

Skillnader i sjukfrånvaro

En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader

Diarienummer: FK 2023/002328

Upplysningar: Analytiker Alma Wennemo Lanninger
010-116 79 37
alma.wennemo.lanninger@forsakringskassan.se

Ansvarig forskare: Kristina Holmgren och Anna-Maria Hultén,
Göteborgs universitet

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Nils Öberg i närvaro av analytiker Alma Wennemo Lanninger, den senare som föredragande.

Nils Öberg

Alma Wennemo Lanninger

Innehåll

Skillnader i sjukfrånvaro	1
En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader	1
Sammanfattning	4
Inledning	7
Uppdrag och syfte	7
Ohälsa, arbete och sjukfrånvaro	7
Sjukskrivning, sjukersättning och kön	10
Forskning om sjukskrivning och sjukersättning.....	12
Problemställning.....	13
Metod	14
Sökstrategi och urval.....	14
Analys.....	15
Resultat	16
Andel kvinnor och män som sjukskrivs	17
Risk för sjukskrivning hos kvinnor och män	19
Andel kvinnor och män som erhåller sjukersättning	22
Risk för sjukersättning hos kvinnor och män	24
Metodval vid forskning om sjukskrivning och sjukersättning	28
Diskussion	31
Könsskillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning	31
Metodval vid forskning om sjukskrivning och sjukersättning	34
Slutsats	37
Referenser	38

Bilaga 1 Beskrivning av inkluderade artiklar

Sammanfattning

I denna rapport sammanställs skillnader i sjukfrånvaro mellan olika grupper med fokus på könsskillnader utgående från aktuell forskning. I rapporten sammanställs och värderas också de kvantitativa metoder som använts för att studera gruppsskillnader i sjukfrånvaro.

Forskningsrapporten baseras på 32 artiklar som beskriver longitudinella studier som berör sjukskrivning och/ eller sjukersättning i relation till demografiska, socioekonomiska och arbetsmiljömässiga faktorer.¹ Ett relativt stort antal av studierna som beskrivs i artiklarna har genomförts i Sverige, men Norge och Finland är också väl representerade. Nästan hälften av studierna är registerbaserade medan övriga studier även hämtar information från olika hälsoundersökningar. Majoriteten av studierna har uppföljningstid på över 10 år, men variationen är stor. Elva av studierna fokuserar på i vilken utsträckning socioekonomisk position kan förklara skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män, men även arbetsmiljö, könssegregerat arbete och tidigare sjukskrivning är i fokus för flera studier.

Ett genomgående resultat var att kvinnor hade högre andel sjukskrivning utan beaktande av sjukskrivningsorsak, vilket bekräftar tidigare forskning och utvärderingar. En mer komplex bild framträdde när hänsyn togs till sjukskrivningsdiagnos, eftersom studierna inte entydigt pekade på könsskillnader för muskuloskeletal diagnos samt att andelen personer med sjukskrivning på grund av skador var störst bland män. Ett annat genomgående resultat var att sjukskrivning var mer frekvent bland kvinnor även inom olika demografiska och socioekonomiska grupper såsom ålder, civilstånd, samt yrkes och sektor. Oavsett kön var andelen sjukskrivna i offentlig sektor störst och då speciellt inom serviceyrken i kommunal sektor och oavsett sektor var en större andel kvinnor sjukskrivna.

Det finns en rad olika faktorer som påverkar risken för sjukskrivning. Emellertid kan betydelsen av dessa faktorer skilja sig åt mellan kvinnor och män. Det finns ett samband mellan ökad stress och sjukfrånvaro oavsett längd hos både kvinnor och män, men för långtidssjukskrivning kvarstod bara sambandet för kvinnor. Höga emotionella krav i arbetet utgör också högre risk för sjukskrivning oavsett kön, men för män är den förhöjda risken främst kopplad till sjukskrivning med diagnos inom psykisk ohälsa. Att vara arbetare jämfört med tjänsteman innebär högre risk för sjukskrivning för både kvinnor och män. Sambandet är tydligare för muskuloskeletal diagnos än för sjukskrivning oavsett diagnos och för män jämfört med kvinnor. Att arbeta på en könssegregerad arbetsplats kan påverka risken för sjukfrånvaro för både kvinnor och män.

Andelen personer som får sjukersättning skiljer sig åt mellan könen. Studierna visade, precis som för sjukskrivning, att andelen personer med sjukersättning oavsett sjukskrivningsdiagnos var högre bland kvinnor än bland män. Detta gällde även för muskuloskeletal och psykiatriska

¹ I svenskt sammanhang innebär ”sjukskrivning” i allmänhet ersättning med sjukpenning.

diagnoser, men resultaten var inte entydiga. En studie visade att andelen äldre män som erhöll sjukersättning med psykiatrisk diagnos var större än andelen äldre kvinnor. Till skillnad från sjukskrivning är det inte entydigt hur åldern påverkar sjukersättning, eftersom studier visar att andelen som erhåller sjukersättning ökade upp till en viss ålder varefter den minskar.

Risken för sjukersättning varierar i relation till sjukdom och diagnos, demografiska och socioekonomiska faktorer såväl som arbetsmiljö. Denna variation i risk kan se olika ut för kvinnor och män. Bland annat kan yrke, ålder och kön påverkar risken för sjukersättning. Skillnader i risk för sjukersättning på grund av yrkeskategori har visat sig vara starkare för yngre åldersgrupper och för män jämfört med kvinnor. Risken för sjukersättning tenderade också att öka ju mer perifer arbetsmarknadsposition var. Detta gällde speciellt för unga män. Risken för sjukersättning påverkas av graden av obalans mellan krav och kontroll i arbetet hos både kvinnor och män. Större obalans var främst förknippad med en ökad risk för sjukersättning med muskuloskeletal diagnos. Bland kvinnor kan initial ohälsa bidra till den ökade risken för sjukersättning.

Metodologiska skillnader förekommer i de olika studierna. En viktig utgångspunkt är den bakomliggande förklaringsmodellen, som inte alltid är så tydligt beskriven eller diskuterad i artiklarna. I flertalet studier har strategin varit att undersöka hur en viss förklaringsvariabel (exponering) kan påverka utfallet, som är sjukskrivning, sjukersättning eller en kombination av sjukskrivning och sjukersättning. Ett fåtal studier har utgått från ett intersektionellt perspektiv, för att förstå vad det innebär att tillhöra flera sociala kategorier samtidigt. Sjukskrivning har också setts som upprepade händelser och sjukersättning har setts som en av flera möjliga vägar ut ur arbete. Utgångspunkten för studier har också varit att sjukfrånvaro och sjukersättning är en process, där långtidssjukfrånvaro övergår i sjukersättning. Några reflektioner som gjordes om metodval och hur studierna presenteras i artiklarna var bland annat att:

- Lagstiftning om sjukförsäkring, men också socialförsäkringen i övrigt, påverkar grundantagandena för studierna, men också mer specifikt hur utfallsmåtten definieras.
- Sammantaget förekommer ett stort antal utfallsmått i studierna.
- Förklaringsvariabeln mäts bara när studien startar, även när studieperioden sträcker sig över 10 år eller mer.
- Hänsyn behöver tas till att förklaringsvariabler såsom ålder, utbildning och yrkesklass definieras och grupperas på olika sätt i olika studier.
- Exakt hur olika förklaringsvariabler och utfallsmåttet har operationaliserats är i de flesta artiklarna problematiskt att utläsa, vilket gör det svårt att tolka resultaten och att jämföra resultat från olika studier.
- Risk-, hasard- och oddskvot är olika sätt att ange skillnader i sannolikhet för utfall, men de beskriver olika saker.

- I analyserna har justeringar ofta gjorts för olika variabler som inte är av primärt intresse, vilket gör det svårt att jämföra resultat inom och mellan studier.
- För att kunna bedöma resultaten ställs höga krav på att studier är tydligt beskrivna. Detta gäller speciellt studier med mer komplex design där effekter för olika undergrupper analyseras.
- Få studier använde sig av rekommendationer för rapportering av observationsstudier. Att använda sådana rekommendationer skulle kunna bidra till att artiklarna i högre grad är korrekta och fullständiga.

Inledning

Uppdrag och syfte

Försäkringskassan har fått i uppdrag av regeringen att analysera hur olika grupper nyttjar sjukförsäkringen. Det tvååriga uppdraget, som slutlevereras senast 1 april 2025, inkluderar fyra delleveranser.

- En kvantitativ översikt för att ge en samlad och aktuell bild av hur nyttjandet skiljer sig åt mellan olika grupper över tid.
- En forskningsöversikt för att sammanställa tillvägagångssätt och resultat av europeisk forskning om skillnader i sjukfrånvaro och hälsa, med fokus på könsskillnader.
- En kvantitativ fördjupad analys baserad på den kvantitativa översikten och forskningsöversikten.
- En slutredovisning där uppdraget summeras.

Denna forskningsöversikt utgör delleverans två med sista datum för överlämnande till Socialdepartementet 1 juni 2024. Översikten syftar till att belysa skillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning mellan olika grupper, med särskilt fokus på könsskillnader. Sammanställningen baseras på kvantitativ forskning om sjukfrånvaron i Sverige och andra länder med liknande arbetsmarknad/socialförsäkringssystem från de senaste tolv åren. I översikten fokuseras på epidemiologisk och/eller samhällsvetenskaplig longitudinell forskning. Uppdraget inkluderar också en värdering av resultateten samt en sammanställning av de kvantitativa metoder som använts och varit särskilt värdefulla för att studera skillnader i sjukfrånvaro mellan olika grupper. Forskningsöversikten har utgått från följande frågor:

- Vilka kvantitativa skillnader finns det i sjukfrånvaro och sjukersättning mellan grupper, med särskilt fokus på könsskillnader?
- Vilka kvantitativa metoder används och anses som värdefulla för att studera gruppskillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning?

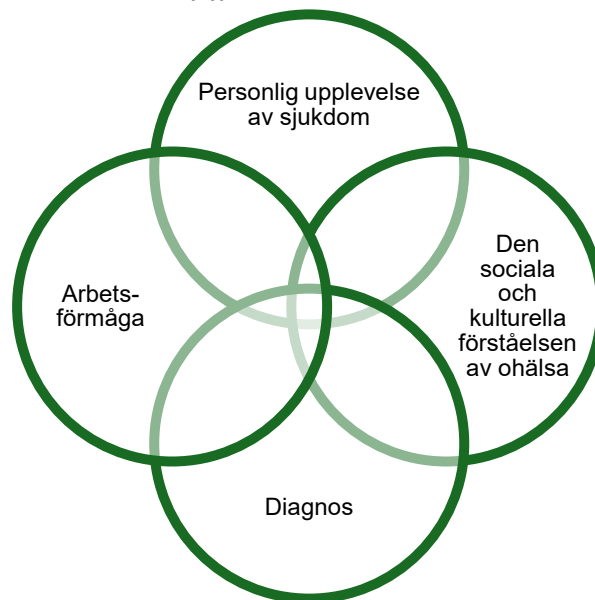
Uppdraget att sammanställa forskningsöversikten delegerades till Kristina Holmgren och Anna-Maria Hultén som är verksamma vid Sektionen för hälsa och rehabilitering, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet. Eva Hessman vid Biomedicinska biblioteket, Göteborgs universitet har medverkat i processen med informationssökning. Forskarna står själva för genomförande, analyser och slutsatser.

Ohälsa, arbete och sjukfrånvaro

En viktig utgångspunkt för denna forskningsöversikt är ohälsa, eftersom den personliga upplevelsen av sjukdom och den sociala och kulturella förståelsen av ohälsa liksom symtom och diagnos fångar olika aspekter av ohälsa (1, 2). Sjukdom, diagnos och sjukskrivning kan därmed ses som

överlappande begrepp om ohälsa, men graden av överlappning har i forskning visats sig kunna vara liten (1) (Figur 1). Det är dock inte diagnosen som sådan, utan begränsningen i patientens arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada som ligger till grund för beslutet om läkarintyg för sjukskrivning ska utfärdas eller inte (3). För att underlätta handlägningsprocessen har Socialstyrelsen utarbetat rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser (3) och därigenom indirekt kopplat diagnos till sjukskrivning (4).

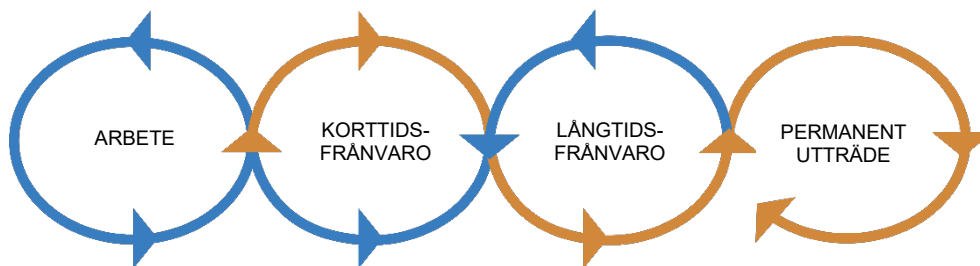
Figur 1. Den personliga upplevelsen av sjukdom och den sociala och kulturella förståelsen av ohälsa liksom diagnos och arbetsförmåga fångar olika aspekter av ohälsa, men överlappningen mellan dem kan vara liten (inspirerad av Wikman et al (1)).



Sjukfrånvaro är ett vanligt utfallsmått inom forskning, eftersom den anses vara ett användbart integrerat mått på fysisk, psykologisk och social funktion i studier av den arbetande befolkningen (5). Sambandet mellan sjukfrånvaro, sjuklighet och hälsa är dock komplext, eftersom sjukfrånvaron påverkas starkt av andra faktorer än den personliga hälsan (6-8) och bara omfattar frånvaro från arbetet som av arbetstagaren hänförs till sjukdom och som accepteras som sådan av arbetsgivaren (6) och andra aktörer. Sjukfrånvaron speglar till viss del anställdas uppfattning om sin hälsa och sitt beteende som svar på ohälsa (5). Individuella, sociala och ekonomiska faktorer, såsom motivation att närvara, frånvarokultur och sjukpenningsreformer påverkar frånvarobeteendet (7-9). Ohälsa kan därför betraktas som en förutsättning för sjukfrånvaro (10), men ohälsa kan också ses som en konsekvens av sjukfrånvaro (11). Inom forskningen råder det därför delade meningar om hur man kan kontextualisera sjukskrivning (7). Trots det kan sjukfrånvaro vara ett användbart mått inte bara på hälsotillstånd och funktion (5) utan också för att förutse framtida mental och fysisk funktion såväl som långtidssjukfrånvaro och sjukersättning (12-14).

Hälsa, ohälsa, sjukskrivning och återgång i arbete har med utgångspunkt i ett medicinskt perspektiv setts som en linjär process (15), där människor som är sjuka och inte har förmåga att arbeta är sjukskrivna (16). Sjukskrivning och sjukersättning kan då ses som separata företeelser utan koppling till varandra eller till alternativa sätt att utträda från arbetsmarknaden. För att fånga komplexiteten och dynamiken samt betona kontexten har Labriola utvecklat en modell (17). I modellen beskrivs hur personer kan vandra fram och tillbaka mellan fyra faser: arbete, korttidsfrånvaro, långtidsfrånvaro och permanent utträde från arbetsmarknaden (Figur 2). Den dynamiska processen påverkas av övergripande kontextuella faktorer (arbetsplatspolicy och praxis, lagstiftning och hälsovård) men behöver också ses i relation till mer personbundna faktorer (personlig hälsa, arbete och sysselsättning, hälsobeteende, personlighet, ålder, kön och socioekonomisk ställning).

Figur 2. Arbete, sjukskrivning och sjukersättning kan beskrivas som en dynamisk och komplex process som behöver ses i relation till övergripande kontextuella faktorer och personbundna faktorer (efter Labriola (17)).

