

Afslutningsrapport til Arbejds miljøforskningsfonden



Undersøgelse af gravides arbejdsmiljø og holdninger til sygefravær

Udvikling af intervention for fastholdelse af gravide medarbejdere

Udført af

Pernille Pedersen¹, Anne-Mette Momsen¹, Dorte Raaby Andersen², Rikke Damkjær Maimburg³

¹DEFACTUM, Region Midtjylland, P.P. Ørums Gade 11, 1B, 8000 Aarhus

²Arbejdsmedicin, Universitets klinik, Hospitalsenheden Vest, Gl. Landevej 61, 7400 Herning

³Den Perinatale Epidemiologiske Forskningsenhed, Institut for Klinisk Medicin, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Palle Juhl-Jensens Boulevard 99, 8200 Aarhus N.

Finansieret af

Arbejds miljøforskningsfonden

Projekt nr. 32-2017-09

August 2019

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Dansk resume.....	4
English abstract	6
1. Baggrund.....	8
2. Formål	9
3. Metode.....	9
3.1. Spørgeskemaundersøgelsen	10
3.1.1. Analyse af spørgeskemadata.....	11
3.2. Interviewundersøgelsen	11
3.2.1. Interviews med gravide.....	11
3.2.2. Interviews med arbejdsgivere/ledere	13
3.2.3. Databehandling af interviewundersøgelse	13
3.3. Ethiske overvejelser	14
4. Resultater.....	15
4.1. Spørgeskemaundersøgelsen	15
4.2. Interviewundersøgelsen	17
4.2.1. Gravide kvinders erfaringer og holdninger til sygemelding	18
4.2.2. Gravides kvinders behov for hjælp på arbejdspladsen	21
4.2.3. Ledernes erfaringer og holdninger til sygemelding	23
5. Diskussion	28
5.1. Spørgeskemaundersøgelsen	28
5.2. Interviewundersøgelsen	30
6. Konklusion og perspektivering.....	33
7. Formidlingsaktiviteter.....	34
7.1. Populærformidling	34
7.2. Videnskabelig formidling	34
8. Litteraturliste	36

Forord

Denne rapport sammenfatter resultaterne fra udviklingsprojektet "*Undersøgelse af gravides arbejdsmiljø og holdninger til sygefravær. Udvikling af intervention for fastholdelse af gravide medarbejdere*", gennemført i perioden 1. januar 2018 til 31. marts 2019. Mere detaljerede resultater er/vil blive formidlet i videnskabelige tidsskrifter og på konferencer.

Projektet er gennemført af DEFACTUM, Region Midtjylland i samarbejde med Arbejdsmedicin, Hospitalsenhed Vest, Herning, samt Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet og Gynækologisk-Obstetrisk Afd. Y, Aarhus Universitetshospital, Skejby.

Foruden forfatterne til rapporten har andre forskere bidraget til projektet: professor Ellen Aagaard Nøhr fra Forskningsenheden for Gynækologi og Obstetrik, Klinisk Institut, Syddansk Universitet samt Senter for kvinde-, familie- og barns helse, Universitetet i Sørøst-Norge, Kongsberg, Norge, og professor Claus Vinther Nielsen fra DEFACTUM, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet samt Klinisk socialmedicin og rehabilitering, Hospitalsenheden Vest, Herning.

I tilknytning til projektet har der været en følgegruppe, som bestod af: Mette Højriis fra Koncern HR, Region Midtjylland, Rikke Svendlund fra Kvindesygedomme og fødsler, Hospitalsenheden Vest samt Eva Lykke Hessellund fra GRAVIRK. Følgegruppen har bidraget med sparring inden projektet blev igangsat og med udvikling af en ny intervention, som var en del af formålet med dette projekt.

Endelig skal der lyde en stor tak til sekretærer og ledere på de seks jordemodercentre i Region Midtjylland, som har udsendt materiale til de gravide kvinder i forbindelse med projektet, samt en stor tak til de gravide kvinder og ledere for at udfylde spørgeskemaer og/eller deltage i interviews.

Projektet er finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden (projekt nr. 32-2017-09).

Aarhus, august 2019

Dansk resume

Sygefravær blandt danske gravide medarbejdere er højt, særligt blandt den gruppe af gravide kvinder, som arbejder indenfor detail- og engroshandel, hotelbranchen, rengøring og pleje- og omsorgsarbejde (risikobrancher). Det samme gør sig gældende for gravide kvinder, som har arbejde bestående af tunge løft, stillesiddende, stående og gående arbejde, vibrationer, skiftende arbejdstider, højt arbejdspress og manglende fleksibilitet. Tidligere undersøgelser har vist en reduktion af sygefraværet blandt gravide, som får justeret arbejdsforholdene, men der mangler fortsat viden om gravide kvinders behov for støtte i risikobrancher.

Formål

Formålet med udviklingsprojektet var at indsamle viden, der skal anvendes til at planlægge et interventionsstudie, som skal reducere gravide kvinders sygefravær. Der blev udført tre delstudier med følgende formål:

1. At afdække arbejdsrelaterede årsager til sygefravær blandt gravide kvinder i forskellige brancher. Herunder identificere faktorer i arbejdsmiljøet med betydning for sygefravær.
2. At undersøge gravide kvinders holdninger til sygefravær, behov for hjælp samt oplevelser af barrierer og muligheder for at reducere sygefravær.
3. At undersøge arbejdsgivere/lederes holdninger til sygefravær samt oplevelser af barrierer og muligheder for at reducere sygefravær.

Metode

Delstudie 1 var en spørgeskemaundersøgelse, hvor gravide kvinder fra de 6 jordemodercentre i Region Midtjylland fik tilsendt et spørgeskema i hhv. 12. (baseline) og 27. (follow-up) graviditetsuge. Spørgeskemaet omhandlede socioøkonomiske forhold, psykosociale og fysiske arbejdsforhold, selvvurderet helbred, samt antal sygefraværsdage i nuværende graviditet. I alt deltog 910 kvinder i undersøgelsen. Sammenhængen mellem psykosocial og fysiske arbejdsforhold og selvvurderet helbred målt ved baseline og sygefravær ≥ 14 dage blev beregnet ved hjælp af logistisk regression.

Delstudie 2 og 3 var baseret på kvalitative undersøgelser med interviews af gravide kvinder fra spørgeskemaundersøgelsen samt af ledere fra ovenstående risikobrancher.

Der blev gennemført semistrukturerede interviews, som tog udgangspunkt i informanternes oplevelser og erfaringer med graviditet på arbejdspladsen. Interviewene blev optaget på diktafon og varede fra 30 min til 2 timer. Efterfølgende blev de transskriberet og kodet tematisk i NVIVO og analyseret i forhold til at undersøge mønstre, tendenser og nuancer i materialet.

Resultater

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viste, at 133 (14,6%) af de gravide kvinder oplyste at have sygefravær ≥ 14 dage. Psykosociale risikofaktorer for sygefravær ≥ 14 dage var højt arbejdstempo, lav indflydelse i arbejdet, lav belønning, arbejde-familie konflikt, og utilfredshed med arbejdet. I forhold til risikofaktorer i det fysiske arbejdsmiljø havde stående/gående arbejde, tunge løft, og skifteholdsarbejde/natarbejde en stor betydning for sygefravær. Desuden var udbændthed, stress, sandsynlighed for depression, lav arbejdsevne, tidligere sygefravær og dårligt/mindre godt selv vurderet helbred risikofaktorer for sygefravær.

De kvalitative analyser viste, at flere forskellige forhold havde betydning for, hvordan graviditet blev oplevet og håndteret på arbejdspladsen. Forholdene handlede blandt andet om åben kommunikation mellem ledere og gravide, anerkendelse af arbejdstilpasninger hos både leder og kolleger samt udfordringer i den forbindelse. Undersøgelserne pegede også på mulige gevinster ved at sætte fokus på konkretisering af graviditetspolitik, rådgivning fra sundhedsprofessionelle vedr. arbejdstilpasning, samt støtte/sparring til lederen i håndtering af gravide medarbejdere.

Perspektivering

På baggrund af resultater og viden fra dette projekt, er der blevet designet og planlagt et interventionsprojekt på Aarhus Universitetshospital målrettet reduktion af gravide kvinders sygefravær. I interventionen er der taget udgangspunkt i erfaringer fra både den kvantitative og den kvalitative undersøgelse, men også fra norske erfaringer med trepartssamtaler på arbejdspladsen mellem den gravide medarbejder, nærmeste leder samt en arbejdsmiljøjordemoder, hvor den gravide medarbejder bliver vejledt i håndtering af graviditetsgener, og lederen opnår øget kendskab til at varetage den gravide medarbejders behov for arbejdstilrettelæggelse.

English abstract

Sickness absence among Danish employees is especially high among pregnant women employed in retail, hotels, health care and cleaning services, and in jobs consisting of heavy lifts, standing/walking, vibrations, shift work, high job strain, and lack of flexibility. Previous studies have shown a reduction in sickness absence among pregnant women, who received workplace accommodations, but knowledge regarding support at workplaces in high risk industries is lacking.

Aim

The aim of this study was to collect knowledge to plan an intervention study to reduce sickness absence among pregnant women. The study was divided into three sub-studies with the following aims:

1. To explore work-related reasons for sickness absence among pregnant women in different industries; including work related factors associated with sickness absence.
2. To study pregnant women's attitude towards sickness absence, the need of help and experience of barriers, and possibilities to reduce sickness absence.
3. To study employers'/managers' attitudes towards sickness absence and experiences of barriers, and possibilities to reduce sickness absence.

Methods

Sub-study 1 was based on questionnaires. Pregnant women in Central Denmark Region (six public birth facilities) received a questionnaire in gestational week 12 (baseline) and week 27 (follow-up). The questionnaires included information on socioeconomic status, psychosocial and physical work factors, self-rated health, and days on sickness absence during pregnancy. A total of 910 pregnant women answered both questionnaires. Participants who were not employed were excluded in the study. The associations between psychosocial and physical work factors, and self-rated health, and sickness absence ≥ 14 days were estimated using logistic regression.

Sub-study 2 and 3 were based on a qualitative study with interviews of pregnant women. Informants were chosen based on high level of sickness absence from the questionnaire study, and employers/managers were from high risk industries. Semi-structured interviews were performed focusing on the informants' experiences with pregnancy at the workplace. The interviews were recorded on a dictaphone and lasted between 30 minutes and 2 hours. Afterwards the interviews were transcribed and coded into themes in NVIVO and analyzed in regard to pattern, trends and nuances.

Results

The results showed that 133 (14.6%) of the pregnant women reported ≥ 14 days of sickness absence. Psychosocial risk factors for sickness absence ≥ 14 days were: high work pace, low influence, low recognition, conflict in work-family balance, and low job satisfaction. In regard to physical risk factors standing/walking, heavy lifting, and shift work/night shift were of importance. Furthermore, burnout, stress, possibility of depression, low work ability, previous sick leave, and poor self-rated health were risk factors associated with sickness absence.

The qualitative analysis showed that different aspects were of importance regarding how the pregnancy was conceived and handled at the workplace. The aspects were communication between managers and the pregnant women, recognition of workplace adjustments among both managers and colleagues, and challenges in this regard. The studies pointed out different gains by focusing on guidance from health professionals regarding workplace adjustments, and support to managers on how to handle pregnant employees.

Perspectives

An intervention study has been planned and designed aiming at reducing sickness absence among pregnant employees based on the results and knowledge from this study. In the intervention, experiences from both the quantitative study and the qualitative study, were included, but also from Norwegian studies on tripartite meetings at workplaces between the pregnant employee, the manager and a special trained midwife in which the pregnant employee was taught how to handle pregnancy symptoms, as well as the manager was assisted in improving the knowledge on how to handle the pregnant employee's need for workplace adjustments.

