

Kvinnors hälsa, sjukfrånvaro och inkomster efter barnafödande

Vad vet vi om barneffektens orsaker och vilken roll spelar hälsa och föräldraförsäkringen?

Emma Fransson

Erik Grönqvist

Stavros Iliadis

Erica Lindahl

Kvinnors hälsa, sjukfrånvaro och inkomster efter barnafödande

Vad vet vi om barneffektens orsaker och vilken roll spelar hälsa och föräldraförsäkringen?^a

av

Emma Fransson^b, Erik Grönqvist^c, Stavros Iliadis^d och Erica Lindahl^e

2021-09-13

Sammanfattning

Det är väl dokumenterat att kvinnors arbetsmarknadsutfall i termer av lön, inkomst och sjukfrånvaro försämras i samband med barnafödande. De underliggande mekanismerna är dock mindre studerade. I denna rapport diskuterar vi hälsa som en förklarande faktor till kvinnors sämre arbetsmarknadsutfall efter barn och om det finns belägg inom den psykologiska och medicinska litteraturen för att kvinnors hälsa försämras i och med barnafödande. Sammanställningen visar att barnafödande, för de flesta kvinnor, inte tycks försämra hälsan och att det är ovanligt att barnafödande leder till nya långsiktiga besvär. Däremot kan underliggande hälsoproblem, som är vanligare bland socioekonomiskt svagare kvinnor, förstärkas i och med barnafödande. Kvinnors hälsa kan därför vara en förbisedd faktor i diskussionen om orsakerna till kvinnors sämre arbetsmarknadsutfall.

^a Vi är tacksamma för konstruktiva synpunkter från Maria Hemström Hemmingsson, Olle Lundberg, Per Molander och Anna Sjögren samt deltagare vid seminarier vid IFAU och WoMHeR.

^b emma.fransson@kbh.uu.se, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.

^c erik.gronqvist@nek.uu.se, Uppsala universitet och UCLS.

^d stavros.iliadis@kbh.uu.se, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, samt Kvinnosjukvården, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

^e erica.lindahl@ifau.uu.se. IFAU och UCLS.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Kvinnors lägre inkomst och högre sjukfrånvaro efter familjebildning.....	5
2.1	Barneffekten och hur den mäts.....	5
2.2	Internationell evidens.....	6
2.3	Nationalekonomiska förklaringsmodeller.....	8
3	Somatiska och psykiska effekter av barnafödande.....	9
3.1	Somatiska besvär.....	10
3.2	Psykiska besvär.....	11
3.3	Riskfaktorer.....	12
3.4	Samverkande faktorer.....	13
4	Sjukskrivningsdiagnoser före och efter barnafödande.....	14
5	Mekanismer och föräldraförsäkringens roll.....	18
5.1	Normer och den biologiska länken.....	19
5.2	Specialisering och normer kontra hälsa.....	20
5.3	Socialförsäkringens roll.....	21
6	Avslutande diskussion.....	25
	Referenser.....	29
	Bilaga 1.....	39

1 Inledning

Både i Sverige och internationellt är det väl dokumenterat att familjebildning¹ har en negativ inverkan på kvinnors situation på arbetsmarknaden; efter det första barnets ankomst försämras kvinnors inkomst- och löneutveckling (Angelov, Johansson, och Lindahl 2015; Adda, Dustmann, och Stevens 2017; Ejrnaes och Kunze 2013) och deras sjukfrånvaro ökar (Fontenay och Tojerow 2020; Andresen och Nix 2019; Angelov, Johansson, och Lindahl 2018; Bratberg, Dahl, och Risa 2002). Vi kallar detta trendbrott en *barneffekt*², alltså en försämrad arbetsmarknadssituation och ett högre ohälsotal bland kvinnor som kan härledas till tidpunkten för det första barnets födelse.³

Trots att barneffekter dokumenterats i ett flertal länder är kunskapen om dess bakomliggande orsaker fortfarande begränsad. Nationalekonomisk forskning har hittills främst studerat betydelsen av ekonomiska incitament och könsnormer, men det finns ett växande fokus på biologiska förklaringar. Mammors försämrade hälsa i samband med barnafödande är en möjlig förklaring till barneffekten, och den är potentiellt viktig att förstå för att kunna utforma en politik som främjar jämställdhet, mammors och pappors hälsa, kvinnors och mäns lika möjligheter på arbetsmarknaden och föräldrars balans mellan arbetsliv och familj.

Graviditet och förlossning är en fysiologisk process och inte en sjukdom. För de allra flesta kvinnor försämras inte hälsan allvarligt av barnafödande (Angelov m.fl. 2011), men det kan inte uteslutas att en försämrad hälsa orsakad av barnafödande för en del kvinnor kan bidra till lägre inkomster och ökade sjuk-skrivningar efter familjebildning. I denna rapport redogör vi för och diskuterar försämringar i hälsa som kan uppkomma i samband med barnafödande och som finns dokumenterade inom den medicinska och psykologiska litteraturen. Ett särskilt fokus finns på socioekonomiska skillnader. Vidare diskuterar vi hur försämrad hälsa som förklaring till barneffekten förhåller sig till tidigare nationalekonomiska förklaringsmodeller så som ekonomiska incitament och könsnormer. Vi kommer också diskutera familjepolitikens roll för barneffektens storlek. Vår ambition är inte att sammanfatta litteraturen, utan att diskutera försämrad somatisk och psykisk hälsa som en möjlig förklaring till de försämrade arbets-

¹ Med familjebildning menar vi i denna rapport tillkomsten av ett barn.

² I den internationella akademiska litteraturen används begreppet ”child penalty” för de negativa arbetsmarknadsutfall som drabbar främst kvinnor efter barnafödande.

³ Det finns även effekter av första barnets ankomst på män, men dessa tenderar att gå i motsatt riktning, dvs. att mäns position på arbetsmarknaden stärks efter att de blivit föräldrar (Kennerberg 2007). Det finns också en litteratur om effekter av ytterligare ett barn utöver det första: exempelvis Bronars och Grogger 1994; Angrist och Evans 1998; Aaronson m.fl. 2017) och Angelov och Karimi (2012). Den sistnämnda är gjord på svenska data.

marknadsutfall bland kvinnor efter barnafödande som tidigare har dokumenterats inom nationalekonomisk forskning. Ansatsen är tvärvetenskaplig: vi som författat rapporten forskar inom medicin, psykologi och nationalekonomi.

Vi finner stöd både i den medicinska och i den psykologiska litteraturen för att hälsan för en del kvinnor försämras i samband med barnafödande. Det är emellertid svårt att kvantifiera hur stor del av den genomsnittliga barneffekten som kan härledas till försämrad somatisk och psykisk hälsa som uppkommit eller förstärkts av barnafödande. Anledningen är att vissa sjukdomar kan leda till andra; två eller flera sjukdomar kan ha en gemensam riskfaktor som uppkommit under graviditeten eller vid förlossningen. Svårigheten att kvantifiera beror också på att den medicinska och psykologiska forskningen svarar på delvis andra frågor än den nationalekonomiska forskningen kring barneffekter. Vi kan ändå konstatera att det är relativt ovanligt att barnafödande leder till nya (tidigare icke dokumenterade) hälsoproblem, även om sådana finns och kan vara en viktig förklarande faktor för vissa kvinnor. Däremot finns det belägg för att barnafödande kan förstärka underliggande hälsoproblem relaterade till tidigare psykisk ohälsa, övervikt och hög ålder. Dessa riskfaktorer – och därmed underliggande hälsoproblem – kan naturligtvis ha påverkat kvinnors inkomster redan innan det första barnet föddes, men om dessa hälsoproblem förstärks av barnafödandet kan hälsa vara en bidragande faktor till den dokumenterade negativa barneffekten på inkomster bland barnafödande kvinnor. Andra förklaringar till ökade inkomstskillnader mellan kvinnor och män efter familjebildning som har diskuterats i den nationalekonomiska litteraturen handlar om betydelsen av könsnormer och ekonomiska incitament.⁴ För att fastställa de underliggande mekanismerna och hur de förhåller sig till varandra behövs mer forskning.

Rapporten är disponerad på följande sätt. Vi börjar med att sammanfatta vad vi vet, med utgångspunkt från den nationalekonomiska litteraturen, om barneffekten på såväl inkomster som sjukskrivningar (avsnitt 2). Därefter diskuteras medicinska och psykologiska konsekvenser av graviditet och förlossning (avsnitt 3). Vi skiljer här på riskfaktorer som kan observeras innan graviditet och försämrad hälsa som kan uppkomma i och med graviditet. För att koppla hälsoproblem relaterade till graviditet och förlossning till arbetsförmåga beskriver vi därefter vilka diagnoser som ligger till grund för kvinnors sjukskrivningar före och efter barnafödande (avsnitt 4). Därefter diskuteras hur försämrad hälsa passar in i de nationalekonomiska förklaringsmodellerna och dess empiriska resultat, samt

⁴ Kvinnor har generellt lägre inkomster innan familjebildning, vilket i sig kan ge dem starkare incitament att ta ett relativt större ansvar för hemarbetet. Könsnormer tycks förstärkas i och med familjebildning. För en diskussion om dessa förklaringar i ett svenskt sammanhang, se Angelov m.fl. (2011).

vilken roll som föräldraförsäkringen kan spela (avsnitt 5). Rapporten avslutas med en sammanfattning av våra slutsatser (avsnitt 6).

2 Kvinnors lägre inkomst och högre sjukfrånvaro efter familjebildning

Vi börjar med att närmare förklara begreppet barneffekt och hur den mäts samt sammanfatta existerande forskning om barneffekter på inkomster, löner och sjukskrivningar i såväl Sverige som i andra länder.

