

# Mønstre og faktorer forbundet med sykefravær i svangerskapet

En internasjonal studie blant 15 europeiske land

Djordje Milanovic



Masteroppgave i samfunnsfarmasi  
Farmasøytisk institutt  
Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet  
UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2015



# Mønstre og faktorer forbundet med sykefravær i svangerskapet

*En internasjonal studie blant 15 europeiske land*

Djordje Milanovic

Oppgaven er utført ved Avdeling for farmasi, Farmasøytisk institutt, Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet, Universitet i Oslo

Veiledere:

Professor **Hedvig Nordeng**, Avdeling for farmasi, Farmasøytisk institutt, UiO  
Universitetslektor **Angela Lupattelli**, Avdeling for farmasi, Farmasøytisk institutt, UiO

Universitet i Oslo

Høst 2015

© Forfatter: Djordje Milanovic

År: 2015

Tittel: Mønstre og faktorer forbundet med sykefravær i svangerskapet

Forfatter: Djordje Milanovic

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

## Bakgrunn

Sykefraværet hos gravide kvinner er høyt i Norden, men forskjeller i studiedesign gjør det vanskelig å sammenligne med studier utført i andre europeiske land. Å få kunnskap om risikofaktorer for sykefravær er viktig å fremme forebyggende tiltak.

## Hensikt

Hensikten med denne studien er å beskrive utbredelsen av sykefravær i løpet av svangerskapet i 15 europeiske land. Det sekundære målet er å studere ut hvilke faktorer hos mor er forbundet med sykefravær, dvs. sosiodemografiske og livsstil faktorer, medisinbruk, selvrapporterte plager og sykdommer i løpet av svangerskapet og personlighet.

## Metode

Et anonymt nettbasert spørreskjema ble brukt for å samle inn data i perioden mellom oktober 2011 og februar 2012. Inklusjonskriteriene var at kvinner måtte være enten gravide eller mødre med barn under ett år.

## Resultater

45,9 % av kvinner svarte at de var sykemeldt i svangerskapet. De tre viktigste rapporterte årsakene for sykefravær i løpet av svangerskapet var risikabelt svangerskap, svangerskaps kvalme/oppkast og bekken- og ryggsmerte. Landene i denne studien som er rangerte som «gode» innen velferdsordninger for sykefravær hadde høyest forekomst av sykefravær i svangerskapet (59,2 %) sammenlignet med landene med «middels» (47,5 %) og lav (38,2 %) velferdsordning. Legemiddelbruk var høyere hos sykemeldte kvinner. I Øst-Europa hadde sykemeldte kvinner en signifikant høyere gjennomsnittsverdi av sannvittighetsfullhet enn ikke sykemeldte. I Nord- og Vest-Europa hadde sykemeldte kvinner høyere resultat i nevrotisisme. I Vest-Europa var det også en signifikant forskjell i forhold til utadvendthet og åpenhet.

## Konklusjon

Denne studien viste at en andel av kvinner ble sykemeldt i svangerskapet i 15 europeiske land. Risikabelt svangerskap, svangerskaps kvalme/oppkast og bekken- og ryggsmerte var mest hyppig rapporterte årsak for sykefravær i svangerskapet. Studien viser også at forskjellige velferdsordninger i forskjellige europeiske land er forbundet med sykefravær. Legemiddelbruk var høyere hos sykemeldte kvinner. Kvinnens personlighet hadde en beskjeden, men signifikant effekt på sannsynligheten for sykefravær i svangerskapet.

# Summary

## Background

The level of sick leave among pregnant women is high in the Nordic countries, but differences in the study design prevents the comparison with other studies conducted in other European countries. Gaining knowledge about maternal risk factors for sickness absence is essential to promote preventive measures.

## Objectives

The purpose of this study is to describe the prevalence of sick leave during pregnancy in the 15 European countries. The secondary objective is to determine which maternal factors are associated with sick leave, i.e. socio-demographic and lifestyle factors, drug use, self-reported ailments and diseases during pregnancy and personal characteristics.

## Methods

An anonymous questionnaire was available on the Internet for collecting data. Questionnaires was available for two months in each country within the overall period, from October 2011 to February 2012. The inclusion criteria were that women had to be either pregnant or mothers with children under one year.

## Results

45,9 % of women said that they were sick in pregnancy. The 3 main reported reasons for sickness absence was risky pregnancies, pregnancy nausea/vomiting, and pelvic and back pain. When it comes to legislation for sick leave during pregnancy, the countries in this study which have been rated as "good" had the highest incidence of sick leave during pregnancy (59,2 %) compared to countries with "medium" (47,5 %) and low (38, 2 %) legislation. Medication use was higher in women which used sick leave in pregnancy. In Eastern Europe had women which used sick leave a significantly higher average value of conscientiousness than women which did not used sick leave. In Northern and Western Europe had women which used sick leave higher value in neuroticism. In Western Europe there was also a significant difference in terms of extroversion and openness.

## Conclusion

The study shows that there is a high proportion of women on sick leave in 15 European countries. Risky pregnancy, pregnancy nausea/vomiting, and pelvic and back pain are the most frequently reported reasons for absence. The study also shows that legislation in different European countries is associated with sickness absence. Woman personality had a modest but significant effect on the probability of sick leave during pregnancy.

# Forord

Denne masteroppgaven ble i perioden januar 2015 til november 2015 utført ved Farmasøytisk institutt, Universitet i Oslo. Det å skrive selve oppgaven ble en spennende, utfordrende, god, frustrerende, herlig og vidunderlig opplevelse. Jeg føler meg veldig heldig og takknemlig for å ha økt min kunnskap og forståelse i forbindelse med gravide og sykefravær. I tillegg har jeg lært mye om påvirkning av velferdsordning på sykefravær, om grunner for å være sykemeldt i svangerskapet, om plager og sykdommer som er forbundet med sykefravær, om sammenhengen mellom legemiddelbruk og sykefravær og sammenhengen mellom personlighet og sykefravær i svangerskapet.

Først og fremst vil jeg takke min samboer, Nada. Spesielt for tålmodigheten hun har utvist, men også for måten hun har bistått meg på da jeg jobbet med denne oppgaven. Jeg vil også sende en stor takk min sønn, David. Som far har jeg ikke alltid vært til stede på en måte som han fortjener.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Hedvig Nordeng for god veiledning gjennom hele prosessen, konstruktive innspill og motiverende tilbakemeldinger.

Jeg er svært takknemlig til Angela Lupattelli for mye hjelp, gode ord, gode og nyttige tilbakemeldinger og kommentarer.

Oslo, 20.11.2015

Djordje Milanovic





# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	v
Summary .....	vi
Forord .....	vii
Innholdsfortegnelse .....	ix
1 Innledning.....	1
1.1 Hvorfor er det viktig å studere sykefravær i svangerskapet? .....	1
1.2 Regler for sykemelding i svangerskapet i 15 europeiske land .....	4
1.3 Studier som har undersøkt faktorer knyttet til sykefravær i svangerskapet .....	14
2 Kroniske sykdommer og svangerskapsrelaterte plager som kan føre til sykefravær .....	19
2.1 Kvalme og oppkast .....	19
2.2 Bekken- og ryggsmarter .....	20
2.3 Søvnvansker og tretthet .....	20
2.4 Hodepine/migrene .....	21
2.5 Influensa og øvre luftveisinfeksjoner .....	21
2.6 Vaginal blødning i første halvdel av svangerskapet .....	22
2.7 Hypertensjon og preeklampsi .....	23
2.8 Depresjon.....	24
2.9 Urinveisinfeksjoner .....	25
2.10 Svangerskapsdiabetes .....	25
3 Hensikt .....	27
4 Metode og materiale.....	28
4.1 Studiedesign.....	28
4.2 Innsamlingsmetoder.....	28
4.3 Variabler .....	29
4.4 Databearbeidelse og statistikk .....	32
4.5 Metodebeskrivelse av klassifiseringskriterier av velferdsgoder for gravide kvinner	32
4.6 Etisk godkjenning .....	34
5 Resultater.....	35
5.1 Beskrivelse av studiepopulasjon.....	35
5.2 Sykefravær i svangerskapet .....	38
5.3 Sosiodemografiske og livstils faktorer i henhold til sykefravær .....	42

5.4	Påvirkning av velferdsordning på sykefravær .....	45
5.5	Medisinske faktorer i henhold til sykefravær .....	46
5.5.1	Plager og sykdommer .....	46
5.5.2	Legemiddelbruk .....	46
5.6	Personlighet og sykefravær i svangerskapet.....	48
6	Diskusjon.....	49
6.1	Oppsummering av hovedresultater .....	49
6.2	Sammenligning av mine resultater med tidligere studier .....	50
6.3	Fordeler og begrensninger med studien.....	54
6.4	Fremtidig forskning .....	55
7	Konklusjon .....	56
	Litteraturliste .....	57
	Vedlegg .....	64

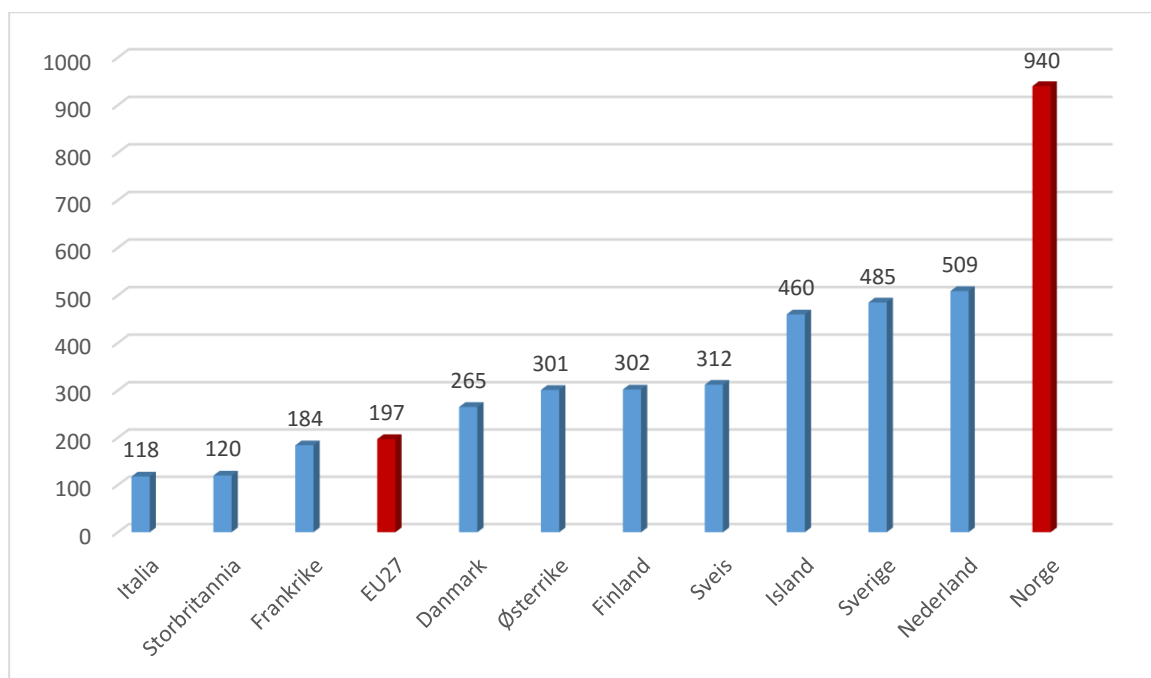
# 1 Innledning

## 1.1 Hvorfor er det viktig å studere sykefravær i svangerskapet?

De fleste kvinner i reprodktiv alder er yrkes aktive. Graviditet er en normal fysiologisk tilstand, men noen kvinner kan oppleve de normale kroppslige endringer i forbindelse med graviditet som mer krevende enn andre, og må sykemeldes fra jobb for å hindre ytterligere funksjonshemming. Andre utvikler komplikasjoner med svangerskapet som gjør videre arbeid farlig både til sin egen og barnets helse. I tillegg kan enkelte kvinner ha jobber der eksponering for miljørisikofaktorer er farlig for graviditet, for eksempel stråling, risiko for vold, eller nattskift. Andel kvinner som tar sykemelding under svangerskapet kan øke når flere kvinner i fertil alder deltar i arbeidslivet.[1] Ulike yrkesgrupper kan ha ulike mønstre for sykefravær.[2]

Sykefravær er en stor belastning på samfunnet. Figur 1.1.1 viser kostnader forbundet med sykefravær i forskjellige europeiske land.

**Figur 1.1.1:** Per capita utgifter til betalt sykefravær i utvalgte land, EUR i PPS<sup>1</sup>[3], 2005



<sup>1</sup>Purchasing power standards (PPS): Enhet uavhengig av nasjonal valuta som eliminerer de skjevheter som skyldes prisnivåforskjeller. PPS verdier er utledet fra kjøpekraftpariteter (OPS), som er oppnådd som vektet gjennomsnitt av relative prisforhold i forbindelse med en homogen kurv av varer og tjenester, sammenlignbare og representative for hvert medlemsland.

**Kilde:** EUROSTAT – ESSPROS, Utgifter til utvalgte fordeler i PPS per capita i 2005, 46/2008 – Statistics in focus [4]

Utgifter til betalt sykefravær varierer dramatisk mellom landene. De gjennomsnittlige utgiftene per capita i de 27 europeiske landene er 197 EUR / PPS. Norge bruker 940 euro per capita, mer enn 7 ganger mer enn Italia og Storbritannia. Frankrike, Italia og Storbritannia bruker et tilsvarende beløp under gjennomsnittet, mens Sverige, Island, Luxembourg og Nederland bruker betydelig mer enn gjennomsnittet.[4]

Sykefravær er ikke bare belastning for samfunnet, men også en viktig rettighet som gravide arbeidstakere har. Når en ansatt blir syk, har vedkommende rett til å være borte fra arbeidet. Videre har arbeidstakeren krav på sykepenger. En detaljert oversikt over sykefravær reglene i forskjellige europeiske land er gitt i del 1.2.

Enkelte land slik som Norge har økende bruk av sykefravær og dette er noe som, sammen med veldig høye utgifter til betalte sykefravær, fører til bekymring hos myndighetene. Størst er økningen i sammenheng med graviditet. Markussen and Røgeberg [5] har vist i sin studie at økt sykemelding blant gravide ikke har sammenheng med at kvinner blir gravide senere i livet nå enn de ble før. Analysene viser tvert imot at økningen har vært sterkest blant de unge gravide. Økende prestasjonspress og et stadig «råere» arbeidsliv er ikke noe som gjør folk mer syke,

viser den samme studien. «Dersom et råere arbeidsliv var årsaken til økende sykefravær, skulle vi ikke sett en enda sterkere økning i fraværet rundt livshendelser. Bli arbeidslivet mer brutalt skulle «alle» vært mer sykmeldte, mens ekstrafraværet rundt livshendelser var mer eller mindre uendret», sier Ole Røgeberg i en artikkel på [forskning.no](http://forskning.no)[6]

«Handler det om at kvinner i større grad mener at de har rett til å være sykmeldte ved graviditet? Eller er det kanskje arbeidsgiverne som sender gravide kvinner hjem fra jobb?» lurer på Markussen i samme artikkelen.

Gravide kvinner står for en tredjedel av fraværsdagene for kvinner i alder 20-39 år[7] men sykefraværet er kortere hos dem som har fått tilpasset arbeidsoppgaver og mange av disse dagene kunne vært unngått med bedre tilrettelegging av arbeidsforholdene.[8]

Ifølge norsk arbeidsmiljølov og folketrygdlov, er det viktig at arbeidsmiljøet til hver tid er fullt ut forsvarlig for alle arbeidstakere, slik at det ikke kan innebære en risiko for fosteret før den gravide er klar over graviditeten. Arbeidsgiveren plikter å sørge for en kontinuerlig kartlegging av arbeidsmiljøet og sette i verk nødvendige tiltak. Arbeidsgiveren har ansvar for at gravide arbeidstakere blir beskyttet mot ubehag og skade som følge av arbeidssituasjonen og arbeidsmiljøet. Han eller hun plikter å legge til rette arbeidet og arbeidsplassen etter uførestønadene til den enkelte. Hvis graviditeten fører til at den gravide kvinnen ikke kan utføre det vanlige arbeidet sitt, og arbeidet ikke kan bli lagt til rette, skal arbeidsgiveren prøve å finne et annet passende arbeid i denne perioden.[9] Når den gravide ikke kan utføre det vanlige arbeidet sitt på grunn av arbeidsmiljørisiko for fosteret, og tilrettelegging eller omplassering ikke er mulig, har hun rett til svangerskapsenger etter folketrygdloven.[10]

## 1.2 Regler for sykemelding i svangerskapet i 15 europeiske land

Det er forskjellig velferdsordning i hvert europeisk land fra studien og under er beskrevet de viktigste funksjonene i velferdsordningene.

En gravid kvinne som er sykemeldt i **Finland** får lønnserstatning fra den 1. dagen av sykefravær. De første 9 dagene av fraværet får hun 50 % av lønn om hennes ansettelse er kortere enn en måned. Hun får 100 % av lønn om ansettelse er lengre enn 1 måned. Etter første 9 dager får hun erstatning opptil 70 % av gjennomsnittlig lønn. [11] Det er ingen minimum ansettelse perioden i Finland før sykefravær. I Finland fins det reglement for delvis sykemelding: Den sykemeldte kan jobbe delvis og få delvis sykepenger fra staten etter 9 dagers venteperiode. [12]

I **Frankrike** får en gravid sykemeldt kvinne 90 % av gjennomsnittlig lønn. [13] For å kvalifisere for lønnserstatning, må den gravide kvinnen ha jobbet minst 200 timer i tremånedersperioden før sykefravær (eller ha betalt bidrag på inntjening som er lik minst 1015 ganger time SMIC (Salaire minimum interprofessionnel de croissance (Yrkesmessige minstelønn): 9,61€ per time i 2015[14]). Å fortsette å motta lønnserstatning etter seks måneders sykefravær, må hun ha jobbet minst 800 timer i 12-månedersperioden eller ha betalt bidrag på minst 2030 ganger SMIC. Saksøkeren må også ha blitt registrert med helseforsikringsordning for minst ett år.[15] Antall dager av lønnserstatning beregnes etter antall år den kvinnen har jobbet i selskapet. Hvis hun har mistet sosial forsikring, vil hennes rett til sykepenger bli opprettholdt i en periode på ett år.[13]

Sykepenger i **Island** (utbetalt fra staten) er gitt som en flat-rate fordel og er ikke inntjening relatert kategori. Sykepenger er knyttet til arbeidsstilling prosent. For å få rett til sykepenger må en gravid kvinne jobbe minst 2 måneder (minst 25 % arbeidsstilling) og ha opphold i minst 6 måneder før fravær. Venteperioden før utbetaling av lønnserstatning er avhengig av ansettelseslengde: venteperioden på 14 dager hvis arbeids lengde er mindre enn 1 år, full lønn i 1 måned fra dag 1 hvis arbeids lengde er minst 1 år, etter 3 år med samme arbeidsgiver-1 måned av full lønn og 1 måned med dagslønn ut av hver 12. måned og etter fem år hos samme arbeidsgiver -1 måned av full lønn og 2 måneder med dagslønn ut av hver 12 måneder [16] Tariffavtaler sørger for ytterligere rettigheter i tilfelle av fravær fra arbeidet på grunn av sykdom. Hvis sikkerhet eller helse av en gravid kvinne anses å være i fare i henhold til en særskilt vurdering, må arbeidsgiver gjøre nødvendige endringer for å sikre kvinnens sikkerhet.

Arbeidsgiveren kan gjøre det ved å endre midlertidig arbeidsvilkår og/eller arbeidstid. Dersom dette ikke er mulig av tekniske årsaker eller andre grunner, må arbeidsgiver gi henne andre arbeidsoppgaver. Hvis dette ikke er mulig, skal arbeidsgiver gi henne permisjon for hvor lang tid det er nødvendig for å beskytte hennes sikkerhet og helse. Disse endringene, som anses nødvendig i en kvinnes arbeidsvilkår og/eller arbeidstid, skal ikke påvirke hennes lønn (reducere dem eller begrense hennes andre jobbrelevante rettigheter). Hvis det er nødvendig å gi en gravid kvinne permisjon, har hun rett til betaling i henhold til reglene som gjelder fødselspermisjon. [17]

En gravid kvinne som er sykemeldt i **Italia** får lønnserstatning fra den 4. dagen av sykefravær. Lønnserstatningen er generelt lik 50 % av hennes lønn de første 20 dager av sykdom og øker gradvis til 66,66 % av lønn. Sykepengene er betalt direkte av arbeidsgiver og trekkes fra beløp som skal betales til Den Italienske Folketrygden som arbeidsgiveravgift. Det er ingen minimum ansettelsesperioden i Italia for å kvalifisere for sykepenger.[18] En gravid kvinne kan be om å gå på tidlig svangerskapspermisjon i visse tilfeller, for eksempel hvis hennes arbeid innebærer løfting eller flytting av tunge objekt. I dette tilfellet er legeattest påkrevd, sammen med bekreftelse fra arbeidskontoret. Arbeidsgivers samtykke er ikke nødvendig.[19]

Hvis en gravid kvinne er sykemeldt i **Kroatia** på grunn av komplikasjoner i svangerskapet, får hun lønnserstatning fra dag 1 av sykefravær og lønnserstatning er lik 100 % av gjennomsnittlig lønn i de 6 siste månedene før sykefravær. For å få rett til sykepenger, må en gravid kvinne ha fullført en forsikringsperiode på minst ni måneder (eller minst 12 måneder i de to siste årene, hvis hun hadde avbrudd i ansettelse). Første 42 dager av sykefravær er betalt av arbeidsgiveren og deretter utbetales en lønnserstatning av Den Kroatiske Helseforsikring Fond (HZZO).[20] Under svangerskapet, svangerskapspermisjon, eller innen femten dager etter avslutning av svangerskapet, kan arbeidsgiver ikke si opp avtalen til en gravid kvinne. Men forbudet mot oppsigelse av kontrakt til en gravid kvinne hindrer ikke opphør av kontrakten inngått for en bestemt periode (tidsbegrenset kontrakten).[21] Tilpassing av arbeidsmiljø, arbeidstid og arbeidstilpassing må ikke føre til reduserte lønninger, og hvis det ikke er mulig å gi spesiell beskyttelse på arbeidsplassen, har kvinner under svangerskapet rett til permisjon med lønn i henhold til en særskilt regulering.[22]

I **Nederland** får sykemeldte gravide kvinner lønnserstatning fra den 1. dagen av sykefravær og lønnserstatning er lik 100 % av gjennomsnittlig lønn (maksimalt €195,6 per dag). Det er ingen minimum ansettelse før sykefravær. [23] En ansatte med en arbeidsgiver er dekket av hans /

hennes arbeidsgiver, som vil betale lønn i inntil to år. Hvis en person arbeider med tidsbegrenset kontrakt, er midlertidig ansatt eller mottar arbeidsledighets- støtte og blir syk, Nederlands Arbeidsforvaltningen spiller rollen som arbeidsgiver.[24]

I **Norge** får sykemeldte gravide kvinner lønnserstatning fra den 1. dagen av sykefravær og lønnserstatning er lik 100 % av gjennomsnittlig lønn. En gravid kvinne må være minst 1 måned på lønnsliste før sykefravær. Det er et vilkår at inntektsgrunnlaget for sykepenger utgjør minst femti prosent av grunnbeløpet (1/2G; Grunnbeløpet (G) er per 1. mai 2015 kr 90 068). Denne inntektsgrensen gjelder ikke for sykepenger i arbeidsgiverperioden (første 16 dager av sykemelding som er betalt av arbeidsgiveren). Sykepengegrunnlaget kan ikke overstige seks ganger folketrygdens grunnbeløp (6G). Arbeidsgiveren betaler de første 16 dagene av sykefravær og deretter staten. Arbeidsgiveren kan kreve tilbakebetaling fra staten om sykefravær gjelder svangerskapskomplikasjoner. I Norge fins det reglement for gradvis sykemelding (20-100 %) som fins bare i Norge, Sverige og Finland (hvis vi ser på de 15 europeiske land fra studien) og reglement for avventede sykemelding (at sykemelding kan unngås hvis arbeidet tilrettelegges) som fins bare i Norge (hvis vi ser på de 15 europeiske land fra studien). [25]

Sykepenger utbetales fra dag 1. i **Polen** til en sykemeldt gravid kvinne og utbetaling er lik 100 % av gjennomsnittlig inntjening av den sykemeldte gravide kvinnen. En sykemeldt gravid kvinne blir kvalifisert for sykepenger etter 30 dager med kontinuerlig forsikring hvis hun er forsikret på en obligatorisk basis, eller etter 90 dager med kontinuerlig forsikring hvis hun er forsikret på frivillig basis. Første 33 dager av sykefravær er dekket av arbeidsgiveren og Polsk Trygdekontor dekker dagene etter 33. dag av sykefravær.[26] Utbetaling av sykepenger er i opptil 270 dager hvis arbeidsuførhet er i perioden av svangerskapet.[27]

I **Russland** får en gravid sykemeldt kvinne lønnserstatning fra den første dagen av sykefravær. Arbeidsgiveren betaler første 3 dager av sykefravær og deretter staten. Det er ingen krav om minimum ansettelse lengde før sykefravær i Russland. Lønnsertatningssummen er avhengig av ansettelse lengde: Ansettelse i minst 8 år: 100 % av gjennomsnittlig lønn, ansettelse mellom 5 og 8 år: 80 % av gjennomsnittlig lønn og ansettelse i mindre enn 5 år: 60 % av gjennomsnittlig lønn. [28] Om en gravid kvinne har en tidsbegrenset arbeidsavtale, må arbeidsgiver ved utløpet av avtaleperioden (etter anmodning fra den gravide kvinnen) forlenge arbeidskontrakten opp til datoen når hun har rett for en fødselspermisjon. [29]



I **Serbia** får en gravid sykemeldt kvinne lønnsersstatning fra dag 1 av sykefravær. Lønnsersstatning er lik 65 % av gjennomsnittlig lønn fra de 3 siste månedene før sykefravær. Enkelte kommuner (Beograd, Novi Sad) erstatter de resterende 35 % av gjennomsnittlig inntjening under sykefravær, men disse tilskudd kun gjelder sykefravær opp til 30 dager.[30] For å få rett til sykepenger, må en ansatte være på lønnsliste i minst 1 måned. Om ansettelse er kortere enn 3 måneder, er sykepenger lik minst fastsatt lønn. Arbeidsgiver kan ikke si opp kontrakten til en gravid kvinne.[31]

En sykemeldt gravid kvinne i **Slovenia** får lønnsersstatning fra den 1. dagen av sykefravær og lønnsersstatningen er lik 90 % av gjennomsnittlig lønn fra året før sykefravær. Det er ingen minimum ansettelsesperiode i Slovenia for å kvalifisere for sykepenger.[32] Lønnsersstatning er vanligvis betalt av arbeidsgiver for de første 30 fraværsdagene. Fra 31. dag av fravær, er lønnsersstatning betalt av Helseforsikring Fond av Republikken Slovenia.[33]

I **Storbritannia** får en sykemeldt gravid kvinne lovbestemt sykepenger (SSP-Statutory Sick Pay= £86,7 per uke, mai 2015[34]). [35] SSP utbetales fra arbeidsgiveren fra dag 4 av sykefravær (ingen fordel utbetales for de tre første dagene av arbeidsuførhet) for inntil 28 uker. [36] Den gravide kvinnen må være minst 8 uker på lønnsliste for å få rett til utbetaling av SSP. Hvis hun fortsatt er sykemeldt etter 28 uker, kan hun kreve Sysselsetting og Støtte bidrag fra staten. Hun må også ha inntekt av minst £109 (mai 2015) per uke i 8 uker før sykefravær for å kunne kreve SSP. Hvis en kvinne under svangerskapet er sykmeldt med en graviditetsrelatert sykdom i de fire siste ukene av svangerskapet, kan arbeidsgiver be henne om å starte fødselspermisjon. [35]

I **Sveits** utbetales lønnsersstatning til en gravid sykemeldt kvinne fra den 3. dagen av sykefravær. Utbetalingen er vanligvis lik 100 % av gjennomsnittlig lønn. Arbeidsuførhet må være minst 50 % for at den gravide kvinna får erstatning. [37] Etter bestemmelsene i Sveits Sivilloven, må arbeidsgivere fortsette å betale arbeidstakere som er midlertidig arbeidsuføre på grunn av sykdom eller graviditet[38]. Varigheten er tre uker i løpet av det første året av arbeid. Eventuelle senere lengre periode er fastsatt på en "likeverdig" basis. Tariffavtaler inneholder ofte mer gunstige forhold. [37]

I **Sverige** utbetales lønnsersstatning til en sykemeldt gravid kvinne fra dag 2 til en ansatte som har arbeidsgiver mens selvstendig næringsdrivende kan velge mellom 1, 14, 30, 60 eller 90 dagers venteperioden (uten lønnsersstatning), og hvis ingen valg er gjort, er ventetiden 7 dager.

Sykepenger er omtrent 80 % av årlig inntekt. Dette gjelder så lenge årlig inntekt ikke overstiger SEK 356 250 (7,5 ganger prisen grunnbeløp [prisbasbeløpet i 2015=47 500 SEK]). Høyere inntekt gir ikke rett til høyere sykepenger. Hvis inntekten er lavere enn SEK 11 400 (24 % av prisen grunnbeløp i 2015), vil en gravid kvinne ikke motta sykepenger. Ansatte i sin første måned av arbeidet må ha vært på lønnsliste i minst to uker for å få rett til sykepenger. [39] En gravid kvinne har rett til sykemelding med lønnsstatning hvis hun er i en fysisk krevende jobb som hun ikke kan fortsette å utføre på grunn av graviditet, og hennes arbeidsgiver er ikke i stand til å overføre henne til en mindre krevende jobb. Denne fordelingen kan betales fra den 60. dagen før forventet termin for fødsel.[40] I Sverige fins det reglement for gradert sykemelding (25 %, 50 %, 75 % sykemelding).[39]

I **Østerrike** får en sykemeldt gravid kvinne lønnsstatning som er lik 100 % av siste inntjening i 6-16 uker (avhengig av arbeids lengde) og deretter kun sykepenger fra staten (Sykeforsikrings Fond): opptil 60 % av siste inntjening. Sykepenger er beregnet på grunnlag av de siste inntjeninger (maks. € 4440 per måned). Det utgjør 50 % av inntektene (til den 42. dagen) og øker til 60 % (fra den 43. dagen). For personer med inntekter under grensen for obligatorisk forsikring og som er frivillig forsikret, er sykepenger satt på € 138.90 per måned i 2015. Sykepenger kan økes med en gitt prosentandel hvis den gravide kvinnen har en ektefelle og/eller andre avhengige familiemedlemmer (kan ikke overstige 75 % av siste inntjening). Lønnsstatning utbetales fra den 4. dagen av fravær. Det er ingen minimums ansettelsesperioden i Østerrike før sykefravær. [41]

Kort beskrivelse av regler for sykefravær i svangerskapet står nedenfor i tabell 1.1.1.