1. Baggrund

Sygefravær under graviditeten er hyppigt i Skandinavien (1-3); opgørelser fra Norge (2003-2011) og Danmark (2005-2007) viste, at to ud af tre gravide kvinder havde mindst en sygefraværsperiode (4,5). Ældre danske studier viste, at to ud af tre gravide kvinder havde over 4 ugers sygefravær i løbet af graviditetens første 8 måneder, og i gennemsnit havde denne gruppe 48 fraværsdage, hvilket var seks gange højere end baggrundsbefolkningen (5). Sygefraværet var højest for ansatte i kommunerne med gennemsnitligt 53 dage, mens fraværet for ansatte i den private sektor og staten var hhv. 47 og 35 dage (5).

Gravides sygefravær har været stigende med gennemsnitligt 2 dage fra perioden 2002/2004 til 2005/2007, og samtidig er sygefravær over 4 uger steget med 2,1 procentpoint (fra 65,4 % til 67,5 %)(5). I den sidste del af graviditeten er risiko for sygefravær højest, således sås en stigning fra 17 % til 45 % fra hhv. 13.-16. til 25.-28. graviditetsuge (3).

En rapport fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) i 2010 viste, at branchespecifikke arbejdsforhold har betydning for niveauet af gravides sygefravær (6). Antallet af sygedage var højest i detail-, engroshandel og hotelbranchen (gennemsnitligt 25 dage i 2005-2007) og lavest blandt gravide i offentlig administration og post- og telebranchen. En rapport fra Beskæftigelsesministeriet i 2010 viste, at sygefraværet for gravide indenfor rengøring, pleje- og omsorgsarbejde, samt pædagogarbejde var særligt højt (5), og forklaringen skyldes måske arbejdets karakter og mangel på muligheder for omplacering. Gravide med mange arbejdsmiljøpåvirkninger, som f.eks. tunge løft, stillesiddende, stående og gående arbejde, vibrationer, skiftende arbejdstider, højt arbejdspress og manglende fleksibilitet har flere sygefraværsdage end gravide uden disse påvirkninger (6-8). Undersøgelser viser, at selvom 2 ud af 3 gravide kvinder har brug for justering af arbejdsforholdene, får kun halvdelen opfyldt deres behov (3,9). Blandt de gravide kvinder, som får justeret arbejdsforholdene, ses en reduktion i længde af sygefravær over to uger med 11 % (3). Nyere undersøgelser finder begrænset evidens for øget risiko for alvorlige graviditetsudfald ved skiftearbejde, høj arbejdstid, tungt og stående arbejde (10,11), mens natarbejde viste moderat øget risiko (10-12). Dermed er der ikke vist behov for generelle restriktioner af gravide kvinders arbejdsforhold, men brug for arbejdsmiljørådgivning for at reducere sygefravær. Det er stor forskel på virksomhedernes evne til at fastholde medarbejdere under graviditet. Ansatte indenfor detail-, engroshandel og hotelvirksomhed er mindre tilfredse med virksomhedernes håndtering af deres graviditet, hvilket måske kan skyldes mindre enighed blandt ledere og gravide kvinder, hvad angår behov for arbejdstilpasning og fleksibilitet (6).

Højt fravær under graviditeten kan have negative konsekvenser for den enkelte kvinde i forhold til social kontakt, karrieremuligheder og fremtidig indkomst (13,14) samt øget risiko for flexjob og førtidspension (8). Derimod har gravide der fastholder arbejde i første trimester lavere risiko i forhold til for tidlig fødsel (15). For arbejdspladsen kan fraværet betyde udfordringer i forhold til arbejdsplanlægning, nedsat produktion, øgede krav til øvrige medarbejdere samt omkostninger til løn under sygdom. For samfundet, som helhed, har sygefravær økonomiske konsekvenser i form af bl.a. udgifter til sygedagpenge og lægebehandling (16), således var udgifterne til sygedagpenge ved graviditetsbetinget fravær 1.4 mia. i 2007 (5).

Hvis det graviditetsbetingede fravær kan reduceres, er der et potentiale for at øge beskæftigelsen (5), men arbejdsforhold for gravide kvinder udsat for mange arbejdsmiljøpåvirkninger er begrænset undersøgt i dansk og international forskning. Sygefraværet forventes fortsat at være højt, og det er derfor vigtigt at identificere muligheder for, at gravide forbliver på arbejde længst muligt, herunder at udvikle en målrettet intervention for at reducere fraværet.

2. Formål

Formålet med udviklingsprojektet var at indsamle viden, der skal anvendes til at planlægge et interventionsstudie, med henblik på at reducere gravide kvinders sygefravær. Der blev udført tre delstudier:

1. At afdække arbejdsrelaterede årsager til sygefravær blandt gravide kvinder i forskellige brancher. Herunder identificere faktorer i arbejdsmiljøet med betydning for sygefravær.
2. At undersøge gravide kvinders holdninger til sygefravær, behov for hjælp samt oplevelser af barrierer og muligheder for at reducere sygefravær.
3. At undersøge arbejdsgivere/lederes holdninger til sygefravær samt oplevelser af barrierer og muligheder for at reducere sygefravær.

3. Metode

Udviklingsprojektets tre delstudier anvendte hhv. kvantitativ og kvalitativ metode. Delstudie 1 var en spørgeskemaundersøgelse, mens delstudie 2 og 3 var baseret på interviews med hhv. gravide og arbejdsgivere/ledere fra risikobrancher (rengøring, sundhed- og omsorgssektoren, detailbranchen og hotelbranchen).

Projektet "Graviditet og Trivsel" blev gennemført fra 1. januar 2018 til 31. marts 2019.

3.1. Spørgeskemaundersøgelsen

I perioden 1. februar til 15. maj 2018 blev alle gravide kvinder tilknyttet ét af de 6 jordemodercentret i Region Midtjylland (Viborg, Holstebro, Herning, Aarhus, Horsens og Randers), inviteret til at deltage i undersøgelsen. De fik sammen med indkaldelsen til scanning i 12. graviditetsuge information om undersøgelsen indeholdende link til et baseline spørgeskema.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om socioøkonomiske forhold, psykosociale og fysiske arbejdsforhold, selvvurderet helbred, antal sygefraværsdage de sidste 12 måneder, samt antal sygefraværsdage i nuværende graviditet. De gravide kvinder, som ikke besvarede spørgeskemaet indenfor fem dage, fik tilsendt en rykkermail. Et lignede spørgeskema blev udsendt i 27. graviditetsuge til kvinder, som havde angivet de var i arbejde ved baseline. Denne graviditetsuge blev valgt, da oplysninger fra spørgeskemaerne blev brugt til at udvælge kvinder til at deltage i interviews (delstudie 2) inden deres barselsorlov.

Udfaldet var antal sygefraværsdage i graviditeten og blev dikotomiseret som $</\geq 14$ dage. I begge spørgeskemaer blev kvinderne bedt om at oplyse det totale antal sygefraværsdage fra starten af graviditeten. Hvis antallet af dage var højere ved baseline i forhold til ved follow-up, blev antallet fra baseline anvendt.

Eksposering var faktorer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø, samt selvvurderet helbred. Psykosociale arbejdsforhold blev målt ved hjælp af udvalgte items fra Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II)(17). De udvalgte variabler var arbejdstempo, indflydelse, social støtte fra overordnede, belønning, ledelseskvalitet, tilfredshed og arbejdsfamilie konflikt. Hver variabel blev dikotomiseret til høj og lav ud fra den gennemsnitlige værdi blandt en repræsentativ gruppe af danske medarbejdere (18). I forhold til fysiske arbejdsforhold blev kvinderne spurgt om, deres arbejde involverede stående/gående funktioner, tunge løft, skifteholdsarbejde eller nattevagt. Variablerne blev dikotomiseret til i høj grad (altid og ofte) og i lav grad (sometider, sjældent og aldrig).

Ved baseline blev kvinderne bedt om at registrere typen af branche ud fra Arbejdstilsynets 36 koder (19). Typen af branche blev kategoriseret som højrisiko branche eller lavrisiko branche ud fra to danske rapporter om sygefravær blandt gravide (5,6). Højrisiko brancher var handel og engros, hotel og restauranter, rengøring, institutioner og hjemmepleje.

I forhold til selvvurderet helbred blev graden af udbrændthed og stress indsamlet fra COPSOQ II og dikotomiseret til høj og lav ud fra den gennemsnitlige værdi blandt en repræsentativ gruppe af danske medarbejdere (18). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)(20,21)

blev brugt til at måle risikoen for depression og kategoriseret som <11 (depression ikke sandsynligt) og ≥ 11 (depression sandsynligt) (22). Arbejdsevne blev målt med et enkelt spørgsmål fra Work Ability Index (23): "Forestil dig at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst. Hvor mange point vil du give din nuværende arbejdsevne?". Variablen blev dikotomiseret som lav (0-6) eller høj (7-10). Antal dage med sygefravær året før graviditeten blev dikotomiseret som $</\geq 10$ dage. Selvvurderet helbred blev målt med et enkelt spørgsmål fra COPSOQ II "Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?" og var kategoriseret som dårligt/mindre godt, godt, og vældig godt/fremragende. Pre-gravid Body Mass Index (BMI) var kategoriseret som <18.5 , $18.5- <25$, $25- <30$ og ≥ 30 (24).

3.1.1. Analyse af spørgeskemadata

Studiepopulationen blev karakteriseret ud fra oplysninger givet ved baseline samt information om sygefravær. Hyppigheder og gennemsnit blev beregnet ud fra Chi2 test, Fisher's exact test eller uparret t-test.

Sammenhængen mellem psykosocial og fysiske arbejdsforhold og selvvurderet helbred målt ved baseline og sygefravær ≥ 14 dage blev beregnet ved hjælp af logistisk regression. I justerede analyser blev der kontrolleret for kvindens alder, vægtøgning under graviditet, fysisk aktivitet under graviditeten, hjemmeboende børn <18 år og uddannelsesniveau, som alle var udvalgt a priori og indsamlet fra baseline spørgeskemaet.

Deltagerne blev inddelt i fire grupper i forhold til tidspunkt og længde af eksponeringen for at undersøge betydningen af dette i forhold til sygefravær: 1) lav/lav (ikke eksponeret på noget tidspunkt); 2) høj/lav (eksponeret ved baseline, men ikke ved follow-up); 3) lav/høj (ikke eksponeret ved baseline, men ved follow-up); 4) høj/høj (eksponeret i begge perioder).

Logistik regression blev anvendt til at sammenligne de fire kategorier med sygefravær ($</\geq 14$ dage) med gruppen "lav/lav" som reference.

Estimater blev præsenteret som odds ratios (OR) med 95% konfidensintervaller (CI). Alle p-værdier var to-sidet med et signifikansniveau på 0.05. De statistiske analyser blev gennemført i Stata, version 15 (25).

3.2. Interviewundersøgelsen

3.2.1. Interviews med gravide

For at undersøge gravide kvinders holdninger til sygefravær, behov for hjælp samt oplevelser af barrierer og muligheder for at reducere sygefravær, gennemførte vi en kvalitativ undersøgelse med gravide kvinder fra spørgeskemaundersøgelsen. Kvalitative undersøgelser egner sig godt til at etablere en forståelse for menneskers oplevelser og perspektiver, og den

er velegnet til at indfange forhold, som ikke kan indfanges via mere standardiserede eller formaliserede metoder. Den kvalitative tilgang er kreativ, fleksibel og åben og giver mulighed for at etablere ny viden og udvide forståelsen for forskellige emner (26). Vi interviewede derfor kvinder med det formål at etablere en dybdegående viden om deres oplevelser med graviditet på arbejdspladsen, og for at få viden om, hvordan de og arbejdspladsen håndterede den. Hensigten var at etablere en dybdegående viden om emnet for derefter at opstille opmærksomhedspunkter og relevante forhold i udviklingen af en arbejdspladsrettet intervention.

Udvælgelse og rekruttering

Vi udvalgte kvinder til interviews på baggrund af spørgeskemadata, hvorfra vi havde oplysninger om branche og sygefravær. Indledningsvist kontaktede vi kvinder med opgivet sygefravær hhv. over og under 4 uger samt repræsentanter fra forskellige brancher og fordelt mellem offentlige og private virksomheder. Denne udvælgelse havde til hensigt at øge muligheden for sammenligning på tværs af branche og sektor.