2.1 Barneffekten och hur den mäts

Den s.k. *barneffekten* har i den nationalekonomiska litteraturen studerats genom att kvinnor (eller par) studeras före och efter det första barnets ankomst (c.f. Kleven, Landais, och Søgaaard 2019; Angelov, Johansson, och Lindahl 2015). Genom att jämföra utvecklingen efter det första barnets födelse med motsvarande utveckling före, kan man få en uppskattning av vilken betydelse barnafödande har för mammors inkomster, löner och sjukfrånvaro i jämförelse med kvinnor som (ännu) inte fått barn. Jämförelsen görs mellan kvinnor i olika åldrar, observerade vid olika tidpunkter, vilket gör det möjligt att justera för ålders- och tidsspecifika faktorer och för individuella skillnader mellan kvinnor.⁵

En metodologisk utmaning för de studier som dokumenterar en barneffekt med denna ansats är att tidpunkten för graviditet och föräldraskap inte nödvändigtvis är slumpmässig. Valet att skaffa barn kan sammanfalla med andra faktorer som försämrar kvinnors hälsa och position på arbetsmarknaden. Till exempel kan valet att skaffa barn delvis sammanfalla med mindre engagemang i yrkeslivet, vilket (snarare än barnets ankomst) kan förklara en försämrad inkomstutveckling. För att hantera detta metodologiska problem har forskare utnyttjat den slumpmässighet i att få barn som följer en påbörjad IVF⁶-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. Med utgångspunkt från danska data finner de att familjebildning leder till 11–12 procent lägre inkomster för kvinnor tio år efter första barnets födelse. Bensnes, Huitfeldt, och Leuven (2020) använder en

⁵ Anledningen till att studera det första barnet är att kunna jämföra med en förperiod som inte påverkats av familjebildning eller val som hör samman med familjeliv. Det finns också en litteratur om effekten av ytterligare ett barn som utnyttjar dels att familjestorleken ökar vid tvillingfödslar, dels att sannolikheten för ytterligare ett barn påverkas om de första två barnen slumpmässigt är av samma kön, se fotnot 4.

⁶ In Vitro Fertilisering

liknande strategi men inkluderar inte bara första IVF-försöket.⁷ De använder norska data och finner en negativ, men betydligt mindre, effekt. IVF-behandlingar skapar en slumpmässig variation i vilka familjer som har barn och inte, vilket är en övertygande strategi för att fånga ett orsakssamband av konsekvenser av familjebildning. Samtidigt kan resultat från familjer som genomgår fertilitetsbehandling vara svåra att generalisera då de inte är representativa för alla föräldrar. Utöver en positiv selektion socioekonomiskt och hälsomässigt är IVF-föräldrar förmodligen också särskilt hängivna att bilda familj.

I Kleven, Landais, och Søgaaards (2019) studie av barneffekten används en jämförelse mellan kvinnor före och efter första barnet, men som känslighetstest används även andra strategier: kvinnor som inte föder barn som kontrollgrupp till kvinnor som föder barn och en jämförelse mellan mammor som skaffar tre barn istället för två.⁸ Författarna drar slutsatsen att jämförelsen mellan kvinnor före och efter första barnet är den strategi som ger den mest rättvisa bilden.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att forskningslitteraturen, oavsett empirisk strategi, finner att det finns en barneffekt och att den i de flesta studier varar under många år efter första barnets ankomst.

2.2 Internationell evidens

Svenska män i 40-årsåldern har i genomsnitt nästan 50 procent högre inkomst än kvinnor i samma ålder.⁹ Angelov, Johansson, och Lindahl (2015) visar att en stor del av denna inkomstskillnad uppkommer i samband med det första barnets ankomst: 15 år efter familjebildning har inkomstskillnaden ökat med 35 procentenheter i jämförelse med skillnaden före första barnet. Motsvarande ökning med avseende på lön är 10 procentenheter. Det växande gapet förklaras i Sverige framförallt av mammors mer omfattande deltidsarbete.¹⁰ Alla kvinnor får dock inte en sämre inkomstutveckling: för 20 procent av alla par är det mannen som bär den största kostnaden av barn i termer av inkomstbortfall (Angelov, Johansson, och Lindahl 2015). Det är alltså inte en naturlag att kvinnor arbetar mindre och får sämre inkomstutveckling efter familjebildning.

⁷ De utnyttjar också IVF-behandlingar, men skattar sannolikheten att ha barn vid ett senare tillfälle då det menar att de som inte lyckas vid första försöket försöker igen.

⁸ Den sistnämnda strategin bygger på idén att familjer med två barn av samma kön i högre grad skaffar ett tredje barn än familjer med två barn av olika kön, se (Angrist och Evans 1998).

⁹ Angelov, Johansson, och Lindahl (2015) rapporterar att skillnaden mellan kvinnor och män i åldern 41–43 år var 47 procent år 2006. 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.

¹⁰ Fram till det att barnet går ut årskurs 1 har föräldrar rätt att gå ner i arbetstid med upp till 25 procent, vilket främst mammor utnyttjar. Uppdelningen av den betalda föräldraledigheten mellan föräldrarna spelar sannolikt mindre roll, vilket diskuteras i bl.a. Albrecht, Thoursie, och Vroman (2015) samt 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 och socialförsäkringens utformning spelar roll eftersom länder skiljer sig åt i dessa avseenden. Kleven m.fl. (2019) konstaterar att barneffekten är minst i de skandinaviska länderna där kvinnor fortsätter att delta i arbetskraften även efter barnafödande, att den är högre i de anglosaxiska länderna och att den är allra högst i de kontinentaleuropeiska 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, statistisk diskriminering och hälsa.

Precis som för löner och inkomster tycks det finnas en barneffekt på sjukfrånvaro, även om detta inte är lika väl studerat. På svenska data visar Angelov, Johansson, och Lindahl (2018) att skillnaden i nyttjande av sjukpenning mellan kvinnor och män är liten före det första barnets ankomst, men att en tydlig skillnad uppstår därefter.¹¹ Antalet sjukpenningdagar ökar med i genomsnitt en halv dag per månad för kvinnor, men inte för män, tre år efter det första barnets födelse, vilket motsvarar en fördubbling av skillnaden observerad två år innan familjebildning. Sjutton år efter det första barnets födelse är skillnaden nästan en hel dag, vilket motsvarar en fyrfaldig ökning. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att majoriteten kvinnor (runt 70 procent), ett givet år, inte har någon sjukfrånvaro med sjukpenning, vilket innebär att ökningen drivs av en minoritet av alla kvinnor.¹² Resultatet fångar inte kortvarig sjukfrånvaro under sjuklöneperioden (de två första veckorna i ett sjukfall) och resultaten 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 det första barnets födelse. Studien, som begränsas till föräldrar som fick sitt första barn år 2005, finner att kvinnors sjukfrånvaro ökar mer än mäns efter barnafödande, men först efter det andra barnets födelse.¹³ I studien lyfts också fram att skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män efter barnafödande

¹¹ Den aktuella studien analyserar barneffekten för biologiska föräldrar i Sverige som fick sitt första barn mellan 1992 och 1998.

¹² I analysen kontrolleras för efterföljande graviditeter för att fånga upp den tillfälligt ökade sjukfrånvaron i samband med dessa.

¹³ Även föräldrar som fick sitt första barn andra år studeras, men då med kortare uppföljningsperiod.

tycks variera över tid och att kvinnor är mer sjukfrånvarande än män även före det första barnets födelse.¹⁴

Det finns även några studier om barneffekten på sjukfrånvaro från andra länder: Fontenay och Tojerow (2020) studerar långsiktiga effekter av barnafödande i Belgien och finner att skillnaden i användningen av sjukförsäkringen mellan mammor och pappor växer med två procentenheter efter första barnets ankomst och att effekten fortfarande kvarstår efter åtta år. Även i Norge tycks det finnas en barneffekt på sjukfrånvaro, åtminstone på kort sikt: Rieck och Telle (2013) finner att norska mammors sjukfrånvaro ökar efter det förstfödda barnets första levnadsår. När författarna exkluderar kvinnor som får efterföljande barn försvinner denna skillnad, men urvalet kvinnor ändras också, vilket gör att det är svårt att dra slutsatser om en långsiktig barneffekt på sjukfrånvaro på motsvarande sätt som i Fontenay och Tojerow (2020) och Angelov, Johansson, och Lindahl (2018).

2.3 Nationalekonomiska förklaringsmodeller

Inom den nationalekonomiska forskningslitteraturen finns det flera, och delvis samvarierande, hypoteser som kan förklara en barneffekt. En härstammar från Gary Beckers arbete om specialisering inom hushållet. Idén är att par optimerar sin välfärd genom att den ena föräldern specialiserar sig på arbetsmarknaden (oftast mannen) och den andre på hemmet (oftast kvinnan). Kvinnan lägger mer tid på arbete i hemmet om hennes avkastning på arbetsmarknaden är lägre än vad motsvarande avkastningen är för mannen (Becker 1981). Män, som ofta är något eller några år äldre vid familjebildning, har i genomsnitt högre lön, vilket förstärker den ekonomiska rationaliteten för en traditionell specialisering. Enligt denna teori är det just effektivitetsskäl, inte biologiska orsaker, som gör att kvinnor oftare ägnar sig relativt mer åt hemarbete.

En annan förklaring bygger på att familjebildningen förstärker traditionella värderingar, genom att kvinnor ändrar sina normer och värderingar i samband med att de blir mammor. Enligt detta synsätt förstärker identiteten som mor traditionella könsroller så att kvinnor ägnar relativt mer tid åt traditionella kvinnoysslor så som arbete i hemmet, vilket i sin tur leder till ett minskat arbetsutbud på den reguljära arbetsmarknaden (Akerlof och Kranton 2000).

Samma anledningar som förklarar att kvinnor arbetar mindre på arbetsmarknaden efter barnafödande kan också förklara varför de är mer sjukskrivna. Det

¹⁴ 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.

