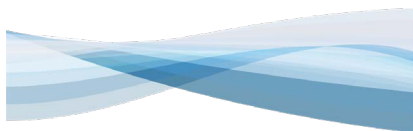


Kvinnors ohälsa efter familjebildning:
Vad vet vi om mekanismerna och vad kan
vi göra åt det?

Underlagsrapport till Jämlikhetskommissionen

*av Emma Fransson, Erik Grönqvist,
Stavros Iliadis och Erica Lindahl*



Jämlikhetskommissionen

Innehåll

1	Inledning	5
2	Barneffekten på inkomst, lön och sjukfrånvaro	9
2.1	Kausalitet eller inte	9
2.2	Evidens från olika länder	10
2.3	Nationalekonomiska förklaringsmodeller.....	13
2.4	Sjukskrivningsdiagnoser före och efter barnafödande.....	14
3	Somatiska och psykiska barneffekter	19
3.1	Somatiska.....	19
3.2	Psykiska	35
3.3	Att få barn med särskilda behov	44
3.4	Samverkande faktorer	47
4	Den relativa betydelsen av olika förklaringar	53
4.1	Specialisering kontra normer och dubbelarbete.....	54
4.2	Specialisering kontra hälsa.....	54
5	Socialförsäkringens roll	57
5.1	Betydelsen av betald föräldraledighet på mammors hälsa och sjukfrånvaro	57
5.2	Pappornas möjlighet till ledighet	60

Innehåll

6	Avslutande diskussion	63
	Referenser.....	69
	Bilaga	101

1 Inledning

Kvinnors ohälsotal ökar i samband med att de blir mammor. Samtidigt är graviditet och förlossning en fysiologisk process och inte en sjukdom. De flesta graviditeter och förlossningar fortlöper utan komplikationer, även om barnafödande kan innebära hälsoproblem av varierande grad för blivande eller nyförlösta mammor. Att vara gravid, att föda barn och att ta hand om och uppfostra barn innebär också stora förändringar i livet som kan vara utmanande. För många familjer med två yrkesarbetande föräldrar är det en utmaning att kombinera arbetsliv och familj. Barn och ungdomar behöver uppmärksamhet och omvårdnad under sin uppväxt, vilket tar föräldrarnas tid och engagemang i anspråk. Svårigheten att balansera arbetsliv och familj är ett generellt fenomen: i de flesta OECD-länderna är normen att båda föräldrarna yrkesarbetar (OECD 2020). Vanligtvis tar kvinnorna ett större ansvar för hemmet; en skillnad som finns redan innan barn, men som förstärks i samband med familjebildning.

Sverige har en socialförsäkring som ger föräldrar möjlighet att ta ut ledighet i samband med att de har små barn och som ger dem ett inkomstskydd vid frånvaro från arbetet för att vårda sjukt barn eller p.g.a. egen ohälsa. Den svenska föräldraförsäkringen är den mest generösa i världen om man betraktar dess längd, flexibilitet och ersättningsnivå (Duvander och Löfgren 2018). Trots att föräldraförsäkringen kom till för att underlätta för kvinnor att behålla anknytningen till arbetslivet och göra det möjligt att kombinera familj och yrkesliv uppstår skillnader mellan mäns och kvinnors situation på arbetsmarknaden, framför allt i samband med familjebildning.¹

¹ Det är kvinnorna som tar ut huvuddelen av föräldradagarna – 61 procent 2018 (Försäkringskassan 2019b). De är också mer sjukskrivna än män – 2018 var sjukpenningtalet 89 procent högre för kvinnor än för män (Försäkringskassan 2019a).

Både i Sverige och internationellt är det väl dokumenterat att familjebildning har en negativ inverkan på kvinnors situation på arbetsmarknaden: kvinnor har efter att de får barn en sämre inkomst- och löneutveckling (Angelov, Johansson, och Lindahl 2015; Adda, Dustmann, och Stevens 2017; Angelov, Johansson, och Lindahl 2015; Ejrnaes och Kunze 2013) och en högre sjukfrånvaro (Fontenay och Tojerow 2020; Andresen och Nix 2019; Angelov, Johansson, och Lindahl 2018; Bratberg, Dahl, och Risa 2002) jämfört med innan. Vi kallar detta trendbrott i olika utfall en *barneffekt*, alltså en försämrad arbetsmarknadssituation och ett högre ohälsotal bland kvinnor (men inte bland män i samma utsträckning) som kan härledas till tidpunkten för familjebildning.²

Denna barneffekt diskuteras intensivt inom den samhällsekonomiska forskningen. Flera och delvis samvarierande förklaringar har lyfts fram: specialisering inom hushållet där kvinnan ägnar relativt mer tid åt arbete i hemmet, medan mannen ägnar relativt mer tid åt lönearbete (Becker 1981); traditionella könsnormer som förstärks i samband med att man blir förälder, det vill säga att mammor som yrkesarbetar kompenserar det med att göra relativt mer hemarbete för att stärka en könsidentitet förknippad med stort ansvar i hemmet (Akerlof och Kranton 2000); föräldraskap och förvärvsarbete innebär dubbla arbetsbördor, vilket kan leda till ökad stress och sämre hälsa, speciellt hos kvinnor som av olika skäl tar på sig ett större ansvar för hemarbete (Bratberg, Dahl, och Risa 2002). Alla dessa faktorer leder till att mammor minskar sitt engagemang på arbetsmarknaden, både genom mer deltidsarbete, men också via högre sjukfrånvaro. En ytterligare potentiell förklaring som inte diskuterats lika mycket är negativa hälsoeffekter av att föda barn. För vissa kvinnor, men nödvändigtvis inte alla, kan graviditet och barnafödande innebära en hälsoförsämring. Själva graviditeten innebär en omfattande hormonell omställning och en emotionell och fysiologisk påfrestning som kan trigga ohälsa. I samband med graviditeten ökar, till exempel, risken för graviditetsdiabetes, rygg- och bäckensmärter, och peripartum depression. I samband med förlossningen och tiden

² Det finns även effekter av familjebildning på män, men dessa tenderar att gå i motsatt riktning, dvs. att män stärker sin position på arbetsmarknaden (Kennerberg 2007). Det finns också en stor litteratur om effekten av ytterligare ett barn dvs. den intensiva marginalen (se exempelvis Bronars och Grogger 1994; Angrist och Evans 1998; Aaronson m.fl. 2017): för en diskussion av resultat från den litteraturen och en analys på svenska data, se Angelov och Karimi (2012).

efter finns risk att bristningar och blödningar uppstår. En försämrad hälsa orsakad av graviditet och/eller förlossning kan därför vara en bidragande faktor till barneffekten. För att kunna utforma en ändamålsenlig politik som främjar jämställdhet, mammors och pappors hälsa, lika möjligheter på arbetsmarknaden, och balans mellan arbetsliv och familj, är det viktigt att dels kartlägga vilka mekanismer som driver barneffekten, dels kvantifiera olika mekanismers relativa betydelse. Denna rapport syftar till att bidra till denna diskussion genom att diskutera medicinska och psykologiska hälsoeffekter av barnafödande som kan påverka kvinnors sjukskrivningar, samt sätta dessa hälsoeffekter i relation till andra förklaringsfaktorer som nämnts i den samhällsekonomiska litteraturen. I rapporten kommer vi också diskutera vilken roll hälso- och sjukvården och socialförsäkringen har för att minska kvinnors sjukfrånvaro som en följd av barnafödande.

Vi börjar med att sammanfatta olika förklaringar till barneffekten som presenterats i den nationalekonomiska litteraturen. Därefter diskuteras medicinska och psykologiska effekter av graviditet och förlossning som kan leda till nedsatt arbetsförmåga och därmed sjukskrivning. Därefter diskuteras hur samhället kan minska barneffekten och vilken roll socialförsäkringen och hälso- och sjukvården kan ha i detta sammanhang. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion. Författarna har sin bakgrund i olika vetenskapliga discipliner: nationalekonomi, psykologi och medicin.

2 Barneffekten på inkomst, lön och sjukfrånvaro

Den s.k. *barneffekten*³ studeras genom att följa enskilda kvinnor (eller par) före och efter första barnets ankomst.⁴ Genom att jämföra utvecklingen efter första barnets födelse med motsvarande utveckling före, kan man få en uppskattning av vilken betydelse familjebildning har för mammors inkomster, löner och sjukfrånvaro i jämförelse med kvinnor som inte fått barn (och i förhållande till pappor).⁵ Jämförelsen görs mellan kvinnor i olika åldrar, observerade vid olika tidpunkter, vilket gör det möjligt att kontrollera för såväl ålders- och tidsspecifika faktorer som för individuella skillnader mellan kvinnor.

2.1 Kausalitet eller inte

En metodologisk utmaning i de studier som dokumenterar en barn-effekt i samband med familjebildning (Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl 2018) är att tidpunkten för graviditet och föräldraskap inte är slumpmässig. Valet att skaffa barn kan sammanfalla med andra faktorer som försämrar kvinnors hälsa och position på arbetsmarknaden.⁶ Om exempelvis kvinnor som av någon icke-observerbar anledning plötsligt ogillar sitt arbete och därför väljer att satsa på

³ Att familjebildning har en negativ inverkan på kvinnors situation på arbetsmarknaden i termer av sämre inkomst- och löneutveckling och högre sjukfrånvaro efter det första barnet.

⁴ Det finns en stor litteratur om effekten av ytterligare ett barn som utnyttjar att familjestorleken ökar slumpmässigt vid tvillingfödslar och att sannolikheten ett barn påverkar om de första två barnen slumpmässigt är av samma kön, se fotnot 3.

⁵ Anledningen till att studera det första barnet är att kunna jämföra med en förperiod som inte påverkats av familjebildning och val som hör samman med familjeliv.

⁶ Det finns studier som tyder på en selektion in i barnafödande, dvs. att kvinnor som inte skaffar barn har sämre utgångshälsa vid jämförbar ålder och att barneffekten därför inte alltid syns vid jämförelser mellan kvinnor som skaffar barn och kvinnor som inte gör det, och på likande sätt kan ohälsa hindra kvinnor från att skaffa fler barn (Björkenstam m.fl. 2019).

familjebildning snarare än att skaffa barn, skulle den försämrade inkomstutvecklingen, åtminstone delvis, kunna förklaras av det förändrade fokuset från arbete till familj. För att hantera detta metodologiska problem har Lundborg, Plug, och Rasmussen (2017) och Bensnes, Huitfeldt, och Leuven (2020) utnyttjat den slumpmässighet i att få barn som följer en påbörjad IVF⁷-behandling. Lundborg, Plug, och Rasmussen (2017) använder sannolikheten att lyckas vid första försöket som ett instrument för att ha barn eller inte i slutet på samma år som behandlingen skedde. På danska data finner de att familjebildning leder till 11–12 procent lägre inkomster tio år efter första barnets födelse. Bensnes, Huitfeldt, och Leuven (2020) använder en något annan empirisk strategi⁸ på norska data och finner en betydligt mindre effekt, också jämfört med tidigare norska studier av barneffekten (Andresen och Nix 2019). IVF-behandlingar skapar en slumpmässig variation i vilka familjer som har barn och inte, vilket är övertygande att utnyttja för att skatta en kausal effekt av familjebildning. Samtidigt kan resultat från familjer som genomgår fertilitetsbehandling vara svåra att generalisera om de inte representativa. Sammanfattningsvis kan konstateras att oavsett empirisk strategi tycks det finnas en barneffekt på kvinnors inkomster, men litteraturen ger inget entydigt svar på hur stor den är.

2.2 Evidens från olika länder

I Sverige har män i 40-årsåldern nästan 50 procent högre inkomst än kvinnor⁹. Angelov, Johansson, och Lindahl (2015) visar att en stor del av denna inkomstskillnad uppkommer i samband med det första barnets ankomst: 15 år efter det första barnet har inkomstskillnaden ökat med 35 procentenheter i jämförelse med skillnaden före barn. Motsvarande ökning med avseende på löner är 10 procentenheter. Det växande gapet förklaras framför allt av mammors mer omfatt-

⁷ In Vitro Fertilisering.

⁸ De utnyttjar också IVF-behandlingar, men skattar i första steget sannolikheten att ha barn vid ett senare tillfälle då det menar att de som inte lyckas vid första försöket försöker igen.

⁹ Angelov, Johansson, och Lindahl (2015) rapporterar att skillnaden mellan kvinnor och män i åldern 41–43 år var 47 procent år 2006. Den skillnaden är något mindre om man jämför alla åldersgrupper: SCB rapporterar att inkomstgapet mellan kvinnor och män i åldern 20–64 år 2019 var 29 procent: <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstallldhet/ekonomisk-jamstallldhet/>.

ande deltidsarbete. Uppdelningen av den betalda ledigheten spelar sannolikt mindre roll (Albrecht, Thoursie, och Vroman 2015; Angelov, Johansson, och Lindahl 2015)¹⁰, vilket kan förklaras av att mammor framför allt är hemma obetalt under barnets första levnadsår.^{11 12} I sammanhanget är det också viktigt att påpeka att alla kvinnor inte får en sämre inkomstutveckling efter barn: för 20 procent av alla par är det mannen som bär den största kostnaden av barn i termer av inkomstbortfall (Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl 2015).

Barneffekten på inkomster och löner tycks vara ett universellt fenomen: den finns dokumenterad i USA (Kleven m.fl. 2019; Chung m.fl. 2017), Frankrike (Pora och Wilner 2019), Storbritannien, Österrike, Tyskland, Danmark (Kleven m.fl. 2019) och Norge (Bensnes, Huitfeldt, och Leuven 2020; Andresen och Nix 2019). Effektens storlek varierar mellan länder, vilket indikerar att arbetsmarknadens funktionssätt, skattesystem såväl som socialförsäkringens utformning kan spela roll; Kleven m.fl. (2019) konstaterar att barneffekten är minst i de skandinaviska länderna (med högt arbetskraftsdeltagande även efter barnafödande), högre i de anglosaxiska länderna och högst i de tysktalande länderna (där det inte är ovanligt att kvinnor lämnar arbetskraften efter barnafödande (Chirkova 2019)). Samtidigt är det slående hur likartat mönstret är i samtliga undersökta länder, vilket tyder på att barneffekten i första hand inte drivs av skatte- eller familjepolitikens utformning, utan snarare av mer universella faktorer som könsnormer och hälsa.

Samma mönster för löner och inkomster finns även för sjukfrånvaro med sjukpenning: före första barnet är skillnaden mellan kvinnor och män liten, men efter barn uppstår en tydlig skillnad i frånvaro (Angelov, Johansson, och Lindahl 2018). Antalet sjukpenningdagar ökar med en halv dag per månad för kvinnor, relativt deras män, tre år efter första barnets födelse, vilket motsvarar en

¹⁰ Utvärderingar av pappamånaderna (Ekberg, Eriksson, och Friebe 2013; Karimi, Lindahl, och Skogman Thoursie 2012) visar inte på någon effekt på mammors eller pappors arbetsutbud, något som beror på att både mammor och pappor är hemma längre än vad de betalda föräldradagarna tillåter (ISF 2013).

¹¹ Detta möjliggörs genom att föräldrar under barnets första år inte behöver ta ut betalda föräldradagar vid ledighet. Efter barnets ettårsdag har man alltid rätt att vara ledig med föräldrapenning upp till barnet går ut årskurs 1. Föräldrar har också rätt att gå ner i arbetstid under denna period med upp till 25 procent.

¹² Albrecht, Thoursie, och Vroman (2015) visar att mammor som koncentrerar sitt uttag av föräldrapenning till tiden efter barnets födelse tjänar mer än mammor som sprider ut sin ledighet över en längre tid.

fördubbling av skillnaden två år innan barn. Sjutton år efter familjebildningen är motsvarande siffra nästan en hel dag eller en fyrfaldig ökning. I analysen kontrolleras också för efterföljande graviditeter för att fånga upp den tillfälligt ökade sjukfrånvaron i samband med dessa.¹³ Resultatet fångar däremot inte kortvarig sjukfrånvaro under sjuklöneperioden (de två första veckorna i en sjukperiod) – exempelvis kortvariga sjukdomar så som enkla förkylningar och andra tillfälliga besvär – och kan därför vara en underskattning av den totala effekten på mammors sjukfrånvaro. Även (Försäkringskassan 2014) har studerat barneffekten på sjukfrånvaro upp till sju år efter första barnets födelse. Studien, som begränsas till föräldrar som fick sitt barn år 2005¹⁴, finner att kvinnors sjukfrånvaro ökar mer än mäns efter familjebildning, men först efter andra barnet. I studien lyfts också fram att skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män efter familjebildning varierar över tid och att kvinnor är mer sjukfrånvarande än män även innan barn.¹⁵

Kvinnors högre sjukfrånvaro efter det att de får barn har inte studerats lika mycket som effekterna på inkomster och löner, men fenomenet finns dokumenterat för några andra länder. Fontenay och Tojerow (2020) studerar långsiktiga effekter av familjebildning i Belgien och finner att skillnader i användning av sjukförsäkringen mellan mammor och pappor växer med 2 procentenheter efter första barnet, och att effekten fortfarande kvarstår efter åtta år. En motsvarande effekt har också observerats i Norge: Andresen och Nix (2019) studerar norska kvinnor upp till fem år efter första barnet och finner en förhöjd sjukfrånvaro som till viss del kan bero på ytterligare barn. Rieck och Telle (2013) finner också att norska mammor har högre sjukfrånvaro efter det förstfödda barnets första levnadsår.¹⁶

¹³ En separat parameter fångar upp ökningen i sjukfrånvaro i samband med graviditeten vid ett andra barn.

¹⁴ Även föräldrar som fick sitt första barn andra år studeras, men då med kortare uppföljningsperiod.

¹⁵ Denna variation i barneffektens magnitud över tid drivs förmodligen inte av variation i kvinnors hälsa utan snarare av olika regler i sjukförsäkringen och olika situation på arbetsmarknaden, se Hägglund och Johansson (2016) för en diskussion.

¹⁶ Rieck och Telle (2013) finner att effekten försvinner när mammor endast följs till sin andra graviditet. Denna begränsning, som görs för att justera för betydelsen av efterkommande barn, innebär dock att endast ett selektivt urval av data utnyttjas i analysen.

2.3 Nationalekonomiska förklaringsmodeller

Det finns flera tänkbara och delvis samvarierade hypoteser till att vi ser en barneffekt i inkomst, lön och ohälsotal som lyfts fram i den nationalekonomiska forskningslitteraturen. En förklaring bygger på att familjebildningen kan förstärka traditionella värderingar, där kvinnor förändrar sina normer och värderingar i samband med att de blir mammor. Identiteten som mor kan därför förstärka traditionella könsroller där kvinnor ägnar relativt mer tid åt traditionella kvinnoysslor som arbete i hemmet med ett minskat arbetsutbud på den reguljära arbetsmarknaden (Akerlof och Kranton 2000). Detta är i linje med observationen att många fler mammor än pappor arbetar deltid under småbarnsåren (Duvander, Ferrarini, och Johansson 2015).

En annan förklaringsmodell bygger på att familjer optimerar sin välfärd genom specialisering på arbetsmarknaden respektive i hemmet: kvinnor lägger mer tid på arbete i hemmet om deras avkastning på arbetsmarknaden är lägre relativt deras mäns (Becker 1981). Män, som ofta är något eller några år äldre än kvinnor vid familjebildning, har i genomsnitt högre lön, vilket förstärker den ekonomiska rationaliteten för hushåll att specialisera sina arbetsuppgifter.

Samma anledningar som förklarar att kvinnor arbetar mindre efter barnafödande kan också förklara varför de är mer sjukskrivna: det finns forskning som visar på ett visst bedömningsutrymme i sjukskrivningsprocessen, vilket lämnar utrymme för individen själv att påverka utfallet (om hen blir sjukskriven eller inte).¹⁷ Det faktum att kvinnor utför mer hushållsarbete efter barnafödande (jämfört med före och i förhållande till män) kan bero på att värdet av kvinnors alternativa användnings av sin tid ökar i förhållande till att arbeta (dvs. att alternativkostnaden av arbete ökar). Av den anledningen kan kvinnor ha en sänkt tröskel för sjukskrivning efter barnafödande jämfört med män och jämfört med innan barn. Angelov, Johansson, och Lindahl (2018) diskuterar denna förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro efter barn.

En annan typ av förklaring till ökad sjukfrånvaro är att den specialisering inom hushållet och de förstärkta könsroller som uppstår i samband med familjebildning leder till ökad stress och utmattning och därmed sämre hälsa för just kvinnor (Bratberg, Dahl, och Risa 2002). I nästa två avsnitt diskuteras somatiska och psykiska

¹⁷ Se Hägglund och Johansson (2016) för en diskussion.

besvär, och därefter för vi en diskussion om hur olika faktorer kan samverka.

2.4 Sjukskrivningsdiagnoser före och efter barnafödande

Graviditet och förlossning är en fysiologisk process och inte en sjukdom. År 2017 föddes cirka 117 000 barn i Sverige (Socialstyrelsen, 2019). Omkring 40 procent av alla nyblivna mammor är förstföderskor och omkring vart sjätte barn (17 procent) föds med kejsarsnitt. De flesta graviditeter och förlossningar fortlöper utan komplikationer. Trots detta kan barnafödande innebära hälsoproblem av varierande grad för den blivande eller nyförlösta mamman. De hälsoproblem som uppstår i samband med graviditet och tiden efter barnafödande är inte enkelt identifierbara: i den internationella litteraturen finns ingen samsyn kring hur maternell morbiditet ska definieras, vare sig mellan forskare eller länder, vilket tyder på att mödrars hälsa har varit lågprioriterad forskningsmässigt.¹⁸

En sämre hälsa som uppkommer i samband med graviditet eller förlossning kan bidra till både framtida sjukskrivningsrisk och försämrad inkomst- och löneutveckling. För att bättre förstå hur de ökade sjukskrivningstalen som uppstår i samband med familjebildning (se avsnitt 2.2) kopplar till hälsoproblem relaterade till graviditet eller förlossning, beskriver vi i detta avsnitt vilka diagnoser som ligger bakom kvinnors sjukskrivningar före och efter barn: Vi följer kvinnor som födde barn åren 2004–2006 och jämför deras sjukskrivningsdiagnoser under den kalendermånaden som infaller 24 månader

¹⁸ En arbetsgrupp som bildats av Världshälsoorganisationen (World Health Organization; WHO) för att behandla detta ämne – Maternal Morbidity Working Group (MMWG) – definierar begreppet maternell morbiditet som ”ett hälsotillstånd som kan hänföras till och/eller komplicera graviditeten och barnafödandet och som har en negativ inverkan på kvinnans välbefinnande och/eller funktion” (Chou et al., 2016). I denna diagnosgrupp ingår tillstånd associerade till ett negativt maternellt utfall och som är i) enbart relaterade till graviditet, barnafödande eller tiden efter förlossningen (”postpartumperioden”) med en beräknad förekomst av > 0,1 procent, eller ii) icke-exklusivt relaterade till graviditet, barnafödande eller postpartumperioden, men som förekommer oftare under dessa omständigheter där t.ex. graviditet är en känd riskfaktor för en sjukdom (Chou et al., 2016). Med dessa definitionskriterier har det identifierats 121 olika diagnosgrupper, vilket illustrerar mångfalden i sjukdomsburden (Chou et al., 2016; Firoz et al., 2013). I dagsläget finns det dock inte tillgänglig information om hur hög förekomsten är för en stor andel av dessa tillstånd och hur de kan bidra till maternell morbiditet (Gon et al., 2018; Koblinsky, Chowdhury, Moran, & Ronsmans, 2012).

före förlossning och 24, 60 respektive 120 månader efter. För att kunna särskilja diagnoser före och efter kvinnors barnafödande görs beskrivningen separat för i) kvinnor som fick sitt första barn och ii) för tvåbarnsmammor som fick sitt andra och ”sista” barn. Vi beskriver med andra ord sjukskrivningsdiagnoser före barnafödande bland förstagångsmammorna och efter barnafödande bland andragångsmammorna.¹⁹

Det finns särskilda svårigheter med att fånga hälsoproblem i samband med graviditet och förlossning utifrån sjukskrivningar: viss tillfällig sjuklighet under graviditeten kan döljas bakom möjligheten att ta ut föräldraförsäkring och havandeskapspenning, och ohälsa efter förlossning kan döljas av föräldraförsäkringen. Tolkningen kompliceras dessutom av att sjukskrivningsdiagnostik kan skilja sig från de diagnoser som ställs vid behandling. Anledningen kan antingen vara att den sjukskrivande läkaren utgår från ett visst symptom som grund för sjukskrivning, där detta symptom kan vara uttryck för komplicerade och ibland multifaktoriella sjukdomar, men diagnosen kan också vara övergripande, som exempelvis ”ospecificerade smärttillstånd” eller ”akuta stressreaktioner”. Den senare är vanliga vid kroniska tillstånd och där sjukintygen utfärdas långt efter barnafödande, och i fall där ansvaret för sjukskrivningen övergår från en specialitet till en annan (ofta från högspecialiserad sjukhusvård till primärvården).²⁰

I Figur 1 beskrivs hur kvinnors sjukskrivningsdiagnoser – 24 månader före, och 24, 60 respektive 120 månader efter förlossning – fördelar sig efter första positionen i WHO:s diagnosklassificering ICD10 (Socialstyrelsen 2020); det vill säga andelen sjukskrivningar som hör till respektive diagnosgrupp bland de kvinnor som varit sjukskrivna vid varje tidpunkt. I Tabell B1–B4 i bilagan listas även de tio vanligaste diagnoserna vid respektive tidpunkt.

Den övre delen av figuren, som beskriver förstagångsfödern, visar att psykiska diagnoser (F-diagnoser som omfattar psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) dominerar sjukskrivningar både 24 månader innan och 60 och 120 månader efter

¹⁹ Ett problem med att mäta hälsa vid det andra, och sista, barnet är att beslutet att skaffa ett andra barn kan påverkas av hur hälsan påverkas i samband med det första barnet, och att beslutet att bara skaffa två barn kan bero på hur hälsan påverkades i samband med det andra barnet. Att det andra barnet är det sista barnet är mätt 2017.

²⁰ Det finns även allmänna problem förknippade med att mäta hälsa som sjukskrivningar eftersom sjukskrivningar påverkas av normer, incitament och hur strikt försäkringskassan tillämpar regelverket (Hägglund och Johansson 2016).

barnets födelse. Undantaget är två år efter första barnets ankomst då obstetriska diagnoser (O-diagnoser som omfattar graviditet, förlossning och barnsängstid) i stället dominerar, vilket kan förklaras med att denna tidpunkt ofta sammanfaller med ett andra barns ankomst. Detta bekräftas i den nedre delen av figuren, som beskriver sjukskrivningar i relation till andra barnet av två: psykiska diagnoser dominerar vid alla tidpunkter efter det andra och sista barnets ankomst. Däremot är obstetriska diagnoser vanliga två år innan det andra barnet; en tidpunkt som i många familjer sammanfaller med det graviditeten för första barnet. Psykiska besvär står för omkring 40–50 procent av alla sjukskrivningar bland kvinnor i barnafödande ålder och åren efter.