Interviewene i praksis

Interviewene varede mellem 30 minutter og 2 timer og blev optaget på diktafon. De blev gennemført som individuelle interviews afholdt på Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning eller som telefoninterviews (hvis kvinderne ikke kunne mødes). Både personlige og telefoninterviews blev gennemført som kvalitative semistrukturerede interviews (26). Under interviewene blev informanterne opfordret til at se tilbage på deres graviditet; at rekonstruere forløbet og reflektere over, hvordan de oplevede at være gravid på arbejdspladsen. Intervieweren tog udgangspunkt i informanternes fortællinger og lod disse være ledende for at være åbne for emner, som vi, som forskere, ikke havde været opmærksomme på inden interviewet. Afslutningsvist gennemgik intervieweren interviewguiden for at sikre, at bestemte emner var blevet belyst. Disse emner var særligt inspireret af tidligere resultater fra arbejdsmiljøforskningen og indeholdt blandt andet arbejdets krav og organisering og sociale relationer på arbejdspladsen.

Interviewguiden indeholdte følgende temaer: Arbejdsopgaver og mulige belastninger i jobbet, håndtering af graviditet på arbejdspladsniveau, holdning til fastholdelse/sygemelding, ledelsens og kollegers rolle, kontakt til læger, jordemødre, andet sundhedspersonale, samt muligheder og barrierer for at undgå sygemelding.

Samlet gav interviewene mulighed for at analysere muligheder og barrierer i arbejdsmiljøet, som kan have betydning for, om graviditet medfører sygemelding. Under hvert interview blev følgende overordnede emner belyst:

- Dybdegående beskrivelse af graviditet på arbejdspladsen

- Arbejdspladsens håndtering af graviditeten og den gravides arbejdsforhold
 - Arbejdspladsens fraværskultur og håndtering af graviditet
 - Sociale relationers betydning for sygemelding eller fastholdelse i forbindelse med graviditet (den gravides relation til ledere og kolleger)
 - Arbejdspladsens fleksibilitet og strukturelle organisering (tilpasning af arbejdsopgaver, mulighed for omplacering, fysiske hjælpemidler m.m.)
- Den gravides holdning til sygemelding

3.2.2. Interviews med arbejdsgivere/ledere

Interviewpersoner blev udvalgt på baggrund af branche og erfaring. Vi udvalgte ledere fra såkaldt 'risikobrancher': sundheds- og omsorgssektoren (kommunal hjemmepleje og rengøringsafdeling på hospitaler), detail-/engroshandel og fra hotelbranchen.

Kriterierne for udvælgelse var ansvar for mindst 30 medarbejdere samt min. 5 års ledelseserfaring og erfaring med gravide medarbejdere. Interviewene blev arrangeret via kontakt til ledelse indenfor de forskellige områder, som hjalp med at udvælge interviewpersoner ud fra de angivne kriterier. Interviewene varede 1-2 timer og blev optaget på diktafon. Disse interviews blev ligeledes gennemført som semistrukturerede interviews (26). I praksis blev lederen opfordret til at fortælle om erfaringer med gravide medarbejdere. Formålet var at få indsigt i overvejelser, refleksioner og begrundelser for, hvordan lederen håndterede gravide ansatte, og hvad der var udslagsgivende hændelser. Lederen blev spurgt til, hvilke muligheder og barrierer, der var for at tilpasse arbejdet, og hvordan lederen opfattede sin rolle i forhold til at fastholde den gravide medarbejder. I interviewene blev følgende emner belyst:

- Beskrivelse af erfaringer med forskellige medarbejders graviditetsforløb
- Praksis i forhold til håndtering af gravide (arbejdstilpasning, struktureret tilgang, brug af APV, ad hoc løsninger)
- Lederens rolle i forhold til gravide medarbejdere
- Muligheder og barrierer for fastholdelse af gravide
- Holdning til sygemelding under graviditet

3.2.3. Databehandling af interviewundersøgelse

De kvalitative interviews blev transskriberet i deres helhed og analyseret ved hjælp af analyseprogrammet NVIVO 9.0.

Analyse af interviews med gravide blev først analyseret enkeltvis. Der blev foretaget en analyse af den gravides fremstilling af hændelsesforløbet, hvorefter deres oplevelse af forskellige hændelser blev analyseret. Herefter identificerede vi forskellige temaer og oplevelser, som gik på tværs i interviewene. Formålet var at klarlægge mønstre og tendenser i informanternes fortællinger, analysere ligheder og kontraster mellem informanternes fortællinger.

Analysen af interviews med ledere tog udgangspunkt i en ad hoc analyse (26), hvor interviewets temaer blev kategoriseret. Der blev arbejdet analytisk med en opstilling af kontraster og sammenligninger mellem holdninger og handlinger relateret til gravide medarbejdere. Med fokus på ledernes beskrivelser af praksis, analyserede vi både branchespecifikke forhold og forhold, der gik på tværs af branche. Derved blev der arbejdet systematisk med at skabe en sammenhængende forståelse af ledernes udsagn og deres oplevelser af muligheder og barrierer for fastholdelse af den gravide medarbejder.

I analysens sidste del sammenholdte vi ledernes holdninger til graviditetsbetinget sygefravær med de gravide kvinders fortællinger. Formålet var at skabe et nuanceret og fyldestgørende billede af holdninger til sygefravær, de gravide kvinders behov for hjælp samt oplevelser af barrierer og muligheder for at reducere sygefravær blandt gravide.

Derudover diskuterede vi de kvalitative analyser i projektgruppen, fremlagde dem for projektets følgegruppe, en gruppe af arbejdsmedicinere og med konsulenter og forskere i forbindelse med konferencedeltagelse.

I følgende sammenfatning af analyserne præsenteres delstudie 2 og 3 samlet indenfor emner, der relaterer til hovedformålet, og som går på tværs i datamaterialet. Der inddrages eksempler fra alle kvinder og fra ledere fra de forskellige brancher.

3.3. Ethiske overvejelser

Projektet blev godkendt af Datatilsynet (j.nr. 1-16-02-29-18). Deltagelse i undersøgelsen var frivilligt. Data blev anonymiseret således at enkeltpersoner eller virksomheder ikke kunne identificeres.

4. Resultater

4.1. Spørgeskemaundersøgelsen

Baseline spørgeskemaet blev udfyldt af 1.491 gravide kvinder, hvilket var 44,8 % af de gravide kvinder, som var inviteret til at deltage. Af dem var 1.046 i arbejde og egnet til at deltage i undersøgelsen, og heraf besvarerede 136 kvinder ikke follow-up spørgeskemaet. Den endelige studiepopulation bestod således af 910 kvinder.

I alt rapporterede 133 (14,6 %) af de gravide kvinder sygefravær ≥ 14 dage under graviditet. Disse kvinder var ofte ældre, havde lavere uddannelsesniveaue, havde oftere hjemmeboende børn i forhold til kvinder med kortere sygefravær (Tabel 1). I gennemsnit rapporterede kvinderne sygefravær i 9,1 dage fra graviditetens start til 27. graviditetsuge. De primære årsager til sygefravær ved baseline (12. graviditetsuge) var kvalme, opkastning og svimmelhed. Ved follow-up (27. graviditetsuge) var de primære årsager ryg-/bækkensmerter og bækkenløsning.

Tabel 1. Baseline karakteristika af studiepopulationen

	Total population		<14 dages sygefravær		≥ 14 dages sygefravær	
	n=910		n=777		n=133	
	n/gns.	%/SD	n/gns.	%/SD	n/sns.	%/SD
Alder (år)*						
20-29	403	44.3	352	45.8	51	38.6
30-39	474	52.1	400	52.1	74	56.1
≥ 40	23	2.5	16	2.1	7	5.3
Uddannelsesniveaue*						
Folkeskole/gymnasial udd.	29	3.2	25	3.2	4	3.0
Erhvervsudd. /kort (<3 år)	189	20.8	148	19.1	41	30.8
Bachelor (3-4 år)	348	38.2	286	36.8	62	46.6
Lang (>4 år)	341	37.5	315	40.5	26	19.5
Bor med partner	880	96.7	750	96.5	130	97.7
Hjemmeboende børn < 18 år*	338	37.1	275	35.4	63	47.4
Fertilitetsbehandling	133	14.6	113	14.5	20	15.0
Pre-gravid BMI						
<18.5	29	3.2	25	3.3	4	3.0
18.5-<25.0	582	64.0	499	65.0	83	62.4
25.0-<30.0	192	21.1	167	21.7	25	18.8
≥ 30.0	98	10.8	77	10.0	21	15.8
Vægtøgning under graviditet, kg (gns.)	1.8	1.7	1.8	1.5	2.1	2.2
Fysisk aktivitet (≥ 4 gange om ugen)	431	47.4	364	47.0	67	51.2

* P -værdi <0.05, test for forskelle mellem sygefravær <14 dage og ≥ 14 dage ved hjælp af t-test, chi2 test eller Fisher's exact test.

Ved follow-up gav 407 (81%) af kvinderne udtryk for at være bekendte med graviditetspolitikken på deres arbejdsplads, og 147 (28%) havde fået gennemført en arbejdspladsvurdering (APV) i forbindelse med graviditeten. Ingen af disse faktorer havde betydning for sygefravær (hhv. $p= 0.58$ og 0.12).

Arbejdsforhold og selvvurderet helbred

Der var en tendens til, at flere af de gravide kvinder var eksponeret for psykosociale risikofaktorer og rapporterede lavt selvvurderet mentalt helbred. Særligt udbændthed, højt arbejdstempo, lav indflydelse på arbejdet var rapporteret af mere end 40 % af kvinderne. Risikofaktorer i det psykosociale arbejdsmiljø havde generelt en stor betydning for sygefravær ≥ 14 dage (Tabel 2). Særligt højt arbejdstempo, lav indflydelse i arbejdet, lav belønning, arbejde-familie konflikt og utilfredshed med arbejdet øgede sygefraværet signifikant. Justering for potentielle confoundere ændrede ikke estimatet væsentligt. Af fysiske risikofaktorer viste stående/gående arbejde, tunge løft og skifteholdsarbejde/natarbejde en øget risiko for sygefravær. I forhold til selvvurderet helbred var udbændthed, stress, sandsynlighed for depression, lav arbejdsevne, tidligere sygefravær og dårligt/mindre godt selvvurderet helbred risikofaktorer for sygefravær.

Tabel 2: Sygefravær ≥ 14 dage i forhold til arbejdsforhold og selvvurderet helbred

	n	%	Rå OR	95% CI	Justeret OR ^a	95% CI
Psykosociale arbejdsforhold						
Højt arbejdstempo	410	45.0	2.0	1.4–3.0	2.2	1.5–3.3
Lav indflydelse i arbejdet	396	43.5	1.6	1.1–2.3	1.6	1.1–2.4
Lav social støtte fra overordnede	345	37.9	1.4	0.9–2.0	1.6	1.0–2.3
Lav belønning i arbejdet	314	34.5	1.7	1.2–2.5	1.9	1.2–2.8
Lav ledelseskvalitet	272	29.9	1.1	0.8–1.7	1.3	0.9–2.0
Arbejde-familie konflikt	339	37.3	2.1	1.5–3.0	2.2	1.5–3.3
Lav tilfredshed med arbejdet	71	7.9	1.8	1.0–3.3	2.0	1.1–3.6
Fysiske arbejdsforhold						
Stående/gående arbejde	469	51.5	2.1	1.4–3.1	2.0	1.2–3.0
Tunge løft	124	13.6	2.5	1.6–3.9	2.1	1.3–3.5
Skifteholdsarbejde/natarbejde	245	26.9	1.7	1.1–2.5	1.5	1.0–2.3
Højrisiko branche	200	22.0	1.7	1.2–2.6	1.3	0.8–2.1
Selvvurderet helbred						
Udbændt	635	69.8	2.3	1.4–3.7	2.8	1.6–4.7
Stress	291	32.0	1.8	1.2–2.6	1.8	1.2–2.7
Depressionssymptomer	85	9.3	3.8	2.3–6.2	4.0	2.4–6.8
Lav arbejdsevne	154	17.2	7.0	4.6–10.5	7.3	4.7–11.3
≥ 10 sygefraværsdage året inden graviditet	139	15.3	3.1	2.0–4.7	2.6	1.7–4.1
Selvvurderet helbred						
Dårligt/mindre godt	207	22.9	4.4	2.7–7.0	4.3	2.6–7.1
Godt	324	35.8	1.5	0.9–2.4	1.5	0.9–2.5
Vældigt godt/fremragende	374	41.3	1		1	

Pre-gravid BMI						
<18.5	29	3.2	1.0	0.3–2.8	0.8	0.3–2.5
18.5-25.0	582	64.6	1		1	
25.0-30.0	192	21.3	0.9	0.6–1.5	0.8	0.5–1.3
≥30.0	98	10.9	1.6	1.0–2.8	1.4	0.8–2.5

^a Justeret for kvindens alder, vægtøgning under graviditet, fysisk aktivitet, hjemmeboende børn < 18 år, og uddannelsesniveau.