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).¹⁵ Det faktum att kvinnor utför mer hushållsarbete efter barnafödande kan bero på att värdet av hemproduktion i förhållande till förvärvsarbete ökar för kvinnor. Av den anledningen kan kvinnor ha en sänkt tröskel (och ökat behov) för sjukskrivning efter barnafödande jämfört med män och jämfört med före barnafödande (se Angelov, Johansson, och Lindahl (2018) för en diskussion om detta).

En annan typ av förklaring till ökad sjukfrånvaro är att den specialisering inom hushållet och de förstärkta könsroller som kan uppstå i samband med barnafödande leder till ökad stress och utmattningsför kvinnor, vilket både kan påverka sjukskrivningsbenägenheten (Paringer 1983)¹⁶ och göra dem mer sjuka, med ökad sjukskrivning som följd (se exempelvis Bratberg, Dahl, och Risa 2002).

Vad som däremot inte lyfts lika tydligt i den nationalekonomiska litteraturen är betydelsen av direkta hälsoeffekter av graviditet och förlossning. I nästa avsnitt diskuteras somatiska och psykiska besvär som uppkommer eller förstärks i och med barnafödande. Därefter beskrivs vilka diagnoser som ligger till grund för kvinnors sjukskrivningar före och efter barnafödande.

3 Somatiska och psykiska effekter av barnafödande

Varje år föds drygt 100 000 barn i Sverige (Socialstyrelsen 2019). Omkring 40 procent av alla nyblivna mammor är förstföderskor och omkring vart sjätte barn (17%) föds med kejsarsnitt. De flesta graviditeter och förlossningar fortlöper utan komplikationer. Att föda barn innebär ändå en belastning för kroppen, vilket kan leda till 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 att identifiera: i den internationella litteraturen finns ingen samsyn kring hur sjuklighet under graviditet och förlossning, s.k. maternell morbiditet, ska definieras, vare sig mellan forskare eller mellan länder, vilket också tyder på att mödrars hälsa inte har prioriterats inom forskningen.¹⁷ I det

¹⁵ Se Hägglund och Johansson (2016) för en diskussion om detta.

¹⁶ Paringer (1983) menar att kvinnor har starkare incitament än män att sjukskriva sig som en investering i hälsa. I det fall kvinnor blir sjuka förlorar familjen inte bara försörjningsmöjligheter utan också den större andel av hemarbetet som framförallt kvinnor står för.

¹⁷ 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 komplikationer under graviditeten och barnafödandet och som har en negativ inverkan på kvinnans välbefinnande och/eller funktion" (Chou m.fl. 2016). I denna diagnosgrupp ingår tillstånd associerade till ett negativt maternellt utfall och som är i enbart

följande görs ett försök att diskutera somatiska och psykiska besvär som uppkommer i och med barnafödande. Därefter diskuteras riskfaktorer för att graviditet och förlossning förvärrar underliggande hälsoproblem. Avsnittet avslutas med en diskussion om hur olika faktorer samverkar med varandra och att det därför är svårt att härleda om de uppkommit eller utlösts av barnafödande.¹⁸ I Bilaga 2 ges en mer detaljerad sammanfattning av besvär som uppstår i samband med graviditet och förlossning och vad de innebär.

3.1 Somatiska besvär

I en internationell översiktsartikel konstateras att fysiska besvär som uppstår i samband med graviditet och förlossning, så kallad maternell sjuklighet, primärt kan härledas till följande fem graviditetsrelaterade orsaker: 1) *stor postpartum-blödning* (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 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 m.fl. 2016). Dessa besvär förekommer i regel i större utsträckning i utvecklingsländer men kan även förekomma i Sverige.

Även om de flesta graviditeter förlöper utan allvarliga utfall finns somatiska komplikationer av graviditet: Bland alla gravida kvinnor drabbas 3–7 procent av havandeskapsförgiftning, något som innebär en förhöjd risk för hypertoni (högt blodtryck), hjärtsjukdomar (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 bland annat 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 allvarligare formerna uppstår hos cirka 3 procent av alla kvinnor som föder barn, och kan

relaterade till graviditet, barnafödande eller tiden efter förlossningen ("postpartumperioden") med en beräknad förekomst av > 0.1%, eller ii) icke-exklusivt relaterade till graviditet, barnafödande eller postpartumperioden, men som förekommer oftare under dessa omständigheter där exempelvis graviditet är en känd riskfaktor för en sjukdom (Chou m.fl. 2016). Med dessa definitionskriterier har det identifierats 121 olika diagnosgrupper, vilket illustrerar mångfalden i sjukdomsbördan (Chou m.fl. 2016; Firoz m.fl. 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 m.fl. 2018; Koblinsky m.fl. 2012).

¹⁸ Den medicinska och psykologiska litteraturen svarar på delvis andra frågor, och med ett annat metodologiskt anslag, än den nationalekonomiska forskningen kring barneffekter, vilket gör det svårt att tydligt kvantifiera hälsoeffekter av graviditet och förlossning.

leda till problem i form av samlagssmärtor och urin-, gas- och avföringsläckage, med stora konsekvenser för livskvaliteten även på lång sikt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 2016). Upp till hälften av alla gravida drabbas av någon form av rygg- och bäckensmärtor, men för de flesta är besvären övergående. För 10–20 procent kan emellertid besvären kvarstå flera år efter förlossningen, vilket i studier har kopplats till framtida sjukskrivning (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2016).

Trots förekomsten av olika hälsoproblem relaterade till barnafödande rapporterar studier som har undersökt självskattad fysisk hälsa att många nyförlösta kvinnor skattar sin allmänna hälsa högt. Denna positiva uppfattning kan bero på att kvinnorna tolkar barnafödande 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 kan underskatta symtom (Otchet, Carey, och Adam 1999). Dessutom kan mammor tolka en del fysiska besvär som normala konsekvenser av barnafödandet och betrakta dem som fysiologiska eller övergående, och inte som anledningar till att söka vård (Schytt, Lindmark, och Waldenström 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 kvinnans hälsan på lång sikt (Cheng och Li 2008). Samtidigt måste det konstateras att de besvär som diskuterats i detta avsnitt i de flesta fall är av övergående karaktär och därmed inte påverkar kvinnor långsiktigt negativt, även om de för en minoritet av kvinnorna gör det, vilket naturligtvis inte ska förringas.

3.2 Psykiska besvär

Beträffande psykisk hälsa kan det vara svårt för såväl individen själv som för omgivningen att skilja mellan reaktioner på nya omständigheter och faktiska psykiska problem, med tanke på de förändringar av livsomständigheter och den egna kroppen som sker i samband med graviditet och barnafödande. Detta innebär att många nyblivna mammor (och pappor) kan gå med odiagnostiserad psykisk ohälsa, och att normala reaktioner på en omvälvande livsomställning kan tolkas som 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 efter förlossningen (Woody m.fl. 2017). Enligt svenska graviditetsregistrets årsrapport 2018, var andelen kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet 8 procent (Graviditetsregistrets 2018). I en internationell systematisk översikt framhålls dock att endast 30 procent av kvinnor med mentala hälsoproblem i samband med graviditet och barnafödande identifieras av hälso- och sjukvården och att mindre än 10 procent av de

identifierade fick adekvat behandling (Cox m.fl. 2016). Det senare kan möjligen kopplas till försiktighet kring att sätta in farmakologisk behandling under graviditet (Bendix och Blomdahl 2016), men tyder också på en generell underdiagnostik med risk för underbehandling. En stor dansk registerstudie visar att kvinnor som är gravida med sitt första barn har en lägre risk för sjukhusinläggning på grund av psykiatrisk problematik under graviditeten (jämfört med innan), medan risken för inläggning är förhöjd de första månaderna efter förlossningen. Det är också visat att för många kvinnor med postpartumdepression startar symtomen i själva verket under graviditeten (Fisher m.fl. 2016).

3.3 Riskfaktorer

Risken för att må dåligt under graviditeten ökar vid vissa omständigheter, exempelvis problem i parrelationen, 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 bebisen kan också öka risken för sämre psykisk hälsa hos den gravida kvinnan.

Att inleda en graviditet med fysisk eller psykisk ohälsa innebär en risk för att den fysiska och psykologiska påfrestningen som alltid är relaterad till barnafödande kan förstärka dessa problem. Att må psykiskt dåligt under och efter en graviditet är dessutom förknippat med förekomst av rökning, högre alkoholkonsumtion, sämre näringsintag och att vara psykosocialt belastad. Det finns således en rad riskfaktorer för psykisk ohälsa i perinatalperioden (sociala, psykologiska såväl som biologiska), där flertalet också kan ha bidragit till sämre hälsa redan före barnafödande eller där de fysiska och psykiska utmaningarna av en graviditet och småbarnstid kan vara sjukdomsförstärkande.

I enlighet med den internationella trenden har förekomsten av övervikt ökat även i Sverige. År 2017 var 26,4 procent av alla gravida kvinnor överviktiga (BMI 25–29,9 kg/m²) och andelen med fetma (BMI ≥ 30 kg/m²) uppgick till 15,1 procent samma år (Socialstyrelsen 2019). Övervikt och fetma har associerats med ökad risk för komplikationer som kejsarsnitt och förlossning med sugklocka (Marchi m.fl. 2015; Socialstyrelsen 2019), diabetes (Marchi m.fl. 2015; Socialstyrelsen 2019), högt blodtryck och havandeskapsförgiftning (Marchi m.fl. 2015; Socialstyrelsen 2019) samt förtidig födsel (Cnattingius m.fl. 2013). 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 negativa konsekvenser på hälsan som följd (Nehring m.fl. 2011). Övervikt leder också till ökad risk för perinatal depression (Marchi m.fl. 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 m.fl. 2018).