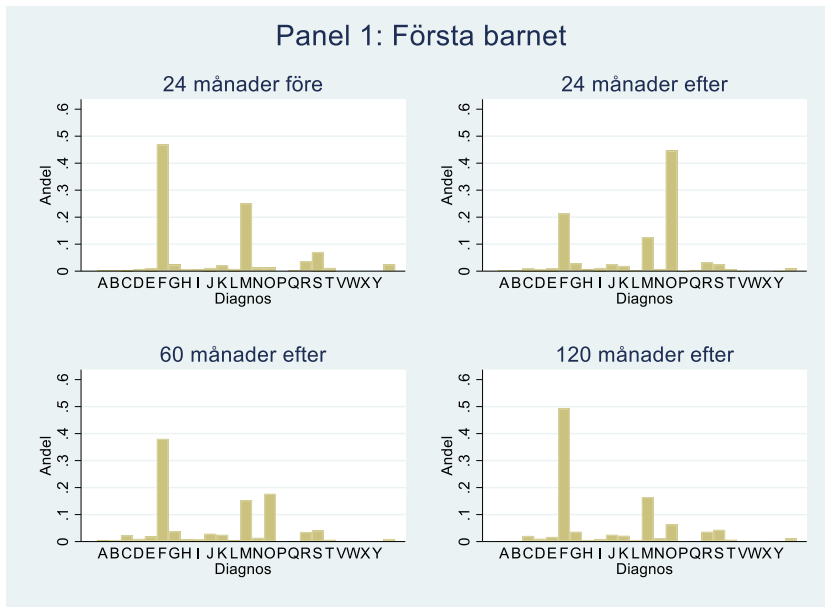
De näst vanligaste diagnoserna 24 månader innan det första barnet är muskuloskeletala besvär (M-diagnoser som omfattar sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven) och står för omkring 20 procent av sjukskrivningarna. De är också vanliga under barnåren (2 och 5 år efter första barnet och 2 år innan det andra och sista barnet), och utgör efter barnåren (10 år efter första barnet och vid alla tidpunkter efter det andra och sista barnets ankomst) åter omkring 20 procent av sjukskrivningarna.

Bland övriga sjukskrivningsdiagnoser är det framför allt R-diagnoser (Symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes) och S-diagnoser (Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker) som förekommer: de utgör sammanlagt omkring 10 procent av sjukskrivningarna.

De diagnoser som beskrivs i Figur 1 speglar både den psykiska och den fysiska ohälsa som mödrar kommer in i graviditeten med och hur graviditeten och förlossningen påverkar hälsan efter barnafödandet. Den visar också ett genomsnitt. I befolkningen är (o)hälsa ojämnt fördelat och varierar med sociala faktorer så som utbildningsnivå, ekonomi och ålder. Den övergripande bilden är dock att psykiska och muskuloskeletala besvär utgör ungefär en lika stor andel av diagnoserna bakom sjukskrivning både före och efter barnafödande, även om sjukskrivningar ökar i samband med familjebildning. Det tyder på att graviditet och förlossning, för de flesta, inte långsiktigt ändrar den underliggande ohälsa som föranleder sjukskrivning men däremot påverkas nivåerna av sjukskrivning. Denna observation är i linje med att barneffekten framför allt kan förklaras

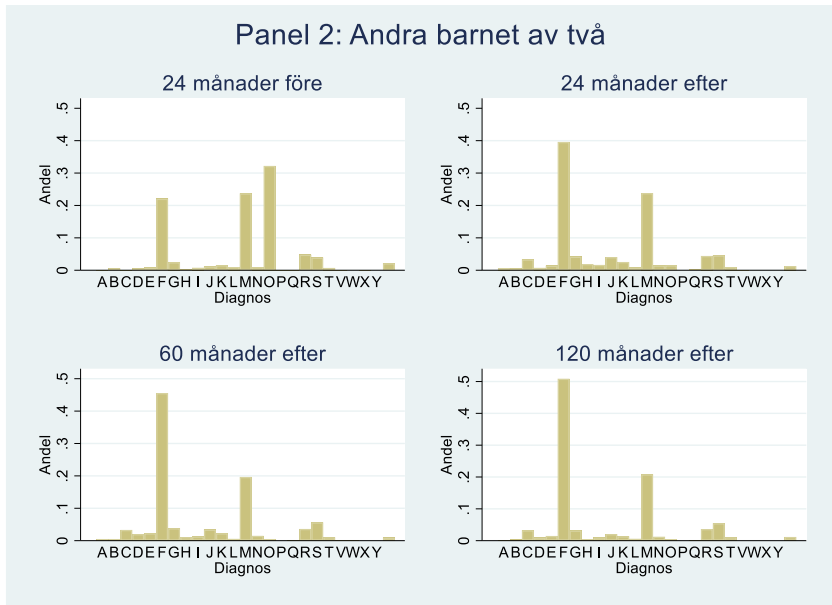
av allmänna utmaningar relaterade till familjebildning och svårigheter att kombinera arbete och familj, även om det också finns direkta medicinska effekter av barnafödande som drabbar en mindre andel kvinnor.

Figur 1 Andelen sjukskrivningar 2 år före och 2, 5 och 10 år efter graviditet som härrör till första positionen i diagnosen enligt ICD10 bland de kvinnor som varit sjukskrivna vid varje tidpunkt: Separat för första barnet (panel 1) och för andra barnet av två (panel 2)²¹



²¹ A, B: Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar; C, D: Tumörer och sjukdomar i blod och blodbildande organ; E: Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar; F: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar; G: Sjukdomar i nervsystemet; H: Sjukdomar i ögat, örat och närliggande organ; I: Cirkulationsorganens sjukdomar; J: Andningsorganens sjukdomar; K: Matsmältningsorganens sjukdomar; L: Hudens och underhudens sjukdomar; M: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven; N: Sjukdomar i urin- och könsorganen; O: Graviditet, förlossning och barnsängstid; P: Vissa perinatale tillstånd; Q: Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelse; R: Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes; S, T: Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker; V, Y: Yttre orsaker till sjukdom och död.

Barneffekten på inkomst, lön och sjukfrånvaro



Källa: (Lindahl 2020).

3 Somatiska och psykiska barneffekter

I följande avsnitt diskuteras somatiska och psykiska effekter av barnafödande som kan leda till bestående medicinska problem och därmed nedsatt arbetsförmåga. Tillstånd som relateras till graviditeter som inte leder till förlossning (exempelvis aborter, avbrutna graviditeter på grund av missfall, utomkvedshavandeskap m.fl.) är utanför fokus för denna rapport och tas således inte upp. Förekomst av olika tillstånd presenteras i procent. Ibland redovisas *punktprevalens* – vilket är ett mått på hur många som är drabbade av en åkomma vid ett givet tillfälle, medan *periodprevalens* är måttet på hur många som drabbas under en längre period, t.ex. under hela graviditeten. En översikt över tillstånd som diskuteras ges i Tabell B5.

3.1 Somatiska

I en internationell översiktsartikel konstateras att maternell sjuklighet primärt kan härledas till följande fem obstetriska orsaker: 1) *stor postpartumblödning* (blödning i direkt anslutning till förlossningen), 2) *preeklampsi* (havandeskapsförgiftning, ett allvarligt tillstånd som innebär högt blodtryck samt påverkan på olika kroppsorgan och som kan ha negativa konsekvenser för modern och barnet), 3) *eklampsi* (ett livshotande tillstånd, kopplat till preeklampsi, där modern kan drabbas av kramper), 4) *peripartum-infektioner* (infektioner som uppstår i kvinnliga könsorgan i anslutning till barnafödande) samt 5) *aborter* (som inte behandlas i denna rapport) (Graham et al., 2016). Dessa obstetriska incidenter förekommer i regel i större utsträckning i utvecklingsländer men även i varierande grad i Sverige.

3.1.1 Stor postpartumblödning

Postpartumblödning är en fysiologisk blödning som uppstår vid alla förlossningar i direkt anslutning till barnets och placentans (moderkakans) framfödande. En relativt liten blödning tolereras väl av kvinnans kropp och leder inte till komplikationer, men om blodförlusten är stor definieras tillståndet som *stor postpartumblödning* och detta kan leda till betydande maternell sjuklighet och även död²². Stor blödning förekommer i 1–15 procent av alla förlossningar internationellt, och den rapporterade förekomsten för europeiska länder är cirka 3 procent, dock med en viss risk att denna frekvens underskattas på grund av avsaknad av studier av hög kvalitet där en objektiv mätning av blödning användes (Calvert et al., 2012; Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2018). Friska kvinnor kan oftast tolerera även en stor blodförlust, men för kvinnor med bakomliggande medicinska problem, såsom hjärtsjukdomar, anemi (blodbrist) eller svår preeklampsi, kan konsekvenserna bli mer allvarliga och långtgående. Sedvanliga behandlingar som används för att åtgärda blödningen kan vara livräddande vid den akuta situationen, men kan samtidigt öka risken för infektioner i kvinnliga könsorgan, vilket ofta innebär intravenös antibiotikabehandling och längre vårdtider på vårdavdelningar som i sin tur kan medföra sjukskrivning²³. Vid mycket stor blödning kan även allvarligare komplikationer inträffa, som organsvikt där ett eller flera kroppsorgan sviktar i sina funktioner (lung-, njur-, hjärt- eller leversvikt) (Woman Trial Collaborators, 2017). Tromboembolism (blodproppar i kroppens blodkärl vilka kan leda till lungpropp, stroke eller hjärtinfarkt) kan uppkomma som en följd av stor blödning och föranleda kort- och långsiktig sjuklighet, långdragen återhämtning och sjukfrånvaro²⁴.

²² Enligt WHO definieras stor postpartumblödning som en blodförlust på 500 ml eller mer. I Sverige registreras diagnosen vid blödning över 1 000 ml.

²³ Behandling beror på var blödningskällan är lokaliserad och innefattar olika livmodersamman dragande mediciner, akut operation för att sy eventuella blödande bristningar i mellangården, slida och livmodertapp, kirurgiska åtgärder för att avlägsna kvarhållna moderkaksbitar som kan föranleda blödning, eller hysterektomi (kirurgiskt borttagande av livmoder) ifall ingen annan åtgärd lyckas häva blödningen (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2017).

²⁴ Andra konsekvenser av stor blödning är ofta kopplade till de kirurgiska åtgärder som vidtas för att häva blödningen och inkluderar ofrivillig barnlöshet, skada/hål i livmoderväggen, ärrbildning i livmoderhålan som kan resultera i ofrivillig barnlöshet samt tarm-, kärl- eller urinblåseskada (Smith, 2018).

Vidare är det oklart hur adekvat kvarstående blodbrist efter förlossningen och den initiala postpartumperioden följs upp av sjukvården. Blodbrist kan dessutom utgöra en bidragande faktor till infektioner då den begränsar kroppens fysiologiska försvarsmekanismer som vanligtvis aktiveras när en infektion uppstår. Tillståndet kan även ge sig tillkänna med nedsatt kognition och emotionell labilitet och har kopplats till postpartumdepression (Eckerdal et al., 2016).

En graviditetsrelaterad sjukdom eller komplikation innebär ofta en ökad risk för upprepning i samband med ny graviditet i framtiden. För kvinnor som har drabbats av stor postpartumblödning är denna risk uppskattad till 18 procent (Oberg, Hernandez-Diaz, Palmsten, Almqvist, & Bateman, 2014; Ruiter, Kazemier, Mol, & Pajkrt, 2019). En grundförutsättning för att kunna förebygga stor blödning är att identifiera kvinnor som löper större risk för detta. Ett flertal kända riskfaktorer finns (flerbörd, preeklampsi, stort barn, tidigare stor blödning, långdragen förlossning m.fl.) och bör kartläggas tidigt. Att behandla eventuell blodbrist under graviditet kan minska blödningsrelaterade komplikationer, likaså farmakologisk behandling under förlossningen med livmodersammandragande läkemedel samt, där indikation finns, förebyggande behandling mot infektioner och blodproppar. Aktiv handläggning av förlossningen kan minska risken för kvarhållen moderkaka som oftare leder till stor blödning (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2017). Det krävs således hög nivå av kunskap och utbildning bland sjukvårdspersonalen, optimal handläggning av förlossningens alla skeden och tillgänglighet till högspecialiserad vård.

3.1.2 Havandeskapsförgiftning

Preeklampsi (havandeskapsförgiftning) och *eklampsi* (kramptillstånd) är allvarliga sjukdomar som kan uppstå i samband med graviditet och/eller förlossning. Dessa är två av de vanligaste orsakerna till maternell, fetal och neonatal sjuklighet och dödlighet. Preeklampsi drabbar 3–7 procent av alla gravida, vilket motsvarar 5 000 kvinnor per år (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2014). Motsvarande siffra för eklampsi är betydligt lägre. Preeklampsi innebär att man i andra halvan av graviditeten (efter graviditetsvecka 20) får högt blodtryck, ett eller flera symptom från andra kroppsorgan

och/eller fosterpåverkan²⁵. Eklampsi är ett livshotande tillstånd som definieras som generella kramper under graviditet, förlossning eller de första veckorna efter barnets födsel, utan annan förklaring (som exempelvis epilepsi) (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2019)²⁶. Hos kvinnor som drabbas av eklampsi kan graviditeten även kompliceras av andra potentiellt allvarliga sjukdomar²⁷. Enligt en svensk genomgång (Grunewald C, 2019) var intrakraniell blödning (hjärnblödning), som är allmänt den dominerande dödsorsaken till följd av högt blodtryck vid preeklampsi, den primära dödsorsaken i sju av de tio preeklampsifallen där mamman avled i Sverige mellan år 2007 och 2017. Preeklampsi och eklampsi är således bland de vanligaste orsakerna till mödradödlighet i Sverige, cirka 1 dödsfall per 100 000 kvinnor som föder barn.

Preeklampsi innebär stora ekonomiska konsekvenser för samhället med hänsyn till att 15 procent av alla förtidsbörder (förlossning före 37 fullgångna veckor) samt en tredjedel av alla barn som föds tillväxthämmade (mindre än normalt i relation till graviditetslängd) orsakas av preeklampsi. Som en följd av dessa risker och komplikationer är preeklampsi och eklampsi mycket resurskrävande sjukdomar som innebär längre vårdtider, tätare polikliniska besök och skarpare övervakning av mamman och fostret²⁸. De gravida kvinnorna behöver inte sällan övervakas inom slutenvård under loppet av dagar till veckor. Hos svårt sjuka mammor kan intensivvård visa sig var nödvändig, vilket resulterar i längre vårdtider med långdragen återhämtning. Tillstånden är oftare associerade till kejsarsnitt samt induktion (igångsättning av förlossning) med dess potentiella risker och komplikationer. Förtidsbörd, som ibland väljs aktivt som en åtgärd åt att mamman och/eller fostret har blivit för sjuka, innebär långa vårdtider på neonatalavdelningen för barnet och föräldrarna,

²⁵ De vanligaste sjukdomsmanifestationerna från andra kroppsorgan är njurrelaterade symptom, äggvita i urin, nedsatt urinproduktion, akut njursvikt, leverpåverkan, sjunkande trombocyter (blodplättar) och blodvärde, svår huvudvärk, synstörningar, stroke, lungödem samt bröstsmärta.

²⁶ De bakomliggande mekanismerna till sjukdomen är inte helt klarlagda, varför sjukdomen även har kallats för "teoriernas sjukdom". Uppkomsten har associerats till störningar i anslutning till implantationen (det befruktade äggets infästning i livmodern vid graviditetens start) samt placentationen (moderkakans utveckling) följt av inflammation och skada i kroppens blodkärl.

²⁷ Koagulationsstörningar (rubbningar i kroppens mekanismer som hanterar blodförlust), moderkaksavlossning, akut njursvikt, aspirationspneumoni (lunginflammation på grund av inandning av magsäcksinnehåll), blödning i levern samt hjärtstillestånd.

²⁸ Globalt har den årliga kostnaden för preeklampsi beräknats till 18–22 miljarder dollar (Shmueli, Meiri, & Gonen, 2012).

vilket vid extrem prematuritet kan röra sig om flera veckor till månader. Perinatal död (dödsfall av fostret eller nyfödda barnet), som en konsekvens av sjukdomen, kan förekomma i 5–12 procent av fall och beror främst på att förlossningen inträffade för tidigt, svår tillväxthämning av fostret samt moderkaksavlossning (Sibai, 2005). Havandeskapsförgiftning kan även persistera eller uppkomma först efter förlossningen, vilket kan nödvändiggöra skarpare övervakning av mamman och insättning samt uppföljning av blodtrycksbehandling eller andra relevanta åtgärder inom öppen- eller slutenvården.

Utöver kortsiktiga konsekvenser för mamma och barn medför preeklampsi och eklampsi ett antal långsiktiga risker, som kan antas kunna föranleda sjukfrånvaro i varierande grad och duration. Flera studier har visat att kvinnor som drabbas av preeklampsi/eklampsi löper större risk för utveckling av högt blodtryck och ischemisk hjärtsjukdom (exempelvis hjärtinfarkt) senare i livet (Bellamy, Casas, Hingorani, & Williams, 2007; McDonald, Malinowski, Zhou, Yusuf, & Devereaux, 2008), där risken också beror på allvarlighetsgraden av grundsjukdomen. Uppföljningstid för några av dessa studier var relativt kort, vilket innebär att riskerna kan vara underskattade. I en isländsk studie, där kvinnorna följdes i 50 år efter graviditet som komplicerades av havandeskapsförgiftning, omkom 24 procent i ischemisk hjärtsjukdom jämfört med 15 procent av de kvinnor som inte haft preeklampsi/eklampsi (Hjartardottir, Leifsson, Geirsson, & Steinthorsdottir, 2006). Dessutom tyder studierna på högre risk för såväl stroke som blodpropp (Bellamy et al., 2007; McDonald et al., 2008). Därutöver medför preeklampsi förhöjd risk för diabetes typ 2 (högt blodsocker) senare i livet. Inom 1–15 år efter graviditet hade kvinnor större risk för diabetes och användning av läkemedel för högt blodsocker, enligt uppföljningsstudier från Danmark och Norge (Engeland et al., 2011; Lykke et al., 2009). Slutligen, föreligger det en upprepningsrisk av sjukdomen vid framtida graviditeter och riskstorleken beror på allvarlighetsgraden av sjukdomen vid tidigare barnafödande. Vid genomgången preeklampsi är risken för högt blodtryck i samband med ny graviditet mycket hög, 12–50 procent, medan risken för preeklampsi uppskattas till 17 procent. Risken för svår preeklampsi, vid tidigare svår preeklampsi som ledde till förlossning före 34 graviditetsveckor, är 25 procent och om förlossningen skedde före 28 graviditetsveckor är risken 50 procent (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2014).

Med hänsyn till de kort- och långsiktiga hälsoeffekterna av pre-eklampsi och eklampsi samt upprepningsrisken vid framtida graviditeter är det av ytterst vikt att följa upp dessa kvinnor efter graviditetens slut. Kvinnor som inte har kvarstående symptom ska informeras om risken för utveckling av högt blodtryck och hjärtkärlsjukdomar senare i livet och remitteras till primärvården för årliga blodtrycks-, vikt- och blodsockerkontroller. De med kvarstående högt blodtryck efter förlossningen kräver fortsatt medicinering och uppföljning av vikt, blodtryck och blodsocker. Dessutom ska kvinnor få råd som rör kost, motion och vikt. Vid ny graviditet rekommenderas kontakt med högspecialiserad vård i början av graviditeten för ställningstagande till förebyggande behandling och planering av kontroller (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2014). Vid förstagångsgraviditet eller avsaknad av tidigare genomgången pre-eklampsi behöver högriskgrupper identifieras och tidig kontakt med specialistvård, insättning av profylaktiska mediciner, vila och minskad stressnivå rekommenderas (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2019).

3.1.3 Peripartum-infektioner

Graviditeten är ett tillstånd av relativ immunosuppression, det vill säga att kvinnans immunförsvar dämpas för att fostret inte ska uppfattas som främmande för mammans kropp (Henriksson et al., 2019). Denna fysiologiska anpassning, i kombination med andra faktorer, kan resultera i sämre skydd mot *infektioner* i kvinnans reproduktiva organ. Olika typer av infektioner som inträffar i anslutning till graviditet och förlossning utgör en betydande orsak till mödradödlighet; enligt Grunewald et al., avled åtta kvinnor i Sverige under åren 2007–2017 av infektioner: fyra i sepsis (blodförgiftning), två i TBC (tuberkulos) och två i pneumoni (lunginfektion) (Grunewald C, 2019). Betydligt fler drabbas av infektioner som ger långtgående besvär. Några av de vanligast förekommande peripartum-infektionerna är: *postpartum-endometrit* (infektion i livmoder efter förlossningen), *mastit* (bröstinfektion) och *bröstabscess* (bröstböld). *Postpartum-endometrit* kan inträffa efter vaginal förlossning eller kejsarsnitt. Den enskilt viktigaste riskfaktorn för denna infektion är kejsarsnitt, framför allt akuta (kejsarsnitt som bestäms efter att förlossningen

har startat). Akuta kejsarsnitt utgör ungefär 7 procent av samtliga förlossningar. Förekomst av postpartum-endometrit beräknas uppträda efter 11–20 procent av de akuta kejsarsnitten²⁹. Infektion efter en vaginal förlossning är däremot ovanligare och förekommer hos färre än 3 procent av nyförlösta (Burrows, Meyn, & Weber, 2004; Smaill & Grivell, 2014)³⁰. Tillståndet kännetecknas av hög feber, låg buksmärta, trötthet och allmänpåverkan.

En infektion i livmodern, även om den oftast är relativt lätt och övergående efter insättning av antibiotika, kan leda till funktionsnedsättning. I mindre förekommande fall kan spridning av infektion till buken resultera i allvarliga komplikationer, i synnerhet peritonit (inflammation/infektion i bukhålan), intraabdominala abscesser (varbildningar i bukhålan) eller sepsis (blodförgiftning). Alla infektioner kräver antibiotikabehandling där de svårare fallen behandlas ineliggande på vårdavdelning med intravenös antibiotika till symptomfrihet. Tömning av eventuell varbildning kan bli nödvändig, till exempel om infektionen är lokaliserad i kejsarsnittsåret. Allvarliga infektioner med allmänpåverkan (exempelvis där aggressiva arter av bakomliggande bakterierna utgör grunden till infektioner) kan föranleda intensivvårdsinsatser för att understödja kvinnans blodcirkulation och andning till infektionen har förbättrats.

Beträffande amning³¹, en av de vanligaste anledningarna till att mammor lägger ner den är *mastit* (Odom, Li, Scanlon, Perrine, & Grummer-Strawn, 2013). Definitionen av *mastit* är något oklar och en bröstinfektion är inte alltid lätt att skilja från bröstinflammation, som är ett fysiologiskt vävnadsförsvar för att upprätthålla normala förhållanden i bröstvävnaden. Bröstinfektion är vanligast de första

²⁹ Förekomst av endometrit vid akuta kejsarsnitt hos kvinnor som får antibiotikaproylax är 11 procent medan när antibiotikaproylax uteblir blir den motsvarande siffran 20 procent.

³⁰ Övriga riskfaktorer för postpartum endometrit är bl.a. förlängt förlossningsarbete, upprepade undersökningar, långvarig vattenavgång, graviditetsdiabetes, förtidsbörd, överburenhet (förlossning 1–2 veckor efter kvinnans beräknade förlossningsdag, vanligtvis > 41–42 graviditetsveckor), HIV-infektion och lågt socioekonomiskt status (Chaim, Bashiri, Bar-David, Shoham-Vardi, & Mazor, 2000).

³¹ Amning är en viktig fysiologisk process och används som hälsoindikator i nationella och internationella jämförelser. I början av nyföddhetsperioden är amning mycket vanligt: i Sverige börjar 96 procent av alla mammor amma direkt efter förlossningen. Dock slutar många kvinnor att amma tidigare än planerat och vid sex månader helammar endast 14 procent (Stockholms läns landsting, 2016). Bröstmjölken erbjuder skydd mot plötslig spädbarnsdöd, infektions-sjukdomar, fetma, diabetes och tarmkomplikationer. Positiva hälsoeffekter för mamman inkluderar minskad blödning i samband med förlossningen, viktminskning och minskad risk för depression, diabetes samt för bröst- och äggstockscancer (Dias & Figueiredo, 2015; Johnston M, 2012; Victora et al., 2016).

två månaderna efter förlossningen, men kan uppträda när som helst under amningstiden och ibland även under graviditeten. Enligt WHO får ungefär var fjärde kvinna återkommande bröstinfektioner och den nationella prevalensen torde vara i samma storleksordning (World Health Organization (WHO), 2000). Tillståndet ger sig till känna med smärta, rodnad och sår i bröstet samt feber och amningssvårigheter³². Ungefär 0,1–0,3 procent av ammande kvinnor utvecklar en *bröstabscess* och liksom mastit kan den uppkomma under graviditet eller efter förlossningen, oftast tre till åtta veckor postpartum (Kvist, Larsson, Hall-Lord, Steen, & Schalén, 2008; Kvist & Rydhstroem, 2005). Kvinnor som föder sitt första barn, de som är över 30 år gamla samt kvinnor som har haft bröstabscess tidigare har större risk för denna komplikation (Kvist et al., 2008). Bröstinfektion och varbildning i bröstet kräver smärtstillande, antibiotika samt ibland dränage (tömning av varbildningen med hjälp av en speciell kateter) för att uppnå symptomfrihet. Inte sällan behöver antibiotikabehandlingen vara intravenös, vilket i regel kräver inläggande vård. Dessutom skall katetern ligga kvar i några dagar och tömmas regelbundet av kvinnan, vilket kan medföra obehag och en viss funktionsnedsättning. Sjukdomen behöver följas upp via lämplig och specialiserad mottagning (amnings- eller gynekologmottagning). Prognosen är god och många fortsätter amma, recidiv kan dock förekomma samt efterföljande värk i bröstet och amningsproblem.

3.1.4 Diabetes

Diabetes (högt blodsocker) förekommer globalt i 4,4 procent av alla graviditeter medan i Sverige ligger motsvarande siffra på 1–2 procent (Behboudi-Gandevani, Amiri, Bidhendi Yarandi, & Ramezani Tehrani, 2019; Fadl & Simmons, 2016; Socialstyrelsen, 2019). Den uppskattade frekvensen varierar bland studier och länder, delvis med anledning av olika definitionsriterier för sjukdomen³³. Av 1–2 procent av gravida

³² Rekommenderad förstahandsbehandling vid amningsrelaterade infektioner i bröst är smärtstillande samt lämpliga antibiotika och amningsråd (Stockholms läns landsting, 2016).