**Tabell 1.2.1:** Oppsummering av regler for sykemelding i svangerskapet i 15 europeiske land

Land	Prosent av lønn/sykepenger utbetalt under sykefravær	Lønn/sykepenger utbetaling: Arbeidsgiveren/Staten	Venteperioden før erstatning av sykefravær	Minimum ansettelse lengde før sykefravær	Merknad
<b>Finland</b> [11, 12, 42]	De første 9 dagene av fravær: 50 % av lønn om ansettelse er kortere enn måned; -100 % av lønn om ansettelse er lengre enn 1 måned; Etter første 9 dager utbetaling opptil 70 % av gjennomsnittlig lønn.	De første 9 dagene arbeidsgiveren deretter staten.	Betalt fra den 1. dagen av fravær	Ingen	Reglement for delvis sykemelding: Den sykemeldte kan jobbe delvis og få delvis sykepenger fra staten — 9 dager venteperiode.
<b>Frankrike</b> [13-15]	90 % av gjennomsnittlig lønn.	Arbeidsgiveren og staten sammen utbetaler sykepenger i minst 30 dager av fravær.	Betales fra den 4. dagen av sykefravær	For å kvalifisere for lønnserstatning, må søkeren ha arbeidet minst 200 timer i tremånedersperioden før sykefravær (eller betalt bidrag på inntjening som er lik minst 1015 ganger time SMIC i perioden på seks måneder). Å fortsette å motta lønnserstatning etter seks måneders sykefravær, må den sykemeldte ha jobbet minst 800 timer i 12-månedersperioden eller ha betalt bidrag på minst 2030 ganger SMIC. Saksøkeren må også ha blitt registrert med helseforsikringsordning for minst ett år.	Antall dager av sykepenger utbetaling beregnes etter antall år den kvinnen har jobbet i selskapet.

Land	Prosent av lønn/sykepenger utbetalt under sykefravær	Lønn/sykepenger utbetaling: Arbeidsgiveren/Staten	Venteperioden før erstatning av sykefravær	Minimum ansettelse lengde før sykefravær	Merknad
<b>Island</b> [16, 17]	Sykepenger (fra staten) er gitt som en flat-rate fordel og er ikke inntjening relatert kategori. Sykepenger er knyttet til arbeidsstillingsprosent.	Staten betaler fra den 15. dagen av sykefravær. Arbeidsgiveren kan erstatte lønn i første 14 dager (regulert med tariffavtaler).	Avhengig av ansettelse lengde: - Venteperioden på 14 dager hvis arbeids lengde er mindre enn 1 år - Full lønn i 1 måned fra dag 1 hvis arbeids lengde er minst 1 år; - Etter 3 år med samme arbeidsgiver 1 måned av full lønn og 1 måned med dagslønn ut av hver 12. måned; - Etter fem år hos samme arbeidsgiver 1 måned av full lønn og 2 måneder med dagslønn ut av hver 12 måneder	For å få rett til sykepenger en ansatte må jobbe minst 2 måneder (minst 25 % arbeidsstilling) og ha opphold i minst 6 måneder før fravær.	/
<b>Italia</b> [18, 19]	50 % av gjennomsnittlig lønn i de første 20 dagene. Øker gradvis til 66 % av lønn.	Sykepengene er betalt direkte av arbeidsgiver og trekkes fra beløp som skal betales til Den Italienske Folketrygden som arbeidsgiveravgift.	Sykepenger betales fra den 4. dagen av fravær for maksimalt 180 dager per kalenderår.	Ingen	/
<b>Kroatia</b> [20-22, 43]	100 % av gjennomsnittlig lønn i de siste seks månedene.	Første 42 dager betalt av arbeidsgiveren; Fra den 43. dagen betaler staten.	Sykefravær på grunn av komplikasjoner i svangerskapet er betalt fra den 1. dagen av fravær.	For å få rett til sykepenger, må en arbeidstaker ha fullført en forsikringsperiode på minst ni måneder (eller minst 12 måneder i de to siste årene, hvis han/hun hadde avbrudd i ansettelse).	/

Land	Prosent av lønn/sykepenger utbetalt under sykefravær	Lønn/sykepenger utbetaling: Arbeidsgiveren/Staten	Venteperioden før erstatning av sykefravær	Minimum ansettelse lengde før sykefravær	Merknad
<b>Nederland</b> [23, 24]	100 % av gjennomsnittlig lønn (maksimalt €195,6 per dag)	En ansatte med en arbeidsgiver er dekket av hans / hennes arbeidsgiver, som vil betale lønn i inntil to år. Hvis en person arbeider med tidsbegrenset kontrakt, er midlertidig ansatt eller mottar arbeidsledighetsstøtte og blir syk, Nederlands Arbeidsforvaltningen spiller rollen som arbeidsgiver.	Sykepenger utbetales fra den 1. dagen av fravær.	Ingen	/
<b>Norge</b> [25]	100 % av gjennomsnittlig lønn.	Arbeidsgiveren betaler de første 16 dagene av sykefravær og deretter staten. Arbeidsgiveren kan kreve tilbakebetaling fra staten om sykefravær gjelder svangerskapskomplikasjoner	Ansatte får erstatning fra dag 1	1 måned	Det fins: Reglement for gradvis sykemelding (20-100 %); Reglement for avventede sykemelding (at sykemelding kan unngås hvis arbeidet tilrettelegges).
<b>Polen</b> [26, 27]	100 % av gjennomsnittlig lønn.	Første 33 dager betaler arbeidsgiveren, deretter staten.	Sykepenger utbetales fra dag 1.	Forsikrede personer blir kvalifisert for sykepenger etter 30 dager med kontinuerlig forsikring hvis de er forsikret på en obligatorisk basis, eller etter 90 dager med kontinuerlig forsikring hvis de er forsikret på frivillig basis.	Utbetaling i opptil 270 dager hvis arbeidsuførhet er i perioden av svangerskapet

Land	Prosent av lønn/sykepenger utbetalt under sykefravær	Lønn/sykepenger utbetaling: Arbeidsgiveren/Staten	Venteperioden før erstatning av sykefravær	Minimum ansettelse lengde før sykefravær	Merknad
<b>Russland</b> [28, 29]	-Ansettelse i minst 8 år: 100 % av gjennomsnittlig lønn; -Ansettelse mellom 5 og 8 år: 80 % av gjennomsnittlig lønn; - Ansettelse i mindre enn 5 år: 60 % av gjennomsnittlig lønn.	Arbeidsgiveren betaler første 3 dager og deretter staten.	Sykepenger utbetales fra dag 1	Ingen	Ved utløpet av avtaleperioden må arbeidsgiver (etter anmodning fra den gravide kvinnen) forlenge arbeidskontrakten opp til datoen når hun får rett til fødselspermisjon.
<b>Serbia</b> [30, 31]	65 % av gjennomsnittlig lønn fra de 3 siste månedene.	Arbeidsgiveren betaler de første 30 dager; Staten betaler etter de første 30 dager.	Sykepenger utbetales fra dag 1.	For å få rett til sykepenger, en ansatte må være på lønningsliste i minst 1 måned. Om ansettelse er kortere enn 3 måneder Sykepenger=minst fastsatt lønn.	Kommuner Novi Sad, Loznica og Beograd subsidierer de resterende 35 % av gjennomsnittlig inntjening under sykefravær opptil 30 dager.
<b>Slovenia</b> [32, 33, 44]	Den månedlige utbetalingen er 90 % av gjennomsnittlig inntjening i år før fravær.	Arbeidsgiveren betaler første 30 dager av fravær og deretter staten.	Sykepenger utbetales fra dag 1.	Ingen	Sykepenger er beregnet på grunnlag av gjennomsnittlig lønn i år før sykefravær.
<b>Storbritannia</b> [35, 36, 45]	Den sykemeldte får lovbestemt sykepenger (SSP-Statutory Sick Pay= £86,7 per uke, mai 2015).	Arbeidsgiveren betaler SSP i 28 uker og deretter den sykemeldte kan kreve Sysselsetting og Støtte bidrag fra staten.	SSP utbetales etter dag 4 av sykefravær.	Minst 8 uker på lønnsliste.	En må ha inntekt av minst £109 (mai 2015) per uke i 8 uker før sykefravær for å kunne kreve SSP. Hvis en kvinne under svangerskapet er sykmeldt med en graviditetsrelatert sykdom i de fire siste ukene av svangerskapet, kan arbeidsgiver be henne om å starte fødselspermisjon.

Land	Prosent av lønn/sykepenger utbetalt under sykefravær	Lønn/sykepenger utbetaling: Arbeidsgiveren/Staten	Venteperioden før erstatning av sykefravær	Minimum ansettelse lengde før sykefravær	Merknad
<b>Sveits</b> [37, 38]	Avhengig av forsikringsavtale mellom ansatte og forsikringsselskapet eller arbeidsgiveren og ansatte; Vanligvis 100 % av lønn.	Arbeidsgiveren eller forsikringsselskapet.	Sykepenger utbetales vanligvis fra den 3. dagen av sykefravær og gis i minst 720 dager av en periode på 900 dager.	Det er ingen obligatorisk forsikring mot midlertidig arbeidsuførhet på grunn av sykdom i Sveits. Valgfri forsikring er tilgjengelig for personer bosatt eller blir yrkesaktive i Sveits og som er i alder mellom 15 og 65 år	Arbeidsuførhet må være minst 50 %.
<b>Sverige</b> [39, 40]	Ca. 80 % av gjennomsnittlig årlig inntekt.	Arbeidsgiveren betaler fra den 2. dagen til den 14. dagen av fravær og deretter staten.	Sykepenger utbetales til en ansatte fra dag 2. Selvstendig næringsdrivende kan velge mellom 1, 14, 30, 60 eller 90 dagers venteperioden (uten lønnsstatning).	Minst 2 uker på lønnsliste.	For å kreve sykepenger en må ha minst 24 % av prisen grunnbeløp (SEK 11400 i 2015). Det fins reglement for gradert sykemelding (25 %, 50 %, 75 % sykemelding).
<b>Østerrike</b> [41]	100 % av siste inntjeninger i 6-16 uker utbetales (avhengig av arbeids lengde) og deretter kun sykepenger (staten): 60 % av siste inntjeninger. I tillegg kan sykepenger økes med en gitt prosentandel hvis en har en ektefelle og/eller andre avhengige familiemedlemmer (kan ikke overstige 75 % av siste inntjeninger).	Arbeidsgiveren betaler første 6-12 uker (avhengig av arbeids lengde). Etter denne perioden utbetales halvparten av lønnen i ytterligere fire uker, og halvparten av sykepenger (staten) gis.	Første 3 dager av fravær er ikke betalt.	Ingen	Sykepenger er beregnet på grunnlag av de siste inntjeninger (maks. € 4440 per måned). Det utgjør 50 % av inntektene (til den 42. dagen) og øker til 60 % (fra den 43. dagen). For personer med inntekter under grensen for obligatorisk forsikring og som er frivillig forsikret, er sykepenger satt på € 138.90 per måned i 2015.

## 1.3 Studier som har undersøkt faktorer knyttet til sykefravær i svangerskapet

Nedenfor står kort beskrivelse av utvalgte studier som undersøkte faktorer knyttet til sykefravær i svangerskapet. Flest av studier som undersøker faktorer knyttet til sykefravær i svangerskapet kommer fra Norden og derfor er alle studier i denne oversikten fra 1 eller flere av disse 3 landene (Danmark, Norge eller Sverige).

Det er 7 studier som er gjennomført i **Norge** som er nyttige for vår oppgaven.

Dorheim, Bjorvatn [8] har prøvd i sin studie å beskrive forekomst av, grunnene for, og faktorer knyttet til sykefravær i løpet av svangerskapet. Studien var fokusert på kvinner i Norge. Ved svangerskapsuke 32 var 63,2 % av de 2918 kvinnene inkludert i studien sykmeldt, og 75,3 % hadde vært sykmeldt på et tidspunkt i løpet av svangerskapet. Tretthet/søvnproblemer (34,7 %), bekkenløsning (31,8 %), og kvalme/oppkast (23,1 %) var de viktigste grunnene gitt for sykefravær. Å være sykmeldt i alle trimester var sterkt assosiert med hyperemesis (OR (95 % CL) 1,93 (1,45-2,56)), trening mindre enn ukentlig (OR (95 % CL) 1,79 (1,69-2,31)), kroniske smerter før (OR (95 % CL) 1,79 (1,28-2,51)) eller under graviditet (OR (95 % CL) 1,66 (1,28-2,15)), behandling av infertilitet (OR (95 % CL) 1,77 (1,27-2,46)), konflikter på arbeidsplassen (OR (95 % CL) 1,47 (1,10-1,96)), multiparitet (OR (95 % CL) 1,40 (1,06-1,86)), tidligere depresjon (OR (95 % CL) 1,37 (1,05-1,77)), søvnløshet-tredje trimester (OR (95 % CL) 1,35 (1,02-1,78)) og lavere utdanning (OR (95 % CL) 1,32 (1,01-1,72)). Tilrettelegging av arbeid var assosiert med en uke kortere sykefravær.

Rieck and Telle [46] har brukt registerdata med informasjon på hver ansatt norsk kvinne som fødte sitt første barn i perioden 1995-2008 til å beskrive og sammenligne nivåer av sykefravær før, under og etter svangerskapet. De fant ut at sykefravær øker brått i måneden unnfangelsen og fortsetter å vokse gjennom hele svangerskapet. Sammenlignet med pre-graviditet nivåer, har sykefravær hos gravide økt betydelig siden midten av 1990-tallet. I tråd med hypoteser av kvinners «dobbel byrde» («Den doble byrde»)-hypoteser tar utgangspunkt i at kvinner med barn bruker nesten dobbelt så mye tid på hjemmearbeid som menn med barn, og at det å balansere ansvar for barn og yrkeskarriere dermed kan være en større (psykisk) belastning for kvinner enn for menn) sykefraværet øker i årene etter fødselen. Men når sykefravær under en



påfølgende graviditet er utelukket, økningen i kvinners sykefravær i årene etter fødselen er ikke betydelig.

Markussen and Røgeberg [5] undersøkte i sin studie i hvilken grad sykefraværet i Norge, som doblet seg i perioden 1993 – 2003, skyldtes endringer i medisinske faktorer, i ikke-medisinske faktorer eller i sammensetningen av arbeidsstokken. Studien fant ut at personer som hadde gjennomgått større livshendelser (separasjon, graviditet og ektefelles død) hadde oftere og mer langtidssykefravær (>16 dager) enn deres kontrollgrupper og dette ekstra fraværet økte i perioden 1993-2005.

Melsom [47] i sin studie undersøker hvordan kjønnsammensetningen av arbeidsplasser påvirker sykefravær av gravide norske kvinner. Det ble også undersøkt om en observert sammenheng kan forklares med differensial utvalget til kvinne- eller mannsdominerte arbeidsplasser. Resultatene av studien viser at antall kvinner på arbeidsplasser er positivt forbundet med sykefravær i løpet av svangerskapet. Denne forbindelsen kan ikke forklares med yrkes eller individuelle egenskaper.

Ariansen and Mykletun [48] hadde i sin studie formålet som er todelt: For det første å undersøke om utsettelse av svangerskapet i Norge er knyttet til økt sykefravær og dermed bidrar til økt kjønnsforskjellen i sykefravær; og for det andre, for å anslå hvor mye av den økte kjønnsforskjellen i sykefravær som kan forklares ved økt sykefravær blant gravide. Resultatene av studien viser at utsettelse av første graviditet forklarer ikke økt sykefravær i svangerskapet i perioden 1993-2007 fordi både høyeste nivå og økt sykefravær er sett hos yngre kvinner.

Brekke, Berg [49] prøvde å estimere i sin studie forskjeller i det legemeldte sykefraværet i løpet av svangerskapet blant innvandrere og innfødte norske kvinner. Resultater viser at innvandrerkvinner hadde høyere sykefravær (38,2 %) enn innfødte norske kvinner (23,6 %) under graviditet ( $p < 0,001$ ). Forskjellen i gjennomsnittlig antall uker mellom innfødte norske kvinner og innvandrerkvinner ble delvis forklart med dårligere helsestatus før graviditeten, alvorlig graviditet oppkast og dårligere ferdigheter i det norske språket blant innvandrerkvinner.

Studien av Malmqvist, Kjaermann [50] hadde som formål å utforske frekvensen av sykefravær i svangerskapet på grunn av bekkenløsning, vurdere forbindelse mellom ulike typer smerterelatert dagliglivets aktiviteter, undersøke fysisk arbeidsbelastning, type arbeid i forhold til sykefravær, og å utforske faktorer som gjør kvinner mindre tilbøyelige til å ta sykemelding på grunn av bekkenløsning i svangerskapet. Forskere har fant ut at bekkenløsning er en hyppig

og viktig årsak til sykefravær i løpet av svangerskapet blant norske kvinner. I tillegg har de fant ut at kvinner med høyere utdanning, høyere arbeidsglede og færre problemer med å sitte, gå og stå, hadde mindre sannsynlighet for å ta sykemelding i svangerskapet, til tross for den samme smerteintensitet som kvinnene som var sykemeldt.

2 studier var gjennomført i både **Norge og Sverige**.

Gutke, Olsson [51] prøvde å beskrive i sin studie sammenhengen mellom uførhet og sykefravær grunnet bekkens- og ryggsmerte hos gravide kvinner fra 3 kohorter i Sverige og Norge, og for å utforske mulige faktorer som har betydning for sykefraværet. Et ytterligere mål var å sammenligne forekomst av sykefravær grunnet bekkens- og ryggsmerte. De fant ut at funksjonshemming og smerte var assosiert med sykefravær. Forekomsten av selvrapportert bekkenløsning i svangerskapsuke 10-24 varierte mellom de 3 kohorter ( $p < 0,001$ ), samt mellom landene (65% vs. 44-58% i Norge og Sverige, henholdsvis,  $p < 0,001$ ). Forekomsten av selvrapportert sykefravær på grunn av bekkenløsning var lik (5% -11%,  $p = 0,135$ ). I svangerskapsuker 28 -38, flere av de norske kvinnene rapporterte bekkenløsning enn de svenske kvinnene (81% og 63% henholdsvis,  $p < 0,001$ ). Andelen av norske og svenske kvinner som var sykemeldt på grunn av bekkenløsning varierte noe ( $p = 0,048$ ).

Sydsjo, Sydsjo [1] har prøvd i sin studie fra 1997 å analysere sammenhengen mellom sykefraværet, arbeidsvilkår, svangerskapsutfall og graviditet forbundet sosiale ytelser i to urbane gravide populasjoner i Sverige og Norge med ulike sosiale stønadssystemer. De har fant ut at sykefraværet under svangerskapet ikke er i forbindelse med sykdom, arbeidsforhold eller mengden av sosiale ytelser tilgjengelige. I studien konkluderes med at økt nivå av sykefravær i Sverige kan eventuelt forklares med en endret holdning til graviditet og dens naturlige konsekvenser, særlig blant yngre kvinner.

Nedenfor er kort beskrivelse av 4 studier gjennomført i **Sverige**.

Formålet med studien, som var gjennomført av Sydsjö and Sydsjö [52], var å undersøke om en sosial fordel-svangerskapsenger, som ble introdusert i Sverige i 1980, og som var spesielt rettet mot gravide kvinner som arbeider i krevende yrker, hadde noen påviselig effekt på sykefraværet blant sysselsatte gravide. Hovedfunn av studien var at det er ingen direkte sammenheng mellom sykefravær og antall dager av svangerskapsenger som ble brukt. I stedet, endringer i sykefraværet blant gravide kvinner var tilsvarende endringer i sykefraværet blant alle forsikret personer, både menn og kvinner. Forfatterne konkluderer at økende kostnader til

sosial trygghet forsikring blant gravide kvinner har mest sannsynlig forbindelse med nivåer i trygd forsikring. Gravide kvinner synes mer tilbøyelig til å søke om sykefravær i perioder når den økonomiske kompensasjonen er lik (eller nesten lik) lønn.

Alexanderson, Hensing [53] analyserte i sin studie variasjonen av graviditetsrelatert sykefravær blant sysselsatte kvinner i henhold til alder, yrke, og graden av mannlig-kvinnelig dominans innen yrker. Studien var gjennomført i sør Sverige (Fylke Østergötland). Studie har fant ut at total sykefravær nivå blant gravide kvinner var 22 % ( $p < 0,001$ ) i 1985. Forfatterne har også fant ut at det var betydelige forskjeller mellom yrkesgrupper i sykefravær som involverer svangerskapsrelaterte diagnoser. Noen forskjeller var knyttet til fysisk belastning av jobbene som blir gjort, men ikke alle. Forfatterne påpeker at det er viktig å vurdere også mannlig-kvinnelig dominans innenfor en jobb med hensyn til slike sykefravær.

Larsson, Sydsjo [54] prøvde å svare i sin studie hvis det å ta av sykefravær under svangerskapet kan muligens forklares med holdninger til sykefraværet holdt blant fødselsleger som arbeider i svangerskapsomsorgen i Sverige hvor er sykemelding tatt oftere av gravide kvinner enn av ikke gravide kvinner. Oppfatning av fødselsleger er at gravide kvinner er sykmeldt for ofte, men fødselsleger følger som regel til kvinnenens ønsker for å unngå konflikt. Da de fleste av fødselsleger (74 %) ofte ikke liker å være i samsvar med gravide kvinners ønsker, var ubehagelige situasjoner ikke uvanlig (56 %). En konflikt ble opplevd i dobbeltrolle som fødselslege hadde som pasientens fortrolige på den ene siden, og som representant eller portvakt for trygdesystemet på den andre.

Sydsjo, Sydsjo [55] undersøkte det relative bidraget av gravide kvinner til nivået av sykefraværet, generelt og i ulike diagnosegrupper, samt i hvilken grad sykmeldte gravide kan identifiseres gjennom diagnoser på syke sertifikater i Sverige. De fant ut at ved bruk av diagnose fra syke sertifikater, kan bare 46 % av alle sykmeldte gravide bli identifisert. De konkluderer i denne studien at studier om sykefraværet blant kvinner i fertil alder bør også inneholde informasjon om andel av sykmeldte gravide kvinner fordi en liten andel av gravide kvinner kan ha en stor effekt på resultatene og konklusjonene blant alle kvinner.

Nedenfor er beskrivelse av 2 studier gjennomført i **Danmark**.

Kaerlev, Jacobsen [56] forsøkte å beskrive risikoindikatorer av langvarig sykefravær i løpet av svangerskapet blant sykehusansatte i alderen 20-45 år fra det nest største sykehuset i Danmark.

Denne studien viser en høy grad av sykefravær i løpet av svangerskapet blant sykehusansatte og at arbeidsforholdene er sterkt knyttet til sykefravær.

Hansen, Thulstrup [57] hadde i sin studie som formål å undersøke sammenhengen mellom arbeidsstillinger, løft på jobb, skiftarbeid, arbeidstid og jobb belastning og risiko for sykefravær i løpet av svangerskapet fra 10-29 fullførte graviditetsuker i en stor kohort av danske gravide kvinner. Resultatene fra denne studien funnet statistisk signifikante assosiasjoner mellom alle faktorene og risiko for sykefravær. Samme studie fant ut at sykefravær har høyere forekomst blant kvinner i alder mellom 20 og 30 år, blant røykere og kvinner som ikke brukt alkohol i svangerskapet, blant fagarbeidere og ikke fagarbeidere (mindre frekvens blant høyt nivå faglærte og faglærte), blant kvinner med kronisk sykdom og kvinner som hadde barn fra før.

Denne studien har kartlagt sykefravær i svangerskapet samtidig i 15 europeiske land og dette er kunnskap som manglet fra andre studier om sykefravær i svangerskapet i Europa.

## **2 Kroniske sykdommer og svangerskapsrelaterte plager som kan føre til sykefravær**

### **2.1 Kvalme og oppkast**

Selv om årsaken til kvalme og oppkast i svangerskapet er uklar, er observasjonen at svangerskap med ingen foster forbundet med signifikant kvalme og oppkast. Dette tyder på at stimulus er produsert av morkaken, ikke fosteret. Begynnelsen av kvalme er innen 4 uker etter den siste menstruasjon hos fleste gravide kvinner. Problemet vanligvis topper på ca. 9 uker av svangerskapet. 60 % av tilfeller løser seg ved slutten av første trimester, og 91 % løser seg etter 20 uker av svangerskap.[58]

Kvalme og oppkast er assosiert med en redusert risiko for spontanabort.[59]

Kvalme i svangerskapet er vanligvis mild og krever ikke behandling med legemidler. Kosttilskudd modifikasjon som å spise små hyppige karbohydrat måltider er antatt å være nyttig. En studie har foreslått at pyridoksin, bør forsøkes først hvis medikamentbehandling er nødvendig. Fordelen er også rapportert med ingefær.[60]

Vedvarende oppkast og kvalme kan utvikle seg til hyperemesis gravidarum hvis tilstrekkelig hydrering ikke kan opprettholdes; tilstanden forekommer hos opptil 1 % av graviditeter.[61] Behandling av hyperemesis omfatter sykehusinnleggelse og intravenøs væske og elektrolytt erstatning, og dette er vanligvis tilstrekkelig.[60]

Etter en gjennomgang av data, American Gastroenterologisk Association Institute har vurdert at metoklopramid, proklorperazin, promethazine, trimetobenzamid, og ondansetron var av lav risiko hos gravide kvinner, og kunne brukes til kvalme og oppkast og for hyperemesis gravidarum.[60]

## 2.2 Bekken- og ryggsmarter

Mer enn to tredjedeler av gravide kvinner opplever ryggsmarter og nesten en femtedel opplever bekkensmarter. Smerte øker med utvikling av graviditet og er i sammenheng med arbeid, daglige aktiviteter, søvn, økt vekt under svangerskapet og rygg- og/eller bekkensmarter før svangerskapet.[62]

Avlastning av bekkenet og fysisk aktivitet som bør holdes innenfor smertegrensen kan være av hjelp. Henvisning til fysioterapeut kan være aktuelt. Kontrollerte studier har vist effekt av fysioterapi i form av trening og stabiliserende øvelser, og også av akupunktur. Legemidler har ingen plass i behandlingen av bekkenløsning.[63]

## 2.3 Søvnvansker og tretthet

I 2000 definerte American Academy of Sleep Medicine insomni i graviditet som forekomst av søvnløshet eller sterk søvnighet på dagtid.[64]

Insomni er vanlig i svangerskapet, og i mange tilfeller kan insomni være relatert til fysiologiske forandringer i løpet av svangerskapet. Mange faktorer, som for eksempel muskel- og skjelett ubehag, halsbrann, nokturi, livmor kontraksjoner, og fosterets bevegelser, kan forstyrre søvnen. [65, 66]

Insomni er mer vanlig i tredje trimester og mer enn halvparten av gravide rapporterer dårlig søvn i de siste åtte ukene av svangerskapet. Som et resultat av fragmentert søvn, øker dagtid napping i slutten av svangerskapet. Faktorer som er assosiert med kortere søvnlengde og som forverrer insomni er null paritet, ung alder, røyking, høyere svangerskapslengde, og høyere blodtrykk. [67, 68]

Sedaterende antihistaminer som diphenhydramin eller benzodiazepiner er første-linje legemidler for behandling av søvnvansker i svangerskapet.[69] En studie viste ingen økning i risikoen for medfødte misdannelser hos kvinner behandlet med zaleplon, zolpidem og zopiklon.[70]

## 2.4 Hodepine/migrene

Migrene karakteriseres av tilbakevendende anfall av hodepine som varer vanligvis 4 til 72 timer. Angrep som varer i mer enn 72 timer kalles status migrainosus. Hodepinen er vanligvis en ensidig pulserende smerte som forverres ved bevegelse og er vanligvis alvorlig nok til å forstyrre eller hindre daglige aktiviteter. Det er ofte fulgt av kvalme, oppkast eller andre gastrointestinale forstyrrelser, og det kan forekomme fotofobi og fonofobi.[71] Ikke-farmakologiske metoder er alltid førstelinjebehandling, og skal også brukes til å utfylle eventuelle nødvendige behandling. Paracetamol er det foretrukne legemiddelet for akutt behandling gjennom hele svangerskapet. Hvis paracetamol ikke er tilstrekkelig effektiv, kan sporadisk bruk av sumatriptan vurderes. NSAIDs som ibuprofen kan også brukes under visse omstendigheter selv om inntaket i første og tredje trimester er assosiert med spesifikke risikoer og kontraindikasjoner. Forebyggende behandling bør bare vurderes i de mest alvorlige tilfellene.[72]

## 2.5 Influensa og øvre luftveisinfeksjoner

Akutt infeksjon med influensavirus type A, B eller C. Influensa spres hovedsakelig ved dråpesmitte fra øvre luftveier eller gjennom aerosoler fra nedre luftveier, men kan også spres ved kontaktsmitte. Influensa C gir oftest mer sporadiske infeksjoner, mens influensa A- og B-virus vanligvis forårsaker epidemier i vintermånedene. De typiske symptomene er sår hals, høy feber, frysninger, hodepine og muskel-ledd-smerter samt ev. rhinoré, heshet og hoste. Vedvarende tørrhoste og slapphet er vanlig. Feberen varer vanligvis 3–4 dager. Ved feber over 4 dager mistenkes bakterielle komplikasjoner. Fugleinfluensa H5N1 og svineinfluensa H1N1 har oftere gitt alvorlige organmanifestasjoner slik som ARDS (Acute respiratory distress syndrome), gastrointestinale symptomer, forhøyete transaminaser og pancytopeni. Epidemier med nye stammer medfører ofte en betydelig overdødelighet hos, blant annet, gravide (særlig i 2. og 3. trimester).

Det vanligvis brukes bare symptomatisk behandling. Tidlig behandling med neuraminidasehemmere (innen 2 døgn etter symptomstart) er spesielt aktuelt hos personer med kjente risikofaktorer (gravide kvinner). Disse midlene kan forkorte sykdomsforløpet med 1–4 dager, redusere frekvensen av komplikasjoner og redusere spredning av influensavirus fra luftveiene. Neuramidasehemmere virker enten lokalt etter inhalasjon (zanamivir) eller

systemisk ved peroralt inntak (oseltamivir).[73] Dersom infeksjoner er forårsaket av bakterier er det vanlig at den gravide kvinnen behandles med enten peniciliner eller cefalosporiner.[74]

## **2.6 Vaginal blødning i første halvdel av svangerskapet**

Vaginalblødning defineres som blødning uten reaktivitet i svangerskapets 1. eller begynnelsen av 2. trimester. Blødning kommer fra cervikalkanalen uten ledsagende smerter, hvor det ikke foreligger lokal årsak. Relativt vanlig tilstand, rundt 1/5 av alle som føder har hatt en blødning i svangerskapet.[75] Blødning i første halvdel av svangerskapet kan være tegn på spontanabort som er en fryktet komplikasjon ved ethvert svangerskap. Ca. 10-15 % av alle klinisk registrerte graviditeter kulminerer i spontanabort og 80 % av disse skjer i første trimester. Hovedsymptomet er blødning. Spontanabort kan deles inn i følgende stadier: truende abort (svangerskapet kan fortsette), uunngåelig abort som etterfølges av enten ukomplett abort (delvis kvittering av graviditetsprodukter) eller komplett abort (fullstendig kvittering av graviditetsprodukter).