Ålder är en annan betydande predisponerande faktor för många somatiska och graviditetsrelaterade komplikationer. Den genomsnittliga åldern för förstagångsmammor har ökat kontinuerligt och var i Sverige drygt 29 år 2018 (Statistiska Centralbyrån (SCB) 2019). En svensk registerstudie visar att äldre förstföderskor i genomsnitt har fler sjukskrivningsdagar ett år efter barnafödande, i förhållande till två år innan, i jämförelse med yngre förstföderskor (Brehmer, Alexanderson, och Schytt 2017). För psykisk ohälsa kan både låg och hög ålder vid barnafödande vara förknippat med en ökad risk för depressiva symtom (Fransson, Ortenstrand, och Hjelmstedt 2011; Guintivano, Manuck, och Meltzer-Brody 2018), samtidigt som många äldre förstföderskor har högre utbildningsnivå och inkomst, vilket är skyddande faktorer mot ohälsa.

För de allra flesta komplikationer finns också en socioekonomisk gradient. Risken för somatiska besvär påverkas av sociala och ekonomiska faktorer och kvinnor med högre utbildning och socioekonomisk status har i regel mindre sjuklighet (besvär som leder till åtgärd inom sjukvården). Låg socioekonomisk status är relaterat 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 vid mödravården och en tendens till fler akuta besök bland invandrarkvinnor, jämfört med svenskfödda gravida (Ny m.fl. 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 och Lindmark 2002).

3.4 Samverkande faktorer

Många faktorer bidrar till om en åkomma leder till ohälsa och sjukskrivning. Graviditetsrelaterade sjukdomar och komplikationer samexisterar ofta eller fungerar 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 arbetsförmåga och de exakta mekanismerna är inte alltid kartlagda. Dessa ofta komplicerade samband 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, vilket i sin tur kan vara relaterat till diabetes. Bristningar i underlivet kan öka risken för depression efter förlossning, och denna risk ökar med lägre mental motståndskraft (Asif m.fl.

2020). Stor blödning förekommer oftare vid preeklampsi och ökar risken för infektioner. Förlossningsdepression och komplikationer efter förlossningen kan även leda till lägre upplevd livskvalitet så långt som tio år senare (Samarasekera m.fl. 2008). 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 m.fl. 2020). Detta illustrerar de komplexa interaktioner som finns mellan olika sjukdomstillstånd och hur arbetsförmågan kan bero på en kombination av olika faktorer.

4 Sjukskrivningsdiagnoser före och efter barnafödande

Sämre hälsa behöver inte leda till sjukskrivning, precis som sjukskrivning inte alltid enbart kan förklaras av dålig hälsa. För att bättre förstå hur de ökade sjukskrivningstalen som uppstår i samband med barnafödande (se avsnitt 2.2) är relaterade till hälsoproblem som följd av graviditet och förlossning, beskriver vi i detta avsnitt vilka diagnoser som ligger bakom kvinnors sjukskrivningar före och efter barnafödande. Vi följer kvinnor som födde barn åren 2004–2006 och jämför deras sjukskrivningsdiagnoser under den kalendermånad som infaller 24 månader före och 24, 60 respektive 120 månader efter förlossningen. Den diagnos som redovisas är den som ligger till grund för den pågående sjukskrivningen i Försäkringskassans register den aktuella månaden vi observerar kvinnan. För att kunna särskilja diagnoser före och efter kvinnors barnafödande och separera dem från sjukskrivningar kopplade till andra graviditeter görs beskrivningen separat för i) kvinnor som fick sitt första barn och för ii) tvåbarnsmammor som fick ett andra och ”sista” barn. Vi kan därmed beskriva sjukskrivningsdiagnoser före barnafödande bland förstfödorskor och efter barnafödande bland de kvinnor som får sitt andra barn.¹⁹

Det finns särskilda svårigheter med att fånga hälsoproblem i samband med graviditet och förlossning utifrån sjukskrivningar. För det första leder ett hälso-

¹⁹ Det observerade sjukskrivningsmönstret behöver inte nödvändigtvis vara kopplat till barnafödandet utan kan även vara relaterat till åldrande och allmänna tidsfaktorer. Att studera det andra och sista barnet kan dessutom vara problematiskt eftersom beslutet att skaffa ett andra barn kan påverkas av hur hälsan påverkas i samband med det första barnet, att beslutet att bara skaffa två barn kan bero på hur hälsan påverkades i samband med det första barnet.

problem inte nödvändigtvis till en sjukskrivning, eftersom det är först när arbetsförmågan är nedsatt som det, enligt regelverket, kan vara aktuellt med en sjukskrivning.²⁰ Tolkningen kompliceras dessutom av att sjukskrivningsdiagnostiken 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”. De senare är vanliga vid kroniska tillstånd och då sjuktygen utfärdas långt efter barnafödande samt i fall då ansvaret för sjuktyget övergår från en medicinsk specialitet till en annan (ofta från högspecialiserad sjukhusvård till primärvården).

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). I samband med graviditet kan dessutom viss tillfällig sjuklighet döljas bakom möjligheten att nyttja föräldraförsäkringen (och havandeskapspenning), och ohälsa efter förlossning kan döljas av föräldraledighet. Med det sagt beskriver Figur 1 hur kvinnors sjukskrivningsdiagnoser före och efter förlossning fördelar sig på olika diagnosgrupper (definierade efter första positionen i WHO:s diagnosklassificering ICD10)²¹ bland de kvinnor som varit sjukskrivna vid respektive observationstidpunkt. I Tabell B1–B4 i Bilaga 1 listas de tio vanligaste diagnoserna vid respektive tidpunkt.

Den övre delen av figuren, som beskriver förstfödorskor, visar att psykiska diagnoser (F-diagnoser som omfattar psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) dominerar sjukskrivningar både 24 månader före samt 60 och 120 månader efter barnets födelse. Undantaget är två år efter första barnets ankomst då obstetriska diagnoser (O-diagnoser som omfattar graviditet, förlossning och barnsängstid) dominerar, vilket beror på att denna tidpunkt ofta sammanfaller med senare graviditeter. Detta bekräftas i den nedre delen av figuren, där obstetriska diagnoser är vanliga två år före det andra barnets födelse och då sammanfaller med graviditet för det första barnet. Vid alla tidpunkter efter det andra och sista barnets födelse dominerar psykiska diagnoser.

Generellt ser vi i Figur 1 att psykiska besvär står för omkring 40–50 procent av alla sjukskrivningar bland kvinnor i barnafödande ålder och under de år som följer efter barnets födelse. De näst vanligaste diagnoserna 24 månader före det

²⁰ Vidare kan ett hälsoproblem ge upphov till partiellt nedsatt arbetsförmåga, dvs. en sjukskrivning på deltid. Om hälsoproblem leder till sjukskrivning alls eller på hel- eller halvtid beror också på vilket typ av arbete den försäkrade har och kan ta.

²¹ Se Socialstyrelsen 2020.

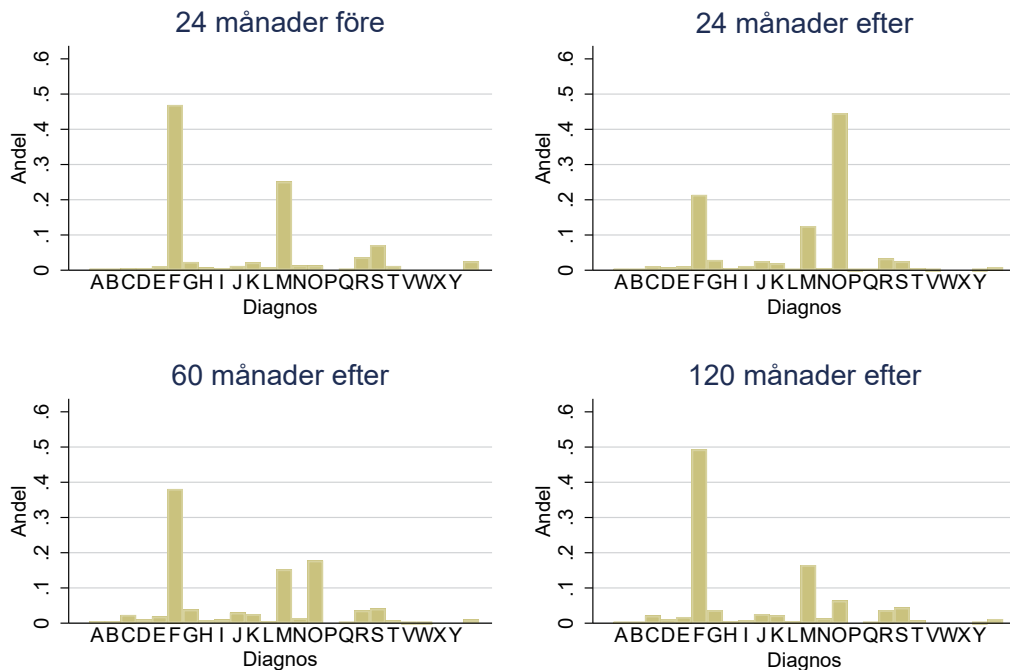
första barnets födelse är muskuloskeletala besvär (M-diagnoser som omfattar sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven) som står för omkring 20 procent av sjukskrivningarna. Diagnoser av detta slag är även vanliga två till fem år efter det första barnets födelse och två år innan ett andra (sista) barn föds. Tio år efter det första barnets födelse och vid alla tidpunkter efter det andra (och sista) barnets födelse utgör diagnoser av detta slag åter omkring 20 procent av samtliga sjukskrivningar.

Bland övriga sjukskrivningsdiagnoser förekommer framförallt R-diagnoser (symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboriefynd som ej klassificeras annorstädes) och S-diagnoser (skador, förgiftningar och vissa andra följer av yttre orsaker), vilka ligger till grund för omkring 10 procent av samtliga sjukskrivningar.

