

Det förstärkta rehabiliterings- samarbetets effekter

**Utvärdering av Arbetsförmedlingens
och Försäkringskassans förstärkta
rehabiliteringssamarbete**



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Peje Bengtsson
010-116 90 62
pererik.bengtsson@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Att ta fram kunskap om vilka metoder och insatser som är effektiva för att främja återgång i arbete hos sjukskrivna personer är en av högst prioriterade uppgifterna för Försäkringskassans analysverksamhet. Kunskapsluckorna är fortfarande stora inom området. Utöver Försäkringskassan, som också har ett övergripande samordningsansvar för olika insatser, är många aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. För personer som uppnår 180-dagarsgränsen i rehabiliteringskedjan och därmed ska prövas mot ett vanligt förekommande arbete på arbetsmarknaden, är en smidig övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen av central betydelse.

Sedan februari 2012 arbetar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen enligt ett nytt arbetssätt som kallas förstärkt rehabiliteringssamarbete. Denna rapport är en effektutvärdering av samarbetet. Utvärderingen är framtagen som ett svar på ett uppdrag som Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans fick i regleringsbrevet för 2012. Som svar på uppdraget lämnades en gemensam rapport till regeringen den 30 april. Den publiceras här också i form av en Socialförsäkringsrapport.

Analysen som bygger på ett randomiserat experiment bland personer aktuella för det förstärkta samarbetet visar positiva effekter i form av kortare sjukfrånvaro och högre sannolikhet för återgång i arbete. Uppföljningshorisonten är än så länge relativt kort, som längst 15 månader i försöksgruppen. Vi kommer att genomföra vidare analyser för att se om resultaten är desamma även i ett längre perspektiv.

De som varit involverade i studien från Arbetsförmedlingens sida har varit Maria Mikkonen och Magnus Rödin och från Försäkringskassan sida Peje Bengtsson, Sofia Bill, Erik Jönsson och Petra Ornstein.

Ett särskilt tack riktas också till Arizo Karimi vid IFAU, som granskat och lämnat värdefulla synpunkter på ett tidigare utkast till rapporten.

Laura Hartman
Chef för Avdelningen för analys och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	7
Inledning	9
Det förstärkta samarbetet	13
Gemensam kartläggning	13
Aktiva insatser	14
Samarbetets avslut.....	14
Design och genomförande av utvärderingen	15
Utvärderingens upplägg	15
Försökets genomförande	18
Beskrivning av variabler som används i utvärderingen.....	18
Resultat	22
Fungerade randomiseringen och försöket?	22
Det förstärkta samarbetets effekter	25
Heterogena effekter.....	31
Känslighetsanalys.....	32
Diskussion och slutsatser	36
Referenser	38
Bilagor	39
Bilaga 1 – Insatser och metoder som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering	39
Bilaga 2 – Lokala försäkringscentra (LFC) som ingår i studien	43
Bilaga 3 – Regressionsskattningar av sannolikheten att bli kallad till gemensam kartläggning och resultatet av genomförd kartläggning	44
Bilaga 4 – Regressionsskattningarna av effekterna på olika utfallsvariabler	46
Bilaga 5 – Heterogena effekter.....	51
Bilaga 6 – Rehabiliteringspenning och avslut	52

Sammanfattning

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick i regleringsbrevet 2012 i uppdrag att utvärdera rehabiliteringssamarbetets effekter på arbetsförmåga och sjukfallslängder. För att svara på uppdraget genomfördes ett fältexperiment den 1 september 2012 till den 1 februari 2013 som omfattade drygt 1000 individer.

Utvärderingen är upplagd för att skatta effekterna av samarbetet i stort, men inte för att svara på effekterna av enskilda rehabiliterande insatser som ingår i det fördjupade samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det utvecklade samarbetet innehåller gemensamma utredningsinsatser i form av gemensamma kartläggningar. Det innehåller olika former av insatser, av både arbetsförberedande och arbetslivsinriktad karaktär, liksom gemensamma uppföljningsinsatser tillsammans med den försäkrade. Det är effekterna för sjukskrivna som ges möjlighet att delta i samarbetet som utvärderingen fokuserar på. Frågeställningen som utvärderas är: Hur påverkar samarbetet, med det samlade innehållet av utredning, insatser och uppföljning, de försäkrades arbetsförmåga och deras tid i sjukskrivning?