Risikofaktorer for spontanabort er: alder > 35 år, infertilitet, assistert fertilisering, flere påfølgende tidligere aborter, flerlingsvangerskap, inneliggende spiral, kromosomavvik hos foreldre, sykdom hos mor (autoimmun sykdom, diabetes mellitus, thyroideaforstyrrelser, trombofilier, antifosfolipid syndrom, hyperhomocysteinemi, folatmangel) og miljøfaktorer (røyk, alkohol, narkotika, kaffe, teratogener, traume)[76]

Dersom det foreligger spontan abort, kan man enten avvente, gi legemidler (misoprostol) for å fremskynde prosessen eller revidere kirurgisk. Blødningsmengden, svangerskapets lengde og kvinnens holdning er blant de faktorer som avgjør valg av prosedyre. Lever fosteret, er det overveiende sannsynlig at svangerskapet vil fortsette. Da er behandling med legemidler ikke indisert. Det er vanlig å gi råd om avlastning inntil blødningene er stoppet, men avlastning er sannsynligvis uten vesentlig betydning for prognosen.[75]



## 2.7 Hypertensjon og preeklampsi

Hypertensjon i svangerskapet kan være livstruende for både mor og foster. Det kan være pre-eksisterende eller kan utvikles for første gang under svangerskapet. Hypertensjon før 20. uke av svangerskap fortsetter generelt langvarig og regnes som kronisk hypertensjon. Etter den 20. uken (svangerskaps hypertensjon) kan det være forbigående (svangerskapsindusert hypertensjon), kronisk eller preeklampsi. Svangerskaps hypertensjon blir vanligvis definert som et blodtrykk på 140/90 mm Hg eller mer, på minst to målinger hos en tidligere normotensiv kvinne. Det anses forbigående hypertensjon dersom blodtrykket har returnert til normale grenser ved tolvte uke etter fødsel. Det er anbefaling at blodtrykket av 170/110 mm Hg eller høyere bør behandles som en nødsituasjon, men anbefalinger for behandling av lavere blodtrykk er mindre klar. Kvinner med pre-eksisterende hypertensjon bør fortsette med sin behandling men ACE-hemmere og angiotensin II-reseptorantagonister er kontraindisert hos gravide og bør endres til et alternativ. For svangerskaps hypertensjon, metyldopa eller betablokkere er førstelinjebehandling. Nifedipin eller hydralazin kan også brukes.[77]

Preeklampsi er en av de vanligste svangerskapskomplikasjonene og en av de mest alvorlige.[78] Preeklampsi er en hypertensive svangerskapskomplikasjon som innebærer økt blodtrykk sammen med proteinuri, og noen ganger unormal koagulasjon, leverdysfunksjon og ødem.[79] Etiologi er multifaktoriell og genetiske faktorer spiller en rolle, både maternell og paternell arv. Noen av de viktigste faktorer som fører til preeklampsi er diabetes, hypertoni, tvilling graviditet, første svangerskap (preeklampsi er dobbelt så vanlig hos kvinner med først graviditet enn hos kvinner som var tidligere gravide[80]) og alvorlig preeklampsi i tidligere svangerskap. Mekanismen bak preeklampsi er at mangelfull utvikling av blodforsyningen til placenta fører til iskemi av hele eller deler av placenta. Det oppstår nekroser, infarkter og fibrose ring i placenta, og stoffer fristetes og går over i maternell sirkulasjon og fører til endotelskade med utløsning av hypertoni og proteinuri. Fosteret kan få for lite oksygen slik at det oppstår kronisk hypoksemi med acidose og forsinket vekst. Placentaløsning kan også forekomme.[78] Preeklampsi kan sjelden utvikle seg til eklampsi, som er et krampaktig fase.

Behandling av preeklampsi og eklampsi er i hovedsak rettet mot å redusere høyt blodtrykk og behandling eller forebygging av resulterende anfall. Imidlertid kan behandlingen av hypertensjon alene ikke være tilstrekkelig til å forhindre utviklingen av preeklampsi til eklampsi. Eklampsi i Storbritannia ble tradisjonelt behandlet med diazepam, klometiazol, eller fenytoin. Kombinasjon av legemidler som består av klorpromazin, petidin, og/eller prometazin

har også blitt brukt i noen land i behandling av preeklampsi og eklampsi, men de resulterer i kraftig sedasjon og bruk av fenotiaziner er generelt ikke anbefalt i slutten av svangerskapet. Magnesium sulfat er nå den første linje behandlingen av eklampsi. Det har vært den foretrukne behandling av eklampsi i USA i mange år, med den begrunnelsen at det er mer effektivt og gir mindre bivirkninger enn andre antiepileptika.[79]

## 2.8 Depresjon

Definisjon av depresjon er at tilstanden skal ha vart i minst 2 uker og den skal ikke være et direkte resultat av kroppslig sykdom eller rusmisbruk. Det må være minst to av følgende hovedsymptomer: depressiv stemningsleie, interesse- og gledeløshet og energitap eller økt tretthet. Andre symptomer kan være: redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om, eller utføring av, selvskaade eller selvmord, søvnforstyrrelse og redusert eller endret appetitt.[81]

Etiologi av depresjon er ukjent, men det kan representere et samspill mellom psykologiske og biokjemiske mekanismer snarere enn en enkelt faktor. Symptomene ser ut til å være mediert gjennom endringer i nivåene av noen sentrale nevrotransmittere, selv om det ikke er sikkert at dette representerer årsak til sykdommen.[82]

Depresjon påvirker ca. 20 % av kvinner i løpet av livet, med graviditet som en periode med høy sårbarhet. Forekomst av depresjon under svangerskapet varierer fra 4 % til 20 %. Flere risikofaktorer disponerer for depresjon under svangerskapet inkludert fødsels faktorer. Depresjon under svangerskapet er ikke bare den sterkeste risikofaktoren for postnatal depresjon, men fører også til uønskede fødsels utfall.[83]

Behandling av kvinner med depresjon under og etter svangerskapet øker bekymringer om risiko for teratogenisitet, fosterets veksthemning, eller perinatal problemer. Risiko for barnet og fordelen for moren må derfor vurderes svært nøye. Det bør tas hensyn til at ubehandlet depresjon under svangerskapet har vært assosiert med dårlig neonatal utfall som lav fødselsvekt. I noen tilfeller behandling med antidepressiva vil være hensiktsmessig. Behandlingen bør ikke stoppes rutinemessig tidlig i svangerskapet hos kvinner som blir gravide mens de tar en antidepressiv.[82]

## 2.9 Urinveisinfeksjoner

Urinveisinfeksjoner (UVI) representerer den vanligste bakterielle infeksjonen hos gravide og ikke gravide kvinner. Fysiologiske endringer av svangerskapet øker en kvinnes følsomhet for UVI. Effekt av progesteron og mekanisk kompresjon av gravid livmor svekker tømning av blæren og fører til økt blærestvolum og vesikouretral tilbaketrekning. Relativ stasis av urin i urinlederne fører til hydronefrose. Svangerskapsrelaterte endringer i glomerulusfiltrasjon øker uringlukosekonsentrasjon og alkalitet, og dermed tilrettelegger for bakterievekst. I tillegg, endringer i mors immunologiske forsvarsmekanismer oppstår i svangerskapet. Symptomer på UVI varierer etter type infeksjon.

UVI i svangerskapet er klassifisert etter stedet av bakteriell spredning: *Asymptomatisk bakteriuri* (behandling:  $\beta$ -laktam-antibiotika, inkludert ampicillin, cefalosporiner, nitrofurantion), *Cystitt-blærekatarr* og *Pyelonefritt*. [84]

6% av gravide kvinner har asymptomatisk bakteriuri assosiert med økt for tidlig fødsel og perinatal dødelighet sammenlignet med kvinner med steril urin. Screening for bakteriuri i svangerskapet har blitt rutine. Vaginal bakteriell kolonisering har blitt anerkjent som en viktig bidragsfaktor til for tidlig fødsel. [85] Samme som asymptomatisk bakteriuri, er blærekatarr assosiert med for tidlig fødsel. Assosiert med markert fosterets og mors morbiditet, pyelonefritt er mest alvorlig form av UVI og den vanligste indikasjonen for før fødsel sykehusinnleggelse. [84]

## 2.10 Svangerskapsdiabetes

Svangerskapsdiabetes er enhver form for nedsatt glukosetoleranse som påvises første gang i svangerskapet uavhengig av hvilken type behandling som er nødvendig for å kontrollere blodglukose. [86] Diabetes i svangerskapet er forbundet med risiko for kvinnen og for fosterutviklingen. Spontanabort, preeklampsi og for tidlig fødsel er mer vanlig hos kvinner med pre-eksisterende diabetes. I tillegg kan diabetisk retinopati forverres raskt i løpet av graviditet. Dødfødsel, medfødte misdannelser, makrosomi, fødselsskader, perinatal dødelighet og postnatal problemer (som hypoglykemi) er mer vanlig i babyer født av kvinner med pre-eksisterende diabetes. [87] Innledende screening er basert på vurdering av risikofaktorer som alder, kroppsmasseindeks eller kroppsvekt, tidligere svangerskapsdiabetes, diabetes i familien, og etnisk opprinnelse med høy forekomst av diabetes. Ulike kriterier har blitt brukt for

svangerskapsdiabetes, men American Diabetes Association viser at de med risikofaktorer bør i utgangspunktet bli undersøkt for type 2 diabetes ved hjelp av standard diagnostiske kriterier.[88]

De fleste kvinner med svangerskapsdiabetes kan behandles ved diett og mosjon alene. Men hvis disse er utilstrekkelige, insulinterapi kan startes.[87, 89] Det er bevis for effekt og sikkerhet ved behandling med metformin eller glibenklamid som et supplement eller alternativ til insulin.[87] Publiserte studier viser at etter svangerskapsdiabetes mellitus, 35-60 % av kvinner utvikler type 2-diabetes i løpet av 10 år. Dermed nøyaktig diagnose av glukose abnormaliteter er nødvendig for oppstart av strategier for primærforebygging av diabetes.[89]

### 3 Hensikt

Hensikten med denne studien er å beskrive utbredelsen av sykefravær i løpet av svangerskapet i de 15 europeiske landene. Det sekundære målet er å finne ut hvilke maternal faktorer er forbundet med sykefravær, dvs. sosiodemografiske og livsstil faktorer, medisinbruk, selvrapporterte plager og sykdommer i løpet av svangerskapet og personlige egenskaper.

Mer spesifikk ønskes følgende problemstillinger utredet og besvart:

- 1 Hva er andelen kvinner med sykefravær i løpet av svangerskapet i 15 europeiske land?
- 2 Hvilken grunner for å være sykemeldt har gravide kvinner rapportert?
- 3 Hvilke sosiodemografiske og livsstilsfaktorer er forbundet med sykefravær?
- 4 Er det sammenheng mellom velferdsordninger i de forskjellige landene og andel gravide med sykefravær?
- 5 Hvilke selvrapporterte plager og sykdommer er forbundet med økt sykefravær i svangerskapet?
- 6 Er det sammenheng mellom legemiddelbruk i svangerskapet og sykefravær?
- 7 Er det sammenheng mellom kvinnens personlighet og sykefravær i løpet av svangerskapet?

# 4 Metode og materiale

## 4.1 Studiedesign

Dette er en understudie av et multinasjonalt, tverrsnitt, internettbasert studie gjennomført i 18 land i Vest-, Nord- og Øst-Europa, Nord-Amerika og Australia. Land som var inkludert i denne studien (15 europeiske land) er Finland, Frankrike, Island, Italia, Kroatia, Nederland, Norge, Polen, Russland, Serbia, Sveits, Sverige, Slovenia, Storbritannia og Østerrike.

## 4.2 Innsamlingsmetoder

Data var hentet ved hjelp av et anonymt spørreskjema administrert av Quest Back (<http://www.questback.com/>), et selskap som tilbyr online undersøkelse. En invitasjon til å delta i studien var lagt ut på nettsteder (2-3 per land) som ofte er besøkt av gravide kvinner. Følgende 3 websider for gravide var brukt i Norge: barnimagen.com, tryggmammamedisin.no, jordmorsiri.no. Før de hadde fått tilgang til det elektroniske spørreskjemaet, måtte hver studiedeltaker lese beskrivelse av undersøkelsen der hensikt av studie, deltakerne rett til å trekke seg fra studien når som helst og kontaktpersoner i det aktuelle landet, ble presentert. Hver deltaker blir deretter spurt om hun er villig eller ikke å delta i studien, og fylle ut det elektroniske spørreskjemaet. Først etter å ha klikket "ja", ble deltakeren omdirigert til nettsiden hvor full online spørreskjema kunne fylles i. Denne prosessen anses å være som å gi informert samtykke til deltakelse i studien.

Spørreskjemaet var tilgjengelig i ca. to måneder i hvert land (1. oktober 2011-15. februar 2012). Både gravide og ammende kvinner med barn som er under ett år gamle var inkludert i studien.

## 4.3 Variabler

Spørreskjema inneholdte 12 deler.

Nedenfor er kort beskrivelse av variabler som er brukt i denne studien:

- *Sykefravær i svangerskapet*

Kvinnene ble spesifikt spurt om å svare på om de hadde vært sykemeldt i løpet av svangerskapet. I tillegg ble de spurt om å rapportere eventuell årsak til sykefravær i et åpent spørsmål, og i hvilke uker i svangerskapet de har vært sykemeldt (se på tabell 4.3.1). Disse spørsmålene er i den tredje delen av spørreskjemaet «Helseplager og medisiner i svangerskapet».

**Tabell 4.3.1:** Data som var innhentet fra spørreskjema i forbindelse med sykefravær i svangerskapet.

	Spørsmål	Svaralternativ	Årsak til sykefravær – 18 kategorier
<b>Informasjon om sykefravær i svangerskapet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du vært sykemeldt i dette svangerskapet?</li> <li>• (Underspørsmål til dem som svarte ja på spørsmålet over) Hva var årsaken til det?</li> <li>• (Underspørsmål til dem som svarte ja på det første spørsmålet) I hvilke uker i svangerskapet har du vært sykemeldt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ja; Nei</i></li> <li>• <i>Åpent svaralternativ</i></li> <li>• <i>Uke 0-12;</i> <i>Uke 13-24;</i> <i>Uke 25-fødsel</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Andre infeksjoner</i></li> <li><i>Andre smerter</i></li> <li><i>Anemi</i></li> <li><i>Annet</i></li> <li><i>Bekken- og ryggsmerte,</i></li> <li><i>Farlig/utilstrekkelig arbeidsmiljø,</i></li> <li><i>Depresjon</i></li> <li><i>Lavt blodtrykk</i></li> <li><i>Preeklampsi og høyt blodtrykk</i></li> <li><i>Respiratoriske infeksjoner</i></li> <li><i>Risikabelt svangerskap</i></li> <li><i>Stress</i></li> <li><i>Svangerskapskvalme/oppkast,</i></li> <li><i>Svangerskapskomplikasjoner</i></li> <li><i>Søvnvansker</i></li> <li><i>Trøtthet</i></li> <li><i>Urinveisinfeksjon</i></li> <li><i>Vaginal blødning</i></li> </ul>

Kvinnene som svarte «Ja» på spørsmål «Har du vært sykemeldt i dette svangerskapet?», hadde også mulighet til å svare på spørsmål «Hva var årsaken til det?». Mange kvinner har angitt flere årsaker for sykefravær og alle disse årsakene er tatt med i analyse. Alle årsaker for sykefravær var gruppert i 18 grupper: Andre infeksjoner, andre smerter (alle smerter som ikke kan klassifiseres under «bekken- og ryggsmerte»), anemi,

bekken- og ryggsmerte, farlig/utilstrekkelig arbeidsmiljø, depresjon, lavt blodtrykk, preeklampsi og høyt blodtrykk, respiratoriske infeksjoner (alle rapporterte infeksjoner i bihulene, svelg, luftveier eller lunger (rhinitt, sinusitt, faryngitt/laryngitt, bronkitt, bronkitt, lungebetennelse, luftrørskatarr), risikabelt svangerskap (alle rapporterte tilstander som truer helsen eller livet av mor eller hennes foster. Risikofaktorer er blant annet: høy alder, livsstils faktorer (storrøyking, misbruk av alkohol, narkotika eller andre medikamenter o.l.) familiehistorie med genetiske sykdommer, tidligere dødfødsler eller perinatal død, multipel graviditet), stress, svangerskapskvalme/oppkast, svangerskapskomplikasjoner (inneholder rapporterte tilstander som ikke kan klassifiseres som risikabelt svangerskap: kolestasis i svangerskapet, symfyse pubis dysfunksjon, carpal tunnel syndrom, livmorhals betennelse, bekken ustabilitet, hovne ben, hyperstimulering av ovariene), søvnevansker, trøtthet, urinveisinfeksjon, vaginal blødning og annet (alle rapporterte tilstander som førte til sykefravær og som ikke kan klassifiseres under andre årsaker fra studien (f.eks. vertigo, anoreksi, forgiftning, lang vei til jobb, død i familien, høy puls, hemoroider, redd for tidlig fødsel, refluks, rastløse bena, svimmelhet))-årsakene under «annet» kunne ikke klassifiseres på grunn av lavtall.

- *Generelle egenskaper til deltakerne*

Sosiodemografiske variabler-generelle informasjonen var brukt i studien og er innhentet fra den første delen av spørreskjemaet «Litt informasjon om deg selv». Innhentet informasjon gjennom spørreskjemaet som er brukt i denne studien og som er i forbindelse med sosiodemografiske faktorer-generelle informasjonen er: alder, arbeidsstatus, høyest utdanningsnivå, innvandring status (kvinnene med morsmål som er annerledes fra offisielt språk i oppholdsland), oppholdsland, sivil status og tidligere barn.

- *Informasjon om svangerskapet*

Generelle informasjonen om svangerskap til studiedeltakerne var samlet gjennom spørsmålene fra den andre delen av spørreskjemaet «Litt informasjon om ditt svangerskap». Innhentet informasjon gjennom spørreskjemaet som er brukt i denne studien og som gir generelle informasjonen om svangerskap er: alkoholforbruk, graviditet sekundær infertilitet behandling, planlagt svangerskap røyking før svangerskapet, røyking i svangerskapet og samråd med helsepersonell på grunn av infertilitet.



- *Helseplager, sykdommer og medisinbruk i svangerskapet*

Kvinnene hadde mulighet å se på en lista av helseplager og notere hvis de hadde opplevd en eller flere av helseplagene i svangerskapet. Hvis de opplevde en eller flere av helseplager fra lista, kunne de også notere om de har brukt legemidler for helseplage/r.

Spørsmålene som var benyttet i analyse er i den tredje delen av spørreskjemaet «Helseplager og medisiner i svangerskapet» og den sjette delen av spørreskjemaet «Medisiner mot kroniske sykdommer i svangerskapet».

- *Edinburgh postnatal depression scale (EDPS)*

Edinburgh postnatal depresjonsskår er et spørreskjema som er laget for å oppdage kvinner med depresjon i forbindelse med svangerskapet. Edinburgh postnatal depresjonsskår ble opprinnelig utviklet av professor John Cox i Edinburgh.[90] I vår studie, EPDS var brukt til å måle symptomer av depresjon i svangerskapet blant kvinner som var gravide da de fylte ut spørreskjema og å måle symptomer av depresjon etter fødsel blant kvinner som var nybakte mødre da de deltok i studien.

EDPS er et spørreskjema med 10 spørsmål angående psykisk helse til den gravide/nybakte mor. EPDS består av ti lukket spørsmål. Den gravide/nybakte mor ble bedt å streke under det svaret som best svarer til hvordan hun har følt seg i de siste syv dagene. Hvert svar rangeres på en skala fra 0 til 3. Summen på hele skalaen varierer fra 0 til 30, der høy skåre kan være indikasjon på en depresjon.

- *BIG-5*

BIG-5, personlighet i henhold til fem dimensjoner.[91, 92] De fem dimensjonene er: åpenhet, samvittighetsfullhet, utadvendthet, medmenneskelighet, og nevrotisme. Under hver dimensjon, finns det en rekke korrelerte og mer spesifikke primære faktorene. F.eks. utadvendthet inkluderer relaterte egenskaper som selvsikkerhet, spenning ønsker, varme, aktivitet og positive følelser[93]. Vi brukte i oppgaven Cohen`s for å sammenligne forskjellen mellom gjennomsnittlige skår verdier.[94]

## 4.4 Databearbeidelse og statistikk

Prosentandeler ble brukt for å beskrive forekomst av (I) sosiodemografiske karakteristikk til kvinnene i studien, (II) kvinner som var sykemeldt og som ikke var sykemeldt i forskjellige europeiske land, (III) kvinner som var sykemeldt i ulike perioder av svangerskapet, (IV) rapporterte årsaker til å bli sykemeldt i svangerskapet, (V) akutte lidelser hos kvinner som var sykemeldt i svangerskapet, (VI) kroniske sykdommer hos kvinner som var sykemeldte i svangerskapet (VII) medisinbruk hos kvinner som var sykemeldt i svangerskapet.

Kji-kvadrat test ble brukt til å sammenligne sosiodemografiske, livsstils-, helse relaterte og personlighets faktorer hos sykemeldte og ikke sykemeldte kvinner. Signifikansnivået ble satt til  $p < 0,05$ . Statistiske analyser ble utført ved hjelp av Statistisk Package for Sosial Sciences (SPSS) versjon 22 (IBM SPSS Statistics).

## 4.5 Metodebeskrivelse av klassifiseringskriterier av velferdsgoder for gravide kvinner

Beskrivelse av klassifiseringskriterier av velferdsgoder for sykefravær for gravide kvinner er oppgitt i tabell 4.5.1. Velferdsgodene ble klassifiserte i 3 grupper (god, middels, lav) og klassifisering er basert på sum av poenger: Land med  $\geq 4,5$  poeng har land status «god», land med 3,4-4,5 poeng har land status «middels» og land med  $< 3,5$  poeng har land status «lav». Sum av poeng er basert på 4 hovedkriterier: reglement om prosent av utbetaling til gravide kvinner som er sykemeldte har størst vekt (0,7), reglement om begynnelse av utbetaling til den gravide kvinnen som er sykemeldt har vekt 0,1, minst-ansettelse lengde reglement har vekt 0,1 og delvis sykemelding reglement har også vekt av 0,1. Under disse 4 hovedkriteriene er flere underkriteriene som har forskjellige verdier. Disse verdier varierer mellom 1 og 5 hos underkriterier av første 3 hovedkriterier mens hos delvis sykemelding kriterium er det bare 2 verdier: 0 og 3 (som er avhengig om det fins delvis sykemelding reglement i et land eller ikke).

**Tabell 4.5.1:** Klassifiseringskriterier av sykefravær regler for gravide kvinner

Rangering kriterium	Vekt	Verdi	Vekt*Verdi
<b>a. Prosent av utbetaling</b>			
-100 % av gjennomsnittlig lønn	0,7	5	3,5
-75-100 % av gjennomsnittlig lønn		4	2,8
-100 % av gjennomsnittlig lønn meg begrensinger		4	2,8
- % av utbetaling er avhengig av avtale men oftest 100 % av gjennomsnittlig lønn		4	2,8
- % av utbetaling er avhengig av stillingsprosent og er flat-rate		4	2,8
-100 % av gjennomsnittlig lønn i første 1-4 måneder og deretter 50-75 %.		4	2,8
-50 %-100 % av gjennomsnittlig lønn i første 9 dager, deretter 50 %-70 %.		3	2,1
-50-75 % av gjennomsnittlig lønn		3	2,1
- % av utbetaling er avhengig av ansettelse lengde, 100 % for >8 år, 80 % for 5-8 år, -60 % for <5 år		3	2,1
-Statutory sick pay (SSP)		2	1,4
- <50 % av gjennomsnittlig lønn	1	0,7	
<b>b. Begynnelse av utbetaling</b>			
- Fra dag 1	0,1	5	0,5
- Fra dag 1 med begrensinger		4	0,4
- Fra 2.-5. dagen		4	0,4
- Fra 2.-5. dagen med begrensinger		3	0,3
- Fra 6.-10. dagen		3	0,3
- Fra 11.-15. dagen		2	0,2
- Fra >16. dagen		1	0,1
<b>c. Minst ansettelse-lengde kriterium</b>			
- Ingen	0,1	5	0,5
- 0-1 måneder med begrensinger		4	0,4
- 1-2 måneder av ansettelse		4	0,4
- 1-2 måneder av ansettelse med begrensinger		3	0,3
- 3-4 måneder av ansettelse		3	0,3
- 3-4 måneder med begrensinger		2	0,2
- 5-6 måneder av ansettelse		2	0,2
- >6 måneder av ansettelse		1	0,1
<b>d. Delvis sykemelding kriterium</b>			
- Det fins delvis-sykemelding reglement	0,1	3	0,3
- Det fins ikke delvis-sykemelding reglement		0	0
Resultat (a + b + c + d)	Min	1	
	Maks	5	
Status av land er god			≥4,5
Status av land er middels			3,4-4,5
Status av land er lav			<3,5

## **4.6 Etisk godkjenning**

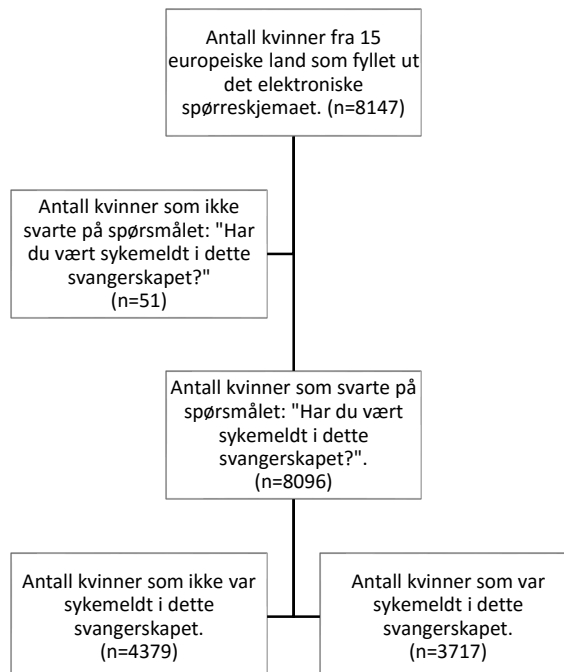
Samtykke om deltakelse i studien ble gitt av deltakerne ved å krysse svaret "ja" på spørsmålet "Er du villig til å delta i studien?" Denne studien ble utført i samsvar med Helsinkideklarasjonen. Regional etisk komité (REK) i Norge, region Sør-Øst, godkjent studien. velferdsordning. Alle data ble håndtert og lagret anonymt.

# 5 Resultater

## 5.1 Beskrivelse av studiepopulasjon

Totalt 8147 kvinner fyllet ut det elektroniske spørreskjemaet og 8096 (99,4 %) av dem svarte på spørsmålet «Har du vært sykemeldt i dette svangerskapet». 3717 av disse kvinnene svarte at de var sykemeldt i svangerskapet og 4379 svarte at de ikke var sykemeldt i svangerskapet. Deltakers flytdiagram for å oppnå endelig analyseprøve er beskrevet i figur 5.1.1.

**Figur 5.1.1:** Deltakers flytdiagram for å oppnå endelig analyseprøve.



Totalt 8096 kvinner fra 15 europeiske land deltok i studien: 3117 kvinner (38,5 % av studiepopulasjon) var fra Øst-Europa, 2785 (34,4 %) fra Vest-Europa og 2194 (27,1 %) fra Nord-Europa, tabell 5.1.2.

Norge var mest representert med 1279 deltakere (15,8 % av studiepopulasjon), deretter kommer Storbritannia med 1104 (13,6 %), Russland med 907 (11,2 %), Italia med 900 (11,1 %), Sverige med 875 (10,8 %), Polen med 665 (8,2 %), Sveits med 606 (7,5 %), Finland med 564 (6,9 %), Frankrike med 348 (4,3 %), Kroatia med 281 (3,5 %), Serbia med 196 (2,4 %),

Slovenia med 146 (1,8), Østerrike med 80 (1,0 %), Nederland med 79 (1,0 %) og Island med 66 (0,8 %).

De fleste av studiedeltakere var i alder 20-30 år (53,6 %) og var gift eller hadde samboeren (95,0 %). 60,4 % av studiedeltakere svarte at de var ansatte men ikke som helsepersonell og 55,2 % hadde utdanning som er høyere enn videregående skole mens bare 4,5 % hadde utdanning som er lavere enn videregående skole. I alt 83,6 % svarte at de ikke har brukt alkohol i løpet av svangerskapet. I alt 26,0 % av studiedeltakerne sluttet å røyke i svangerskapet. I alt 91,4 % har planlagt svangerskapet og 94,7 % var statsborgere av en av de 15 europeiske land. Forekomst av kvinner som hadde barn tidligere var høyere hos nybakte mødre på tiden av besvarelse av spørreskjemaet (55,2 %, 2081/3767) enn hos på tiden gravide (44,2 %, 1913/4329).

Tabell 5.1.1 nedenfor viser at det er signifikant forskjell mellom antall kvinner som var gravide på tiden av besvarelse av spørreskjema og nybakte mødre i henhold til geografisk region, mors alder, tidligere barn, arbeidsstatus, alkoholforbruk og innvandring status.

**Tabell 5.1.1: Sosiodemografiske og livsstils data for studie populasjon**

	Total studiepopulasjon (n=8096) <sup>1</sup>	Gravide på tiden av besvarelse av spørreskjemaet	Nybakte mødre på tiden av besvarelse av spørreskjemaet	Gravide /nybakte mødre
	n (%)	n(%)	n(%)	p-verdi
<b>Region<sup>2</sup></b>				
Vest-Europa	3117 (34,4 %)	1697 (39,2 %)	1420 (37,7 %)	<0,001
Nord-Europa	2785 (27,1 %)	1621 (37,4 %)	1164 (30,9 %)	
Øst-Europa	2194 (38,5 %)	1011 (23,4 %)	1183 (31,4 %)	
<b>Mors alder (år)</b>				
≤20	238 (2,9 %)	159 (3,7 %)	79 (2,1 %)	<0,001
20-30	4425 (54,7 %)	2441 (56,4 %)	1984 (52,7 %)	
≥31	3433 (42,4 %)	1729 (39,9 %)	1704 (45,2 %)	
<b>Tidligere barn</b>				
Nei	4102 (50,7 %)	2416 (55,8 %)	1686 (44,8 %)	<0,001
Ja	3994 (49,3 %)	1913 (44,2 %)	2081 (55,2 %)	
<b>Sivilstatus</b>				
Gift / samboer	7688 (95,0 %)	4128 (95,4 %)	3560 (94,5 %)	0,083
Single / skilt / annet	408 (5,0 %)	201 (4,6 %)	207 (5,5 %)	
<b>Arbeidsstatus</b>				
Student	700 (8,7 %)	355 (8,2 %)	345 (9,2 %)	<0,001
Hjemmeværende	630 (7,8 %)	368 (8,5 %)	262 (7,0 %)	
Helsepersonell	1104 (13,7 %)	611 (14,1 %)	493 (13,1 %)	
Ansatt men ikke som helsepersonell	4882 (60,4 %)	2527 (58,5 %)	2355 (62,6 %)	
Jobbsøker	362 (4,5 %)	218 (5,0 %)	144 (3,8 %)	
Ingen av de overnevnte	408 (5,0 %)	243 (5,6 %)	165 (4,4 %)	
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>				
Lavere enn videregående skole	361 (4,5 %)	200 (4,6 %)	161 (4,3 %)	0,469
Videregående skole	2320 (28,7 %)	1266 (29,2 %)	1054 (28,0 %)	
Høyere enn videregående skole	4469 (55,2 %)	2367 (54,7 %)	2102 (55,8 %)	
Annen utdanning	946 (11,7 %)	496 (11,5 %)	450 (11,9 %)	
<b>Alkoholforbruk (n=8093)</b>				
Ja	1263 (15,6 %)	594(13,7 %)	669 (17,8 %)	<0,001
Nei	6762 (83,6 %)	3693 (85,3 %)	3069 (81,5 %)	
Husker ikke	68 (0,8 %)	40 (0,9 %)	28 (0,7 %)	
<b>Røyking før svangerskapet (n=8084)</b>				
Ja	2853 (35,3 %)	1495 (34,6 %)	1358 (36,1 %)	0,162
Nei	5231 (64,7 %)	2827 (65,4 %)	2404 (63,9 %)	
<b>Røyking i svangerskapet (n=8081)</b>				
Ja	751 (9,3 %)	395 (9,1 %)	356 (9,5 %)	0,618
Nei	7330 (90,7 %)	3925 (90,9 %)	3405 (90,5 %)	
<b>Samråd med helsepersonell på grunn av infertilitet (n=8069)</b>				
Ja	1192 (14,8 %)	667 (15,5 %)	525 (14,0 %)	0,064
Nei	6877 (85,2 %)	3646 (85,5 %)	3231 (86,0 %)	
<b>Graviditet sekundær infertilitet behandling</b>				
Ja	537 (6,6 %)	305 (7,0 %)	232 (6,2 %)	0,117
Nei	7559 (93,4 %)	4024 (93,0 %)	3535 (93,8 %)	
<b>Ikke planlagt svangerskap (n=8072)</b>				
Ja	691 (8,6 %)	355 (8,2 %)	336 (9,0 %)	0,248
Nei	7381 (91,4 %)	3964 (91,8 %)	3417 (91,0 %)	
<b>Innvandring status<sup>3</sup> (n=8080)</b>				
Nei	7654 (94,7 %)	4120 (95,3 %)	3534 (94,0 %)	0,011
Ja	426 (5,3 %)	202 (4,7 %)	224 (6,0 %)	

<sup>1</sup>For alkoholforbruk, røyking før og under svangerskapet, og samråd med helsepersonell på grunn av infertilitet, samt for innvandring status og ikke planlagt svangerskap, antall kvinner som har besvart disse spørsmålene var lavere enn total studiepopulasjonen på grunn av verdier som mangler. Antall kvinner som har besvart disse spørsmålene er angitt i parentes for hvert enkelt tilfelle.