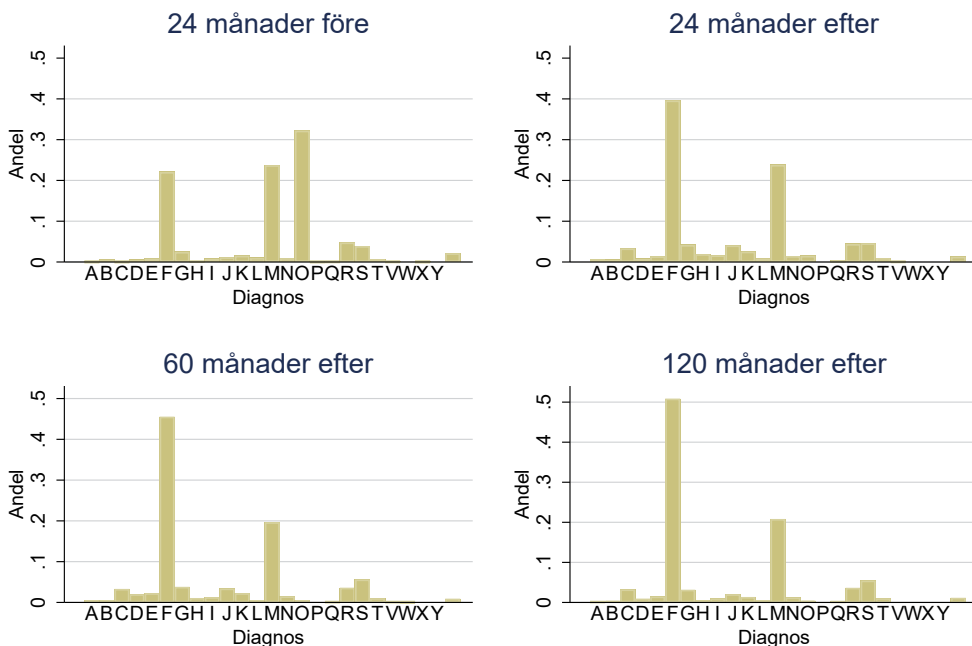
De diagnoser som beskrivs i Figur 1 speglar både den genomsnittliga psykiska och fysiska ohälsan före graviditeten och hur graviditeten och förlossningen påverkar sjuktalen efter barnafödandet. Ohälsa är emellertid ojämnt fördelat i befolkningen och varierar med sociala faktorer så som utbildningsnivå, ekonomi och ålder (se exempelvis Mörk, Sjögren, och Svaleryd 2014). 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, samtidigt som vi vet att sjukskrivningarna ökar i samband med barnafödande (se exempelvis Angelov, Johansson, och Lindahl 2018). Det tyder på att graviditet och förlossning, i de allra flesta fall inte har några nya och långsiktiga hälsoeffekter som föranleder sjukskrivning. Däremot påverkas nivåerna av sjukskrivning i samband med barnafödande. Denna observation är i linje både med att barneffekten kan förklaras av allmänna utmaningar relaterade till barnafödande och svårigheten att kombinera arbete och familj, och att hälso-besvär som finns före en graviditet förstärks i och med barnafödande. Dessutom är det i linje med att direkta medicinska och psykologiska effekter av själva barnafödandet drabbar en mindre andel av alla kvinnor.

Figur 1 Andelen sjukskrivningar 2 år före samt 2, 5 och 10 år efter graviditet utifrån diagnos som ligger till grund för sjukskrivning separat för första barnet (panel 1) och för andra barnet av två (panel 2).

Panel 1: Första barnet



Panel 2: Andra barnet av två



Källa: Lindahl (2020)

Not: A, B: Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar; C, D: Tumörer och sjukdomar i blod och blodbildande organ; E: Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningsjukdomar; 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 kromosomavvikelser; 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.

5 Mekanismer och föräldraförsäkringens roll

För att utforma en politik som främjar jämställdhet samt kvinnors hälsa och position på arbetsmarknad är det viktigt att förstå orsakerna till observerade barn-effekter på såväl inkomster som sjukskrivningar. Det nationalekonomiska perspektivet bygger på ekonomisk rationalitet och specialisering inom hushållet, där avkastningen av att arbeta på arbetsmarknaden i förhållande till i hemmet bestämmer vem i hushållet som ska specialisera sig på vad (Becker 1981). Om kvinnan har lägre lön kan det vara fördelaktigt för hushållet att hon specialiserar sig på hemarbete. Framförallt gäller detta om hennes komparativa fördel i hemmet förstärks i och med barnafödande. Kvinnor kan också välja att prioritera hemarbete om traditionella könsnormer ökar i betydelse då man får barn eller om

det är (socialt) kostsamt att avvika från dessa (se exempelvis Akerlof och Kranton 2000). Oavsett underliggande orsak – specialisering eller normer – förklarar nationalekonomiska modeller barneffekten med att den ena föräldern gör mer av hushållsarbetet (oftast kvinnan) och den andra mer av förvärvsarbetet (oftast mannen). Samma fenomen skulle emellertid även kunna ha biologiska förklaringar så som hälsoförsämringar orsakade av graviditet, förlossning och tiden därefter. Utöver hälsoförsämringar kan det också finnas andra särskilda band mellan en biologisk mamma och hennes barn som orsakar en beteendeförändring. Betydelsen av detta har studerats genom att jämföra barneffekten bland mammor som får barn men inte fött barn (adoptivmammor och lesbiska mammor) och mammor som föder barn.

Att utreda mekanismernas relativa betydelse är viktigt för att kunna föra en ändamålsenlig politik. Om specialisering inom hushållet är en viktig förklaring till barneffekten kan förbättrad barnomsorg, jämställdhetsbonus och en föräldraförsäkring som uppmuntrar mammor att återgå till arbetet efter barnafödande reducera eventuella negativa barneffekter. Om normer och preferenser är viktiga, är det emellertid mer relevant att fokusera på hur olika familjepolitiska insatser utformas och presenteras. Det kan till exempel handla om att reserverade månader för respektive förälder inom föräldraförsäkringen kan ha en normerande effekt. Om det istället är biologiska faktorer som förklarar barneffekten kan det snarare behövas stöd i form av sjukvård och rätt till ledighet.

I följande avsnitt diskuterar vi dels hur olika förklaringsmodeller förhåller sig till varandra, dels föräldraförsäkringens roll för barneffektens storlek.

5.1 Normer och den biologiska länken

Genom att studera inkomstfördelningen inom föräldrapar med olika könsammansättning men med likartade inkomster före barn har Moberg (2016) på svenska data och Andresen och Nix (2019) på norska data belyst betydelsen av könsnormer i relation till den biologiska länken mellan mor och barn som förklaringar till barneffekten.²² Den biologiska länken syftar på amning och andra biologiskt betingade komparativa fördelar i anknytningen som den biologiska mamman har för att ta hand om barnet och antas i dessa studier vara lika betydelsefull bland heterosexuella som homosexuella mammor. Studiernas huvudresultat är att barneffekten på inkomst generellt är mindre i lesbiska par jämfört med heterosexuella. Detta kan tolkas som att lesbiska par väljer en mer jämställd fördelning mellan å ena sidan barnomsorg och hushållsarbete och å andra sidan lönearbete, vilket kan förklaras med att betydelsen av könsnormer i dessa par

²² Denna typ av analys kräver omfattande data, och det är ingen slump att dessa analyser genomförts i skandinaviska länderna där rika registerdata finns att tillgå.

spelar en mindre roll än vad den gör i heterosexuella par. Författarna drar slutsatsen att den biologiska länken därför är av mindre betydelse och att könsnormer istället spelar en större roll för barneffekten bland heterosexuella mammor.

Kleven, Landais, och Søgaard (2020) jämför (med utgångspunkt från en matchningsansats baserat på observerbara karakteristika) biologiska föräldrappor med adoptivföräldrar. De finner att barneffekten är mycket likartad för de båda föräldragrupperna med avseende på arbetskraftsdeltagande, deltidsarbete och löner, vilket tyder på att föräldrarna, framförallt mammorna, ändrar sitt beteende i samband med föräldraskap på ett liknande sätt. Detta resultat tyder på att den biologiska länken mellan mor och barn i sig inte tycks ha en stor betydelse för barneffekten. Även här drar författarna slutsatsen att könsnormer istället är en trovärdigare förklaring till barneffekten bland heterosexuella par.

5.2 Specialisering och normer kontra hälsa

Lön bestäms till stor del av produktivitet, och hälsa är en central del av vårt humankapital (Grossman 1972; Persson m.fl. 2018). En försämrad position på arbetsmarknaden kan bero på en försämrad hälsa som leder till högre sjukfrånvaro och lägre lön och inkomster. Det är därför svårt att bedöma vilken betydelse specialisering och normer har jämfört med eventuella hälsoeffekter för att förklara barneffekter på olika utfall. Om kvinnan har lägre lön på grund av sämre hälsa är den underliggande faktorn inte specialisering eller normer. Sämre hälsa bland mammor efter barnafödande är troligt om det finns komplikationer i samband med graviditet, förlossning och tiden därefter, och dessa hälsobesvär kan leda till lägre produktivitet och på sikt lägre lön. Det går därför inte att skilja effekterna av specialisering och normer från hälsa enbart genom att studera löner och inkomster.

Ett sätt att komma runt denna problematik är att studera barneffekter på inkomster för kvinnor med olika lön *före* barnafödandet som i Pora och Wilner (2019). De antar att lön speglar skillnader i incitament för yrkeskarriär jämfört med hemarbete eftersom en lägre lön innebär lägre alternativkostnad av att specialisera sig på hemarbete. Pora och Wilner (2019) finner, på franska data, att barneffekten på inkomster är lägre för kvinnor med högre lön innan de får barn. Författarna tolkar detta som ett stöd för att specialisering är en huvudförklaring till barneffekten. Denna slutsats bygger emellertid på att existerande löneskillnader innan kvinnor får barn inte speglar underliggande hälsoskillnader som förstärks vid barnafödande.