Experimentet innebar att sjukskrivna personer, som inte varit sjukskrivna längre än ett år, slumpmässigt delades in i en försöks- respektive kontrollgrupp. Individerna i försöksgruppen prioriterades till att kallas till gemensam kartläggning tidigt medan kallelsen för deltagarna i kontrollgruppen försköts framåt i tiden. Tidsförskjutningen mellan grupperna har utnyttjats för att analysera effekterna av det förstärkta samarbetet.

I denna första återrapportering redovisas effekterna utifrån en uppföljningstid som sträcker sig fram till och med januari 2014. Eftersom det förstärkta samarbetet rör sig om relativt utdragna processer över tid, med utredningsinsatser som kan omfatta flera tillfällen och insatser som ofta kan pågå i upp till ett år, så bör eventuella mätbara effekter uppstå först drygt ett år efter randomiseringen. Det är värt att notera att den faktiska uppföljningsperioden efter det att gemensam kartläggning har genomförts och individen påbörjar aktiva rehabiliteringsinsatser i genomsnitt sträcker sig mellan 9 och 13 månader. De redovisade resultaten är förknippade med viss osäkerhet eftersom uppföljningsperioden bara sträcker sig fram till januari 2014. Säkerheten kommer att öka vid senare utvärderingar som omfattar en längre uppföljningsperiod för samtliga personer i studien. Enligt den redovisade planen för att genomföra uppdraget så planerar myndigheterna att återkomma med ytterligare redovisningar under år 2015. Ambitionen är att dessa ska innehålla både effektskattningar och beräkningar av rehabiliteringssamarbetets kostnadseffektivitet.

Slutsatserna från den första uppföljningsperioden är att det finns positiva effekter av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet både i termer av kortare sjukskrivningstider och individernas närmande till arbetsmarknaden liksom deras övergång till arbete eller utbildning:

- Sannolikheten att avsluta sjukfallet är 4,8 procentenheter större för försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen.
- Sannolikheten att vara inskriven i program eller öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall är 3,9 procentenheter större för försöksgruppen.
- Sannolikheten att ha gått till arbete och utbildning är 5,5 procentenheter större för försöksgruppen.

I rapporten analyseras också om effekterna är olika för olika grupper. Vi ser genomgående positiva effekter för grupper som ofta anses förknippade med långvarig sjukskrivning; kvinnor, äldre, arbetslösa och sjukskrivna i psykiska diagnoser. Detta tillsammans med det faktum att det är individer med sämre chanser som identifierats vara i behov av det förstärkta samarbetet innebär att man i handläggningen identifierar individer med stora behov av insatser, och inte de som handläggarna förväntar sig nå lyckade resultat med, samtidigt som effekterna också tycks vara starkast för just dessa.

De olika utfallsmåtten vi använt visar att individerna har rört sig olika långt i processen från sjukskrivning till arbete eller utbildning. Det tyder på att processen tar olika lång tid för olika grupper. Den tar längre tid för de äldre, individer med kortare utbildning, de som var arbetslösa vid sjukfallets start, de vars sjukfall var längre än sex månader vid randomiseringen samt de utrikesfödda. För andra grupper, som yngre, de med längre utbildning, de som var anställda vid sjukfallets start, och inrikes födda, tycks det gå snabbare.

Det vi ser i analysen över effekterna för olika grupper stärker slutsatsen om generella positiva effekter av det förstärkta samarbetet, men också att processen tar olika lång tid för olika grupper vilket bör vara helt naturligt. Olika omfattning och längd på insatserna krävs för att ge stöd åt olika individer.