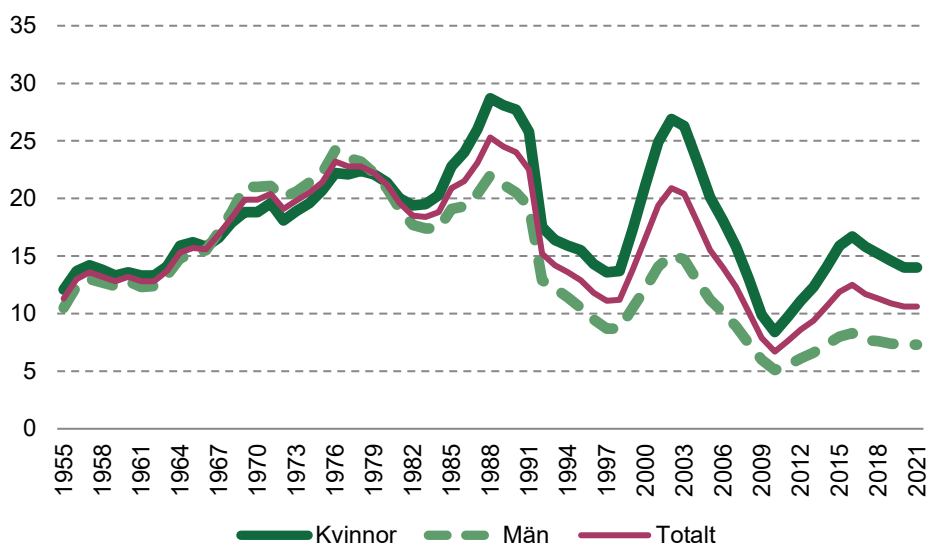


Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö liksom inkomster och försörjningsmöjligheter utgör viktiga områden för att uppleva hälsa. Variationer på arbetsmarknaden på gruppnivå kan påverka individens hälsa beroende på grupptillhörighet (18). I genomsnitt är fler män än kvinnor sysselsatta. Männerna har också i högre utsträckning fast anställning, arbetar i genomsnitt fler timmar per år (19) och har högre genomsnittslön (20). Den svenska arbetsmarknaden är könssegregerad, där kvinnor och män arbetar inom olika sektorer och branscher samt har olika yrken (19). Kvinnor arbetar företrädesvis inom utbildning, hälso- och sjukvård medan män företrädesvis arbetar inom byggverksamhet, transport och tillverkning (20). Cirka två tredjedelar av kvinnorna och lika stor andel av männen arbetar inom yrken som domineras av det egna könet (21). Andelen skiljer dock mellan inrikes och utrikes födda liksom mellan olika åldersgrupper. Könssegregeringen är också tydlig i att kvinnor och män har olika möjligheter att göra karriärer och avancera till högre positioner i yrkeslivet (18). Högst andel kvinnliga chefer finns inom välfärden, speciellt inom förskolan och äldreomsorgen. I kommuner och regioner är en majoritet av alla chefer kvinnor, men andelen kvinnliga chefer är lägre än andelen kvinnliga anställda (21). Dessutom varierar andelen kvinnliga chefer mellan olika chefsnivåer. De på arbetsplatsen rådande organisatoriska och sociala förhållandena påverkar också arbets- och hälsorelaterade utfall, men när det gäller könsskillnader i utfallet är kunskapsläget mer oklart (22-24).

Sjukskrivning, sjukersättning och kön

Enligt en nyligen publicerad rapport från Försäkringskassan (25) utmärkte sig Sverige, Norge och Nederländerna under 1980- och 90-talen med hög och varierande sjukfrånvaro vid en jämförelse mellan åtta västeuropeiska länder. Under senare år har dock den svenska sjukfrånvaron blivit relativt låg och stabil och liknar utvecklingen i Nederländerna. Tyskland och Frankrike visade under samma period på en ökande trend och hör nu till de länder med högst sjukfrånvaro tillsammans med Norge.

Figur 3. Sjuktalet, dvs antal sjukpenningdagar per år och individ som omfattas av svensk socialförsäkring, 1955–2023.



Källa: Försäkringskassans databas.

Av Figur 3 framgår hur sjuktalet har förändrat under perioden 1995–2020 i Sverige. Dessa fluktuationer kan delvis förklaras med förändringar i hälsa, livsstil och befolkningsstruktur samt på förändringar i lagstiftningen om sjukförsäkring (26). Små- och storskaliga variationer kan också kopplas till hälso- och sjukvårdens organisation och praktik, attityder till sjukskrivning, arbetsmarknadsförhållanden, ekonomiska incitament att arbeta, arbetsmiljö och arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro (26). Även sjukskrivningsregler, tillämpningen av befintliga regler samt politiska mål för arbetslöshet och sjukfrånvaro påverkar (26). Dessutom är både arbetsförmåga och sjukdom normativa begrepp och deras betydelse kan förändras över tid.

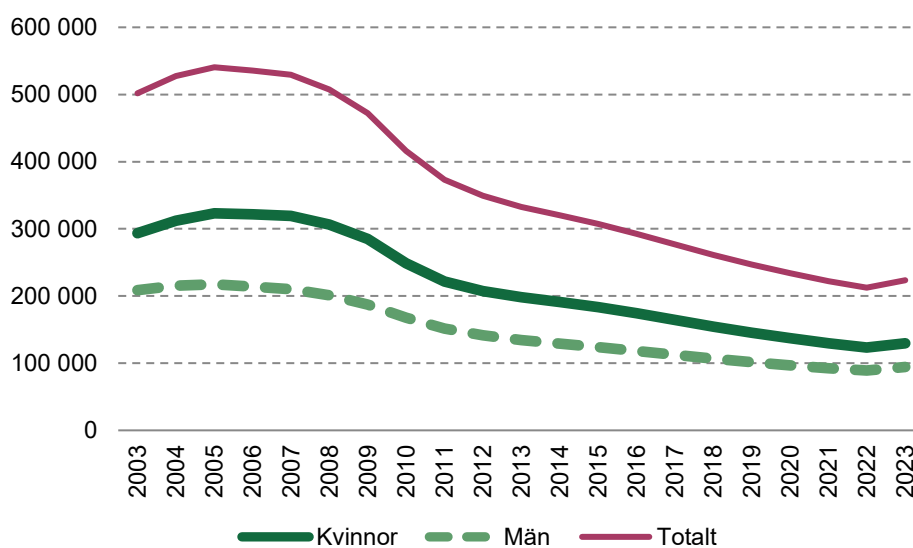
Andelen personer med sjukskrivning fördelar sig dock inte jämt mellan könen (27-29). Dessutom varierar gapet i sjukskrivning över tid och mellan länder (30). I Sverige har skillnader mellan kvinnor och män i sjukskrivningstal ökat markant under 1995–2020 (Figur 3). I Försäkringskassans undersökning (25) bland åtta europeiska länder framkom att kvinnor hade högre sjukfrånvaro än män i samtliga länder, men att skillnaderna var störst i Sverige.

Totalt fick drygt 600 000 personer i Sverige sjukpenning någon gång under år 2022 varav två tredjedelar var kvinnor (31). Dessa skillnader har kopplats till otrygga anställningar och anställningsavtal associerat till låg inkomst och deltidsarbete liksom hur dessa faktorer påverkar möjligheten och omfattningen av ersättning vid sjukdom (32).

Kvinnors sämre hälsa och större benägenhet att konsultera sjukvård vid mindre allvarliga sjukdomar samt sjukskrivning i samband med graviditet och förlossning har också framförts som betydelsefulla faktorer liksom fördelningen av hushållsarbete och vård av anhörig (33-36). Dessutom visar forskning att arbetsmiljön har betydelse för könsskillnader i sjukfrånvaro (37). Även nationella sysselsättningsnivåer behöver beaktas, där de nordiska länderna skiljer ut sig med hög sysselsättningsgrad för äldre kvinnor (29). Den könssegregerade arbetsmarknaden och att kvinnor i Sverige arbetar heltid i högre utsträckning jämfört med kvinnor i andra länder antas också bidra till skillnader i sjukskrivning mellan könen (25). Bekker et al (38) framhåller att könsskillnader i sjukskrivning behöver kontextualiseras och ses i relation till land, ålder och yrkesgrupp.

I Sverige har antalet mottagare av sjukersättning kontinuerligt minskat över tid, vilket till stor del beror på det striktare regelverket i sjukförsäkringen som infördes 2008 (31). Det är fler personer som lämnar ersättningen och får ålderspension än som nybeviljas sjukersättning. Totalt hade drygt 200 000 personer sjukersättning i slutet av år 2022, vilket kan jämföras med år 2005 då dubbelt så många personer hade sjukersättning (Figur 4). Av de som hade sjukersättning år 2022 var 60 procent kvinnor och 40 procent män. Under 2023 sågs en liten ökning av antalet personer med sjukersättning, på grund av äldrereglerna och på grund av att pensionsåldern höjdes med 1 år i januari 2023 (31).

Figur 4. Antal personer 19–65 år som har fått sjukersättning, 2003–2023.



Källa: Försäkringskassans databas.

Andelen personer med sjukersättning är dock inte jämnt fördelad över Sverige och den geografiska spridningen skiljde sig i viss mån åt mellan könen (39). Kluster av kommuner med låg respektive hög förekomst av sjukersättning hos kvinnor respektive män var delvis koncentrerade till samma områden med undantag för hög förekomst av sjukersättning bland män i de nordöstra och västra delarna av landet.

Forskning om sjukskrivning och sjukersättning

Epidemiologiska studier om sjukskrivning och sjukersättning har fokuserat på att undersöka förekomst och gruppskillnader samt att undersöka bidraget från olika förklaringsvariabler för ett visst utfall. Vid epidemiologisk forskning om hälsa och arbete används registerdata från olika registerhållare. Forskning baseras också på epidemiologiska undersökningar, vilket ytterligare har bidragit till förståelsen om orsaker till ohälsa i den arbetsföra befolkningen. Några stora västeuropeiska undersökningar är följande:

- De två Whitehall-studierna, som startade 1967 respektive 1985, undersökte sociala bestämningsfaktorer för hälsa bland offentliganställda britter (5, 40).
- Den franska GAZEL-kohorten etablerades 1989 och inkluderade anställda vid ett nationellt el- och gasbolag (41).
- WOLF är ett svenskt samarbetsprogram med tre projekt. I projekten studeras sambandet mellan arbetsförhållanden och olika riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom hos anställda vid olika företag.
- Hälsoundersökningen i Hordaland (HUSK) i Norge startade 1992–93. Senare har ytterligare två kohorter inkluderats.
- Hälsoundersökningen i Nord-Trøndelag (HUNT) startade 1984 och används för medicinsk och hälsorelaterad forskning (42).
- Uppföljningsundersökningen om anställda i offentlig sektor i Finland (FPS) startade 1997 och fokuserar på välbefinnande, hälsa och arbete.
- CONSTANCES-kohorten (43) undersöker yrkesmässiga och sociala faktorer samt kroniska sjukdomar och åldrande bland den franska vuxna befolkningen.
- SLOSH (Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health) är en forskningsdatabas som kombinerar enkätdata med registerdata.

Alexandersson och Hensing betonar i en artikel från år 2004 betydelsen av god kvalitet i forskningsstudier som rör sjukskrivning (44). Två viktiga frågor att beakta är på vilken nivå riskpopulationen definieras och hur sjukskrivning och sjukersättning ska mätas (45, 46). Även val av utfallsmått kan behöva beaktas (47). Olika statistiska mått som beskrivs i vetenskaplig litteratur behöver också ses i relation till de enkäter och register som används för att följa hälsan och dess förutsättningar i befolkningen (48).

De system som finns för ersättning vid sjukfrånvaro ser olika ut i olika länder. Det syns bland annat i olikheter när det gäller antal karensdagar,

sjuklöneperiodens längd och möjligheten till sjukskrivning på deltid. Det kan också förekomma skillnader i hur sjukfall registreras, exempelvis beroende på hur starkt anställningsskyddet är i respektive land (25). Därmed kan det förekomma skillnader i vilken typ av data som finns att tillgå via register, speciellt när det gäller data som rör kort sjukfrånvaro (ersatt av arbetsgivare via sjuklön). Dessa skillnader kan i sin tur påverka resultaten från forskningsstudier, såsom förekomsten av och risken för sjukskrivning i olika grupper.

Problemställning

Av ovanstående genomgång framgår att sjukskrivning och sjukersättning är vanligt förekommande och att det finns en könsskillnad, men också skillnader beroende på bland annat födelseland, ålder och yrke. För att kunna minska sjukfrånvaron behövs en ökad förståelse för vilka grupper som berörs, men också om det inom dessa grupper finns undergrupper som drabbas i extra hög grad. Något som försvårar forskning inom området är att både sjukskrivning och sjukersättning är komplexa fenomen som bara till viss del är kopplad till hälsa. Tidigare epidemiologiska studier om sjukskrivning och sjukersättning har bidragit till kunskap om förekomst, gruppskillnader och hur olika faktorer påverkar risken för sjukersättning och sjukskrivning. När det gäller könsskillnader är kunskapsläget delvis oklart. Kritik har dessutom riktats mot kvaliteten i forskningsstudier som rör sjukskrivning, vilket bland annat har påverkat möjligheten att tolka och generalisera resultaten. Det är därför viktigt att utreda var forskningen står idag när det gäller kvantitativa skillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning mellan grupper, speciellt könsskillnader, samt beskriva och värdera de kvantitativa metoder som använts för att studera gruppskillnaderna.

Metod

Sökstrategi och urval

Utgångspunkten för sökningen var att identifiera vetenskaplig europeisk forskning om eventuella skillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning mellan olika grupper, med särskilt fokus på könsskillnader. För att fånga upp den största evidensbasen var urvalskriterierna vid sökningen följande:

- Epidemiologisk och samhällsvetenskaplig forskning och,
- Studier om sjukskrivning och sjukersättning och,
- Inkluderar statistik över gruppskillnader och,
- Finns på engelska

Dessutom tillämpades följande begränsningar vid sökning:

- Endast primära forskningsartiklar med insamlade originaldata.
- Longitudinell studiedesign (inklusive registerstudier)
- Studier från Sverige, Norge, Danmark, Finland, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland och Frankrike
- Vuxna 18–64 år
- Artiklar publicerade mellan 2012–2024
- Artiklar i fulltext, referegranskade

Sökstrategin innehöll termer som beskriver sjukfrånvaro och sjukersättning, longitudinell studiedesign och ett urval av åtta länder. Länderna valdes ut eftersom de har använts i tidigare studier som jämfört sjukfrånvaro mellan Sverige och andra länder. Länderna har bedömts ha en liknande utvecklingsnivå och ekonomisk struktur som Sverige samt en obruten demokratisk tradition som Sverige (25, 49). Det var inte möjligt att ange specifika grupper av intresse i sökningen utan att riskera att missa viktiga artiklar. Sökningar efter relevanta artiklar utfördes i de elektroniska bibliografiska databaserna PubMed, Scopus (Elsevier) och Sociological Abstracts (ProQuest). Sökorden anpassades för användning med de valda bibliografiska databaserna.

Efter att dubletter sållats bort erhöles 2493 träffar. Granskningen av titlar och abstrakt utfördes i huvudsak av en forskare, för att påskynda screeningprocessen. En verifiering av de första 100 artiklarna utfördes av en andra forskare, för att i så hög grad som möjligt inkludera relevanta studier. Därefter granskades den fullständiga texten i de 150 artiklar som kvalificerat sig från den inledande granskningen av en forskare. Som ett verifieringssteg granskades de första 25 artiklarna av båda forskarna. Även i den fortsatta granskningen var båda forskarna mycket engagerade. När det rörde osäkerhet om huruvida en studie ska inkluderas eller inte, fattades det slutgiltiga beslutet i samråd mellan de båda forskarna. Efter granskningen av artiklarna i fulltext återstod 40 artiklar som gick vidare till kvalitetsgranskning.

Vid granskning av titel och abstrakt samt vid granskning av fulltext användes screeningverktyg som utvecklats för studien. Förutom ovan nämnda urvalskriterier och avgränsningar beaktades följande i screeningverktyget:

- Endast studier med sjukfrånvaro och sjukersättning som registerhålls av myndigheter och företag.
- Statistiska analyser uppdelade på kön måste ingå.
- Studien ska inte fokusera på enskilda diagnoser eller specifika symtom som förklaringsvariabler.
- Studien ska inte fokusera på enskilda diagnoser vid kategorisering av sjukfrånvaro.
- Studier som undersöker sjukfrånvaro och eller sjukersättning i relation till graviditet, föräldraskap (50), vård av anhörig (51) och livsstil (52) som förklaringsvariabler utesluts.
- Studier som undersöker övergång från ersättning på deltid till heltid (53), förlopp (54) eller trend i sjukskrivning över tid (55, 56) utesluts.

Ytterligare artiklar som uppfyller urvalskriterierna söktes bland referenser och citeringarna i de åtta artiklar som publicerats efter 2020. Denna sökning genomfördes självständigt av den första forskaren, men slutgiltigt beslut om att en artikel skulle inkluderas togs i samråd mellan forskarna.

Efter kvalitetsgranskning, som genomfördes av båda forskarna enligt JBI:s critical appraisal tools för kohortstudier (57), återstod 32 av de 40 granskade artiklarna.

Analys

Studiedesignen och de rapporterade resultaten i studierna var mycket heterogena. På grund av skillnader i metod och hur data presenterats har det varit svårt att använda ett textuellt tillvägagångssätt för syntesprocessen. Resultaten från studierna beskrivs i textform kategoriserat i de tre grupperna sjukdom och diagnos, demografi och socioekonomi samt könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö. Ett urval av de resultat som anger andel personer med utfall samt resultat som anger risk, hasard- och oddskvot för utfall har sammanställts i tabellform. I vissa fall har det krävts enklare matematiska beräkningar för att kunna ange utfallet som andelar. I studierna har skillnader i sannolikhet för ett visst utfall analyserats med olika statistiska metoder och resultaten har presenterats som riskkvot, hasardkvot och oddskvot. I denna översikt görs ingen skillnad på risk, hasard och odds utan risk används för alla tre begreppen. I redovisningen av resultaten har sammansatta mått på sjukskrivning och sjukersättning redovisats tillsammans med resultaten om sjukersättning. I artiklarna har det engelska begreppet common mental disorders översatts till psykisk ohälsa.