Även om barnafödandet inte påverkar hälsan direkt kan kombinationen av ansvar för barn och förvärvsarbete leda till stress, vilket kan leda till sämre hälsa

eller ett mindre arbetsutbud på grund av ökade incitament för att inte arbeta (se exempelvis Angelov, Johansson, och Lindahl 2018). Ett resultat som är i linje med detta är Bucher-Koenen m.fl. (2020) som studerar effekten av att få tvillingar (istället för ett barn) på mödrarnas mortalitet mellan 55 och 85 års ålder. Författarna finner att tvillingammors mortalitet är 13 procent högre än mortaliteten bland mammor som (vid första tillfället) bara fick ett barn. Den ökade mortaliteten drivs av stressrelaterade sjukdomar bland, framförallt, högutbildade mammor. Författarna tolkar därför resultatet som en indikation på den ökade arbetsbörda som förvärvsarbete i kombination med två barn istället för ett barn innebär.²³

Sammanfattningsvis drar vi slutsatsen att det i litteraturen finns stöd för att hälsa såväl som normer kan förklara barneffekten.

5.3 Socialförsäkringens roll

Socialförsäkringens utformning påverkar hur vi agerar. Det är exempelvis välbelagt att sjukförsäkringens generositet påverkar benägenheten att sjukskrivna sig (se exempelvis 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). I detta avsnitt diskuterar vi forskningsresultat avseende effekterna av olika regeländringar inom föräldra- och sjukförsäkringen och hur de relaterar till barneffekten på mammors sjukfrånvaro och hälsa. Vi börjar med studier avseende de långsiktiga effekterna av införandet av föräldraförsäkringen.

5.3.1 Betald föräldraledighet och mammors hälsa

I en översiktsartikel sammanfattar Aitken m.fl. (2015) studier av föräldraledighet och mammors långsiktiga hälsa, och konstaterar att få studier har en metodologisk ansats som möjliggör en kausal tolkning av observerade samband. Det finns dock några studier som utnyttjar naturliga experiment. Två studier använder variation i betald föräldraledighet mellan olika delstater i USA; de finner positiva effekter av mer föräldraledighet under det första halvåret efter förlossningen på mammornas mentala hälsa under en uppföljningsperiod på två år (Chatterji och Markowitz 2004; 2012). En begränsning i dessa båda studier är att de endast studerar mammor som återvänder till arbetsmarknaden inom sex månader, vilket naturligtvis är ett positivt selekterat urval (ur en hälsoaspekt). Avendano m.fl.

²³ I studien görs flera känslighetsanalyser. Bland annat håller resultaten även om föräldrar som genomgått IVF-behandling utesluts.

(2015) jämför skillnader i förändringar av mammors mentala hälsa mellan europeiska länder som införde betald ledighet direkt efter födseln, med europeiska länder utan tillgång till detta. Slutsatsen från denna studie är att betald mammaledighet hade en positiv effekt på kvinnors mentala hälsa då de nått 50-årsåldern, vilket indikerar att den första tiden efter barnafödande är kritisk, även ur ett långsiktigt hälsoperspektiv.

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 efter att tidigare bara ha haft rätt till 12 veckors obetald ledighet. Genom att jämföra barn födda strax före respektive efter denna reform kan en kausal effekt av reformen identifieras. Den utökade föräldraledigheten medförde en förbättrad hälsa bland norska kvinnor då de nått 40-årsåldern, både i termer av BMI, blodtryck och självrapporterad mental- och allmän hälsa. Det sistnämnda förklaras framför allt av mindre muskuloskeletala besvär. Även sjukfrånvaro som följd av bröst- och äggstockscancer minskade bland kvinnor som nått 50-årsåldern, vilket författarna förklarar med att reformen möjliggjorde längre amningsperiod för vissa kvinnor.²⁴ Av studien framgår även att reformen ledde till en mer hälsofrämjande livsstil med mindre rökning och mer motion. Närmare analys visar också att de positiva effekterna framförallt drivs av kvinnor som hade komplikationer i samband med förlossningen, förstföderskor, ensamstående mammor och mammor med låg inkomst. Författarna visar att reformen inte trängde undan obetald ledighet, utan att berörda kvinnor faktiskt var hemma längre tid, liksom att inkomsteffekten var begränsad, så att berörda kvinnors hushållsekonomi bara påverkades i liten grad av reformen. Studiens slutsats är alltså att mer tid hemma med ett nyfött barn var hälsofrämjande, framför allt för kvinnor med låga inkomster som före reformen inte hade råd att vara hemma obetalt.²⁵

Baker och Milligan (2005) finner emellertid inga positiva hälsoeffekter för kvinnor av att den betalda ledigheten ökade från 25 till 50 veckor i Kanada. En begränsning i den aktuella studien är emellertid att den inte inkluderar ensamstående mammor. Beuchert, Humlum, och Vejlin (2016) studerar effekten av att öka den betalda ledigheten från 34 till 40 veckor i Danmark, och de finner inte heller några betydande positiva hälsoeffekter.

²⁴ 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).

²⁵ 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.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns få studier som på ett trovärdigt sätt studerar effekter av betald föräldraledighet på mammors hälsa. Enligt de studier som finns och nämnts ovan är rätten till ledighet direkt i samband med förlossningen och månaderna efter hälsofrämjande, framförallt för mammor med förlossningskomplikationer och med små ekonomiska marginaler. Däremot är det oklart om det finns generella positiva effekter på mammors hälsa av att förlänga en redan existerande föräldraledighet. 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 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.

5.3.2 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 kan påverka mammans hälsa. Sverige har sedan införandet av föräldraförsäkringen 1974 inte gjort någon formell skillnad på mammaledighet och föräldraledighet; föräldrarna får hälften av de betalda dagarna var. Föräldrar är dock fria att överföra samtliga dagar, utom tre så kallade pappamånader som inte är överlättningsbara, mellan varandra. Trots detta könsneutrala regelverk tog pappor år 2018 endast ut 17 procent av samtliga dagar²⁶.

Litteraturoversikten i det förra avsnittet indikerar att möjligheten till ledighet för mammor i samband med förlossningen och tiden efter är hälsofrämjande. Även pappors ledighet i samband med förlossningen och tiden efter kan påverka mammors hälsa. 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

²⁶ <https://www.forsakringskassan.se/statistik/barn-familj/foraldrapenning>.

Belgien bland kvinnor efter det att de fått barn, men den längre pappaledigheten ledde till att mammors sjukfrånvaro minskade med 22 procent (eller 22 dagar) under en uppföljningsperiod på 12 år, jämfört med två år innan första barnets födelse. Resultaten indikerar att effekten drivs av förstagångsmammor.

Persson och Rossin-Slater (2019) studerar effekten av att införa så kallade dubbeldagar (det vill säga möjligheten för svenska föräldrar att vara hemma samtidigt med föräldrapenning) på svenska data. Eftersom dagar med föräldrapenning ger föräldrar rätt till ledighet, innebär dubbeldagarna en 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 och risken att mamman uppsökte sjukhus eller specialist för vård av förlossningskomplikationer minskade med 14 procent eller 1,5 procentenheter. Uttaget av ångestdämpande läkemedel minskade med 26 procent (motsvarande 0,3 procentenheter). Likaså ledde reformen till att uttaget av antibiotika minskade med 11 procent (motsvarande 1,9 procentenheter). Effekten är större – både i relativa och absoluta termer – bland kvinnor med sämre hälsa före graviditeten. Författarna menar att resultaten kan förklaras av att mamman fått ökade möjligheter att söka preventiv vård för sig själv, vilket stöds av den analys som visar att pappornas uttag sammanföll med dagar som mamman uppsökte vård för egen del. Pappan kunde då ta hand om barnet och därmed göra det möjligt för mamman att få vård. Studien belyser vikten av stöd till nyförlösta mammor och den roll som föräldraförsäkringens utformning har för att möjliggöra detta. Detta har sannolikt särskild betydelse för de kvinnor som får komplikationer i samband med förlossningen, vilket är mer förekommande bland kvinnor med en sjukdomshistorik innan och under graviditeten.

Pappaledighet som infaller senare, efter mammans ledighet, tycks däremot inte påverka mammorna på samma sätt.²⁷ Utvärderingar av de s.k. pappamånaderna – reserverade dagar som alltså inte kan överlätas mellan föräldrarna²⁸ – har inte visat sig ha någon effekt på mammans antal arbetade timmar (Karimi, Lindahl, och Skogman Thoursie 2012; Ekberg, Eriksson, och Friebe 2013)²⁹. Samma slutsats gäller den norska motsvarigheten till pappamånaderna

²⁷Effekten på pappors hälsa kan dock vara positiv, se Månsdotter, Lindholm, och Winkvist (2007).

²⁸ Enligt det svenska regelverket kan endast en förälder ta ut föräldrapenning åt gången, förutom vad avser 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.

²⁹ Ett undantag är Johansson (2010) som på svenska data finner att pappamånaderna ökade mammans inkomster, men detta resultat håller inte vid olika modellspecifikationer, vilket gör tolkningen osäker.

(Andresen och Nix 2019). Mer indirekt kan dock pappaledighet påverka mamman positivt: Cools, Fiva, och Kirkebøen (2015) och Kotsadam och Finseraas (2013) finner att införandet av den första pappamånaden i Norge ledde till en jämnare fördelning av hushållsarbetet inom par och Dahl, Løken, och Mogstad (2014) finner att föräldraledigheten delades mer lika för efterföljande barn. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF 2013) har analyserat effekten av den första pappamånaden i Sverige och finner att denna reform ökade pappors uttag av tillfällig föräldrapenning med två procentenheter, och Patnaik (2019) finner, med utgångspunkt från kanadensiska data, att introduktionen av en 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 forskningen avseende effekterna av pappamånaderna på specialisering inom hushållet inte är samstämmiga, men att 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 möjligheten till ledighet (för både mammor och pappor) direkt efter förlösningen påverkar, särskilt utsatta, mammors hälsa positivt.