Tidspunkt for og varighed af eksponeringen

Mere end 25 % af kvinderne var eksponeret for enten højt arbejdstempo, lav social støtte fra overordnede eller arbejde-familie konflikt ved både baseline og follow-up, mens prævalensen for stående/gående arbejde og udbrændthed var hhv. 44 % og 45 %. Kvinder, som var eksponeret for enten risikofaktorer i det psykosociale eller fysiske arbejdsmiljø under hele graviditeten eller kun ved follow-up havde en større risiko for at være sygemeldte ≥ 14 dage sammenlignet med kvinder, som ikke var eksponeret på noget tidspunkt i graviditeten. Risikoen for kvinder, som kun var eksponeret ved baseline var ikke højere end for kvinder, som ikke var eksponeret på noget tidspunkt. Dårligt selvvurderet helbred var også en risikofaktor, når kvinden var eksponeret igennem hele graviditeten. Derudover havde kvinder med mange depressionssymptomer ved baseline en høj risiko for sygefravær uanset varighed af symptomerne. Kvinder, som gav udtryk for lav arbejdsevne havde en høj risiko for sygefravær uanset tidspunktet for eksponeringen, men kvinder, som var eksponeret igennem hele graviditeten, havde en større risiko.

Justeringer af arbejdsforhold

I alt rapporterede 486 (54 %) kvinder et behov for arbejdspladsjustering ved enten baseline eller follow-up, heraf fik 363 (75 %) tilbudt denne justering. Sammenlignet med kvinder uden behov for arbejdspladsjusteringer, havde kvinder, med behov for justeringer og fik disse opfyldt øget risiko for sygefravær (OR 4.74, 95% CI 2.79–8.04). Ligeledes havde gravide kvinder, som havde behov for justeringer, men ikke fik disse, en større risiko for sygefravær (OR 6.54, 95% CI 3.49–12.24).

4.2. Interviewundersøgelsen

I det følgende opsummeres først de gravide kvinders oplevelser og holdninger til sygemelding samt deres behov for hjælp på arbejdspladsen. Dernæst præsenteres lederens holdninger og erfaringer med graviditet på arbejdspladsen. Løbende fremhæves muligheder og barrierer i forhold til fastholdelse på arbejdspladsen under graviditet.

Under hvert afsnit inddrages eksempler på cases eller citater fra informanterne (navne er sløret), som er udvalgt for at give flere forskellige perspektiver og nuancer i analysen.

4.2.1. Gravide kvinders erfaringer og holdninger til sygemelding

Der blev udført interviews med 8 gravide kvinder fra forskellige brancher med forskellige erfaringer i forhold til sygefravær under graviditeten. En enkelt oplyste, at hun intet sygefravær havde, mens de øvrige kvinder oplyste, at de havde haft sygefravær i forbindelse med graviditetens første trimester, og at de senere i deres graviditet (mellem fjerde, femte og sjette graviditetsmåned) enten var blevet fuldtids- eller deltidssygemeldt. De interviewede kvinder var alle under 35 år. Der var 3 kommunalt ansatte kvinder indenfor sundhed- og omsorgssektoren (social og sundhedshjælper, social og sundhedsassistent), 1 hospitalsansat (akademiker), 2 ansatte indenfor psykiatrien (psykologer) og 2 butiksansatte, hvoraf den ene havde mindre ledelsesansvar og erfaring fra hotel- og restaurationsbranchen.

De gravide kvinder i interviewundersøgelsen havde ikke et ønske om at blive sygemeldt fra deres arbejde. Tværtimod indeholdt datamaterialet adskillige fortællinger om et ønske om at forblive på jobbet så længe som muligt. Flere kvinder berettede om deltidssygemeldinger og forsøg (nogle flere end andre) med forskellige arbejdstilpasninger for at blive på arbejdspladsen under graviditeten.

Flere af de gravide informanter fortalte, at de ønskede at bevare relationer på arbejdspladsen, og nogle fortalte, at de ikke havde det godt med at 'gå hjemme', og at de ikke var 'gode til det'.

Et eksempel er Gitte, som var ansat indenfor detailbranchen. Gitte havde en lederrolle, hvor hun var med til at fordele arbejdet, men det, der havde været svært, var løft, mange timer gående/stående samt underlaget (klinkegulv). Hun havde været sygemeldt på arbejdspladsen inden den nuværende graviditet pga. en afbrudt graviditet, og da hun blev gravid denne gang, var hun endnu ikke på fuld tid. Hun indledte derfor den nuværende graviditet med at arbejde ca. 3 dage om ugen. Hun fortalte, at det var "fint" at blive sygemeldt, men at hun ikke brød sig om at gå hjemme. Hun fortalte: *"Jeg har været min egen største fjende fordi jeg har svært ved at sige fra overfor mit arbejde. Jeg kan godt lide mit arbejde, og jeg gider ikke gå hjemme, så det har været en svær balancegang"* (Gitte, detailbranchen).

Gitte fortalte yderligere, at hendes leder helst ville sygemelde hende med det samme, men det ønskede hun ikke. Lederen opfordrede til sygemelding for at 'passe på hende', sagde hun, men hun fik det i stedet arrangeret, så hun kunne komme og gå, som hun syntes, dog med den

aftale, at "*han* (lederen red.) *nogle gange ville sende mig hjem*" (Gitte, detailbranchen). Da hun begyndte at vise tegn på en diskusprolaps i lænden, blev hun sat yderligere ned i tid. Hun havde en fagperson (fysioterapeut), som var med til at vejlede omkring justering af timeantal, optrapning og nedtrapning, hvilket, sammen med lederens og kollegernes anerkendelse af hendes indsats havde en stor og positiv betydning for hende. Til sidst blev hun fuldtidssygemeldt, da hun var ca. 5 måneder henne. Hun fortalte dog, at hun set i bakspejlet skulle være stoppet med at arbejde tidligere: "*Men det er jo svært, når man er glad for sit arbejde, man er glad for sin arbejdsplads*" (Gitte, detailbranchen).

Flere af de andre informanter fortalte også om fuldtidssygemelding som den sidste udvej. Et eksempel er informanten Anne, som var social og sundhedsassistent og blev sygemeldt med bækkenløsning i uge 17 efter henvendelse ved lægen. Hun fortalte, at hun ikke var typen, der 'render lægen på dørene', men at hun var nået dertil, hvor hun var grædefærdig, når hun kom hjem fra arbejde, og bare det at skulle ind og ud af bilen, var svært. Hun oplevede, at hun ikke kunne være der for sin datter, at hun ikke kunne transportere til institution og/eller sætte vasketøj over: "*Det kunne jeg simpelthen ikke holde til*" (Anne, sundheds- og omsorgssektoren). Hun beskrev, at det var frustrerende at blive sygemeldt, men også en lettelse at kunne tage tingene i eget tempo. Hun havde nemlig været presset på arbejdet længe og kun haft begrænset dialog med sin leder om graviditeten. Anne fortalte, at hun under en tidligere graviditet havde været sygemeldt med stress og depression, og at lederen dengang ikke lyttede til hende, og at hun ikke fik den hjælp, hun bad om. Den negative erfaring med lederen betød, at hun i forbindelse med nærværende graviditet ikke havde lyst til at involvere sin leder og/eller troet, det vil komme hende til gavn. Hun havde ikke turdet gøre sig forhåbninger om, at lederen ville lytte til hende, nu hvor hun var gravid: "*Det gider jeg ikke engang spilde min tid på*", fortalte hun i interviewet. Hun fortalte ligeledes, at arbejdspladsens graviditetspolitik ikke havde været tydelig for hende. Hun havde netop læst op på den inden interviewet, og hun fortalte, at hun syntes, den burde være mere konkret fx tilføje: "*du må gerne tage pauser, sætte dig ned, benene op, når du har brug for det*". Hun forklarede: "*så er det mere legalt og mere lovligt at du gør det, at du tillader dig at gøre det*" (Anne, sundheds- og omsorgssektoren).

Informanten Bente blev også i en periode fuldtidssygemeldt, men modsat Anne virkede hun mindre sikker på, at dette var den eneste udvej. I kontrast til Anne havde hun dog haft dialog med lederen, som hun oplevede som meget lyttende. Bente var akademiker ansat på et hospital. I forbindelse med den nuværende graviditet havde Bente haft kvalme primært i første del af graviditeten, hvor hun først blev deltidssygemeldt. Hun fortalte, at der ikke var noget problem med lederen i den forbindelse. Hun fortalte: "*Det har hele tiden været: "Du kommer,*

når du selv er klar" (Bente, hospitalsansat). Hun fortalte, at hun arbejdede hjemmefra, men gradvist fik det bedre. Samtidig forsøgte hun selv at styre, hvordan og hvor meget hun arbejdede. Hun fortalte, at hun egentlig syntes, hun havde det godt, selvom hun godt vidste, at hun ikke havde energien til at være på arbejdspladsen. Selvom det lykkedes hende at arbejde hjemmefra, så endte hun med at blive sygemeldt på fuldtid i en periode. Hun fortalte: *"Og så ved jeg ikke, om der var noget administrativt, der var lidt for besværligt, eller om det var min leder, der mente at det var nok bedst for alle parter, men i hvert fald så endte det med, at den sidste tid, der var jeg så fuldtidssygemeldt igen. For at jeg kunne få lov til at slappe helt af. Men hvad den bagvedliggende årsag har været, det ved jeg ikke [...]"* (Bente, hospitalsansat).

Hun fortæller, at lederen foreslog: *"om ikke vi bare skulle sige, at det var fuld tid, og så kunne jeg koncentrere mig om at blive ordentlig rask, i stedet for sådan lidt dårlig samvittighed over, at man måske gik rundt derhjemme og sådan havde det okay. Så burde man jo nok arbejde, selvom man ikke sådan rigtig havde energien til det alligevel og den der 'mellem-underligetning"* (Bente, hospitalsansat). Bente havde det ambivalent med fuldtidssygemeldingen. På en måde var det en befrielse: *"Godt, så har han sagt det er okay, at jeg bare er syg og får lov til at tage mig af mig selv"*. På den anden side så tænkte hun: *"Nå, men gør jeg det ikke godt nok?"* og *"hvad er årsagen til det?"*. Bente fik ikke spurgt sin leder, hvad han tænkte, men fortalte, at der måske var opgaver, hvor lederen havde brug for at vide mere præcist, hvornår de blev udført, men andre opgaver var uden deadline, og det gjorde hende usikker på begrundelsen. Hun fortalte yderligere, at lederen generelt ikke var en chef, der pressede folk til at komme tilbage. Heller ikke de medarbejdere, der var sygemeldte af andre årsager.