Resultat

Sammantaget inkluderades 32 artiklar (58-89). I Tabell 1 summeras artiklarna utgående från publikationsår, land där studien genomförts, studiedesign, uppföljningstid, ersättningsform för utfall och huvudsaklig förklaringsvariabel förutom kön. En detaljerad redovisning av de enskilda artiklarna återfinns i Bilaga 1 där land, syfte, population, ålder vid baslinje, uppföljningsperiod och antal deltagare samt mått på sjukskrivning och sjukersättning beskrivs.

Tabell 1 Summering av inkluderade forskningsartiklar

		Antal artiklar
Publikationsår	2012–2015	14
	2016–2019	9
	2020–2023	9
Land	Sverige	15
	Norge	7
	Danmark	1
	Finland	7
	Nederländerna	1
	Frankrike	1
	Tyskland	0
	Storbritannien	0
Studiedesign	Registerstudie	14
	Övriga	18
Uppföljningstid	<3år	7
	3–10 år	5
	11–23 år	11
	Varierande	9
Ersättningsform som utfall	Sjukskrivning	13
	Sjukersättning	14
	Sjukskrivning och/eller sjukersättning	5
Huvudsaklig förklaringsvariabel (förutom kön)	Socioekonomisk position	11
	Arbetsmiljö	6
	Tidigare sjukskrivning	3
	Könssegregering (yrke, bransch eller sektor)	3
	Stort antal variabler inom flera områden	4
	Immigration	1
	Förhållanden i ungdomen	1
	Stress	1
	Kronisk sjukdom	1
	Arbete och fritid	1

Ett relativt stort antal av studierna som beskrivs i artiklarna har genomförts i Sverige (Tabell 1). Norge och Finland är också väl representerade med 7 studier var. Nästan hälften av studierna är registerbaserade medan övriga studier hämtar information från olika hälsoundersökningar i kombination med registerdata. Uppföljningstiden varierar stort och majoriteten av studierna har uppföljningstid på över 10 år. Av tabellen framgår också att i många studier undersöks i vilken utsträckning socioekonomisk position kan förklara skillnader i sjukskrivning och sjukersättning mellan olika kön. Andra förklaringsvariabler som undersöks i flera studier rör arbetsarbetsmiljö, könssegregerat arbete och tidigare sjukskrivning.

Andel kvinnor och män som sjukskrivs

I detta avsnitt redogörs för könsskillnader i förekomst av sjukskrivning under studiernas uppföljningsperiod (Tabell 2). För ökad tolkningsbarhet anges därför uppföljningsperiodens längd under utfallsmåttet i tabellen.

Sjukdom och diagnos

Av Tabell 2 framgår att kvinnor har högre andel sjukskrivning jämfört med män. Även diagnosspecifik sjukskrivning uppvisar könsskillnader. Enligt Blomgren et al (61) hade en större andel av kvinnor minst en ny period med muskuloskeletal diagnos under en ettårsperiod jämfört med män. Samma gällde för sjukskrivning med psykiatrisk diagnos. Att andelen kvinnor som erhåller sjukskrivning med psykiatrisk diagnos är större än bland männen framkommer också i en studie av Kokkinen et al (76). Dock framkom i en studie av Alexanderson et al (58) att män i högre utsträckning erhöll sjukskrivning kopplat till skador. I en studie av Framke et al (66) erhöll en lika stor andel kvinnor och män sjukskrivning med muskuloskeletal diagnos under uppföljningsperioden.

Demografi och socioekonomi

I ett flertal artiklar redovisas skillnader i sjukskrivning i relation till andra demografiska och socioekonomiska faktorer än kön, såsom ålder, civilstånd, hemmaboende barn samt yrkes och sektor. I en studie av Björkenstam et al (59) framkom att både inom privat och offentlig sektor var korttidssjukskrivning vanligare hos kvinnor än män och då speciellt bland kvinnor anställda i offentlig sektor. I en studie av Kokkinen et al (76) erhöll fler kvinnliga anställda i serviceyrken sjukskrivning jämfört med män. För både kvinnor och män var andelen sjukskrivna högre i serviceyrken jämfört med övriga yrkesgrupper. I en studie av Lidwall (77) undersöktes skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män i olika sektorer. Oavsett kön var andelen sjukskrivna störst i kommunal sektor och oavsett sektor hade kvinnor större andel sjukskrivna under uppföljningsperioden jämfört med män.

Tabell 2 Skillnader i sjukskrivning under studiernas uppföljningstid fördelat på kvinnor och män.

Författare, årtal	Utfall/ exponering	Kategori1	Antal, andel n (%)	
			Kvinnor	Män
Alexanderson et al 2012 (58)	Period med SSK* 3 år		3082 (55,9)	5280 (35,4)
	Period med SSK-D**3 3 år	Psykiatrisk	740 (13,4)	575 (3,9)
		Cirkulation	250 (4,5)	526 (3,5)
		Andning	576 (10,4)	815 (5,5)
		Muskuloskeletal	696 (12,4)	1 358 (9,1)
Skada	416 (7,5)	1 203 (8,1)		
	Övriga diagnoser	1 420 (25,7)	1 617 (10,8)	
Björkenstam et al 2022 (59)	Period med SSK-KT*** Max 7 år	Privat sektor	15 613 (7)	11 194 (4)
		Offentlig sektor	9 381 (9)	1 060 (3)
	Period med SSK-LT**** Max 7 år	Privat sektor	2 824 (1)	1 987 (1)
		Offentlig sektor	1,438 (1)	215 (1)
Blindow et al 2021 (60)	Nettodagar SSK* 1 år		4 630 (13,8)	2 269 (7,5)
Blomgren et al 2021 (61)	Period med SSK* 1 år	25–34 år	(8,0)	(5,3)
		35–44 år	(9,5)	(6,5)
		45–54 år	(11,9)	(8,4)
		55–62 år	(12,4)	(9,3)
	Period med SSK* 1 år	Gift	(10,3)	(7,5)
		Ogift	(8,9)	(6,1)
	Period med SSK* 1 år	Skild/ änka/ änklings	(13,2)	(9,2)
		Ekonomi: Högst	(8,3)	(6,4)
		Ekonomi:Högre	(11,3)	(8,7)
		Ekonomi:Mellan	(13,0)	(8,9)
		Ekonomi:Lägre	(11,8)	(7,0)
		Ekonomi:Lägst	(6,1)	(5,1)
Framke et al 2023 (66)	Period med SSK* 7 år		269 280 (14,6)	237 184 (11,5)
		SSK-CMD	54 829 (3,0)	30 683 (1,5)
		SSK-M	56 227 (3,0)	62 932 (3,0)

Tabell 2 forts. Skillnader i sjukskrivning under studiernas uppföljningstid fördelat på kvinnor och män.

Författare, årtal	Utfall/ exponering	Kategori1	Antal, andel n (%)	
			Kvinnor	Män
Haukenes et al 2023 (70)	Kumulativ SSK* 1 år	15–35 år	67,839 (4,5)	64 625 (1,8)
		36–45 år	17,861 (2,5)	17 993 (0,8)
		46–55 år	19 460 (4,3)	19 282 (1,5)
		56–64 år	17 773 (5,2)	15 981 (2,1)
			12 745 (6,7)	11 369 (3,7)
	Kumulativ SSK* 1 år	Master eller doktor	1 804 (2,5)	3 324 (1,3)
		Kandidatexamen	26 685 (3,3)	20 423 (1,1)
		Eftergymnasial utb.	12 448 (4,5)	11 865 (1,4)
		Gymnasium 3 år	10 428 (4,4)	12 262 (1,8)
		Gymnasium 2 år	13 710 (6,7)	12 671 (3,1)
Kokkinen et al 2019 (76)	Period med SSK- F**** 9 år	Grundskola	2 764 (7,2)	4 080 (3,6)
		Serviceyrke	73 148 (10)	40 024 (5)
		Övriga	22,367 (14)	2618 (10)
Lidwall 2021 (77)	Period med SSK* 2 år		50 781 (9)	37 406 (5)
		Stat	430 317 (19,9)	254 867 (11,0)
		Kommun	32 748 (19,4)	20 373 (10,7)
		Region	153 986 (23,9)	26 424 (13,0)
		Privat	45 857 (21,9)	6 380 (11,4)
Marti et al 2023 (79)	Kumulativ SSK* 1 år	17–34 år	196 940 (17,5)	201 341 (10,8)
		35–49 år	(19)	(10)
		50–66 år	(21)	(11)
	Kumulativ SSK* 1 år	Hemmaboende barn	(21)	(14)
		Ej hemmaboende barn	(20)	(13)
	Kumulativ SSK* 1 år	Ensamstående	(21)	(11)
		Gift/ sammanboende	(20)	(13)
	Skild/ änka/ änking	(26)	(15)	

¹Ålderskategorierna utgår från ålder då SSK erhöles

²Antal och andel kan beskriva olika saker vid jämförelse mellan studier.

³Grupperna utesluter inte varandra eftersom deltagare kan ha sjukskrivning i mer än en kategori.

*Sjukskrivning

**Diagnosspecifik sjukskrivning

***Korttidssjukskrivning

****Långtidssjukskrivning

*****Sjukskrivning med psykiatrisk diagnos

Risk för sjukskrivning hos kvinnor och män

I detta avsnitt redovisas skillnader i sannolikhet för sjukskrivning i relation till olika förklaringsvariabler uppdelat på kvinnor och män. Tabell 3 utgör en sammanställning av de studier som analyserat skillnader i sannolikhet presenterat som riskkvot, hasardkvot och oddskvot. De värden som anges på risk-, hasard- och oddskvot är i olika utsträckning justerade för kovariater, dvs andra faktorer än de som primärt studeras och som kan påverka risken. I studierna har socioekonomiska faktorer, tidigare sjukskrivning, arbetslöshet, faktorer i ungdomen och arbetsmiljö använts som förklaringsfaktorer.

Sjukdom och diagnos

Resultaten från en dansk studie av Thorsen et al (89) visade att sambandet mellan självskattad stress och framtida sjukskrivning var starkare för

kvinnor än män. Bland kvinnor var sambandet starkare för långtidssjukskrivning jämfört med sjukskrivning oavsett längd.

Demografi och socioekonomi

Yrkesmässig prestige, dvs en persons sociala status som en konsekvens av sitt yrke, har använts som en förklaringsfaktor i en svensk studie av Nwaru et al (83). Det framkom att jämfört med övriga grupper indelade efter status och kön hade män i yrken med låg och medelhög prestige högre risk för långtidssjukskrivning. Kokkinen et al (66) undersökte risken för sjukskrivning hos anställda inom serviceyrken och fann att arbete i serviceyrken innebar en förhöjd risk för framtida sjukskrivning med psykiatrisk diagnos jämfört med alla andra yrken för båda könen, men framför allt hos män.

Helgesson et al 2013 (62) visade att både långtidsarbetslöshet och korttidsarbetslöshet i unga år var associerat med sjukfrånvaro. Studien visade dock inte på några konsekventa skillnader i sjukskrivning i relation till kön och bakgrundsländ.

Könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö

Förklaringsvariabler som rör arbetsmiljön har använts i flera studier för att undersöka samband och analysera risk för sjukskrivning.

Enligt en studie av Haukenes et al (70) hade anställda på extremt kvinnodominerade arbetsplatser, oavsett kön, högre risk för sjukfrånvaro jämfört med jämställda arbetsplatser. Anställda på extremt och måttligt mansdominerade arbetsplatser hade en betydligt lägre risk för sjukfrånvaro. Stratifierat efter kön, kunde den högre frånvarorisk på kvinnodominerade arbetsplatser förklaras med branschtillhörighet. Kvinnor som arbetar på extremt mansdominerade arbetsplatser hade lägre frånvarorisk, liksom män som arbetade på måttligt mansdominerade arbetsplatser.

I en studie av Lidwall (77) framkom att sjukskrivningsrisken var högre bland anställda inom extremt kvinnodominerade yrken och branscher samt för män i extremt mansdominerade branscher.

Framke et al (66) fann att arbetstagare i yrken med höga emotionella krav hade en högre risk för långtidssjukskrivning. Hos kvinnor var risken för långtidssjukskrivning oavsett diagnos och risken för diagnosspecifik sjukskrivning jämförbar. Hos män var risken mer uttalad för långtidssjukskrivning med psykisk ohälsa.

I en norsk studie av Marti et al (79) undersöktes hur graden av konflikt mellan arbete och fritid påverkar risken för sjukskrivning. Hos kvinnor ökade risken för både kortare och längre sjukskrivning med ökande konflikt mellan arbete och fritid. Hos män fanns det ingen konsekvent högre risk för sjukskrivning relaterat till ökande konflikt mellan arbete och fritid.

Tabell 3 Skillnader i risk för sjukskrivning (uttryckt som risk-, hasard- eller oddskvot) uppdelat på kön.

Artikel	Förklaringsvariabel1	Utfallsvariabel2	Risk-, hasard- och oddskvot (95% KI) ³	
			Kvinnor	Män
Björkenstam et al (59)	Yrkesklass (tjänstemän mot arbetare)	SSK-CMD*** 7 år	HR: 1,05 (1,03;1,08)	HR: 1,01 (0,97-1,06)
		Yrkesklass, offentlig sektor (tjänstemän mot arbetare)	HR: 1,08 (1,02;1,15)	HR: 1,21 (1,03;1,43)
Blindow et al (60)	Könsdiskriminering (ej senaste året mot månadsvis till dagligen)	SSK* 1 år	RR: 1,06 (1,01;1,10)	RR: 1,05 (0,99;1,10)
Blomgren et al (61)	Yrkesklass (högre tjänstemän mot arbetare)	SSK* 1 år	OR: 1,70 (1,65;1,74)	OR: 2,13 (2,07;2,19)
		SSK-M***** 1 år	OR: 2,96 (2,82;3,11)	OR: 3,46 (3,27;3,66)
		SSK-F**** 1 år	OR: 0,94 (0,88;1,00)	OR: 0,95 (0,88;1,03)
Framke et al (66)	Känslomässiga krav i arbetet (låga mot höga)	SSK* 7 år	HR: 1,92 (1,88;1,96)	HR: 1,23 (1,21;1,25)
		SSK-CMD*** 7 år	HR: 1,82 (1,75;1,90)	HR: 2,01 (1,92;2,11)
		SSK-M***** 7 år	HR: 1,92 (1,83;2,01)	HR 1,13 (1,08;1,17)
Haukenes et al 2023 (70)	Könssammansättning på arbetsplatsen (jämlig mot extremt mansdominerad)	SSK* 1 år	HR: 0,75 (0,58;0,98)	HR: 0,87 (0,68; 1,11)
		Könssammansättning på arbetsplatsen (jämlig mot extremt kvinnodominerad)	HR: 1,09 (0,91;1,30)	HR: 1,15 (0,79;1,68)
Helgesson et al 2013 (72)	Arbetslöshet (ingen mot ≥ 100 dagar under ett år)	SSK* 5 år	Infödda OR: 1,36 (1,29;1,44)	Infödda OR: 1,48 (1,39;1,58)
			Immigranter OR: 1,33 (1,20;1,48)	Immigranter OR: 1,45 (1,27;1,65)
Helgesson et al 2015 (73)	SSK under ett år (inga dagar mot ≥ 60 dagar)	SKK* 5 år	Infödda HR: 1,81 (1,69;1,94)	Infödda HR: 1,88 (1,67;2,10)
			Immigranter HR: 1,65 (1,40;1,93)	Immigranter HR: 1,56 (1,17;2,04)
Kokkinen et al 2019 (76)	Yrkeskategori (icke serviceyrke mot serviceyrke)	SSK-F**** 9 år	HR: 1,36 (1,34;1,38)	HR: 1,76 (1,70;1,84)
Lidwall 2021 (77)	Könssammansättning i yrkesbranschen (integrerade mot extremt mansdominerade)	SSK* 2 år	RR: 1,01 (0,96;1,07)	RR: 1,12 (1,07;1,17)
			Könssammansättning i yrkesbranschen (integrerade mot extremt kvinnodominerad)	RR: 1,09 (1,07;1,11)

Tabell 3 forts. Skillnader i risk för sjukskrivning (uttryckt som risk-, hasard- eller oddskvot) uppdelat på kön.