6 Avslutande diskussion

Utgångspunkten för denna rapport är den dokumenterade sämre inkomstutvecklingen och högre sjukskrivningsnivån bland kvinnor efter första barnets ankomst.³⁰ Den samhällsekonomiska debatten har framförallt handlat 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 det första barnets ankomst.³¹ Mindre fokus har funnits på somatiska och psykiska hälsokonsekvenser av att föda barn och genomgå en graviditet. I denna rapport har vi lyft dessa aspekter och diskuterat dels hur de kan förklara den negativa barneffekten på kvinnors arbetsmarknadsrelaterade utfall, dels vilken roll föräldraförsäkringen kan ha för att minska kvinnors sämre hälsa och inkomstförlust som kan härledas till barnafödande.

³⁰ Se exempelvis Angelov, Johansson, och Lindahl (2015; 2018).

³¹ Den nationalekonomiska litteraturen diskuterar barneffekten på inkomst (Kleven, Landais, och Søgaard 2019; Kleven m.fl. 2019; Angelov, Johansson, och Lindahl 2015; Adda, Dustmann, och Stevens 2017) och på sjukfrånvaro (Fontenay och Tojerow 2020; Angelov, Johansson, och Lindahl 2018; Andresen och Nix 2019; Bratberg, Dahl, och Risa 2002). För den samhällsekonomiska debatten i Sverige, se exempelvis Försäkringskassan (2014) och Angelov, Johansson, och Lindahl (2013).

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 majoriteten av alla kvinnor som påbörjar en graviditet med god hälsa leder barnafödandet till oförändrat eller ökat välbefinnande. Graviditeten kan till och med förbättra hälsan eller minska upplevda symptom hos kvinnor med vissa sjukdomar. För en del kvinnor innebär emellertid barnafödande komplikationer som, i vissa fall, även leder till långvariga somatiska och psykiska åkommor. Kvinnor med sämre hälsa före graviditeten löper större risk för att barnafödandet ska utlösa och förstärka underliggande hälsoproblem och långsiktigt försämra hälsan och välbefinnandet.

När vi studerar vilka diagnosgrupper som förekommer bland sjukskrivningar före och efter familjebildning är det psykiska och muskelaskeletala besvär som dominerar både före och efter. Det tyder på att det framförallt är samma sorts hälsoproblem som existerade redan före graviditeten som förstärks efter barnafödande och som leder till högre sjukskrivningsnivåer efter barnafödande jämfört med före. Förlossningsdepression drabbar mer än var tionde kvinna som fött barn (Woody m.fl. 2017) och är vanligare bland kvinnor som redan innan graviditeten lider av självskadetankar (Iliadis m.fl. 2018), ångest eller somatiska sjukdomar (Fisher m.fl. 2019). Psykiska besvär kan också utlösas av somatiska besvär som graviditetsillamående, graviditetsrelaterad värk och för tidig födsel liksom av rent biologiska faktorer som exempelvis järnbrist, vilket är vanligt under en graviditet. Dessa graviditetsrelaterade tillstånd förekommer ofta samtidigt; de kan orsakas av varandra eller ha en gemensam riskfaktor som förstärks i samband med graviditet och förlossning. En kombination av olika faktorer kan leda till arbetsoförmåga och sjukskrivning, 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 arbetsuppgifter, ekonomi, barnets och partners hälsa samt hur stödet i det sociala nätverket ser ut.

Ett tydligt mönster som framkommit i denna litteraturgenomgång är att riskfaktorer för negativa somatiska och psykiska barneffekter (som exempelvis tidigare psykisk ohälsa, övervikt, högt blodtryck) i stor utsträckning är desamma som för många andra sjukdomar och besvär. Många av 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 socioekonomiska skillnader i barneffekt som har diskuterats i den nationalekonomiska litteraturen, nämligen att de negativa barneffekterna på framtida löner, inkomster

och sjukskrivningar är större bland kvinnor med lägre lön och sämre arbetsmarknadsförankring redan innan de får barn (Angelov, Johansson, och Lindahl 2018).

Det är svårt att skilja på den effekt som barnafödande kan ha på hälsa och på exempelvis lön; sämre hälsa kan påverka löneutvecklingen negativt, men en lägre lön kan också leda till sämre hälsa. Sämre hälsa kan dessutom öka incitamenten att specialisera sig mer på hemarbete, vilket ytterligare kan leda till försämrade inkomster och sämre arbetsmarknadsanknytning. Ur ett policyperspektiv är det, trots dessa svårigheter, viktigt att försöka klargöra de underliggande mekanismerna, eftersom effekten av olika åtgärder skiljer sig åt beroende på orsaken till det vi observerar. Det är, till exempel, ineffektivt att försöka påverka normer om existerande ojämlikheter främst beror på underliggande skillnader i hälsa.

Från ett policy- och jämlikhetsperspektiv pekar våra resultat på att det finns argument för att särskilt stötta kvinnor med kända riskfaktorer för dålig hälsa som blir gravida, eftersom barnafödande i dessa fall kan leda till ännu sämre hälsa och situation på arbetsmarknaden. I Sverige når värden de flesta gravida kvinnor och nyblivna mammor genom mödra- och barnhälsovården, vilket ger möjligheter att rikta preventiva insatser särskilt till kvinnor med kända riskfaktorer.

Den svenska föräldraförsäkringen är i många avseenden den mest generösa i världen sett till rätten till och längden på ledigheten samt ersättningsnivåerna (Duvander, Ferrarini, och Johansson 2015). Ersättningsnivåerna i föräldraförsäkringen bygger på tidigare inkomster, vilket förmodligen har bidragit till kvinnors höga arbetskraftsdeltagande både före och efter barnafödande. Forskningen om effekterna av den fortsatta 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 som nyttjar hela föräldraförsäkringens flexibilitet och generositet (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).³² För kvinnor

³² Eftersom det framförallt 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 att vara mer frånvarande och mindre engagerade i sitt arbete än motsvarande män, vilket i sin tur kan skapa hinder för kvinnor att nå de högsta positionerna, dvs ett så kallat glastak för kvinnor uppkommer.

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 dessa kvinnor ökad risk att drabbas av en sämre inkomstutveckling efter att de fått barn, om deras hälsa försämras i och med barnafödandet.

I denna rapport har vi lyft fram teoretiskt och empiriskt stöd för att kvinnors sämre arbetsmarknadsutfall efter familjebildning delvis kan förklaras av en försämrad somatisk och psykisk hälsa efter barnafödande. Det är emellertid svårt att kvantifiera betydelsen av olika faktorer och vilken betydelse de har för olika grupper av kvinnor. Vi kan dock konstatera att det framförallt är kvinnor med riskfaktorer för ohälsa och en svagare koppling till arbetsmarknad som i termer av arbetsmarknadsutfall påverkas mest negativt av barnafödande.

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. Working Paper Series. 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>.
- 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>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2016. "Back Pain During Pregnancy". 2016. <https://www.acog.org/en/womens-health/faqs/back-pain-during-pregnancy>.
- 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. <https://ideas.repec.org/p/ssb/dispap/902.html>.
- Angelov, , 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>.
- . 2018. "Sick of Family Responsibilities?" *Empirical Economics*, september. <https://doi.org/10.1007/s00181-018-1552-2>.
- Angelov, , Per Johansson, Erica Lindahl, och Elly-Ann Lindström. 2011. "Kvinnors och mäns sjukfrånvaro - IFAU". Rapport 2011:2. IFAU. <https://www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2011/Kvinnors-och-mans-sjukfranvaro/>.
- Angelov, , och Arizo Karimi. 2012. "Mothers' Income Recovery after Childbearing". Working Paper Series, Center for Labor Studies 2012:19.

Uppsala University, Department of Economics.
https://econpapers.repec.org/paper/hhsuulswp/2012_5f019.htm.

- Angelov, Nikoloay, 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., A. Mulic-Lutvica, C. Axfors, P. Eckerdal, S. I. Iliadis, E. Fransson, och A. Skalkidou. 2020. "Severe Obstetric Lacerations Associated with Postpartum Depression among Women with Low Resilience - a Swedish Birth Cohort Study". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 127 (11): 1382–90. <https://doi.org/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>.
- Baker, Michael, och Kevin Milligan. 2005. "How Does Job-Protected Maternity Leave Affect Mothers' Employment and Infant Health?" w11135. Cambridge, MA: 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.
- Bendix, M., och M. Blomdahl. 2016. "Behandling av depression och ångestsyndrom under graviditet och amning". https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_depressi_on_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.

- 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>.
- Bratberg, Espen, Sverre C. 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, Lovisa, Kristina Alexanderson, och Erica Schytt. 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): 222–29. <https://doi.org/10.1177/1403494817693456>.
- 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.
- 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>.
- 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, Department of Economics. https://ideas.repec.org/p/hhs/bergec/2018_001.html.
- 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>.
- 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>.
- . 2012. "Family Leave After Childbirth and the Mental Health of New Mothers". *J Ment Health Policy Econ*, 16.
- Cheng, Ching-Yu, och Qing Li. 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): 267–80. <https://doi.org/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, Doris, Özge Tunçalp, Tabassum Firoz, Maria Barreix, Veronique Filippi, Peter von Dadelszen, Nynke van den Broek, Jose Guilherme Cecatti, Lale Say, och on behalf of the Maternal Morbidity Working Group. 2016. "Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality". *BMC Pregnancy and Childbirth* 16 (1): 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0789-4>.
- 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>.
- Cnattingius, Sven, Eduardo Villamor, Stefan Johansson, Anna-Karin Edstedt Bonamy, Martina Persson, Anna-Karin Wikström, och Fredrik Granath. 2013. "Maternal Obesity and Risk of Preterm Delivery". *JAMA* 309 (22): 2362–70. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.6295>.
- 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>.
- Cox, Elizabeth Q., Nathaniel A. Sowa, Samantha E. Meltzer-Brody, och Bradley N. Gaynes. 2016. "The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward Improving Outcomes". *The Journal of Clinical Psychiatry* 77 (9): 1189–1200. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10174>.
- 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>.
- 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.
- Darj, Elisabeth, och Gunilla Lindmark. 2002. "[Not all women use maternal health services. Language barriers and fear of the examination are common]". *Lakartidningen* 99 (1–2): 41–44.
- Duvander, Annzofie, Tommy Ferrarini, och Mats Johansson. 2015. *Familjepolitik för alla?: en ESO-rapport om föräldrapenning och jämställdhet*. Stockholm: Finansdepartementet, Regeringskansliet.