Opsamling

Eksemplerne med Gitte, Anne og Bente viste, hvordan sygemelding både kan opleves som en befrielse, men også som frustrerende og svært for de gravide kvinder. Ligesom de øvrige gravide kvinder i undersøgelsen fremhævede de positive forhold ved at være på arbejdspladsen under graviditet og et ønske om at være der så længe som muligt. Blandt de øvrige informanter går flere af elementerne fra Gitte, Anne og Bentes fortællinger igen, og deres overordnede holdning til sygemelding adskiller sig ikke fra dem.

Bentes historie er et eksempel på en kvinde, som var hospitalsansat, men som ikke varetog et job med tunge løft, stående/gående arbejde og skifteholdsarbejde. Hendes historie var et eksempel på en fortælling om en kvinde med en leder, som forsøgte at være opmærksom og støttende og ikke ønskede at presse sine medarbejdere. Da Bente sygemeldes, var hun glad for lederens anerkendelse af, at hun skulle 'passe på sig selv'. Samtidig lod det til, at Bente blev 'tabt' på et tidspunkt i forløbet, da hun ikke ved, hvorfor lederen opfordrede til, at hun

fuldtidssygemeldes. Måske havde sygemeldingen den forebyggende effekt, at Bente trods alt kom tilbage til jobbet senere i sin graviditet, men det er uvist hvorvidt (og for hvem), den er nødvendig. Bentes historie viste således, hvordan der kan være uklarheder omkring opfordringer til fuldtidssygemelding.

De gravide kvinders fortællinger om sygemeldinger lægger op til en undersøgelse af, hvordan dialog på arbejdspladserne kan forbedres. Man kan måske forestille sig, at en kvalificeret dybdegående dialog evt. med inddragelse af fagpersoner, kunne være med til at skabe klarhed og forventningsafstemning og hindre misforståelser/misforståede hensyn. En sådan dialog kunne måske have betydet, at Gitte blev sygemeldt 'i tide', at Anne fik arbejdstilpasninger inden hun måtte gå grædende fra arbejde, og at Bentes sygemelding var mere gennemskuelig.

4.2.2. Gravides kvinders behov for hjælp på arbejdspladsen

I interviewene med de gravide kvinder fortalte flere, at de havde haft brug for forskellige tilpasninger i arbejdet i forbindelse med deres graviditet. De havde haft brug for ændringer i planlægningen eller tilrettelæggelsen af arbejdet og flere havde fået forskellige tilpasninger. Det drejede sig om justering af arbejds- og mødetid, opgavefordeling og omplacering, om at undgå opfyldning af tunge varer, at få 'lette' kørelister, mere administrativt arbejde og mulighed for hvile. Flere påpegede, at de havde fået disse tilpasninger på deres arbejde, og at de i øvrigt havde rådført sig med andre, fx fysioterapeut omkring arbejdstid (nedtrapning og optrapning) og andre fortalte, at lederen havde hjulpet til med beslutninger.

I forbindelse med arbejdstilpasninger fremhævede de gravide kvinder lederens og kollegernes accept af arbejdstilpasninger som afgørende for, at de oplevede det som positivt at være på arbejdspladsen. De oplevede det også som positivt, når leder og kolleger hjalp til med at sige fra, og var opmærksomme på risikofyldte opgaver. Når leder og kolleger var positivt stemte over for dette, havde den gravide en positiv oplevelse, og de følte sig ikke som en belastning. Omvendt, kunne det være svært for den gravide, når arbejdstilpasninger ikke blev anerkendt af kolleger. Heidi, som var social og sundhedshjælper, fortalte for eksempel, at det sværeste var kollegerne, som ikke forstod, at hun skulle skånes. Det var de ikke selv blevet, da de, for mange år siden, var gravide. Dette betød, at Heidi havde det svært med arbejdstilpasninger, og derfor var meget taknemmelig for, at hun havde en tillidsrepræsentant og en leder, som talte hendes sag. I modsætning til Heidis oplevelse af kolleger, fortalte Ellen, som var ansat i socialpsykiatrien, hvor der arbejdes med mennesker, der kan være uforudsigelige og

udadreagerende, at hun havde sat pris på, at kollegerne netop accepterede hendes arbejdstilpasninger og var opmærksomme på hende:

"Der havde jeg bare nogle kollegaer, der fik øje på mig, og sagde, at nu skulle jeg lige skynde mig at gå væk, for nu tog de den. Meget omsorgsfulde overfor, at man er i en lidt mere sårbar situation [...] Det syntes jeg egentlig var meget rart, fordi nogle gange kan man godt stirre sig selv lidt blind på det. Man kan godt tænke sådan lidt: "det er jo bare mit arbejde, så det gør jeg, som jeg plejer". Hvor det egentlig var rart, at der var nogen, der sagde "nu er vi faktisk bekymrede for dig". Også sådan at de kunne få ro til at gøre deres arbejde" (Ellen, socialpsykiatrien).

I citatet fremhævede Ellen, at kollegerne skulle have 'ro til deres arbejde'. Her viste hun, at hun ved, at hun kan påvirke sikkerheden i forhold til patienterne negativt, fordi hun var gravid. Hun havde ikke lyst til at være en belastning for de øvrige kolleger. Dette var også en tendens, som går igen i fortællingerne hos de gravide, uanset om arbejdstilpasningen angår tid væk fra borgere, eller om de fratages at gå på stiger i butikken i forbindelse med opfyldning af varer. De ønskede ikke, at deres kolleger skulle se skævt til dem, og/eller at de skulle være en belastning for kolleger og/eller arbejdspladsen generelt. En informant påpegede, at det kunne være svært for den gravide at acceptere tilpasninger og indarbejde tilpasninger. En anden fremhævede, at det for nogle kunne være svært at bede om hjælp hos leder, fordi der kunne være store individuelle forskelle på kvinders graviditet. Det var ikke givet, at der var brug for arbejdstilpasninger, og dette kunne gøre det svært, for de kvinder, der havde brug for det. Hun tilføjede:

"Det kan godt være grænseoverskridende for den gravide, at komme og sige til og fra. Og det skal det ikke være. Der hviler nogle gange lidt den her forbandelse over det. "Det er ikke en sygdom at være gravid". Nej, det er det heller ikke, men man skal stadig passe på den gravide og passe på den baby, den gravide bærer på. Og der er bare nogen, der bærer det anderledes end andre" (Gitte, detailbranchen).

Gittes pointe var således, at forskellige graviditeter kan gøre det svært at bede om tilpasninger, fordi man som gravid ikke vil være den medarbejder, der kan klare mindre end sine kolleger. Omvendt kan man forestille sig, at det ville være lettere at bede om tilpasninger, hvis der var forståelse for tilpasninger, og hvis andre kolleger på arbejdspladsen havde oplevet lignende udfordringer.

Opsamling

I analysen af de gravide kvinders behov for hjælp på arbejdspladsen, fremgik fortællinger om et behov for konkrete arbejdstilpasninger. Forudsætningen for vellykkede arbejdstilpasninger

er et behov for åben og ærlig dialog med deres leder. Flere gravide påpegede desuden, at det betød meget, når lederen kom til dem og fulgte op, og at han/hun viste forståelse og anerkendelse af, hvordan de havde det. Samtidig satte flere pris på, når lederen var med til at træffe beslutningerne, og/eller når en anden fagperson rådgav i forhold til at justere timeantal, optrapning og nedtrapning. Dette kunne ses som et behov for og hjælp til legitimering af skånehensyn/arbejdstilpasninger hos de kvinder, der måske modsat deres kolleger havde brug for tilpasninger. I fortællingerne træder kollegernes anerkendelse af arbejdstilpasninger således tydeligt frem. Det er yderst vigtigt for den gravide kvinde at være på en arbejdsplads, hvor ikke blot lederen anerkender hendes situation, men også at kolleger anerkender den, og ikke føler sig belastede af eventuelle justeringer.

4.2.3. Ledernes erfaringer og holdninger til sygemelding

Der blev gennemført interviews med 9 ledere fordelt på 7 individuelle interviews og et fokusgruppinterview. Interviewene blev gennemført på arbejdspladserne og i arbejdstiden. Vi interviewede: 3 mandlige ledere indenfor detailbranchen, 3 kvindelige ledere inden for sundhed- og omsorgssektoren, en mandlig og en kvindelig leder indenfor rengøring og en kvindelig leder indenfor hotel- og restaurationsbranchen. Under interviewene perspektiverede flere af de kvindelige informanter til deres egen oplevelse af graviditet i branchen. Derfor indeholder også flere af leder-interviewene førstehåndsfortællinger om graviditet indenfor brancherne, som tilføjer yderligere facetter til datamaterialet.

De interviewede ledere fortalte, at deres holdning var, at gravide så vidt muligt skulle blive på arbejdspladsen under deres graviditet. Kun hvis det af helbredsmæssige årsager ikke var muligt at passe jobbet, var løsningen en sygemelding. Der var altså heller ingen af lederne, der udtrykte en holdning om at gravide ikke kunne være indenfor de respektive brancher, når de blev gravide, men ofte blev der krævet forskellige arbejdstilpasninger og justeringer.

Lederne fortalte, at de var opmærksomme på deres medarbejdere. De fremhævede, at de arbejdede professionelt med problemstillinger relateret til sygefravær generelt, og at de tog godt hånd om den enkelte. Særligt lederne indenfor detailbranchen fortalte, at de blev målt og vejret, også hvad sygefravær angik. De talte alle om deres ansvar i forhold til den gravides situation på arbejdspladsen. Birthe, som havde været leder inden for sundhed- og omsorgssektoren i over 12 år, udtalte følgende:

"Jeg tænker, som arbejdsgiver, at vi er forpligtet til at sørge for, at vedkommende ikke bliver syg, vel vidende at der er nogle gravide, der skal være sygemeldte af helbredsmæssige årsager. Men som arbejdsgiver kan vi, vil jeg vove at påstå, skabe et rum, en arbejdsdag der gør, at det ikke er nødvendigt" (Birthe, sundhed- og omsorgssektoren).

Lederne fortalte, at de arbejdede med APV-værktøjet og lavede arbejdspladsvurderinger og tilpasninger i arbejdet for gravide. De fortalte om erfaringer med gravide, hvor de havde iværksat samme typer af tilpasninger, som de gravide fremhævede. Det vil sige tilpasninger, der blandt andet vedrørte planlægningen eller tilrettelæggelsen af arbejdet, justering af arbejds- og mødetid, opgavefordeling og omplacering og mulighed for hvile. Nogle ledere arbejdede mere struktureret med APV-værktøjet end andre. Nogle havde faste møder med de gravide, så snart de fik kendskab til graviditet, andre fulgte de gravide mere ad hoc. Flere af lederne fandt det vigtigt, at de fik forventningsafstemt med de gravide fra start, og at de i den forbindelse fik fremhævet, at de som ledere var afhængige af, at de gravide kvinder kom til dem, så de havde mulighed for at handle og tilpasse arbejdet. De understregede i samtalerne med de gravide, at de ikke viste, hvordan de følte, og det derfor var deres ansvar at informere særligt i situationer, hvor arbejdet foregik langt fra, hvor lederen befandt sig.

I interviewene reflekterede lederne ligeledes over det ansvar, de havde, ikke kun i forhold til at sørge for justeringer, men også for at få medarbejderne til at 'åbne op'. I den forbindelse fortalte Allan, som var varehuschef og havde været det i mange år, at man som leder bør spørge sig selv, hvad årsagen til, at en gravid medarbejder ikke åbner op kan være, og hvilken rolle, man som leder har haft i det. Han sagde, at man som leder måske havde signaleret noget, som forårsagede, at den gravide medarbejder ikke havde oplevet mulighed for tilpasning. Andre ledere påpegede at, åbenheden påvirkes af, hvordan lederen forholder sig til emnet, og skabes ved at lederen viser, at arbejdstilpasninger er en reel mulighed, og at man som leder viser medarbejderne, at det ikke forventes, at alle graviditeter forløber uden tilpasning af arbejdet. Birthe fortalte også: *"Vi har altid snakket meget om at det at være gravid, ikke er en sygdom. Og det er arbejdet, arbejdet skal tilrettelægges efter, at man kan være her, og de vil gerne være her"* (Birthe, sundhed- og omsorgssektoren).