<sup>2</sup>Vest-Europa inkluderer: Frankrike, Nederland, Italia, Storbritannia, Sveits, Østerrike; Nord-Europa inkluderer: Finland, Island, Norge Sverige; Øst-Europa inkluderer: Kroatia, Serbia, Slovenia, Polen, Russland.

<sup>3</sup>Kvinnene med morsmål som er annerledes fra offisielt språk i oppholdsland.

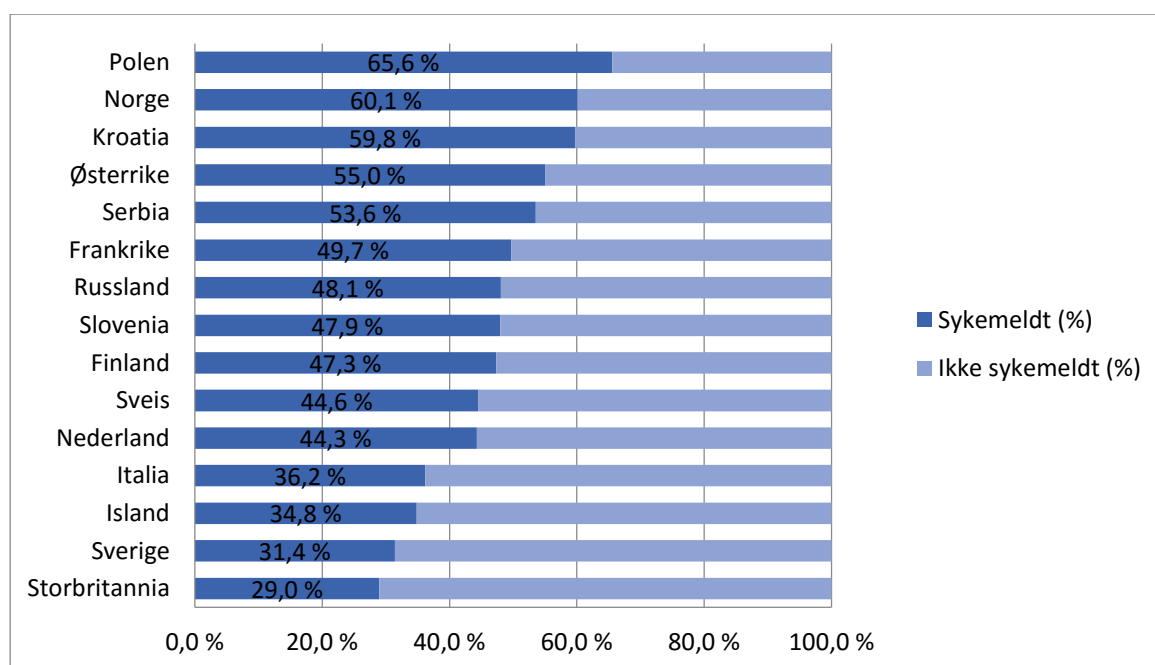
## 5.2 Sykefravær i svangerskapet

Det totale sykefraværet i svangerskapet (45,9 %; 3717/8096) ligger på følgende nivå i 3 europeiske regioner: 37,5 % av kvinner fra undersøkelse var sykemeldt i Vest-Europa (1168/3117), 32,7 % i Nord-Europa (1335/2785) og 31,4 % i Øst-Europa (1214/2194).

48,3 % av kvinner som var sykemeldt var kvinner som var gravide i øyeblikket av besvarelse på spørreskjemaet og 51,7 % var nylige mødre i øyeblikket av besvarelse på spørreskjemaet.

Når vi ser på prevalensen av sykefravær i løpet av svangerskapet per land, tar Polen første plass med 65,6 % og Storbritannia siste plass med 29,0 %, figur 5.2.1.

**Figur 5.2.1:** Andel kvinner som var sykemeldt (mørkeblå) og som ikke var sykemeldt (lyseblå) i forskjellige europeiske land.

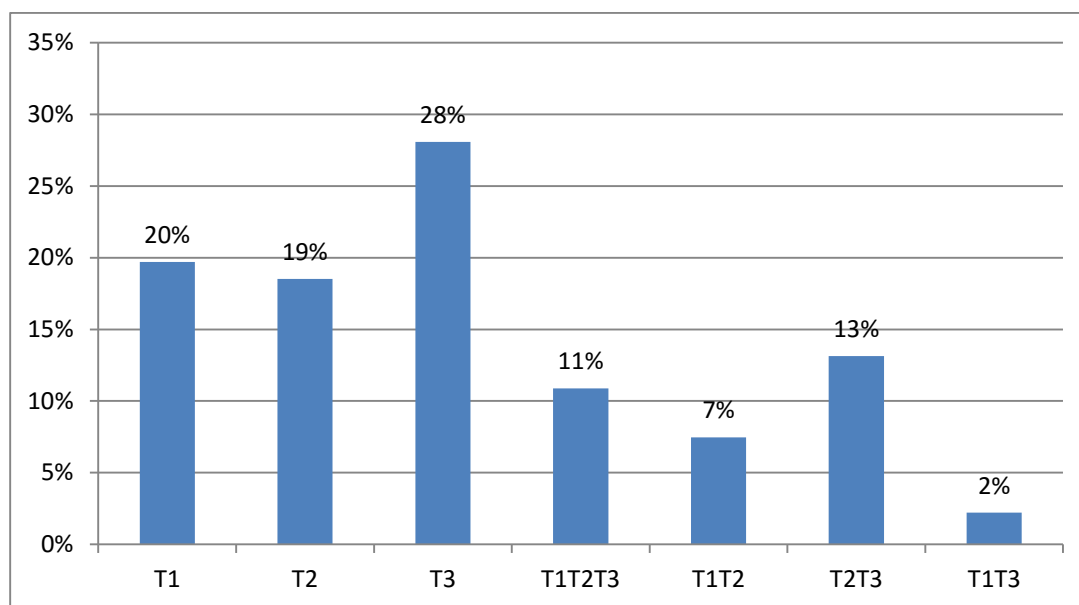


Når vi ser på forekomst av sykefravær i ulike perioder av svangerskapet, er den høyst i tredje trimester (gjennomsnittlig 28 %). 20 % av gravide kvinner og 35 % av nylige mødre på tiden av besvarelse på spørreskjemaet var sykemeldt i tredje trimester. 20 % av kvinner (28 % av gravide kvinner og 12 % av nylige mødre) svarte at de var sykemeldt i første trimester. 19 % svarte at de var sykemeldt i andre trimester (2 % av gravide kvinner og 17 % av nylige mødre). 13 % var sykemeldt både i andre og tredje trimester (9 % av gravide kvinner og 17 % av nylige mødre). 11 % var sykemeldt i alle tre trimester (9 % av gravide kvinner og 12 % av nylige mødre).



mødre) mens 7 % var sykemeldt i første og andre trimester (11 % av gravide kvinner og 4 % av nylige mødre). Bare 2 % av kvinner svarte at de var sykemeldt i første og tredje trimester (2 % av både gravide kvinner og nylige mødre), figur 5.2.2 og tabell 5.2.3.

**Figur 5.2.2:** Fordeling av kvinner som var sykemeldte i ulike perioder av svangerskapet\*



T1 - første trimester, T2 - andre trimester, T3 - tredje trimester.

Vi kan se at prosenten av sykefravær går ned fra første til tredje trimester hos gravide kvinner på tiden av besvarelse på spørreskjemaet mens sykefravær hos nylige mødre går opp fra første til tredje trimester hos nylige mødre på tiden av besvarelse på spørreskjemaet, tabell 5.2.3.

**Tabell 5.2.3:** Fordeling av kvinner som var sykemeldte i ulike perioder av svangerskapet\*

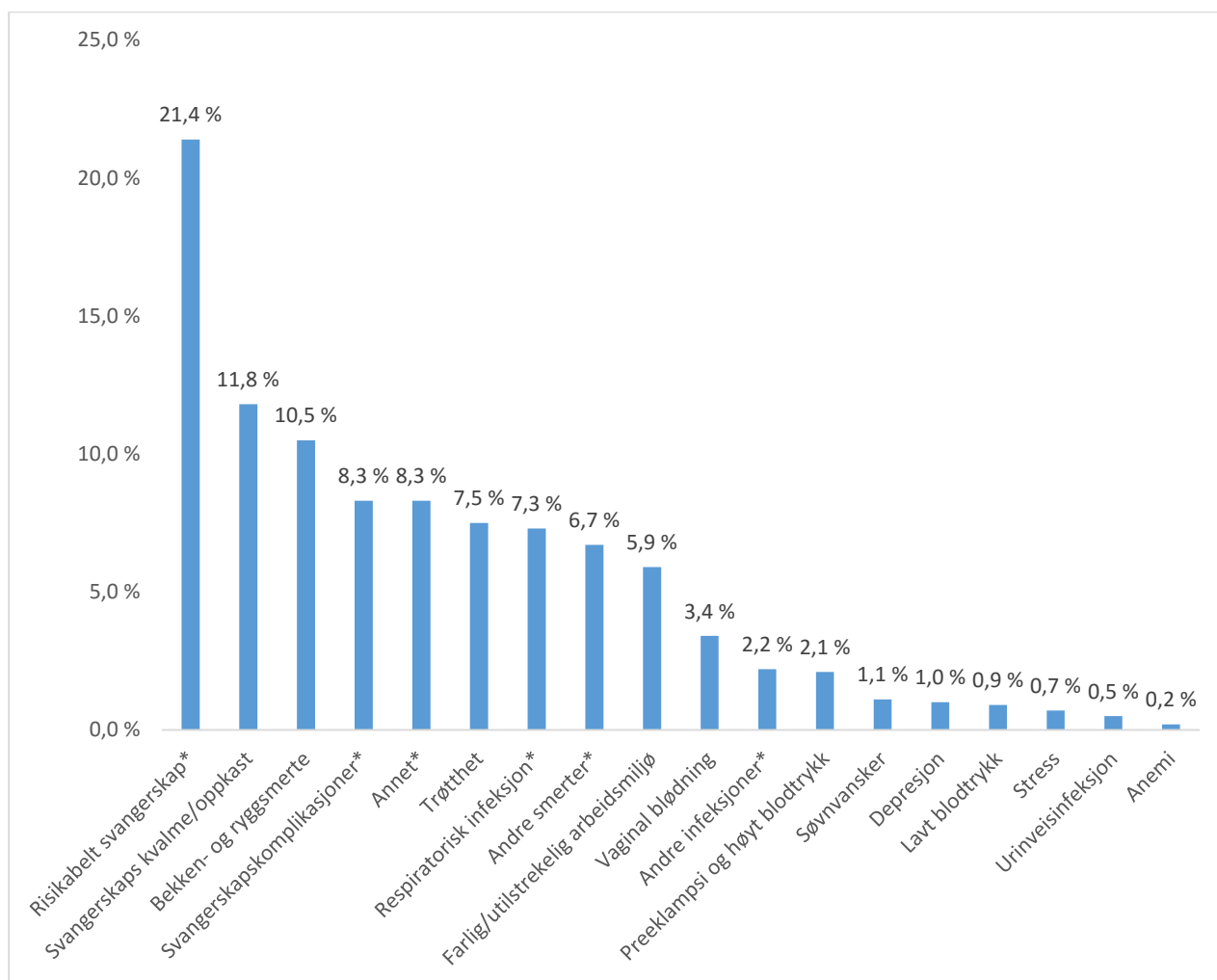
	For tiden gravide	Nylige mødre	Total
T1	473 (28 %)	230 (12 %)	703 (20 %)
T2	352 (21 %)	309 (17 %)	661 (19 %)
T3	349 (20 %)	653 (35 %)	1002 (28 %)
T1T2T3	157 (9 %)	231 (12 %)	388 (11 %)
T1T2	183 (11 %)	83 (4 %)	266 (7 %)
T2T3	161 (9 %)	308 (17 %)	469 (13 %)
T1T3	34 (2 %)	45 (2 %)	79 (2 %)

\*Data som presenteres i figur 5.2.2 og tabell 5.2.3 og 5.2.5 er beregnet for alle kvinner som var sykemeldt, de som var for tiden gravide og nylige mødre på tiden av besvarelse på spørreskjemaet. 3568 kvinner svarte i hvilken periode av svangerskapet de har vært sykemeldt, mens totalt 3717 kvinner indikerte at de har vært sykemeldt.

Kvinnene som har vært med i studien hadde mulighet til å rapportere flere årsaker til å bli sykemeldt. 3458 kvinner av 3717 som var sykemeldt i løpet av svangerskapet rapporterte årsaker for sykefravær. 1192 kvinner av disse 3448 kvinner rapporterte 2 årsaker for å bli sykemeldt mens 277 kvinner rapporterte årsaker for sykefravær. Det var bare 50 kvinner som indikerte 4 årsaker for sykefravær. 1192 kvinner rapporterte 2 eller flere årsaker for sykefravær og derfor er antall årsaker større enn antall kvinner som rapporterte (4967 rapporterte årsaker).

Som vi kan se fra figur 5.2.4, var alle rapporterte årsaker for sykefravær gruppert i 18 grupper. De viktigste rapporterte årsakene for sykefravær i løpet av svangerskapet var risikabelt svangerskap (21,4 %; 1064/4967), svangerskapskvalme/oppkast (11,8 %; 582/4969), bekken- og ryggsmerte (10,5 %; 584/4967) og svangerskapskomplikasjoner (8,3 %; 413/4967). Andre rapporterte årsaker for sykefravær er trøtthet (7,5 %; 375/4967), respiratoriske infeksjoner (7,3 %; 365/4967), andre smerter (6,7 %; 334/4967), farlig/utilstrekkelig arbeidsmiljø (5,9 %; 291/4967), vaginal blødning (3,4 %; 170/4967), andre infeksjoner (2,2 %; 108/4967), preeklampsi og høyt blodtrykk (2,1 %; 106/4967), søvnvansker (1,1 %; 54/4967), depresjon (1,0 %; 49/4967), lavt blodtrykk (0,9 %; 46/4967), stress (0,7 %; 36/4967), urinveisinfeksjoner (0,5 %; 24/4967) og anemi (0,2 %; 13/4967) og annet (8,3 %; 408/4967).

**Figur 5.2.4:** Rapporterte årsaker til å bli sykemeldt, prosent per kategori (n=3448).<sup>1</sup>



<sup>1</sup>3458 kvinner av 3717 indikerte årsak til å bli sykemeldt i løpet av svangerskapet. 1182 kvinner sa at de hadde minst to årsaker, 277 kvinner sa at de hadde tre årsaker til å være sykemeldt, mens 50 kvinner indikerte fire ulike årsaker for å være sykemeldt. Denne figuren viser kumulativ andel av alle årsaker.

\*Risikabelt svangerskap: alle rapporterte tilstander som truer helsen eller livet av mor eller hennes foster. Risikofaktorer er blant annet: høy alder, livsstils valg (storrøyking, misbruk av alkohol, narkotika eller andre medikamenter o.l.), familiehistorie med genetiske sykdommer, graviditet tap eller død av et barn kort tid etter fødselen i fortid, multipel graviditet.

\*Svangerskapskomplikasjoner inneholder rapporterte tilstander som er som ikke kan klassifiseres som risikabelt svangerskap: kolestasis i svangerskapet, symfyse pubis dysfunksjon, carpal tunnel syndrom, livmorhals betennelse, bekken ustabilitet, hovne ben, hyperstimulering av ovariene.

\*Annet: alle rapporterte tilstander som førte til sykefravær og som ikke kan klassifiseres under andre årsaker fra studien eller var med lav prevalens (f.eks. vertigo, anoreksi, forgiftning, lang vei til jobb, død i familien, høy puls, hemoroider, red av for tidlig fødsel, refluks, rastløse bena, svimmelhet).

\*Respiratoriske infeksjoner: alle rapporterte infeksjoner i bihulene, svelg, luftveier eller lunger (rhinitt, sinusitt, faryngitt/laryngitt, bronkitt, bronkitt, lungebetennelse, luftrørkatarr).

\*Andre smerter: alle smerter som ikke kan klassifiseres under «Bekken- og ryggsmerte».

\*Andre infeksjoner: Alle infeksjoner som ikke kan klassifiseres under «Respiratoriske infeksjoner» og «Urinveisinfeksjoner».

**Tabell 5.2.5:** Fordeling av sykefravær årsakene gjennom de 3 trimestrene

	Total	Risikabelt svangerskap	Kvalme/ oppkast	Bekken- og ryggsmerte	Svangerskaps komplikasjoner	Trøtthet
T1	703 (20 %)	24,0 %	22,4 %	2,2 %	7,6 %	7,0 %
T2	661 (19 %)	18,7 %	6,8 %	5,8 %	7,7 %	6,2 %
T3	1002 (28 %)	21,2 %	2,2 %	15,5 %	10,6 %	11,1 %
T1T2T3	388 (11 %)	24,1 %	18,4%	11,6 %	6,5 %	4,6 %
T1T2	266 (7 %)	21,6 %	24,5 %	6,7 %	7,0 %	6,0 %
T2T3	469 (13 %)	21,4 %	7,0 %	17,1 %	8,8 %	6,8 %
T1T3	79 (2 %)	14,5 %	23,7 %	14,5 %	5,3 %	6,6 %

Hvis vi ser på fordeling av sykefravær årsakene gjennom trimestrene, kan vi se at risikabelt svangerskap (24,0 %; 203/844) og kvalme/oppkast (22,4 %; 189/844) har høyest forekomst i det første semesteret. Risikabelt svangerskap har høyst forekomst i det andre semesteret (18,7 %; 150/803). I det tredje trimesteret har også risikabelt svangerskap høyst forekomst (21,2 %; 278/1314) i tillegg til bekken- og ryggsmerte (15,5 %; 204/1314). Årsaken for sykefravær som har høyst forekomst hos kvinner som var sykemeldt i første og andre trimester er kvalme/oppkast (24,5 %; 102/416) og risikabelt svangerskap (21,6 %; 90/416). Hos kvinner som var sykemeldt i andre og tredje trimester har risikabelt svangerskap høyst forekomst (21,4 %; 155/725) og bekken- og ryggsmerte (17,1 %; 124/725).

### 5.3 Sosiodemografiske og livstils faktorer i henhold til sykefravær

Tabell 5.3.1 viser sosiodemografiske og livstilsfaktorer i henhold til sykefravær.

EPDS verdi for gravide kvinner på tiden av besvarelse av spørreskjema som var sykemeldt i svangerskapet er  $8,53 \pm 5,13$  (Gjennomsnitt verdi  $\pm$  standard avvik) og for nye mødre som var sykemeldt er  $7,72 \pm 5,15$ . EPDS verdi for gravide kvinner som ikke var sykemeldt i svangerskapet er  $7,58 \pm 4,99$  og for nye mødre som ikke var sykemeldt er  $7,39 \pm 5,25$ . Populasjon av kvinner som var med i analyse av symptomer av depresjon var lavere enn total populasjon. 4168 kvinner som var gravide på tiden av besvarelse av spørreskjema var med i analyse av symptomer av

depresjon<sup>2</sup>. 21,0 % (366/1736) av gravide kvinner som var sykemeldt hadde symptomer av depresjon og 16,0 % (388/2432) av gravide kvinner som ikke var sykemeldt hadde symptomer av depresjon ( $p < 0,001$ ). 3616 kvinner som var nye mødre på tiden av besvarelse av spørreskjema var med i analyse av symptomer av depresjon.<sup>1,2</sup> 17,1 % (314/1841) av nye mødre som var sykemeldt i svangerskapet hadde symptomer av depresjon på tiden av besvarelse av spørreskjema og 16,1 % (286/1775) av gravide kvinner som ikke var sykemeldt hadde symptomer av depresjon ( $p = 0,448$ ). 30,7 % av kvinner i alder  $\leq 20$  år var sykemeldt (73/238), 45,6 % kvinner i alder  $\geq 31$  (1567/3433) og 46,9 % av kvinner i alder 20-30 år (2077/4425). 6,2 % (3550/7688) av kvinner som var gift eller var i samboerskap var sykemeldte i løpet av svangerskapet mens 40,9 % (167/408) av kvinner som var single eller skilt var sykemeldte i løpet av svangerskapet. 58,9 % av kvinner som jobbet som helsepersonell (650/1104), 29,7 % av kvinner som var studenter var sykemeldt (208/700), 18,0 % av jobbsøkere (65/362) og 11,9 % av hjemmeværende (75/630). 47,3 % av kvinner som hadde utdanning som er høyere enn videregående skole var sykemeldt (2114/4469) sammenlignet med 43,7 % av kvinner som hadde fullført bare videregående skole (1014/2320) og 39,6 % av kvinner som hadde utdanning som er lavere enn videregående skole (143/361). Forekomst av sykemeldte kvinner som ikke brukte alkohol i svangerskapet var høyere sammenlignet med kvinner som ikke brukte alkohol (46,7 %, 3161/6762; 41,8 %, 528/1263, henholdsvis). Kvinnene som hadde røykt før svangerskapet var oftere sykemeldte enn kvinner som ikke hadde røykt før svangerskapet. Kvinnene som var behandlet for infertilitet var oftere sykemeldt enn kvinner som ikke var behandlet for infertilitet. Dorheim, Bjorvatn [8] har bekreftet i sin studie at det er sammenheng mellom økt sykefravær i svangerskapet og infertilitet behandling i Norge. 52,6 % (1027/1953) av kvinner som hadde kroniske sykdommer var sykemeldt i løpet av svangerskapet mens 43,8 % av kvinner som rapporterte at de ikke hadde kroniske sykdommer var sykemeldte. Det var signifikant forskjell mellom sykemeldte og ikke sykemeldte kvinner i henhold til depressive symptomer, oppholds region, mors alder, arbeidsstatus, utdanningsnivå, alkohol forbruk, røyking før svangerskapet, samråd med helsepersonell på grunn av infertilitet, akutte lidelser, kroniske sykdommer, ikke planlagt/planlagt svangerskap og innvandringsstatus.

**Tabell 5.3.1: Sosiodemografiske og livstils faktorer i henhold til sykefravær**

	Total studiepopulasjon (n=8096) <sup>1</sup>	Ikke sykemeldt (n=4379)	Sykemeldt (n=3717)	Sykemeldt vs. ikke sykemeldt p-verdi
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Region<sup>2</sup></b>				
Nord-Europa	2785 (34,4 %)	1450 (33,1 %)	1335 (35,9 %)	<0,001
Øst-Europa	2194 (27,1 %)	980 (22,4 %)	1214 (32,7 %)	
Vest-Europa	3117 (38,5 %)	1949 (44,5 %)	1168 (31,4 %)	
<b>Mors alder (år)</b>				
≤20	238 (2,9 %)	165 (3,8 %)	73 (2,0 %)	<0,001
20-30	4425 (53,6 %)	2348 (53,6 %)	2077 (55,9 %)	
≥31	3433 (42,4 %)	1866 (42,6 %)	1567 (42,2 %)	
<b>Tidligere barn</b>				
Nei	4102 (50,7 %)	2201 (50,3 %)	1901 (51,1 %)	0,435
Ja	3994 (49,3 %)	2178 (49,7 %)	1816 (48,9 %)	
<b>Sivilstatus</b>				
Gift / samboer	7688 (95,0 %)	4138 (94,5 %)	3550 (95,5 %)	0,041
Single / skilt / annet	408 (5,0 %)	241 (5,5 %)	167 (4,5 %)	
<b>Folsyre bruk<sup>4</sup></b>				
Ja	7395 (92,0 %)	3973 (91,5 %)	3422 (92,6 %)	0,09
Nei	641 (8,0 %)	367 (8,5 %)	274 (7,4 %)	
<b>Arbeidsstatus</b>				
Student	700 (8,7 %)	492 (11,3 %)	208 (5,6 %)	<0,001
Hjemmeværende	630 (7,8 %)	555 (12,7 %)	75 (2,0 %)	
Helsepersonell	1104 (13,7 %)	454 (10,4 %)	650 (17,5 %)	
Ansatt men ikke som helsepersonell	4882 (60,4 %)	2341 (53,6 %)	2341 (68,4 %)	
Jobbsøker	362 (4,5 %)	297 (6,8 %)	65 (1,7 %)	
Ingen av de overnevnte	408 (5,0 %)	232 (5,3 %)	176 (4,6 %)	
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>				
Lavere enn videregående skole	361 (4,5 %)	218 (5,0 %)	143 (3,8 %)	0,002
Videregående skole	2320 (28,7 %)	1306 (29,8 %)	1014 (27,3 %)	
Høyere enn videregående skole	4469 (55,2 %)	2355 (53,8 %)	2114 (56,9 %)	
Annen utdanning	946 (11,4 %)	500 (11,4 %)	446 (12,0 %)	
<b>Alkoholforbruk (n=8093)</b>				
Ja	1263 (15,6 %)	735 (16,8 %)	528 (14,2 %)	0,002
Nei	6762 (83,6 %)	3601 (82,3 %)	3161 (85,1 %)	
Husker ikke	68 (0,8 %)	42 (1,0 %)	26 (0,7 %)	
<b>Røyking før svangerskapet (n=8084)</b>				
Ja	2853 (35,3 %)	1455 (33,3 %)	1398 (37,7 %)	<0,001
Nei	5231 (64,7 %)	2919 (66,7 %)	2312 (62,3 %)	
<b>Røyking i svangerskapet (n=8081)</b>				
Ja	751 (9,3 %)	407 (9,3 %)	344 (9,3 %)	0,969
Nei	7330 (90,7 %)	3966 (90,7 %)	3364 (90,7 %)	
<b>Samråd med helsepersonell på grunn av infertilitet (n=8069)</b>				
Ja	1192 (14,8 %)	535 (12,3 %)	657 (17,7 %)	<0,001
Nei	6877 (85,2 %)	3830 (87,7 %)	3047 (82,3 %)	
<b>Graviditet sekundær infertilitet behandling</b>				
Ja	537 (6,6 %)	228 (5,2 %)	309 (8,3 %)	<0,001
Nei	7559 (93,4 %)	4151 (94,8 %)	3408 (91,7 %)	
<b>Akutte lidelser</b>				
Ja	8004 (98,9 %)	4314 (98,5 %)	3690 (99,3 %)	0,001
Nei	92 (1,1 %)	65 (1,5 %)	27 (0,7 %)	
<b>Kroniske lidelser</b>				
Ja	1953 (24,1 %)	926 (21,1 %)	1027 (27,6 %)	<0,001
Nei	6143 (75,9 %)	3453 (78,9 %)	2690 (72,4 %)	
<b>Ikke planlagt svangerskap (n=8072)</b>				
Ja	691 (8,6 %)	413 (9,5 %)	278 (7,5 %)	0,001
Nei	7381 (91,4 %)	3953 (90,5 %)	3428 (92,5 %)	
<b>Innvandring status<sup>5</sup> (n=8080)</b>				
Nei	7654 (94,7 %)	4089 (93,5 %)	3565 (96,2 %)	<0,001
Ja	426 (5,3 %)	284 (6,5 %)	14 (3,8 %)	

EPDS-Edinburgh Postnatal Depression Scale; SD-standard deviation (Standard avvik)

<sup>1</sup> For symptomer av depresjon, alkoholforbruk, røyking før og under svangerskapet, og samråd med helsepersonell på grunn av infertilitet, samt for innvandring status og ikke planlagt svangerskap, antall kvinner som har besvart spørsmålene var lavere enn total studiepopulasjonen på grunn av manglende verdier. Antall kvinner som har besvart spørsmålene er angitt i parentes for hvert enkelt tilfelle.

<sup>2</sup>EPDS skår >13

<sup>3</sup>Vest-Europa inkluderer: Frankrike, Nederland, Italia, Storbritannia, Sveits, Østerrike; Nord-Europa inkluderer: Finland, Island, Norge, Sverige; Øst-Europa inkluderer: Kroatia, Serbia, Slovenia, Polen, Russland.

<sup>4</sup>Folsyre bruk før og/eller under svangerskapet.

<sup>5</sup>Kvinnene med morsmål som er annerledes fra offisielt språk i oppholdsland.

## 5.4 Påvirkning av velferdsordning på sykefravær

I tabell 5.4.1 nedenfor er oversikt over land status (god, middels, lav) og sum av poenger for de 15 europeiske landene.

**Tabell 5.4.1:** Status av land basert på velferdsordning for sykefravær i svangerskapet.

Land	Sum av Poenger/Land Status
Norge	4,7 (God)
Nederland	4,5 (God)
Polen	4,3 (Middels)
Kroatia	4,1 (Middels)
Sverige	3,9 (Middels)
Slovenia	3,8 (Middels)
Østerrike	3,7 (Middels)
Sveits	3,6 (Middels)
Island	3,5 (Middels)
Frankrike	3,4 (Middels)
Finland	3,4 (Middels)
Russland	3,1 (Lav)
Italia	3,0 (Lav)
Serbia	2,9 (Lav)
Storbritannia	2,1 (Lav)

Vår studie har fant ut at forekomst av sykefravær i svangerskapet er høyest i landgruppe med velferdsordning som er rangert «god» (59,2 %). Landgruppe «middels» har sykefravær i svangerskapet på nivå av 47,5 % og sykefravær i svangerskapet i landgruppe «lav» ligger på 38,2 %. Det er signifikant forskjell mellom antall sykemeldte og ikke sykemeldte kvinner i henhold til landgruppe (god, middels, lav). Oversikt over sykefravær i svangerskapet i de tre gruppene ligger i tabell 5.4.2 nedenfor.