³³ Hormonet insulin som produceras i bukspottkörteln sänker blodsockerhalten i blodet. Om man inte kan producera tillräckligt med insulin utvecklar man diabetes. Under graviditeten, och speciellt under andra och tredje trimester, uppstår en minskad känslighet för insulin, som framför allt är orsakad av hormoner som bildas i moderkakan. Det innebär att bukspottkörteln måste öka sin insulinproduktion för att kompensera för det ökade behovet av insulin. Klarar bukspottkörteln inte av detta stiger blodsockret och man utvecklar graviditetsdiabetes.

med diabetes har den övervägande majoriteten (87,5 procent) en gestationell (graviditets-) diabetes, med andra ord har tillståndet uppkommit eller visat sig för första gången under graviditeten och kan efter förlossningen antingen gå i regress eller kvarstå. Av resterande mammor med diabetes har ungefär 7,5 procent diabetes typ 1³⁴ och 5 procent diabetes typ 2³⁵ (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015). Genom åren har förekomst av diabetes ökat i linje med ökande frekvens av övervikt och stigande ålder hos mammor. Andra faktorer som kan öka risken för diabetes är ärftlighet, övervikt innan graviditet (speciellt om BMI³⁶ > 30 kg/m²) eller under första delen av graviditeten (upp till graviditetsvecka 18–24), hög ålder, tidigare stort barn, förhöjda nivåer av blodfetter samt vissa medicinska tillstånd som högt blodtryck, flerbörd och polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)³⁷ (Committee on Practice Bulletins – Obstetrics, 2018; Gibson, Waters, & Catalano, 2012; Kim, Liu, Valdez, & Beckles, 2009).

Diabetes under graviditeten är förenad med risk för en rad allvarliga komplikationer. Gravida med sjukdomen löper större risk för preeklampsi, förlossning med kejsarsnitt och sugklocka, förtidsbörd samt missfall (Committee on Practice Bulletins – Obstetrics, 2018; Ehrenberg, Durnwald, Catalano, & Mercer, 2004; Group et al., 2008; Yogev, Xenakis, & Langer, 2004). Dessa möjliga konsekvenser kan, som isolerade faktorer eller i kombination, kräva sjukskrivning. Långsiktigt löper dessa kvinnor större risk för diabetes senare i livet, huvudsakligen diabetes typ 2. Upp till 50 procent kan utveckla diabetes inom fem år och upp till 70 procent inom 22–28 år från förlossningen (Kim, Newton, & Knopp, 2002). En stor meta-analys har uppskattat den relativa risken för diabetes typ 2 till cirka 5 inom de fem första åren och 10 därefter, jämfört med friska kvinnor (Bellamy, Casas, Hingorani, & Williams, 2009). En annan stor registerstudie från USA har uppskattat risken för diabetes typ 2 till 5 procent

Glukos transporteras över till fostret via moderkakan och fostret svarar med att öka sin egen insulinproduktion för att kunna ta hand om den ökade mängden socker i blodet. Detta leder till slut till att barnet ökar kraftigt i vikt.

³⁴ Utvecklas oftast när man är barn eller i tonåren och är delvis ärftlig.

³⁵ Är vanligast och kommer oftast i vuxen ålder. Den exakta orsaken är inte känd.

³⁶ Body Mass Index: ett mått på förhållandet mellan vikt och längd, används för att definiera övervikt och fetma.

³⁷ PCOS innebär att man har många äggblåsor i äggstockarna och tillståndet är kopplat till menstruations- och hormonrubbingar samt ofrivillig barnlöshet.

15 månader efter förlossningen, 13 procent fem år efter och 19 procent nio år efter barnafödandet (Feig, Zinman, Wang, & Hux, 2008). Risk finns även för diabetes typ 1, kardiovaskulära sjukdomar och metabolt syndrom³⁸, i synnerhet om sjukdomen samexisterar med högt blodtryck under graviditet (Pace, Brazeau, Meltzer, Rahme, & Dasgupta, 2017). En tredjedel kan drabbas av metabolt syndrom inom 5–10 år efter graviditeten (Varner et al., 2017) med efterföljande risk för negativa konsekvenser i hjärt-kärlsystemet. Kvinnor med genomgången graviditetsdiabetes har en starkt ökad risk för att insjukna i kardiovaskulära sjukdomar (huvudsakligen hjärtinfarkt och stroke), och den risken kvarstår även när man inte utvecklar diabetes typ 2 efter graviditet, enligt en stor studie från USA som följde kvinnor i upp till 25 år (Tobias et al., 2017).

Upprepningsrisken för diabetes i framtida graviditeten är mycket stor. En till två tredjedelar av kvinnor med genomgången graviditetsdiabetes drabbas av diabetes i en nästkommande graviditet (Getahun, Fassett, & Jacobsen, 2010). Barnet har också förhöjd risk för att födas stort i förhållande till graviditetslängden och/eller drabbas av neonatal hypoglykemi³⁹, gulsot, skulderdystoci⁴⁰ eller trauma vid förlossningen, vilka kan leda till att intensivvårdsbehov uppstår under nyföddhetsperioden. Dessutom finns det en koppling mellan diabetes och intrauterin fosterdöd samt missbildningar hos barnet (Committee on Practice Bulletins – Obstetrics, 2018; Group et al., 2008). Med dessa aspekter som utgångspunkt är det rimligt att anta att diabetes i samband med graviditet kan både på kort och på lång sikt bidra till ökad förekomst av sjukfrånvaro, förlorad arbetsinkomst samt invaliditet som beror på antingen direkta negativa effekter på mammans hälsa eller på ökad sjuklighet hos det nyfödda barnet.

Behandling av diabetes under graviditet kan resultera i lägre risk för havandeskapsförgiftning, hög födelsevikt hos barnet samt skulderdystoci (Hartling et al., 2013). Graviditetsdiabetes och övervikt hos mamman är två oberoende faktorer som kan resultera i förhöjd risk för stort barn, havandeskapsförgiftning och kejsarsnitt (Catalano et al., 2012), även om det finns ett samband mellan övervikt och diabetes under graviditet. Normal kroppsvikt och begränsad viktuppgång före och under graviditeten är således viktiga för att förebygga

³⁸ Samlingsnamn för förändringar som omfattar högt blodtryck, bukfetma och höga nivåer av blodfetter.

³⁹ Låga blodsockernivåer direkt efter födseln.

⁴⁰ Livshotande tillstånd för barnet där det fastnar i sista skedet av förlossningen.

diabetesrelaterade komplikationer (Catalano et al., 2012) samt för att åstadkomma lägre kroppsvikt efter graviditeten, vilket kan minska upprepningsrisken för graviditetsdiabetes vid ny graviditet. Kontroll av blodsocker efter förlossningen samt information om sjukdomens konsekvenser, risker och vikten av mer frekventa blodsockerkontroll inför och under framtida graviditeter rekommenderas. Dessutom ska man erhålla livsstilsråd i form av anpassad kost, motion, tobakförbud och viktkontroll (Committee on Practice Bulletins – Obstetrics, 2018; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015).

3.1.5 Bristningar i underlivet

Även om en förlossning har handlagts korrekt kan lindriga skador i underlivet uppkomma. Ytliga *förlossningsbristningar* i slidan och underlivets hud (grad 1) förekommer hos cirka 80 procent av förstföderskor. Grad 2 bristningar kallas de något djupare skador av mellangården och slidväggarna, vilka behöver repareras för att återskapa normal anatomi. Allvarligare former klassificeras som grad 3 och 4. Vid bristning grad 3 är den yttre och ibland den inre ändtarmsmuskeln skadad. Vid grad 4 är ändtarmsmuskeln och väggen i ändtarmskanalen skadade (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016). Den yttre ändtarmsmuskeln (extern sfinkter) används vid behov av att stänga ändtarmens mynning och är viljemässigt styrd. Den inre ändtarmsmuskeln (intern sfinkter) är en förtjockning av tarmens muskelrör och styrs inte viljemässigt. Den sköter om kontinensen för tarminnehåll och är ständigt aktiverad utom vid djup sömn och när man krystar. Dessa muskler är således viktiga för tarmens normala funktion och kontinens.

Under de senaste åren har medvetenheten om förlossningsbristningar ökat både hos vårdpersonal och hos kvinnor i samhället. År 2014 rapporterades 3,4 procent (3 334 personer) av vaginalförlösta kvinnor i Sverige med analsfinkterskada (3,1 procent grad 3 och 0,3 procent grad 4) (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016). År 2017 drabbades 5,2 procent av förstföderskor och 1,3 procent av omföderskor av grad 3 och 4 bristningar i Sverige (Socialstyrelsen, 2019). Förlossning med sugklocka är en signifikant riskfaktor för en sådan skada då 12,1 procent av kvinnor som förlöstes med sugklocka fick diagnosen, jämfört med

2,7 procent av de som födde vaginalt utan sugklocka⁴¹. När en förlossningsbristning identifieras, ska den repareras direkt efter barnafödande och innan den nyförlösta kvinnan skrivs ut till hemmet.

Odiagnostiserade eller ofullständigt reparerade förlossningsskador kan innebära långvariga symptom för mamman och leda till invaliditet. Skadorna kan således ge upphov till försämrad livskvalitet genom oförmåga att hålla urin, gas och avföring samt svårighet att särskilja mellan gas och avföring när man ska släppa gas. Förlossningsskador kan även orsaka framfall och påverka sexuell funktion (Uustal Fornell, Wingren, & Kjølhede, 2004). Skada av analsfinkter vid förlossning är den vanligaste anledningen till analinkontinens hos kvinnor, och ungefär 10–40 procent rapporterar inkontinens efter en suturerad skada, men under många år har det saknats systematisk uppföljning av patientrapporterade resultat (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016). Enligt Bristningsregistret rapporterar cirka 50 procent av kvinnor med sfinkterskada samlagssmärta ett år efter förlossningen (Uustal, 2016). Åtta veckor efter en sfinkterskada rapporterar ungefär 17 procent av kvinnor urinläckage minst en gång i veckan och 40 procent svårighet att hålla gaser eller avföring (Uustal, 2016). Även ett år efter förlossningen angav en signifikant andel av kvinnor att de besvärades av gas- eller avföringsinkontinens (17 procent fick höga poäng på en relevant skattningsskala). Med hänsyn till dessa komplikationer är det inte överraskande att kvinnor anser att livskvaliteten kan påverkas avsevärt som följd av förlossningsbristningar (Tucker, Clifton, & Wilson, 2014). En lägre livskvalitet i längre än 10 år har rapporterats av kvinnor som drabbades av komplikationen, enligt en brittisk studie (Samarasekera et al., 2008). Kvarstående besvär långt efter förlossningen kan ibland föranleda reoperation i syfte att reparera de skadade strukturerna, med tillhörande sjukskrivning.

För att minimera förlossningsskador och dess negativa konsekvenser är det avgörande med preventiva åtgärder som minskar uppkomsten av skador, som möjliggör att sätta tidig diagnos och som kan öka antal skador som identifieras och repareras i tid. Tidigast möjliga upptäckt av skada och suturering kan antas ge bäst förut-

⁴¹ Övriga riskfaktorer omfattar hög födelsevikt hos barnet, att vara förstföderska, avvikande bjudning av fosterhuvudet ("vidöppen hjässbjudning", "ansiktsbjudning" eller "pannbjudning"), skulderdystoci, långdragen förlossning och att vara könsstympad (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2015; Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016).

sättning för god funktion. En god överblick över mellangården och ett bra samspel mellan födande och förlösande behövs för att huvudet inte ska födas fram för snabbt. Överblick över mellangården vid barnets framfödande och kontroll av förlossningens slutskede kräver närvaro av personal, kompetens, tydlig arbetsfördelning bland personalkategorierna och kommunikation. Varma våta kompresser under utdrivningsskedet förhindrar analsfinkterskada med 2 procent. Perineotomi⁴² kan vara fördelaktig för att minska risken för förlossningsskador i de fall där man förlöser barnet med hjälp av sugklocka, dock samtidigt som en sådan åtgärd i sig orsakar en bäckenbottenskada (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016). Efter förlossningen ger en systematisk undersökning av underlivet bra förutsättningar för bättre upptäckt. Infektioner efter bristningar ökar risken för analinkontinens och behöver förebyggas i möjligaste mån. I selekterade fall kan profylaktisk antibiotikabehandling i anslutning till suturering av en skada minska risken för infektioner. Ultraljudsundersökning vid en vanlig klinisk undersökning efter förlossning hittar ungefär 9 procent fler analsfinkterskador, vilket innebär minst en dubblering av antalet upptäckta skador (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016). Detta kan innebära att färre kvinnor utvecklar svår analinkontinens och därmed slipper uppleva en försämrad livskvalitet efter förlossningen. Hur förlossningsvården är organiserad kan möjligen också påverka risken för och detektionen av skada, men detta är inte välstuderat. Det rekommenderas i dag att man följer upp kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar med återbesök hos specialist för att identifiera och tidigt ingripa i fallen där det finns risk för kvarstående besvär. Slutligen bör man föra en diskussion med den drabbade kvinnan om förlossningssätt och de förväntningar samt förutsättningar som finns inför en ny graviditet. Där kan förlossning med kejsarsnitt bestämmas i selekterade fall men en avvägning av risker och fördelar behövs i varje enskilt fall.

⁴² Anläggande av ett klipp i underlivet i syfte att underlätta barnets framfödande.

3.1.6 Värk i muskler och skelett

Under graviditeten blir kroppens leder rörligare och bäckenet behöver vidga sig för att för att släppa igenom barnet. Dessutom ökar belastningen på bäckenet och ryggraden med anledning av stigande kroppsvikt samt förändrad tyngdpunkt. Dessa stora omställningar kan ibland leda till *sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven*. Enligt WHO är muskuloskeletala besvär den näst vanligaste anledningen till invaliditetsår och nedre ryggsmärta rankar högst i listan av ledande orsaker till invaliditet globalt (Vos et al., 2012).

Smärta kan förekomma i bäckenet och ryggen hos en signifikant andel av kvinnor redan under graviditet och är det vanligaste muskuloskeletala besväret hos gravida (Vermani, Mittal, & Weeks, 2010). Drygt hälften av kvinnor kan drabbas av värk i bäckenets olika delar som blygdbenet, höfterna samt nedre ryggen (Wu et al., 2004). Bäckensmärta och ryggsmärta kan förekomma som enskilda tillstånd eller i kombination (Wu et al., 2004).

De flesta studierna rapporterar förekomst av nedre ryggsmärta hos drygt 50 procent av gravida (Casagrande, Gugala, Clark, & Lindsey, 2015). Smärtan debuterar vanligtvis i mitten av graviditeten och förekommer oftare vid pre-existerande ryggsmärtor, tidigare förlösningar och högt BMI (Bliddal et al., 2016). Smärtan kan vara enbart lokaliserad till ryggen eller stråla ut till magen och benen⁴³.

Bäckensmärta (eng. ”pelvic girdle pain”; en term som definieras olika bland studier och som ofta innefattar ”foglossning”) är vanligt förekommenade under graviditet; studier rapporterar förekomst av smärtor i bäckenet hos upp till 76 procent av gravida (Casagrande et al., 2015). Tidigare barnafödande, ansträngande arbete och bäckenmärta i samband med tidigare graviditeter ökar risken (Casagrande et al., 2015). Smärtan är återkommande och kan accentueras efter 30 minuter av vardagliga aktiviteter som att gå, sitta eller stå. Kvinnor kan ha svårigheter att lyfta saker, böja sig eller vrida kroppen. Besvären kan yttra sig som kraftig smärta, svullnad eller ömhet över blygdbenet, med utstrålning mot ryggen, ljumskarna eller benen⁴⁴.

⁴³ Rekommenderade åtgärder för att minska smärtan är bland annat lämpliga skor, undvikande av tunga lyft och värme, kyla eller massage över det smärtande området (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2016).

⁴⁴ Sedvanliga åtgärder mot tillståndet innefattar icke-farmakologisk (lokal värme, kyla eller massage) och farmakologisk smärtstillande behandling, sjukgymnastik med övningar, stöd-

Dessutom, en diastas (vidgning) i blygdbenet uppkommer tidigt i graviditeten för att underlätta barnets framfödande. I vissa fall kan denna vidgning leda till symptom i form av smärta och inskränkt rörlighet i bäckenet⁴⁵. Tillståndet kan kvarstå några veckor efter förlossningen och i mindre förekommande fall ännu längre.

De ovan beskrivna smärttillstånden debuterar under graviditeten och i genomsnitt hälften av dessa rapporteras även efter förlossningen (Wu et al., 2004). Upp till 80 procent av dem som besvärats av nedre ryggsmärta och/eller bäckensmärta under graviditet har fortsatta lättare besvär efter förlossningen, medan 13 procent rapporterar måttliga och 7 procent mycket allvarliga symptom (Wu et al., 2004). Angående nedre ryggsmärta har en stor andel kvarstående besvär långt efter förlossningen; 50 procent av kvinnor som hade smärtor under graviditet hade inte återhämtat sig under det första året efter förlossningen och 20 procent upplevde fortsatta symptom upp till tre år efter barnafödandet (Norén, Ostgaard, Johansson, & Ostgaard, 2002; Padua et al., 2005). Hos många kvinnor med bäcken-smärta går besvären i regress efter förlossningen, men hos en signifikant andel kvarstår symptomen under nyföddhetsperioden och 8–10 procent har fortsatta smärtor ett till två år efter barnafödande (Vermani et al., 2010; Vøllestad & Stuge, 2009). Detta kan antas leda till begränsad funktion i vardagen, och kvinnor med smärtor efter förlossningen har dålig prognos beträffande sjukfrånvaro och sjuk-skrivning i framtiden (Bergström, Persson, & Mogren, 2016). Dessutom kan tillstånden ha en effekt på nästkommande graviditeter, eftersom det då finns en upprepningsrisk. Utöver rygg- och bäckenrelaterade tillstånd kan smärtor från andra organ leda till fysiskt lidande. En svensk studie konstaterade att cirka en tredjedel av kvinnor som hade genomgått kejsarsnitt rapporterade smärta från operationssåret 1–2 månader efter ingreppet (Schytt, Lindmark, & Waldenström, 2005).

Högre sjukfrånvaro förekommer hos en del av kvinnor som rapporterar kvarstående smärtrelaterade besvär ett år efter förlossningen. Dessa kvinnor har sämre prognos för framtida sjukskrivning och användande av sjukvårdsresurser (Bergström et al., 2016). Man

åtgärder i form av bäckenbälte, rekommendation om vila och, i selekterade fall, lokal behandling med kortison.

⁴⁵ Faktorer som tidigare förlossningar, stort barn, smärtsamma sammandragningar, tidigare sjukdomar i bäckenet samt fysisk ansträngning under graviditet kan leda till smärtor över blygdbenet. Anti-inflammatoriska mediciner, kortisoninjektioner eller injektion av bedövningssmedel kan användas som behandling (Vermani et al., 2010).

har därför föreslagit att tidig screening efter förlossningen kan var fördelaktig för att ingripa i tid och minska risken för utveckling av kroniska besvär. Det finns vissa vetenskapliga belägg för att träning redan under graviditet kan lindra besvären över nedre ryggregionen och minska risken för sjukskrivning med upp till 20 procent (Liddle & Pennick, 2015; Shiri, Coggon, & Falah-Hassani, 2018). För bäckenmäta är den vetenskapliga evidensen fortfarande motstridig (Andersen, Backhausen, Hegaard, & Juhl, 2015; Owe et al., 2016; Shiri et al., 2018). Faktorer som kan predisponera för dåligt utfall av muskuloskeletal sjukdomar efter förlossningen är likartade besvär vid föregående graviditet, högt BMI, hög maternell ålder och fysiskt ansträngande arbete (Bergström et al., 2016).

Mer än de sjukdomar som behandlas ovan behöver man även ta hänsyn till lindrigare hälsoproblem som inte uppmärksammas i litteraturen lika ofta men som eventuellt kan leda till ökad maternell sjuklighet. *Trötthet* och *huvudvärk* har rapporterats tillhöra vanligt förekommande hälsoproblem flera månader efter förlossningen (Cheng & Li, 2008; Troy, 1999). Trötthet förekommer hos en övervägande majoritet av kvinnor de första månaderna efter förlossningen och hos mer än hälften kan besväret kvarstå efter det första året (Cheng & Li, 2008; Schytt et al., 2005). Den motsvarande siffran för kvinnor i samma ålder i den svenska populationen är 15 procent (Schytt et al., 2005) vilket tyder på en signifikant högre förekomst hos nyblivna mammor.

Enligt en amerikansk enkätstudie rapporterade mer än en tredjedel av nyförlösta kvinnor kvarstående problem i form av samlagsmärtor, nedsatt sexlust, problem från bröstvårtor och trötthet efter förlossningen (Corry & Maternity Center, 2004). En svensk studie visade att 24 procent av kvinnor hade sömnproblem, medan huvudvärk förekom hos cirka 30 procent ett år efter barnafödande (Schytt et al., 2005). Urininkontinens förekom hos 21 procent av kvinnor, hemorrojder hos 18 procent och samlagsmärtor hos 11 procent ett år efter partus (Schytt et al., 2005). Det är oklart i vilken utsträckning kan dessa besvär leda till sjukskrivning men det är rimligt att anta att de kan bidra till ökad sjuklighet i kombination med andra fysiska eller psykiska sjukdomar.

3.2 Psykiska

Baserat på etablerade definitioner, t.ex. utifrån Folkhälsomyndighetens skrivelser, kan psykisk ohälsa definieras i lättare och svårare tillstånd: psykiska besvär respektive psykiatriska tillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Psykisk ohälsa omfattar således många olika tillstånd från mildare och övergående besvär, som t.ex. lättare tillstånd av oro eller nedstämdhet, till långvariga och svåra psykiatriska tillstånd som behandlas av hälso- och sjukvården, såsom depression, ångestsyndrom eller schizofreni. En svårighet är att begreppen blandas i forskning och att många studier baseras på symtom på exempelvis depression snarare än depressionsdiagnos ställd av vårdutövare.

För individen själv kan det också vara svårt att skilja psykiska besvär från övergående känslor. När diagnos ställs ska därför fler saker vägas in, så som tidsrymd för hur länge besvären pågått samt hur besvären påverkar funktionsförmågan hos personen. Psykiska besvär är dock mer ihållande än tillfälliga, övergående känslor. De psykiska besvären kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. För att räknas som besvär ska de inte vara så omfattande att en diagnos kan ställas. För att diagnos ska ställas krävs ofta att personen uppvisar flera olika symtom och att flera kriterier är uppfyllda, bland annat att symtomen orsakar lidande och att de påverkar individens förmåga att exempelvis arbeta. När en person är i en föränderlig livssituation, som med ett nyfött barn, kan det vara extra svårt att avgöra om känslor är övergående eller en del av en psykisk problematik. Vidare kan diagnostik och bedömning av psykiatriska tillstånd försvåras under perioden med graviditet och barnafödande, då en del vanliga symtom på psykiatrisk problematik så som sömnstörningar, trötthet, förändrad aptit och vikt är vanligt förekommande som en del av graviditet eller nyföddhetsperioden. I en stor dansk epidemiologisk studie visade registerdata att kvinnor löper en ökad risk för sjukhusvård för psykiatriska diagnoser under de tre första månaderna efter första barnets födelse, medan perioden då kvinnan var gravid med första barnet innebar en lägre risk än normalt för sjukhusinläggning för psykiatrisk problematik (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors, & Mortensen, 2006).

Att bli gravid innebär både fysisk och psykologisk förändring som kan påverka välbefinnandet positivt såväl som negativt. Biologiskt medför en graviditet exempelvis en successiv ökning av köns-

hormonet östrogen, men även av stresshormoner så som kortisol. Efter förlossningen sjunker nivåerna av könshormoner och stresshormoner drastiskt. Hur psyket reagerar på dessa kroppsliga förändringar är individuellt. I studier har man till exempel sett att kvinnor som tidigare haft PMS (premenstruellt syndrom) kan vara känsligare för de snabba förändringarna av hormonnivåer efter förlossningen och reagera med nedstämdhet och oro (Buttner et al., 2013).

Hur en kvinna reagerar psykologiskt på faktumet att vara gravid och bli förälder är förstås också mycket individuellt. Risken för att må dåligt under perioden ökar vid vissa omständigheter, exempelvis om kvinnan har en dålig relation till sin partner, om graviditeten inte var planerad eller om det finns andra sociala svårigheter i familjen. Att ha en riskgraviditet rent kroppsligt eller att få veta att något är avvikande med fostret eller spädbarnet kan också öka risken för sämre psykisk hälsa hos den kvinnan. Vidare finns det en rad kroppsliga graviditetsbesvär som i sin tur ökar risken för psykisk ohälsa. Det samma gäller den fysiska ohälsa som mamman tar med sig in i graviditeten. En översikt över psykiska tillstånd som diskuteras ges i Tabell B5.

3.2.1 Tillstånd av psykisk ohälsa i perinatalperioden

Depression är en av våra vanligaste folksjukdomar. Nästan var fjärde kvinna (24 procent) uppger i den svenska folkhälsoenkäten från 2017 att hon blivit diagnostiserad med depression en eller flera gånger under sitt liv (Folkhälsomyndigheten, 2019a) och livstidsprevalensen har uppmätts till över 30 procent hos kvinnor (Mattisson, Bogren, Nettelbladt, Munk-Jørgensen, & Bhugra, 2005). I den vuxna befolkningen är punktprevalensen på mellan 4 och 8 procent men återigen vanligare bland kvinnor med 7–8 procent (Dahlberg, Forsell, Damström-Thakker, & Runeson, 2007). Andelen deprimerade antas vara på minst samma nivå hos kvinnor som väljer att skaffa barn, kanske något högre. Internationella siffror visar på en prevalens på 12 procent under hela perinatalperioden (Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, & Harris, 2017) 13 procent postpartum (Gavin et al., 2005). Under graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod finns även faktorer som kan bidra till en ökad risk för depression och annan psykisk ohälsa. Hit hör de tidigare beskrivna snabba och stora för-

ändringarna av hormonnivåer och andra biologiska system i kroppen, men även minskad/störd sömn, ändrade (möjligheter till) sexualvanor, förändrad partnerrelation och för många även nya utmaningar att förena arbete och fritid på ett fungerade sätt. Fysiska besvär som kan uppkomma under graviteten, såsom anemi, graviditetsdiabetes, foglossning (symfysiolyt) och svårartat illamående, har också visat sig leda till ökad risk för psykiska besvär (Wikman et al., 2019). Exempel på omständigheter postpartum som kan påverka det psykiska måendet negativt är amningsrelaterad smärta, bristningar i underlivet och urinläckage. I vissa fall kan en graviditet eller förlossning medföra svåra upplevelser som i sin tur kan medföra negativ psykisk påverkan. Hit hör missfall, missbildningar hos barnet, extrem prematur förlossning och en traumatisk förlossningsupplevelse. Detsamma gäller somatiska besvär som kvinnan kan ha haft innan graviditeten som kan öka risken för lägre välbefinnande eller psykisk ohälsa under graviditet och eller efter förlossningen (Brown et al., 2019).