Summary

In 2012, the Swedish Public Employment Service and the Swedish Social Insurance Agency were commissioned by the government to evaluate the effects of joint assessment and inclusion in, for those assessed to need it, vocational rehabilitation to return to the work force from a long spell of sick-leave. To this end, a randomized experiment was designed and carried out from 1 September 2012 to 1 February 2013, involving over 1,000 individuals.

The aim of this phase of the evaluation is to perform a first estimate of the aggregate results of the joint assessment on days of sick-leave, but not to evaluate the relative success of the various individual measures used in achieving the results. These measures included work capability assessment and other questionnaires, work preparatory and vocational training programs. The question the experiment is designed to answer is: Does early and enhanced cooperation between the Employment Service and the Social Insurance Agency affect the work-ability and the number of days of sick-leave?

Briefly, the experimental design was the following. Persons who had not been on sick-leave longer than a year were randomized to an immediate assessment (treatment group) or a 90 day postponement of otherwise the same assessment procedure (control group). The time difference in days of total sick-leave from the time of randomization is used to analyze the effect on sick-leave and work-ability of enhanced cooperation. This is the first report evaluating the results of the project.

In this first report the effects on the basis of a follow-up period ranging until January 2014 have been analyzed. Given that the entire program can often last up to a year, measurable effects can be expected to occur only around a year after randomization. It is worth noting that the actual follow-up period after the joint assessment was performed was 9–13 months from the point in time when randomization occurred. The results reported here are therefore associated with some uncertainty because the follow-up period only runs until January 2014. For this reason the uncertainty surrounding the results will be reduced as time progresses. Subsequent evaluations will be carried out and a new report will come in 2015.

The conclusions of this first monitoring period are that there are positive effects of the enhanced rehabilitation cooperation both in the form of shorter sick-leave and a transition to work or education:

- The probability to end sick-leave is 4.8 percentage points higher for the experimental group compared with the control group.
- The probability to be enrolled in a labor market program or open unemployment with a completed sick-case is 3.9 percentage points higher for the experimental group.
- The probability of having made a transition to work or education is 5.5 percentage points higher for the experimental group.

The report also analyzes the effects for different groups of individuals. Certain groups have a higher probability of long-term sick-leave. These are women, older workers, those who are unemployed and individuals with mental diagnoses. We see that these groups have a greater likelihood of being identified as persons in need of vocational rehabilitation and that the results also appear to be the strongest for them. This is a clear indication that the selection process was not contaminated by cream-skimming.

The various outcome measures we have used show that the processes have different time profiles for different groups. It takes more time for older workers, individuals with lower education, those who were unemployed when they got sick, persons who been on sick-leave longer than six months at the time of randomization and the foreign born. For other groups, such as younger people, those with higher education, those who were employed at the start of the sick-leave and for native-born, the process goes faster.

What we see in the analysis of the effects for different groups strengthens the conclusion of the overall positive effects of enhanced cooperation between the employment services and the social insurance agency, but also that the process can take different lengths of time depending on the above individual characteristics. Hence, we should expect that interventions with different contents and lengths of duration are required to support various individuals.

Inledning

Statens utgifter under 2013 för sjukskrivningar var drygt 27 miljarder kronor.¹ Antalet pågående sjukskrivningar som passerade 180 dagar omfattade närmare 73 000 individer vid utgången av 2013. Insatser som förkortar långvariga sjukskrivningar kan spela en viktig roll både för statsbudgeten som för de försäkrade, då både deras ekonomi som ställning på arbetsmarknaden kan förbättras.

Regeringen konstaterar i uppdraget att kunskaperna om hur rehabiliteringsinsatser påverkar den försäkrades möjlighet att utveckla arbetsförmåga² och dess effekter på sjukfallslängderna är otillräckliga och behöver utvecklas. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick därför i uppdrag att utvärdera rehabiliteringssamarbetets effekter.