**Tabell 5.4.2:** Land status og sykefravær i svangerskapet

Landgruppe	Sykemeldt n (%)	Ikke sykemeldt n (%)	Totalt n=8096	p-verdi
God	804 (59,2 %)	554 (40,8 %)	1358	<0,001
Middels	1726 (47,5 %)	1905 (52,4 %)	3631	
Lav	1187 (38,2 %)	1920 (61,8 %)	3107	

## 5.5 Medisinske faktorer i henhold til sykefravær

### 5.5.1 Plager og sykdommer

Total 99,3 % (3690/3717) av gravide kvinner som var sykemeldt svarte at de hadde akutte lidelse i svangerskapet mens 98,5 % (4314/4379) av kvinner som ikke var sykemeldt sa at de ikke hadde akutte lidelse. Når vi ser på forekomst av **akutte lidelser** hos kvinner i studien som var sykemeldte (n=3717), og ikke sykemeldte (n=4379), kan vi se at *kvalme/oppkast* har høyst forekomst (75,1 %; 2792/3717) og 71 % hos ikke sykemeldte (3109/4379) (p<0,001) og deretter kommer henholdsvis: *bekken- og ryggsmerte* hos sykemeldte (74,0 %; 2751/3717) og ikke sykemeldte (63,9 %; 2800/4379) (p<0,001); *Halsbrann/refluks* plager hos sykemeldte (69,1 %; 2567/3717) og ikke sykemeldte (63,3 %; 2771/4379) (p<0,001); *Søvnvansker* hos sykemeldte (60,2 %; 2237/3717) og ikke sykemeldte (53,3 %; 2334/4379) (p<0,001); *Hodepine* hos sykemeldte (56,5 %; 2099/3717) og ikke sykemeldte kvinner (51,7 %; 2264/4379) (p<0,001); *Forkjølelse*, sykemeldte (56,4 %; 2098/3717) og ikke sykemeldte (51,5 %; 2255/4379) (p<0,001); *Forstoppelse*, sykemeldte (54,2 %; 2016/3717) og ikke sykemeldte (49,7 %; 2178/4379) (p<0,001); *Urinveisinfeksjoner*, sykemeldte (17,7 %; 658/3717) og ikke sykemeldte (13,5 %; 589/4379) (p<0,001); og *andre infeksjoner*, sykemeldte (17,1 %; 637/3717) og ikke sykemeldte (11,8 %; 515/4379) (p<0,001).

27,6 % (1040/3717) av sykemeldte kvinner hadde **kronisk sykdom** i svangerskapet mens 21,1 % (933/4379) svarte at de ikke hadde kronisk sykdom. Når vi ser på forekomst av kroniske sykdommer hos sykemeldte gravide kvinner (n=3717), og ikke sykemeldte kvinner (n=4379), er forekomst av *allergi* hos sykemeldte kvinner 10,9 % (406/3717) og hos ikke sykemeldte 7,1 % (310/4379) (p=0,02); *Hjerte- og karsykdommer (inkl. høyt blodtrykk, høyt kolesterol)*, sykemeldte (3,2 %; 120/3717) og ikke sykemeldte (1,9 %; 83/4379) (p=0,032).

### 5.5.2 Legemiddelbruk

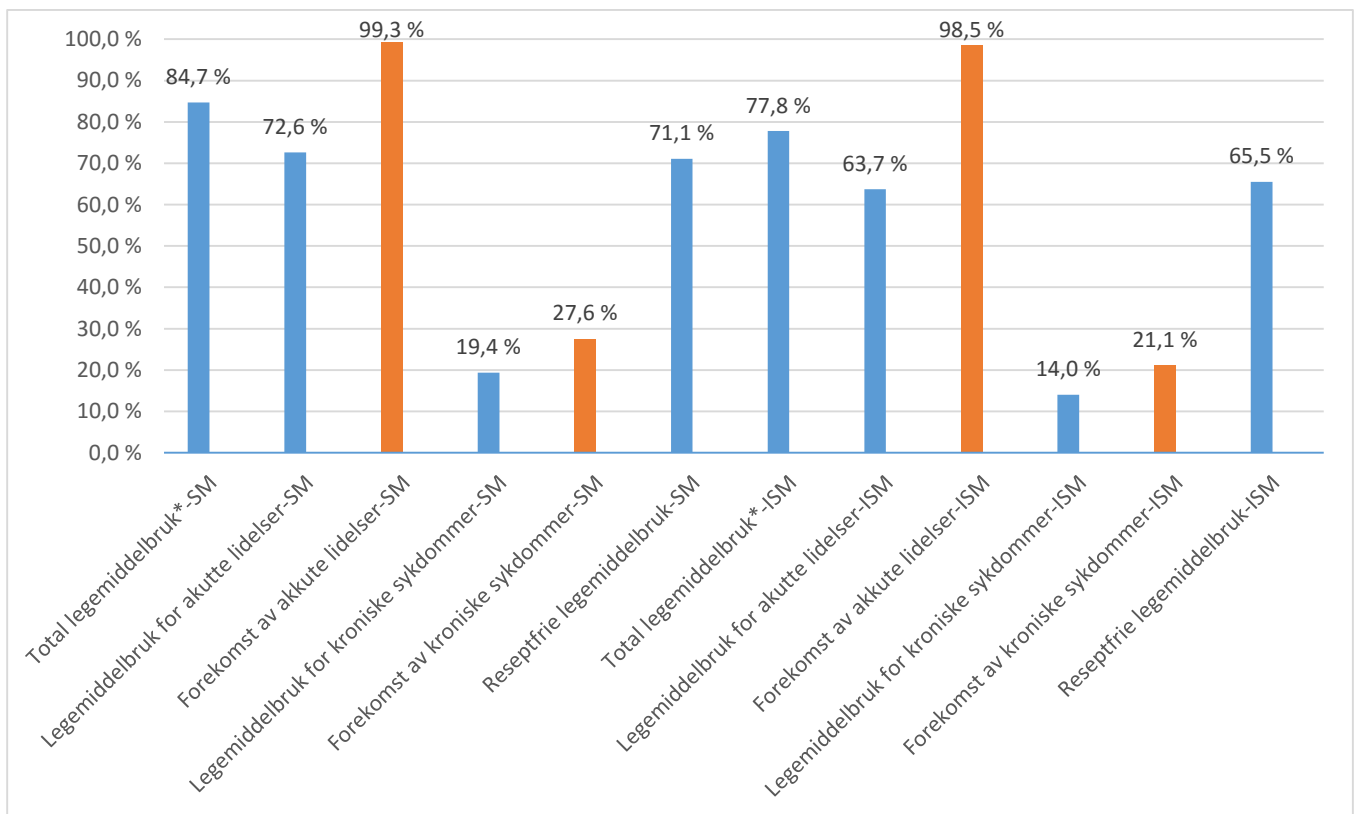
84,7 % (3150/3717) av kvinner som var sykemeldt svarte at de har brukt minst en medisin (for akutt lidelse, kronisk sykdom eller reseptfri medisin) i løpet av svangerskapet mens 77,8 % (3409/4379) (p<0,001) av kvinner som ikke var sykemeldt brukte minst en medisin i løpet av svangerskapet. Bruk av medisiner for akutte lidelser var mer vanlig hos sykemeldte kvinner (72,6 %) enn hos ikke sykemeldte (63,7 %) (p<0,001). Like funn ble observert i forhold til kroniske medisiner, som var mer vanlig hos sykemeldte kvinner (19,7 %) enn hos ikke



sykemeldte (14,0 %) ( $p < 0,001$ ). Total 71,2 % av sykemeldte kvinner brukte reseptfrie medisiner mens 65,5 % ( $p < 0,001$ ) av kvinner som ikke var sykemeldte brukte reseptfrie medisiner i løpet av svangerskapet.

Figur 5.4.2.1 viser medisinbruk i svangerskapet hos kvinner som var sykemeldte i svangerskapet mens figur 5.4.2.2 viser medisinbruk i svangerskapet hos kvinner som ikke var sykemeldte i svangerskapet.

**Figur 5.4.2.1:** Legemiddelbruk hos kvinner som var sykemeldte og som ikke var sykemeldte i svangerskapet (n=3717)



SM: Sykemeldte kvinner

ISM: Ikke sykemeldte kvinner

\*: Total legemiddelbruk (kronisk/langvarig sykdom, akutte lidelser, reseptfrie legemiddelbruk)

## 5.6 Personlighet og sykefravær i svangerskapet

Studien viser at kvinners personlighet har en betydning for sykefravær i svangerskapet.

Tabell 5.6.1 nedenfor viser at i Øst-Europa hadde sykemeldte kvinner en signifikant høyere gjennomsnitt verdi av sannvittighetsfullhet enn ikke sykemeldte.

I Nord- og Vest-Europa hadde sykemeldte kvinner et høyere nivå i nevrotisisme. I Vest-Europa var det også en signifikant forskjell mellom sykemeldte og ikke sykemeldte kvinner i forhold til utadvendthet og åpenhet.

Alle Cohen`s d effekt verdier var under 0,2 og alle presenterer lav effekt.

**Tabell 5.6.1:** Sammenheng mellom personlighet i de tre europeiske regionene og sykefravær i svangerskapet.

	Sykemeldt (Gjennomsnitt verdi±SD)	Ikke sykemeldt (Gjennomsnitt verdi±SD)	Sykemeldt/ Ikke sykemeldt (p-verdi)	Cohen`s d*
<b>Total</b>				
<b>Øst-Europa</b>				
Utadvendthet	28,5±5,4	28,4±5,8	0,576	0,02
Medmenneskelighet	31,9±5,6	31,7±5,5	0,543	0,03
Samvittighetsfullhet	33,4±5,6	32,7±5,8	0,006	0,12
Nevrotisisme	23,3±5,9	23,1±5,9	0,553	0,03
Åpenhet	35,4±6,1	35,8±6,3	0,196	-0,06
<b>Nord-Europa</b>				
Utadvendthet	26,9±5,5	26,6±5,9	0,211	0,05
Medmenneskelighet	34,4±4,8	34,6±5,0	0,217	-0,05
Samvittighetsfullhet	33,6±5,3	33,9±5,4	0,103	-0,06
Nevrotisisme	21,8±5,6	21,3±5,7	0,012	0,10
Åpenhet	32,7±6,1	33,1±6,6	0,147	-0,06
<b>Vest-Europa</b>				
Utadvendthet	27,4± 6,0	26,9±5,9	0,035	0,08
Medmenneskelighet	33,8±5,0	34,0±5,0	0,364	-0,03
Samvittighetsfullhet	34,2±5,6	34,1±5,5	0,572	0,02
Nevrotisisme	22,9±5,9	22,4±5,6	0,044	0,07
Åpenhet	34,3±6,5	33,6±6,2	0,005	0,11

Skåre strekker seg fra 8,0-40,0 for utadvendthet og neurotisme; 9,0-45,0 for medmenneskelighet og samvittighetsfullhet; 10,0-50,0 for åpenhet. Høyere skåre indikerer høyere grad av personlighetstrekket.

For Cohen`s d, en effekt verdi av 0,2 til 0,3 presenterer lav effekt, rundt 0,5 presenterer middels effekt og 0,8 til ∞ presenterer stor effekt.

# 6 Diskusjon

## 6.1 Oppsummering av hovedresultater

De viktigste resultater fra denne studien er som følger:

1. Studien viser at det er høy andel av kvinner sykemeldt i 15 europeiske land. Forekomst av sykefravær er høyest i øst Europa, etterfulgt av nord Europa og lavest nivå av sykefravær er i vest Europa. Det er også signifikant forskjell i sykefravær nivå mellom de enkelte landene fra studien. Land fra denne studien med høyest forekomst av sykefravær i svangerskapet er Polen med (65,6 %) og land med minst forekomst av sykefravær i svangerskapet er Storbritannia (29,0 %).
2. Studien viser at risikabelt svangerskap, svangerskaps kvalme/oppkast og bekken- og ryggsmerte er mest hyppig rapporterte årsak for sykefravær i svangerskapet. Risikabelt svangerskap (24,0 %) og kvalme/oppkast (22,4 %) er de oftest rapporterte årsakene for sykefravær i det første semesteret; Risikabelt svangerskap er oftest rapportert årsak i det andre semesteret (18,7 %); I det tredje trimesteret er også risikabelt svangerskap (21,2 %) i tillegg til bekken- og ryggsmerte (15,5 %) oftest rapportert årsak.
3. Følgende sosiodemografiske faktorer er forbundet med økt sykefravær: Symptomer av depresjon, mors alder (høyst i alder 21-30 år), sivilstatus (kvinnene som er giftet/har samboer er oftere sykemeldt), arbeidsstatus (helsepersonell er oftest sykemeldt), utdanningsnivå (høyest nivå hos kvinner som har utdanning høyere enn videregående skole), alkoholforbruk (kvinnene som ikke brukte alkohol i svangerskapet er oftest sykemeldt), røyking før svangerskapet, behandling for infertilitet, akutte lidelser, kroniske sykdommer, ikke planlagt svangerskapet og ikke innvandring status.
4. Det er sammenheng mellom velferdsordning i de forskjellige europeiske landene og andel gravide med sykefravær.
5. Studien viser at det er høyere forekomst av sykefravær hos kvinner med følgende plager: Kvalme/oppkast, halsbrann/refluks, søvnvansker, hodepine, forkjølelse, forstoppelse, urinveisinfeksjoner, andre infeksjoner og følgende 2 sykdommer: Allergi og hjerte- og karsykdommer (inkl. høyt blodtrykk, høyt kolesterol).

6. Studien viser at både total legemiddelbruk og medisin bruk for akutte lidelser, kroniske sykdommer og reseptfrie legemiddelbruk var høyere hos sykemeldte enn hos ikke sykemeldte kvinner.

7. Kvinnens personlighet hadde en beskjeden, men signifikant effekt på sannsynligheten for sykefravær i svangerskapet. I øst Europa hadde sykemeldte kvinner en signifikant høyere gjennomsnitt verdi av samvittighetsfullhet enn ikke sykemeldte. I Nord og Vest Europa sykemeldte kvinner hadde høyere nivå i nevrotisme. I vest Europa var det også en signifikant forskjell mellom de to gruppene av kvinner i forhold til utadvendthet og åpenhet.

## 6.2 Sammenligning av mine resultater med tidligere studier

Total nivå av sykefravær i svangerskapet i 15 europeiske land ligger på nivå av 45,9 % (Polen 65,6 %, Norge 60,1 %, Kroatia 59,8 %, Østerrike 55,0 %, Serbia 53,6 %, Frankrike 49,7 %, Russland 48,1 %, Slovenia 47,9 %, Finland 47,3 %, Sveis 44,6 %, Nederland 44,3 %, Italia 36,2 %, Island 34,8 %, Sverige 31,4 %, Storbritannia 29,0 %).

Det er ingen studie som undersøker samtidig sykefravær blant gravide kvinner på internasjonalt nivå i så mange europeiske land. De fleste studier i litteraturen ble gjennomført i nord europeiske land. Derfor er det vanskelig å sammenligne resultatene av denne studien med tidligere funn når det gjelder andre land enn Norge eller Sverige på grunn av store variasjoner i studiedesign og forskjellige nasjonale trygdesystemer.[95] Vi fant at 60,1 % andel av norske kvinner var sykemeldte i svangerskapet. Dette var lavere enn det som ble observert av Dorheim, Bjorvatn [8] (75,3 %), men samtidig høyere enn funn av studien av Kristensen, Nordhagen [96] (51%). Studien av Hansen, Thulstrup [57] fant ut at 36,1 % av danske kvinner var sykemeldt i svangerskapet. Danmark var ikke med i vår studie og derfor kan resultater ikke sammenlignes.

Sydsjo, Sydsjo [97] undersøkte sykefravær blant gravide kvinner i Sverige. Studie viser at sykefravær under 7 dager nesten doblet seg fra 1978 til 1989 (fra 25 til 45 %) og sykefravær i svangerskapet >7 dager var på nivå av 45 % i 1978, 61 % i 1986 og 68 % i 1988. Studien av Alexanderson, Hensing [53] har fant ut at total sykefravær nivå blant gravide kvinner var 22 % ( $p < 0,001$ ) i 1985. Vi fant ut i vår studie at 31,4 % av svenske gravide kvinner var sykemeldt i svangerskapet som var lavere enn det som ble observert av Sydsjo, Sydsjo [97], men samtidig høyere enn funn av studien av Alexanderson, Hensing [53]. Studie av Sydsjo, Sydsjo [97] har

undersøkt egenmeldt sykefravær (under 7 dager) og legemeldt sykefravær (>7 dager) og dette er noe som er ikke gjort i vår studie. Når det sammenlignes resultater av vår studie og studien av Alexanderson, Hensing [53] og Sydsjo, Sydsjo [97], bør det tas hensyn til at sykefravær nivå endres gjennom tid og at disse tre studier er gjennomført i forskjellige år (og dekadere). Når vi ser på forekomst av sykefravær i vår studie i ulike perioder av svangerskapet, er den høyest i tredje trimester (gjennomsnittlig 28 %). Sykefravær nivå i Dorheim, Bjorvatn [8] studie er også høyest i tredje trimester av svangerskapet. Studien av Rieck and Telle [46] viser at sykefravær øker gjennom svangerskapet. Vår studie viser at prosenten av sykefravær går ned fra første til tredje trimester hos kvinner som var gravide på tiden av besvarelse på spørreskjemaet mens sykefravær hos kvinner som var nylige mødre på tide av besvarelse går opp fra første til tredje trimester. En forklaring kan være at nylige mødre hadde full oversikt over sin sykefravær i løpet av svangerskapet og gravide kvinner på tiden av besvarelse av spørreskjemaet hadde ikke det.

Studien av Dorheim, Bjorvatn [8] fant ut at trøtthet eller søvnvansker, bekkenløsning og kvalme/oppkast er oftest rapporterte årsaker for sykefravær i svangerskapet blant norske gravide kvinner. I vår studie er svangerskaps kvalme/oppkast (11,8 %), bekken- og ryggsmerte (10,5 %) og trøtthet (7,5 %) blant de oftest rapporterte årsaker for sykefravær. Risikabelt svangerskap (21,4 %) er oftest rapportert årsak for sykefravær i vår studie. Bekken- og ryggsmerte som årsak for sykefravær, har høyest prevalens i tredje trimester i vår studie (15,8 %) sammenlignet med andre trimester (5,8 %) og først trimester (2,2 %) og dette er noe som er forventet og som er i samsvar med studie Gutke, Olsson [51] (Norge og Sverige) og Dorheim, Bjorvatn [8]. Kvalme/oppkast som årsak for sykefravær, har høyst prevalens i først trimester i vår studie (22,4 %) sammenlignet med andre trimester (6,8 %) og tredje trimester (2,2 %) av svangerskapet og dette er også noe som er forventet [98] og som er i samsvar med studie Dorheim, Bjorvatn [8] som også fant ut at kvalme/oppkast har høyst prevalens i første trimester. Studien av Malmqvist, Kjaermann [50] viser at bekken- og ryggsmerte er en hyppig og viktig årsak til sykefravær i løpet av svangerskapet blant norske kvinner.

Vår studie fant ut at følgende sosiodemografiske faktorer er forbundet med økt sykefravær: Symptomer av depresjon, mors alder (høyst i alder 21-30 år), sivilstatus (kvinnene som er giftet/har samboer er oftere sykemeldt), arbeidsstatus (helsepersonell er oftest sykemeldt), utdanningsnivå som er høyere enn videregående skole, alkoholforbruk (kvinnene som ikke brukte alkohol i svangerskapet er oftest sykemeldt), røyking før svangerskapet, behandling for

infertilitet, akutte lidelser, kroniske sykdommer, ikke planlagt svangerskapet og ikke innvandring status. Dorheim, Bjorvatn [8] studie viser at svært få kvinner (2,1%) rapporterte angst eller depresjon som årsak for sykefravær men sykefravær på grunn av angst eller depresjon har gjennomsnittlig lengst varighet av 20 uker. EPDS>10 var forbundet med økt nivå av sykefravær i andre trimester av svangerskapet. Når det sammenlignes resultater av vår studie og studien av Dorheim, Bjorvatn [8], bør det tas i hensyn at vi brukte en høyere grense for EPDS (EPDS=13). Studien av Dorheim, Bjorvatn [8] støtter vår funn at sykefravær har høyere forekomst blant kvinner som var behandlet for infertilitet og hos kvinner som har barn fra før. Studien Andersson, Sundstrom-Poromaa [99] undersøkte populasjon av 1495 kvinner fra 2 fødselsklinikker i Nord-Sverige og studie støtter vår funn at det er sammenheng mellom symptomer av depresjon og sykefravær.

Vår funn at sykefravær i svangerskapet er forbundet med mors alder mellom 21 og 30 år, ikke bruk av alkohol, kronisk sykdom og behandling av infertilitet er støttet av Hansen, Thulstrup [57] studie som var gjennomført i Danmark. Men vår funn at kvinner med høyere utdanning er mer ofte sykemeldt er annerledes av funn av studien av Hansen, Thulstrup [57]. I gjennomsnitt, kvinnene i vår studien hadde høyere utdanning enn den generelle fødselspopulasjon. Kvinner som har behov for informasjon om sykdom i svangerskapet kan ha vært mer sannsynlig til å rådføre nettstedet, og derfor til å delta i studien. Studien av Malmqvist, Kjaermann [50] fant ut at høyere utdanning er forbundet med lavere nivå av sykefravær på grunn av bekken- og ryggsmerte i svangerskapet. Vår studie fant ut at høyere utdanning er forbundet med økt nivå av sykefravær i svangerskapet generelt. Det er vanskelig å sammenligne resultater av disse 2 studier på grunn av forskjell i design av studier. Kaerlev, Jacobsen [56] studie viser et høyt nivå av sykefravær blant gravide kvinnelige sykehusansatte i alderen 20-45 år fra den nest største sykehuset i Danmark og dette støtter vår funn. Funn av studien av Ariansen and Mykletun [48] at gravide norske kvinner i alderen 20-24 år hadde høyest sykefravær under hele observasjonsperioden (1993-1997) støtter vår funn.. Brekke, Berg [49] prøvde å estimere i sin studie forskjeller i det legemeldte sykefraværet i løpet av svangerskapet blant innvandrere og innfødte norske kvinner. Resultater viser at innvandrerkvinner hadde høyere sykefravær enn innfødte norske kvinner under graviditet og dette er ikke i samsvar med vår studie. Studien av Brekke, Berg [49] har undersøkt legemeldt sykefravær i Norge, dvs. sykefravær over 16 dager mens vår studie har undersøkt selvrapportert sykefravær uten tidsbegrensing og dette gjør vanskelig å sammenligne resultatene fra disse 2 studiene.

Vi har gruppert alle land med samme land status i henhold til velferdsordning i 3 grupper og deretter har vi sammenlignet de tre gruppene i henhold til sykefravær blant gravide. Vår studie har fant ut at forekomst av sykefravær i svangerskapet er høyst i landgruppe med velferdsordning som er rangert «god» (59,2 %). Landgruppe «middels» har sykefravær i svangerskapet på nivå av 47,5 % og sykefravær i svangerskapet i landgruppe «lav» ligger på 38,2 %. Det er signifikant forskjell mellom sykemeldte og ikke sykemeldte kvinner i henhold til landgruppe (god, middels, lav) og dette et forventet funn. Resultatene tyder på at det kan være en viss overforbruk av sykefraværet fordel i enkelte land når dekningen av sykefravær er praktisk talt lik sykmeldt persons lønn. På den andre siden kan det være vanskelig for kvinner som bor i land med dårlig system å ta sykemelding uansett at de trenger det – lønnsstatning i perioden med sykefravær kan være langt under sykemeldt personens lønn. Det er ingen studie som har undersøkt sykefravær i svangerskapet i henhold til velferdsordning på internasjonalt nivå.

Vår studie viser at det er høyere forekomst av sykefravær hos kvinner med følgende akutte plager: Kvalme/oppkast, halsbrann/refluks, søvnvansker, hodepine, forkjølelse, forstoppelse, urinveisinfeksjoner, andre infeksjoner og følgende kroniske sykdommer: Allergi og hjerte- og karsykdommer (inkl. høyt blodtrykk, høyt kolesterol). Dorheim, Bjorvatn [8] studie viser at kvalme/oppkast er forbundet med økt nivå av sykefravær gjennom hele svangerskapet mens hodepine, søvnvansker og bekken- og ryggsmerte er forbundet med økt prevalens av sykefravær i tredje trimester av svangerskapet. Malmqvist, Kjaermann [50] studie viser at søvnvansker er forbundet med høyere sykefraværs nivå blant norske gravide kvinner.

Vår studien viser at både total legemiddelbruk og medisin bruk for akutte lidelser, kroniske sykdommer og reseptfrie medisin bruk var høyere hos sykemeldte kvinner enn hos ikke sykemeldte kvinner. Det er ingen studie som har sammenlignet legemiddelbruk mellom sykemeldte og ikke sykemeldte kvinner i svangerskapet på internasjonalt nivå. Likevel, er dette ikke et overaskende funn; vi fant at plager i svangerskapet er viktige faktorer i forhold til sykefravær, så det kan forventes at kvinnene bruker/trenger medisiner mot disse plagene.

Vår studie viser at i øst Europa hadde sykemeldte kvinner en signifikant høyere gjennomsnitt verdi av samvittighetsfullhet enn ikke sykemeldte. I Nord og Vest Europa sykemeldte kvinner hadde høyere score i nevrotisme. I vest Europa var det også en signifikant forskjell i forhold til utadvendthet og åpenhet. Personlighet er en viktig faktor i forhold til psykisk helse hos kvinner, medisin bruk, oppfatting av plager (for eksempel smerter), og også livstils faktorer

som røyking Ystrom, Vollrath [100], så kan det på en indirekte måte påvirke sykefravær. Studien av Gjerde, Røysamb [101] viser at patologiske personlighetstrekk forklarer mye i variasjonen i sykefravær. Personlighet spiller mindre rolle for sykefravær, unntatt hvis det er snakk om personlighetsforstyrrelser hvor dette har en stor betydning for sykefravær.

### **6.3 Fordeler og begrensninger med studien**

Studien har flere styrker. I alle europeiske landene er stilt samme spørsmål, noe som gjør det mulig å sammenligne resultatene mellom landene. Spørreskjema var distribuert på internett som er en effektiv metode til å innhente informasjon. På tross av at det ikke var mulig å regne ut en konvensjonell svarprosent, viser nyere epidemiologiske studier at nettbaserte rekrutteringsmetoder kan være vel så valide som spørreskjema distribuert via tradisjonelle metoder.[102, 103] Andelen kvinner i fertil alder som bruker internett daglig er svært høy i alle europeiske land fra studien.[104] I tillegg kan kvinnene være mer komfortable med å svare korrekt på sensitive spørsmål i en anonym nettbasert undersøkelse (f.eks. når det gjelder bruk av alkohol og røyking under svangerskapet). Spørreskjemaet var tilgjengelig på hyppig brukte nettsider av gravide og vil dermed nå ut til målpopulasjonen i stor grad. Det har blitt benyttet internasjonale anerkjente instrumenter som EPDS og BIG-5.

Studien har også begrensninger. Studien er avhengig av nøyaktighet av kvinnens rapportering. Informasjon om sykefravær årsaker og tidspunkt av sykefravær i svangerskapet var avhengig av nøyaktighet av kvinnens rapportering. Dette også gjelder andre type informasjon, som medisinerbruk eller plager under svangerskapet. Kvinnene som har barn til opp ett år er inkludert i studien og disse nye mødre kunne ha problemer med å huske når de har vært sykemeldt, hvilke svangerskaps plager de hadde eller hvilke legemidler de brukte i svangerskapet. Kvinnene fra denne studien har noe høyere utdanningsnivå enn fødselspopulasjon ellers i landene. Noen studier viser at det er lavere sykefravær nivå hos kvinner med høyere utdanningsnivå [50, 57] men ikke denne studien. Denne studien viser at prosenten av sykefravær går ned fra første til tredje trimester hos kvinner som var gravide på tiden av besvarelse på spørreskjemaet mens sykefravær hos kvinner som var nylige mødre på tide av besvarelse går opp fra første til tredje trimester. En forklaring kan være at nylige mødre hadde full oversikt over sin sykefravær i løpet av svangerskapet og gravide kvinner på tiden av besvarelse av spørreskjemaet hadde ikke det. Disse begrensningene bør tas til hensyn når representativitet av studien vurderes.



## 6.4 Fremtidig forskning

Det bør utføres flere studier i Europa for å studere forskjellige årsaker til sykefravær i svangerskapet i forskjellige land. Det er også behov for flere studier i forbindelse med legemiddelbruk, personlighet i svangerskapet og spesielt velferdsordning i forbindelse med sykefravær i svangerskapet. Ordninger hvor dekning av sykefravær er lik eller nesten lik den sykemeldte persons lønn, kan føre til et visst overforbruk av sykefravær og ordninger hvor dekning av sykefravær er langt under sykemeldt persons lønn kan føre til at det blir mer vanskelig til kvinner å ta sykemelding til tross at de trenger det som kan føre til store konsekvenser for både mor og barn.

Studien har bidratt til å utvide den generelle kunnskapen i de 15 europeiske landene om andelen kvinner med sykefravær i svangerskapet, grunner for å være sykemeldt, sosiodemografiske faktorer som er forbundet med sykefravær, sammenheng mellom velferdsordning og sykefravær, plager og sykdommer som er forbundet med økt sykefravær, sammenheng mellom legemiddelbruk og sykefravær og sammenheng mellom personlighet og sykefravær. Det kan være interessant i fremtiden å gå mer i dybden av enkelte av disse problemstillingene. Det kan være også nyttig og interessant å utføre en kvalitativ studie over de nevnte problemstillingene. Dette for rydde unna misforståelser, utdype tema og avklare eventuelle utestående spørsmål.

## 7 Konklusjon

Studien viser at det er høy andel av kvinner som blir sykemeldt i svangerskapet i 15 europeiske land. Forekomst av sykefravær er høyest i Øst-Europa, etterpå kommer det Nord-Europa og lavest nivå av sykefravær er i Vest-Europa. Det er også stor forskjell i sykefravær mellom enkelte land fra studien. Risikabelt svangerskap, svangerskaps kvalme/oppkast og bekken- og ryggsmerte er mest hyppig rapporterte årsak for sykefravær i svangerskapet. Følgende sosiodemografiske faktorer er forbundet med økt sykefravær: Depressive symptomer, oppholdsregion (høyest i Øst-Europa), mors alder (høyest i alder 21-30 år), sivilstatus (kvinnene som er gift/har samboer er oftere sykemeldt), arbeidsstatus (helsepersonell er oftest sykemeldt), utdanningsnivå som er høyere enn videregående skole, alkoholforbruk (kvinnene som ikke brukte alkohol i svangerskapet er oftest sykemeldt), røyking før svangerskapet, behandling for infertilitet, akutte lidelser, kroniske sykdommer, ikke planlagt svangerskapet og ikke-innvandring status. Studien viser også at velferdsordning i forskjellige europeiske land er forbundet med sykefravær og at det er høyere forekomst av sykefravær hos kvinner med følgende plager: kvalme/oppkast, halsbrann/refluks, søvnvansker, hodepine hos sykemeldte, forkjølelse, forstoppelse, urinveisinfeksjoner, andre infeksjoner og følgende sykdommer: allergi og hjerte- og karsykdommer (inkl. høyt blodtrykk, høyt kolesterol). Det var både total legemiddelbruk, medisin bruk for akutte lidelser, kroniske sykdommer og OTC medisin bruk høyere hos sykemeldte kvinner enn hos ikke sykemeldte kvinner. Kvinnens personlighet hadde en beskjeden, men signifikant effekt på sannsynligheten for sykefravær i svangerskapet.