Depression är den största bakomliggande orsaken till förlorade år i arbete världen över och innebär stora samhällskostnader när det kommer till sjukskrivning och invaliditet (AFA Försäkring, 2014; WHO, 2017) och sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa är den enskilt vanligast orsaken till sjukfrånvaro hos kvinnor 60 och 120 månader efter första barnet (och vid alla tidpunkter efter det andra och sista barnet för mammor med högst två barn) (se Figur 1). Psykiska besvär står för omkring 40–50 procent av alla sjukskrivningar bland kvinnor i barnafödande ålder och åren efter. Den största riskfaktorn för depression i samband med barnafödande är tidigare psykisk ohälsa (Silverman et al., 2017), men även om risken för att utveckla perinatal depression ökar med tidigare psykisk ohälsa så är postpartumdepressionen inte sällan en kvinnas första depression (Sylvén, Thomopoulos, Kollia, Jonsson, & Skalkidou, 2017), varför information om postpartumdepression är viktigt, inte bara till riskgrupper.

Socialstyrelsens allmänna råd för sjukskrivning för depressiv episod (Socialstyrelsen, 2017), alltså inte specifika råd för postpartumperioden, är att lindrig förstagångsdepression inte bör innebära sjukskrivning. Om sjukskrivning ska ske vid lindring depressiv episod, bör den vara partiell för att i möjligast mån bibehålla aktivitetsnivå och sociala kontakter. Vid nedsatt arbetsförmåga och medelsvår till svår depressiv episod rekommenderas sjukskrivning på hel- eller deltid upp till sex månader.

3.2.2 Ångestsjukdomar

Ångest innebär obehagliga och kroppsliga eller mentala symtom. Symtomen, t.ex. hjärklappning, andnöd eller påträngande orostankar, tolkas ofta av individen som tecken på fara. Ångest är vanligt förekommande, både i befolkningen i stort, liksom under perinatalperioden då upp till var femte kvinna kan antas ha någon form av ångestproblematik (Fawcett, Fairbrother, Cox, White, & Fawcett, 2019). Den vanligaste formen av ångest är diagnosen Generaliserat ångestsyndrom som innebär ständig ångest och oro för varierande saker som kan uppstå i livet och i symtombilden ingår rastlöshet, sömnproblem, muskelspändhet etc. Siffror från USA visar på liknande förekomst av generaliserad ångest som av depression under perinatalperioden; 13 procent (Vesga-López et al., 2008), dessutom är det vanligt att kvinnan har både ångest och depression (Wisner, Sit, McShea, & et al., 2013).

Tvångssyndrom eller OCD är en annan ångestdiagnos som innefattar symtomen påträngande irrationella tankar (tvångstankar) och tvångshandlingar. Ungefär 3 procent av gravida eller nyförlösta kvinnor beräknas ha OCD. En del studier tyder på att OCD ofta debuterar under graviditeten (Viswasam, Eslick, & Starcevic, 2019).

Ångestproblematik i sig kan leda till sjukskrivning, men kan också vara en förelöpare till annan psykiatrisk problematik, såsom depression (Beesdo et al., 2007; WHO, 2017). OCD leder ofta till funktionsnedsättning hos individen, men sjukskrivning är ofta inte ett förstahandsval då arbete eller annan sysselsättning också kan ha en främjande effekt. Om kvinnan inte får hjälp med sin ångest- eller depressionsproblematik i perinatalperioden kan detta leda till långvarig problematik och höga samhällskostnader (Luca, Garlow, Staatz, Margiotta, & Zivin, 2019).

3.2.3 Andra psykiatriska besvär

3.2.3.1 Ätstörningar

Ätstörningar innefattar flera olika tillstånd där personen har kroppsuppfattning och eller ätbeteende som är ångestfyllt och problematiskt. Stark rädsla för viktuppgång eller vidmakthållen undervikt ses vid diagnosen anorexi. Övervikt eller snabb viktuppgång är en

överhängande riskfaktor för utveckling av ätstörning, vilket i en del fall kopplats till att gravida som tidigare haft ätstörning kan få återfall under perinatalperioden. I en stor svensk registerstudie av alla graviditeter mellan 2003 och 2014 uppfyllde 0,1 procent av kvinnorna kriterierna för bulimi, 0,2 procent anorexi och 0,3 procent kriterierna för övrig ätstörning under perinatalperioden (Mantel, Lindén Hirschberg, & Stephansson, 2019). Pågående ätstörning under graviditeten innebär ökade risker för komplikationer, såsom tillväxthämning låg födelsevikt hos fostret. Vidare är det mycket vanligt att personer med ätstörningsdiagnos också har andra psykiska besvär som depression eller ångest.

3.2.3.2 Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är ett tillstånd som kännetecknas av periodiska förskjutningar av stämningsläge och aktivitetsnivå. För att det ska betraktas som bipolär sjukdom ska personen ha upplevt flera perioder av avvikande mående där minst en är en uppvarvning med maniskt⁴⁶ eller hypomant tillstånd. Ofta har personen också perioder med depression. Kvinnor med bipolär sjukdom har en kraftigt förhöjd risk att drabbas av både förlossningspsykos och postpartum-depression (Howard et al., 2014; Jones, Chandra, Dazzan, & Howard, 2014; Wesseloo et al., 2016). En studie från USA visar på en 2,8 procent prevalens av bipolär sjukdom hos gravida, vilket överensstämmer med icke-gravid population (Vesga-López et al., 2008).

3.2.3.3 Självskada och självmord

I vissa fall leder psykiatriska tillstånd till självskada och i värsta fall självmord (suicid). Risken för självmord är lägre bland gravida kvinnor än övriga vuxna kvinnor. I Sverige dör i genomsnitt 3,5 kvinnor i självmord per 100 000 födda barn (Esscher et al., 2016). Tankar på att skada sig själv är mer vanligt förekommande – hos mellan 2 och 5 procent av kvinnor vid varje givet tillfälle (punktprevalens i perinatalperioden eller upp mot 15 procent som någon gång rapporterar inten-

⁴⁶ Mani innebär en sjuklig höjning av stämningsläget med snabbare tankar och tal, stort självförtroende och hög aktivitetsnivå, medan hypomani är ett förhöjt stämnings- och aktivitetsläge som inte medför funktionsnedsättning.

tionen att skada sig själv (Gordon et al., 2019). Kvinnor med självskadetankar under postpartumperioden har en ökad risk för både somatisk och psykiatrisk sjuklighet vid uppföljning sju år efteråt (Iliadis et al., 2018).

3.2.3.4 Tillstånd specifika för perinatalperioden

Det finns ångesttillstånd som är specifika för graviditeten så som förlossningsrädsla och överdriven oro för barnet i magen. Generellt är oro vanligt under graviditeten, men för de flesta är det inte något som tar över hela tillvaron. När det gör det klassas det som ångestsyndrom och behöver ofta behandlas.

Nedstämdhet i några dagar efter förlossningen, s.k. postpartumblues, är ett ofta övergående och vanligt förekommande tillstånd hos nyförlösta kvinnor. För ett mindre antal kvinnor är det dock början på en depression som kan komma vid samma tidpunkt (Burt, 2006).

Förlossningspsykos är en ovanlig men allvarligt psykiatrisk diagnos som liknar andra psykossjukdomar, men som uppkommer dagarna, veckorna eller de första månaderna efter att kvinnan fött barn (Jones et al., 2014). Tillståndet kräver slutenvård. Kvinnor med psykiatrisk problematik löper högst risk att drabbas, i synnerhet de som tidigare haft psykossjukdom eller som har bipolär sjukdom.

3.2.3.5 Post-traumatiskt stressyndrom, PTSD

PTSD innebär att en individ har plågsamma återupplevanden av ett trauma. För att diagnosen ska kunna ställas ska individen ha varit utsatt för eller bevittnat en händelse som inneburit död eller allvarlig skada (eller hot om detta) och därefter utvecklade symtom som kvarstår fyra veckor efter traumat. En sådan upplevelse kan vara en traumatisk förlossning där kvinnan upplevt hot om att hon själv eller barnet ska dö eller skadas allvarligt. Det är osäkert hur många förlossningar som leder till PTSD. Mellan 1 och 2 procent av förlossningarna beräknas leda till PTSD, men upp till var tionde kvinna kan ha övergående stressreaktioner efter förlossningen (Ayers, 2004). Obehandlade kan symtomen kvarstå upp till två år efter förlossningen och det är vanligt att individen också har samtida symtom på depression och ångest (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creed, & Devilly, 2010).

3.2.3.6 Riskfaktorer för psykisk ohälsa under perinatalperioden

Faktorer som kan innebära ökad risk för psykisk ohälsa under graviditet kan delas in i olika grupper även om dessa ibland överlappar (Bekric, Kjellbom, von Schuppler, & Rahmanian, 2018; Howard et al., 2014; Wikman et al., 2019). Till sociala riskfaktorer hör: låg socioekonomisk status, migrations- eller flyktingstatus, ensamförälder eller problematisk parrelation, exponering för relationsvåld, bristande socialt stöd, missbruk samt ohälsa hos barnet eller svårt temperament hos barnet. Psykologiska riskfaktorer är: tidigare psykisk ohälsa, neuropsykiatriska⁴⁷ funktionshinder hos mamman själv, personlighetssyndrom eller neuroticism⁴⁸, oönskad eller oplanerad graviditet, stark förlossningsrädsla, tidigare trauma och negativa erfarenheter av graviditet och förlossning, även kris eller trauma i samband med tidigare graviditet. Biologiska riskfaktorer är bland annat: hereditet för psykisk ohälsa, hög- och låg ålder, kronisk sjukdom, graviditetskomplikationer, PMS tidigare, sömnsvårigheter.

3.2.3.7 Behandling psykisk ohälsa

I Sverige finns få övergripande riktlinjer för diagnostik och behandling av psykisk ohälsa hos gravida och nyförlösta. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) ska på uppdrag av regeringen utvärdera det vetenskapliga underlaget avseende metoder för att behandla psykisk ohälsa under graviditet, vilket beräknas vara klart våren 2021 (SBU, 2019). Utöver detta finns en mängd regionala riktlinjer för vård av psykisk ohälsa under graviditet. Exempel på riktlinjer kan vara att gravida kvinnor med känd psykisk ohälsa/sjukdom som har en pågående eller nyligen avslutad välfungerande behandlingskontakt uppmanas att förnya kontakten i samband med graviditet och vid behov fortsätta sina kontroller där (Region Östergötland, 2017). Nyupptäckt psykisk ohälsa/sjukdom under graviditet handläggs på mödrahälsovården i samverkan med exempelvis psyko-

⁴⁷ Till gruppen neuropsykiatriska funktionshinder hör Autismspektrumtillstånd och Uppmärksamhetsstörning (ADHD).

⁴⁸ Neuroticism innebär personlighetsdrag med ökad tendens hos en person att erfara negativa känslor.

log, kurator och allmänläkare, vid behov även i samarbete med psykiatriin.

3.2.3.8 Psykologisk behandling

Psykologisk behandling kan antas ha likartad effekt på symtom och funktionsförmåga hos gravida och nyblivna mammor med psykisk sjukdom, som hos övriga kvinnor, men betydligt färre studier genomförs i den perinatale perioden och de flesta avser behandling eller prevention av depression. Kognitiv beteendeterapi (KBT) liksom den mindre vanliga interpersonell terapi (IPT) är rekommenderade behandlingar vid antenatal och postnatal depression (Bendix & Blomdahl, 2016). Även hembesök och andra psykosociala stödinsatser rekommenderas (Dennis & Dowswell, 2013). Bristande tillgänglighet till psykoterapi begränsar dock ofta möjligheterna för gravida kvinnor att hinna genomgå behandling före förlossning. När det gäller flera specifika diagnoser utöver depression och ångestproblematik, är tillgången till evidens för behandling i perinatalperioden sparsam.

3.2.3.9 Farmakologisk behandling

Behandlingen bör utformas för att ge bästa möjliga effekt för kvinnan och med minsta möjliga inverkan på fostret/barnet. Att uppnå ett stabilt hälsotillstånd kan vara viktigare än att avstå medicinering (Howard, Flach, Mehay, Sharp, & Tylee, 2011). För en kvinna som har pågående medicinering men som varit stabil under lång tid kan medicinering långsamt sättas ut inför planerad graviditet medan blivande mödrar med hög risk för återfall eller med pågående symtom kan behöva fortsätta med medicinering, alternativt sätta ut tidigt men återinsätta efter första trimestern (Bendix & Blomdahl, 2016; Region Östergötland, 2017).

3.2.4 Prevention psykisk ohälsa

I vår genomgång var den vanligaste psykiatriska diagnoser vid sjuk-skrivning tio år efter att första barnet fötts, diagnosen Reaktionen på svår stress och anpassningsstörningar, se Tabell B4. Diagnoser för

depressiv episod och för ångestsyndrom kommer därefter. Internationella studier tyder på att över hälften av de kvinnor som har postpartumdepression vid 6–8 veckor efter förlossningen fortfarande har symtom när det första halvåret har gått (Goodman, 2004).

En förutsättning för att behandla psykisk ohälsa är att identifiera vem som mår dåligt. I Sverige är screening för postpartum depression en rutin i barnhälsovården och ska göras vid cirka 8 veckor postpartum med ett vedertaget formulär: Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Wickberg, 2019). EPDS är ett internationellt välanvänt screeninginstrument med tio frågor som har uppvisad specificitet⁴⁹ på 88 procent och sensitivitet⁵⁰ 72 procent i svensk kontext (SBU, 2012).

Den svenska barnhälsovården når nästan samtliga landets barnfamiljer (över 99 procent av familjerna med barn 0–5 år) med återkommande samtal och insatser (Wettergren, Blennow, Hjern, Söder, & Ludvigsson, 2016). Under senare år har barnhälsovården utvecklat ett mer systematiskt arbete kring föräldrastöd under spädbarnsåret, baserat bland annat på screening för mödradepression och föräldrastöd i grupp. Lokalt i Sverige finns utökat utbud av stödinsatser riktat till föräldrar (Socialstyrelsen, 2014). Screening har visat sig vara effektivt; i en internationell översikt som inkluderade över 6 500 kvinnor framkom att kvinnor som deltagit i screeningprogram hade minskade symtom vid uppföljning jämfört med kvinnor som inte deltagit (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom, & Burda, 2016), oavsett om programmet innehållit en behandlingsdel eller inte. För kvinnor som identifierats med postpartumdepression var det tio procents större chans till förbättring om de deltagit i screening innan uppföljningen. Det finns dock studier som inte visar lika övertygande effekter (Fellmeth et al., 2019).

3.2.5 Andra tillstånd av psykisk ohälsa

I denna rapport behandlas främst affektiva sjukdomar som exempelvis depression, ångest och psykosjukdomar. Det är värt att nämna att andra tillstånd (neuropsykiatriska tillstånd, personlighetsyndrom) kan ha stor betydelse för hur graviditet och barnafödande blir för

⁴⁹ Specificitet innebär i vilken utsträckning man inte felaktigt identifierar individer som deprimera när de inte är det medan.

⁵⁰ Sensitivitet är i vilken utsträckning de faktiska fallen identifieras.

den individuella kvinnan. En studie från Australien fann att kvinnor med tidigare personlighetssyndromsdiagnos löpte en trefaldigt ökad risk för ångestproblematik under graviditet eller postpartum och en något förhöjd risk för depression perinatalt (Hudson et al., 2017). Liknande fynd har gjorts i en svensk studie baserad på enkäter (Börjesson, Ruppert, & Bågedahl-Strindlund, 2005). Svenska studier har även undersökt personlighetsdrag, i synnerhet neuroticism som kan beskrivas som en benägenhet till oro, och även här funnit ökad risk för perinatal depression hos kvinnor med detta personlighetsdrag (Iliadis et al., 2015). När det gäller kvinnor med neuropsykiatriska funktionshinder (autismspektrumtillstånd, ADHD och intellektuell funktionsnedsättning) finns det inte mycket forskning publicerad. I en svensk studie om graviditetsutfall hos kvinnor med autismspektrumtillstånd rapporteras dock att andelen kvinnor som tog anti-depressiv medicin under graviditeten var drygt 35 procent av kvinnor med autismspektrumtillstånd jämfört med drygt 5 procent bland övriga kvinnor (Sundelin, Stephansson, Hultman, & Ludvigsson, 2018).

3.3 Att få barn med särskilda behov

För att barn och ungdomar ska få den uppmärksamhet och omsorg de behöver under sin uppväxt krävs föräldrars tid och engagemang. Att balansera arbetsliv och familj är därför en utmaning för många yrkesarbetande föräldrar, och det kan vara svårt att få livspusslet att gå ihop. Ofta tar kvinnor ett större ansvar för hemmet. Om det därtill finns särskilda omsorgsbehov som följd av att ett barn är svårt sjukt, ökar kraven på att investera tid och engagemang i hemmet, något som kan spilla över på föräldrars hälsa och situation på arbetsmarknaden. Ett sjukt barn kan innebära psykologisk och känslomässig stress (exempelvis oro, depression, osäkerhet) och även en ökad arbetsbelastning i hemmet, eftersom barnet kräver mer uppmärksamhet av föräldrar som i sig kan leda till ohälsa (exempelvis utmattning). Vård av barn med speciella behov är en kraftigt bidragande orsak till psykisk ohälsa som också kan leda till sjukskrivning. En norsk studie (Hauge m.fl. 2015) visar att sjukskrivning för psykiska orsaker de fyra första åren efter förlossningen är vanligare bland mödrar vars barn har särskilda behov. En stor litteratur visar, till exempel, att förtidig födsel (före 37 fullgångna graviditetsveckor)

är förknippat med ökade fysiska symtom hos föräldrarna (Stjernqvist 1992), sämre immunförsvar (Howland m.fl. 2011; Gennaro m.fl. 1997) samt förhöjd risk för psykisk ohälsa (Davis m.fl. 2003; Feldman och Eidelman 2007; Gennaro 1988; Miles m.fl. 2007; Treyvaud m.fl. 2010).

En metodologisk utmaning med studier på hur föräldrar påverkas av barn med svårigheter är att barnets och föräldrarnas hälsa över tid kan bero på gemensamma underliggande faktorer, snarare än en påverkan från barnet till föräldern. En intressant studie är Breivik (2020): här används registerdata för att studera hur föräldrars inkomst och hälsa påverkas av att barnet drabbas av en "hälsochock", där hälsochocken definieras som att barnet läggs in akut på sjukhus (oavsett orsak), givet att barnet inte har någon slutenvårdsepisod året innan. Breivik jämför inkomster, sjukskrivningar och primärvårdsbesök före och efter barnets hälsochock för alla norska föräldrar vars barn drabbades av en hälsochock åren 2006–2014. Analysen bygger på att tidpunkten för sjukhusinläggningen är slumpmässig och att föräldrarnas hälsa och arbetsmarknadssituation innan barnet drabbas av chocken är opåverkad. Resultaten visar att mammors och pappors inkomster och hälsa påverkas negativt, att effekterna ökar över tid och att mammor påverkas mer, åtminstone inledningsvis. Under året som följer efter hälsochocken har mammor 7 procent högre sannolikhet att få en psykisk diagnos vid sjukskrivning eller i kontakt med primärvården. Även om resultaten är tydliga, är de svåra att tolka, eftersom olika typer av akuta sjukhusinläggningar inte kan särskiljas.

Hiyoshi m.fl. (2018) och Hjelmstedt m.fl. (2017) studerar i stället hur föräldrar påverkas när barnen drabbas av cancer och använder svenska registerdata. De båda studierna jämför föräldrar till barn med cancer med en matchad kontrollgrupp av föräldrar där barnen inte har cancer. Värdet av att studera just barncancer är att incidensen inte kan förklaras av bakgrundsfaktorer; det vill säga den är relativt slumpmässigt fördelad i befolkningen. Resultaten visar att båda föräldrarna inkomst påverkas i samband med att barnet diagnosticeras med cancer (Hiyoshi m.fl. 2018). Effekten för mammor är 36 procent lägre inkomst året då barnet diagnosticeras. Effekten finns kvar under hela uppföljningsperioden (6 år), även om storleken successivt minskar över tid. Männens inkomster har däremot återhämtat sig redan efter två år. Barnens cancer leder också till ökade sjukskrivningar bland båda föräldrarna, men i detta avseende finns inga skill-

nader mellan mammor och pappor (Hjelmstedt m.fl. 2017). Föräldrarnas sjukskrivningstal minskar över tid och fyra år efter diagnosen finns inga skillnader jämfört med kontrollgruppen. Tidigare forskning har också visat att föräldrar till barn med cancer har sämre psykologisk hälsa, framför allt mammor (Ljungman m.fl. 2015; Lichtenthal m.fl. 2015; Clarke m.fl. 2009; Vrijmoet-Wiersma m.fl. 2008), även om det finns resultat som tyder på att det är pappor som långsiktigt (>5 år) drabbas hårdast (Wikman m.fl. 2016).

Lindström, Aman, och Norberg (2010) utnyttjar ett mindre material för att studera självskattade utbrändhetssymptom bland föräldrar till barn som drabbats av diabetes typ 1 och inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) i förhållande till en matchad kontrollgrupp. De fann oftare utbrändhetssymptom hos föräldrarna till de kroniskt sjuka barnen, 46 procent jämfört med 20 procent i kontrollgruppen. Utbrändhetssymptomen var framför allt prominenta bland mammor till barn med diabetes. En tänkbar förklaring som författarna lyfter fram är att sjukdomsprogressionen vid diabetes är kopplad till hur väl föräldrarna lyckas hålla barnens glukosnivåer stabila, vilket kan vara en källa till stress. För IBD finns däremot inte motsvarande samband mellan barnets sjukdomstillstånd och föräldrarnas omvårdnadsinsats.

Det är svårt att dra definitiva slutsatser från dessa resultat, men mammors inkomster tycks påverkas mer, och mer långsiktigt, då barnet drabbas av en svår sjukdom. Däremot är inte skillnaden mellan föräldrarna lika tydlig när det gäller sjukskrivning. Detta är både konsistent med att traditionella könsrollerna förstärks eller att specialiseringen i hushållet ökar när en familj möter ett ökat omsorgsbehov.

Moderns psykiska besvär kan i sin tur påverka barnet. Studier tyder på att en negativ uppfattning om kvinnans egen hälsa kan återspeglas vidare på barnet, vilket kan leda till beteendeproblem och fysisk ohälsa redan vid tre års ålder (Kahn m.fl. 2002). Mammans psykiska ohälsa kan ha en specifik effekt under graviditeten genom påverkan på barnets utveckling i livmodern, och studier visar ökad förekomst av beteende-, kognitiva- och emotionella problem hos barnet i olika åldrar (Fransson m.fl. 2020; Stein m.fl. 2014). Om mamman lider av psykisk ohälsa efter förlossningen, kan även detta påverkas genom försämrad mor-barninteraktion och även då leda till ökad risk för psykisk ohälsa hos barnet (Brummelte och Galea 2016).

Likande samband ses även med psykisk ohälsa hos pappor och barnets utveckling (Ramchandani m.fl. 2008). Det är dock viktigt att understryka att negativ utveckling kan vändas av insatser som förbättrar interaktionen mellan förälder och barn eller om förälderns mående normaliseras (Nylen m.fl. 2006; Park m.fl. 2018).

3.4 Samverkande faktorer

Trots förekomsten av olika hälsoproblem relaterade till barnafödande rapporterar studier som har undersökt självskattad fysisk hälsa att en stor andel av nyförlösta kvinnor skattar sin allmänna hälsa högt. Denna positiva uppfattning kan förklaras av att barnafödande tolkas av kvinnorna som ett uttryck för bra hälsa. Positiva känslor med anledning av att man fött barn bidrar till att man känner sig nöjd med sin hälsa och underskattar symptomen (Otchet, Carey, & Adam, 1999). Dessutom kan mammorna tolka en del fysiska besvär som normala konsekvenser av barnafödandet och betrakta dessa som fysiologiska eller övergående och inte som anledningar till att söka vård (Schytt et al., 2005). Besvären kan även upplevas av vissa som lindrigare i jämförelse med graviditeten och den nyligen genomgångna förlossningen. Trots den initialt positiva inställningen till dessa besvär kan kvarstående hälsoproblem påverka den maternella hälsan på lång sikt och sjukvården behöver därför uppmärksamma kvinnor på vanliga besvär efter förlossning och screena mer intensivt för att adekvata behandlingsåtgärder ska kunna sättas in i tid (Cheng & Li, 2008).

Beträffande den psykiska hälsan, med tanke på de förändringar av livsomständigheter och den egna kroppen som sker i samband med graviditet och barnafödande, kan det vara svårt att skilja mellan reaktioner på nya omständigheter och faktiska psykiska problem. Detta innebär att många nyblivna mammor och pappor kan gå med odiagnostiserad psykisk ohälsa. Undersökningar av hur många kvinnor som upplever symtom på depression indikerar att drygt var tionde kvinna har symtom på depression under graviditet och postpartum (Woody et al., 2017). Enligt svenska graviditetsregistrets årsrapport 2018, var andelen kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet 8 procent (Graviditetsregistret, 2018). Denna siffra innefattar olika typer av psykisk ohälsa och tyder alltså på en underdiagnostik, åtminstone under graviditeten. Av rapporten framgår

vidare att hälften av dem som fått psykologisk behandling påbörjar den innan graviditeten och när det gällde medicinsk behandling hade 86 procent påbörjat behandling innan graviditeten. Det senare kan rimligen också kopplas till försiktighet kring att sätta in farmakologisk behandling under graviditet (Bendix & Blomdahl, 2016). Dock visar också en stor dansk registerstudie att kvinnor som är gravida med sitt första barn, har lägre risk än innan barnafödande för sjukhusinläggning för psykiatrisk problematik, medan samma risk är förhöjd de första månaderna efter förlossningen. Psykiatrisk mediciner tycks alltså öka efter förlossning, delvis som en konsekvens av lägre behandling under graviditeten (Munk-Olsen et al., 2006).