- 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>.
- Firoz, Tabassum, Doris Chou, Peter von Dadelszen, Priya Agrawal, Rachel Vanderkruik, Ozge Tunçalp, Laura A. Magee, Nynke van Den Broek, Lale Say, och Maternal Morbidity Working Group. 2013. "Measuring Maternal Health: Focus on Maternal Morbidity". *Bulletin of the World Health Organization* 91 (10): 794–96. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.117564>.
- Fisher, Sheehan D., Dorothy K. Sit, Amy Yang, Jody D. Ciolino, Jackie K. Gollan, och Katherine L. Wisner. 2019. "Four Maternal Characteristics Determine the 12-Month Course of Chronic Severe Postpartum Depressive Symptoms". *Depression and Anxiety* 36 (4): 375–83. <https://doi.org/10.1002/da.22879>.
- Fisher, Sheehan D., Katherine L. Wisner, Crystal T. Clark, Dorothy K. Sit, James F. Luther, och Stephen Wisniewski. 2016. "Factors Associated with Onset Timing, Symptoms, and Severity of Depression Identified in the Postpartum Period". *Journal of Affective Disorders* 203 (oktober): 111–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.063>.
- 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, Emma, Annica Ortenstrand, och Anna Hjelmstedt. 2011. "Antenatal Depressive Symptoms and Preterm Birth: A Prospective Study of a Swedish National Sample". *Birth (Berkeley, Calif.)* 38 (1): 10–16. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00441.x>.
- Försäkringskassan. 2014. "Kvinnors sjukfrånvaro - En studie av förstagångsföräldrar". Socialförsäkringsrapport 2014:14. Försäkringskassan.
- Gon, Giorgia, Andreia Leite, Clara Calvert, Susannah Woodd, Wendy J. Graham, och Veronique Filippi. 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the*

- International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 141 Suppl 1 (maj): 20–38. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12468>.
- Graham, Wendy, Susannah Woodd, Peter Byass, Veronique Filippi, Giorgia Gon, Sandra Virgo, Doris Chou, m.fl. 2016. "Diversity and Divergence: The Dynamic Burden of Poor Maternal Health". *The Lancet* 388 (10056): 2164–75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1).
- Graviditetsregistrets. 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.
- Guintivano, Jerry, Tracy Manuck, och Samantha Meltzer-Brody. 2018. "Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence". *Clinical Obstetrics and Gynecology* 61 (3): 591–603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>.
- Häglund, Pathric, och Per Johansson. 2016. "2016:2 Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet". *ESO - Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi* (blog). 2016. <https://eso.expertgrupp.se/rapporter/sjukfranvarons-anatomi/>.
- Iliadis, Stavros I., Alkistis Skalkidou, Hanna Ranstrand, Marios K. Georgakis, Cathrine Axfors, och Fotios C. Papadopoulos. 2018. "Self-Harm Thoughts Postpartum as a Marker for Long-Term Morbidity". *Frontiers in Public Health* 6: 34. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00034>.
- ISF. 2013. "Effekter på jämställdhet av reformer i föräldrapenningen". Text 2013:17. Inspektionen för socialförsäkringen. <https://inspsf.se/publikationer/rapporter/2013/2013-11-27-effekter-pa-jamstalldhet-av-reformer-i-foraldrapenningen>.
- Johansson, Elly-Ann. 2010. "The Effect of Own and Spousal Parental Leave on Earnings". IFAU Working Paper 2010:4.
- 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).
- . 2002. "Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism". *Journal of Human Resources* 37 (2): 381–409.

- . 2005. "Moral hazard and sickness insurance". *Journal of Public Economics* 89 (9–10): 1879–90.
- Jonsdottir, Sigridur Sia, Katarina Swahnberg, Marga Thome, Guðmundur Kristjan Oskarsson, Linda Bara Lydsdottir, Halldora Olafsdottir, Jon Fridrik Sigurdsson, och Thora Steingrimsdottir. 2020. "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* 34 (1): 167–80. <https://doi.org/10.1111/scs.12718>.
- Karimi, Arizo, Erica Lindahl, och Peter Skogman Thoursie. 2012. "Labour Supply Responses to Paid Parental Leave". 2012:22. *Working Paper Series*. Working Paper Series. IFAU - Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifauwp/2012_022.html.
- Kennerberg, Louise. 2007. "Hur förändras kvinnors och mäns arbetssituation när de får barn?" IFAU Rapport 2007:9. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- 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>.
- . 2020. "Does Biology Drive Child Penalties? Evidence from Biological and Adoptive Families". w27130. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27130>.
- Koblinsky, Marge, Mahbub Elahi Chowdhury, Allisyn Moran, och Carine Ronsmans. 2012. "Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in Maternal Health". *Journal of Health, Population, and Nutrition* 30 (2): 124–30.
- 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>.

- Lindahl, Erica. 2020. "Kvinnors sjukskrivningsdiagnoser före och efter familjebildning". IFAU Mimeo (Dnr 2018/139). Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- 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>.
- Marchi, J., M. Berg, A. Dencker, E. K. Olander, och C. Begley. 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): 621–38. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>.
- Moberg, Ylva. 2016. "Does the Gender Composition in Couples Matter for the Division of Labor after Childbirth". IFAU Working Paper 2016:8. IFAU - Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy. <https://www.semanticscholar.org/paper/Does-the-gender-composition-in-couples-matter-for-Moberg/2e281d7fedc4beee9ebe772e22a605b80411ad0f>.
- 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>.
- Mörk, Eva, Anna Sjögren, och Helena Svaleryd. 2014. *Hellre rik och frisk : om familjebakgrund och barns hälsa*. Stockholm: SNS förlag.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2015. "Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period". <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>.
- Nehring, Ina, Sylvia Schmoll, Andreas Beyerlein, Hans Hauner, och Rüdiger von Kries. 2011. "Gestational Weight Gain and Long-Term Postpartum Weight Retention: A Meta-Analysis". *The American Journal of Clinical Nutrition* 94 (5): 1225–31. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.015289>.
- Ny, Pernilla, Anna-Karin Dykes, Johan Molin, och Elisabeth Dejin-Karlsson. 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): 805–13. <https://doi.org/10.1080/00016340701415095>.

- 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., M. S. Carey, och L. Adam. 1999. "General Health and Psychological Symptom Status in Pregnancy and the Puerperium: What Is Normal?" *Obstetrics and Gynecology* 94 (6): 935–41. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00439-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00439-1).
- Paringer, Lynn. 1983. "Women and Absenteeism: Health or Economics?" *American Economic Review* 73 (2): 123–27.
- 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". SSRN Scholarly Paper ID 3398072. Rochester, NY: Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=3398072>.
- 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>.
- 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. Working Paper Series. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w23069>.
- Samarasekera, D. N., M. T. Bekhit, Y. Wright, R. H. Lowndes, K. P. Stanley, J. P. Preston, P. Preston, och C. T. M. Speakman. 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): 793–99. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01445.x>.
- Schytt, Erica, Gunilla Lindmark, och Ulla Waldenström. 2005. ”Physical Symptoms after Childbirth: Prevalence and Associations with Self-Rated Health”. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112 (2): 210–17. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x>.
- Silverman, Michael E., Lauren Smith, Paul Lichtenstein, Abraham Reichenberg, och Sven Sandin. 2018. ”The Association between Body Mass Index and Postpartum Depression: A Population-Based Study”. *Journal of Affective Disorders* 240 (november): 193–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.063>.
- Socialstyrelsen. 2019. ”Statistik om graviditet, förlossningar och nyfödda barn 2017”.
- Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU). 2016. ”Analsfinkterskador vid förlossning”.
- Statistiska Centralbyrån (SCB). 2019. ”Föräldrars ålder i Sverige. Retrieved 2020-04-30, 2020”. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/foraldrars-alder-i-sverige/>.
- Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG). 2014. ”ARG-Rapport: Preeklampsi”.
- Woody, C. A., A. J. Ferrari, D. J. Siskind, H. A. Whiteford, och M. G. Harris. 2017. ”A Systematic Review and Meta-Regression of the Prevalence and Incidence of Perinatal Depression”. *Journal of Affective Disorders* 219: 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>.

Bilaga 1

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

Månad=-24	Diagnos	Antal	Diagnos	Antal
<u>Rank</u>	<u>Förstföderskor</u>		<u>Omföderskor (barn två av två)</u>	
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
<u>Rank</u>	<u>Förstföderskor</u>		<u>Omföderskor (barn två av två)</u>	
1	O26	1133	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
<u>Rank</u>	<u>Förstföderskor</u>		<u>Omföderskor (barn två av två)</u>	
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 B 4. De tio vanligaste diagnoserna 120 månader efter barnets födelse: första barnet och andra barnet av två.

Månad=120	Diagnos	Antal	Diagnos	Antal
<u>Rank</u>	<u>Förstföderskor</u>		<u>Omföderskor (barn två av två)</u>	
1	F43	1160	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