# Litteraturliste

1. Sydsjo, A., G. Sydsjo, and B. Kjessler, *Sick leave and social benefits during pregnancy--a Swedish-Norwegian comparison*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1997. **76**(8): p. 748-54.
2. Sydsjo, A., et al., *Influence of obesity on the use of sickness absence and social benefits among pregnant working women*. Public Health, 2007. **121**(9): p. 656-62.
3. *Glossary:Purchasing power standard (PPS) - Statistics Explained*. 2015; Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Purchasing\\_power\\_standard\\_\(PPS\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Purchasing_power_standard_(PPS)).
4. *Statistics in focus - 2138716d-1165-4133-a866-7ea74d74e439*. 2015; Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5582376/KS-SF-08-046-EN.PDF/2138716d-1165-4133-a866-7ea74d74e439>.
5. Markussen, S. and O. Røgeberg, *Sykefravær rundt større livshendelser*. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2012.
6. Amundsen, B., *Sykefravær ved graviditet har økt*. 2015.
7. Arbeidstilsynet, *Graviditet ingen sykdom - Hvorfor da det høye sykefraværet?* 2015.
8. Dorheim, S.K., B. Bjorvatn, and M. Eberhard-Gran, *Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population*. Bjog, 2013. **120**(5): p. 521-30.
9. *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) - Kapittel 4. Krav til arbeidsmiljøet1*. 2015.
10. *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. 2015.
11. *Your social security rights in Finland, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Finland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Finland_en.pdf)*.
12. *Kela-the Social Insurance Institution of Finland; Available from: <http://www.kela.fi/web/en/other-situations>*.
13. *Your social security rights in France\_en.pdf*. 2015; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20France\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20France_en.pdf).
14. *Insee - Revenus-Salaires - Salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) en 2015*. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=natnon04145](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natnon04145).
15. *The French social security system - Sickness, maternity, paternity, disability and death branch*. 2015; Available from: [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/an\\_1.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_1.html).
16. *Your social security rights in Iceland, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Iceland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Iceland_en.pdf)*.
17. *Icelandic Labour Lov, Fourth edition October 2009 ; © Icelandic Confederation of Labour (ASI)*.
18. *Your social security rights in italia, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Italy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Italy_en.pdf)*.
19. *Employment and employee benefits in Italy: overview; Available from: <http://uk.practicallaw.com/2-503-3122?q=&qp=&qo=&qe=#a847922>*.
20. *Zakon o radu Republike Hrvatske (NN 99/14); Available from: <http://www.zakon.hr/z/307/Zakon-o-radu>*.
21. *Your social security rights in Croatia; European Comission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Croatia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Croatia_en.pdf)*.
22. *Zakon o zastiti na radu Republike Hrvatske (NN 71/14, 118/14, 154/14); Available from: <http://www.zakon.hr/z/167/Zakon-o-za%C5%A1titi-na-radu>*.

23. *Dutch Civil Code: Article 7:629 Inability to work due to sickness, pregnancy or the delivery of a child*
24. *Your social security rights in Netherlands, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Netherlands\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Netherlands_en.pdf).*
25. *Sykmelding– En håndbok i hvordan sykmelde, NAV; Available from: <https://www.nav.no/Helse>.*
26. *Windmill Gąsiewski & Roman: DOING BUSINESS IN POLAND (March 2010); Available from: <http://www.rwqr.pl/files/news/56.pdf>.*
27. *European commission: Employment, Social Affairs & Inclusion, Your social security rights in Poland; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Poland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Poland_en.pdf).*
28. *Employment and employee benefits in Russian Federation: overview ,Yuri Ivanov , Nadezhda Ilyushina; Available from: <http://qblplaw.com/news/articles/73679/>.*
29. *LABOR CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION OF 31 DECEMBER 2001 (Federal Law No. 197-FZ of 2001); Available from: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/60535/65252/E01RUS01.htm>.*
30. *U.S. Social Security Administration, Office of Retirement and Disability Policy: Social Security Programs Throughout the World: Europe, Serbia, 2010; Available from: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/europe/serbia.html>.*
31. *ZAKON O RADU ("Sl. glasnik RS", br. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013 i 75/2014); Available from: [http://paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_radu.html](http://paragraf.rs/propisi/zakon_o_radu.html).*
32. *US Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World: Europe, Slovenia, 2010; Available from: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/europe/slovenia.html>.*
33. *European commission, Your social security rights in Slovenia; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Slovenia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Slovenia_en.pdf).*
34. *Statutory Sick Pay (SSP) - GOV.UK. 2015; Available from: <https://www.gov.uk/statutory-sick-pay/overview>.*
35. *Maternity Action information sheet Sickness during pregnancy and maternity leave, January 2013; Available from: <http://www.maternityaction.org.uk/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/sicknessduringpregnancymaternityleave.pdf>.*
36. *Your social security rights in the UK, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20UK\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20UK_en.pdf).*
37. *Your social security rights in Switzerland, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Switzerland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Switzerland_en.pdf).*
38. *Federal Act on the Amendment of the Swiss Civil Code (Part Five: The Code of Obligations) of 30 March 1911 (Status as of 1 July 2014) Art. 324b.*
39. *Your social security rights in Sweden, EU Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Sweden\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Sweden_en.pdf).*
40. *Sickness benefit [Sjukpenning], Forsakringskassan; Available from: [http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/b6ec6788-05a7-49b4-a365-559c316a9a54/Sjukpenning\\_FK\\_4086+Fa\\_enGB.PDF?MOD=AJPERES](http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/b6ec6788-05a7-49b4-a365-559c316a9a54/Sjukpenning_FK_4086+Fa_enGB.PDF?MOD=AJPERES).*

41. *Your social security rights in Austria, European Commission; Available from: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Austria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Austria_en.pdf).*
42. *Infopankki-Support for pregnant women; Available from: <http://www.infopankki.fi/en/living-in-finland/family/support-for-families/support-for-pregnant-women>.*
43. *Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju Republike Hrvatske (NN 80/13, 137/13); Available from: <http://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>.*
44. *Directive 92/85/EEC - pregnant workers; Available from: <https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/sector-specific-and-worker-related-provisions/osh-directives/10>.*
45. *Maternity Action information sheet Health and safety, January 2013; Available from: <http://www.maternityaction.org.uk/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/healthandsafety.pdf>.*
46. Rieck, K.M.E. and K. Telle, *Sick leave before, during and after pregnancy*. Acta Sociologica, 2013. **56**(2): p. 117-137.
47. Melsom, A.M., *Long-term sickness absence during pregnancy and the gender balance of workplaces*. Scand J Public Health, 2014. **42**(7): p. 627-34.
48. Ariansen, A.M. and A. Mykletun, *Does postponement of first pregnancy increase gender differences in sickness absence? A register based analysis of Norwegian employees in 1993-2007*. PLoS One, 2014. **9**(3): p. e93006.
49. Brekke, I., et al., *Doctor-certified sickness absence in first and second trimesters of pregnancy among native and immigrant women in Norway*. Scandinavian Journal of Public Health, 2013. **41**(2): p. 166-173.
50. Malmqvist, S., et al., *The association between pelvic girdle pain and sick leave during pregnancy; a retrospective study of a Norwegian population*. BMC Pregnancy Childbirth, 2015. **15**(1): p. 237.
51. Gutke, A., et al., *Association between lumbopelvic pain, disability and sick leave during pregnancy - a comparison of three Scandinavian cohorts*. J Rehabil Med, 2014. **46**(5): p. 468-74.
52. Sydsjö, G. and A. Sydsjö, *No association found between sickness absence and duration of pregnancy benefit*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2005. **23**(3): p. 178-183.
53. Alexanderson, K., et al., *Pregnancy-related sickness absence among employed women in a Swedish county*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 1995. **21**(3): p. 191-198.
54. Larsson, C., et al., *Obstetricians' attitudes and opinions on sickness absence and benefits during pregnancy*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2006. **85**(2): p. 165-70.
55. Sydsjo, A., G. Sydsjo, and K. Alexanderson, *Influence of pregnancy-related diagnoses on sick-leave data in women aged 16-44*. J Womens Health Gend Based Med, 2001. **10**(7): p. 707-14.
56. Kaerlev, L., et al., *Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees*. Scand. J. Public Health, 2004. **32**(2): p. 111-117.
57. Hansen, M.L., et al., *Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study*. Scand J Work Environ Health, 2015. **41**(4): p. 397-406.
58. Gadsby, R., A.M. Barnie-Adshead, and C. Jagger, *A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy*. Br J Gen Pract, 1993. **43**(371): p. 245-8.
59. Weigel, M.M. and R.M. Weigel, *Nausea and vomiting of early pregnancy and pregnancy outcome. An epidemiological study*. Br J Obstet Gynaecol, 1989. **96**(11): p. 1304-11.
60. *Martindale: The Complete Drug Reference © 2015 The Pharmaceutical Press.*
61. Nelson-Piercy, C., *Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. When should it be treated and what can be safely taken?* Drug Saf, 1998. **19**(2): p. 155-64.
62. Pennick, V. and S.D. Liddle, *Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **8**: p. Cd001139.

63. *Norsk legemiddelhandbok: Bekkenløsning*. Available from <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/19548/?ids=19549#i19549>.
64. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual*; American Academy of Sleep Medicine, Chicago, Illinois (2001).
65. Bourjeily, G. and V. Mohsenin, *Sleep Physiology in Pregnancy*, in *Pulmonary Problems in Pregnancy*, K. Rosene-Montella and G. Bourjeily, Editors. 2009, Humana Press. p. 37-55.
66. Lee, K.A., *Sleep dysfunction in women and its management*. *Curr Treat Options Neurol*, 2006. **8**(5): p. 376-86.
67. Tsai, S.Y., et al., *Reduced sleep duration and daytime naps in pregnant women in Taiwan*. *Nurs Res*, 2013. **62**(2): p. 99-105.
68. Fernandez-Alonso, A.M., et al., *Factors related to insomnia and sleepiness in the late third trimester of pregnancy*. *Arch Gynecol Obstet*, 2012. **286**(1): p. 55-61.
69. Miller, C.S.P.R.K., *Drugs during pregnancy and lactation : treatment options and risk assessment*. 2014.
70. Wikner, B.N. and B. Kallen, *Are hypnotic benzodiazepine receptor agonists teratogenic in humans?* *J Clin Psychopharmacol*, 2011. **31**(3): p. 356-9.
71. *Migraine (Latest modification: 17-Dec-2013)*: *Martindale: The Complete Drug Reference*. 2015; Available from: [https://vpn1.uio.no/+CSCO+0475676763663A2F2F6A6A6A2E7A727176707661726670627A63797267722E70627A++/mc/martindale/current/1500-a3-2-l.htm?q=migraine%20pregnancy&t=search&ss=text&p=8#\\_hit](https://vpn1.uio.no/+CSCO+0475676763663A2F2F6A6A6A2E7A727176707661726670627A63797267722E70627A++/mc/martindale/current/1500-a3-2-l.htm?q=migraine%20pregnancy&t=search&ss=text&p=8#_hit).
72. Amundsen, S., et al., *Pharmacological treatment of migraine during pregnancy and breastfeeding*. *Nat Rev Neurol*, 2015. **11**(4): p. 209-19.
73. *Norsk legemiddelhandbok/Influenza*. 2015; Available from: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/582>.
74. *Anti-infective agents - Drugs During Pregnancy and Lactation (Second Edition) - 2.6*. 2015; Available from: <https://vpn1.uio.no/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E667076726170727176657270672E70627A++/science/article/pii/B9780444520722500100>.
75. *Norsk legemiddelhandbok/Blødning i første halvdel av svangerskapet*. 2015; Available from: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/19665?expand=1>.
76. Hagen, G., *Vaginale blødninger i 1. trimester : – symptomvariasjon, utfall og risikofaktorer for spontanabort*. 2005.
77. *Martindale: The Complete Drug Reference © 2015 The Pharmaceutical Press: Hypertension (Latest modification: 24-Jan-2011)*.
78. *Norsk Legemiddelhandbok: Graviditet, fødsel og amming, Graviditet, Preeklampsi (Publisert: 18.04.2013, Sist endret: 03.03.2014)* Available from: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/19613?expand=1>.
79. *Martindale: The Complete Drug Reference © 2015 The Pharmaceutical Press: Eclampsia and pre-eclampsia (Latest modification: 14-Jan-2011)*.
80. Walker, J.J., *Pre-eclampsia*. *Lancet*, 2000. **356**(9237): p. 1260-5.
81. *Norsk Helseinformatikk: Diagnostikk av depresjon-Definisjon av depresjon (Sist endret: 27.03.2013; Sist revidert: 27.03.2013)* Available from: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/depresjon-diagnostikk-9115.html?page=2>
82. *Martindale: The Complete Drug Reference © 2015 The Pharmaceutical Press: Depression (Latest modification: 17-Sep-2013)*.
83. Ajinkya, S., P.R. Jadhav, and N.N. Srivastava, *Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai*. *Ind Psychiatry J*, 2013. **22**(1): p. 37-40.

84. Mittal, P. and D.A. Wing, *Urinary tract infections in pregnancy*. Clin Perinatol, 2005. **32**(3): p. 749-64.
85. MacLean, A.B., *Urinary tract infection in pregnancy*. Int J Antimicrob Agents, 2001. **17**(4): p. 273-6; discussion 276-7.
86. Norsk Legemiddelhåndbok: Diabetes Mellitus, Svangerskapsdiabetes. Available from <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/4549/?ids=4550#i4550>.
87. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health/NICE. *Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period* (Published date: February 2015). Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng3>.
88. Martindale: The Complete Drug Reference © 2015 The Pharmaceutical Press: *Gestational diabetes mellitus* (Latest modification: 23-Nov-2011).
89. Metzger, B.E., et al., *Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus*. Diabetes Care, 2007. **30 Suppl 2**: p. S251-60.
90. Cox, J.L., J.M. Holden, and R. Sagovsky, *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry, 1987. **150**: p. 782-6.
91. Piedmont, R.L., R.R. McCrae, and P.T. Costa, Jr., *An assessment of the Edwards Personal Preference Schedule from the perspective of the five-factor model*. J Pers Assess, 1992. **58**(1): p. 67-78.
92. Goldberg, L.R., *The structure of phenotypic personality traits*. Am Psychol, 1993. **48**(1): p. 26-34.
93. Matthews, G., I.J. Deary, and M.C. Whiteman, *Personality traits*. 3rd ed. ed. 2009, Cambridge: Cambridge University Press.
94. Hedges, L.V. and I. Olkin, *Statistical methods for meta-analysis*. 1985, Orlando: Academic Press.
95. Prins, R. and A. de Graaf, *Comparison of sickness absence in Belgian, German, and Dutch firms*. British Journal of Industrial Medicine, 1986. **43**(8): p. 529.
96. Kristensen, P., et al., *Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)*. Occupational and Environmental Medicine, 2008. **65**(8): p. 560-566.
97. Sydsjo, A., et al., *Changes in sick leave rates and the use of pregnancy-associated social benefits among pregnant Swedish women: an outcomes study*. J Womens Health, 1998. **7**(2): p. 249-60.
98. Lee, N.M. and S. Saha, *Nausea and vomiting of pregnancy*. Gastroenterol Clin North Am, 2011. **40**(2): p. 309-34, vii.
99. Andersson, L., et al., *Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome*. Obstet Gynecol, 2004. **104**(3): p. 467-76.
100. Ystrom, E., M. Vollrath, and H. Nordeng, *Effects of personality on use of medications, alcohol, and cigarettes during pregnancy*. European Journal of Clinical Pharmacology, 2012. **68**(5): p. 845-851.
101. Gjerde, L.C., et al., *Personality Disorders and Long-Term Sick Leave: A Population-Based Study of Young Adult Norwegian Twins*. 2014. **17**(1): p. 1-9.
102. van Gelder, M.M., R.W. Bretveld, and N. Roeleveld, *Web-based questionnaires: the future in epidemiology?* Am J Epidemiol, 2010. **172**(11): p. 1292-8.
103. Ekman, A., et al., *Feasibility of using web-based questionnaires in large population-based epidemiological studies*. Eur J Epidemiol, 2006. **21**(2): p. 103-11.
104. *Internet use in households and by individuals in 2012*. 2015; Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5585460/KS-SF-12-050-EN.PDF/39000dab-e2b7-49b2-bc4b-6aad0bf01279>.
105. *The French Social Security System- SICKNESS, MATERNITY, PATERNITY, DISABILITY AND DEATH BRANCH*; Available from: [http://www.cleiss.fr/docs/reqimes/regime\\_france/an\\_1.html](http://www.cleiss.fr/docs/reqimes/regime_france/an_1.html).

106. Karsten Marshall Elseth Rieck University of Bergen, N. and N. Kjetil Telle Statistics Norway, *Sick leave before, during and after pregnancy*. *Acta Sociologica*, 2013. **56**(2): p. 117-137.





# Vedlegg

## *Vedlegg 1: Spørreskjema*

*Bruk av medisiner i svangerskapet  
med fokus på holdninger, oppfatning  
av risiko og psykisk velvære*

---

*Internett spørreskjema*

## LITT INFORMASJON OM DEG SELV

<b>1. I hvilket land bor du?</b> Land: _____		<b>I hvilket fylke bor du?</b> Fylke: _____	
<b>2. Er du gravid nå?</b> <input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nei</span>			
<b>(Hvis ja) I hvilken uke av svangerskapet er du nå?</b> Fra 1 til 44  <b>(Hvis ja) Er du gravid med mer enn ett barn?</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (dvs. med tvillinger, trillinger)		<b>(Hvis nei) Hvor gammelt er barnet ditt nå (antall uker)?</b> 0-4 / 5-8 / 9-12 / 13-16 / 17-20 / 21-24 / 25-28 / > 29  <b>(Hvis nei) Ammer du nå?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>3. Hvor mange barn har du fra før?</b> <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ett <input type="checkbox"/> To  <input type="checkbox"/> Mer enn to			
<b>4. Hvilken sivilstand har du?</b> <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/> Skilt/separert <input type="checkbox"/> Annet			
<b>5. Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?</b> <input type="checkbox"/> 9-årig grunnskole <input type="checkbox"/> 3-årig videregående skole <input type="checkbox"/> Universitet <input type="checkbox"/> Annen utdanning			
<b>6. Hva var arbeidssituasjonen for deg da du ble gravid?</b> <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Hjemmeværende <input type="checkbox"/> Helsepersonell, dvs. lege, sykepleie, eller farmasøyt <input type="checkbox"/> Annet lønnet arbeid <input type="checkbox"/> Arbeidssøker <input type="checkbox"/> Ingen av de overstående			

**7. Er norsk ditt morsmål?**

- Ja
- Nei

(Hvis ja) **Hva er ditt morsmål?** \_\_\_\_\_

**8. Din alder:**

**Fra 15 til 55**

## LITT INFORMASJON OM DITT SVANGERSKAP

**9. (Hvis gravid) Deltar du på svangerskapskurs/fødselsforberedende kurs eller lignende?**

- Ja
- Nei, men planlegger å delta
- Nei, jeg kommer ikke til å delta på dette

**10. (Hvis gravid) Hvordan tror du at fødselen din kommer til å bli som helhetsopplevelse?**

Vennligst oppgi dine tanker på en skala hvor **1 er helt forferdelig og 6 er helt fantastisk**

Helt forferdelig	1	2	3	4	5	6	Helt fantastisk
------------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

**11. Var graviditeten din planlagt?**

- Ja
- Nei, men kom ikke helt uventet
- Nei, graviditeten var ikke planlagt

**12. Har du vært i kontakt med helsevesenet på grunn av barnløshet?**

- Ja
- Nei

(Hvis ja) **Ble du gravid etter behandling for barnløshet i dette svangerskapet?**

- Ja
- Nei

**13. Har du tatt folsyre/folat? (alene eller som del av multivitaminer)**

- Ja, før svangerskapet
- Ja, før og i svangerskapet
- Ja, bare i svangerskapet
- Nei
- Husker ikke

**14. Røykte du sigaretter før du ble gravid?**

- Ja, jeg røykte fast
- Ja, av og til
- Nei, aldri

(Hvis ja – ”røykte fast” + ”av og til”) **Røyker du/røykte du sigaretter i svangerskapet?**

- Ja, mer enn før
- Ja, cirka like mye
- Ja, men mindre

Nei

(Hvis ja – ”røykte fast” + ”av og til”) **Hvor mange sigaretter røyker du/røykte du (i gjennomsnitt) per dag under svangerskapet?**

<1

1-5

6-10

> 10

**15. Etter at du fant ut at du var gravid, har du drukket noe alkohol?**

Ja

Nei

Husker ikke

(Hvis ja) **Hvor mye alkohol har du drukket (i enheter) under dette svangerskapet?**

1 alkoholenhet tilsvarer:

1 flaske/boks (33 cl) øl eller cider

1 glass (12 cl) vin

1 drammeglass (4 cl) sprit eller likør

mer enn 1-2 enheter med alkohol i uken

1-2 enheter med alkohol i uken

1-4 enheter med alkohol i måneden

1-2 enheter med alkohol i løpet av svangerskapet

Husker ikke

## HELSEPLAGER OG MEDISINER I SVANGERSKAPET

**16. Har du opplevd noen av helseplagene oppgitt nedenfor i dette svangerskapet?**

**Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med X, oppgi navnet på medisinene.**

**I hvilke uker av svangerskapet har du brukt dem?**

Helseplage		Medisin	Brukt periode (uker i svangerskapet)
Kvalme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med kvalme, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Sure oppstøt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med sure oppstøt, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med forstoppelse, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Forkjølelse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med forkjølelse, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med urinveisinfeksjon, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Andre infeksjoner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med andre infeksjoner, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Vondt i rygg/nakke/bekken	<input type="checkbox"/> Ja	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med vondt i	<input type="checkbox"/> uke 0-12

	<input type="checkbox"/> Nei	rygg/nakke/bekken, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Hodepine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med hodepine, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner i forbindelse med søvnproblemer, oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel

**17. Har du vært sykemeldt i dette svangerskapet?**

Ja

Nei

**18. (Hvis ja) Hva var årsaken til det? I hvilke uker i svangerskapet har du vært sykemeldt?**

Årsaken for sykemelding

Sykemeldt periode

(uker i svangerskapet)

---



---

-

---



---

uke 0-12

uke 13-24

uke 25-fødsel



**19. Nedenfor nevnes det noen vanlige reseptfrie medisiner. Vennligst oppgi om du har brukt noen av dem i svangerskapet.**

**Vennligst oppgi navnet på alle X medisiner du har brukt.**

**I hvilke uker av svangerskapet har du brukt dem?**

		Navn på medisin	Brukt periode (uker i svangerskapet)
Smertestillende (eks. <i>Paracet, Ibux, Pinex</i> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vennligst oppgi navnet på alle smertestillende medisiner du har brukt i løpet av svangerskapet.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Nesespray/nesedråper (unntatt saltvannsdåper) (eks. <i>Otrivin, Rhinox, Zymelin</i> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vennligst oppgi navnet på alle nesepreyer/nesedråper du har brukt i løpet av svangerskapet.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Syrenøytraliserende (Eks. <i>Link, Gaviscon</i> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vennligst oppgi navnet på alle syrenøytraliserende medisiner du har brukt i løpet av svangerskapet.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Midler mot kvalme (Eks. <i>Clarityn, Zyrtec, Postafen</i> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vennligst oppgi navnet på alle midler du har brukt mot kvalme i løpet av svangerskapet.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Midler mot forstoppelse (Eks. <i>Lactulose, Dulcolax</i> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vennligst oppgi navnet på alle midler du har brukt mot forstoppelse i løpet av svangerskapet.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel

**20. Har du brukt noen urtemedisiner i løpet av svangerskapet (for eksempel ingefær, solhatt, valeriane, tranebær)?**

Ja

Nei

Husker ikke

**(Hvis ja) Vennligst oppgi navnet på alle urtemedisinene du har brukt i løpet av svangerskapet..**

**(Hvis ja) Hva var årsaken til bruken av urtemedisiner (helseplage, sykdom)?**

**(Hvis ja) I hvilke uker av svangerskapet har du brukt urtemedisinene?**

Navn på urtemedisin/er du brukte	Årsaken for bruk (helseplage, sykdom)	Brukt periode
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel

**21. (Hvis du har brukt noe urtemedisinen i løpet av svangerskapet) Hvem anbefalte deg å bruke urtemedisiner i svangerskapet? (Sett eventuelt flere kryss)**

- På eget initiativ
- Familie/venner
- Lege
- Jordmor/sykepleie
- Apotekpersonale
- Helsekostpersonale
- Internett
- magasiner, media, o.l.
- Annet (spesifiser her \_\_\_\_\_)

**22. Har du brukt noen homeopatiske medisiner i løpet av svangerskapet?**

- Ja  Nei  Husker ikke

**(Hvis ja) Hva var årsaken til dette?** \_\_\_\_\_

## LITT MER OM MEDISINER UNDER SVANGERSKAPET

**23. Har du bevisst unngått å bruke en resept fri medisin under svangerskapet?**

- Ja
- Nei
- Husker ikke

**(Hvis ja) Hvilken medisin var dette?** \_\_\_\_\_

**(Hvis ja) Hva var årsaken til dette?** \_\_\_\_\_

**24. Har du bevisst valgt å ikke bruke en medisin forskrevet av lege, fordi du var gravid?**

- Ja
- Nei
- Husker ikke

**(Hvis ja) Hvilken medisin var dette?** \_\_\_\_\_

**(Hvis ja) Hva var årsaken til dette?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## BEHOV FOR INFORMASJON

**25. Har du hatt behov for informasjon om medisiner i løpet av din graviditet?**

- Ja
- Nei
- Husker ikke

**26. (Hvis ja) Hvor henvendte du deg for å få informasjon? (Sett eventuelt flere kryss)**

- Familie/venner
- Lege
- Jordmor/sykepleie
- Apotekpersonale
- Helsekostpersonale
- Felleskatalogen/pakningsvedlegg
- Giftinformasjonen
- Internett
- magasiner/media o.l.
- Annet (spesifiser her: \_\_\_\_\_ )

**27. (Hvis ja in quest 25) Hvis du fikk informasjon fra flere kilder, var denne informasjonen lik?**

- Ja, helt lik (alt samsvarte)
- Ja, i det store og hele (alt samsvarte, men ordlyden eller detaljnivået var ulikt)
- Nei, en del av informasjonen var ulik
- Nei, informasjonen var helt motstridende

**28. Hvis det ikke var samsvar, hva medførte dette for deg? (Sett eventuelt flere kryss)**

- Ingenting
- Jeg ble engstelig
- Jeg valgte å ikke bruke medisinen
- Jeg oppsøkte en ny kilde (Hvilken kilde oppsøkte du?: \_\_\_\_\_)

Jeg valgte å stole på én kilde, og se bort i fra den motstridende kilden (Hvilken kilde valgte du å stole på? \_\_\_\_\_Hvilken kilde så du bort i fra?\_\_\_\_\_)

**29. Hvor ofte trenger du hjelp til å forstå skriftlig medisinsk informasjon fra lege/sykehus?**

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- En sjelden gang
- Aldri

**30. Hvor fortrolig er du med å fylle ut medisinske skjemaer på egen hånd?**

- Svært
- Ganske mye
- Litt
- Lite
- Ikke i det hele tatt

**31. Hvor ofte opplever du at du har problemer med å forstå informasjon om din helse tilstand på grunn av vanskeligheter med å forstå skriftlig informasjon?**

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- En sjelden gang
- Aldri

<b>I.</b>	<b>MEDISINER MOT</b>	<b>KRONISKE</b>	<b>SVANGERSKAPET</b>	<b>I</b>
-----------	----------------------	-----------------	----------------------	----------

Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot en kronisk sykdom i løpet av svangerskapet ditt ber vi deg vennligst om å fylle ut denne delen av spørreskjemaet og skrive ned informasjonen om de medisinene du bruker per i dag.

*Noen kroniske sykdommer er astma, allergi, hypotyreose (lavt stoffskifte), reumatiske sykdommer (inkl. reumatoid artritt, psoriasisartritt), diabetes (type I eller II), epilepsi, depresjon, angst, hjerte/kar-sykdommer (inkl. høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjerte-sykdommer).*

**Har du noen kroniske sykdommer?**       Ja       Nei

*(Hvis Ja) Vennligst kryss av hvis du har noen av følgende kroniske sykdommer.*

		<b>Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot X sykdom i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.</b>	<b>I hvilke uker av svangerskapet har du brukt dem?</b>
Astma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot astma i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Allergi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot astma i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Hypotyreose (lavt stoffskifte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot hypotyreose i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel

		<b>Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot X sykdom i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.</b>	<b>I hvilke uker av svangerskapet har du brukt dem?</b>
Reumatiske sykdommer (inkl. reumatoid artritt, psoriasisartritt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot reumatisk sykdom i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Diabetes (type I eller II)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot diabetes i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Epilepsi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot epilepsi i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Depresjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot depresjon i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Angst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot angst i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Hjerte/kar-sykdommer (inkl. høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjerte-sykdommer)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot hjerte/kar-sykdom i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel
Andre (Vennligst spesifiser hvilken annen sykdom eller hvilke andre sykdommer:) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis du bruker eller har brukt medisiner mot din kroniske sykdom i løpet av svangerskapet ditt, vennligst oppgi navnet på medisinene.	<input type="checkbox"/> uke 0-12 <input type="checkbox"/> uke 13-24 <input type="checkbox"/> uke 25-fødsel



## II. DINE SYNSPUNKTER PÅ FORSKREVET MEDISINER

- Vi vil gjerne spørre deg om dine personlige synspunkter på medisiner forskrevet til deg.
- Dette er utsagn andre personer har gjort om sine medisiner.
- Vennligst vis hvor mye du er enig eller uenig i dem ved å krysse av i den ruten som passer.

Det er ingen riktige eller gale svar.

Vi er interessert i dine personlige synspunkter.

	<b>Svært enig</b>	<b>Enig</b>	<b>Usikker</b>	<b>Uenig</b>	<b>Svært uenig</b>
For tiden er min helse avhengig av mine medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å måtte ta medisiner bekymrer meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitt liv hadde vært umulig uten medisinene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noen ganger er jeg bekymret over langtidseffekten av mine medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uten medisinene mine ville jeg være svært syk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisinene mine er et mysterium for meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min framtidige helse vil avhenge av medisinene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisinene mine forstyrrer livet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er noen ganger bekymret over å bli for avhengig av medisinene mine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisinene mine beskytter meg mot å bli verre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disse medisinene gir meg ubehagelige bivirkninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## DINE SYNSPUNKTER PÅ MEDISINER

Vi vil gjerne spørre deg om dine personlige synspunkter på medisiner generelt. Det er ingen riktige eller gale svar. Vi er interessert i dine personlige synspunkter.

32. Dette er utsagn andre personer har gjort om sine medisiner generelt. Vennligst vis hvor mye du er enig eller uenig i dem ved å krysse av i den ruten som passer ( <i>Sett kun ett kryss for hver linje</i> )					
	Svært enig	Enig	Usikker	Uenig	Svært uenig
Uten medisiner vil leger ha færre muligheter til å kurere folk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leger forskriver for mange medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personer som står på medisiner bør ta en pause i behandlingen av og til	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De fleste medisiner er vanedannende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturpreparater er tryggere enn medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisiner gjør mer skade enn gagn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisiner gjør at mange mennesker lever bedre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisiner gjør at mange mennesker lever lenge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle medisiner er gifter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leger stoler for mye på medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis leger hadde mer tid til pasientene, ville de forskrive færre medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I de fleste tilfellene oppveier fordelene med medisiner, risikoen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33. Nedenfor finner du noen påstander om medisinbruk i svangerskapet. Vennligst vis hvor mye du er enig eller uenig i dem ved å krysse av i den ruten som passer (*Sett kun ett kryss for hver linje*)**

	<b>Svært enig</b>	<b>Enig</b>	<b>Usikker</b>	<b>Uenig</b>	<b>Svært uenig</b>
Jeg har en høyere terskel for å ta medisiner nå når jeg er gravid enn det jeg hadde før	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selv om jeg er syk og kunne fått legemidler, mener jeg det er bedre for fosteret at jeg ikke behandles med legemidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gravide bør heller bruke urtemedisiner enn vanlige medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## OM DIN VURDERING AV RISIKO I SVANGERSKAPET

34. Av 100 normalt friske gravide i sunne omgivelser, hvor mange tror du vil føde et barn med en fosterskade?

35. Nå kommer en liste med ulike medisiner, matvarer og andre stoffer. Angi på en skala fra 0-10, hvor 0 er "ikke skadelig" og 10 er "svært skadelig", om hvor skadelig du mener disse midlene er under svangerskapet.