Artikel	Förklaringsvariabel1	Utfallsvariabel2	Risk-, hasard- och oddskvot (95% KI) ³	
			Kvinnor	Män
Madsen 2021 (78)	Profession (hög SEP ^{*****} , icke-vårdande mot låg SEP ^{*****} , vårdande)	SSK* Max 11 år	HR: 1,61 (1,57; 1,66)	HR: 2,08 (1,97;2,20)
Marti et al 2023 (79)	Konflikt mellan arbete och fritid (sällan/ aldrig mot ofta)	SSK* 1 år	OR: 1,44 (1,19;1,75)	OR: 1,21 (0,98;1,50)
Mittendorfer-Rutz et al 2013 (80)	Sjukfrånvaro från skolan (aldrig mot ofta) Skolbetyg (höga mot låga)	SSK* 15 år	RR: 1,12 (0,65;1,93) RR: 1,03 (0,51;2,07)	RR: 1,30 (0,57;3,00) RR: 4,36 (2,06;9,22)
Nwaru et al 2021 (83)	Yrkesmässig prestige (hög mot låg) Yrkesmässig prestige (hög mot medel)	SSK* 3 år	OR: 0,98 (0,94; 1,03) OR: 0,98 (0,95;1,01)	OR: 1,26 (1,19;1,34) OR: 1,14 (1,08;1,21)
Thorsen et al 2019 (89)	Upplevd stress (sällan/ aldrig mot ofta/ alltid)	SSK* Max 1,5 år SSK-LT** Max 1,5 år	HR: 1,43 (1,34;1,51) HR: 2,26 (1,89;2,70)	HR: 1,25 (1,13;1,38) HR: 1,22 (0,86;1,73)

¹Inom parentes anges kategorier som jämförts där referenskategori anges först.

²I beskrivning av SSK och SE anges antal år som variabeln mätts.

³Kovariater har beaktats i olika hög grad.

*Sjukskrivning

**Långtidssjukskrivning

***Sjukskrivning med psykisk ohälsa, "Common mental disorder"

****Sjukskrivning med psykiatrisk diagnos, hela diagnoskapitlet

*****Sjukskrivning med muskuloskeletal diagnos

*****Socioekonomisk position

Andel kvinnor och män som erhåller sjukersättning

I detta avsnitt redogörs för könsskillnader i sjukersättning under studiernas uppföljningsperiod (Tabell 4). För ökad tolkningsbarhet anges därför uppföljningsperiods längd under utfallsmåttet i tabellen.

Sjukdom och diagnos

Andelen personer med sjukersättning var genomgående högre bland kvinnor än bland män (Tabell 4). Resultaten från de inkluderade studierna visade också att det förekom könsskillnader i diagnosspecifik sjukskrivning. I en svensk studie av Falkstedt et al (65) framkom att en större andel personer erhöll sjukersättning med muskuloskeletal diagnos än psykiatrisk diagnos oavsett kön samt att kvinnor erhöll sjukersättning på grund av muskuloskeletal och psykiatriska diagnoser i högre grad än männen. I en studie av Samuelsson et al (87) var dock andelen äldre män som erhöll sjukersättning med psykiatrisk diagnos något större än för äldre kvinnor.

Demografi och socioekonomi

Enligt studier av Gustafsson et al (68), Salonen et al (86) och Samuelsson et al (87) hade en större andel kvinnor än män erhållit sjukersättning oavsett ålder under respektive uppföljningsperiod. Resultaten från Gustafsson et al

tyder på att sjukersättningen ökar med åldern, men resultaten från Salonen et al och Samuelsson et al indikerar att andel som erhåller sjukersättning ökade upp till 55 års ålder varefter den minskade.

Enlig Haukenes et al (69) var andelen som erhöll sjukersättning högst bland arbetare oavsett kön, vilket också framkommer i studier av Alexandersson et al (58) och Salonen et al (86).

Tabell 4 Skillnader i sjukersättning under studiernas uppföljningstid fördelat på kvinnor och män.

Författare, årtal	Utfallsmått	Kategori	Antal, andelen (%) ¹	
			Kvinnor	Män
Alexanderson et al 2012 (58)	SE* eller SSK-LT** 13 år		245 (4,4)	284 (1,9)
		Yrkesställning: Låg	88 (5,6)	84 (3,6)
		Yrkesställning: Mellan	147 (4,2)	153 (1,9)
		Yrkesställning: Hög	10 (2,2)	47 (1,1)
Canivet et al 2013 (62)	SE* 12 år		664 (19,8)	460 (14,5)
Emberland et al 2017 (63)	SE* Mediantid 5,8 år		442 (6,4)	111 (2,0)
Falkstedt et al 2014 (65)	SE* 23 år		1372 (19,1)	811 (10,2)
		Muskuloskeletal diagnos	618 (8,6)	288 (3,6)
		Psykiatrisk diagnos	335 (4,7)	167 (2,1)
		Övriga diagnoser	419 (5,8)	356 (4,5)
		Utbildning ≤ 9 år	482 (6,7)	346 (4,4)
		Utbildning 10–13 år	566 (7,9)	359 (4,5)
Gustafsson et al 2014 (68)	SE* Max 19 år	Utbildning ≥ 14 år	324 (4,5)	106 (1,3)
			2 606 (11,5)	1 770 (7,7)
		20–34 år ²	176 (2,0)	103 (1,0)
		35–44 år ²	498 (9,0)	228 (4,2)
		45–54 år ²	751 (23,7)	462 (8,9)
Haukenes et al 2012 (69)	SE* 5–7 år	55–64 år ²	1181 (39,1)	977 (31,3)
			230 (3,6)	99 (1,7)
		Yrkesklass: administrativ/ professionellt	27 (1,8)	33 (1,1)
		Yrkesklass: rutinmässig icke-manuellt	102 (3,3)	10 (1,1)
Klein et al 2021 (75)	SE* 20 år	Yrkesklass: manuellt	94 (6,0)	52 (2,6)
			4 967 (9,1)	5 557 (9,9)

Tabell 4 forts. Skillnader i sjukersättning under studiernas uppföljningstid fördelat på kvinnor och män.

Författare, årtal	Utfallsmått	Kategori	Antal, andelen (%) ¹	
			Kvinnor	Män
Salonen et al 2018 (86)	SE* 2007–2014		7,3	7,0
	SE* Max 8 år	25–34 år	2,4	2,4
		35–44 år	4,5	4,2
		45–54 år	11,7	11,6
		55–62 år	11,0	11,0
	SE* Max 8 år	Högre tjänstemän	3,3	2,6
		Lägre tjänstemän	6,5	4,3
		Arbetare	10,6	8,1
		Egenföretagare	7,3	7,1
		Utanför sysselsättning	10,3	13,2
	SE* Max 8 år	Urban miljö	6,8	6,3
		Tätort	7,7	7,7
Rural miljö		8,2	8,2	
Samulsson et al 2012 (87)	SE* Max 15 år		5029 (18,8)	3788 (14,6)
	SE* Max 15 år	34–44 år	1715 (17,0)	1061 (10,1)
		45–54 år	2573 (25,9)	1933 (20,6)
		55–64 år	741 (10,0)	794 (13,1)
	SE-F*** Max 15 år	34–44 år	512 (5,1)	330 (3,2)
		45–54 år	488 (4,9)	304 (3,2)
		55–64 år	57 (0,8)	61 (1,0)
SE* Max 15 år	Gifta	3040 (17,9)	2092 (13,2)	
	Ogifta	1989 (20,5)	1696 (16,9)	

¹Antal och andel kan beskriva olika saker vid jämförelse mellan studier.

²Ålder då sjukersättning erhöles.

*Sjukersättning

**Långtidssjukskrivning

***Sjukersättning med psykiatrisk diagnos

Risk för sjukersättning hos kvinnor och män

I detta avsnitt redovisas könsskillnader i sannolikhet för sjukersättning i relation till olika förklaringsvariabler. Tidigare sjukskrivning, faktorer i ungdomen, socioekonomiska faktorer och arbetsmiljö har använts som förklaringsfaktorer i de inkluderade studierna. I Tabell 5 sammanställs skillnader i sannolikhet uttryckts som hasardkvot och oddskvot. De värden som anges på hasard- och oddskvot är i olika utsträckning justerade för kovariater, dvs andra faktorer än de som primärt studeras och som kan påverka risken.

Sjukdom och diagnos

I en studie av Salonen et al (86) framkom att längre perioder med sjukskrivning innebar ökad risk för sjukersättning inom de undersökta yrkesklasserna och oavsett kön, samt att risken var lägst bland högre tjänstemän. Bland män hade de som stod utanför arbetet den klart största risken för sjukersättning, medan risken bland kvinnor var störst både bland arbetare och bland dem som stod utanför arbetet.

I en finsk studie av Ervasti et al (64) användes arbetsförmåga som utfallsmått, dvs ett kombinerat mått på sjukskrivning och sjukersättning. I studien framkom att kvinnor hade något högre relativ risk för arbetsförmåga med muskuloskeletal diagnos jämfört med män oavsett ålder.

Demografi och socioekonomi

Ervasti et al (64) visade att sambandet mellan kön och arbetsförmåga, dvs sjukskrivning och sjukersättning, var olika i olika åldersgrupper. Unga anställda kvinnor hade högst relativ risk för arbetsförmåga. I en studie av Oude et al (84) framkom att sannolikheten att anställda personer med en eller flera sjukdomar lämnade sitt avlönade arbete genom sjukersättning ökade upp till 55–59 år varefter sannolikheten minskade. Mönstret var samma för kvinnor och män oavsett utbildningsnivå.

Nilsen et al (82) studerade bland annat hur risken för sjukersättning påverkas av utbildningsmässiga skillnader i olika åldersgrupper. Av resultaten framkom att det fanns en utbildningsgradient i sjukersättning för både kvinnor och män i de två undersökta åldersgrupperna. Gradienten var brantast i den yngre åldersgruppen där risken för sjukersättning var tre till fyra gånger så hög för personer med utbildning på grundskolenivå jämfört med högskoleutbildade. Gustafsson et al (68) visade att arbetsinkomst, arbetstid och arbetslöshet, ökade risken för sjukersättning. Risken för sjukersättning tenderade att öka gradvis vid mer perifer arbetsmarknadsposition. Risken för sjukersättning oavsett diagnos och för sjukersättning med psykiatrisk diagnos var särskilt hög bland unga män. Polvinen et al (85) undersökte hur socioekonomiska skillnader påverkar sjukersättning hos kvinnor och män i olika åldrar. Socioekonomiska skillnader i sjukersättning var starkare för yngre åldersgrupper och för män jämfört med kvinnor. Den förhöjda risken för sjukersättning bland arbetare jämfört med högre tjänstemän var kopplad till muskuloskeletal diagnos.

Könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö

Gonäs et al (67) fann att könssammansättningen inom den anställdes yrke hade betydelse för framtida sjukfrånvaro eller sjukersättning hos både kvinnor och män. Kvinnor i extremt mansdominerade yrken hade den högsta risken för sjukfrånvaro eller sjukersättning under uppföljningsperioden och män i kvinnodominerade yrken den högsta risken i jämförelse med könsintegrerade yrken.

Emberland et al (63) undersökte betydelsen av arbetsmiljön för sjukersättning och fann att skillnaderna i risk för de fem förklaringsvariablerna rättvist ledarskap, fysisk arbetsbelastning, rollkonflikt, kontroll över arbetsintensitet och positiv utmaning hade samma riktning för kvinnor och män, men att betydelsen av dessa kunde variera mellan könen.

Mäntyniemi et al (81) undersökte risken för sjukersättning i relation till graden av obalans mellan krav och kontroll i arbetet. Större obalans var förknippad med en ökad risk för sjukersättning hos kvinnor och män. Den

ökade risken observerades främst i relation till sjukersättning med muskuloskeletal diagnos. Canivet et al (62) visade att risken för framtida sjukersättning påverkades av graden av obalans mellan krav och kontroll i arbetet hos både kvinnor och män. Dessutom framkom att initial ohälsa ökade risken för framtida sjukersättning bland kvinnor.

Tabell 5 Skillnader i risk för sjukersättning (uttryckt som risk-, hasard- eller oddskvot) uppdelat på kön.

Artikel	Förklaringsvariabel1	Utfallsvariabel2	Hasard- och oddskvot (95% KI) ³	
			Kvinnor	Män
Alexanderson et al 2012 (58)	Period med SSK (0 mot ≥1 period)	SE* eller SSK** 2 år	HR: 2,61 (1,94;3,53)	HR: 3,46 (2,68;4,47)
	Period med SSK-F (0 mot ≥1 period)		HR: 4,14 (2,90;5,91)	HR: 7,56 (5,24;10,89)
Canivet et al 2013 (62)	Yrkesklass (tjänstemän, högre och mellan, mot arbetare)	SE* 12 år	HR: 2,0 1,7;2,5)	HR: 2,6 (2,1;3,2)
	Obalans mellan krav och kontroll (låg mot hög)		HR: 1,7 (1,3;2,2)	HR: 1,5 (1,04;2,0)
Emberland et al 2017 (63)	Rättvist ledarskap (lågt mot högt)	SE* median 5,8 år	HR4: 0,86 (0,75;0,99)	HR4: 0,74 (0,57;0,96)
	Fysisk arbetsbelastning (låg mot hög)		HR4: 1,24 (1,06;1,45)	HR4: 1,68 (1,22;2,32)
Falkstedt et al 2014 (65)	Ambition att studera vid 13 års ålder (ja mot nej)	SE* 23 år	HR: 1,85 (1,59;2,15)	HR: 1,84 (1,51;2,25)
	Utbildning (≥14 år mot ≤9 år)		HR: 1,33 (1,12;1,58)	HR: 1,92 (1,48;2,50)
	Kontroll över arbetet (hög mot låg)		HR: 1,85 (1,50;2,28)	HR: 2,26 (1,87;2,73)
Gonäs et al 2019 (67)	Yrkesmässig könssegregering (integrerade mot extremt mansdominerade yrken)	SSK**/SE* 8 år	OR: 1,26 (1,17;1,36)	OR: 0,87 (0,83; 0,90)
	Yrkesmässig könssegregering (integrerade mot extremt kvinnodominerade yrken)		OR: 1,00 (1,03;1,07)	OR: 1,15 (1,03;1,28)
Gustafsson et al 2014 (68)	Kärna-periferi-position (kärna mot periferi)	SE* Max 19 år	20–39 år	20–39 år
			HR: 2,79 (2,27; 3,43)	HR: 4,58 (3,48; 6,03)
			40–64 år	40–64 år
			HR: 1,27 (1,08;1,50)	HR: 1,93 (1,62;2,30)

Tabell 5 forts Skillnader i risk för sjukersättning (uttryckt som risk-, hasard- eller oddskvot) uppdelat på kön

Artikel	Förklaringsvariabel1	Utfallsvariabel2	Hasard- och oddskvot (95% KI) ³	
			Kvinnor	Män
Helgesson et al 2013 (72)	Arbetslöshet (ingen mot ≥100 dagar under ett år)	SE* 15 år	Infödda OR: 1,02 (0,73;1,43)	Infödda OR: 1,56 (1,30;1,87)
			Immigranter OR: 1,65 (0,99;2,75)	Immigranter OR: 1,15 (0,81;1,64)
Helgesson et al 2015 (73)	SSK under ett år (inga dagar mot ≥60 dagar)	SE* 15 år	Infödda HR: 4,30 (3,95;4,68)	Infödda HR: 5,34 (4,69;6,05)
			Immigranter HR: 2,96 (2,46;3,54)	Immigranter HR: 3,93 (3,05;5,00)
Johansson et al 2012 (74)	Bakgrundsland (infödda mot immigranter)	SE* 18 år	HR: 1,7 (1,7;1,7)	HR: 1,9 (1,9;2,0)
Mäntyniemi et al 2012 (81)	Obalans mellan krav och kontroll i arbetet	SE* Medeltal 4,6 år	HR4: 1,17 (1,04;1,31)	HR4: 1,40 (1,15;1,71)
		SE-M*** Medeltal 4,6 år	HR4: 2,21 (1,91;2,57)	HR4: 2,41 (1,81;3,21)
Nilsen et al 2012 (82)	Utbildning (≥13 år mot ≤9 år)	SE* Max 12 år	25–49 år HR: 3,3 (2,7;4,1)	25–49 år HR: 4,5 (3,4;6,1)
			50–66 år HR: 1,4 (1,2;1,7)	50–66 år HR: 2,8 (2,4;3,4)
Polvinen et al 2014 (85)	Yrkesklass (högre tjänstemän mot arbetare)	SE* Max 14 år	35–54 år HR: 2,68 (2,45;2,93)	35–54 år HR: 3,21 (2,95;3,50)
			55–64 år HR: 2,29 (2,11;2,49)	55–64 år HR: 2,79 (2,56;2,97)
		SE-M*** Max 14 år	35–54 år HR: 5,16 (4,22;6,38)	35–54 år HR: 6,69 (5,36;8,47)
			55–64 år HR: 4,75 (4,08;5,56)	55–64 år HR: 6,69 (5,64;7,99)
		SE-I**** Max 14 år	35–54 år HR: 4,11 (2,55;7,04)	35–54 år HR: 3,3 (2,51;4,47)
			55–64 år HR: 1,79 (1,31;2,47)	55–64 år HR: 2,38 (2,01;2,85)
Salonen et al 2018 (86)	SSK bland högre tjänstemän (0 dagar mot 1–30 dagar)	SE* Max 8 år	HR: 2,36 (2,15;2,60)	HR: 2,61 (2,31;2,95)
	SSK bland högre tjänstemän (0 dagar mot 31–60 dagar)		HR: 2,93 (2,62;3,26)	HR: 3,43 (2,98;3,93)
	SSK bland högre tjänstemän (0 dagar mot 61–180 dagar)		HR: 4,93 (4,42;5,49)	HR: 6,35 (5,60;7,21)
	SSK bland arbetare (0 dagar mot 1–30 dagar)		HR: 1,90 (1,80;1,99)	HR: 1,84 (1,76;1,93)
	SSK bland arbetare (0 dagar mot 31–60 dagar)		HR: 2,28 (2,15;2,41)	HR: 2,40 (2,29;2,53)
	SSK bland arbetare (0 dagar mot 61–180 dagar)		HR: 3,22 (3,05;3,40)	HR: 3,03 (2,89;3,18)

¹Inom parentes anges kategorier som jämförts där referenskategori anges först.