Svære graviditetsforløb

Lederne fremhævede dog, at det ikke altid var let at have en gravid medarbejder, og at det kunne være svært at håndtere. Agnete, som også havde været leder inden for sundhed- og omsorgssektoren i over 10 år fortalte, at det kunne være svært at håndtere gravide, som var påvirket psykisk af deres graviditet. Hun fortalte, at der fx kunne være gravide, der havde

mistet eller bange for at miste fosteret, og at det kunne være svært at finde ud af, hvordan hun agerede bedst som leder i den situation. Hun fortalte:

"Den synes jeg er svær som leder at stå i. Hvor meget kan jeg som leder tillade mig at træde ind over den her grænse, og faktisk forlange. Hvis en medarbejder har det rigtig dårligt psykisk, for de skal jo være noget for vores borgere, og det kan man ikke, hvis man har det dårligt psykisk" (Agnete, sundhed og omsorg).

I samme forbindelse nævnte hun, at hun ønskede sig mere viden og redskaber til at håndtere denne type af medarbejdere/gravide. Hun tilføjede:

"Fordi man [...] kan godt menneskeligt sætte sig ind i hvordan det er, og kan jo også se det, men hvordan tackler vi det helt præcist [...] hvad kan man tillade sig faktisk, og det synes jeg er svært. Det er et mega dilemma at sidde i, for det er sådan lidt... jeg vil gerne, men så er det nemmere at sige: "Jamen, så bliver du bare sygemeldt. Fordi det er det, vi kan forvalte her og nu. Og det kunne vi godt blive klædt endnu bedre på til at kunne varetage de der. Det synes jeg er svært [...] For det er jo meget nemt bare at sige, jamen så er du langtidssygemeldt, så får jeg en anden en ind, og så tænker jeg, at det er meget fint, jeg får 80 % af hendes løn dækket - jeg har bare ikke den samme medarbejder, det er ikke helt det samme ikke at have den, der plejer at være der. Hun kender sine borgere, hun ved hvordan det er at køre ude. Kender gruppen. Der er mange aspekter i det, det er ikke bare".

[...] det er lige præcis dem, der er de sværeste, det er de psykiske, for os som ledere i hvert fald, der har vi brug for hjælpen" (Agnete, leder sundhed- og omsorgssektoren).

Andre ledere fortalte om medarbejdere, som ikke ønskede at sygemeldes, og som havde svært ved at justere arbejdet ud fra deres behov eller de tilpasninger, der var besluttet.

Bo, som havde været varehuschef i 13 år, fortalte om sin erfaring med en gravid kvinde, som havde fuld opbakning og forståelse for hendes situation fra alle ledelsesniveauer og fra hendes kolleger, men som havde problemer med at ændre sin adfærd på arbejdspladsen. Han fortalte:

"Malene var lidt en drengepige, og det der var sjovt ved hende, det var, at når hun ikke var gravid, så kunne hun faktisk næsten tage mere ved end nogle af drengene kunne, og det kunne hun godt lide, det der. Og så lige pludselig [...] så fandt hun ud af, at nu var hun altså bagefter, og det havde hun det lidt svært med [...] Hun gik lige fra at være denne der, der var en del af klikken til at være denne der, der var lidt.. lidt tung og lidt... mindre effektiv end det hun egentlig ønskede. Men hun havde en mega god humor og kunne også godt tage lidt pis på det og også på sig selv (Bo, detailbranchen).

Allan, som ligeledes var varehuschef fortalte også, at han havde haft medarbejdere, som havde svært ved at acceptere, at der var ting, de ikke kunne. Han fortalte følgende om en kvinde:

"Hun ville jo så heller ikke acceptere at hun fik bækkenløsning og altså, hvor jeg sagde: "Nu bliver du nødt til at passe på dig selv". Hvor lægen måske også havde sagt... men der ville hun så ikke lytte, det var så den anden vej, men fordi hun måske var så ærekær omkring sit job. Der kan jeg huske, at jeg sagde der: "Nu er du nødt til at passe på dig selv" (Allan, detailbranchen).

Ledernes oplevelser viste, hvordan de er afhængige af, at de gravide åbner op, og at de kan møde gravide medarbejdere, som kan frygte at fremstå som svage overfor sig selv, lederen og ikke mindst deres kolleger. Flere ledere var opmærksomme på kollegernes rolle. Derfor gjorde de meget for at undgå, at den gravide følte sig som en belastning, og de var opmærksomme på, hvordan de formidlede videre til medarbejdergruppen. Agnete fortalte, at hun også var opmærksom på at få skabt en arbejdsplads, hvor alle anerkendte den gravides behov, og hvor gravides skånehensyn ikke var anderledes end andre medarbejders skånehensyn. Hun fortalte, at hun forsøgte at skabe en arbejdsplads, hvor medarbejdere var ærlige om, hvordan de havde det, så de bedre kunne forstå hinanden. Mona understregede også nødvendigheden af dette, og sagde at kolleger ikke måtte føle, at de belastes. Hun fortalte:

"Det skal jo heller ikke være sådan, at man forfordeler, og det går ud over nogen andre [...] det er sådan med at få den kompenseret lidt, så den anden medarbejder ikke føler at "nå, er det bare fordi hun skal forfordeles [...] Det er sådan en balancegang". (Mona, hotel- og restaurationsbranchen).

Både Birthe og Agnete oplevede, at de gjorde meget inden for dette område, og at en operationaliseret graviditetspolitik var et godt redskab for at sikre forståelse for gravides situation. De fortalte, at det handlede om at snakke sammen på arbejdspladsen om, hvordan graviditet håndteres, også når det ikke var aktuelt. Agnete forklarede:

"Så handler det måske også om, hvad er vores holdning til, hvis nu du bliver gravid, hvad kan vi så? Hvordan hjælper vi så hinanden? Både dig som medarbejder, mig som arbejdsgiver og faktisk hele gruppen. Og jeg tror vi skal være bedre til at snakke om det, før det er aktuelt. For den bevidsthed, at man har talt om det her og gerne mange gange, for hvis det ikke sker, så er der jo ikke brug for det, men at man får en holdning i gruppen om det, at det er den her løsning vi vælger (Agnete, sundhed- og omsorgssektoren).

Det handlede således om at finde holdbare løsninger. Catrine, leder i sundhed- og omsorgssektoren, påpegede [...] *Og så må kollegaerne ikke opleve, at de bliver belastet. Der skal selvfølgelig også være noget fair i det her, det skal ikke være sådan, at fordi der er en, der er gravid, så er det altid dem på 50, der får flere og tungere arbejdsopgaver.[...] Det er nok den største udfordring, og det er der, hvor økonomien kommer ind rigtig mange steder [...] jeg kan godt se i en gruppe, hvor du har flere gravide, og hvor du ikke har økonomien med til at dække de opgaver, som de ikke kan varetage, der er det altså en udfordring. Så der er det noget med at fordele sol og vind lige, og så sige, at der kommer det ud på alle i stedet for at det er nogle få"* (Catrine, sundhed- og omsorgssektoren).

Catrine påpegede som andre ledere, at økonomi kan være en udfordring, ligesom andre påpegede, at en gravid medarbejder, der skal have arbejdstilpasninger, medfører mere arbejde til lederen. Det var mere uforudsigeligt, og krævede mere administrativt arbejde af lederen, som også skal orientere resten af medarbejderne og organisere. De fortalte, at der måske var nogle, der kunne finde det lettere at køre en anden medarbejder ind i et barselsvikariat allerede relativt hurtigt. Særligt hvis der var mange sygedage, og driften var svær at styre. De oplevede dog selv, at de havde mulighed for tilpasning, men at der også for dem kunne være økonomiske barrierer og ulemper ved at have en medarbejder, som udførte en tredjedel af arbejdet, men stadig var raskmeldt, og der ikke var økonomisk compensation. En anden leder påpegede også gabet mellem den løn den gravide fik med pension kontra den refusion, man fik i forbindelse med sygemelding. Økonomien blev angivet som en udfordring, men også som en problemstilling, man som leder skal prøve at løse.

"Vi skal ændre nogle prioriteter, og nogle arbejdsopgaver og måske, hvis det er, lad os sige det tilfælde, at der mangler 15.000 kr. om måneden. Jamen de penge skal jeg jo finde. [...] Altså der kan være noget ommøblering i praksis ud fra lønnen [...] Men det er jo her, jeg mener, det skal vi være i stand til som ledere. Det er i bund og grund vores job, og det vi er ansat til. Vi skal være i stand til hele tiden at være kreative, og ændre på tingene konstant, og det synes jeg, vi er pisse gode til. [...] Det er da udfordrende. Men det er også det vores profiler, de godt kan lide. Vi kan godt blive udfordret (Christian, detailbranchen).

Agnete påpegede også, at selvom de er gode til at finde løsninger, kunne de måske være endnu bedre til at tænke i kreative løsninger. Hun påpegede, at tid kunne være en faktor i forhold til at tænke kreativt, men også at der kunne være muligheder ved øget sparring med andre faggrupper eller fra andre brancher.

Opsamling

I interview med ledere fremgik betydningen af arbejdspladsjusteringer og en åben og ærlig dialog mellem ledelse og medarbejdere, hvilket gav mulighed for at tilpasse arbejdet i svære brancher og en lyst til at beholde gravide medarbejdere på arbejdspladsen under graviditeten.

Analysen pegede desuden på nogle af de udfordringer, ledere kan opleve i forhold til gravide kvinder. Det handlede blandt andet om håndtering af kvinder, der var psykisk påvirkede af deres graviditet, hvor der konkret efterspørges sparring og/eller vejledning. Lederne kunne ligeledes føle sig udfordrede af kvinder, der selv havde svært ved at skåne kroppen og tilgodese hensyn, fordi de ikke ønskede at tabe ansigt på arbejdspladsen, og/eller deres egen manglende forståelse for at graviditet kan være så individuel og belastende for nogen.

Analysen viste også erfaringer med og forslag om at skabe en accept og legitimering af gravidens arbejdstilpasninger, såfremt graviditetspolitik operationaliseres og diskuteres, så alle medarbejdere er enige om, hvad der sker, og hvad de kan forvente, når de får en gravid kollega. Det handler om at undgå, at ingen føler, de belastes af den gravide, og at den gravide ikke føler sig som en belastning.

Sidst gav analysen et indblik i de dilemmaer, fordele og ulemper, som lederne kunne opleve i forhold til fastholdelse og/eller sygemelding af gravide medarbejdere.

5. Diskussion

5.1. Spørgeskemaundersøgelsen

I alt havde 14,6 % af studiepopulationen været sygemeldt mere end 14 dage fra graviditetens start til 27. graviditetsuge. Gravide medarbejdere, som gennem hele eller sidst i graviditetsforløbet var eksponeret for risikofaktorer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø eller angav dårligt selvvurderet helbred havde størst risiko for sygefravær.

Resultaterne svarede til tidligere undersøgelser om risikofaktorer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø for sygefravær blandt gravide kvinder, f.eks. tunge løft, stående/gående arbejde og skifteholdsarbejde (2,7), højt arbejdstempo, lav støtte fra kollegaer og leder og lav indflydelse (2,27). Resultaterne viste en tendens til, at flere gravide medarbejdere i højere grad var eksponerede for psykosociale risikofaktorer og dårligt mental helbred end risikofaktorer i det fysiske arbejdsmiljø. Gravide medarbejdere, som var ansat i højrisikobrancher havde større risiko for sygefravær, hvilket også var fundet i to danske rapporter

baseret på registerdata (5,6), dog havde branche ikke significant betydning efter justering for potentielle confoundere. Dette kan skyldes metodemæssige udfordringer i form af en lav deltagelsesprocent, særligt blandt gravide kvinder fra højrisiko brancher, men også fordi studiepopulationen var med stor andel af højtuddannede kvinder. På den anden side kan den manglende sammenhæng mellem branche og sygefravær også indikere, at det er væsentligst at se på risikofaktorerne i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø og ikke kun på den specifikke branche.