Hvis du ikke har hørt om stoffet før, kryss av for "ukjent stoff".

	ukjent stoff	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Paracetamol/Paracet/Pinex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika (eks. penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisiner mot depresjon (eks. antidepressiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thalidomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H1N1 (svine) influenzavaksine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reseptfrie medisiner ved kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingefær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranebær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muggost (eks. Roquefort, Gorgonzola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol i 1. trimester (eks. vin, øl, sprit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Røyking (eks. sigaretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røntgenbilde ved tannlegebesøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HVORDAN HAR DU ER DET?

**36. De neste 10 spørsmålene handler om hvordan du har hatt det de siste 7 dagene. Det er ingen riktige eller gale svar. Vi er bare interessert i dine personlige synspunkter. (Sett kun ett kryss for hver linje)**

**1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?**

- Like mye som vanlig
- Ikke riktig så mye som jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Ikke i det hele tatt

**2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?**

- Like mye som vanlig
- Noe mindre enn jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Nesten ikke i det hele tatt

**3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?**

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, av og til
- Ikke særlig ofte
- Nei aldri

**4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?**

- Nei, slett ikke
- Nesten aldri
- Ja, iblant
- Ja, veldig ofte

**5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?**

- Ja, svært ofte
- Ja, noen ganger
- Sjelden
- Nei, aldri

**6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?**

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
- Ja, i blant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
- Nei, for det meste har jeg klart meg bra
- Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

**7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?**

- Ja, for det meste
- Ja, i blant
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

**8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?**

- Ja, det meste av tiden
- Ja, ganske ofte
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

**9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?**

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, veldig ofte
- Ja, det har skjedd iblant
- Nei, aldri

**10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg, de siste 7 dagene?**

- Ja, nokså ofte
- Ja, så vidt
- Ja, av og til
- Aldri

## HVORDAN DU SER PÅ DEG SELV

Dette er spørsmål som handler om hvordan du ser på deg selv. Vi ønsker å vite litt mer om personlighetstrekkene til de kvinnene som deltar i studien. Det er ingen riktige eller gale svar.

Ved hjelp av en skala fra 1-5, der 1 er "svært uenig" og 5 er "svært enig", vennligst vis hvor mye du er enig eller uenig i påstandene ved å krysse av det tallet som passer. (Sett kun ett kryss for hver linje)

<b>37. Jeg ser på meg selv som en som.....</b>					
	1	2	3	4	5
1. er pratsom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. har en tendens til å finne feil ved andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. gjør en grundig jobb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. er deprimert, nedstemt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. er original, kommer med nye ideer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. er reservert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. er hjelpsom og uegoistisk ovenfor andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. kan være uforsiktig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. er avslappet, takler stress godt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. er nysgjerrig på mange ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. er full av energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. er en kranglefant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. er pålitelig i arbeidet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. kan være anspent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. er skarpsindig, tenker dypt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. skaper mye entusiasme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. er til givende av natur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. har en tendens til å være ustrukturert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bekymrer meg mye	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. har livlig fantasi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. har en tendens til å være stillferdig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. er tillitsfull	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. har en tendens til å være lat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



24. er følelsesmessig stabil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. er oppfinnsom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. er selvhevdende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. kan være kald og fjern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. står på til oppgaven er gjennomført	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. kan være humørsyk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. setter pris på skjønnhet og kunst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. kan være sjenert og hemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. er hensynsfull og vennlig ovenfor de fleste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. gjør ting effektivt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. beholder roen i spente situasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. foretrekker rutinearbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. er utadventd og sosial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. kan noen ganger være uhøflig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. legger planer og gjennomfører dem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. blir lett nervøs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. liker å tenke, leke med ideer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. har få kunstneriske interesser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. liker å samarbeide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. blir lett distrauert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. har kunnskaper om kunst, musikk eller litteratur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Tusen takk for ditt bidrag!**

## *Vedlegg 2: Regler for sykemelding i svangerskapet i 15 europeiske land*

### **Vest-Europa**

#### **Frankrike**

Sykepenger i Frankrike gis til personer som har medisinsk bekreftelse på arbeidsuførhet. Kvotene av sykepenger er lik prosent av lønn som er tapt. Alle som arbeider har rett til sykepenger i en periode med arbeidsuførhet på grunn av sykdom fra den fjerde dagen av fravær. Hvis en mister sosial forsikring, ens rett til sykepenger vil bli opprettholdt i en periode på ett år, forutsatt at en ikke er dekket av en annen obligatorisk forsikring.

For å kvalifisere til to års syke omsorg eller fødselspermisjon, må søkeren: ha jobbet i minst 60 timer, eller ha betalt bidrag på et beløp tilsvarende minst 60 ganger time SMIC (sykdom, fødselspermisjon og pappa forsikring) i løpet av en periode på en måned; Eller ha jobbet i minst 120 timer, eller ha betalt bidrag på et beløp tilsvarende minst 120 ganger time SMIC i løpet av en periode på tre måneder; Eller ha arbeidet minst 400 timer, eller ha betalt bidrag på et beløp tilsvarende minst 400 ganger time SMIC over en periode på tolv måneder.

For å kvalifisere for kontantytelser, må søkeren ha arbeidet minst 200 timer i tremånedersperioden før sykemeldingsperiode (eller betalt bidrag på inntjening som er lik minst 1015 ganger time SMIC i perioden på seks måneder). Å fortsette å motta kontantstøtte etter seks måneders sykefravær, må sykemeldt ha jobbet minst 800 timer i 12-månedersperioden eller ha betalt bidrag på minst 2030 ganger SMIC. Saksøkeren må også ha blitt registrert med helseforsikringsordning for minst ett år.[105] Helseforsikring Fond og arbeidsgiveren utbetaler tilsammen 90 % av lønn i minst 30 dager. Ratio og antall dager beregnes etter antall år jobbet i selskapet. Hvis en slutter å jobbe (sykdom eller forlengelse av fravær), må en: fylle ut skjemaet som er utstedt av lege og innen 48 timer må sendes de to første sidene av dokumentet til forsikringsfond og den tredje siden til arbeidsgiveren dersom en er ansatt.

Hvis en ikke har en kollektiv tilleggsforsikring via sin arbeidsgiver/bedrift, kan en velge å ta ut tilleggsforsikring med et aksjefond, en velferdsinstitusjon eller et forsikringsselskap for å supplere mengden av dagpenger levert av obligatorisk ordning.

En kvinne under svangerskapet (eller den forsikrede personen som forsikringen dekker hun også) må ha blitt forsikret i minst 10 måneder før forventet fødselstermin og hun må dokumentere at kriteriene for refusjon av helseutgifter og dagpenger under sykeforsikring ble oppfylt på den antatte datoen for unnfangelsen eller når prenatal permisjon begynner.

Fødselspermisjon forsikring dekker alle kostnader knyttet til graviditet og fødsel og gir kontantytelser under mors pre- og post-natal permisjon, mor eller fars adopsjonspermisjon og pappapermisjon. Fødselspermisjon forsikring dekker alle kostnader knyttet til graviditet, uten bruk av en pasient bidrag.

En kvinne under svangerskapet har rett til å dekke 100 % av kostnadene knyttet til svangerskap, fødsel og konsekvenser av fødsel, det vil si: farmasøytiske og sykehusutgifter, kostnaden av undersøkelser foreskrevet som en del av medisinsk tilsyn av graviditet, og konsekvensene av svangerskapet (obligatorisk pre- og post-natal undersøkelser og behandling).

## **Nederland**

I Nederland er arbeidsgivere forpliktet til å fortsette å betale minst 70 % av lønn i 104 uker til en arbeidstaker som ikke er i stand til å jobbe på grunn av sykdom, graviditet eller fødsel. Personer som ikke lenger har en arbeidsgiver er dekket med sykeforsikring ordning.

Arbeidstaker har rett til sykepenger hvis ansettelsesforholdet avsluttes på den første dagen av sykdom eller i løpet av den perioden dens lønn må fortsette å bli betalt. Sykepenger blir deretter utbetalt som fra dato for opphør av arbeidsforholdet, etter minst to ventedagene har gått.

Det er to mulige situasjoner:

1. En person med en arbeidsgiver er dekket av hans/hennes arbeidsgiver, som vil betale lønn i inntil to år.
2. Hvis en person arbeider med tidsbegrenset kontrakt, er midlertidig ansatt eller mottar arbeidsledighetsstøtte og blir syk, spiller Nederlands Arbeidsforvaltningen rollen som arbeidsgiver. Rett til sykepenger opphører på den første dagen i måneden der en person når pensjonsalder eller når en person ikke lenger er syk.

Den nederlandske trygdesystemet omfatter ordninger som dekker blant annet sykdom og fødselspermisjon. Som regel er alle arbeidstakere og selvstendig næringsdrivende forsikret,

men forsikring er ikke etablert automatisk og en arbeidstaker må velge en forsikringsgiver og signere en forsikringsavtale. Imidlertid er selvstendig næringsdrivende ikke forsikret mot arbeidsledighet og ikke mottar sykepenges.[24]

Svangerskapspermisjon gis for en periode på 16 uker. Permisjon mellom fire og seks uker er obligatorisk før fødselen og mellom ti og tolv uker er reservert til permisjon etter fødselen. Under 16-ukers fødselspermisjon, har en gravid kvinne rett til å motta permisjonsstøtte lik 100 % av hennes daglige inntjening. Hvis, etter å ha mottatt denne fordelingen, hun fortsatt er arbeidsufør som følge av graviditet eller fødsel, vil den samme fordelingen (100 % av hennes daglige inntjening, maksimalt 195,6 €/dag) fortsette å bli utbetalt i opptil 104 uker. I tillegg, hvis hun blir syk som resultat av svangerskapskomplikasjoner før permisjon begynner, vil hun motta sykepenges tilsvarende til 100 % av hennes daglige inntjening. Å motta fødselspenges, må en gravid kvinne presentere på forhånd et attest som bekrefter graviditeten til hennes arbeidsgiver. Arbeidsgiveren vil ha kostnadene ved fødselspermisjon refundert av Nederlands Arbeidsforvaltningen. Hvis hun er selvstendig næringsdrivende, kan hun henvende seg til Nederlands Arbeidsforvaltningen til å motta fødselspenges.[23]

## **Italia**

Helsesystemet i Italia er basert på bosted. Helsetjenester er gitt til alle som er registrert i lokalt helsesenter og alle som er kvalifisert i henhold til gjeldende nasjonale og Fellesskapets regelverk. Hver italiensk statsborger og alle som er dekket i helseforsikringssystem av en annen medlemsstat i EU og arbeider lovlig i Italia og deres pårørende er dekket for medisinsk assistanse.

Når det gjelder gravide kvinner og mors omsorg, gis generell obstetrisk behandling direkte og gratis i lokalt helsesenter, inkludert alle pre-unnfangelsen og pre-natal analyse. Jordmor tjeneste er dekket av Den Italienske Folketrygden. Dersom familiens inntekt ikke overstiger et gitt beløp per år, som fastsatt av lov, er legebekø og laboratorieanalyse for mødre og barn opp til seks år også gitt gratis.

For å bli registrert i italiensk helsetrygd system, må en gå til lokale helsestasjon for å melde i Den Italienske Folketrygden og få et helsetrygdkort. De som er ansatt eller selvstendig næringsdrivende kan melde seg som snart som bidrag er betalt inn til Den Italienske Folketrygden. Når personen er registrert, kan han/hun fritt velge en lege i sin region fra listen over leger som er festet til Den Italienske Folketrygden. For generell medisinsk hjelp, går en

direkte til Den Italienske Folketrygden lege i sin lokale helsestasjon eller i et annet helsestasjon akkreditert av Den Italienske Folketrygden.

Sykepenger i Italia skulle erstatte lønn tapt på grunn av sykdom. Sykepenger utbetales fra den fjerde dagen av sykdom (de tre første dagene er ikke dekket, unntatt i tilfelle av tilbakefall av sykdom), og er betalt for maksimalt 180 dager per kalenderår. Ulike kriterier gjelder for arbeidstakere med tidsbegrensete arbeidskontrakter.

Med unntak for visse kategorier av arbeidstakere, er sykepengene betalt direkte av arbeidsgiver og trekkes fra beløp som skal betales til Den Italienske Folketrygden som arbeidsgiveravgift. Godtgjørelsen er generelt lik 50 % av arbeidstakers lønn de første 20 dager av sykdom og øker gradvis til 66,66 % av lønn.[18]

En kvinne skal ikke jobbe i to måneder før, og tre måneder etter fødsel. Denne obligatoriske perioden med fødselspermisjon kan endres til en måned før og fire måneder etter fødsel, hvis en legeattest er fremvist.

En kvinnelig ansatt kan be om å gå på tidlig svangerskapspermisjon i visse tilfeller, for eksempel hvis hennes arbeid innebærer løfting eller flytting av tunge objekt. I dette tilfellet er legeattest påkrevd, sammen med bekreftelse fra arbeidskontoret. Arbeidsgiverens samtykke er ikke nødvendig.

Under hele svangerskapet, og inntil 7 måneder etter fødsel, må en kvinnelig ansatte ikke bli tildelt oppgaver som kan medføre fare for hennes helse.[19]

## **Storbritannia**

Alle arbeidstakere i Storbritannia har rett til sykepenger fra sin arbeidsgiver dersom de har gjort noe arbeid under arbeidskontrakt og:

- Er syke i minst fire dager på rad (inkludert helger og helligdager og dager som de ikke vanligvis arbeider);

og

- Har gjennomsnittlig ukentlig inntekt på minst tilsvarende den laveste inntektsgrensen.

Sysselsetting og støtte fradrag ble introdusert i oktober 2008. En kan kreve Sysselsetting og støtte fradrag:

- Hvis en er ute av stand til arbeid på grunn av sykdom eller uførhet
- Dersom sykdomsperioden er fire dager eller mer;
- Og hvis en ikke har rett til utbetaling av sykepenger fra sin arbeidsgiver.

Ingen fordel utbetales for de tre første dagene av arbeidsuførhet. Arbeidsgiver er ansvarlig for å betale sykepenger for maksimalt 28 uker i en periode med arbeidsuførhet. Hvis en fortsatt er syk når arbeidsgivers ansvar å betale sykepenger kommer til en slutt, vil en kunne kreve Sysselsetting og Støtte bidrag fra staten.

For de første syv dagene av sykdom, kan arbeidsgiver ikke be om å få medisinsk bevis for sykdom. Hvis en er syk i mer enn syv dager, kan arbeidsgiver be om medisinsk dokumentasjon som støtter betaling av sykepenger. Det er opp til arbeidsgiver å bestemme om en er ute av stand til arbeid. En legeerklæring fra en fastlege er sterk bevis for at en er syk og vil normalt bli akseptert. En ansatt kan også få bevis fra noen som ikke er en lege, for eksempel en tannlege, men det er for arbeidsgiver å bestemme om dette er akseptabelt. Dersom arbeidsgiveren er i tvil, kan legeattest kreves.[36]

En gravid kvinne har rett til å motta samme sum av sykepenger som andre ansatte. Hvis hun er kvalifisert, vil hun ha rett til lovbestemt sykepenger (SSP-Statutory Sick Pay[34]). Dersom arbeidsgiveren normalt betaler sykepenger, utover SSP, bør hun ha rett til det på vanlig måte.

SSP er £ 86,70 per uke (fra april 2013 til april 2014). SSP er betalt av arbeidsgiveren når en har vært arbeidsufør i minst fire eller flere arbeidsdager. For å kvalifisere for SSP må en tjene minst £109 en uke (april 2013-2014) i gjennomsnitt på åtte uker før en blir syk. SSP utbetales for inntil 28 uker.

Hvis en kvinne under svangerskapet er sykemeldt med en graviditetsrelatert sykdom i de fire siste ukene av svangerskapet, kan arbeidsgiver be henne om å starte fødselspermisjon.

Det er kjønnsdiskriminering å oppsi arbeidskontrakt til en kvinne for en grunn koblet til hennes graviditet. Dette gjelder fra dag én av arbeidsforholdet og er uavhengig av hvor mange timer

hun har arbeidet. Uformelle arbeidere, byrå arbeidere, frilansere og selvstendig næringsdrivende kvinner er beskyttet av kjønnsdiskriminering lov. [35] Arbeidsgiveren skal se på om det er noen risiko på jobben for en gravid kvinnens helse og sikkerhet. Arbeidsgiver har plikt til å gjøre fornuftige justeringer i jobben og å endre arbeidsforhold eller arbeidstid for en gravid kvinne. Hvis det er fortsatt en fare for helse og sikkerhet til en gravid kvinne, må arbeidsgiver tilby henne tilpasset, alternativt arbeid eller sette henne på 100 % fravær.[45]

## **Sveits**

Sykeforsikring i Sveits består av obligatorisk forsikring for helsetjenester (betaling av utgifter til behandling i tilfelle av sykdom, fødselspermisjon og sekundært i tilfelle en ulykke) og valgfri forsikring for dagpenger. Fødselspermisjon er dekket med Syketrygd Lov.

Sykeforsikring er administrert av anerkjente syke fond og ved private forsikringsinstitusjoner som er autoriserte til å yte sosial sykeforsikring. Alle personer som er underlagt obligatorisk forsikring kan velge fritt mellom de autoriserte forsikringsselskapene i deres bosted.

Ulykke og yrkessykdom forsikring dekker alle skader og yrkessykdommer. Det er obligatorisk for ansatte og valgfritt for selvstendig næringsdrivende. De som ikke er forsikret mot skader under Ulykkesforsikring Lov, dekkes av sykeforsikring når det gjelder helsetjenester. Ulykke- og yrke- sykdom forsikring administreres av Sveits Nasjonalfondet for Ulykkesforsikring og forsikrer mer enn halvparten av alle ansatte gjennom offentlige eller private forsikringsinstitusjoner.

Det er ingen obligatorisk forsikring mot midlertidig arbeidsuførhet på grunn av sykdom i Sveits. Valgfri forsikring er tilgjengelig for personer bosatt eller yrkesaktive i Sveits og som er i alder mellom 15 og 65 år. Forsikringsselskapene er forpliktet til å gi ekstra dagpenger forsikring (i henhold til Sosial Forsikrings Lov) selv om søkeren allerede er syk. Imidlertid kan sykdom (som eksisterer på tidspunktet for opptak) utelukkes fra forsikringsdekning (for en maksimal varighet på fem år). Etter bestemmelsene i Sveits Sivilloven må arbeidsgivere fortsette å betale arbeidstakere som er midlertidig arbeidsuføre på grunn av sykdom eller graviditet[38]. Varigheten er tre uker i løpet av det første året av arbeid. Eventuelle senere lengre periode er fastsatt på en "likeverdig" basis. Tariffavtaler inneholder ofte mer gunstige forhold. Hvis dagpenger erstatter plikten til å betale arbeiderne i henhold til Arbeidsloven (i tilfelle sykdom eller graviditet), er arbeidsgiver forpliktet til å betale minst halvparten av forfalt premie. Et forsikringsplikten kan føre enten fra arbeidsavtalen eller fra en tariffavtale.

Forsikringsselskapet må avtale med den forsikrede arbeidstakeren mengden av dagpenger. Med mindre annet er avtalt, er retten til dagpenger gitt fra den tredje dag etter begynnelsen av sykdom. Dagpenger gis i minst 720 dager av en periode på 900 dager.

Uførhet for arbeid må dokumenteres med legeerklæring. Uførhet må være minst 50 %.

Sykepenger skal søkes fra enten arbeidsgiver eller forsikringsselskapet, avhengig av hvem som er forpliktet til å gi det. Forsikringsselskapene tar beslutning om saken og den forsikrede personen kan klage på den beslutningen innen 30 dager.[37]

## **Østerrike**

Sosialforsikring i Østerrike omfatter sykdom-, ulykke- (arbeidsulykker og yrkessykdommer), pensjon- og arbeidsledighetsforsikring. Sosial forsikring er basert på ansettelse, og den forsikrede personen kan ikke velge mellom ulike forsikringsfond. Ordningene av sykeforsikring og ulykkesforsikring er under tilsyn av Federal Helsedepartementet av Østerrike. I Østerrike må arbeidsgivere registrere sine ansatte med Sykeforsikrings Fond så snart de tar arbeid. Sykeforsikring Fond vil etterpå informere institusjonene ansvarlige for ulykke-, pensjon- og arbeidsledighetsforsikring.

Alle arbeidstakere i Østerrike er du forpliktet til å betale bidrag til sykdom, arbeidsledighet og pensjon. Avgiften beregnes som en prosentandel av inntektene. Arbeidstakeren betaler vanligvis halvparten og hans arbeidsgiver betaler halvparten av bidraget. Imidlertid er arbeidsgiver ansvarlig for betalingen og trekker arbeidstakers bidrag fra lønnen hans.

Arbeidstakeren trenger ikke å betale bidrag for ulykkesforsikring (betales av arbeidsgiveren), for barnetrygd (finansiert av arbeidsgiveravgift og skatt) eller langsiktig omsorg utgift (skattefinansiert). Når det gjelder selvstendig næringsdrivende, er han ansvarlig for å betale utgift for sykdom, ulykke og pensjonsforsikring.

En arbeidstaker som blir arbeidsufør som følge av en sykdom har rett til sykepenger.

Sykepenger utbetales ikke mens en arbeidstaker fortsetter å motta lønn på grunn av arbeidslovgivningen. Full lønn kan utbetales fra 6 til 12 uker, avhengig av ansettelseslengde. Etter denne perioden utbetales halvparten av lønnen i ytterligere fire uker, og halvparten av sykdom kontantstøtte kan gis.



Det er tre dagers ventetid etter begynnelsen av arbeidsuførhet. Sykepenger utbetales vanligvis fra den fjerde dagen. Hvis en arbeidstaker ikke rapporterer arbeidsuførhet innen en uke, ville sykepenger kun utbetales fra den dagen meldingen er gitt. Vanligvis kan arbeidstakeren motta sykepenger i inntil 52 uker og etter denne perioden kan forsikringsfond utvide varigheten til maksimalt 78 uker.

Sykepenger er beregnet på grunnlag av de siste inntjeningene (maksimalt, € 4440 per måned). Det utgjør 50 % av inntektene (til den 42. dagen) og øker til 60 % (fra den 43. dagen). I tillegg kan sykepenger økes med en gitt prosentandel hvis en har en ektefelle og/eller andre avhengige familiemedlemmer. Den økte ytelsen kan ikke overstige 75 % av inntektene. For personer med inntekter under grensen for obligatorisk forsikring og som er frivillig forsikret, er sykepenger satt på € 138,90 per måned.

For å få rett til en sykepenger må lege utstede en bekreftelse at arbeidstakeren ikke er i stand til å jobbe.[41]

## **Nord-Europa**

### **Finland**

Alle finske innbyggere i alderen mellom 16 og 67, og utenlandske ansatte eller selvstendige næringsdrivende personer som arbeider i Finland i minst fire måneder har rett til sykdom lønnsstøtte.

Retten til sykdom lønnsstøtte starter 9 arbeidsdager etter at sykdommen begynner. Sykepenger er knyttet til den ansattes inntjening. Det kan ikke overstige 70 % av vanlig inntjening og er skattbar inntekt. Arbeidsgiveren kan (etter tariffavtale) kan dekke differanse til 100 % av lønn i en avtalt periode. Sykdom lønnsstøtte utbetales i maksimalt 300 arbeidsdager. Arbeidsgiver betaler full lønn for de første 9 dagene dersom arbeidsforholdet har vart i minst en måned. Dersom arbeidsforholdet er kortere enn en måned, utbetales 50 % av lønn. [11]

En arbeidstaker som har blitt syk kan gå tilbake til arbeid på en deltid og motta deltids lønn og delvis sykepenger betalt av Kela. Betaling av denne kvote kan begynne etter ni dagers ventetid for sykepenger. Delvis sykepenger kan betales for inntil 72 vanlige ukedager.[12]

Hvis en kvinne under svangerskapet blir utsatt for stråling, kjemiske stoffer eller smittsomme sykdommer i arbeidet sitt, kan hun slutte å jobbe så snart graviditet er etablert. Hun vil da motta spesiell barselpenger (erityisäitiysraha) for den perioden. [42]

Fødselspermisjon kvote i Finland varer i ca. 4 måneder – en kvinne under svangerskapet kan starte fødselspermisjon 50 arbeidsdager tidligst og 30 virkedager senest før antatt fødselstermin. Hun kan velge selv når hun vil starte fødselspermisjon.

Hvis svangerskapet har vart 154 dager (22 uker av svangerskapet) eller mer, og barnet er dødfødt eller dør ved fødselen eller like etterpå, betaler Finsk Helseforsikring fødselspermisjon kvote for 105 arbeidsdager. [12]

## **Island**

Helseforsikring i Island betaler sykepenger til alle arbeidstakere og selvstendig næringsdrivende (spesifikke regler gjelder for hjemme-arbeidere og studenter) i alderen 18 år eller eldre, som ikke mottar alderspensjon eller uførepensjon. De må være arbeidsuføre, ha sluttet å arbeide på grunn av sykdom og ikke lenger være på lønnsliste. For å få rett til sykepenger må nye innbyggere jobbe minst to måneder og ha opphold i minst seks måneder før sykdom. Ansettelse i hver måned må være minst 25 %.

Forsikrede personer mottar sykepenger fra og med den 15. dagen av sykdom, hvis de er arbeidsuføre i minst 21 dager. Den 14-dagers ventetid begynner den dagen da arbeidsuførhet er bekreftet av en lege. Islandske Lov om Arbeidskraft nr. 19/1979 gir arbeidstakere rettigheter i tilfelle av arbeidsuførhet på grunn av sykdom eller ulykker i arbeidstakerens fritiden.

Sykepenger er gitt som en flat-rate fordel og er ikke inntjening relatert kategori.

Full sum av sykepenger utbetales til alle som var på heltidsarbeid. Alle som arbeidet mindre enn fulltid og mer enn halvtid, får halvparten av sykepenger. Sykepenger utbetales for opptil 52 uker i en periode på 24 måneder.

For å ha rett til sykepenger må en lege sertifisere arbeidsuførhet.

Sykepenger utbetales ikke tilbakevirkende for mer enn to måneder. [16]

Minimumsrettighetene i løpet av det første året av tjenesten med en arbeidsgiver er 2 dager hver måned. Etter ett års arbeid har en arbeidstaker rett til full lønn for 1 måned per år, etter tre år

med samme arbeidsgiver en måned av total lønn og en måned med daglønn ut av hver 12. måned, og til slutt, etter fem år hos samme arbeidsgiver en måned av full lønn og 2 måneder med daglønn ut av hver 12 måneder. I løpet av denne perioden er ingen sykepenger gitt. Tariffavtaler sørger for ytterligere rettigheter i tilfelle av fravær fra arbeidet på grunn av sykdom. Disse rettighetene varierer avhengig av gjeldende tariffavtale.

Ansettelsesforholdet forblir intakt i perioden som arbeidstakeren er fraværende. Dette betyr at arbeidsgivers kontraktmessige og juridiske forpliktelser opprettholdes, og han eller hun er ansvarlig for betaling av skatter og trygdeavgifter. Ansiennitet fortsetter også å løpe under arbeidstakerens fravær.

En arbeidstaker (hvis rettigheter for sykdom betalinger mot sin arbeidsgiver er uttømt) har rett til utbetalinger fra hans eller hennes Fagforenings Sykdom Fund. Minsterettigheter er fastsatt som fire måneder eller 120 dager og utbetales med 80 % av arbeiderne lønn i løpet av de siste seks månedene i ansettelse.

Hvis sikkerhet eller helse av en gravid kvinne anses å være i fare i henhold til en særskilt vurdering, må arbeidsgiver gjøre nødvendige endringer for å sikre kvinnens sikkerhet. Arbeidsgiveren kan gjøre det ved å endre midlertidig arbeidsvilkår og/eller arbeidstid. Dersom dette ikke er mulig av tekniske årsaker eller andre grunner, må arbeidsgiver gi henne andre arbeidsoppgaver. Hvis dette ikke er mulig, skal arbeidsgiver gi henne permisjon for hvor lang tid det er nødvendig for å beskytte hennes sikkerhet og helse. Disse endringene, som anses nødvendig i en kvinnes arbeidsvilkår og/eller arbeidstid, skal ikke påvirke hennes lønn (reduere dem eller begrense hennes andre jobbrelevante rettigheter). Hvis det er nødvendig å gi en gravid kvinne permisjon, har hun rett til betaling i henhold til reglene som gjelder for fødselspermisjon. [17]

## **Norge**

Rett til sykepenger i Norge innebærer generell arbeidsuførhet, dvs. at pasienten ikke er i stand til å utføre noen form for inntektsgivende arbeid. Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som er forårsaket av sosiale eller økonomiske problemer og lignende, gir ikke rett til sykepenger. Tilstander som nedstemthet, tretthet, normale sorgreaksjoner, arbeidskonflikt eller lignende gir i seg selv ikke rett til sykepenger, men kan utvikle seg på en slik måte at det medfører arbeidsuførhet.

Normale svangerskapsplager er ikke godkjent som sykdom og gir derfor ikke rett til sykepenger. Svangerskapskomplikasjoner, anses dette imidlertid som sykdom og gir derfor rett til sykepenger etter vanlige regler. Med svangerskapskomplikasjoner forstås symptomer som går utover normale svangerskapsplager. Hvis en gravid kvinne venter mer enn et barn er risikoen for tidlig fødsel så stor etter uke 20.-22. at det kan føres som komplikasjon og gir derfor rett til sykepenger.

I Norge er det ulike former av sykemelding:

#### *Avventede sykemelding*

Avventede sykemelding er aktuell i arbeidsgiverperioden (første 16 dager av sykemelding) og dette er melding om at sykemelding kan unngås hvis arbeidet tilrettelegges.

#### *Graderte sykemelding*

Graderte sykemelding er aktuell når den sykemeldte kan utføre en del av sine arbeidsoppgaver, når den sykemeldte bruker mer tid å utføre sine arbeidsoppgaver eller når det tar mer tid enn vanlig for arbeidsoppgaver. Nederste grense for gradert sykemelding er 20 % og den inngår i den totale sykepengeperiodens lengde.

#### *Enkeltstående behandlingsdager*

Når en arbeidstaker har en fast behandlingsdag i uken, har den arbeidstakeren rett til sykepenger for enkeltstående behandlingsdager.

Hvis en gravid kvinne er sykemeldt på grunn av svangerskapsrelaterte sykdom eller komplikasjoner, kan hun eller arbeidsgiveren søke om at folketrygden dekker sykepenger i arbeidsgiverperioden.

Arbeidstaker må så tidlig som mulig og senest innen 8 uker prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet (for eksempel gradert sykemelding) eller den sykemeldte risikerer å miste rett til sykepenger. Unntak er når medisinske grunner er til hinder for en slik aktivitet.

Arbeidstaker som er innlagt på en godkjent helseinstitusjon har rett til sykepenger for innleggelse perioden.

Arbeidstaker har rett til sykepenger for enkelte behandlingsdagene hvis behandling gjør den arbeidsufør eller hvis behandlingens virkning forutsetter at pasienten ikke arbeider på den dagen. Attest fra legen må fremlegges.

Arbeidstaker har rett til sykepenger for kontrollundersøkelse som er nødvendig for kontroll av sykdom og som forutsetter minst 24 timers fravær (reisetid er inkludert).

En kvinne har rett til sykepenger på grunn av arbeidsuførhet forårsaket av svangerskapsavbrudd.

For å få sykepenger pasienten må sette fram krav om sykepenger. Arbeidsgiveren i første 16 dager og NAV etter denne perioden er avgjørelse myndighet i slike saker. Legen må vurdere om det fins medisinsk grunn til slike krav.

For å kunne kreve sykepenger:

- En må ha vært i jobb i minst fire uker.
- En må tape pensjonsgivende inntekt på grunn av arbeidsuførheten.