²I beskrivning av SSK och SE anges antal år som variabeln mätts.

³Kovariater har beaktats i olika hög grad.

⁴Risk för sjukersättning vid ökning av arbetsexponering med en enhet.

*Sjukersättning

**Sjukskrivning

***Sjukersättning med muskuloskeletal diagnos

****Sjukersättning med diagnoser som rör cirkulationsorganens sjukdomar

Metodval vid forskning om sjukskrivning och sjukersättning

Grundantaganden och studiedesign

Den bakomliggande förklaringsmodellen för de samband som studeras är central för metodologiska ställningstagandena. Flertalet av de inkluderade studierna fokuserar på direkta samband mellan olika förklaringsvariabler och utfall. Två studier har i stället utgått från ett intersektionellt perspektiv, för att ta hänsyn till effekten av att tillhöra flera sociala kategorier. Haukenes et al (71) använder begreppet 'co-constitution' för att beskriva hur kön, ålder och utbildning samverkar och skapar en ny integrerad social kategori. Nwaru et al (83) kombinerade kön med yrkesprestige för att undersöka i vilken utsträckning kön i kombination med andra sociala identiteter skapar ojämlikheter i hälsa. I flertalet artiklar ses sjukskrivning och sjukersättning som enskilda händelser, men i sex artiklar har andra synsätt använts. Detta har i sin tur påverkat den övergripande studiedesignen, men också metoden mer i detalj.

Denna forskningsöversikt inkluderar endast longitudinella kvantitativa studier, men det finns ändå stora skillnader i studiedesign. Av de 32 studierna var 14 registerstudier där data om förklaringsvariabler och utfall hämtades från olika register. I övriga 18 studier inhämtades data om förklaringsvariabler från olika hälsoundersökningar där data samlats in via enkäter, medan registerdata användes för utfallet. Studien av Marti et al (79) utgjorde ett undantag avseende studiedesign genom att den var designad som en panelstudie med upprepade observationer från samma individer.

Statistisk analys

När studien fokuserar på att studera risk för ett visst utfall har strategin för de statistiska analyserna varit att isolera övergripande huvudeffekter samt genomföra stratifierade analyser för att identifiera huvudeffekter för specifika undergrupper. I analyserna har justeringar gjorts för olika kovariater. I vilken grad justeringar gjorts och vilka kovariater som använts varierar mellan studierna. Nwaru et al (83) använder både könsstratifierad analys och intersektionell analys för att förstå hur risken för sjukskrivning påverkas av yrkesmässig prestige och kön. I artiklarna är det olika tydligt hur forskarna motiverat sina val och redovisar sina beräkningar.

Vid dikotomisering av sjukskrivnings- och sjukersättningsdata sattes gränsen ofta i relation till rådande lagstiftning. Exempelvis använde Helgesson et al (72, 73) gränsen sextio dagar, vilket motiverades med att 60

dagars sjukskrivning var en tidsgräns för långtidssjukfrånvaro vid Försäkringskassan under tiden studien pågick och gränsen användes ofta i officiella rapporter.

Skillnader i utfall beskrivs som antal och andel, men också som incidens och incidenskvot. I studierna används risk-, hasard- och oddskvot för att beskriva skillnader i sannolikhet för ett visst utfall. Vilket av dessa mått som används beror bland annat på frågeställningen och valet av statistiskt test.

Studiepopulationens egenskaper (demografiska och socioekonomiska) beskrivs i olika hög grad, liksom hur de relaterar till förklaringsvariabler och utfallsmått. I vissa studier redovisas detta tydligt liksom hur resultaten från dessa analyser används för att avgöra vilka kovariater som ska beaktas och hur i de fortsatta analyserna, exempelvis Emberland et al (63). De statistiska analyserna inkluderar också analys av interaktionseffekter, hur avsaknad av data hanteras (se Nilsen et al (82)) liksom analys av eventuella skillnader mellan svarande och icke svarande. Utfallsmått, men ibland också förklaringsvariabler och kovariater, var i flera artiklar mycket vagt beskrivna och det framgick inte hur de operationaliserats i analyserna. Det framgick inte i någon av de inkluderade artiklarna om rekommendationer för rapportering av observationsstudier har använts (90).

Variabler för sjukfrånvaro och sjukersättning

I analyserna används en stor mängd utfallsmått (Bilaga 1). Utfallsmåtten beskriver antal dagar med utfall, antal perioder med utfall, längden på perioder, tid till utfall eller om händelse sker under uppföljningsperioden, men det anges inte hur utfallsmåtten har operationaliserats i den statistiska analysen. I studien av Madsen (91) beaktades att individen kan ha utfallet vid flera tillfällen under uppföljningsperioden.

I sex av de inkluderade artiklarna har sjukskrivning och sjukersättning används som utfallsmått, men på olika sätt. Alexandersson et al (58) tog hänsyn till att vissa anställda som deltog i studien valde att avbryta sin sjukskrivning för en kort period, innan de begärde sjukpenning igen, för att undgå en övergång till sjukersättning. Detta problem i data hanterades genom att sjukersättning klassificerades som tillfällig eller permanent sjukersättning eller > 600 sjukskrivningsdagar under två på varandra. Gonäs et al (67) valde att vid uppföljning kategorisera utfallet utifrån huvudsakliga inkomstkälla under uppföljningsåret. Baserat på detta skapades ett kombinerat dikotomiserat utfallsmått där sjukskrivning eller beslut om sjukersättning ställdes mot övriga kategorier. Ervasti et al (64) utgick från att sjukfrånvaro och sjukersättning är en process där långtidssjukfrånvaro övergår i sjukersättning om en anställd förblir oförmögen att arbeta. Sjukskrivning och sjukersättning kombinerades därför i ett utfallsmått. I två artiklar av Helgesson et al (72, 73) användes tre utfallsmått för att ta hänsyn till att det finns flera möjliga utfall till följd av sjukskrivning och arbetslöshet. I studien användes sjukfrånvaro, sjukersättning och död under uppföljningsperioden som utfall. I en studie av Oude et al (84) var utträde från betalt arbete i fokus och därför skapades fem ömsesidigt uteslutande

kategorier (betald anställning, sjukersättning, arbetslöshetsersättning, förtidspension och ekonomiskt inaktiva), som analyserades separat.

Förklaringsvariabler

I de inkluderade studierna mättes förklaringsvariablerna ofta på individnivå, men i vissa fall användes även data på aggregerad nivå. Ervasti et al (64) använde data om psykosociala faktorer aggregerad på arbetsenheten, för att undvika problem som uppstår vid självrapportering av data.

Förklaringsvariabeln mättes när studien startar, även när studieperioden sträcker sig över 10 år eller mer. Av Tabell 2 och 4 framgår också att könssegregering studeras på olika nivåer (arbetsplatsen, inom yrket, sektorn eller branschen).

Förklaringsvariabler definieras och kategoriseras, precis som utfallsvariablerna, på olika sätt (se Tabell 2 och 4). I flera av de inkluderade studierna har olika aspekter av socioekonomisk position studerats, såsom yrkesklass, utbildning och arbetslöshet, men också sammansatta mått som i studien av Polvinen et al (85).

Sjukskrivning eller sjukersättning vid studiens start

I flera artiklar har personer som haft sjukskrivning eller sjukersättning vid studiens start exkluderats från studien, tex Ervasti et al (64), Falkstedt et al (65), Framke et al (66), Gonäs et al (67), Gustafsson et al (68). Emberland et al (63) och Helgesson et al 2013 (72) valde i stället att hantera detta i analysfasen genom att justera för att deltagare redan varit exponerade för utfallet vid inklusion. Alexanderson et al (58) valde att separera exponering (en ny sjukskrivning under en treårsperiod) från utfall genom en "reningsperiod" där utfallshändelser inom 12 månader omedelbart efter exponeringsfönstret för sjukfrånvaro exkluderades från analyserna. Haukenes et al 2012 (69) gjorde på liknande sätt, vilket beskrevs som att individer som beviljats förtidspension de första 12 månaderna efter deltagande i HUSK exkluderades. Därigenom minskades risken för rapporteringsbias till följd av att de redan var i färd med att ansöka om förtidspension.

Diskussion

Könsskillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning

Denna forskningsöversikt utgår från longitudinella studier som undersöker könsskillnader i andelen som erhåller registrerad sjukpenning eller sjukersättning under en viss period, liksom vad som kan förklara dessa könsskillnader. Forskningsöversikten belyser könsskillnader i relation till sjukdom och diagnos, demografi och socioekonomi samt könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö.

Sjukdom och diagnos

Resultaten från forskningsöversikten visade på ett genomgående mönster där kvinnor hade högre andel sjukskrivning och sjukersättning utan beaktande av sjukskrivningsorsak, vilket bekräftar tidigare forskning och sammanställd statistik (31, 38). En mer komplex bild framträdde när hänsyn togs till diagnosgrupp, eftersom studierna (58-89) inte entydigt pekade på könsskillnader samt att andelen män var högre för vissa diagnosgrupper. Denna komplexitet framgår också av resultaten från en studie av Timp et al (92) om könsskillnader i långtidssjukskrivning. Bland personer som var sjukskrivna med psykiatrisk eller muskuloskeletal diagnos var det fler män än kvinnor som avslutade sin sjukskrivningsperiod under de två första månaderna. Med tiden minskade skillnaderna mellan könen.

Nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom utgör grund för både sjukpenning och sjukersättning. En förklaring till könsskillnader i sjukskrivning och sjukersättning skulle därför kunna vara att kvinnor uppvisar sämre hälsa än män. Claussen et al (93) visade att den ökade risken för sjukersättning för kvinnor jämfört med män bland annat kunde kopplas till kvinnornas sämre självrapporterade hälsa. Østby et al (35) undersökte i vilken utsträckning skillnader i mäns och kvinnors hälsa bidrar till skillnader i sjukskrivning. Resultaten visade att det fanns signifikanta könsskillnader i sjukskrivning i relation till somatisk sjukdom, mental hälsa och sömnproblematik, men att dessa förhållanden bara kunde förklara en del av könsskillnaderna. Skillnader i hälsa mellan könen undersöktes i en finsk studie (94). Resultaten visade att kvinnor visade sämre hälsa för fem av åtta analyserade indikatorerna, däribland somatiska symtom, psykiska symtom och långvarig sjukdom. Män visade sämre för indikatorn självskattad hälsa för personer över 50 år. Det kan också förekomma skillnader mellan könen i vilka symtom som rapporteras och i vilken utsträckning det görs (95).

Resultaten från forskningsöversikten visade också att längre perioder med sjukskrivning innebar ökad risk för sjukskrivning och sjukersättning samt att anknytning till arbetsmarknad och yrkesklass skulle kunna bidra till att förklara eventuella könsskillnader (73, 75, 86). Helgadóttir (96) undersökte hur sambandet mellan sjukskrivning och framtida sjukersättning beror på yrkesklass. Av studien framkom att kvinnliga och manliga tjänstemän med

långtidssjukskrivning på grund av muskuloskeletala besvär var särskilt sårbara för sjukersättning. I en studie av Gjesdal et al (97) framkommer dock inga större könsskillnader i övergången från långtidssjukskrivning till sjukersättning. Detta tolkades som att långtidssjukskrivna kvinnor i genomsnitt var lika friska som männen. Denna tolkning kan dock ifrågasättas. Sjukskrivning och sjukersättning är komplexa fenomen (44) och det är därmed möjligt att det finns andra faktorer som bidrar till att det inte finns några könsskillnader. I studien framkom att de mest betydelsefulla prediktiva faktorerna för sjukersättning var ålder och längd på tidigare sjukskrivning (97).

Demografi och socioekonomi

Det finns ett dokumenterat samband mellan socioekonomi och olika hälsoutfall, bland annat sjukskrivning och sjukersättning (93, 98-101). I flera av de studier som inkluderats i denna översikt analyseras skillnader i sjukskrivning och sjukersättning hos kvinnor och män i relation till deras socioekonomiska position. I dessa studier har yrkesklass, yrkesmässig prestige, anknytning till arbetsmarknaden, utbildning, arbetslöshet och ett sammansatt mått på socioekonomisk position använts som indikatorer. Det framkommer i studierna att mäns och kvinnors sociala position påverkar risken för framtida sjukskrivning och sjukersättning. Generellt sett är riskökningen större bland män än bland kvinnor. Att vara lågutbildad jämfört med att vara högutbildad innebär en större risk för män jämfört med för kvinnor, men resultaten är inte entydiga. Ålder kan också vara en viktig aspekt att beakta för att förstå sambandet mellan socioekonomisk position och skillnader i risk för sjukskrivning och sjukersättning (82). Att män har en brantare gradient stämmer med vad som framkom i två kunskapssammanställningar där socioekonomiska skillnader i hälsa undersökts i relation till kön (102, 103). Macintyre et al (102) drar slutsatsen att när de vanligt förekommande måtten på socioekonomisk position används tycks gradienten i ohälsa vara mindre brant för kvinnor än män. Genom att titta närmare på orsaksspecifik sjuklighet kan avvikelser från det generella mönstret framträda (104).

I en studie av Samuelsson et al (87) framkom att lägre utbildning innebar ökad risk för sjukersättning oavsett diagnos för kvinnor och män, vilket överensstämmer med resultaten från en norsk tvärsnittsstudie (105). Av den förstnämnda studien framkom också att högre utbildning innebar ökad risk för sjukskrivning med mental diagnos för kvinnor jämfört med män. Detta resultat förklarades med att män i jämförelse med kvinnor tjänar mer på högre utbildning i form av välbefinnande, eftersom män i större utsträckning har tillgång till andra resurser i form av befogenheter och löner som tillsammans med den högre utbildningen ger en större positiv effekt på välbefinnandet (106).

Enligt Elo (103) kan dock inte de socioekonomiska skillnaderna i hälsa hos vuxna undersökas utan att också ta hänsyn till faktorer i ungdomen där förhållandena under uppväxten indirekt påverkar den vuxnes sociala position och livsstil. Detta stöds av två av de studier som inkluderats i denna översikt där olika faktorer i ungdomen relaterats till framtida

sjukskrivning och sjukersättning. Enligt Mittendorfer-Rurz et al (80) och Falkstedt et al (65) påverkas sjukfrånvaro och sjukersättning i vuxen ålder av olika faktorer i ungdomen, såsom sjukfrånvaro från skolan, sociala miljöfaktorer, låga skolprestationer, föräldrars arbetslöshet och intellektuell presentation i ungdomen. Det fanns dock könsskillnader. Bland annat framkom att sjukfrånvaro från skolan ökade risken för framtida sjukskrivning för kvinnor medan låga skolbetyg ökade risken för män (80). Forskning har även visat att föräldrars sjukfrånvaro kan vara förknippad med sjukfrånvaro i nästa generation, men att det inte fanns några skillnader i detta samband mellan könen (107).

Könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö

I forskningsöversikten har flera studier fokuserat på att kvantifiera i vilken utsträckning den könssegregerade arbetsmarknaden påverkar risken för sjukskrivning och sjukersättning (67, 70, 77). Av studierna framgick att arbete på en könssegregerad arbetsplats eller inom en könssegregerad bransch kan påverka risken för sjukskrivning och sjukersättning samt att skillnaderna i risk kan vara olika för kvinnor och män.

Utän hänsyn taget till kön framkommer genom forskning ett U-format mönster i sambandet mellan könssammansättning på arbetsplatsen och risk för sjukfrånvaro, där könsintegrerade arbetsplatser har lägst sjukskrivning och extremt mansdominerade och kvinnodominerade arbetsplatser utgör ytterligheter (108-111). Styrkan och överensstämmelsen med det U-formade mönstret beror bland annat på vilken organisatorisk nivå som studeras (arbetsplats, yrkesklass, bransch eller sektor) och därmed i vilken utsträckning arbetsuppgifter, arbetsmiljön i stort liksom den ekonomiska kontexten beaktas. Mönstret kompliceras ytterligare när ålder, period och kohorteffekter beaktas (112).