Gravide medarbejdere, som oplevede arbejde-familie konflikt havde en større risiko for sygefravær, hvilket også er vist tidligere (28). Dette kan skyldes, at mange kvinder har dobbeltarbejde, dvs. både på arbejdspladsen og i hjemmet (29). De mange forpligtigelser for gravide kvinder, kan måske delvist forklare den høje score på udbrændthed og stress. Andre mulige forklaringer kan være tidspunktet for besvarelse af baseline spørgeskemaet, da kvalme, opkast og træthed er hyppigt forekommende i 12. graviditetsuge og kan have en negativ indflydelse på det mentale helbred (30). En høj score på udbrændthed og stress var associeret med sygefravær ≥ 14 dage, og det samme var gældende for gravide kvinder med depressionssymptomer. Mentale lidelser som depression og angst er blevet identificeret som risikofaktorer for sygefravær i andre studier (31,32), hvorfor tidlig opmærksomhed på depressive symptomer er vigtigt for at reducere sygefravær.

Tre ud af fire kvinder, der rapporterede behov for justeringer på arbejdspladsen fik gennemført disse. Mens gravide kvinder, som ikke fik opfyldt behovet for justeringer havde tendens til højere sygefravær sammenlignet med de kvinder, som fik justeringer tilbudt. Dette er i overensstemmelse med et norsk studie (3), som fandt at justeringer på arbejdspladsen var nyttige, særligt for medarbejdere, som havde skifteholdsarbejde, eller aften/nat arbejde, da risikoen for sygefravær over 14 dage blev reduceret med næsten 11 % (3). Nærværende undersøgelse viste, at eksponeringer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø samt dårligt selvvurderet helbred var risikofaktorer gennem hele graviditeten. Dette viser, at tidlige arbejdspladsjusteringer er vigtige for at reducere sygefravær blandt gravide medarbejdere. Et review om interventioner i sundhedssektoren og på arbejdspladser om sygefravær blandt gravide kvinder fandt ingen interventioner, der var afprøvet på arbejdspladser (33). Dette viser vigtigheden af at teste forhold på arbejdspladsen, som f.eks. at reducere skiftende arbejdstider og nattevagter, reducere tunge løft samt give mulighed for siddende arbejdsstillinger og mere indflydelse på arbejdsopgaver og planlægning, hvilket interviewundersøgelsen påpegede. På trods af at de interviewede ledere havde fokus på APV, havde mindre end en tredjedel af kvinderne i denne undersøgelse gennemført den obligatoriske APV, hvilket indikerer et behov for at fokusere mere på forebyggelse på

arbejdspladsen. Arbejdsforhold og justeringer af disse kunne også med fordel være et emne tidligt i graviditeten ved praktiserende læge og jordemoder (31,34).

Styrker og svagheder

Alle gravide kvinder i Region Midtjylland var inviteret til at deltage. Kvinder, som udfyldt begge spørgeskemaer og som indgik i undersøgelsen, var sammenlignelige med kvinder, som kun udfyldte baseline spørgeskemaet, bortset fra at sidstnævnte kvinder oftere var ansat i højrisiko brancher.

Det gennemsnitlige sygefravær i denne undersøgelse var 9,1 dage, hvilket var markant lavere end i tidligere undersøgelser (3,5,13,31,32), hvilket kan skyldes den kortere opfølgningsperiode (27. graviditetsuge), da sygefravær stiger gennem de sidste uger af graviditeten (7,32). Derudover var en relativ stor andel af studiepopulationen højtuddannede kvinder, som generelt har et lavere sygefravær (35).

Der var ingen information tilgængelig om kvinder, som ikke udfyldte spørgeskemaerne, men det antages, at studiepopulationens uddannelsesniveau var højere, da mere end en tredjedel havde en længere uddannelse (> 4 år). Det betyder, at sammenhængen mellem arbejdsmiljø og sygefravær formentligt er underestimeret, da kvinder med lavere uddannelsesniveau har mere sygefravær (35), da de er mere eksponeret for risikofaktorer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø (36).

Sygefravær var selvrapporteret, hvilket tidligere er dokumenteret til at være underestimeret i forhold til registerdata blandt gravide kvinder (35) samt i den generelle befolkning (37). Derfor formodes det aktuelle sygefravær at være højere end rapporteret i denne undersøgelse.

Validerede skalaer blev brugt til at måle faktorer i det psykosociale arbejdsmiljø, arbejdsevne samt sandsynlighed for depression. Konfidensintervallerne for nogle af associationerne var dog brede på grund af lav statistisk styrke, og det anbefales derfor at teste disse sammenhænge i en større population.

5.2. Interviewundersøgelsen

Den kvalitative interviewundersøgelse viste, hvordan flere forskellige faktorer påvirkede, hvordan graviditet opleves og håndteres på arbejdspladsen.

Sygemelding blev både oplevet som en befrielse, men også som frustrerende og svært for de gravide kvinder. De ønskede at være på arbejdspladsen så længe som muligt på grund af de positive elementer, de oplevede ved at være på jobbet. Dette viser, hvordan arbejdspladsen ikke kun må betragtes som et sted, der kan udgøre en risiko, men også som et sted, der forbindes med identitet, stolthed og tilhørsforhold.

Eksemplerne viste også, hvordan risikofaktorer, som spørgeskemaundersøgelsen, kan være med til at påvirke sygefravær blandt gravide kvinder. Informanten Anne er netop et eksempel på en kvinde, som tidligere havde oplevet mentale helbredsproblemer. Derudover havde hun oplevet manglende støtte/anerkendelse fra sin leder og kun i begrænset omfang haft en dialog med sin leder om sin graviditet, hvilket tidligere undersøgelser også har vist kan øge risikoen for sygefravær (38,39). Annes historie er også et eksempel på en kvinde, som oplevede, at det er svært både at arbejde og samtidig passe huslige pligter og børn udenfor arbejdet. Dette viser, hvordan fravær på arbejdspladsen opleves som et onde, som dog kan have den positive gevinst, at overskud til at udfylde rollen som mor og varetage huslige forpligtelser, forøges. Denne fortælling lægger op til en nærmere undersøgelse og diskussion af sammenhænge mellem arbejdsdeling i hjemmene og udfordringer i forbindelse med graviditeten. Lignende emner er tidligere blevet diskuteret af den anerkendte amerikanske sociolog Arlie Russel Hochschild, som har beskæftiget sig med, hvilken betydning kvindernes indtog på arbejdsmarkedet har haft for familielivet, og de konsekvenser forskellige ligestillingsidealer har for familie, og de børn, der lever i dem (40,41). Det kunne være relevant at udvide en analyse af gravide kvinders udfordringer med deres oplevelse af forskellige idealer og arbejdsdelinger i hjemmet. Relevansen af dette understreges i øvrigt af, at sygefraværet i spørgeskemaundersøgelsen var højere hos gravide kvinder med hjemmeboende børn.

Betydningen af arbejdspladsjusteringer og en åben og ærlig dialog mellem ledelse og medarbejdere er også faktorer i arbejdet, som både tidligere undersøgelser har sat i forbindelse med sygefravær, og som bekræftes i spørgeskemaundersøgelsen (2,27). Det var vigtigt for de gravide kvinder at både ledere og kolleger anerkendte arbejdstilpasninger, men det kunne også være svært selv at acceptere en ændret situation eller rolle, som ikke stemte overens med selvbillede og/eller normer på arbejdspladsen.

Perspektiver

Fundene understreger nødvendigheden af, at der arbejdes med accept og legitimering af arbejdstilpasninger - ikke blot i dialogen mellem leder og gravide - men også på arbejdspladsniveau. Man kan forestille sig, at der er kulturer på arbejdspladser som via tilgangen til gravide, er med til at fastholde gravide medarbejdere, mens andre kulturer kan være med til at øge risikoen for sygemelding. For at undersøge denne tese kunne det være oplagt med dybdegående feltstudier af forskellige arbejdspladskulturer.

Med udgangspunkt i informanternes erfaring og forslag kunne en sådan accept og legitimering af arbejdstilpasninger ske via inddragelse af fagpersoner, men også ved at graviditetspolitik operationaliseres og diskuteres, så alle medarbejdere er enige om, hvad der sker, og hvad de

kan forvente, når de får en gravid kollega. Det handler om at undgå, at ingen føler, at de belastes af den gravide medarbejder, og at den gravide medarbejder ikke føler sig som en belastning.

Samlet peger den kvalitative undersøgelse på områder, som har betydning for, hvordan graviditet opleves og håndteres på arbejdspladsen. Det handler om kommunikation mellem ledere og gravide, anerkendelse af eventuelle arbejdstilpasninger hos både leder og kolleger (evt. via en operationaliseret graviditetspolitik) samt udfordringer i den forbindelse. Undersøgelsen peger også på mulige gevinster ved at sætte fokus på rådgivning fra professionelle vedr. arbejdstilpasning, samt støtte/sparring til lederen i forhold til håndtering af gravide, som er påvirkede psykisk i forbindelse med deres graviditet.

Styrker og svagheder

Den kvalitative undersøgelsen indfrier dens formål som et udviklingsprojekt, og den giver en forståelse, som ikke kan indfanges via mere standardiserede metoder. Den kvalitative metode har således været valgt i forhold til at etablere en forståelse for kvindernes og ledernes perspektiv, som kan anvendes i planlægning og evaluering af interventioner. Informanternes beskrivelser af deres oplevelser på arbejdspladsen peger nemlig på forhold på arbejdspladsen, som kan have betydning for, hvordan graviditet opleves og udvikles, og som kan medtænkes i gennemførelse og evaluering af interventioner på området. Desuden kan fremtidige undersøgelser med fordel rette fokus på disse forhold m.h.p. at styrke delundersøgelsernes teoretiske generaliserbarhed.

Det havde givetvis været optimalt med et større antal af informanter, således mønstre og tendenser i datamaterialet ville forekomme mere tydeligt, og dermed ville kunne konstruere et mere nuanceret billede af gravide kvinder og lederes oplevelser og holdninger til graviditet på arbejdspladsen. Imidlertid afslog adskillige kvinder at deltage på grund af manglende overskud. Dette betød, at vi måtte gå på kompromis i forhold til antal af informanter, men på trods af dette lykkedes det at interviewe kvinder fra forskellige brancher samt at identificere mønstre på tværs af materialet. Flere af kvinderne fortalte dog heller ikke blot om deres nuværende, men også om tidligere graviditeter, og de inddrog her fortællinger fra forskellige arbejdspladser. På den måde indeholder interviewene med flere af de interviewede kvinder fortællinger fra flere forskellige graviditeter og fra flere forskellige arbejdspladser. Dette udvider datamaterialet og gør det mere nuanceret.

Efterfølgende har vi overvejet, hvorvidt det kunne have været hensigtsmæssigt med en anden tilgang i forhold til udvælgelse og rekruttering. Fremfor først at kontakte kvinder m.h.p. interviews efter indsamling af samtlige spørgeskemadata, kunne det have været en fordel at

kontakte kvinderne telefonisk, allerede i starten af deres graviditet, for herved at etablere kontakt til kvinderne, og der kunne eventuelt have været løbende samtaler (mini-interviews) for herved at få information og dialog omkring deres graviditet og oplevelser på arbejdspladsen. Det faktum, at vi først kontaktede kvinderne sidst i deres graviditet, kan altså have betydet, at de ikke ønskede at deltage i interviews, som vedrørte arbejde, fordi de mentalt var et andet sted: i fasen hvor de indstiller sig på fødsel og/eller netop har overstået en tidlig fødsel. Havde vi i stedet besluttet at kontakte kvinderne tidligere i deres graviditet, skulle vi have ændret kriterierne for udvælgelse af informanter, og vi skulle have opnormeret forskerens tid til rekruttering og løbende fastholdelse af kontakt til informanter. Til gengæld ville en sådan tilgang måske have øget mulighederne for et større og rigere interviewmateriale. I interviewundersøgelsen med lederne lykkedes det at få input fra alle udvalgte faggrupper. I denne undersøgelse var målet heller ikke et højt antal informanter, men i højere grad at undersøge den situation, lederen repræsenterer, deres holdninger til sygemelding af gravide medarbejdere samt muligheder og barrierer for fastholdelse på tværs af risikobrancher.