Många faktorer bidrar till om en åkomma leder till sjukskrivning. De graviditetsrelaterade sjukdomarna och komplikationerna som behandlas i denna rapport förekommer ofta inte som enstaka företeelser utan samexisterar eller agerar som predisponerade faktorer för varandra. Vissa sjukdomar kan leda till andra, och två eller flera sjukdomar kan ha en gemensam riskfaktor som uppkom med anledning av graviditet eller förlossning. Ibland kan en kombination av olika faktorer leda till arbetsoförmåga och de exakta mekanismerna är inte alltid kartlagda. Dessa ofta komplicerade interaktioner innefattar både fysiska och psykiska komponenter: Havandeskapsförgiftning ökar risken för diabetes senare i livet, samtidigt som graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning ofta samexisterar under graviditeten. En infektion i livmodern förekommer i större utsträckning hos kvinnor som har genomgått kejsarsnitt, som i sin tur är relaterad till diabetes. Bristningar i underlivet kan öka risken för depression efter förlossning, och denna risk ökar med lägre mental resiliens (motståndskraft) (Asif et al., 2020). Stor blödning förekommer oftare vid preeklampsi och ökar risken för infektioner. Även förlossningsdepression och komplikationer efter förlossningen kan leda till upplevd lägre livskvalitet så långt som tio år senare (Samarasekera et al., 2008). Detta illustrerar de komplexa interaktioner som finns mellan olika sjukdomstillstånd och hur den efterföljande arbetsoförmågan kan bero på en kombination av predisponerande faktorer. Psykosociala faktorer har relaterats till kronisk smärta: kvinnor med psykosociala svårigheter rapporterar oftare kvarstående rygg- och bäckensmärta upp till 12 år efter barnafödande. I en svensk studie från 2019 visar en granskning av stressrelaterad sjukskrivning under graviditet att de som sjukskrivits oftare led av

trötthet, graviditetsrelaterade kräkningar och bäckensmärta än de som inte sjukskrivits (Jonsdottir et al., 2019), men också livsomständigheter såsom missnöje med parrelationen och med uppdelningen av hushållsarbete och ansvar för barnen var associerade med stressrelaterad sjukskrivning.

Det finns en rad riskfaktorer för psykisk ohälsa i perinatalperioden (sociala, psykologiska såväl som biologiska), där flertalet också kan ha bidragit till sämre hälsa redan innan barnafödande eller där de fysiska och psykiska utmaningarna av en graviditet och småbarnstid kan vara det som gör att det blir för påfrestande. Att inleda en graviditet med fysisk eller psykisk ohälsa är således en riskfaktor för att barnafödandet ska förstärka dessa problem. Därför är dessa riskfaktorer före barnafödande också predisponerande faktorer för sjukskrivning efter förlossningen. Att må psykiskt dåligt är dessutom förknippat med ökad risk för rökning, högre alkoholkonsumtion, sämre näringsintag och att vara psykosocialt belastad.

Övervikt är ett växande globalt hälsoproblem som drabbar kvinnor oavsett socioekonomiskt bakgrund i utvecklade länder (Graham et al., 2016). I enlighet med den internationella trenden har förekomst av övervikt ökat även i Sverige. År 2017 var 26,4 procent av gravida kvinnor överviktiga ($BMI\ 25\text{--}29,9\ \text{kg/m}^2$) och andelen med fetma ($BMI\geq\ 30\text{kg/m}^2$) var 15,1 procent samma år (Socialstyrelsen, 2019). Övervikt och fetma har associerats till flera tänkbara orsaker till maternell sjuklighet som kejsarsnitt och förlossning med sugklocka (Marchi, Berg, Dencker, Olander, & Begley, 2015; Socialstyrelsen, 2019), diabetes (Marchi et al., 2015; Socialstyrelsen, 2019), högt blodtryck och havandeskapsförgiftning (Marchi et al., 2015; Socialstyrelsen, 2019), förtidsbörd (Cnattingius et al., 2013) samt andra graviditetskomplikationer. Det finns stöd i litteraturen för att en alltför stor viktökning under graviditeten, om den sträcker sig över de rekommenderade viktgränserna, kan leda till kvarstående högre kroppsvikt upp till 15 år efter barnafödande med välkända efterföljande konsekvenser på hälsan (Nehring, Schmoll, Beyerlein, Hauner, & von Kries, 2011). Övervikt leder också till ökad risk för perinatal depression (Marchi et al., 2015), i synnerhet i kombination med att man tidigare haft depression. Undervikt ($BMI\ < 18,5\ \text{kg/m}^2$) är också en riskfaktor för depression efter förlossningen (Silverman, Smith, Lichtenstein, Reichenberg, & Sandin, 2018).

Ålder är en betydande predisponerande faktor för de flesta somatiska graviditetsrelaterade komplikationerna. Den genomsnittliga åldern för förstagångsmammor har ständigt ökat globalt och i Sverige var den drygt 29 år för året 2018 (SCB, 2019). En svensk registerstudie från Brehmer et al. visade att äldre förstföderskor i genomsnitt hade högre antal sjukskrivningsdagar från två år innan till ett år efter barnafödande, i jämförelse med yngre kvinnor (Brehmer, Alexanderson, & Schytt, 2017). Detta kan återspegla högre hälsorisker i anslutning till graviditet samtidigt som sociala faktorer också spelar en roll. Arbetsfrånvaro kan vara ett mått på de sociala sjuklighetsrelaterade konsekvenserna på arbetsförmågan. För psykisk ohälsa kan både låg och hög maternell ålder vara förknippat med en ökad risk för depressiva symtom (Fransson, Örténstrand, & Hjelmstedt, 2011; Guintivano, Manuck, & Meltzer-Brody, 2018), samtidigt som många skyddande faktorer, såsom hög utbildningsnivå och inkomst är vanligare bland kvinnor som föder barn senare än genomsnittet. Även risken för somatiska besvär påverkas av sociala och ekonomiska faktorer och kvinnor med högre utbildning och socioekonomiskt status har i regel mindre sjuklighet.

Med tanke på att graviditet kan vara en riskfaktor för frånvaro från arbetet och sjukskrivning, i synnerhet för utsatta grupper med predisponerade faktorer och sämre hälsa, har sjukvården möjligheter att utnyttja graviditeten för att nå ut till den gravida befolkningen via mödra- och barnavårdscentraler. Låg socioekonomisk status är kopplat till sämre fysisk och psykisk hälsa, vilket kan öka risken för graviditetsrelaterade komplikationer och efterföljande sjukskrivning. En svensk studie som genomfördes i Malmö påvisade en lägre användning av planerade besök på mödravården och en tendens till fler akuta besök bland invandrarkvinnor, jämfört med svenskfödda gravida (Ny, Dykes, Molin, & Dejin-Karlsson, 2007). Detta är intressant med tanke på att lägre utnyttjande av planerad vård är associerat med negativa graviditetsrelaterade utfall och ökad sjuklighet hos mammor (Darj & Lindmark, 2002). Det är därför viktigt att vården utökar tillgängligheten för dessa individer och erbjuder bättre information, samt medel som minskar språklig förbistring i kommunikationen. I linje med detta ser vi i en pågående studie med data från en svensk region, att screening för postpartumdepression inte alltid genomförs, och risken att inte ha blivit erbjuden screening är större för kvinnor i socialt utsatta grupper så som kvinnor med relativt lägre

utbildning eller med annat födelseland än Sverige (Bränn, Fransson, Lilliecreutz & Skalkidou, 2020). I en intervjustudie med nyförlösta utlandsfödda mammor (som inte behärskar svenska) framkom bland annat att kvinnorna inte förstått syftet med screening och inte alltid varit bekanta med begreppet postpartumdepression (Skoog, Berggren, & Hallström, 2018). I dessa lägen kan relationen till sjuksköterskan vara avgörande för om kvinnan kan motiveras att delta. Sjuksköterskor i sin tur kan avstå från att screena med EPDS om de tycker sig sakna adekvat utbildning eller handledning i screening med EPDS, och sjuksköterskor avstår oftare från att ge EPDS till kvinnor som inte pratar svenska (Massoudi, Wickberg, & Hwang, 2007).

Med hänsyn till överviktens effekt på mammans och barnets hälsa, som har diskuterats tidigare i detta avsnitt, har sjukvården en central roll i att bidra till bättre maternell hälsa genom insatser som minskar förekomst av övervikt och fetma bland gravida men också bland kvinnor som planerar för barn i snar framtid. Bättre och mer riktade centrala insatser för hälsosamma kostvanor och ökad fysisk aktivitet skulle därför kunna erbjudas till kvinnor redan när de överväger att bli gravida och senast i början av graviditet. Detta är viktigt med tanke på att gravida när de har sin första sjukvårdskontakt redan har varit gravida i några veckor. Den befintliga litteraturen som undersöker rollen och effektiviteten av prekonceptionell rådgivning⁵¹ är sparsam och fokuserar huvudsakligen på högriskgrupper. Det finns dock underlag som talar för att kostrelaterade interventioner kan ha en positiv effekt på vissa utfall som barnets födelsevikt (Temel, van Voorst, Jack, Denktaş, & Steegers, 2014). Det behövs samtidigt fler studier för att dra säkrare slutsatser (Tieu, Bain, Middleton, & Crowther, 2013).

Uppföljningen i vården av kvinnor med risk för kvarstående psykisk ohälsa skulle troligen också kunna göras tydligare. Tidigare har det framlagts förslag på hur barnhälsovården skulle kunna arbeta mer systematiskt med uppföljning av de kvinnor som riskerar exempelvis långvarig depression. Kvinnor som får höga depressionspoäng vid screeningen vid 6–8 veckor efter förlossningen skulle kunna följas upp med både besök och förnyad screening (B. Wickberg & Massoudi, 2018). För många kvinnor med postpartumdepression

⁵¹ Interventioner som avser att identifiera och modifiera biomedicinska, beteendemässiga och sociala risker innan graviditet eller i tidigt skede av graviditet för att uppnå maximal effekt på graviditetsrelaterade utfall.

startade symtomen i själva verket under graviditeten (Fisher et al., 2016). I Sverige saknas på många håll rutinmässig screening under graviditet. Införandet av sådan screening skulle möjligen kunna förbättra tidigt upptäckande och minska risken för lidande och sjuk-skrivning. Detta gäller även uppföljningen av kvinnor med förlossningskomplikationer och annan somatisk ohälsa.

4 Den relativa betydelsen av olika förklaringar

För att kunna utforma en ändamålsenlig politik som främjar kvinnors hälsa och position på arbetsmarknad är det viktigt att förstå den relativa betydelsen av olika förklaringsmekanismer. Om specialisering inom hushållet är en viktig förklaring till barneffekten, finns det utrymme för en förbättrad barnomsorg och en föräldraförsäkring som uppmuntrar mammor att återgå till arbetet. Om normer och preferenser är viktiga, är det mer relevant att fokusera på hur olika förmåner inom familjepolitiken, exempel föräldrapenningen, presenteras. Föräldrars valmöjligheter behöver nödvändigtvis inte begränsas, utan det handlar om hur olika alternativ presenteras för att främja ett mer jämnt uttag av den betalda ledigheten⁵² och hjälpa föräldrar att göra informerade val: till exempel genom att informera om långsiktiga konsekvenser på inkomst- och löneutvecklingen av en lång föräldraledighet. För att motverka eventuella negativa hälsoeffekter av barnafödande kan stöd från hälso- och sjukvården till nyblivna mammor i stället vara viktigt, liksom möjligheter att vara ledig från arbetet som följd av den hälsobelastning som kan uppstå av graviditet. Olika åtgärder kan också förstärka varandra: att kunna vara ledig från arbetet under graviditeten kan påverka kvinnans hälsa positivt, vilket i sin tur kan påverka tidpunkten för återgång till arbete. I detta avsnitt försöker vi bedöma betydelsen av olika förklaringar som diskuterats i litteraturen till barneffekten med ambitionen att försöka landa i en slutsats om vilka som är de mest relevanta områdena att prioritera för att minska barneffekten.

⁵² Jämför med "nudging" där syftet är att påverka människors val utan att begränsa deras valmöjligheter. Ett exempel på potentialen i nudging finns i Thaler och Benartzi (2004) som visar att människors pensionssparande kan påverkas av hur olika sparformer presenteras.

4.1 Specialisering kontra normer och dubbelarbete

I samband med familjebildning försämras kvinnors anknytning till arbetsmarknaden (lägre inkomster och löner), samtidigt som deras sjukskrivningstal ökar (se avsnitt 2). Det är emellertid svårt att särskilja betydelsen av normer, specialisering och dubbelarbete. Genom att studera inkomstfördelningen inom par med olika könssammansättning har Moberg (2016) på svenska data och Andresen och Nix (2019) på norska data belyst betydelsen av könsnormer kontra specialisering av ekonomiska effektivitetsskäl. I båda studierna jämförs barneffekten mellan heterosexuella och homosexuella par med samma inkomstfördelning innan barn. Studiens huvudresultat är att lesbiska par generellt sett har mindre inkomstskillnader inom paret efter det att de fått barn. Lesbiska par har alltså en betydligt mer jämlik inkomstutveckling än heterosexuella par. Detta kan tolkas som att lesbiska par, i jämförelse med heterosexuella par med samma ekonomiska situation innan föräldraskap, väljer en mer jämställd fördelning mellan å ena sidan barnomsorg och hushållsarbete och å andra sidan lönearbete. Men samtidigt kan förväntningarna på arbetsmarknaden innebära att värdet av specialisering är mindre för samkönade par.⁵³ Oavsett skäl, tyder resultatet på att traditionella könsnormer kan spela roll för att förstå observerade könsskillnader bland heterosexuella par efter barn, men det är utifrån dessa två studier svårt att kvantifiera betydelsen av dem i förhållande till specialisering. Ett tydligare argument för att normer är viktigare än specialisering är observationen att få par delar föräldraledigheten lika⁵⁴, trots att individuell beskattning, jobbskatteavdrag och föräldratillägg via kollektivavtal för de allra flesta par gör det till det mest gynnsamma alternativet ekonomiskt.

4.2 Specialisering kontra hälsa

Specialisering handlar om ekonomiska incitament där avkastningen av att arbeta på arbetsmarknaden i förhållande till i hemmet bestämmer vem i hushållet som ska specialisera sig på vad: om kvinnan

⁵³ Den lesbiska kvinnan som inte föder barnet har en större negativ inkomsteffekt än motsvarande heterosexuella män, och observeras upp till 7 år efter första barnets ankomst (Moberg, 2016).

⁵⁴ 10 procent av alla par delar föräldraledigheten i intervallet 40–60 procent till vardera föräldern enligt uppgifter från Försäkringskassan från år 2016, se sidan: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/foralder/dela-lika>.

har lägre lön kan det vara fördelaktigt för hushållet att låta henne specialisera sig på hemarbete. Vilken lön vi får bestäms dock till stor del av vår produktivitet, och vår produktivitet bestäms till betydande del av vår hälsa (Grossman 1972; S. Persson m.fl. 2018). En ökad sjukfrånvaro och en försämrad position på arbetsmarknaden kan därför också bero på en försämrad hälsa; alltså att en högre sjukfrånvaro av barnafödande innebär också lägre lön och därmed lägre inkomster. Det är därför svårt att skilja betydelsen av specialisering från eventuella hälsoeffekter; om kvinnan har lägre lön på grund av sämre hälsa är den underliggande faktorn inte specialisering. Sämre hälsa bland mammor efter barnafödande är troligt om det finns komplikationer i samband med graviditet, förlossning och tiden efter, och dessa hälsobesvär kan leda till lägre produktivitet och på sikt lägre lön. Det går därför inte att skilja specialiseringseffekten från hälsoeffekten enbart genom att studera löner och inkomster.

Ett sätt att komma runt denna problematik är att studera heterogena barneffekter på inkomster utifrån kvinnors hälsa eller löner före barnafödande. Pora och Wilner (2019) studerar heterogena effekter med avseende på löner före barnafödande, som speglar skillnader i incitament för specialisering eftersom kvinnor med lägre lön före familjebildning har lägre alternativkostnad av att vara hemma och därför i högre grad förväntas specialisera sig på hemarbete. Pora och Wilner (2019) finner, på franska data, att barneffekten på inkomster är lägre för kvinnor med högre lön före barn; kvinnor med hög lön före barn återgår snabbare till arbetsmarknaden än kvinnor med lägre lön före barn, vilket författarna tolkar som ett stöd för att specialisering är en huvudförklaring till barneffekten. Detta bygger emellertid på att det inte finns heterogena hälsoeffekter av barnafödande, alltså att personer med lägre lön innan barn har större negativa hälsoeffekter av barn än personer med högre lön före barn. Slutsatsen så här långt är att hälsoeffekter av graviditet potentiellt har negligerats som en bidragande förklaring till de ökade inkomstskillnader som uppstår mellan kvinnor och män efter barnafödande. Samtidigt tyder jämförelsen mellan lesbiska och heterosexuella par (Moberg 2016; Andresen och Nix 2019) inte på betydande långsiktiga negativa hälsoeffekter av barnafödandet i sig; bland lesbiska par får den barnafödande kvinnan en initialt större inkomstförlust som följd av en längre föräldraledighet, men redan efter 2 år är den skillnaden borta. Det kan alltså vara ansvaret för barn i kombination

med förvärvsarbete som påverkar den upplevda hälsan snarare än barnafödandet i sig. Ett resultat som är i linje med detta är Bucher-Koenen m.fl. (2020) som studerar effekten av att få tvillingar (i stället för ett barn) på mortalitet (mätt i 55–85 årsålder). Författarna finner att tvillingmammor har en ökad mortalitet på 13 procent jämfört med mammor som (vid första tillfället) bara fick ett barn. Denna ökade mortalitet drivs av stressrelaterade sjukdomar bland, framför allt, högutbildade mammor. Författarna tolkar därför resultatet som en indikation på ökad arbetsbörda som förvärvsarbete i kombination med två barn innebär, jämfört med förvärvsarbete i kombination med ett barn.

5 Socialförsäkringens roll

Socialförsäkringens utformning påverkar hur vi agerar. Det är exempelvis välbelagt att sjukförsäkringens generositet påverkar benägenheten att sjukskrivna sig (P. Johansson och Palme 1996; 2002; 2005). Vidare påverkar generositeten i den betalda föräldraledigheten inte bara när föräldrar återgår till arbetet efter barnafödande utan också beslutet att skaffa barn (Olivetti och Petrongolo 2017) och sannolikheten att separera (Avdic och Karimi 2018), vilket i sin tur kan påverka effekterna av barn på en rad observerbara utfall. I detta avsnitt diskuterar vi resultat från regelförändringar inom föräldra- och sjukförsäkringen och hur de relaterar till barneffekten på mammors sjukfrånvaro och hälsa. Vi börjar med studier på långsiktiga effekter av införandet av föräldraförsäkringen.

5.1 Betydelsen av betald föräldraledighet på mammors hälsa och sjukfrånvaro

I en översiktsartikel sammanfattar Aitken m.fl. (2015) studier av föräldra- (mamma-) ledighet och mammors långsiktiga hälsa, och konstaterar att få studier har en empirisk ansats som tillåter en kausal tolkning. Resultaten från sju studier baserade på data från Sverige, Österrike, USA, Norge, Canada och Libanon visar dock på positiva samband mellan betald mammaledighet och mammors långsiktiga hälsa. Det finns dock några studier med en experimentell ansats. Två studier från USA använder variation i betald föräldraledighet mellan delstater och dessa visar på positiva effekter av mer ledighet under första halvåret efter förlossningen på mammornas mentala hälsa, mätt under en uppföljningsperiod på två år (Chatterji och Markowitz 2004; 2012). En begränsning i dessa två studier är att de endast studerar mammor som återvänder till arbetsmarknaden inom sex

månader, vilket naturligtvis är ett positivt (på hälsa) selekterat urval. Avendano m.fl. (2015) jämför länder i Europa som inför betald ledighet direkt efter födseln med länder som inte tillhandahåller denna möjlighet (i en skillnad i skillnad-ansats). Slutsatsen från denna studie är att betald mammaledighet positivt påverkar kvinnors mentala hälsa mätt i 50-årsåldern, vilket indikerar att den första tiden efter barnafödande är kritisk, även för långsiktig hälsa.

Bütikofer, Riise, och Skira (2018) studerar effekterna av införandet av betald föräldraledighet i Norge. Den första juli 1977 fick norska föräldrar 4 månaders betald ledighet och rätt till ytterligare 12 månaders obetald ledighet från att tidigare bara ha haft rätt till 12 veckor. Genom att jämföra barn födda strax före och efter denna reform kan en kausal effekt av reformen skattas. Reformen förbättrade hälsan hos norska kvinnor i 40-årsåldern enligt en rad olika utfall så som BMI, blodtryck och självrapporterad mental- och allmänhälsa. Det sistnämnda förklaras framför allt av mindre muskuloskeletala besvär. Även sjukfrånvaro på grund av bröst- och äggstockscancer minskade bland kvinnor i 50-årsåldern, vilket skulle kunna förklaras av att reformen möjliggjorde längre amningsperiod för vissa kvinnor.⁵⁵ Författarna kunde också visa att reformen ledde till mer hälsofrämjande livsstil så som mindre rökning och mer motion. Närmare analys visar också att de positiva effekterna framför allt drivs av kvinnor som hade komplikationer i samband med förlossningen, förstagångsmammor, ensamstående mammor och mammor med låg inkomst. Författarna kan också visa att reformen inte undanträngde obetald ledighet, utan att berörda kvinnor faktiskt var hemma längre tid. De visar också att inkomsteffekten var liten: berörda kvinnors hushållsekonomi påverkade i liten grad av reformen. Slutsatsen blir alltså att mer tid hemma med det nyfödda barnet var hälsofrämjande, framför allt för kvinnor med låga inkomster som före reformen inte hade råd att vara hemma obetalt.⁵⁶

Däremot tycks det inte finnas stöd för att en utbyggnad av betald mammaledighet har fortsatt positiva effekter för mammors hälsa (notera att hänsyn inte tas till barnets hälsa eller andra aspekter).

⁵⁵ Författarna har inga uppgifter om förekomsten av amning och tolkningen bygger på studier som visar på negativt samband mellan amning och en rad olika hälsobesvär, se referenser i Bütikofer, Riise, och Skira (2018).

⁵⁶ I detta sammanhang är det också intressant att notera att Carneiro, Løken, och Salvanes (2015) som studerar samma reform finner att den hade positiva effekter på barnen som i högre grad slutförde sin skolgång och hade högre löner i 30-årsåldern.

Baker och Milligan (2005) finner inga positiva hälsoeffekter för kvinnan, varken mentala eller allmänna, av att öka den betalda ledigheten från 25–50 veckor i Canada. En begränsning i deras studie är att den utesluter ensamstående mammor, vilket är en grupp som i andra studier visat sig vara mottaglig för reformer (Bütikofer, Riise, och Skira 2018). Beuchert, Humlum, och Vejlin (2016) studerar effekten av att öka den betalda ledigheten från 34–40 veckor i Danmark, och de finner heller inga betydande positiva hälsoeffekter. Ett resultat i motsatt riktning finns i Guertzgen och Hank (2018) som studerar kort- och långsiktiga effekter av att öka den betalda ledigheten i Tyskland från 2–6 månader. Reformen ledde till att kvinnor fördröjde sin återgång i arbete under barnets första levnadsår. Bland de mammor som återgick i arbete ökade sjukfrånvaron för mammor som fick del av den längre mammaledigheten. Denna ökning visar sig helt kunna förklaras av att mammor med sämre hälsa återvände snabbare till arbetsmarknaden efter reformen jämfört med före, vilket i sin tur kan förklaras av att ersättningsnivån i den ökade ledigheten var låg (i genomsnitt en tredjedel av tidigare inkomster ersattes). Däremot hittades inga långsiktiga (upp till 30 år senare) effekter av reformen på mammors sjukskrivningar.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns få studier med en trovärdig design som studerar effekter av betald ledighet på mammors hälsa. Enligt de studier som finns och nämnts ovan är ledighet direkt i samband med förlossningen och månaderna efter hälsofrämjande, framför allt för mammor med komplikationer och med små ekonomiska marginaler. Däremot är det oklart om det finns positiva effekter av att förlänga den betalda ledigheten utöver ett år på mammors hälsa. Studier som fokuserar på långsiktiga effekter av betald ledighet på andra utfall har inte hittat tydliga effekter: Dahl m.fl. (2016) studerar effekterna av de sex senaste utbyggnaderna av den norska föräldraförsäkringen och konstaterar att dessa inte påverkat vare sig barnens skolutfall, föräldrarnas arbetsmarknadsutfall eller familjestabiliteten. Inte heller Olivetti och Petrongolo (2017) och Rossin-Slater (2017) finner i sina översiktsartiklar att det finns positiva effekter på mammors inkomster eller barnens skolutfall av att förlänga en betald föräldraledighet om den redan är upp till ett år lång. I det sammanhanget är det inte troligt att det skulle finnas generella positiva effekter på mammors hälsa av längre betald föräldraledighet än ett år. För att fastställa detta, och inte minst

potentiellt positiva effekter för särskilt utsatta grupper behövs dock mer forskning.

5.2 Pappornas möjlighet till ledighet

Fokus i denna rapport är mammornas hälsa efter barnafödande, men det betyder inte att papporna är irrelevanta. Tvärtom är det troligt att pappors möjlighet att vara föräldralediga och ta ansvar för hem och barn indirekt påverkar mammans hälsa. I Sverige har vi sedan införandet av föräldraförsäkringen 1974 inte gjort någon formell skillnad på mammaledighet och föräldraledighet; vi har bara det senare, det vill säga föräldrarna får hälften av de betalda dagarna var. Föräldrar är dock fria att överföra dagar mellan varandra utom tre så kallade pappamånader, som inte är överlåtningsbara. Trots detta könsneutrala regelverk tog pappor år 2018 endast ut 17 procent av dagarna⁵⁷.

Vi konstaterade i förra avsnittet att möjligheten till ledighet för mammor i samband med förlossningen och tiden efter är hälsofrämjande. Två nyligen publicerade studier har visat att också pappors ledighet i samband med förlossningen och tiden efter kan påverka mammors hälsa.⁵⁸ Fontenay och Tojerow (2020) har studerat effekten av att förlänga möjligheten för pappor att vara lediga i samband med tiden efter förlossningen från 3 till 10 dagar i Belgien. De första tre dagarna är ersättningen 100 procent och betalas av arbetsgivaren. De resterande 7 dagarna ersätts upp till 82 procent av tidigare inkomster. Pappornas möjlighet att vara lediga påverkas inte av mammornas uttag eller ledighet. Precis som i Sverige ökar sjukfrånvaron i Belgien bland kvinnor efter det att de fått barn, men den längre pappaledigheten ledde till att mammors sjukfrånvaro minskade. När pappan var berättigad till den längre föräldraledigheten minskade mammor sin sjukfrånvaro med 22 procent eller 22 färre dagar under en uppföljningsperiod på 12 år. Effekten tycks drivas av förstagångsmammor.