I studier om könssegregerade arbetsplatser är utgångspunkten ofta att den grupp som är i minoritet utsätts för mentala påfrestningar i högre grad. Att som kvinna eller man arbeta på könssegregerade arbetsplatser jämfört med arbetsplatser med jämn könsfördelning antas därmed påverka risken för sjukskrivning på olika sätt. Det finns dock forskning som visar att gruppen som är i minoritet inte har högre sjukskrivning (113), vilket stödjer resultaten från en av de studier som ingår i denna forskningsöversikt (70). I en studie av Jonsson et al (114) framkom att mansdominerade arbetsplatser generellt sett var negativa för både kvinnor och män.

Flera av de artiklar som ingår i forskningsöversikten har studerat sambandet mellan arbetsmiljö och risk för sjukskrivning eller sjukersättning (60, 63, 66, 81). Dessa artiklar visar på ökad risk för sjukskrivning eller sjukersättning för anställda som har höga emotionella krav i arbetet, obalans mellan krav och kontroll, rollkonflikter, hög fysisk arbetsbelastning eller blir trakasserade. Lägre risk var kopplat till positiva utmaningar, rättvist ledarskap och kontroll över arbetsintensitet. De olika arbetsmiljöfaktorerna påverkade risken för sjukskrivning och sjukersättning i samma riktning för kvinnor och män, men betydelsen av dessa kunde variera mellan könen och

i relation till diagnosgrupp. Dessa resultat ligger i linje med annan forskning om sambandet mellan arbetsmiljö och hälsorelaterade utfall (37, 115-118).

Melsom et al (111) framhåller att både arbetets egenskaper och de förhållanden under vilka de utförs behöver beaktas i studier av könsskillnader i sjukskrivning. Även könsskillnader i hur arbetet påverkar övrig vardag och vice versa kan bidra till förståelse av könsskillnader. I en av studierna som inkluderats i denna översikt (70) framkom att kvinnor, till skillnad från män, hade ökad risken för både kortare och längre sjukskrivning med ökande konflikt mellan arbete och fritid, vilket stöds av annan forskning (33). Forskning har också visat att det finns könsskillnader i tidsanvändning. Manliga och kvinnliga egenföretagare fördelar sin tid på ett mer könstraditionellt sätt jämfört med anställda kvinnor och män (119). Egenanställning skulle därmed kunna påverka könsskillnaderna.

Könsskillnader i arbets- och hälsorelaterade utfall kan också vara relaterade till den horisontella och den vertikala könssegregeringen på arbetsmarknaden (120). Studier har visat att kvinnor och män inom samma yrken ofta utför olika arbetsuppgifter (121). Karlqvist et al (122) fann att arbetsförhållandena skiljde sig åt för kvinnor och män på kvinnodominerade och mansdominerade arbetsplatser. De flesta skillnaderna gällde fysiska arbetsmiljöfaktorer på både kvinnodominerade och mansdominerade arbetsplatser, tex arbete på vibrerande underlag, stillasittande arbete och hantering av tunga vikter. Av studien framkom också att obalans mellan krav och kontroll var vanligare bland kvinnor på mansdominerade arbetsplatser. Casini et al (37) fann att yrkesklass var en viktig faktor för att förstå könsskillnader i sjukskrivning och betonade vikten av att förbättra kvinnors position på arbetsmarknaden både gällande hierarki och kvalitet på arbetet för att reducera sjukskrivning. I en studie av Laaksonen et al (123) framkom att skillnader i yrken som innehas av kvinnor och män förklarar en betydande del av den större andelen sjukskrivna kvinnor. Arbetsplatser där det ena könet dominerar i antal skulle kunna ge upphov till olika kultur som påverkar kvinnor och män på olika sätt, tex. i acceptans för att stanna hemma vid sjukdom (124). Av ovanstående framgår att när kvinnor och män arbetar på arbetsplatser där de är i kulturell och numerisk minoritet, kan det uppstå negativa, men ibland även positiva, hälsoeffekter som är könsspecifika.

Forskningsöversikten inkluderar studier som undersöker könsskillnader i relation till sjukdom och diagnos, demografi och socioekonomi samt könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö, men det behöver poängteras att även andra områden och faktorer än de som beskrivs ovan har varit i fokus för forskning (38, 125).

Metodval vid forskning om sjukskrivning och sjukersättning

För tjugo år sedan publicerades Alexandersson et al (44) en artikel med det tydliga budskapet att det krävs mer och bättre forskning om sjukfrånvaro.

Med utgångspunkt i att sjukfrånvaro är ett komplext socialt fenomen betonade forskarna bland annat att det krävs ökad och förbättrad empirisk forskning med mer distinkta koncept och mer lämpliga metoder. Baserat på de artiklar som inkluderats i denna forskningsöversikt tycks det som att vissa av de problem som lyfts upp fortfarande kvarstår. Exempelvis kommer många artiklar inte upp till grundläggande vetenskaplig nivå när det gäller att beskriva och diskutera hur förklaringsvariabler och utfallsmått definieras. Den bristfälliga rapporteringen försvårar bedömningen av studiernas kvalitet och deras generaliserbarhet. Rekommendationer om vad som bör ingå i en korrekt och fullständig rapport från en observationsstudie har tagits fram (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology, STROBE) (90) och dessa kan vara vägledande för att redovisa studier som använder denna typ av studiedesign.

Forskningsöversikten fokuserar på att undersöka kvantitativa skillnader i registrerad sjukfrånvaro och sjukersättning utgående från en longitudinell studiedesign. Flertalet av de inkluderade studierna undersöker det direkta samband mellan olika förklaringsvariabler och utfall, vilket är vanligt inom epidemiologisk forskning. Med tanke på att många olika faktorer påverkar graden av sjukpenning och sjukersättning kan det vara svårt att utforma, utföra och tolka resultatet från longitudinella studier (44). Det blir svårt att besvara för vem, dvs för vilka undergrupper, en förklaringsvariabel är relevant (126). VanderWeele (126) betonar att det inom epidemiologi finns intresse för att studera mekanismer, dvs. vad som kan påverka de direkta sambanden, men att metoder för att hantera detta i studier behöver diskuteras, läras ut och användas i högre grad. De statistiska analysmetoderna blir då mer avancerade (127, 128) och resultaten behöver presenteras på ett överskådligt sätt.

Forskningsöversikten inkluderar även studier som utgår från ett intersektionellt perspektiv. Detta perspektiv är på framväxt inom sociologi, eftersom det betonar hur underliggande sociala maktstrukturer interagerar och bidrar till ojämlikheter i hälsa (129). Green et al (129) ser potentialen i att använda detta synsätt, men betonar att intersektionalitet ännu är relativt nytt inom hälsoområdet och att det krävs kunskap och diskussion om hur ett intersektionellt tillvägagångssätt kan berika nuvarande tillvägagångssätt inom forskning om folkhälsa.

Av de inkluderade studierna var knappt hälften registerstudier där data om förklaringsvariabler och utfall hämtades från olika register. I resterande studier inhämtades data om förklaringsvariabler från olika hälsoundersökningar där data samlats in via enkäter, medan registerdata användes för utfallet. En begränsning med registerbaserade studier är att det kan saknas information som skulle kunna förklara eller påverka de observerade sambanden, exempelvis om hälsotillstånd, hälsobeteenden och arbetsmiljö (86). Studien av Marti et al (76) utgjorde ett undantag avseende studiedesign genom att den var designad som en panelstudie där personerna följdes upp vid flera tillfällen under studieperioden. Panelstudier, med utgångspunkt i ett livslöppsperspektiv, gör det möjligt att studera hur tex hälsa, vanor och beteenden förändras över tid när individer blir äldre, får

barn eller byter yrkesinriktning eller efter specifika händelser v (127). De kan också användas för att få förståelsen för hur sociala orättvisor reproduceras över tid.

I flertalet artiklar ses sjukskrivning och sjukersättning som enskilda händelser, men i några artiklar har andra synsätt använts. Sjukskrivning och sjukersättning kan ses i forskning som delar i ett förlopp (54), en av flera vägar ut ur betalt arbete (84) och som en av flera olika vägar på arbetsmarknaden (130) samt för att analysera förväntad arbetslivslängd och antal förlorade arbetsår (131). Detta påverkar i sin tur den övergripande studiedesignen men också metoden mer i detalj.

I de statistiska analyserna användes ett stort antal olika mått på sjukskrivning och sjukersättning och de har operationaliserats på olika sätt i analyserna. Exakt hur utfallsmåttet har operationaliserats är i de flesta artiklarna svårt att utläsa, vilket gör det svårt att tolka resultaten och att jämföra resultat från olika studier (132). Hensing et al (45) betonar därför vikten av att noga överväga vilka mått som är lämpliga i relation till studiens syfte och den kunskap som söks. Att exempelvis använda antal perioder i medeltal som utfallsmått i stället för totalt antal sjukfrånvarodagar skulle kunna innebära att påverkan av allvarliga hälsoproblem underskattas (80). Det bör också övervägas att använda flera utfallsmått som beskriver sjukfrånvaro och sjukersättning för att fånga olika bakomliggande mekanismer.

Av de inkluderade artiklarna framgår också att förklaringsvariablerna har definierats på olika sätt. I flera artiklar används socioekonomisk position som förklaringsvariabel, men vilka indikatorer på socioekonomisk position som används varierar. De indikatorerna som används ska på olika sätt beskriva i vilken omfattning en person har tillgång till sociala och ekonomiska resurser. När olika indikatorer på socioekonomisk position jämförs är det viktigt att ha i åtanke att de olika indikatorerna kan ha olika betydelse över en persons livslopp, men också i relation till sjukskrivning och sjukersättning (100, 133, 134). Även närståendes socioekonomiska position kan behöva beaktas för att ge en rättvis bild (135).

Förklaringsvariablerna som använts i de artiklar som inkluderats i forskningsöversikten har mätts på individnivå, men också på aggregerad nivå. Ervasti et al (61) använde data om psykosociala faktorer aggregerad på arbetsenheten, för att undvika problem som uppstår vid självrapportering av data. I de inkluderade studierna användes könssegregering på olika organisationsnivåer (arbetsplats, yrkesklass, bransch eller sektor), vilket gör att förklaringsvariabeln i olika hög grad beaktar arbetsuppgifter, arbetsmiljön i stort liksom den ekonomiska, sociala och kulturella kontexten. Även måttet som används (antal dagar, antal perioder eller längd på frånvaron) påverkar sambandet mellan könssegregering och sjukfrånvaro (108-110).

Slutsats

Av forskningsöversikten framkommer att kvinnor i högre grad blir sjukskrivna och erhåller sjukersättning jämfört med män, men att skillnaderna påverkas av diagnos, utbildning, anknytning till arbetsmarknaden, yrke och sektor. Kvinnor och män som befinner sig i likartade sammanhang påverkas på likartat sätt med avseende på risk för sjukskrivning och sjukersättning.

Forskningsöversikten ger en komplex bild av hur sjukdom och diagnos, demografi och socioekonomi samt könssegregerade arbetsplatser och arbetsmiljö kan påverka könsskillnader i sjukskrivning och sjukersättning. Dessutom synliggörs den stora variationen i forskningsmetoder baserat på olika teoretiska och metodologiska utgångspunkter. Rapporten ger också en bild av vad som varit i fokus för forskning inom området ur ett västeuropeiskt perspektiv under de senaste tolv åren.

Epidemiologiska studier om sjukskrivning och sjukersättning behöver ta hänsyn till att det rör sig om komplexa fenomen som bara till viss del kan kopplas till ohälsa. Detta ställer krav på att allt från teoretisk förankring till val av analysmetoder och tolkning av resultat är väl genomtänkta och genomförda. För att kunna bedöma studiernas kvalitet och deras generaliserbarhet måste studierna vara korrekt beskrivna.

Referenser

1. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):450-4.
2. Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Med Humanit*. 2000;26(1):9-17.
3. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Hämta från från: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>
4. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Ohlsson H, Björkelund C, Bengtsson Boström K. Diagnoses have the greatest impact on variation in sick-leave certification rate among primary-care patients in Sweden: A multilevel analysis including patient, physician and primary health-care centre levels. *Scand J Public Health*. 2015;43(7):704-12.
5. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49(2):124-30.
6. Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med*. 2001;58(6):420-4.
7. Allebeck P, Mastekaasa A. Chapter 3. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scand J Public Health*. 2004;32(63_suppl):36-43.
8. Kangas M, Muotka J, Huhtala M, Mäkikangas A, Feldt T. Is the Ethical Culture of the Organization Associated with Sickness Absence? A Multilevel Analysis in a Public Sector Organization. *J Bus Ethics*. 2017;140(1):131-45.
9. Aaviksoo E, Kiivet RA. Influence of the sickness benefit reform on sickness absence. *Health Policy*. 2016;120(9):1070-8.
10. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Soc Sci Med*. 2004;58(10):1857-68.
11. Sanderson K, Nicholson J, Graves N, Tilse E, Oldenburg B. Mental health in the workplace: using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors. *Disabil Rehabil*. 2008;30(17):1289-97.
12. Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Pentti J, Elovainio M, Vahtera J. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(8):710-1.
13. Hultin H, Lindholm C, Malfert M, Möller J. Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment - the impact of health status. *BMC Public Health*. 2012;12(1):861.

14. Mänty M, Lallukka T, Lahti J, Pietiläinen O, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O. Physical and mental health functioning after all-cause and diagnosis-specific sickness absence: a register-linkage follow-up study among ageing employees. *BMC Public Health*. 2017;17(1):114.
15. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):557-68.
16. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(7):502-9.
17. Labriola M. Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level. *Work*. 2008;30(4):377–87.
18. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47). [Internet]. Stockholm. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>.
19. SCB. Arbetsmarknadssituationen för befolkningen, 15–74, år AKU 2021 [Internet]. Stockholm: SCB; 2023. Hämtad från: <https://www.scb.se/publikation/51637>.
20. SCB. På tal om kvinnor och män 2022. Stockholm: SCB; 2023.
21. Jämställdhetsmyndigheten. Analys av den könssegregerade arbetsmarknaden. Förutsättningar för en bredare rekryteringsbas till välfärden. Göteborg: Jämställdhetsmyndigheten; 2023.
22. Arbetsmiljöverket. Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Kunskapssammanställning 2016:2. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2016.
23. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial Work Environment and Mental health-a meta-analytic Review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62.
24. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15(1):738-.
25. Försäkringskassan. Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022. Arbetsrapport 2023:2. Stockholm; Försäkringskassan: 2023.
26. Inspektionen för socialförsäkringen. Stability in sickness and disability insurance. Report 2012:15. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. ISF. 2012.

27. Antczak E, Miszczyńska KM. Causes of Sickness Absenteeism in Europe-Analysis from an Intercountry and Gender Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22).
28. Palme M, Persson M. Sick Pay Insurance And Sickness Absence: Some European Cross-Country Observations And A Review Of Previous Research. *J Econ Surv*. 2019;34.
29. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Vanhercke, B., Bouget, D., Spasova, S., Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union – Background report for the Social Protection Committee's – In-depth review on sickness benefits. Publications Office: Brussels; 2016,. Hämtad från: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/531076>
30. Mastekaasa A. The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2014;24(4):656-62.
31. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2023. Stockholm.
32. Scheil-Adlung X, Sandner L. Evidence on paid sick leave: Observations in times of crisis. *Intereconomics*. 2010;45:313-21.
33. Nilsen W, Skipstein A, Østby KA, Mykletun A. Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):465-71.
34. Mortensen J, Dich N, Lange T, Alexanderson K, Goldberg M, Head J, et al. Job strain and informal caregiving as predictors of long-term sickness absence: A longitudinal multi-cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(1):5-14.
35. Østby KA, Mykletun A, Nilsen W. Explaining the gender gap in sickness absence. *Occup Med (Lond)*. 2018;68(5):320-6.
36. Ariansen AM, Mykletun A. Does postponement of first pregnancy increase gender differences in sickness absence? A register based analysis of Norwegian employees in 1993-2007. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e93006.
37. Casini A, Godin I, Clays E, Kittel F. Gender difference in sickness absence from work: a multiple mediation analysis of psychosocial factors. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):635-42.
38. Bekker MH, Rutte CG, van Rijswijk K. Sickness absence: A gender-focused review. *Psychol Health Med*. 2009;14(4):405-18.
39. Virtanen M, Heikkilä K, Vahtera J, Kivimäki M, Halonen JJ, Alexanderson K, et al. Clustering of disability pension and socioeconomic disadvantage in Sweden: a geospatial analysis. *Eur J Public Health*. 2022;32(5):703-8.
40. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* (1978). 1978;32(4):244-9.