Det er et vilkår at inntektsgrunnlaget for sykepenger utgjør minst 50 % av grunnbeløpet (1/2G; Grunnbeløpet (G) er per 1. mai 2015 kr 90 068). Denne inntektsgrensen gjelder ikke for sykepenger i arbeidsgiverperioden. Sykepengesgrunnlaget kan ikke overstige seks ganger folketrygdens grunnbeløp (6G). Ved gradert sykemelding har en rett til sykepenger tilsvarende graden av arbeidsuførhet. Sykepengene kan graderes fra 100 % ned til 20 %. En kan få sykepenger i inntil ett år. Tidsbegrensingen er den samme enten en er helt eller delvis sykemeldt.

I Norge har en arbeidstaker rett til egenmelding. Arbeidstaker melder til sin arbeidsgiver med egenmelding om han eller hun er arbeidsufør på grunn av sykdom eller skade uten å legge fram sykemelding fra lege. Egen melding kan brukes opptil 3 dager, 4 ganger i løpet av en 12 månedersperiode. Er en syk utover egenmeldingsdagene, må han/hun kontakte legen. Legen vil vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til fravær fra jobb, både ved første gangs og senere sykemeldinger.

Hvis en gravid kvinne er frisk men har en jobb som gjør at legen eller jordmor mener at det er stor risiko for skade på fosteret, har hun rett til svangerskapspengene. Det er forutsetning at det ikke er mulig med omplassering eller tilrettelegging på arbeidsplassen. Svangerskapspengeperioden går ikke i arbeidsgiverperioden og sykepengeperioden og betales av NAV. Eksempel på arbeid med stor risiko for skade på fosteret er arbeid med kjemiske stoffer, arbeid med stor stressbelastning eller fysisk slitsomt arbeid. [25]

## **Sverige**

Sykepenge i Sverige er ment å kompensere tap av inntekter når en person ikke kan jobbe på grunn av sykdom. Obligatorisk forsikring er nødvendig for ansatte og selvstendig næringsdrivende som krever sykepenge. For disse to gruppene gjelder forskjellige regler: mens ventetid (uten lønnsstatning) på en dag er obligatorisk for ansatte, med lønnsstatning som blir gitt fra den andre dagen av sykdom, kan selvstendig næringsdrivende velge mellom ulike kategorier som fastsetter ventetid på 1, 14, 30, 60 eller 90 dager. Hvis ingen valg er gjort, er ventetiden 7 dager. En arbeidstaker som ikke kan jobbe på grunn av sykdom mottar sykepenge, og dette er betalt av arbeidsgiver fra andre til og med den fjortende dagen. Etter den fjortende dagen er sykepenge betalt av Det Svenske Sosial Forsikringsbyrået. Arbeidsledige personer som er registrert i den svenske offentlige arbeidsformidlingen som arbeidssøkere får sykepenge av Det Svenske Sosial Forsikringsbyrået fra den andre dagen av sin sykdom, og selvstendig næringsdrivende fra den første dagen etter den valgte ventetiden. Studentene kan også i visse tilfeller ha rett til sykepenge.

Ansatte i sin første måneden av arbeidet må ha vært på lønnslisten i minst to uker for å få rett til sykepenge. For å ha rett til sykepenge må en ha en arbeidsinntekt på minst 24 % av dagens pris grunnbeløp og har redusert arbeidskapasitet på minst 25 %. Sykepenge er omtrent 80 % av årlig inntekt. Dette gjelder så lenge årlige inntekt ikke overstiger SEK 356 250 (7,5 ganger prisen grunnbeløp [prisbasbeløpet i 2015=47 500 SEK]). Høyere inntekt gir ikke rett til høyere sykepenge. Hvis inntekten er lavere enn SEK 11 400 (24 % av prisen grunnbeløp), vil en ikke motta sykepenge.

En ansatt kan motta full, tre-kvart, halv eller en kvart beløp av sykepenge avhengig hvor lenge sykefravær varer. Halv arbeidstid betyr ikke nødvendigvis at en ansatt jobber halve dager. Hvis

det er medisinske grunner, kan den ansatte være i stand til å fordele arbeidstiden på en annen måte.

Hvis en ansatt har rett til sykepenger som arbeidsgiver betaler, må arbeidsgiver varsles på den dagen den ansatte blir syk; hvis en ansatt har rett til sykepenger som betaler Det Svenske Sosial Forsikringsbyrået, må den ansatte varsle Det Svenske Sosial Forsikringsbyrået. En medisinsk bekreftelse-sykemelding må fremlegges fra den åttende dagen av sykdom. [39] Legen skal beskrive i bekreftelsen hvordan sykdommen påvirker arbeidskapasitet og hvor lenge en ansatt trenger å være sykemeldt. For å unngå at sykefravær for samme diagnose varierer fra lege til lege og i ulike deler av Sverige er det retningslinjer som beskriver de periodene med sykefravær for forskjellige diagnoser. Lege bør begrunne i bekreftelse en lengre periode av sykefravær enn den som er anbefalt i retningslinjer. Dersom bekreftelse ikke inneholder tilstrekkelig informasjon, kan Det Svenske Sosial Forsikringsbyrået be legen å utfylle det. Når en ansatt som mottar sykepenger er syk i mer enn to uker, må arbeidsgiver varsle svenske Sosial Forsikringsbyrået den femtende dagen.

En gravid arbeidstaker har rett til graviditet lønnsstøtte hvis hun er i en fysisk krevende jobb som hun ikke kan fortsette å utføre på grunn av graviditet og hennes arbeidsgiver er ikke i stand til å overføre henne til en mindre krevende jobb. Denne fordelingen kan betales fra den 60. dagen før forventet termin for fødsel. Kvinner har også rett til graviditet lønnsstøtte når det arbeidet de gjør er forbudt for gravide kvinner, og de kan ikke overføres til et annet arbeid. Lønnsstøtte er betalt for hver dag som rammes av forbudet. Graviditet kontantstøtte kan utbetales til den ellefte dagen før forventet termin for fødsel. [40]

Graviditet lønnsstøtte utbetales i maksimalt 50 dager i løpet av de siste 60 dagene før forventet termin for fødsel. Hvis en kvinne er forbudt fra å jobbe, kan graviditet lønnsstøtte betales for mer enn 50 dager. [39]

## Øst-Europa

### Kroatia

For å få rett til sykepenger må en arbeidstaker ha fullført en forsikringsperiode på minst ni måneder (eller minst 12 måneder i de to siste årene, hvis arbeidstakeren hadde avbrudd i ansettelse). Hvis arbeidstakeren ikke har den minimum forsikringstiden, kan han/hun likevel ha rett, men bare til et minimum sykdom kontantstøtte. Sykdom kontantstøtte er vanligvis betalt av arbeidsgiver for de første 42 dagene (eller sju dager for funksjonshemmede ansatte) av fravær fra arbeidet på grunn av sykdom. Beløpet er avhengig av tariffavtaler, men kan ikke være lavere enn den lovbestemte minimum. Selvstendige næringsdrivende må dekke tap av inntekt i denne første perioden av sykdom fra sine egne sparepenger eller inntekt. Fra den 43. dag (eller åttende dag for funksjonshemmede) av fravær, er syke kontantstøtte betalt av Den Kroatisk Helseforsikring Fond (HZZO). I visse tilfeller er det utbetalt allerede fra første fraværsdag (også til selvstendig næringsdrivende), for eksempel når en er isolert grunnet medisinske årsaker, følger av pasient, grunnet omsorg for et sykt barn eller ektefelle, eller når en kvinne lider av komplikasjoner under graviditet. Beregning av sykepenger levert av HZZO er basert på gjennomsnittlig netto lønn i de seks månedene før fravær. Det er betalt i sin helhet (100 % av beregningsgrunnlaget) når sykdom er et resultat på grunn av krig i Kroatia på 90-tallet, for pleie et sykt barn under tre år, for donasjon av vev og organer, i tilfelle av isolasjon eller komplikasjoner under svangerskapet. I alle andre tilfeller er utbetaling 70 % av beregningsgrunnlaget. Både minimum og maksimal effekt er definert av lov. [21] I Republikken Kroatia har gravide kvinner i arbeidsmiljø som er skadelig for deres helse eller helse til barnet deres rett til permisjon med lønn som utbetales av arbeidsgiver.[20]

Tilpassing av arbeidsmiljø, arbeidstid og arbeidstilpassing må ikke føre til reduserte lønninger, og hvis det ikke er mulig å gi spesiell beskyttelse på arbeidsplassen, har kvinner under svangerskapet rett til permisjon med lønn i henhold til en særskilt regulering. Vurdering av risiko som kan påvirke negativt på sikkerhet og helse til gravide arbeidstakere og det ufødte barnet og sikkerhet, samt vurdering om hvilke jobber som er aktuelle for disse kvinnene, gir yrkesmedisin spesialist på forslag fra gynekolog.[22]

Under svangerskapet, svangerskapspermisjon, eller innen femten dager etter avslutning av svangerskapet, kan arbeidsgiver ikke si opp avtalen til en gravid kvinne.

Oppsigelse av kontrakten er ugyldig hvis:



- På datoen for oppsigelse arbeidsgiver var klar over en graviditet eller
- Hvis arbeidstaker innen 15 dager etter mottak av melding om oppsigelse av kontrakten leverer til arbeidsgiveren bekreftelse om svangerskapet.

Men forbudet mot oppsigelse av kontrakt til en gravid kvinne hindrer ikke opphør av kontrakten inngått for en bestemt periode (tidsbegrenset kontrakten).[21]

Obligatorisk fødselspermisjon begynner 28 dager før forventet fødselstermin. Men hvis det er en risiko for tidlig fødsel, og hvis det er andre medisinske årsaker, kan en gynekolog (obligatorisk helseforsikring) gi en gravid kvinne sykemelding på grunn av komplikasjoner i svangerskapet.[43]

## **Polen**

Ifølge polsk arbeidsrett loven er arbeidsgiver forpliktet til å betale en gravid ansatt 100 % av hennes lønn når hun er sykemeldt. Denne forpliktelsen er begrenset til 33 dager i et kalenderår. Hvis den gravide kvinnen er sykemeldt i lengre tid enn 33 dager, dekkes dagene etter 33. dag av polsk trygdekontor (sykepenger). [26]

For de første 33 dagene fortsetter ansatte å være betalt av arbeidsgiver. Godtgjørelsen skyldes for hver dag de er ute av stand til å arbeide, inkludert helligdager. Den beregnes på grunnlag av 1/30 av månedslønnen. Det er betalt for den perioden under hvilken person ikke er i stand til å arbeide og opp til et maksimum på 182 dager, eller 270 dager på grunn av arbeidsuførhet forårsaket av tuberkulose eller i perioden av svangerskapet.

Forsikrede personer blir kvalifisert for sykepenger etter 30 dager med kontinuerlig forsikring hvis de er forsikret på en obligatorisk basis, eller etter 90 dager med kontinuerlig forsikring hvis de er forsikret på frivillig basis.

En gravid kvinne som jobber har rett til:

- Sykepenger (zasiłek chorobowy): Betalt til en forsikret person som ikke kan arbeide på grunn av en arbeidsulykke eller en yrkessykdom. Det utbetales uavhengig av ulykkesforsikring perioden, fra første dag når person ikke er i stand til å arbeide på grunn av en arbeidsulykke eller en yrkessykdom. Når en gravid kvinne er sykemeldt i

løpet av graviditet, får hun sykepenger som er lik 100 % av hennes gjennomsnittlig månedslønn;

- Rehabiliteringspenger (świadczenie rehabilitacyjne): Betalt til en forsikret person som fortsatt ikke er i stand til å jobbe når deres berettigelse for sykepenger bortfaller, og som er forventet å være i stand til å gjenopprette evnen til å arbeide med ytterligere behandling eller terapeutisk rehabilitering;
- Kompensasjonstillegget (zasilek wyrównawczy) er betalt til en forsikret person som har en reduksjon i lønn på grunn av permanent eller langvarig helseskade.[27]

## **Russland**

I Russland har arbeidsgiver ikke rett til å avbryte arbeidskontrakter med gravide ansatte uten deres samtykke unntatt ved selskapets avvikling.

Ved utløpet av avtaleperioden må arbeidsgiver (etter anmodning fra den gravide kvinnen) forlenge arbeidskontrakten opp til datoen når hun har rett for en fødselspermisjon. [29]

I tillegg kan gravide kvinne ikke:

- Bli sendt av en arbeidsgiver på forretningsreiser.
- Bli instruert til arbeid:
- Jobbe overtid;
- Jobbe om natta;
- Jobbe i helgene;
- Jobbe om helligdagene. [28]

I henhold til artikkel 183[29], skal arbeidsgiver betale tidsbegrenset uførestønad til en ansatt som er sykemeldt. En ansatt som er sykemeldt må gi arbeidsgiver en legeattest når han/hun kommer tilbake til arbeid. Legeattest er utstedt av en medisinsk institusjon og innhold av den må være godkjent av statlige helsemyndigheter.

Fra 2011 betaler arbeidsgiver de tre første dagene av sykepenger. Etter tredagers periode, utbetaler Statens Helseforsikring den ansattes sykepenger. Fra 2011 er sykepenger for perioder med midlertidig uførhet basert på gjennomsnittlig lønn for den ansatte i løpet av de to foregående årene (i stedet for ett år, som var tilfellet tidligere). Sykepenger som en ansatte kan få utbetalt fra staten varierer av hvor lenge arbeidstakeren har vært ansatt:

- Ansatt i åtte år, 100 % av gjennomsnittlig lønn utbetalt.
- Ansatt for mellom fem til åtte år, 80 % av gjennomsnittlig lønn utbetalt.
- Ansatt i mindre enn fem år, er 60 % av gjennomsnittlig lønn utbetalt.[28]

## **Serbia**

I Republikken Serbia kan ikke kvinner under svangerskapet jobbe i jobber som er skadelig for deres helse og helse til barnet, spesielt i jobber som krever løfte av last eller hvor det er skadelig stråling eller hvor de er utsatt for ekstrem temperatur og vibrasjon.

Yrkesaktive kvinner kan ikke jobbe overtid og om natta de siste åtte ukene av svangerskapet.

En kvinne på de første 32 ukene av svangerskapet kan ikke jobbe overtid eller natt hvis slikt arbeid var skadelig for hennes eller helse til barnet.

Vurdering av helsetilstand til gravide kvinner som jobber gir lege eller medisinsk kommisjon hvis det kommer til manglende evne til å arbeide lenger enn 30 dager.

Når legen utsteder en sykemelding, er en kvinne pålagt å sende den til arbeidsgiver innen tre dager. Bekreftelse gjelder bare opp til 30 dager, og hvis det er behov for forlengelse, må gravide kvinner få bekreftelse (sykemelding) fra medisinsk kommisjon som også leveres til arbeidsgiver. Kostnader til fravær under 30 dager belastes arbeidsgiver og kostnader for fravær over 30 dager belastes budsjett av Republikken Serbia gjennom helseforsikring av Republikken Serbia.

Sykepenger: Den månedlige utbetales fra den første dagen av arbeidsuførhet til gjenvinning eller tildeling av uførepensjon. (Arbeidsgiver betaler fordeler for de første 30 dagene.)

Beregningsgrunnlaget for en forsikret person er hans eller hennes gjennomsnittlig lønn i de siste tre månedene, opptil fem ganger folketrygdens månedlig gjennomsnittlig lønn. Under sykefravær i løpet av svangerskapet, har en kvinne rett til erstatning i mengden av 65 % av gjennomsnittlig lønn fra de siste 3 månedene. Enkelte kommuner (Beograd, Novi Sad) subsidierer de resterende 35 % av gjennomsnittlig inntjening under sykefravær, men disse tilskudd kun gjelder sykefravær opp til 30 dager. [30]

Den nasjonale månedlig gjennomsnittlig lønn er 46 457 dinarer (mars 2010).

Beregningsgrunnlaget for en selvstendig næringsdrivende person er hans eller hennes gjennomsnittlig inntekt i de siste 3 månedene.

Dersom betalingsmottakeren mottar fordel for mer enn to måneder, er beregningsgrunnlaget justeres hver måned i henhold til endringer i gjennomsnittlig lønn i hans eller hennes arbeidssted.

Arbeidsgiver er ikke forpliktet å overføre erstatning under sykefravær lengre enn 30 dager samtidig med lønningene til andre ansatte, men bare når han/hun får midlene fra Helseforsikring av Republikken av Serbia på sin konto.

For å få rett til sykepenger må en ansatte være på lønnsliste i minst 1 måned.

Hvis en ansatte er sykemeldt, må han/hun ha helseforsikring i minst 3 siste måneder av ansettelse eller 6 måneder (med ansettelse avbrudd) i løpet av ett og halvt år for å få rett til utbetaling av sykepenger fra staten eller han/hun får sykepenger som er lik minst fastsatt lønn.

Under graviditet kan arbeidsgiver ikke si opp kontrakten. [31]

## **Slovenia**

Ansatte kvinner under svangerskapet er dekket med obligatorisk helseforsikring og har tilgang til leger eller primære medisinske sentre som har kontrakt med Helse Forsikring Institutt av Republikken Slovenia. Personer som ikke har tilleggsforsikring og som er under obligatorisk forsikring ordningen, må betale kostnadene for tilleggs helsetjenester, fra 10 til 90 %. Gravide kvinner er likevel unntatt fra denne ordningen og de må ikke dele kostnadene for tilleggs helsetjenester.

Sykepenger utbetales fra obligatorisk helseforsikring for å kompensere for midlertidig tap av arbeidskapasitet av yrkesaktive forsikrede (blant annet til gravide kvinner). Den månedlige utbetalingen er 90 % av gjennomsnittlig inntjening i år før fravær hvis fravær er forårsaket av sykdom; 80 % for en ikke arbeidsrelatert skade eller på grunn av omsorg for et familiemedlem; 100 % for et organ- eller blodgiving, for karanteneperiodene, en krigsinvaliditet, eller sivil krigsinvaliditet.

Det er ingen minimum ansettelsesperioden for å kvalifisere for sykepenger.[32]

Sykdom lønnsstøtte er vanligvis betalt av arbeidsgiver for de første 30 fraværsdager. Fra 31. dag av fravær, er sykdom lønnsstøtte betalt av Helseforsikring av Republikken Slovenia. Sykepenger er beregnet på grunnlag av gjennomsnittlig lønn i år før sykefravær.[33]

Slovenia som EU medlem er dekket av EU direktiv "Direktiv 92/85 / EØS - gravide arbeidstakere".

Formålet med dette direktiv er å beskytte helse og sikkerhet til kvinner i arbeidslivet når de er gravide eller etter at de nylig har født og kvinner som ammer.[44]

**Vedlegg 2-Tabell:** Oversikt over studier som har undersøkt faktorer knyttet til sykefravær i svangerskapet

Referanse	Land, Datakilde, År	Studiedesign, størrelse av studie	Formålet med studien	Hovedfunn
<b>Dorheim, Bjorvatn et al. 2013[8]</b>	Norge, Spørreskjemaundersøkelse, 2008-2010	Longitudinal, populasjonsbasert deskriptiv studie. n=2918	Formålet med studien var å beskrive forekomst av, grunnene for, og faktorer knyttet til sykefravær i løpet av svangerskapet. Kvinner som samtykket til studie ble overlevert et spørreskjema ved rutinemessig ultralydsjekk ved 17. svangerskapsuke. Kvinner som returnerte dette spørreskjemaet fikk en andre spørreskjema ved 32. svangerskapsuke. Multipl logistisk regresjon ble utført for å undersøke assosiasjoner med somatiske, psykiske og sosiale faktorer.	De viktigste faktorer assosiert med sykefravær var kroniske smerter før svangerskapet, bekken- og rygg-smerter og søvnvansker, men kvalme og mangel på regelmessig trening var også viktige faktorer.
<b>Gutke, Olsson et al. 2014 [51]</b>	Sverige og Norge; Spørreskjema; Sverige (2001-2003; 2005-2006) Norge (2006-2007)	Gravide kvinner fra to kohorter i Sverige og ett i Norge svarte på spørreskjemaer i svangerskapsuke 10-24; to kohorter tillegg i ukene 28-38; n=898	Formålet med studien var å undersøke sammenhengen mellom uførhet og sykefravær grunnet bekkens- og ryggsmerte hos gravide kvinner i 3 kohorter i Sverige og Norge, og for å utforske mulige faktorer som har betydning for sykefraværet. Et ytterligere mål var å sammenligne forekomst av sykefravær grunnet bekkens- og ryggsmerte.	Funksjonshemming, smerteintensitet og yrke var assosiert til sykefravær grunnet bekkens- og ryggsmerte. Likevel var det betydelige variasjoner mellom nærstående faktorer mellom kohortene, noe som tyder på at andre faktorer enn støpelighet og trykkesystemet er også av betydning.

Referanse	Land, Datakilde, År	Studiedesign, størrelse av studie	Formålet med studien	Hovedfunn
<b>Kaerlev, Jacobsen et al. 2004[56]</b>	Danmark; Sykehus arbeidsliste, Dansk folkeregister; Spørreskjemaundersøkelse; 1995-1999	Register basert studie i tillegg til spørreskjemaundersøkelse.	Forfatterne forsøkte å beskrive risikoindikatorer av langvarig sykefravær i løpet av svangerskapet blant sykehusansatte. En registerbasert undersøkelse ble foretatt av 4,852 kvinnelige sykehusansatte i alderen 20-45 år fra det nest største sykehuset i Danmark i løpet av 1995-1999 basert på jobbtitler, arbeidstid, sykefravær, og fødsler kombinert med en undersøkelse blant totalt 773 kvinner som hadde vært gravid i løpet av sin sysselsetting (svarprosent 85 %).	Denne studien viser en høy grad av sykefravær i løpet av svangerskapet blant sykehusansatte og at arbeidsforholdene er sterkt knyttet til sykefravær.
<b>Sydsjö and Sydsjö 2005[52]</b>	Sverige; Folketrygdregister; Svensk helseregister; 1978, 1986, 1992 og 1997	Register basert studie; n=7459	Formålet med studien var å undersøke om en sosial fordel, svangerskapspengene, som ble introdusert i Sverige i 1980, og som var spesielt rettet mot gravide kvinner som arbeider i krevende yrker, hadde noen påviselig effekt på sykefraværet blant sysselsatte gravide.	Hovedfunn av studien var at det er ingen direkte sammenheng mellom sykefravær og antall dager av svangerskapspengene som ble brukt. I stedet, endringer i sykefraværet blant gravide kvinner var tilsvarende endringer i sykefraværet blant alle forsikret personer, både menn og kvinner. Forfatterne konkluderer at økende kostnader til sosial trygghet forsikring blant gravide kvinner har mest sannsynlig forbindelse med nivået i trygd forsikring. Gravide kvinner synes mer tilbøyelig til å søke om sykefravær i perioder når den økonomiske kompensasjonen er lik (eller nesten lik) lønn.

Referanse	Land, Datakilde, År	Studiedesign, størrelse av studie	Formålet med studien	Hovedfunn
<b>Alexanderson, Hensing et al. 1995[53]</b>	Sverige; Svensk fødselsregister; 1985-1986	Register basert studie; n=7000	Formålet med denne studien var å analysere variasjonen av graviditetsrelatert sykefravær blant sysselsatte kvinner i henhold til alder, yrke, og graden av mannlig-kvinnelig dominans innen yrker.	Det var betydelige forskjeller mellom yrkesgrupper i sykefravær som involverer svangerskapsrelaterte diagnoser. Noen forskjeller var knyttet til fysisk belastning av jobbene som blir gjort, men ikke alle. Det virker viktig å vurdere også mannlig-kvinnelig dominans innenfor en jobb med hensyn til slike sykefravær.
<b>Rieck and Telle [46]</b>	Norge; NAV register; 1992-2008	Register basert studie; n=ca.175.000	Ved hjelp av registerdata på hver ansatt norsk kvinne som føder sitt første barn i perioden 1995-2008, har studien formål å beskrive og sammenligne nivåer av sykefravær før, under og etter svangerskapet.	Sykefravær øker brått i måneden unnfangelsen og fortsetter å vokse gjennom hele svangerskapet. Sammenlignet med pre-graviditet nivåer, har sykefravær hos gravide økt betydelig siden midten av 1990-tallet. I tråd med hypoteser av kvinners 'dobbel byrde " sykefraværet øker i årene etter fødselen. Men når sykefravær under en påfølgende graviditet er utelukket, økningen i kvinners sykefravær i årene etter fødselen er ikke betydelig.
<b>Markussen and Røgeberg [5]</b>	Norge; Forløpsdatabasen trygd, Statistisk sentralbyrå, Folkeregister; 1993 – 2005	Register basert studie; n-ukjent	Sykefraværet i Norge doblet seg i perioden 1993 – 2003. Formålet med studien er å undersøke i hvilken grad dette skyldtes endringer i medisinske faktorer, i ikke-medisinske faktorer eller i sammensetningen av arbeidsstokken.	Personer som hadde gjennomgått større livshendelser (separasjon, graviditet og ektefelles død) hadde oftere og mer langtidssykefravær (> 16 dager) enn deres kontrollgrupper og dette ekstra fraværet økte i perioden 1993-2005



Referanse	Land, Datakilde, År	Studiedesign, størrelse av studie	Formålet med studien	Hovedfunn
<b>Hansen, Thulstrup [57]</b>	Danmark; Dansk Folk register; Spørreskjemaundersøkelse; 1996-2002	Register basert analyse-studie; n=51 874	Denne studien hadde som formål å undersøke sammenhengen mellom arbeidsstillinger, løft på jobb, skiftarbeid, arbeidstid og jobb belastning og risiko for sykefravær i løpet av svangerskapet fra 10-29 fullførte graviditetsuker i en stor kohort av danske gravide kvinner.	Resultatene fra denne undersøkelsen funnet statistisk signifikante assosiasjoner mellom alle faktorene og risiko for sykefravær.
<b>Melsom [47]</b>	Norge; Norsk administrative register over alle ansatte i befolkningen; 2003-2011	Register basert analyse-studie; n= 98874	Denne studien undersøker hvordan kjønns sammensetningen av arbeidsplasser påvirker sykefravær av gravide kvinner. Det undersøker også om en observert sammenheng kan forklares med differensial utvalget til kvinne- eller mannsdominerte arbeidsplasser.	Antall kvinner på arbeidsplasser er positivt forbundet med sykefravær i løpet av svangerskapet. Denne forbindelsen kan ikke forklares med yrkes eller individuelle egenskaper. Resultatene er i tråd med fravær kultur teori og mildere normer for sykefravær i løpet av svangerskapet på kvinnedominerte arbeidsplasser.
<b>Ariansen and Mykletun 2014 [48]</b>	Norge; Norsk administrative register over alle ansatte i befolkningen-FD trygd; 1993-2007	Register basert analyse-studie; n= 1743616	Formålet med denne studien er todelt: For det første å undersøke om utsettelse av svangerskapet er knyttet til økt sykefravær og dermed bidrar til økt kjønnsforskjellen i sykefravær; og for det andre, for å anslå hvor mye av den økte kjønnsforskjellen i sykefravær som kan forklares ved økt sykefravær blant gravide	Utsettelse av første graviditet forklarer ikke økt sykefravær i svangerskapet i perioden 1993-2007 fordi både høyeste nivå og økt sykefravær er sett hos yngre kvinner.

Referanse	Land, Datakilde, År	Studiedesign, størrelse av studie	Formålet med studien	Hovedfunn
<b>Brekke, Berg et al. 2013</b> [49]	Norge; Kvinnene ble rekruttert til studie når de besøkte helseklinikk for rutinemessig graviditetskontroll; 2008-2010	Denne studien er basert på populasjonsbasert kohortstudie basert på spørreskjemaundersøkelse; n=573	Formålet med denne studien er å estimere forskjeller i det legemeldte sykefraværet i løpet av svangerskapet blant innvandrere og innfødte kvinner.	Innvandrerkvinner hadde høyere sykefravær enn innfødte norske kvinner under graviditet. Forskjellen i gjennomsnittlig antall uker mellom innfødte norske kvinner og innvandrerkvinner ble delvis forklart med dårligere helsestatus før graviditeten, alvorlig graviditet oppkast og dårligere ferdigheter i det norske språket blant innvandrerkvinner.
<b>Kristensen, Nordhagen et al. 2008</b> [96]	Norge; Medisinsk fødselsregister; Gravide kvinner blir rekruttert til studien gjennom en postal invitasjon i forbindelse med en rutinemessig ultralydundersøkelse som tilbys alle gravide kvinner i Norge i 17-18 svangerskapsuke; 1999-2005	Denne studien er basert på Den norske mor og barn-kohortstudien (MoBa); n=28611	Hovedmålet av studien var å undersøke om tilrettelegging av arbeid ble assosiert med redusert fravær.	Tilrettelegging av arbeid ble assosiert med redusert sykefravær i svangerskapet. Resultatene bør tolkes med forsiktighet på grunn av lav deltakelse i MoBa (Den norske mor og barn-kohortstudien) og potensiell informasjon skjevhet fra selvrapporterte data.
<b>Larsson, Sydsjo et al. 2006</b> [54]	Sverige; 2001	Spørreskjema basert studie; n=39	I Sverige er sykemelding tatt oftere av gravide kvinner enn av ikke gravide kvinner. Hovedmålet med studien var å svare hvis det å ta av sykefravær under svangerskapet kan muligens forklare med holdninger til sykefraværet holdt blant fødselsleger som arbeider i svangerskapsomsorgen.	Den høye graden av arbeid å håndtere sykefravær og sosiale fordeler ved svangerskapsomsorg sentre ser ut å ha en negativ effekt på fødselslege evaluering av sitt arbeidsmiljø. Oppfatning av fødselsleger er at gravide kvinner er sykmeldt for ofte, men fødselsleger holde som regel til kvinnenes ønsker for å unngå konflikt.

Referanse	Land, Datakilde, År	Studiedesign, størrelse av studie	Formålet med studien	Hovedfunn
<b>Sydsjo, Sydsjo et al. 2001 [55]</b>	Sverige; Svensk folketrygdregister; Lokal folketrygdregister for fylke Östergötland 1985-1986;	Register basert studie; n (gravide kvinner) =1342, n(alle kvinner)=24481	Formålet med denne studien var å undersøke det relative bidraget av gravide kvinner til nivået av sykefraværet, generelt og i ulike diagnosegrupper, samt i hvilken grad sykmeldte gravide kan identifiseres gjennom diagnoser på syke sertifikater.	Ved bruk av diagnose fra syke sertifikater, kan bare 46 % av alle sykemeldte gravide bli identifisert. Studier om sykefraværet blant kvinner i fertil alder bør også inneholde informasjon om andel av sykemeldte gravide kvinner fordi en liten andel av gravide kvinner kan ha en stor effekt på resultatene og konklusjonene blant alle kvinner.
<b>Sydsjo, Sydsjo et al. 1997 [1]</b>	Norge og Sverige; Svangerskaps- og fødselsregister i Hamar-Norge, Svangerskaps- og fødselsregister i Varnamo-Sverige, Folketrygdregister i Hamar-Norge, Folketrygdregister i Värnamo-Sverige; 1986	Register basert studie; n=1649 (n(Norge)=645; n(Sverige)=1004);	Formålet med studien var å analysere sammenhengen mellom sykefraværet, arbeidsvilkår, svangerskapsutfall og graviditet forbundet sosiale ytelser i to urbane gravide populasjoner i Sverige og Norge med ulike sosiale stønadssystemer .	Studien fant ut at sykefraværet under svangerskapet er ikke i forbindelse med sykdom, arbeidsforhold eller mengden av sosiale ytelser tilgjengelige. Økt nivå av sykefravær i Sverige kan eventuelt forklares med en endret holdning til graviditet og dens naturlige konsekvenser, særlig blant yngre kvinner.