⁵⁷ <https://www.forsakringskassan.se/statistik/barn-familj/foraldrapenning>.

⁵⁸ De två första pappamånaderna i Sverige har inte utvärderats med mammans hälsa eller sjukfrånvaro som utfall. Däremot har de utvärderats med avseende på antal arbetade timmar (Karimi, Lindahl, och Skogman Thoursie 2012; Ekberg, Eriksson, och Friebe 2013). Ingen av reformerna påverkade varken mammors eller pappors arbetsutbud. Pappors uttag av föräldrapenningdagar har visserligen ökat vid varje reform, men kompenseras med färre obetalda dagar bland pappor och till viss del fler obetalda dagar bland mammor.

Persson och Rossin-Slater (2019) studerar på svenska data effekten av att införa så kallade dubbeldagar, det vill säga möjligheten för svenska föräldrar att vara hemma samtidigt med föräldrapenning. Eftersom dagar med föräldrapenning ger föräldrar rätt till ledighet (oavsett vad arbetsgivaren säger), innebär dubbeldagarna ökad flexibilitet i dispositionen av föräldrapenningdagarna. Till exempel kan pappor förlänga de 10 dagars ledighet som partnern får i samband med födelsen till en längre sammanhängande ledighet tillsammans med mamman. Dubbeldagarna ökade pappors uttag av föräldrapenning under de första 180 dagarna, framför allt bland pappor som tidigare inte tagit ut någon ledighet alls under denna period. Vidare påverkades mammans hälsa i positiv riktning; risken att mamman uppsökte sjukhus eller specialist för vård av förlossningskomplikationer minskade med 1,5 procentenhet motsvarande 14 procent. Uttaget av ångestdämpande läkemedel minskade med 0,3 procentenheter eller motsvarande 26 procent. Likaså ledde reformen till ett minskat uttag av antibiotika med 1,9 procentenheter motsvarande 11 procent. Effekten är ännu större – både i relativa och absoluta termer – bland kvinnor med sämre hälsa innan graviditet. Vidare analys visar också att pappornas uttag sammanföll med dagar som mamman uppsökte vård för egen del. Pappan kunde då ta hand om barnet och därmed möjliggöra för mamman att få vård för egen del. Denna studie belyser vikten av stöd till nyförlösta mammor och vilken roll föräldraförsäkringens utformning har för att möjliggöra detta. Särskild betydelse har detta för mammor med komplikationer i samband med förlossningen, vilket är mer förekommande bland mammor med en sjukdomshistorik innan och under graviditeten.

Pappaledighet senare efter mammans ledighet tycks däremot inte påverka mammorna på samma sätt⁵⁹. Utvärderingar av pappamånaderna – reserverade dagar för pappan att vara föräldraledig när mamman arbetar⁶⁰ – har inte visat sig ha någon effekt på mammans antal arbetade timmar (Karimi, Lindahl, och Skogman Thoursie 2012; Ekberg,

⁵⁹ Effekten på pappors hälsa har dock i Månsdotter, Lindholm, och Winkvist (2007) bedömts vara starkt positiv och kostnadseffektiv. Baserat på alla svenska par som fick sitt första barn följdes män som tog ut pappaledighet och jämfördes med de som inte gjorde det. Män som varit pappalediga hade en minskad dödlighet med 16 procent vid uppföljningen.

⁶⁰ Enligt det svenska regelverket kan endast en förälder ta ut föräldrapenning åt gången, förutom med de s.k. dubbeldagarna. Det innebär att det vanliga är att mamman arbetar när pappan är föräldraledig med föräldrapenning, men pappan kan också ta ut föräldrapenning medan mamman är hemma utan ersättning.

Eriksson, och Friebel 2013)⁶¹. Samma slutsats gäller de norska motvarigheterna av pappamånaderna (Andresen och Nix 2019). Det finns dock resultat av införandet av den första pappamånaden i Norge (som infördes år 1993) som indirekt kan ha påverkat mammans hälsa: Cools, Fiva, och Kirkebøen (2015) och Kotsadam och Finseraas (2013) finner att den ledde till en mer jämn fördelning av hushållsarbetet inom par; Dahl, Løken, och Mogstad (2014) finner att föräldraledigheten delades mer lika för efterföljande barn och Rege och Solli (2013) finner att pappans inkomster minskade. Även på svenska data finner Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) (ISF 2013) att den första pappamånaden i Sverige ökade pappors uttag av tillfällig föräldrapenning med 2 procentenheter. Även på kanadensiska data finns liknande resultat: Patnaik (2019) finner att introduktionen av pappamånad i Quebec minskade specialiseringen (tid åt förvärvsarbete jämfört med arbete i hemmet) inom hushållet 1–3 år efter föräldraledigheten.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att effekterna av pappamånaderna på specialisering inom hushållet inte är samstämmiga i litteraturen, men det tycks finnas indirekt evidens för att åtminstone introduktionen av de första pappamånaderna i Norge har påverkat specialiseringen inom hushåll. Denna indirekta effekt kan naturligtvis påverka mammans hälsa och sjukfrånvaro långsiktigt, men det är ännu inte studerat. Däremot finns det flera studier som tyder på att ledighet och stöd direkt efter förlossningen för mammor påverkar, särskilt utsatta, mammors hälsa positivt.

⁶¹ Ett undantag på svenska data är Johansson (2010) som finner att pappamånaderna ökade mammans inkomster, men detta resultat håller inte vid olika modellspecifikationer, vilket gör det osäkert.

6 Avslutande diskussion

Utgångspunkten för denna rapport är att kvinnor efter familjebildning både är mer sjukskrivna och har en sämre inkomstutveckling jämfört med före barnafödande och jämfört med män (Angelov, Johansson, och Lindahl 2015; 2018). Familjebildning har med andra ord långtgående konsekvenser över livscykelns och kan bero på olika faktorer: Familjer kan ändra rollfördelningen i hushållet så att kvinnor tar ett större ansvar för hemarbete och utför mindre lönearbete, något som försämrar deras position på arbetsmarknaden och kan sänka tröskeln till att använda sjukförsäkringen. Det kan också vara så att graviditet och föräldraskap försämrar kvinnors hälsa på ett sätt som ökar sjukskrivning och även påverkar deras position på arbetsmarknaden. Den samhällsekonomiska debatten⁶² handlar framför allt om förklaringar som relaterar till att kvinnor tar ett större ansvar för hem och familj – beroende på normer, värderingar och incitament – och att detta förstärks i samband med första barnets ankomst. Mindre fokus har funnits på somatiska och psykiska hälsokonsekvenser av att föda barn. I denna rapport har vi därför velat lyfta dessa aspekter och diskutera dels hur de kan förklara hur kvinnors position på arbetsmarknaden påverkas av barnafödande, dels vilken roll hälso- och sjukvården och socialförsäkringen kan ha för att minska kvinnors sämre hälsa och inkomstförlust av barnafödande.

Barnafödande är en fysiologisk process och inte en sjukdom, och de flesta kvinnor får inte långvariga hälsoproblem av att föda barn. Att föda barn innebär dock en stor fysisk och psykologisk förändring som kan påverka välbefinnandet positivt såväl som negativt. För

⁶² Den nationalekonomiska litteraturen om barneffekten på inkomst (Kleven, Landais, och Søgaard 2019; Kleven m.fl. 2019; Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl 2018; Adda, Dustmann, och Stevens 2017; Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl 2015; Ejrnaes och Kunze 2013) och på sjukfrånvaro (Fontenay och Tojerow 2020; Andresen och Nix 2019; Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl 2018; Bratberg, Dahl, och Risa 2002). I den samhällsekonomiska debatten i Sverige, se t.ex. Försäkringskassan (2014; Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl (2013).

majoriteten kvinnor som påbörjar en graviditet med god hälsa leder barnafödandet till oförändrat eller ökat välbefinnande. Graviditeten kan till och med förbättra hälsan eller upplevda symptom hos kvinnor med vissa sjukdomar. För en liten, men inte obetydlig, andel kvinnor innebär däremot graviditet och förlossning komplikationer som leder till långvariga somatiska eller psykiska åkommor. Detta gäller särskilt kvinnor med sämre hälsa före graviditeten för vilka barnafödande också kan utlösa underliggande hälsoproblem och långsiktigt försämra hälsan och välbefinnandet. Här torde det finnas utrymme för ökade och riktade preventiva insatser från hälso- och sjukvårdens sida.

Det finns en rad somatiska komplikationer av graviditeten. Bland alla gravida kvinnor drabbas 3–7 procent av havandeskapsförgiftning, något som innebär en förhöjd risk för hypertoni (högt blodtryck), ischemisk hjärtsjukdom (oftast hjärtinfarkt) och diabetes typ 2 senare i livet (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2014). Graviditetsdiabetes drabbar 1–2 procent av alla gravida kvinnor och kan bl.a. leda till ökad risk för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar senare i livet (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015). Bristningar i underlivet i samband med förlossningen är också vanligt förekommande: de allvarigare formerna uppstår hos cirka 3 procent av alla kvinnor som föder barn. De kan leda till långtgående problem i form av samlagssmärter och urin-, gas- och avföringsläckage, och kan ha stora konsekvenser för livskvaliteten på lång sikt (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016). Över hälften av alla gravida drabbas av någon form av rygg- och bäckensmärter, och hos 10–20 procent kan besvären kvarstå flera år efter förlossningen, vilket i studier har kopplats till framtida sjukskrivning (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2016). Bland nyförlösta kvinnorna är också mer allmänna besvär som trötthet och huvudvärk vanligt förekommande; besvär som kan kvarstå flera år efter förlossningen.

Även när det finns negativa hälsokonsekvenser av graviditet och förlossning är det svårt att i detalj kvantifiera omfattningen och i vilken utsträckning dessa påverkar kvinnornas arbetsförmåga och sjukskrivning. Dock kan konstateras att det finns förbättringspotential i uppföljningen av kvinnor med fysiska och/eller psykiska riskfaktorer och/eller med komplikationer under graviditet och efter förlossning. Mer riktade insatser och en tydligare ansvarsfördelning mellan primär- och specialiserad vård är värt att fundera över. Det bör exem-

pelvis övervägas om man i högre grad bör satsa på preventiva insatser (som sätts in innan graviditet), särskilt för de riskgrupper som diskuterats i denna rapport.

Förlossningsdepression drabbar fler än var tionde födande kvinna (Woody et al., 2017) och för vissa blir besvären långvariga; här är kvinnor med självskaletankar (Iliadis et al., 2018) och kvinnor som samtidigt har ångest eller somatiska sjukdomar (Fisher et al., 2019) överrepresenterade. Psykiska besvär kan också utlösas av somatiska besvär, som graviditetsillamående, värk och för tidig födsel, och även av rent biologiska faktorer (t.ex. järnbrist). Det är vanligt att dessa graviditetsrelaterade tillstånd förekommer samtidigt, att de orsakas av varandra eller att de har en gemensam riskfaktor som kan förstärkas i samband med graviditet och förlossning. En kombination av olika faktorer kan leda till arbetsoförmåga, men de exakta mekanismerna bakom går inte alltid att kartlägga. Bilden blir än mer komplex om hänsyn tas till social kontext, där liknande somatiska och psykiska besvär kan få olika konsekvenser i form av sjukskrivning beroende på ekonomi, barnets och partners hälsa, stöd i sociala nätverket etcetera.

Ett tydligt mönster som framkommit i denna litteraturgenomgång är att riskfaktorer för negativa somatiska och psykiska hälsoeffekter som kan uppstå som följd av barnafödande (exempelvis övervikt, rökning, högt blodtryck) i stor utsträckning är desamma som för många andra sjukdomar och besvär. Dessa riskfaktorer är också förknippade med låg socioekonomisk status. Barnafödande kan därför förstärka de skillnader i hälsa som finns mellan kvinnor med olika socioekonomisk bakgrund. Denna observation är intressant att relatera till de skillnader i barneffekt mellan olika socioekonomiska grupper som diskuterats i den samhällsekonomiska litteraturen, nämligen att kvinnor med lägre lön och arbetsmarknadsförankring också är de kvinnor som möter de största negativa konsekvenserna av familjebildning på framtida löner, inkomster och sjukskrivningar.⁶³ Den rådande förklaringen till mönstren på arbetsmarknaden är att traditionella könsroller förstärks i och med familjebildning; exempelvis att kvinnor med lägre lön före barn har starkare incitament att specialisera sig på hemarbete (än kvinnor med högre lön) efter att de får barn (Pora och Wilner 2019), eller att kvinnor med sämre för-

⁶³ Notera att barneffekten här innebär att *utvecklingen* (av inkomst/sjukskrivning) ändras och blir sämre av barnafödande än vad den skulle ha blivit utan barnafödande.

ankring på arbetsmarknaden har en lägre tröskel att använda sjukförsäkringen eftersom alternativkostnaden för dem är lägre (Nikolay Angelov, Johansson, och Lindahl 2018). En alternativ förklaring till den negativa utvecklingen i inkomster och löner som barneffekten ger upphov till är att vissa kvinnor (framför allt i nedre delen av inkomstfördelningen) har lägre lön och sämre arbetsmarknadsförankring på grund av sämre hälsa, och löper (som vi sett i litteraturgenomgången om somatiska och psykiska effekter) ökad risk för försämrad hälsa i samband med barnafödande, något som ytterligare försämrar deras möjligheter på arbetsmarknaden. Barneffekten förstärker, med andra ord, de skillnader mellan kvinnor med olika hälsa och lön som finns redan innan barn.

Det är svårt att enkelt skilja mellan barneffekten på hälsa från motsvarande effekt på inkomster; sämre hälsa kan ge lägre lön och lägre lön kan också påverka hälsan. Sämre hälsa kan dessutom leda till att man föredrar att specialisera sig mer på hemarbete, vilket försämrar inkomsterna och arbetsmarknadsanknytningen ännu mer. Från ett policyperspektiv är det ändå viktigt att försöka klargöra de underliggande mekanismerna, eftersom effektiva åtgärder skiljer sig åt beroende på underliggande mekanism. Exempelvis kan det vara ineffektivt att försöka påverka normer, om ojämlikheterna främst beror på underliggande skillnader i hälsa.

Från ett policy- och jämlikhetsperspektiv landar vi i att det finns argument för att särskilt stötta kvinnor med kända riskfaktorer som blir gravida, då barnafödande för dem kan innebära ännu sämre hälsa och situation på arbetsmarknaden. I Sverige når vården de flesta gravida kvinnor och nyblivna mammor genom mödra- och barnhälsovården, vilket ger möjligheter att särskilt hjälpa kvinnor med kända riskfaktorer med preventiva insatser. Användningen av mödra- och barnhälsovården skiljer sig dock mellan kvinnor med olika bakgrund. Särskilt utsatta grupper, som kvinnor med invandrarbakgrund, använder mödra- och barnhälsovården i lägre grad än svenskfödda, vilket leder till sjuklighet och negativa graviditetsutfall som skulle kunna ha undvikits (Darj & Lindmark, 2002; Ny et al., 2007).

Andra exempel på insatser är screeningprogram med riktade interventioner till gravida med riskfyllt alkoholbeteende (Grönqvist m.fl. 2016; 2017) och till nyblivna mammor för att identifiera postpartum depression (Wickberg 2019). När det gäller screening för postpartum depression finns indikationer på att screening inte genomförs hel-

täckande och att de som missas kan vara de grupper som är mest utsatta, såsom utlandsfödda, arbetslösa kvinnor och kvinnor med lägre utbildning (Bränn et al, 2020; Massoudi et al., 2007). Utöver stöd efter förlossning är det motiverat att hälso- och sjukvården redan under graviditet, eller tom. innan en påbörjad graviditet, identifierar riskfaktorer för att kunna erbjuda adekvata preventiva insatser (Cheng & Li, 2008). Att arbeta mer förebyggande mot riskgrupper och grupper som i dag underutnyttjar de preventiva insatser som finns kan vara samhällsekonomiskt effektivt om det minskar det totala vårdbehovet.

Den svenska föräldraförsäkringen är i många avseenden den mest generösa i världen sett till rätt till ledighet, generositet i längd och ersättningsnivå (Duvander, Ferrarini, och Johansson 2015). Ersättningsnivåerna i föräldraförsäkringen bygger på tidigare inkomster, vilket förmodligen har bidragit till kvinnors höga arbetskraftsdeltagande både före och efter barn. För kvinnor som inte är etablerade på arbetsmarknaden innan de föder barn, som arbetar deltid, har korttidskontrakt eller timanställning, är försäkringen däremot inte lika generös. Om anledningen till dålig förankring på arbetsmarknaden är just dålig hälsa löper kvinnan dessutom ökad risk att drabbas av en sämre inkomstutveckling efter barn, eftersom hennes hälsa kan försämrans av barnafödande. Det finns också dokumenterat att socioekonomiskt svagare grupper använder den föräldraförsäkring de har rätt till i lägre grad än socioekonomiskt starkare grupper (Hall och Lindahl 2018). Det finns därför anledning att särskilt överväga hur föräldraförsäkringen kan utformas för att stödja dessa kvinnor så att negativa effekter av barnafödande på framtida inkomster som en sämre hälsa kan orsaka minskas. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om incitamentsproblem som kan uppstå om föräldraförsäkringen görs mer generös för grupper med en svag anknytning till arbetsmarknaden.

Argument för en generellt längre föräldraförsäkring och högre ersättningsnivåer är däremot mindre tydliga. Forskningen om effekterna av utbyggnaden av föräldraförsäkringar i de nordiska ländernas påvisar inga tydliga välfärdsvinster i termer av minskade skillnader mellan kvinnors och mäns arbetsmarknadssituation eller förbättrade skolresultat för barnen (Olivetti, Patacchini, och Zenou 2020; Dahl m.fl. 2016; Ekberg, Eriksson, och Friebe 2013; Karimi, Lindahl, och Skogman Thoursie 2012). Det har därför framförts argument för att

föräldraförsäkringen kanske blivit alltför generös: exempelvis att det framför allt är välutbildade föräldrar, för vilka arbetsutbudseffekterna är relativt små, som drar nytta av föräldraledighet (Dahl m.fl. 2016) och att en generös föräldraförsäkring kan bidra till det ”glastak” kvinnor på arbetsmarknaden i Sverige möter (Albrecht, Thoursie, och Vroman 2015).⁶⁴ Det kan därför finnas skäl att anpassa den svenska föräldraförsäkringen så den ger tillräckligt stöd för särskilt utsatta grupper eller vid särskilda behov, snarare än att göra försäkringen i sin helhet är mer generös. Ett exempel på det förra är möjligheten till ledighet när behov finns. Två nyligen presenterade studier (Fontenay och Tojerow 2020; Persson och Rossin-Slater 2019) finner att det är särskilt viktigt för mammors hälsa att pappan har möjlighet att vara föräldraledig samtidigt som mamman under kritiska perioder dagarna efter förlossningen.⁶⁵ En ökad flexibilitet i användandet av föräldrapenningdagar innebär exempelvis att pappor kan ta hand om det nyfödda barnet, medan mamman får vård för egna behov.

I denna rapport har vi visat att orsakerna till att kvinnors ohälsa stiger och att deras inkomst- och löneutveckling försämras efter familjebildning både finns i att traditionella könsroller förstärks och i att nyblivna mammors somatiska och psykiska hälsa försämras. Det är emellertid svårt att kvantifiera betydelsen av olika faktorer, då de många gånger samverkar och kan förstärka varandra. Dessutom är det rimligt att anta att den relativa betydelsen av olika faktorer varierar mellan olika grupper av kvinnor: bland kvinnor med sämre hälsa före graviditet spelar hälsoeffekten förmodligen en relativt större roll än en potentiell effekt via ändrade normer, även om normer före graviditet kan ha lika stor betydelse för dessa kvinnor som för kvinnor med bättre hälsa. Oavsett bakomliggande förklaringar är det framför allt kvinnor med traditionella riskfaktorer för ohälsa och en svagare koppling till arbetsmarknad som påverkas negativt i samband med graviditet och förlossning. Det kan därför finnas utrymme för hälso- och sjukvården och föräldraförsäkringen att särskilt stödja dessa grupper av kvinnor, och att öka flexibiliteten för att möta familjers individuella behov.

⁶⁴ Eftersom det framför allt är kvinnor som utnyttjar föräldraförsäkringen och rätten till ledighet för att ta hand om barn kan en generös föräldraförsäkring bidra till statistisk diskriminering, dvs. att arbetsgivare förväntar sig att kvinnor i barnafödande ålder kommer vara mer frånvarande och mindre engagerade i sitt arbete än motsvarande män.

⁶⁵ I Sverige möjliggörs det med introduktionen av de så kallade dubbeldagarna som innebär att båda föräldrarna kan vara hemma samtidigt med föräldrapenning, totalt 30 dagar under barnets första levnadsår.

Referenser

- Aaronson, Daniel, Rajeev Dehejia, Andrew Jordan, Cristian Pop-Eleches, Cyrus Samii, och Karl Schulze. 2017. "The Effect of Fertility on Mothers' Labor Supply over the Last Two Centuries". Working Paper 23717. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w23717>.
- Adda, Jérôme, Christian Dustmann, och Katrien Stevens. 2017. "The Career Costs of Children". *Journal of Political Economy* 125 (2): 293–337. <https://doi.org/10.1086/690952>.
- AFA Försäkring. (2014). Sjukskrivningsmönster hos kvinnor och män *Rapporter om arbetsskador och sjukfrånvaro*. Stockholm: AFA Försäkring.
- Aitken, Zoe, Cameryn C. Garrett, Belinda Hewitt, Louise Keogh, Jane S. Hocking, och Anne M. Kavanagh. 2015. "The Maternal Health Outcomes of Paid Maternity Leave: A Systematic Review". *Social Science & Medicine* 130 (april): 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.001>.
- Akerlof, George A., och Rachel E. Kranton. 2000. "Economics and Identity". *The Quarterly Journal of Economics* 115 (3): 715–53. <https://doi.org/10.1162/003355300554881>.
- Albrecht, James, Peter Skogman Thoursie, och Susan Vroman. 2015. "Parental Leave and the Glass Ceiling in Sweden." I *Gender Convergence in the Labor Market*, 41:89–114. Research in Labor Economics. Emerald Group Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S0147-912120140000041010>.
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859. doi: 10.1017/S0033291709992224.

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). Back Pain During Pregnancy. <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/pregnancy/back-pain-during-pregnancy>.
- Andersen, L. K., Backhausen, M., Hegaard, H. K., & Juhl, M. (2015). Physical exercise and pelvic girdle pain in pregnancy: A nested case-control study within the Danish National Birth Cohort. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(4), 198–203. doi: 10.1016/j.srhc.2015.04.004.
- Andresen, Martin Eckhoff, och Emily Nix. 2019. "What Causes the Child Penalty? Evidence from Same Sex Couples and Policy Reforms". 902. Discussion Papers. Statistics Norway, Research Department.
- Angelov, Nikolay, och Arizo Karimi. 2012. "Mothers' Income Recovery after Childbearing". Working Paper Series, Center for Labor Studies 2012:19. Uppsala University. https://econpapers.repec.org/paper/hhsuulswp/2012_5f019.htm.
- Angelov, Nikolay, Per Johansson, och Erica Lindahl. 2015. "Parenthood and the Gender Gap in Pay". *Journal of Labor Economics* 34 (3): 545–79. <https://doi.org/10.1086/684851>.
- Angelov, Nikolay, Per Johansson, och Erica Lindahl. 2018. "Sick of Family Responsibilities?" *Empirical Economics*, september. <https://doi.org/10.1007/s00181-018-1552-2>.
- Angelov, Nikolay, Per Johansson, och Erica Lindahl. 2013. "Kvinnors större föräldraansvar och högre sjukfrånvaro". *IFAU Rapport* 2013:7. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. <https://www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2013/Kvinnors-storre-foraldraansvar-och-hogre-sjukfranvaro/>.
- Angrist, Joshua D., och William N. Evans. 1998. "Children and Their Parents' Labor Supply: Evidence from Exogenous Variation in Family Size". *The American Economic Review* 88 (3): 450–77.

- Asif, S., Mulic-Lutvica, A., Axfors, C., Eckerdal, P., Iliadis, S. I., Fransson, E., & Skalkidou, A. (2020). Severe obstetric lacerations associated with postpartum depression among women with low resilience – a Swedish birth cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, n/a(n/a). doi: 10.1111/1471-0528.16271.
- Avdic, Daniel, och Arizo Karimi. 2018. "Modern Family? Paternity Leave and Marital Stability". *American Economic Journal: Applied Economics* 10 (4): 283–307. <https://doi.org/10.1257/app.20160426>.
- Avendano, Mauricio, Lisa F. Berkman, Agar Brugiavini, och Giacomo Pasini. 2015. "The Long-Run Effect of Maternity Leave Benefits on Mental Health: Evidence from European Countries". *Social Science & Medicine* 132 (maj): 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.037>.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 47(3), 552–567.
- Baker, Michael, och Kevin Milligan. 2005. "How Does Job-Protected Maternity Leave Affect Mothers' Employment and Infant Health?" Working Paper 11135. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w11135>.
- Becker, Gary S. 1981. *A Treatise on the Family*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903–912.
- Behboudi-Gandevani, S., Amiri, M., Bidhendi Yarandi, R., & Ramezani Tehrani, F. (2019). The impact of diagnostic criteria for gestational diabetes on its prevalence: a systematic review and meta-analysis. *Diabetology & metabolic syndrome*, 11, 11-11. doi: 10.1186/s13098-019-0406-1.

- Bekric, E., Kjellbom, A., von Schuppler, A., & Rahmanian, M. (2018). Riktlinje för psykisk ohälsa i samband med graviditet. from <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/psykisk-ohalsa-i-samband-med-graviditet-riktlinje.pdf>.
- Bellamy, L., Casas, J.-P., Hingorani, A. D., & Williams, D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 373(9677), 1773–1779. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60731-5.
- Bellamy, L., Casas, J.-P., Hingorani, A. D., & Williams, D. J. (2007). Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7627), 974-974. doi: 10.1136/bmj.39335.385301.BE.
- Bendix, M., & Blomdahl, M. (Producer). (2016). Behandling av depression och ångestsyndrom under graviditet och amning. Retrieved from https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_depression_och_angestsyndrom_under_graviditet_och_amning.pdf.
- Bensnes, Simon, Ingrid Huitfeldt, och Edwin Leuven. 2020. "Event Studies, Endogenous Timing and the Child Penalty". Mimeo. Statistics Norway, Research Department.
- Bergström, C., Persson, M., & Mogren, I. (2016). Sick leave and healthcare utilisation in women reporting pregnancy related low back pain and/or pelvic girdle pain at 14 months postpartum. *Chiropractic & manual therapies*, 24, 7-7. doi: 10.1186/s12998-016-0088-9.
- Beuchert, Louise Voldby, Maria Knoth Humlum, och Rune Vejlin. 2016. "The Length of Maternity Leave and Family Health". *Labour Economics, Health and the Labour Market*, 43 (december): 55–71. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.06.007>.