41. Goldberg M, Chastang JF, Leclerc A, Zins M, Bonenfant S, Bugel I, et al. Socioeconomic, demographic, occupational, and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey: a prospective study of the French GAZEL cohort and its target population. *Am J Epidemiol.* 2001;154(4):373-84.
42. Krokstad S, Langhammer A, Hveem K, Holmen TL, Midthjell K, Stene TR, et al. Cohort Profile: The HUNT Study, Norway. *Int J Epidemiol.* 2013;42(4):968-77.
43. Zins M, Goldberg M. The French CONSTANCES population-based cohort: design, inclusion and follow-up. *Eur J Epidemiol.* 2015;30(12):1317-28.
44. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. *Scand J Public Health.* 2004;32(5):321-3.
45. Hensing G. The measurements of sickness absence - a theoretical perspective. *Norsk epidemiologi.* 2009;19(2).
46. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Soc Med.* 1998;26(2):133-44.
47. Försäkringskassan. Förslag på utfallsmått för att mäta återgång i arbete efter sjukskrivning. Socialförsäkringsrapport 2016:9. Stockholm: Försäkringskassa; 2016.
48. Folkhälsomyndigheten. Att mäta ojämlikhet i hälsa i befolkningen. Kartläggning, analys och rekommenderade mått. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.
49. Sverige. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv: en institutionell analys av sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna i 18 OECD-länder 1930 till 2010 [Internet]. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2012. Hämtad från http://www.psfu.se/uploads/files/10_sveriges_socialforsakringar_i_jamforande_perspektiv.pdf.
50. Lidwall U, Voss M. Gender equality and sick leave among first-time parents in Sweden. *Scand J Public Health.* 2020;48(2):164-71.
51. Josten EJC, Verbakel E, De Boer AH. A longitudinal study on the consequences of the take-up of informal care on work hours, labour market exit and workplace absenteeism due to illness. *Ageing Soc.* 2022;44(3):1-24
52. Lahti J, Rahkonen O, Lahelma E, Laaksonen M. Leisure-time physical activity and disability retirement: A prospective cohort study. *J Phys Act Health.* 2013;10(5):669-75.
53. Polvinen A, Laaksonen M. Determinants of transition from partial to full disability pension: A register study from Finland. *Scand J Public Health.* 2022;50(5):622-8.

54. Alaie I, Svedberg P, Ropponen A, Narusyte J. Longitudinal trajectories of sickness absence among young adults with a history of depression and anxiety symptoms in Sweden. *J Affective Disord.* 2023;339:271-9.
55. Sumanen H, Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O. The Magnitude of Occupational Class Differences in Sickness Absence: 15-Year Trends among Young and Middle-Aged Municipal Employees. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(6).
56. Heikkilä K, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K, Virtanen M. Work Participation among Women and Men in Sweden: A Register Study of 8.5 Million Individuals. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9).
57. JBI. Critical appraisal tools [Internet]. Hämtad från: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
58. Alexanderson K, Kivimäki M, Ferrie JE, Westerlund H, Vahtera J, Singh-Manoux A, et al. Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(2):155-9.
59. Björkenstam E, Helgesson M, Gustafsson K, Virtanen M, Hanson LLM, Mittendorfer-Rutz E. Sickness absence due to common mental disorders in young employees in Sweden: are there differences in occupational class and employment sector? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(5):1097-106.
60. Blindow K, Bondestam F, Johansson G, Bodin T, Wester-Lund H, Nyberg A. Sexual and gender harassment in Swedish workplaces: A prospective cohort study on implications for long-term sickness absence. *Scand J Work Environ Health.* 2021;47(6):466-74.
61. Blomgren J, Jäppinen S. Incidence and Length of Sickness Absence among Hierarchical Occupational Classes and Non-Wage-Earners: A Register Study of 1.6 Million Finns. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2).
62. Canivet C, Choi B, Karasek R, Moghaddassi M, Staland-Nyman C, Östergren PO. Can high psychological job demands, low decision latitude, and high job strain predict disability pensions? A 12-year follow-up of middle-aged Swedish workers. *Int Arch Occup Environ Health.* 2013;86(3):307-19.
63. Emberland JS, Nielsen MB, Knardahl S. Psychological, social, and mechanical work exposures and disability retirement: a prospective registry study. *BMC Public Health.* 2017;17(1):56.
64. Ervasti J, Mattila-Holappa P, Joensuu M, Pentti J, Lallukka T, Kivimäki M, et al. Predictors of Depression and Musculoskeletal Disorder Related Work Disability Among Young, Middle-Aged, and Aging Employees. *J Occup Environ Med.* 2017;59(1):114-9.
65. Falkstedt D, Backhans M, Lundin A, Allebeck P, Hemmingsson T. Do working conditions explain the increased risks of disability pension among men and women with low education? A follow-up of Swedish cohorts. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(5):483-92.

66. Framke E, Alexanderson K, Sørensen JK, Pedersen J, Madsen IEH, Rugulies R, Farrants K. Emotional demands and all-cause and diagnosis-specific long-term sickness absence: a prospective cohort study in Sweden. *Eur J Public Health*. 2023;33(3):435-41.
67. Gonäs L, Wikman A, Vaez M, Alexanderson K, Gustafsson K. Gender segregation of occupations and sustainable employment: A prospective population-based cohort study. *Scand J Public Health*. 2019;47(3):348-56.
68. Gustafsson K, Aronsson G, Marklund S, Wikman A, Floderus B. Peripheral labour market position and risk of disability pension: a prospective population-based study. *BMJ Open*. 2014;4(8):e005230.
69. Haukenes I, Gjesdal S, Rortveit G, Riise T, Maeland JG. Women's higher likelihood of disability pension: the role of health, family and work. A 5-7 years follow-up of the Hordaland Health Study. *BMC Public Health*. 2012;12:720.
70. Haukenes I, Hammarström A. Workplace gender composition and sickness absence: A register-based study from Sweden. *Scand J Public Health*. 2023;0(0).
71. Haukenes I, Löve J, Hensing G, Knudsen AK, Øverland S, Vahtera J, et al. Inequity in disability pension: an intersectional analysis of the co-constitution of gender, education and age. The Hordaland Health Study. *Crit Public Health*. 2019;29(3):302-13.
72. Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingård E. Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):606-10.
73. Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingård E. Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):688-92.
74. Johansson B, Helgesson M, Lundberg I, Nordquist T, Leijon O, Lindberg P, Vingård E. Work and health among immigrants and native Swedes 1990-2008: a register-based study on hospitalization for common potentially work-related disorders, disability pension and mortality. *BMC Public Health*. 2012;12:845.
75. Klein J, Reini K, Saarela J. Sickness Absence and Disability Pension in the Very Long Term: A Finnish Register-Based Study With 20 Years Follow-Up. *Front Public Health*. 2021;9:556648.
76. Kokkinen L, Kouvonen A, Buscariolli A, Koskinen A, Varje P, Väänänen A. Human service work and long-term sickness absence due to mental disorders: a prospective study of gender-specific patterns in 1,466,100 employees. *Ann Epidemiol*. 2019;31:57-61.e1.
77. Lidwall U. Gender composition in occupations and branches and medically certified sick leave: a prospective population study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(7):1659-70.

78. Madsen AA. Long-term sickness absence among professionals: Investigating gender, socioeconomic position and care work. *Nord J of Work Life Stud.* 2018;8(4):45-69.
79. Marti AR, Degerud E, Sterud T. Work-life interference and physician-certified sick leave: A prospective study of a general working population. *Eur J Public Health.* 2023;33(1):69-73.
80. Mittendorfer-Rutz E, Hensing G, Westerlund H, Backheden M, Hammarström A. Determinants in adolescence for adult sickness absence in women and men: a 26-year follow-up of a prospective population based cohort (Northern Swedish cohort). *BMC Public Health.* 2013;13:75.
81. Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P, Virtanen M, Sjösten N, Pentti J, et al. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69,842 employees. *Occup Environ Med.* 2012;69(8):574-81.
82. Nilsen SM, Ernstsén L, Krokstad S, Westin S. Educational inequalities in disability pensioning - the impact of illness and occupational, psychosocial, and behavioural factors: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scand J Public Health.* 2012;40(2):133-41.
83. Nwaru CA, Berglund T, Hensing G. Occupational prestige and sickness absence inequality in employed women and men in Sweden: A registry-based study. *BMJ Open.* 2021;11(6).
84. Oude Hengel K, Robroek SJW, Eekhout I, van der Beek AJ, Burdorf A. Educational inequalities in the impact of chronic diseases on exit from paid employment among older workers: a 7-year prospective study in the Netherlands. *Occup Environ Med.* 2019;76(10):718-25.
85. Polvinen A, Laaksonen M, Gould R, Lahelma E, Martikainen P. The contribution of major diagnostic causes to socioeconomic differences in disability retirement. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(4):353-60.
86. Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M, Niemelä M. Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007-2014. *BMJ Open.* 2018;8(5):e020491.
87. Samuelsson Å, Alexanderson K, Ropponen A, Lichtenstein P, Svedberg P. Incidence of disability pension and associations with socio-demographic factors in a Swedish twin cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(12):1999-2009.
88. Sterud T. Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(4):361-9.
89. Thorsen SV, Pedersen J, Flyvholm MA, Kristiansen J, Rugulies R, Bültmann U. Perceived stress and sickness absence: a prospective study of 17,795 employees in Denmark. *Int Arch Occup Environ Health.* 2019;92(6):821-8.

90. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
91. Madsen AA, Kittelsen Røberg KI. Education–occupation mismatch and long-term sickness absence: a longitudinal study of over- and under-education using Norwegian population data, 2003–2013. *J Educ Work*. 2021;34(4):443-58.
92. Timp S, van Foreest N, Roelen C. Gender differences in long term sickness absence. *BMC Public Health*. 2024;24(1):178.
93. Claussen B, Dalgard OS. Disability pensioning: The gender divide can be explained by occupation, income, mental distress and health. *Scand J Public Health*. 2009;37(6):590-7.
94. Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*. 1999;48(1):7-19.
95. van Wijk CMTG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med*. 1997;45(2):231-46.
96. Helgadóttir B, Narusyte J, Ropponen A, Bergström G, Mather L, Blom V, Svedberg P. The role of occupational class on the association between sickness absence and disability pension: A Swedish register-based twin study. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(6):622-30.
97. Gjesdal S, Bratberg E. The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. *Eur J Public Health*. 2002;12(3):180-6.
98. Karolaakso T, Autio R, Näppilä T, Nurmela K, Pirkola S. Socioeconomic factors in disability retirement due to mental disorders in Finland. *Eur J Public Health*. 2020;30(6):1218-24.
99. Schuring M, Robroek SJ, Otten FW, Arts CH, Burdorf A. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(2):134-43.
100. Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2010;20(3):276-80.
101. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II Study. *BMJ*. 1993;306(6874):361-6.
102. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic Position, Gender and Health: How Do They Interact? *J Health Psychol*. 1997;2(3):315-34.
103. Elo I. Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective. *Annu Rev Sociol*. 2009;35.

104. Koskinen S, Martelin T. Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men? *Soc Sci Med*. 1994;38(10):1385-96.
105. Bruusgaard D, Smeby L, Claussen B. Education and disability pension: a stronger association than previously found. *Scand J Public Health*. 2010;38(7):686-90.
106. Ross CE, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? *Soc Sci Med*. 2006;63(5):1400-13.
107. Kristensen P, Corbett K, Mehlum IS. The gender gap in sickness absence from work and the influence of parental absence on offspring absence 15 years later: register-based cohort of Norwegians born in 1974-1976. *BMC Public Health*. 2015;15:684.
108. Bryngelson A, Bacchus Hertzman J, Fritzell J. The relationship between gender segregation in the workplace and long-term sickness absence in Sweden. *Scand J Public Health*. 2011;39(6):618-26.
109. Leijon M, Hensing G, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation. *Scand J Public Health*. 2004;32(2):94-101.
110. Mastekaasa A, Melsom AM. Occupational Segregation and Gender Differences in Sickness Absence: Evidence from 17 European Countries. *Eur Sociol Rev*. 2014;30(5):582-94.
111. Melsom AM, Mastekaasa A. Gender, occupational gender segregation and sickness absence: Longitudinal evidence. *Acta Sociol*. 2018;61(3):227-45.
112. Gonäs L, Wikman A, Alexanderson K, Gustafsson K. Age, period, and cohort effects for future employment, sickness absence, and disability pension by occupational gender segregation: a population-based study of all employed people in a country (> 3 million). *Can J Public Health*. 2019;110(5):584-94.
113. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Soc Sci Med*. 2005;60(10):2261-72.
114. Jonsson R, Lidwall U, Holmgren K. Does unbalanced gender composition in the workplace influence the association between psychosocial working conditions and sickness absence? *Work*. 2013;46(1):59-66.
115. Aagestad C, Johannessen HA, Tynes T, Gravseth HM, Sterud T. Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med*. 2014;56(8):787-93.
116. Leineweber C, Marklund S, Aronsson G, Gustafsson K. Work-related psychosocial risk factors and risk of disability pension among employees in health and personal care: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2019;93:12-20.

117. Nyberg A, Leineweber C, Magnusson Hanson L. Gender differences in psychosocial work factors, work-personal life interface, and well-being among Swedish managers and non-managers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(8):1149-64.
118. Labriola M, Holte KA, Christensen KB, Feveile H, Alexanderson K, Lund T. The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. *Occup Environ Med*. 2011;68(9):703-5.
119. Hagqvist E, Toivanen S, Vinberg S. The gender time gap: Time use among self-employed women and men compared to paid employees in Sweden. *Time Soc*. 2016;28(2):680-96.
120. Sverke M, Falkenberg H, Kecklund G, Magnusson Hanson L, Lindfors P. Kvinnors och mäns arbetsvillkor: betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2016.
121. Lewis C, Mathiassen SE. Belastning, genus och hälsa i arbetslivet. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2013.
122. Karlqvist L, Gard G. Ergonomic Conditions and Health at Gender Segregated Workplaces. *The Ergonomics Open Journal*. 2012;5.
123. Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender Differences in Sickness absence-the Contribution of Occupation and Workplace. *Scand J Work Environ Health*. 2010;36(5):394-403.
124. Lambert EG. Absent correctional staff: A discussion of the issue and recommendations for future research. *Am J Crim Justice*. 2001;25(2):279-92.
125. Løset GK, Dale-Olsen H, Hellevik T, Mastekaasa A, von Soest T, Østbakken KM. Gender equality in sickness absence tolerance: Attitudes and norms of sickness absence are not different for men and women. *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0200788-e.
126. VanderWeele TJ. Explanation in causal inference: developments in mediation and interaction. *Int J Epidemiol*. 2016;45(6):1904-8.
127. Brüderl J, Kratz F, Bauer G. Life course research with panel data: An analysis of the reproduction of social inequality. *Adv Life Course Res*. 2019;41:100247.
128. Christensen KB, Andersen PK, Smith-Hansen L, Nielsen ML, Kristensen TS. Analyzing Sickness Absence with Statistical Models for Survival Data. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33(3):233-9.
129. Green MA, Evans CR, Subramanian SV. Can intersectionality theory enrich population health research? *Soc Sci Med*. 2017;178:214-6.
130. Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Identifying labour market pathways after a 30-day-long sickness absence -a three-year sequence analysis study in Finland. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1102.

131. Robroek SJ, Nieboer D, Järholm B, Burdorf A. Educational differences in duration of working life and loss of paid employment: working life expectancy in The Netherlands. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(1):77-84.
132. Hensing G. Chapter 4. Methodological aspects in sickness-absence research. *Scand J Public Health Suppl*. 2004;63:44-8.
133. Sumanen H, Pietiläinen O, Lahti J, Lahelma E, Rahkonen O. Interrelationships between education, occupational class and income as determinants of sickness absence among young employees in 2002-2007 and 2008-2013. *BMC Public Health*. 2015;15:332.
134. Daly MC, Duncan GJ, McDonough P, Williams DR. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health*. 2002;92(7):1151-7.
135. d'Errico A, Ricceri F, Stringhini S, Carmeli C, Kivimaki M, Bartley M, et al. Socioeconomic indicators in epidemiologic research: A practical example from the LIFEPATH study. *PLoS ONE*. 2017;12(5):e0178071.