6. Konklusion og perspektivering

Faktorer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø samt helbredsstatus havde betydning for omfang af gravide kvinders sygefravær. Desuden viste resultaterne, at der på relativt få arbejdspladser gennemføres APV, hvilket understreger vigtigheden af en tidlig indsats på arbejdspladsen, således at arbejdsforholdene kan blive justeret i starten af graviditeten. En udfyldelse af APV kan danne udgangspunkt for en dialog med lederen. Det er særlig vigtigt, at ledelsen og HR er opmærksom på risikofaktorer i arbejdsmiljøet, for at kunne hjælpe de gravide kvinder til at forblive på arbejde længst muligt under deres graviditet.

Der blev yderligere identificeret områder, som er relevante at medtænke for at reducere sygefravær blandt gravide kvinder og sikre positive graviditetsforløb på arbejdspladserne. Det handler om at sikre en åben kommunikation mellem ledere og gravide, sikre anerkendelse af eventuelle arbejdstilpasninger hos både leder og kolleger (evt. via en operationaliseret graviditetspolitik) samt en opmærksomhed på de udfordringer, som den gravide medarbejder og kolleger kan opleve i forbindelse med den gravides arbejdstilpasninger. Undersøgelsen peger også på mulige gevinster ved at sætte fokus på rådgivning fra professionelle vedr. arbejdstilpasning, optrapning/nedtrapning af timer, samt støtte/sparring til lederen i forhold til håndtering af gravide, som er påvirket psykisk i forbindelse med deres graviditet.

Undersøgelsen peger derfor på følgende områder, som kan medtænkes i en intervention på området:

- Øge og kvalificere dialog mellem leder og medarbejder på arbejdspladsen omkring arbejdstilpasninger
- Sikre forventningsafstemning og opfølgning på graviditet
- Sikre nødvendige arbejdstilpasninger og synliggøre graviditetspolitik, så arbejdstilpasninger anerkendes af både ledere og medarbejdere på arbejdspladsen
- Inddrage fagpersoner, som kan inspirere og rådgive og støtte både ledere og gravide medarbejdere i forbindelse med arbejdstilpasninger
- Legitimere og kvalificere eventuelle arbejdstilpasninger via inddragelse af fagpersoner

På baggrund af resultater og viden fra dette projekt er der blevet designet et interventionsprojekt på Aarhus Universitetshospital målrettet reduktion af gravide medarbejders sygefravær. Interventionen har til hensigt at understøtte gravide medarbejdere og ledere ved at forbedre arbejdsmiljøforhold og anvende arbejdsgiveres/lederes positive erfaringer med fastholdelse. I interventionen er der taget udgangspunkt i resultater fra dette udviklingsprojekt samt fra norske erfaringer med trepartssamtaler på arbejdspladsen mellem den gravide medarbejder, nærmeste leder samt en arbejdsmiljøjordemoder, hvor den gravide medarbejder bliver vejledt i håndtering af graviditetsgener, og lederen opnår øget kendskab til at varetage den gravide medarbejders behov for arbejdstilrettelæggelsen.

7. Formidlingsaktiviteter

7.1. Populærformidling

Ved opstart af projektet blev der lavet et indslag på TV2 Midt-Vest (februar 2018), en videopræsentation af projektet på Region Midtjyllands facebook profil (februar 2018) samt en artikel til DEFACTUMS hjemmeside.

<https://www.defactum.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/nyheder-2018/ny-forskning-i-bedre-trivsel-hos-gravide-i-arbejde/>.

7.2. Videnskabelig formidling

Mundtligt

Resultaterne blev første gang præsenteret på Arbejdsmiljøforskningsfondens årskonference, København, 16. januar 2019. Oplæggets titel: "Undersøgelse af gravides arbejdsmiljø og holdninger til sygefravær. Udvikling af intervention for fastholdelse af gravide medarbejdere."

Der blev afholdt en Forskningsdag "Gravide kvinders arbejdsmiljø og sygefravær" på Aarhus Universitetshospital, Skejby den 17. januar 2019 med præsentation af resultater fra projektet samt oplæg fra bl.a. arbejdsmediciner Ebba Wergeland fra Norge, og læge Luise Mølenberg Begtrup.

Forskningsdagen blev arrangeret i samarbejde med Danske Regioner.

I alt deltog 120 sundheds- og arbejdsmiljøprofessionelle fra hele landet. Der er i forbindelse med forskningsdagen skabt relationer blandt forskere og fagfolk, som arbejder videre med forskningsideer og kliniske tiltag.

Desuden er projektet præsenteret ved flere konferencer:

- Work Disability Prevention and Integration (WDPI), Conference, Odense 5. juni 2019.
- Tværfaglig Fagdag, april 2018 på Hospitalsenhed Midt, Kvindesygdomme & Fødsler, Heibergs Ålle 4, 8800 Viborg. Titel på oplæg "Graviditet og Trivsel".
- DEFACTUMs Interne konference, juni 2018. Titel: "Graviditet og Trivsel".
- Abstract er accepteret til workshop på AM2019 konferencen i november 2019. Titel: "Sygefravær blandt gravide medarbejdere".

Skriftligt

Resultaterne vil blive publiceret i to videnskabelige artikler. Den ene er submitted til Scandinavian Journal of Public Health, mens den anden er under udarbejdelse.

Der er lavet aftaler med journalister, når de videnskabelige artikler er blevet publiceret.

Endvidere udsendes en pressemeddelelse og resultaterne ligges på DEFACTUMs hjemmeside.

8. Litteraturliste

- (1) Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Predictors of sickness absence in pregnancy: a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health* 2015 Mar;41(2):184-193.
- (2) Kaerlev L, Jacobsen LB, Olsen J, Bonde JP. Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. *Scand J Public Health* 2004;32(2):111-117.
- (3) Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occup Environ Med* 2008 Aug;65(8):560-566.
- (4) Melsom AM. Long-term sickness absence during pregnancy and the gender balance of workplaces. *Scand J Public Health* 2014 Nov;42(7):627-634.
- (5) The Ministry of Employment [Beskæftigelsesministeriet]. Analysis of pregnancy-related absence [Analyse af graviditetsbetinget fravær]. 2010.
- (6) Bach HB, Coop Henriksen A. Gravides sygefravær. Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2010.
- (7) Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health* 2015 Jul;41(4):397-406.
- (8) M. L. Hansen. Sick leave in pregnancy - risk factors and prognosis. Studies among Danish employed women. Health Aarhus University, Danish Ramazzini Centre, Department of Occupational Medicine Aarhus University Hospital; Denmark; 2016.
- (9) Strand EW, Kitty. Need for job adjustment in pregnancy: Early prediction based on work history. *Scand J Prim Health Care* 1998;16(2):90-94.
- (10) Bonde JP, Jorgensen KT, Bonzini M, Palmer KT. Miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing, and physical workload. *Scand J Work Environ Health* 2013 Jul;39(4):325-334.
- (11) Palmer KT, Bonzini M, Harris EC, Linaker C, Bonde JP. Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med* 2013 Apr;70(4):213-222.
- (12) Begtrup LM, Specht IO, Hammer PEC, Flachs EM, Garde AH, Hansen J, et al. Night work and miscarriage: a Danish nationwide register-based cohort study. *Occup Environ Med* 2019 May;76(5):302-308.
- (13) Ariansen AM. Age, occupational class and sickness absence during pregnancy: a retrospective analysis study of the Norwegian population registry. *BMJ Open* 2014 May 2;4(5):e004381-2013-004381.
- (14) Gustafsson K, Marklund S. Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: a Swedish prospective cohort study. *Int J Occup Med Environ Health* 2011;24(2):153-165.

- (15) Wüst M. Maternal employment during pregnancy and birth outcomes: Evidence from Danish siblings. *Health Econ* 2015;24(6):711-725.
- (16) Arbejdstilsynet. Sygefravær og arbejdsmiljø. Kbh.: Arbejdstilsynet; 2005.
- (17) Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health* 2010 Feb;38(3 Suppl):8-24.
- (18) National Research Centre for the Working Environment. The scales of the SHORT COPSOQ II questionnaire. 2007; Available at: https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjq8vP_ZrqAhXI1IMKHZz3BDoQfjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fnfa.dk%2F-%2Fmedia%2FNFA%2FVaerktojer%2FSpoergeskemaer%2FCOPSOQ%2FCopenhagen-Psychosocial-Questionnaire-COPSOQII%2F13_scales-of-the-short-copsoq-ii-questionnaire.ashx%3Fla%3Dda&usq=AOvVaw34_f4R--Q2uEndXEe3ZkPa. Accessed 02/01, 2019.
- (19) Arbejds miljørådet. Rapport om arbejdsulykker og forebyggelse. Kbh: Arbejds miljørådet; 2016.
- (20) Coates R, Ayers S, de Visser R. Factor Structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a Population-Based Sample. 2016.
- (21) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry* 1987;150(6):782-786.
- (22) Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):393.
- (23) Sell L, Bultmann U, Rugulies R, Villadsen E, Faber A, Sogaard K. Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. *Int Arch Occup Environ Health* 2009 Oct;82(9):1133-1138.
- (24) WHO. Body mass index - BMI. 2019; Available at: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi. Accessed 02/04, 2019.
- (25) StataCorp LLC. Stata Statistical Software. 2017;15(College Station, TX).
- (26) Kvale S. Interview, en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag A/S; 2003. p. 201-202.
- (27) Strand K, Wergeland E, Bjerkedal T. Work load, job control and risk of leaving work by sickness certification before delivery, Norway 1989. *Scand J Soc Med* 1997;25(3):193-201.
- (28) Jansen NW, Kant IJ, van Amelsvoort LG, Kristensen TS, Swaen GM, Nijhuis FJ. Work-family conflict as a risk factor for sickness absence. *Occup Environ Med* 2006 Jul;63(7):488-494.
- (29) Rieck KME, Telle K. Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica* 2013;56(2):117-137.

- (30) Bai G, Korfage IJ, Hafkamp-de Groen E, Jaddoe VW, Mautner E, Raat H. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the generation R study. *PloS one* 2016;11(11):e0166133.
- (31) Backhausen M, Damm P, Bendix J, Tabor A, Hegaard H. The prevalence of sick leave: Reasons and associated predictors–A survey among employed pregnant women. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2018;15:54-61.
- (32) Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *BJOG* 2013 Apr;120(5):521-530.
- (33) Pedersen P, Labriola M, Nielsen CV, Maimburg RD, Nohr EA, Momsen AM. Systematic review of interventions targeting sickness absence among pregnant women in healthcare settings and workplaces. *BMJ Open* 2018 Oct 25;8(10):e024032-2018-024032.
- (34) Strand EW, Kitty. Need for job adjustment in pregnancy: Early prediction based on work history. *Scand J Prim Health Care* 1998;16(2):90-94.
- (35) Kristensen P, Corbett K, Mohn FA, Hanvold TN, Mehlum IS. Information bias of social gradients in sickness absence: a comparison of self-report data in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) and data in national registries. *BMC Public Health* 2018;18(1):1275.
- (36) Kaikkonen R, Rahkonen O, Lallukka T, Lahelma E. Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *The European Journal of Public Health* 2009;19(5):458-463.
- (37) Johns G, Miraglia M. The reliability, validity, and accuracy of self-reported absenteeism from work: A meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 2015;20(1):1.
- (38) Rugulies R, Christensen KB, Borritz M, Villadsen E, Bültmann U, Kristensen TS. The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work & Stress* 2007;21(4):293-311.
- (39) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECs/DREAM. *Journal of occupational and environmental medicine* 2005;47(11):1141-1147.
- (40) Hochschild AR. When work becomes home and home becomes work. *Calif Manage Rev* 1997;39(4):79.
- (41) Hochschild A, Machung A. *The second shift: Working families and the revolution at home.* : Penguin; 2012.