- Björkenstam, Charlotte, Cecilia Orellana, Krisztina D. László, Pia Svedberg, Margaretha Voss, Ulrik Lidwall, Petra Lindfors, och Kristina Alexanderson. 2019. "Sickness Absence and Disability Pension before and after First Childbirth and in Nulliparous Women: Longitudinal Analyses of Three Cohorts in Sweden". *BMJ Open* 9 (9): e031593. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031593>.
- Bliddal, M., Pottegård, A., Kirkegaard, H., Olsen, J., Jørgensen, J. S., Sørensen, T. I. A., . . . Nohr, E. A. (2016). Association of Pre-Pregnancy Body Mass Index, Pregnancy-Related Weight Changes, and Parity With the Risk of Developing Degenerative Musculoskeletal Conditions. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*, 68(5), 1156–1164. doi: 10.1002/art.39565.
- Bratberg, Espen, Svenn-Åge Dahl, och Alf Erling Risa. 2002. "The Double Burden: Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women?" *European Sociological Review* 18 (2): 233–49.
- Brehmer, L., Alexanderson, K., & Schytt, E. (2017). Days of sick leave and inpatient care at the time of pregnancy and childbirth in relation to maternal age. *Scandinavian journal of public health*, 45(3), 222–229. doi: 10.1177/1403494817693456.
- Breivik, Anne-Lise. 2020. "Effects of Children's Health Shocks on Parental Health and Labor Market Outcomes". I *Determinants of Health and Labor Market Outcomes: Three Essays in Applied Microeconomics*. PhD Thesis. Bergen: University of Bergen.
- Bronars, Stephen G., och Jeff Grogger. 1994. "The Economic Consequences of Unwed Motherhood: Using Twin Births as a Natural Experiment". *The American Economic Review* 84 (5): 1141–56.
- Brown, H. K., Wilton, A. S., Ray, J. G., Dennis, C.-L., Guttmann, A., & Vigod, S. N. (2019). Chronic physical conditions and risk for perinatal mental illness: A population-based retrospective cohort study. *PLOS Medicine*, 16(8), e1002864. doi: 10.1371/journal.pmed.1002864.

- Brummelte, Susanne, och Liisa A. M. Galea. 2016. "Postpartum Depression: Etiology, Treatment and Consequences for Maternal Care". *Hormones and Behavior* 77 (januari): 153–66. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>.
- Bränn, E., Fransson, E., Lilliecreutz, C., & Skalkidou, A. (2020). Prevalence of screening for postpartum depressive symptoms postpartum: a population based study in Sweden. Manuscript.
- Bucher-Koenen, Tabea, Helmut Farbmacher, Raphael Guber, och Johan Vikström. 2020. "Double Trouble: The Burden of Child-Rearing and Working on Maternal Mortality". *Demography* 57 (2): 559–76. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00868-6>.
- Burrows, L. J., Meyn, L. A., & Weber, A. M. (2004). Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, 103(5 Pt 1), 907–912. doi: 10.1097/01.AOG.0000124568.71597.ce.
- Burt, V. (2006). Mood disorders in women: focus on postpartum. *Wom Health Psychiatry*, 2, 6–12.
- Buttner, M. M., Mott, S. L., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., & O'Hara, M. W. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 219–225. doi: 10.1007/s00737-012-0323-x.
- Bütikofer, Aline, Julie Riise, och Meghan Skira. 2018. "The Impact of Paid Maternity Leave on Maternal Health". 1/18. Working Papers in Economics. University of Bergen. https://ideas.repec.org/p/hhs/bergec/2018_001.html.
- Börjesson, K., Ruppert, S., & Bågedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Archives of Women's Mental Health*, 8(4), 232–242. doi: 10.1007/s00737-005-0086-8.
- Calvert, C., Thomas, S. L., Ronsmans, C., Wagner, K. S., Adler, A. J., & Filippi, V. (2012). Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 7(7), e41114-e41114. doi: 10.1371/journal.pone.0041114.

- Carneiro, Pedro, Katrine V. Løken, och Kjell G. Salvanes. 2015. "A Flying Start? Maternity Leave Benefits and Long-Run Outcomes of Children". *Journal of Political Economy* 123 (2): 365–412. <https://doi.org/10.1086/679627>.
- Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S. M., & Lindsey, R. W. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539–549. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00248.
- Catalano, P. M., McIntyre, H. D., Cruickshank, J. K., McCance, D. R., Dyer, A. R., Metzger, B. E., . . . Group, H. S. C. R. (2012). The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome study: associations of GDM and obesity with pregnancy outcomes. *Diabetes care*, 35(4), 780–786. doi: 10.2337/dc11-1790.
- Chaim, W., Bashiri, A., Bar-David, J., Shoham-Vardi, I., & Mazor, M. (2000). Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 8(2), 77–82. doi: 10.1155/S1064744900000053.
- Chatterji, Pinka, och Sara Markowitz. 2004. "Does the Length of Maternity Leave Affect Maternal Health?" Working Paper 10206. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w10206>.
- Chatterji, Pinka, och Sara Markowitz. 2012. "Family Leave After Childbirth and the Mental Health of New Mothers". *J Ment Health Policy Econ*, 16.
- Cheng, C.-Y., & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 18(4), 267–280. doi: 10.1016/j.whi.2008.02.004.
- Chirkova, Serafima. 2019. "The Impact of Parental Leave Policy on Child-Rearing and Employment Behavior: The Case of Germany". *IZA Journal of Labor Policy* 9 (1). <https://doi.org/10.2478/izajolp-2019-0007>.

- Chou, D., Tunçalp, Ö., Firoz, T., Barreix, M., Filippi, V., von Dadelszen, P., . . . Say, L. (2016). Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*, *16*, 45.
- Chung, YoonKyung, Barbara Downs, Danielle H. Sandler, och Robert Sienkiewicz. 2017. "The Parental Gender Earnings Gap in the United States". 17–68. Working Papers. Center for Economic Studies, U.S. Census Bureau.
<https://ideas.repec.org/p/cen/wpaper/17-68.html>.
- Clarke, Naomi E., Maria C. McCarthy, Peter Downie, David M. Ashley, och Vicki A. Anderson. 2009. "Gender Differences in the Psychosocial Experience of Parents of Children with Cancer: A Review of the Literature". *Psycho-Oncology* *18* (9): 907–15. <https://doi.org/10.1002/pon.1515>.
- Cnattingius, S., Villamor, E., Johansson, S., Edstedt Bonamy, A. K., Persson, M., Wikström, A. K., & Granath, F. (2013). Maternal obesity and risk of preterm delivery. *JAMA*, *309*(22), 2362–2370. doi: 10.1001/jama.2013.6295.
- Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstetrics and gynecology*, *131*(2), e49–e64.
doi: 10.1097/AOG.0000000000002501.
- Cools, Sara, Jon H. Fiva, och Lars J. Kirkebøen. 2015. "Causal Effects of Paternity Leave on Children and Parents". *The Scandinavian Journal of Economics* *117* (3): 801–28.
<https://doi.org/10.1111/sjoe.12113>.
- Corry, M. P., & Maternity Center, A. (2004). Recommendations from Listening to Mothers: the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *31*(1), 61–65. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0275.x.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, *150*, 782–786.

- Dahl, Gordon B., Katrine V. Løken, Magne Mogstad, och Kari Vea Salvanes. 2016. "What Is the Case for Paid Maternity Leave?" *Review of Economics and Statistics* 98 (4): 655–70.
https://doi.org/10.1162/REST_a_00602.
- Dahl, Gordon B., Katrine V. Løken, och Magne Mogstad. 2014. "Peer Effects in Program Participation". *American Economic Review* 104 (7): 2049–74.
<https://doi.org/10.1257/aer.104.7.2049>.
- Dahlberg, K., Forsell, Y., Damström-Thakker, K., & Runeson, B. (2007). Mental health problems and healthcare contacts in an urban and a rural area. Comparisons of two Swedish counties. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 40–46.
doi: 10.1080/08039480601129333.
- Darj, E., & Lindmark, G. (2002). [Not all women use maternal health services. Language barriers and fear of the examination are common]. *Läkartidningen*, 99(1–2), 41–44.
- Davis, Leigh, Helen Edwards, Heather Mohay, och Judy Wollin. 2003. "The Impact of Very Premature Birth on the Psychological Health of Mothers". *Early Human Development* 73 (1–2): 61–70.
[https://doi.org/10.1016/s0378-3782\(03\)00073-2](https://doi.org/10.1016/s0378-3782(03)00073-2).
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
doi: 0.1002/14651858.
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, 171, 142–154. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.022.
- Duvander, Ann-Zofie, och Niklas Löfgren. 2018. "Sweden country note". I *International Review of Leave Policies and Research 2018*. <https://www.leavenetwork.org/annual-review-reports/country-reports/>.
- Duvander, Ann-Zofie, Tommy Ferrarini, och Mats Johansson. 2015. *Familjepolitik för alla?: en ESO-rapport om föräldrapenning och jämställdhet*. Stockholm: Finansdepartementet, Regeringskansliet.

- Eckerdal, P., Kollia, N., Löfblad, J., Hellgren, C., Karlsson, L., Högberg, U., . . . Skalkidou, A. (2016). Delineating the Association between Heavy Postpartum Haemorrhage and Postpartum Depression. *PloS one*, *11*(1), e0144274-e0144274. doi: 10.1371/journal.pone.0144274.
- Ehrenberg, H. M., Durnwald, C. P., Catalano, P., & Mercer, B. M. (2004). The influence of obesity and diabetes on the risk of cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, *191*(3), 969–974. doi: 10.1016/j.ajog.2004.06.057.
- Ejrnaes, Mette, och Astrid Kunze. 2013. ”Work and Wage Dynamics around Childbirth: Work and Wage Dynamics around Childbirth”. *The Scandinavian Journal of Economics* 115 (3): 856–77. <https://doi.org/10.1111/sjoe.12025>.
- Ekberg, John, Rickard Eriksson, och Guido Friebel. 2013. ”Parental Leave – A Policy Evaluation of the Swedish “Daddy-Month” Reform”. *Journal of Public Economics* 97 (januari): 131–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2012.09.001>.
- Engeland, A., Bjørge, T., Daltveit, A. K., Skurtveit, S., Vangen, S., Vollset, S. E., & Furu, K. (2011). Risk of diabetes after gestational diabetes and preeclampsia. A registry-based study of 230,000 women in Norway. *European journal of epidemiology*, *26*(2), 157–163. doi: 10.1007/s10654-010-9527-4.
- Esscher, A., Essén, B., Innala, E., Papadopoulos, F. C., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., & Högberg, U. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980–2007. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(5), 462–469. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161711.
- Fadl, H. E., & Simmons, D. (2016). Trends in diabetes in pregnancy in Sweden 1998–2012. *BMJ open diabetes research & care*, *4*(1), e000221-e000221. doi: 10.1136/bmjdr-2016-000221.
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis.

- Feig, D. S., Zinman, B., Wang, X., & Hux, J. E. (2008). Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 179(3), 229–234. doi: 10.1503/cmaj.080012.
- Feldman, Ruth, och Arthur I. Eidelman. 2007. "Maternal Postpartum Behavior and the Emergence of Infant-Mother and Infant-Father Synchrony in Preterm and Full-Term Infants: The Role of Neonatal Vagal Tone". *Developmental Psychobiology* 49 (3): 290–302. <https://doi.org/10.1002/dev.20220>.
- Fellmeth, G., Opondo, C., Henderson, J., Redshaw, M., McNeill, J., Lynn, F., & Alderdice, F. (2019). Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 251, 8–14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.002>.
- Firoz, T., Chou, D., von Dadelszen, P., Agrawal, P., Vanderkruik, R., Tunçalp, O., . . . Say, L. (2013). Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*, 91(10), 794–796.
- Fisher, S. D., Sit, D. K., Yang, A., Ciolino, J. D., Gollan, J. K., & Wisner, K. L. (2019). Four maternal characteristics determine the 12-month course of chronic severe postpartum depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 36(4), 375–383. doi:10.1002/da.22879.
- Fisher, S. D., Wisner, K. L., Clark, C. T., Sit, D. K., Luther, J. F., & Wisniewski, S. (2016). Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 203, 111–120. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.063>.
- Folkhälsomyndigheten. (2019a). Psykisk ohälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2018. Taberg, Sverige: Folkhälsomyndigheten.

- Folkhälsomyndigheten. (2019b). Vad är psykisk hälsa. *Psykisk hälsa och suicidprevention*. Retrieved 2019-12-28, 2019, from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>.
- Fontenay, Sebastien, och Ilan Tojerow. 2020. "The 'other' Child Penalty: Work Disability after Motherhood and how Paternity Leave can help". Mimeo. Universite Libre de Bruxelles.
- Fransson, E., Örténstrand, A., & Hjelmstedt, A. (2011). Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth*, 38(1), 10–16. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00441.x.
- Fransson, Emma, F Sörensen, M Ramklint, P Eckerdal, I Krägeloh-Mann, och A Skalkidou. 2020. "Impact on Toddler Behavior – The Importance of Symptom Onset, Duration and Maternal Bonding". *Journal of Affective Disorders*.
- Försäkringskassan. 2014. "Kvinnors sjukfrånvaro – En studie av förstagångsföräldrar". Socialförsäkringsrapport 2014:14. Försäkringskassan.
- Gavin, N., Gaynes, B., Md, M. P. H., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Md, M. P. H., . . . Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol*, 106(5, Part 1), 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.
- Gennaro, S. 1988. "Postpartal Anxiety and Depression in Mothers of Term and Preterm Infants". *Nursing Research* 37 (2): 82–85.
- Gennaro, S., W. Fehder, I. F. Nuamah, D. E. Campbell, och S. D. Douglas. 1997. "Caregiving to Very Low Birthweight Infants: A Model of Stress and Immune Response". *Brain, Behavior, and Immunity* 11 (3): 201–15. <https://doi.org/10.1006/brbi.1997.0502>.
- Getahun, D., Fassett, M. J., & Jacobsen, S. J. (2010). Gestational diabetes: risk of recurrence in subsequent pregnancies. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203(5), 467.e461–467.e467. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.032.

- Gibson, K. S., Waters, T. P., & Catalano, P. M. (2012). Maternal weight gain in women who develop gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and gynecology*, *119*(3), 560–565.
doi: 10.1097/AOG.0b013e31824758e0.
- Gon, G., Leite, A., Calvert, C., Woodd, S., Graham, W. J., & Filippi, V. (2018). The frequency of maternal morbidity: A systematic review of systematic reviews. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *141*(S1), 20–38.
doi: 10.1002/ijgo.12468.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum Depression Beyond the Early Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *33*(4), 410–420.
doi: 10.1177/0884217504266915.
- Gordon, H., Nath, S., Trevillion, K., Moran, P., Pawlby, S., Newman, L., . . . Molyneaux, E. (2019). Self-Harm, Self-Harm Ideation, and Mother-Infant Interactions: A Prospective Cohort Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *80*(5).
- Graham, W., Woodd, S., Byass, P., Filippi, V., Gon, G., Virgo, S., . . . Singh, S. (2016). Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet (London, England)*, *388*(10056), 2164–2175. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31533-1.
- Graviditetsregistret. (2018). Graviditetsregistrets Årsrapport. https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/2018%20GR%20%C3%A5rsrapport_2.0.pdf.
- Grossman, Michael. 1972. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health". *Journal of Political Economy* *80* (2): 223–55.
- Group, H. S. C. R., Metzger, B. E., Lowe, L. P., Dyer, A. R., Trimble, E. R., Chaovarindr, U., . . . Sacks, D. A. (2008). Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *The New England journal of medicine*, *358*(19), 1991–2002.
doi: 10.1056/NEJMoa0707943.

- Grunewald C, E. A., Mulic-Lutvica A, Parén L, Saltvedt S. (2019). Mödradöd i Sverige: Vården hade många gånger kunnat vara bättre. Lärdomar från 11 års extern kollegial granskning., from <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2019/09/Modradod-i-Sverige-Varden-hade-manga-ganger-kunnat-vara-battre/>.
- Grönqvist, Erik, Anna Norén, Anna Sjögren, och Helena Svaleryd. 2016. "Sober Mom, Healthy Baby? Effects of Brief Alcohol Interventions in Swedish Maternity Care". Working Paper 2016:16. IFAU – Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifauwp/2016_016.html.
- Grönqvist, Erik, Anna Norén, Anna Sjögren, och Helena Svaleryd. 2017. "Auditing Mothers: The Effect of Targeted Alcohol Prevention on Infant Health and Maternal Behavior". Working Paper 2017:19. IFAU – Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifauwp/2017_019.html.
- Guertzgen, Nicole, och Karsten Hank. 2018. "Maternity Leave and Mothers' Long-Term Sickness Absence: Evidence From West Germany". *Demography* 55 (2): 587–615. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0654-y>.
- Guintivano, J. P., Manuck, T. M., & Meltzer-Brody, S. M. M. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 61(3), 591–603.
- Hall, Caroline, och Erica Lindahl. 2018. "Familj och arbete under småbarnsåren Hur använder föräldrar förskola och föräldraförsäkring?" *IFAU Rapport* 2018:24. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2018/r-2018-24-familj-och-arbete-under-smabarnsaren.pdf>.

- Hartling, L., Dryden, D. M., Guthrie, A., Muise, M., Vandermeer, B., & Donovan, L. (2013). Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. *Annals of internal medicine*, 159(2), 123–129. doi: 10.7326/0003-4819-159-2-201307160-00661
- Hauge, Lars Johan, Ragnhild Bang Nes, Tom Kornstad, Petter Kristensen, Lorentz M. Irgens, Markus A. Landolt, Leif T. Eskedal, och Margarete E. Vollrath. 2015. "Maternal Sick Leave Due to Psychiatric Disorders Following the Birth of a Child With Special Health Care Needs". *Journal of Pediatric Psychology* 40 (8): 804–13. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv034>.
- Henriksson, H. E., White, R. A., Iliadis, S. I., Fransson, E., Papadopoulos, F. C., Sundström-Poromaa, I., & Skalkidou, A. (2019). Spring peaks and autumn troughs identified in peripheral inflammatory markers during the peripartum period. *Scientific reports*, 9(1), 15328–15328. doi: 10.1038/s41598-019-51527-9.
- Hiyoshi, Ayako, Scott Montgomery, Matteo Bottai, och Emma I. Hovén. 2018. "Trajectories of Income and Social Benefits for Mothers and Fathers of Children with Cancer: A National Cohort Study in Sweden". *Cancer* 124 (7): 1492–1500. <https://doi.org/10.1002/cncr.31123>.
- Hjartardottir, S., Leifsson, B. G., Geirsson, R. T., & Steinhorsdottir, V. (2006). Recurrence of hypertensive disorder in second pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 194(4), 916–920. doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.819.
- Hjelmstedt, Sofia, Annika Lindahl Norberg, Scott Montgomery, Ida Hed Myrberg, och Emma Hovén. 2017. "Sick Leave among Parents of Children with Cancer – a National Cohort Study". *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)* 56 (5): 692–97. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1275780>.

- Howard, L. M., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*, 57-57. doi: 10.1186/1471-2393-11-57.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, *384*(9956), 1775–1788. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
- Howland, Lois C., Rita H. Pickler, Nancy L. McCain, Dale Glaser, och Mary Lewis. 2011. ”Exploring Biobehavioral Outcomes in Mothers of Preterm Infants”. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing* *36* (2): 91–97. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e318205587e>.
https://www.sbu.se/contentassets/56adfbafa780477b9bc44d1abfdb65e/Forstamningssyndrom_2012.pdf.
- Hägglund, Pathric, och Per Johansson. (2016). ”Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet”. Rapport 2016:2 *ESO – Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi*. <https://eso.expertgrupp.se/rapporter/sjukfranvarons-anatomi/>.
- Iliadis, S. I., Skalkidou, A., Ranstrand, H., Georgakis, M. K., Axfors, C., & Papadopoulos, F. C. (2018). Self-Harm Thoughts Postpartum as a Marker for Long-Term Morbidity. *Frontiers in Public Health*, *6*(34). doi: 10.3389/fpubh.2018.00034.
- ISF. 2013. ”Effekter på jämställdhet av reformer i föräldrapenningen”. Rapport 2013:17. Inspektionen för socialförsäkringen. <https://inspsf.se/publikationer/rapporter/2013/2013-11-27-effekter-pa-jamstallldhet-av-reformer-i-foraldrapenningen>.
- Johansson, Elly-Ann. 2010. ”The Effect of Own and Spousal Parental Leave on Earnings”. IFAU Working Paper 2010:4. IFAU – Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy.

- Johansson, Per, och Mårten Palme. 1996. "Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data". *Journal of Public Economics* 59 (2): 195–218. [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(95\)01501-9](https://doi.org/10.1016/0047-2727(95)01501-9).
- Johansson, Per, och Mårten Palme. 2002. "Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism". *Journal of Human Resources* 37 (2): 381–409.
- Johansson, Per, och Mårten Palme. 2005. "Moral hazard and sickness insurance". *Journal of Public Economics* 89 (9–10): 1879–90.
- Johnston M, L. S., Noble L, Szucs K, Viehmann L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384(9956), 1789–1799. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61278-2).
- Jonsdottir, S. S., Swahnberg, K., Thome, M., Oskarsson, G. K., Bara Lydsdottir, L., Olafsdottir, H., . . . Steingrimsdottir, T. (2019). Pregnancy complications, sick leave and service needs of women who experience perinatal distress, weak social support and dissatisfaction in their partner relationships. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, n/a(n/a). doi: 10.1111/scs.12718.
- Kahn, Robert S., Barry Zuckerman, Howard Bauchner, Charles J. Homer, och Paul H. Wise. 2002. "Women's Health after Pregnancy and Child Outcomes at Age 3 Years: A Prospective Cohort Study". *American Journal of Public Health* 92 (8): 1312–18. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.8.1312>.
- Karimi, Arizo, Erica Lindahl, och Peter Skogman Thoursie. 2012. "Effekter av föräldrapenning på arbetsutbud". *IFAU Rapport* 2020:22. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. <https://www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2012/Effekter-av-foraldrapenning-pa-arbetsutbud/>.

- Kennerberg, Louise. 2007. "Hur förändras kvinnors och mäns arbetssituation när de får barn?" *IFAU Rapport* 2007:9. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Kim, C., Liu, T., Valdez, R., & Beckles, G. L. (2009). Does frank diabetes in first-degree relatives of a pregnant woman affect the likelihood of her developing gestational diabetes mellitus or nongestational diabetes? *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(6), 576.e571–576.e5766. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.069.
- Kim, C., Newton, K. M., & Knopp, R. H. (2002). Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes care*, 25(10), 1862–1868. doi: 10.2337/diacare.25.10.1862.
- Kleven, Henrik, Camille Landais, Johanna Posch, Andreas Steinhauer, och Josef Zweimüller. 2019. "Child Penalties across Countries: Evidence and Explanations". *AEA Papers and Proceedings* 109 (maj): 122–26. <https://doi.org/10.1257/pandp.20191078>.
- Kleven, Henrik, Camille Landais, och Jakob Egholt Søgaard. 2019. "Children and Gender Inequality: Evidence from Denmark". *American Economic Journal: Applied Economics* 11 (4): 181–209. <https://doi.org/10.1257/app.20180010>.
- Koblinsky, M., Chowdhury, M. E., Moran, A., & Ronsmans, C. (2012). Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *Journal of health, population, and nutrition*, 30(2), 124–130. doi: 10.3329/jhpn.v30i2.11294.
- Kotsadam, Andreas, och Henning Finseraas. 2013. "Causal Effects of Parental Leave on Adolescents' Household Work". *Social Forces* 92 (1): 329–51. <https://doi.org/10.1093/sf/sot044>.
- Kvist, L. J., & Rydhstroem, H. (2005). Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 112(8), 1070–1074. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00659.x.

- Kvist, L. J., Larsson, B. W., Hall-Lord, M. L., Steen, A., & Schalén, C. (2008). The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. *International breastfeeding journal*, 3, 6-6. doi: 10.1186/1746-4358-3-6.
- Lichtenthal, Wendy G., Corinne R. Sweeney, Kailey E. Roberts, Geoffrey W. Corner, Leigh A. Donovan, Holly G. Prigerson, och Lori Wiener. 2015. "Bereavement Follow-Up After the Death of a Child as a Standard of Care in Pediatric Oncology". *Pediatric Blood & Cancer* 62 Suppl 5 (december): S834-869. <https://doi.org/10.1002/pbc.25700>.
- Liddle, S. D., & Pennick, V. (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*(9), CD001139-CD001139. doi: 10.1002/14651858.CD001139.pub4.
- Lindahl, Erica. 2020. "Kvinnors sjukskrivningsdiagnoser före och efter familjebildning". PM Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Lindström, C., J. Aman, och A. L. Norberg. 2010. "Increased Prevalence of Burnout Symptoms in Parents of Chronically Ill Children". *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 99 (3): 427-32. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x>.
- Ljungman, Lisa, Emma Hovén, Gustaf Ljungman, Martin Cernvall, och Louise von Essen. 2015. "Does Time Heal All Wounds? A Longitudinal Study of the Development of Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Survivors of Childhood Cancer and Bereaved Parents". *Psycho-Oncology* 24 (12): 1792-98. <https://doi.org/10.1002/pon.3856>.
- Luca, D. L., Garlow, N., Staatz, C., Margiotta, C., & Zivin, K. (2019). Societal Costs of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders in the United States. from Cambridge, MA: Mathematica Policy Research, <https://www.mathematica.org/our-publications-and-findings/publications/societal-costs-of-untreated-perinatal-mood-and-anxiety-disorders-in-the-united-states>.