Bilaga 1 Beskrivning av inkluderade artiklar

Författare, årtal	Land, region	Syfte	Population Ålder vid baseline	Studiedesign Uppföljningsperiod	Antal deltagare (andel kvinnor, %)	Mått på SSK och SE
Alexanderson et al 2012 (58)	Frankrike	Undersöka SSK och SSK-D som långsiktiga riskmarkörer för SE.	Tjänstemän vid franskt företag (GAZEL-studien) 35–50 år	Prospektiv kohortstudie 13 års uppföljning 1994–2007	20 434 (27)	Minst en period med SSK > 7 dagar som påbörjats 1990–1992 samt period med SSK-D i fem kategorier enligt ICD-9. Tillfällig eller permanent SE eller > 600 dagar SSK under två år mellan 1994–2007.
Björkenstam et al 2022 (59)	Sverige	Undersöka sambanden mellan sektor, yrkesklass, och SSK-CMD Undersöka sambanden mellan olika typer av branscher och SSK-CMD inom varje sektor	Nationellt urval av förvärvsarbetande 19–29 år	Registerbaserad kohortstudie Max 7 års uppföljning 2010–2016	663 583 (42)	Minst 1 period med SSK-CMD under 2010–2016 SSK-LT: Antal nettodagar med SSK-CMD>90 dagar under 2010–2016 SSK-KT: Antal nettodagar med SSK-CMD ≤90 dagar under 2010–2016
Blindow et al 2021 (60)	Sverige	Undersöka i vilken utsträckning erfarenheter av könbaserat våld och trakasserier från överordnade och kollegor är associerade med SSK-LT samt undersöka om stöd av kollegor ändrar associationen.	Förvärvsarbetande som deltagit i arbetsmiljöundersökningar 1999–2013 16–64 år	Prospektiv kohortstudie med sammanslagna data 1 års uppföljning 2000–2014	63 521 (53) 63 033 (52)	SSK-LT: ≥ 21 nettodagar SSK, dvs minst 7 nettodagar med sjukpenning från Försäkringskassan (eller liknande betalning, tex förebyggande eller rehabiliterande åtgärder)
Blomgren et al 2021 (61)	Finland	Undersöka både förekomsten av SSK och längden på frånvaroperioder för olika yrkesklasser med hjälp av nationellt representativa registerbaserade uppgifter om den finska befolkningen i arbetsför ålder.	Nationellt urval av arbetsför befolkning 25–62 år	Registerbaserad kohortstudie 1 års uppföljning 2013	1 615 352 (49)	Minst 1 ny period med SSK i under 2013 Sjukfrånvarons längd, mätt som totalt antal sjukfrånvarodagar i episoder som startade under år 2013 Kodning av SSK i två kategorier enligt ICD-10.
Canivet et al 2013 (62)	Sverige	Undersöka om "job strain" och dess komponenter "psykiska krav" och "beslutsutrymme", påverkade SE under en 12-årig uppföljningsperiod	Anställda som deltagit i Malmö Diet and Cancer Study (MDCS) 45–65 år	Prospektiv kohortstudie 12 års uppföljning 1992–2005	6 540 (51)	Första nya fallet med SE på del- eller heltid, vare sig den är tillfällig eller permanent

Författare, årtal	Land, region	Syfte	Population Ålder vid baseline	Studiedesign Uppföljningsperiod	Antal deltagare (% kvinnor)	Mått på SSK och SE
Emberland et al 2017 (63)	Norge	Fastställa bidraget från ett brett spektrum av psykologiska och sociala arbetsmiljöfaktorer till SE samt redogöra för effekterna av fysisk arbetsexponering	Anställda som deltagit i undersökning (2004–2014) 18–62 år	Prospektiv kohortstudie Mediantid för uppföljning 5,8 år	12 438 (55)	Personer som erhållit SE från norska Arbetsmarknads- och välfärdsförvaltningen (NAV)
Ervasti et al 2017 (64)	Finland	Undersöka sociodemografiska, hälsorelaterade och arbetsrelaterade psykosociala prediktorer för arbetsförmåga i tre olika åldersgrupper.	Anställda som deltagit i undersökning om personalen i offentliga sektor in Finland (FPS) 2004 18–64 år	Prospektiv kohortstudie 7 års uppföljning 2005–2011	70 417 (78)	Omfattning av arbetsförmåga (SSK+SE) i dagar under 7-årsuppföljningen
Falkstedt et al 2014 (65)	Sverige	Undersöka i vilken utsträckning skillnader i människors fysiska och psykosociala arbetsförhållanden kan förklara sambandet mellan utbildningsnivå och SE	Skolungdomar födda 1948 och 1953 13 år	Longitudinell kohortstudie 23 års uppföljning 1986–2008	15 111 (48)	Datum och diagnos för första SE (hel- eller deltid) (muskuloskeletala, psykiatriska och andra diagnoser utgående från ICD-10).
Framke et al 2023 (66)	Sverige	Testa hypotesen att kvinnor och män i yrken med höga emotionella krav på arbetet, jämfört med låga krav, hade en högre risk för framtida LT-SSK. Undersöka om ovanstående skilde sig åt för LT-SSK med olika diagnoser	Registerutdrag över anställda 18–60 år	Prospektiv, kohortstudie 7 års uppföljning 2010–2016	3 905 685 (47)	Period med SSK > 30 dagar mellan den 1 januari 2010 och den 31 december 2016. Kodning av SSK i tre kategorier enligt ICD-10.
Gonäs et al 2019 (67)	Sverige	Klargöra om arbete i ett könssegregerat eller könsintegrerat yrke är associerat med framtida arbetsmarknsanknytning och SSK eller SE bland kvinnor och män.	Registerutdrag över personer med betalt arbete 20–56 år	Registerbaserad prospektiv kohortstudie Max 8 års uppföljning 2004–2011	3,239,989 (49)	SSK eller SE där det årliga antalet dagar uppgick till > 6 månader (hel- eller deltid)

Författare, årtal	Land, region	Syfte	Population Ålder vid baseline	Studiedesign Uppföljningsperiod	Antal deltagare (% kvinnor)	Mått på SSK och SE
Gustafsson et al 2014 (68)	Sverige	Undersöka vilken påverkan individens position på arbetsmarknaden kan ha på risken för SE i allmänhet och särskilt på risken för SE med psykiska eller muskuloskeletala diagnoser.	Deltagit i undersökning av levnadsförhållanden (ULF) 1992–2007 20–64 år	Prospektiv kohortstudie Max 19 års uppföljning 1993–2011	45 567 (50)	Fall med SE under 1993–2011 (hel- och deltid) samt fall med SE-D i två kategorier enligt ICD-10.
Haukenes et al 2012 (69)	Norge	Undersöka i vilken utsträckning självupplevd hälsa, familjesituation och arbetsfaktorer förklarar kvinnors ökade risk att få SE. Undersöka hur dessa faktorer påverkade könsskillnaden mellan olika utbildningsnivåer.	Personer med betalt arbete som deltagit i hälsoundersökning, Hordaland (HUSK) 1997–99 40–45 år	Populationsbaserad kohortstudie Max 7 års uppföljning 1997–2004	18 581 (54)	Erhållet minst 50 % SE vid uppföljning, från 12 månader efter deltagande i hälsoundersökningen (HUSK) till slutet av 2004 (5–7 år).
Haukenes et al 2023 (70)	Sverige	Undersöka sambandet mellan könssammansättning på arbetsplatsen och SSK-dagar under en ettårsperiod	Populationen utgick från kohorten Ung i Luleå 1981 15–64 år	Registerbaserad kohortstudie 1 års uppföljning 2007	132 464 (51)	Ackumulerade dagar med SSK (\geq 90 dagar eller inte) under 2007
Haukenes et al 2019 (71)	Norge	Granska sociala positioner och ålder i relation till ojämlikheter SE och SE-D	Personer med betalt arbete som deltagit i hälsoundersökning, Hordaland (HUSK) 1997–1999 40–45 år	Longitudinell kohortstudie 16 års uppföljning 1992–2007	21 599 (54)	SE under 1992–2007 från ett nationellt register
Helgesson et al 2013 (72) Jämför med Haider och Salonen 2023	Sverige	Undersöka om arbetslöshet under en lågkonjunktur var förknippad med senare SSK, SE och dödsfall för unga invandrare och inrikes födda svenskar.	Registerutdrag över immigranter och inrikes födda 20–24 år	Longitudinell registerbaserad kohortstudie 15 års uppföljning 1993–2007	199 623 (49) 13% immigranter	\geq 60 dagar med SSK under en 5-årsperiod. SE beviljad under uppföljningsperioden.

Författare, årtal	Land, region	Syfte	Population Ålder vid baseline	Studiedesign Uppföljningsperiod	Antal deltagare (% kvinnor)	Mått på SSK och SE
Helgesson et al 2015 (73)	Sverige	Undersöka om exponering för ≥ 60 sjukfrånvarodagar är förknippad med framtida SSK, SE, dödsfall, arbetslöshet och inkomster hos invandrare och inrikes födda.	Registerutdrag över immigranter och inrikes födda 21–25 år	Registerbaserad prospektiv kohortstudie 15 års uppföljning 1994–2008	264 184 (41) 14% immigranter	≥ 60 dagar SSK (totalt antal dagar under varje 5-årsperiod) SE beviljad under uppföljningsperioden
Johansson et al 2012 (74)	Sverige	Undersöka om invandrare som är bosatta i Sverige har skillnader i olika hälsotillstånd jämfört med den infödda befolkningen	Registerutdrag över immigranter och inrikes födda 28–47	Registerbaserad prospektiv kohortstudie 18 års uppföljning 1991–2008	1 103 513 (48) 22% immigranter	Beviljats SE under 1991–2008
Klein et al 2021 (75)	Finland	Kvantifiera sambandet mellan först observerade SSK och beviljad SE på lång sikt. Analysera sambandet mellan SSK och SE från år till år. Undersöka längden på den första sjukskrivningsepisoden.	Registerutdrag 16–40 år	Longitudinell registerbaserad kohortstudie 20 års uppföljning 1989–2010	110 675 (49)	Tid i år till första SSK ≤ 2 månader respektive > 2 månader under 1989–2010 SE beviljad vid kalenderårets slut under 1989–2010
Kokkinen et al 2019 (76)	Finland	Undersöka SSK på grund av psykisk ohälsa inom serviceyrken	Registerutdrag över anställda inom serviceyrken 1996–2004 och 2005–2013 25–54 år	Registerbaserad kohortstudie 9 års uppföljning/ kohort 1996–2004, 2005–2013	1 466 100 (49)	1 period med SSK med psykiatrisk diagnos ≥ 11 dagar under uppföljningsperioden
Lidwall 2021 (77)	Sverige	Undersöka om könssegregerade yrken och branscher är associerade med framtida SSK för kvinnor och män	Registerutdrag över anställda 16–64 år	Registerbaserad kohortstudie 2 årsuppföljning 2015–2016	6 192 397 (48)	Minst en episod med SSK > 14 dagar med start under 2015 eller 2016
Madsen 2018 (78)	Norge	Undersöker om risken för LT-SSK bland yrkesverksamma beror på deras socioekonomiska position och om de utför vårdarbete.	Registerutdrag över personer som erhöll professionsyrke 2003–2013	Registerbaserad prospektiv kohortstudie Max 11 års uppföljning 2003–2013	287 238 (75)	Återkommande händelser av SSK-LT med läkarintyg > 16 dagar under 2003–2013

Författare, årtal	Land, region	Syfte	Population Ålder vid baseline	Studiedesign Uppföljningsperiod	Antal deltagare (% kvinnor)	Mått på SSK och SE
Marti et al 2023 (79)	Norge	Undersöka det prospektiva sambandet mellan konflikt mellan arbete och fritid, och SSK.	Deltagit i återkommande undersökning om arbetsmiljö och levnadsvillkor 2009, 2013 och 2016 16–66 år	Prospektiv panelstudie 1 års uppföljning 2010, 2014 and 2017	21 663 (48)	Akkumulerat antal dagar med SSK >16 dagar per kalenderår (2010, 2014 och 2017)
Mittendorfer-Rutz et al 2013 (80)	Sverige	Undersöka föräldra-, skol- och hälsorelaterade faktorer i tonåren som prediktorer för sjukfrånvaro i vuxen ålder, och eventuella skillnader mellan kvinnor och män	Skolungdomar 16 och 18	Longitudinell kohortstudie 26 års uppföljning 1981–2007	719 (46)	Antal episoder med sjukskrivning >14 dagar under 1993–2007.
Mäntyniemi et al 2012 (81)	Finland	Undersöka sambandet mellan job strain och efterföljande SE och SE-D	Deltagit i undersökning om personalen i offentlig sektorn (FPS) 2000–2002, 17–64 år	Prospektiv kohortstudie 4,6 års uppföljning i medeltal	69 842 (81)	Datum och diagnos för första fall med SE (permanent eller tidsatt, hel-eller deltid)
Nilsen et al 2012 (82)	Norge	Klargöra utbildningsmässiga ojämlikheter i SE hos norska kvinnor och män	Deltagit i befolkningsundersökning, Trøndelag (HUNT) 1995–97 25–66 år	Prospektiv kohortstudie Max 12 års uppföljning 1995–2008	32 948 (46)	SE: Den tidpunkt då en persons förmåga att förvärsaarbete var permanent nedsatt med minst 50 % på grund av sjukdom, skada eller handikapp.
Nwaru et al 2021 (83)	Sverige	Undersökta samband mellan yrkesmässig prestige och SSK för kvinnor och män samt effekten av intersektionen mellan kön och yrkesmässig prestige på SSK	Deltagit i arbetskraftsundersökning (AKU) 2004, 2007 och 2010 25–59 år	Longitudinell kohortstudie 3 års uppföljning/ kohort	97 397 (47)	Antal dagar med SSK per år under uppföljningsperioden. SSK-LT(>120 dagar) någon gång under uppföljningsperioden
Oude et al 2019 (84)	Nederländerna	Undersöka risken för att avslutat arbete upphör i förtid bland äldre arbetstagare med kroniska sjukdomar, och bedöma om risken skiljer sig åt mellan olika utbildningsgrupper	Deltagit i studien Transitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM) 2010 45–64	Longitudinell kohortstudie 7 års uppföljning 1993–2007	9160 (86)	Erhållet SE motsvarande minst 50% av inkomsten under ≥3 månader under uppföljningsperioden

Författare, årtal	Land, region	Syfte	Population Ålder vid baseline	Studiedesign Uppföljningsperiod	Antal deltagare (% kvinnor)	Mått på SSK och SE
Polvinen et al 2014 (85)	Finland	Undersöka socioekonomiska skillnader i SE på grund av allvariga sjukdomar och vilka sjukdomar som bidrar mest till de övergripande socioekonomiska skillnaderna i SE.	Registerutdrag 35–64 år (under uppföljningsperioden)	Longitudinell registerbaserad studie med öppen kohort Max 14 års uppföljning 1997–2010	258 428 (-)	Datum och orsak till SE under uppföljningsperioden. SE-D i 5 kategorier enligt ICD-10
Salonen et al 2018 (86)	Finland	Undersöka diagnosspecifik SSK med olika längd som prediktorer för SE i olika yrkesklasser.	Registerutdrag 25–62 år (2006)	Registerbaserad prospektiv kohortstudie Max 8 års uppföljning 2007–2014	1 727 644 (Antal dagar med SSK >10 dagar som påbörjats 2005. Totalt antal dagar SSK indelat i tre grupper utgående från diagnos Övergång till SE på heltid eller deltid under 2007–2014
Samuelsson et al 2012 (87)	Sverige	Studera incidensen av SE och samband med sociodemografiska faktorer. Fastställa om sambanden skiljer sig åt beroende på SE-D och kön, och påverkas av familjära faktorer	Registerutdrag från det svenska tvillingregistret 34–64 år	Prospektiv registerbaserad kohortstudie Max 15 års uppföljning 1993–2008	52,609 (51)	Huvudsaklig diagnos som berättigat till SE uppdelat i alla diagnoser, psykiatriska diagnoser och DAX-diagnoser under 1993–2008.
Sterud 2014 (88)	Norge	Undersöka könsskillnader i SSK och i vilken utsträckning dessa skillnader kan förklaras av arbetsrelaterade psykosociala och mekaniska riskfaktorer	Deltagit i nationell undersökning arbetsförhållanden 18–69 år	Prospektiv kohortstudie 1 års uppföljning 2010	6758 (55)	SSK ≥ 40 dagar under 2010
Thorsen et al 2019 (89)	Danmark	Undersöka det prospektiva sambandet mellan upplevd stress och SSK Undersöka om sambandet skiljer sig åt beroende på kön och längd på SSK	Deltagit i en undersökning om arbetsmiljö och hälsa (WEHD) 2014 18–66 år	Prospektiv kohortstudie Max 1,5 års uppföljning	17 795 (54)	Första period med SSK ≥ 1 dag Första period med SSK-LT ≥ 31 dagar Första sjukskrivningsperiod omfattande minst 2, 4, 6, 8, 11, 15, 20, and 25 dagar

Sjukskrivning som utfallsmått

Sjukersättning som utfallsmått

Sjukskrivning och sjukersättning som utfallsmått

SSK	Sjukskrivning	SE	Sjukersättning
SSK-LT	Långtidssjukskrivning	SE-D	Diagnosspecifik sjukersättning
SSK-KT	Korttidssjukskrivning	DAX	Depression och ångest
SSK-D	Diagnosspecifik sjukskrivning	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
SSK-CMD	Sjukskrivning med psykisk ohälsa		