98 s. ISBN: 978-87-7487-927-5. Kr. 100,00
- 09:06 Ellerbæk, L.S. & Graversen, B.K.: *Evaluering af jobcentrenes ligestillingsindsats*. 80 s. ISBN: 978-87-7487-929-9. Kr. 80,00.

- 09:07 Bengtsson, S. & Røgeskov, M.: *At skabe netværk. En evaluering af 22 socialpsykiatriske projekter i 15M-puljen*. 132 s. ISBN: 978-87-7487-930-5. Kr. 130,00.
- 09:08 Andersen, D. & Järvinen, M.: *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmislbrugere i København*. 214 s. ISBN: 978-87-7487-931-2. Kr. 210,00.
- 09:09 Bengtsson, S. & Cayuelas Mateu, N.: *Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning*. 118 s. ISBN: 978-87-7487-932-9. Kr. 110,00.
- 09:10 Deding, M. & Gerstoft, F.: *Børnefattigdom i Danmark 2002-2006*. 58 s. ISBN: 978-87-7487-933-6. Kr. 60,00.
- 09:11 Holt, H., Hvid, H., Grosen, S.L. & Lund, H.L.: *It, køn og psykiske arbejdsmiljø i administrativt arbejde*. 180 s. ISBN: 978-87-7487-935-0. Kr. 180,00.
- 09:12 Bengtsson, T.T. & Jakobsen, T.B.: *Institutionsanbringelse af unge i Norden. En komparativ undersøgelse af lovgrundlag, institutionsformer og udviklingstendenser*. 318 s. ISBN: 978-87-7487-936-7. Kr. 300,00.
- 09:13 Heltberg, T.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. De frivillige organisationers perspektiv. Del 1*. 228 s. ISBN: 978-87-7487-940-4. Netpublikation.
- 09:14 Sørensen, M., Skov, D., Ellersgaard, C.H., Larsen, A.G. & Stamer, N.B.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Brugernes og de pårørendes perspektiv. Del 2*. 480 s. ISBN: 978-87-7487-941-1. Netpublikation.
- 09:15 Andersen, D.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Behandlingstilbud og metoder. Del 3*. 308 s. ISBN: 978-87-7487-942-8. Netpublikation.
- 09:16 Sørensen, M.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder. Del 4*. 216 s. ISBN: 978-87-7487-943-5. Netpublikation.
- 09:17 Andersen, D. & Skov, D.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Visitation og sagsbehandling. Del 5*. 294 s. ISBN: 978-87-7487-944-2. Netpublikation.
- 09:18 Sørensen, M. & Pedersen, K.B.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Resultater af behandlingen. Del 6*. 268 s. ISBN: 978-87-7487-945-9. Netpublikation.
- 09:19 Benjaminsen, L., Andersen, D. & Sørensen, M.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport*. 397 s. ISBN: 978-87-7487-946-6. Kr. 400,00.
- 09:20 Bach, H.B.: *Lediges motivation og forsørgelse. Lediges forsørgelse 2 år efter interview om jobmotivation*. 55 s. ISBN: 978-87-7487-947-3. Kr. 55,00.
- 09:21 Larsen, B., Jonassen, A.B. & Høgelund, J.: *Personer med handicap. Helbred, beskæftigelse og førtidspension 1995-2008*. 111 s. ISBN: 978-87-7487-948-0. Kr. 110,00.

- 09:22 Jørgensen, M.: *En effektmåling af efterlønsreformen af 1999. Reformens betydning for arbejdsudbuddet*. 194 s. ISBN: 978-87-7487-949-7. Kr. 200,00.
- 09:23 Deding, M. & Olsson, M.: *Hverdagsliv for 11-årige børn med anden etnisk baggrund end dansk. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 105 s. ISBN: 978-87-7487-950-3. Kr. 100,00.
- 09:24 Egelund, T., Christensen, P.S., Jakobsen, T.B., Jensen, T.G. & Olsen, R.F.: *Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt*. 255 s. ISBN: 978-87-7487-951-0. Kr. 250,00.
- 09:25 Benjaminsen, L.: *Hjemløshed i Danmark 2009. National kortlægning*. 139 s. ISBN: 978-87-7487-952-7. Kr. 140,00.
- 09:26 Knudsen, L.: *Børn og unge anbragt i slægten. En sammenligning af slægtsanbringelser og anbringelser i traditionel familiepleje*. 169 s. ISBN: 978-87-7487-953-4. Kr. 170,00.
- 09:27 Nielsen, A.A. & Christoffersen, M.N.: *Børnehavens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt*. 101 s. ISBN: 978-87-7487-954-1. Kr. 100,00.
- 09:28 Schmidt, G., Graversen, B.K., Jakobsen, V., Jensen, T.G. & Liversage, A.: *Ændrede familiesammenføringsregler. Hvad har de nye regler betydet for pardannelsesmonstret blandt etniske minoriteter?* 189 s. ISBN: 978-87-7487-955-8. Kr. 190,00.
- 09:29 Bengtsson, S., Heidemann, J., Jensen, T.G., Tange, J. & Wolff, E.S.: *Kortlægning af de særlige dagtilbud til børn efter § 32. En status to år efter kommunalreformen*. 143 s. ISBN: 978-87-7487-957-2. Kr. 140,00.
- 09:30 Schademan, H.K., Holt, H., Jensen, S. & Weatherall, C.D.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2009*. 185 s. ISBN: 978-87-7487-958-9. Kr. 190,00.
- 09:31 Bach, H. & Milhøj, A.: *Review af Arbejdsmarkedsstyrelsens survey om rekruttering*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-959-6. Kr. 100.
- 10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design*. 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.
- 10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1*. 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.
- 10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark*. 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.

- 10:04 Henriksen, A.C.: *Veje til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978- 87-7487-964-0. Kr. 130,00.
- 10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.
- 10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.
- 10:07 Bach, H.B. & Henriksen, A.C.: *Gravidets sygefravær.* 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.

GRAVIDES SYGEFRAVÆR

I perioden 2005-2007 var gravide gennemsnitligt sygemeldt i 48 dage under graviditeten. Det er en stigning på 5 pct. i forhold til perioden 2002-2004. Det almindelige sygefravær blandt kvinder er i samme periode steget med 14 pct.

Rapporten undersøger, om der i gravides arbejdsliv, privatliv og graviditetens forløb er forhold, som kan forklare stigningen i sygefraværet under graviditeten. Derudover undersøger rapporten, om læger og jordemødre har ændret adfærd og indstilling til, hvad der udløser en syge- og fraværsmelding.

Undersøgelsen viser blandt andet, at man i dag – ifølge interviewede læger og jordemødre – ikke accepterer smerter på samme måde, som tidligere generationer gjorde, heller ikke blandt gravide, som i stigende grad ønsker sygemelding på grund af normale graviditetsgener som fx bækkensmerter.

Undersøgelsen bygger på spørgeskemainterviews med næsten 2.000 gravide og kvalitative interviews med fire praktiserende læger og ni jordemødre. Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Beskæftigelsesministeriet.