- Lundborg, Petter, Erik Plug, och Astrid Würtz Rasmussen. 2017. "Can Women Have Children and a Career? IV Evidence from IVF Treatments". *American Economic Review* 107 (6): 1611–37. <https://doi.org/10.1257/aer.20141467>.
- Lykke, J. A., Langhoff-Roos, J., Sibai, B. M., Funai, E. F., Triche, E. W., & Paidas, M. J. (2009). Hypertensive pregnancy disorders and subsequent cardiovascular morbidity and type 2 diabetes mellitus in the mother. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 53(6), 944–951. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.130765.
- Mantel, Ä., Lindén Hirschberg, A., & Stephansson, O. (2019). Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3664.
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(8), 621–638. doi: 10.1111/obr.12288.
- Massoudi, P., Wickberg, B., & Hwang, P. (2007). Screening for postnatal depression in Swedish child health care. *Acta Paediatrica*, 96(6), pp. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00292.x>.
- Mattisson, C., Bogren, M., Nettelbladt, P., Munk-Jørgensen, P., & Bhugra, D. (2005). First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947–1972 and 1972–1997. *Journal of Affective Disorders*, 87(2), 151–160. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.04.002>.
- McDonald, S. D., Malinowski, A., Zhou, Q., Yusuf, S., & Devereaux, P. J. (2008). Cardiovascular sequelae of preeclampsia/eclampsia: a systematic review and meta-analyses. *American heart journal*, 156(5), 918–930. doi: 10.1016/j.ahj.2008.06.042.

- Miles, Margaret Shandor, Diane Holditch-Davis, Todd A. Schwartz, och Mark Scher. 2007. "Depressive Symptoms in Mothers of Prematurely Born Infants". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP* 28 (1): 36–44. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000257517.52459.7a>.
- Moberg, Ylva. 2016. "Does the Gender Composition in Couples Matter for the Division of Labor after Childbirth". Working Paper 2016:8. IFAU – Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296(21), 2582–2589.
- Månsdotter, Anna, Lars Lindholm, och Anna Winkvist. 2007. "Paternity Leave in Sweden: Costs, Savings and Health Gains". *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 82 (1): 102–15. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.09.006>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>.
- Nehring, I., Schmoll, S., Beyerlein, A., Hauner, H., & von Kries, R. (2011). Gestational weight gain and long-term postpartum weight retention: a meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 94(5), 1225–1231. doi: 10.3945/ajcn.111.015289.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., . . . Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.
- Norén, L., Ostgaard, S., Johansson, G., & Ostgaard, H. C. (2002). Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 11(3), 267–271. doi: 10.1007/s00586-001-0357-7.

- Ny, P., Dykes, A. K., Molin, J., & Dejin-Karlsson, E. (2007). Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(7), 805–813. doi: 10.1080/00016340701415095.
- Nylen, Kimberly J., Tracy E. Moran, Christina L. Franklin, och Michael W. O'hara. 2006. "Maternal Depression: A Review of Relevant Treatment Approaches for Mothers and Infants". *Infant Mental Health Journal* 27 (4): 327–43. <https://doi.org/10.1002/imhj.20095>.
- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(4), 388–406. doi: 10.1001/jama.2015.18948.
- Oberg, A. S., Hernandez-Diaz, S., Palmsten, K., Almqvist, C., & Bateman, B. T. (2014). Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3), 229.e221–229.e2298. doi: 10.1016/j.ajog.2013.10.872.
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3), e726–e732. doi: 10.1542/peds.2012-1295.
- OECD. 2020. "OECD Family Database – OECD". <http://www.oecd.org/social/family/database.htm>.
- Olivetti, Claudia, Eleonora Patacchini, och Yves Zenou. 2020. "Mothers, Peers, and Gender-Role Identity". *Journal of the European Economic Association* 18 (1): 266–301. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvy050>.
- Olivetti, Claudia, och Barbara Petrongolo. 2017. "The Economic Consequences of Family Policies: Lessons from a Century of Legislation in High-Income Countries". *Journal of Economic Perspectives* 31 (1): 205–30. <https://doi.org/10.1257/jep.31.1.205>.

- Otchet, F., Carey, M. S., & Adam, L. (1999). General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstetrics and gynecology*, 94(6), 935–941. doi: 10.1016/s0029-7844(99)00439-1.
- Owe, K. M., Bjelland, E. K., Stuge, B., Orsini, N., Eberhard-Gran, M., & Vangen, S. (2016). Exercise level before pregnancy and engaging in high-impact sports reduce the risk of pelvic girdle pain: a population-based cohort study of 39 184 women. *British journal of sports medicine*, 50(13), 817–822. doi: 10.1136/bjsports-2015-094921.
- Pace, R., Brazeau, A.-S., Meltzer, S., Rahme, E., & Dasgupta, K. (2017). Conjoint Associations of Gestational Diabetes and Hypertension With Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease in Parents: A Retrospective Cohort Study. *American journal of epidemiology*, 186(10), 1115–1124. doi: 10.1093/aje/kwx263.
- Padua, L., Caliendo, P., Aprile, I., Pazzaglia, C., Padua, R., Calistri, A., & Tonali, P. (2005). Back pain in pregnancy: 1-year follow-up of untreated cases. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 14(2), 151–154. doi: 10.1007/s00586-004-0712-6.
- Park, Mina, Ursula Brain, Ruth E. Grunau, Adele Diamond, och Tim F. Oberlander. 2018. "Maternal Depression Trajectories from Pregnancy to 3 Years Postpartum Are Associated with Children's Behavior and Executive Functions at 3 and 6 Years". *Archives of Women's Mental Health* 21 (3): 353–63. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0803-0>.
- Patnaik, Ankita. 2019. "Reserving Time for Daddy: The Consequences of Fathers' Quotas". *Journal of Labor Economics* 37 (4): 1009–59. <https://doi.org/10.1086/703115>.
- Persson, Petra, och Maya Rossin-Slater. 2019. "When Dad Can Stay Home: Fathers' Workplace Flexibility and Maternal Health". Working Paper 25902. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w25902>.

- Persson, Sofie, Gisela Dahlquist, Ulf-G. Gerdtham, och Katarina Steen Carlsson. 2018. "Why childhood-onset type 1 diabetes impacts labour market outcomes: a mediation analysis". *Diabetologia* 61 (2): 342–53. <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4472-3>.
- Pora, Pierre, och Lionel Wilner. 2019. "Child Penalties and Financial Incentives: Exploiting Variation along the Wage Distribution – Documents de travail – G2019/08. Insee". <https://www.insee.fr/en/statistiques/4226421>.
- Ramchandani, Paul G., Thomas G. O'Connor, Jonathan Evans, Jon Heron, Lynne Murray, och Alan Stein. 2008. "The Effects of Pre- and Postnatal Depression in Fathers: A Natural Experiment Comparing the Effects of Exposure to Depression on Offspring". *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 49 (10): 1069–78. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>.
- Rege, Mari, och Ingeborg Solli. 2013. "The Impact of Paternity Leave on Fathers' Future Earnings". *Demography* 50 (6): 2255–77.
- Region Östergötland. (2017). Vårdprogram graviditet och amning. Retrieved 2019-12-28, 2019, from <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Vardprogram-varldprocessprogram/Ostgotafakta/Graviditet-och-amning/>.
- Rieck, Karsten Marshall Elseth, och Kjetil Telle. 2013. "Sick Leave before, during and after Pregnancy". *Acta Sociologica* 56 (2): 117–37. <https://doi.org/10.1177/0001699312468805>.
- Rossin-Slater, Maya. 2017. "Maternity and Family Leave Policy". Working Paper 23069. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w23069>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2015). The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears: Green Top Guideline No. 29.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2017). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(5), e106–e149. doi: 10.1111/1471-0528.14178.

- Ruiter, L., Kazemier, B. M., Mol, B. W. J., & Pajkrt, E. (2019). Incidence and recurrence rate of postpartum hemorrhage and manual removal of the placenta: A longitudinal linked national cohort study in The Netherlands. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, *238*, 114–119. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.05.022.
- Samarasekera, D. N., Bekhit, M. T., Wright, Y., Lowndes, R. H., Stanley, K. P., Preston, J. P., . . . Speakman, C. T. M. (2008). Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, *10*(8), 793–799. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01445.x.
- Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenström, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *112*(2), 210–217. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x.
- Shiri, R., Coggon, D., & Falah-Hassani, K. (2018). Exercise for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of pain (London, England)*, *22*(1), 19–27. doi: 10.1002/ejp.1096.
- Shmueli, A., Meiri, H., & Gonen, R. (2012). Economic assessment of screening for pre-eclampsia. *Prenatal diagnosis*, *32*(1), 29–38. doi: 10.1002/pd.2871.
- Sibai, B. M. (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstetrics and gynecology*, *105*(2), 402–410. doi: 10.1097/01.AOG.0000152351.13671.99.
- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., . . . Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and Anxiety*, *34*(2), 178–187. doi: 10.1002/da.22597.
- Silverman, M. E., Smith, L., Lichtenstein, P., Reichenberg, A., & Sandin, S. (2018). The association between body mass index and postpartum depression: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *240*, 193–198. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.063>.

- Skoog, M., Berggren, V., & Hallström, I. K. (2018). 'Happy that someone cared' – Non-native-speaking immigrant mothers' experiences of participating in screening for postpartum depression in the Swedish child health services. *Journal of Child Health Care*, 23(1), 118–130. doi: 10.1177/1367493518778387.
- Smaill, F. M., & Grivell, R. M. (2014). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*(10), CD007482-CD007482. doi: 10.1002/14651858.CD007482.pub3.
- Smith, J. (2018). Postpartum Hemorrhage Treatment & Management. from <https://emedicine.medscape.com/article/275038-treatment#d17>.
- Socialstyrelsen. (2014). Vägledning för barnhälsovården [Directions for the Child Health Service]: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Depressiv episod.*: Retrieved from <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/depressiv-episod/508>.
- Socialstyrelsen. (2019). Statistik om graviditet, förlossningar och nyfödda barn 2017.
- Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU). (2012). Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom: en systematisk litteraturöversikt. In L. Ekselius (Ed.).
- Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU). (2016). Analsfinkterskador vid förlossning.
- Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU). (2019). Förlossningsrädsla och psykisk ohälsa under graviditet., from <https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/forlossningsradsla-och-psykisk-ohalsa-under-graviditet/>.
- Statistiska Centralbyrån (SCB). (2019). Föräldrars ålder i Sverige. Retrieved 2020-04-30, 2020, from <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/foraldrars-alder-i-sverige/>.

- Stein, Alan, Rebecca M. Pearson, Sherryl H. Goodman, Elizabeth Rapa, Atif Rahman, Meaghan McCallum, Louise M. Howard, och Carmine M. Pariante. 2014. "Effects of Perinatal Mental Disorders on the Fetus and Child". *Lancet (London, England)* 384 (9956): 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0).
- Stjernqvist, K. M. 1992. "Extremely Low Birth Weight Infants Less than 901 g. Impact on the Family during the First Year". *Scandinavian Journal of Social Medicine* 20 (4): 226–33. <https://doi.org/10.1177/140349489202000407>.
- Stockholms läns landsting. (2016). Stockholms regionala vårdprogram: Bröstkomplikationer i samband med amning. from <https://www.karolinska.se/contentassets/244f248c1a554419a8dec624e285a615/brostkomplikationer-amning.pdf>.
- Sundelin, H. E., Stephansson, O., Hultman, C. M., & Ludvigsson, J. F. (2018). Pregnancy outcomes in women with autism: a nationwide population-based cohort study. *Clinical epidemiology*, 10, 1817–1826. doi: 10.2147/CLEP.S176910.
- Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG). (2014). ARG-Rapport: Preeklampsi.
- Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG). (2018). ARG-Rapport: Hemostasrubbnings inom Obstetrik och Gynekologi.
- Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG). (2019). Svenska riktlinjer för preeklampsi.
- Sylvén, S. M., Thomopoulos, T. P., Kollia, N., Jonsson, M., & Skalkidou, A. (2017). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry*, 40, 4–12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.003>.
- Temel, S., van Voorst, S. F., Jack, B. W., Denктаş, S., & Steegers, E. A. (2014). Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev*, 36, 19–30. doi: 10.1093/epirev/mxt003.

- Thaler, Richard H., och Shlomo Benartzi. 2004. "Save More Tomorrow™: Using Behavioral Economics to Increase Employee Saving". *Journal of Political Economy* 112 (S1): S164–87. <https://doi.org/10.1086/380085>.
- Tieu, J., Bain, E., Middleton, P., & Crowther, C. A. (2013). Interconception care for women with a history of gestational diabetes for improving maternal and infant outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*(6), Cd010211. doi: 10.1002/14651858.CD010211.pub2.
- Tobias, D. K., Stuart, J. J., Li, S., Chavarro, J., Rimm, E. B., Rich-Edwards, J., . . . Zhang, C. (2017). Association of History of Gestational Diabetes With Long-term Cardiovascular Disease Risk in a Large Prospective Cohort of US Women. *JAMA internal medicine*, 177(12), 1735–1742. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.2790.
- Treyvaud, Karli, Vicki A. Anderson, Katherine J. Lee, Lianne J. Woodward, Carol Newnham, Terrie E. Inder, Lex W. Doyle, och Peter J. Anderson. 2010. "Parental Mental Health and Early Social-Emotional Development of Children Born Very Preterm". *Journal of Pediatric Psychology* 35 (7): 768–77. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp109>.
- Troy, N. W. (1999). A comparison of fatigue and energy levels at 6 weeks and 14 to 19 months postpartum. *Clinical nursing research*, 8(2), 135–152. doi: 10.1177/10547739922158205.
- Tucker, J., Clifton, V., & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 54(4), 377–381. doi: 10.1111/ajo.12230.
- Uustal Fornell, E., Wingren, G., & Kjølhede, P. (2004). Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 83(4), 383–389. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00367.x.

- Uustal, E. (2016). Årsrapport Bristningsregister. from https://www.sfog.se/media/328580/a_rsrappport_2016_170330_r_a_ttad_eu.pdf.
- Varner, M. W., Rice, M. M., Landon, M. B., Casey, B. M., Reddy, U. M., Wapner, R. J., . . . Human Development Maternal-Fetal Medicine Units, N. (2017). Pregnancies After the Diagnosis of Mild Gestational Diabetes Mellitus and Risk of Cardiometabolic Disorders. *Obstetrics and gynecology*, *129*(2), 273–280. doi: 10.1097/AOG.0000000000001863.
- Vermani, E., Mittal, R., & Weeks, A. (2010). Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, *10*(1), 60–71. doi: 10.1111/j.1533-2500.2009.00327.x.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *65*(7), 805–815. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.805.
- Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., Pop, V. J. M., Kushner, S. A., & Bergink, V. (2016). Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(2), 117–127. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15010124.
- Wettergren, B., Blennow, M., Hjern, A., Söder, O., & Ludvigsson, J. F. (2016). Child Health Systems in Sweden. *The Journal of Pediatrics*, *177*, S187–S202. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.055.
- Wickberg, B. 2019. "Barnhälsovårdens nationella program". Screening med EPDS – Rikshandboken i barnhälsovård. 2019. <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/>.
- Wickberg, B., & Massoudi, P. (2018). Viktigt mota effekterna av postpartum- \neg depression – Psykologisk behandling med KBT är effektiv för både mamma och barn. *Läkartidningen*, *115*.

- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., . . . Lancet Breastfeeding Series, G. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, *387*(10017), 475–490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- Wikman, A., Axfors, C., Iliadis, S. I., Cox, J., Fransson, E., & Skalkidou, A. (2019). Characteristics of women with different perinatal depression trajectories. *J Neurosci Res*, *0*(0). doi: 10.1002/jnr.24390.
- Wikman, Anna, Emma Hovén, Martin Cernvall, Gustaf Ljungman, Lisa Ljungman, och Louise von Essen. 2016. "Parents of Children Diagnosed with Cancer: Work Situation and Sick Leave, a Five-Year Post End-of-Treatment or a Child's Death Follow-up Study". *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)* *55* (9–10): 1152–57. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2016.1167956>.
- Wisner, K. L., Sit, D. Y., McShea, M. C., & et al. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, *70*(5), 490–498. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.87.
- Viswasam, K., Eslick, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, *255*, 27–40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.016>.
- Woman Trial Collaborators. (2017). Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet (London, England)*, *389*(10084), 2105–2116. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30638-4.
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *219*(Supplement C), 86–92. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>.
- World Health Organization (WHO). (2000). Mastitis: Causes and Management. World Health Organization.

- World Health Organization (WHO). (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. World Health Organization.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., . . . Memish, Z. A. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, *380*(9859), 2163–2196. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
- Vrijmoet-Wiersma, C. M. Jantien, Jeanine M. M. van Klink, Annemarie M. Kolk, Hendrik M. Koopman, Lynne M. Ball, och R. Maarten Egeler. 2008. "Assessment of Parental Psychological Stress in Pediatric Cancer: A Review". *Journal of Pediatric Psychology* *33* (7): 694–706. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn007>.
- Wu, W. H., Meijer, O. G., Uegaki, K., Mens, J. M. A., van Dieën, J. H., Wuisman, P. I. J. M., & Ostgaard, H. C. (2004). Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *13*(7), 575–589. doi: 10.1007/s00586-003-0615-y.
- Vøllestad, N. K., & Stuge, B. (2009). Prognostic factors for recovery from postpartum pelvic girdle pain. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *18*(5), 718–726. doi: 10.1007/s00586-009-0911-2.
- Yogev, Y., Xenakis, E. M. J., & Langer, O. (2004). The association between preeclampsia and the severity of gestational diabetes: the impact of glycemic control. *American journal of obstetrics and gynecology*, *191*(5), 1655–1660. doi: 10.1016/j.ajog.2004.03.074.

Bilaga

Tabell B1 De tio vanligaste diagnoserna 24 månader innan barnets födelse: första barnet och andra barnet av två

Månad=-24	Diagnos	Antal	Diagnos	Antal
Rank	Förstgångsfödorskor		Andragångsfödorskor (av två)	
1	F32	342	O26	360
2	F43	334	M54	201
3	M54	167	F43	144
4	F41	134	F32	137
5	M79	113	M79	72
6	S13	55	F41	51
7	Z73	44	O21	51
8	M53	39	O47	44
9	F33	38	M53	32
10	F50	37	S13	30

Tabell B2 De tio vanligaste diagnoserna 24 månader efter barnets födelse: första barnet och andra barnet av två

Månad=24	Diagnos	Antal	Diagnos	Antal
Rank	Förstgångsfödorskor		Andragångsfödorskor (av två)	
1	O26	1 133	F43	256
2	F32	369	F32	253
3	O47	346	M54	139
4	F43	332	F41	98
5	M54	259	M79	78
6	O21	212	M53	33
7	F41	144	C50	33
8	M79	80	F33	25
9	O22	51	S13	20
10	O30	44	G56	19

Tabell B3 De tio vanligaste diagnoserna 60 månader efter barnets födelse: första barnet och andra barnet av två

Månad=60	Diagnos	Antal	Diagnos	Antal
Rank	Förstgångsfödernkor		Andragångsfödernkor (av två)	
1	F32	449	F43	336
2	F43	427	F32	304
3	O26	336	F41	106
4	M54	199	M54	101
5	F41	186	M79	44
6	O47	96	F33	39
7	F33	84	C50	33
8	O21	74	M75	28
9	M79	68	M53	27
10	F31	51	F43	336

Tabell B4 De tio vanligaste diagnoserna 120 månader efter barnets födelse: första barnet och andra barnet av två

Månad=120	Diagnos	Antal	Diagnos	Antal
Rank	Förstgångsfödernkor		Andragångsfödernkor (av två)	
1	F43	1 160	F43	671
2	F32	503	F32	252
3	F41	297	M54	155
4	M54	235	F41	152
5	O26	181	F33	76
6	F33	142	M79	60
7	M79	122	C50	56
8	F31	84	F31	49
9	G56	61	M75	36
10	C50	59	M25	31

Tabell B5 Översikt över somatiska och psykiska diagnoser

Diagnos	Beskrivning ^a	Förekomst ^b
<i>Stor postpartum blödning</i>	Onormalt stor blodförlust i anslutning till förlossningen. I Sverige registreras diagnosen vid blödning över 1 000 ml.	1–15 % (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2018).
<i>Preeklampsi och eklampsi</i>	Preeklampsi innebär högt blodtryck, ett eller flera symptom från andra kroppsorgan och/eller fosterpåverkan och debuterar efter graviditetsvecka 20.	3–7 % (för preeklampsi) (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), 2014).
<i>Peripartum-infektioner</i>	<u>Postpartum-endometrit</u> : Infektion i livmodern efter vaginal förlossning eller kejsarsnitt.	<u>Postpartum-endometrit</u> : 3–20 % (internationellt).
	<u>Mastit och bröstabscess</u> : Infektion i bröstvävnaden i anslutning till amning. Ibland kan denna leda till abscess (varbildning) i bröst.	<u>Mastit</u> : upp till 25 % (internationellt).
<i>Diabetes under graviditet</i>	Diabetes innebär onormalt högt blodsocker. De flesta gravida med diabetes har en gestationell diabetes (graviditetsdiabetes) (87,5 %). 7,5 % har diabetes typ 1 och 5 % diabetes typ 2.	1–2 % (Fadl & Simmons, 2016; Socialstyrelsen, 2019).
<i>Förlossningsbristningar</i>	Bristningar i underlivet som följd av en vaginal förlossning. Ytliga bristningar i slidan och underlivets hud klassificeras som grad 1. Grad 2 bristningar är de något djupare skador av mellangården och slidväggarna, kan även omfatta muskler och bindehinnor. Vid grad 3 är den yttre och ibland den inre ändtarmsmuskeln skadad. Vid grad 4 är ändtarmsmuskeln och väggen i ändtarmskanalen skadade.	Grad 1–2: upp till 80 %. Grad 3–4: 3,4 % (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), 2016).
<i>Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven</i>	<u>Graviditetsrelaterad nedre ryggsmärta</u> : kan stråla mot benen.	<u>Nedre ryggsmärta</u> : upp till 50 % (internationellt).
	<u>Bäckensmärta ("foglossning")</u> : kan innebära svårigheter att lyfta saker, böja sig eller vrida kroppen.	<u>Bäckensmärta ("foglossning")</u> : 76 % (internationellt).

Diagnos	Beskrivning ^a	Förekomst ^b
<i>Depression</i>	Depressiv episod kännetecknas av minst två veckors nedstämdhet där personen upplever minskat intresse, glädje och minskad energi.	Internationella siffror visar på 12 % under hela perinatal perioden (Woody et al., 2017); 13 % postpartum (Gavin et al., 2005). Av de som har postpartumdepression har symtomen hos ca hälften debuterat under graviditeten (Fisher et al., 2016).
<i>Ångestsjukdomar t.ex. generaliserat ångestsyndrom</i>	Generaliserat ångestsyndrom innebär en ständig ångest och oro för olika saker som kan uppstå i livet och i symtombilden ingår rastlöshet, sömnproblem, muskelspändhet etc. Överlapp mellan ångest och depression är ofta stort (Wisner, Sit, McShea, & et al., 2013).	Siffror från USA visar på liknande förekomst av ångest som av depression under perinatalperioden; 13 % (Vesga-López et al., 2008). Om man räknar med risken att ha någon ångestdiagnos kan det vara så många som var femte kvinna i perinatalperioden (Fawcett et al., 2019).
<i>Bipolär sjukdom</i>	Bipolär sjukdom är ett tillstånd som kännetecknas av periodiska förskjutningar av stämningsläge och aktivitetsnivå. För att det ska betraktas som bipolär sjukdom ska personen ha upplevt flera perioder av avvikande mående där minst en är en uppvarvning med maniskt eller hypomant tillstånd. Ofta har personen också perioder med depression.	En studie från USA visar på en 2,8 % prevalens av bipolär sjukdom hos gravida, vilket överensstämmer med icke-gravid population (Vesga-López et al., 2008).
<i>Ätstörning</i>	Det finns flera typer av ätstörningar där bulimi (hetsätning i kombination med överdrivna beteenden för att gå ner i vikt) och anorexi (självsvält tillsammans med andra beteenden för att gå ner i vikt) är de vanligaste. Med kriterierna i DSM-5 ökar prevalensen något jämfört med tidigare manualer (fler personer inkluderas i de lite vidare kriterierna).	I en stor svensk registerstudie uppfyllde 0,1 % av kvinnorna kriterierna för bullemi, 0,2 % anorexi och 0,3 % kriterierna för övrig ätstörning under perinatalperioden (studien innefattade alla graviditeteter mellan 2003 och 2014) (Mantel et al., 2019).

Diagnos	Beskrivning ^a	Förekomst ^b
<i>PTSD</i>	PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) innefattar episoder av att personen återupplever ett trauma i form av ofrivilliga och påträngande minnesbilder (flashbacks) och ofta även har mardrömmar om det inträffade. I symtombilden ingår också att personen undviker sådant som påminner om traumat och att livet påverkas genom exempelvis sömnsvårigheter, undvikande av sociala kontakter, spändhet etc. Traumatisk förlossning kan vara en sådan händelse.	Av kvinnor som fött barn beräknas 1–2 % utveckla posttraumatiskt stressyndrom (Ayers, 2004).
<i>Tvångssyndrom (OCD)</i>	OCD eller tvångssyndrom innefattar tvångstankar och tvångshandlingar som ska förekomma dagligen minst en timme och upplevas som påfrestande och eller hindrande i vardagslivet.	Ca 3 % av gravida eller nyförlösta kvinnor beräknas ha OCD. Av dessa är det en betydande del som symptomdebuterat under graviditeten (Viswasam et al., 2019).
<i>Förlossningsrädsla</i>	En rädsla för förlossning som överskuggar möjlig glädje över graviditeten och som är något kvinnan tänker ständigt på är vad som avses med förlossningsrädsla i psykiatrisk mening.	I en översikt där flera studier baserades på svenska kvinnor var medeltalet för allvarlig förlossningsrädsla kring 7 % av gravida (Nilsson et al., 2018) och andelen kvinnor som fått stöd i vården p.g.a. sin rädsla var 8,9 % 2018 (Graviditetsregistret, 2018).
<i>Postpartumpsykos</i>	Psykos innebär tillstånd där personen har svårt att skilja på verklighet och sådant som är vanföreställningar. Postpartumpsykos börjar ofta snabbt med att personen inte kan sova, får starka känslomässiga svängningar, stark oro kombinerat med föreställningar som saknar verklighetsgrund.	Psykos som inte ingår i bipolär sjukdom förekommer hos mindre än en halv procent av kvinnor i postpartumperioden (Jones et al., 2014).

Diagnos	Beskrivning ^a	Förekomst ^b
<i>Självskada och suicid</i>	De flesta studier mäter intention att självskada, snarare än rapporterad skada. Suicid är fullbordade självmord.	3,5 dödsfall i maternell suicid per 100 000 födda barn i Sverige (Esscher et al., 2016) Risken för självmord är lägre bland gravida kvinnor än övriga vuxna kvinnor. Tankar på att skada sig själv är mer vanligt förekommande – hos mellan 2 och 5 % av kvinnor vid varje givet tillfälle (punktprevalens i perinatalperioden eller upp mot 15 % som någon gång rapporterar intentionen att skada sig själv (Gordon et al., 2019).

^a För detaljerad information om diagnosticering m.m. se exempelvis <https://www.internetmedicin.se> eller www.1177.se.

^b Eller internationellt om svensk statistik inte finns tillgänglig.