Det förstärkta samarbetet, som beskrivs utförligare i avsnitt 2, inleds med en *gemensam kartläggning*. Vid kartläggningen klargörs individens förutsättningar för arbete ur ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Den omfattar också en planering av de *aktiva insatser* som personen behöver för att komma i arbete. Insatserna kan vara både arbetsförberedande och arbetslivsinriktade. De som deltar i aktiva insatser anvisas till arbetsmarknadspolitiskt program. En viktig utgångspunkt är att individen ska vara delaktig i planering och genomförande av alla insatser och att myndigheterna ska arbeta metodiskt för att stimulera och motivera till detta. Samarbetet avslutas när målet för de aktiva insatserna har nåtts och individen fått arbete, börjat studera eller deltar i en arbetspraktik utifrån sitt arbetsutbud. Samarbetet avslutas även då individen av medicinska skäl inte kan tillgodogöra sig aktiva insatser vid Arbetsförmedlingen, eller inte längre önskar ett gemensamt stöd från myndigheterna.

Under 2012 genomfördes knappt 20 000 gemensamma kartläggningar och 2013 handlade det om nästan 22 000.³ Det resultat av samarbetet för år 2012 som redovisades visade att av alla personer som startat i det nya samarbetet och som hunnit lämna det under 2012 så var det 37 procent som gått till arbete eller utbildning, som deltar i något arbetsmarknadspolitiskt program eller är öppet arbetslösa. I redovisningen för 2013 baserades resultatet på de individer som deltagit i arbetslivsinriktade insatser. Resultatet avsåg de personer som lämnat samarbetet under januari till september 2013 och som

¹ Utbetald sjukpenning och rehabiliteringspenning inklusive särskild ålderspensionsavgift.

² Begreppet arbetsförmåga definieras i denna rapport utifrån olika utfallsmått som snarare mäter individens "närmande till arbetsmarknaden" än själva arbetsförmågan, se avsnitt 3.3.2 för en beskrivning.

³ År 2013 hade 77 procent av individerna som deltog i gemensam kartläggning sjukpenning, 1 procent hade sjukersättning, 9 procent aktivitetsersättning och 12 procent initierades av Arbetsförmedlingen utan att ha ersättning från sjukförsäkringen. Denna studie begränsas till personer med sjukpenning och sjukfall kortare än ett år.

startat i arbetslivsinriktade insatser efter den 1 februari 2012. Bland dessa hade 48 procent gått till arbete eller utbildning och ytterligare 20 procent hade gått in i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet.⁴

Det räcker dock inte med en redovisning av resultat för deltagare i insatser för att fastställa att det är en effekt av insatserna i samarbetet. Därför är den studie som nu genomförs angelägen. Den är dock inte upplagd för att svara på effekterna av enskilda rehabiliterande insatser som ingår i det fördjupade samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, utan tar i stället sin utgångspunkt i att skatta effekterna av samarbetet i stort. Primärt är det effekten av att som försäkrad ges möjlighet att delta i den nya formen av utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som utvärderas. Frågeställningen som utvärderas är: Hur påverkar samarbetet, med det samlade innehållet av utredning, insatser och uppföljning, de försäkrades arbetsförmåga och deras tid i sjukskrivning?

Det försök som ligger till grund för denna utvärdering har omfattat hälften av landets lokala försäkringscenter och motsvarande arbetsmarknadsområden. Ingående områden täcker hela landet från större städer till glesbygd. Det har skett en slumpmässig fördelning av sjukskrivna⁵ till försöks- och kontrollgrupp. Lottningen har skett då behovet av en gemensam kartläggning identifierats. Försöksgruppen har prioriterats och har kunnat kallas direkt till en sådan gemensam kartläggning, medan kallelse till kontrollgruppens medlemmar enligt designen tidigast ska ske efter nittio dagar. Under förutsättning att det finns positiva effekter av det utvecklade samarbetet så borde dessa effekter i genomsnitt uppstå tidigare för individer i försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen.

I tidigare forskning finns det få studier som kunnat fastställa positiva effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering. I en underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen skriver Inspektionen för socialförsäkringen (2011) att det finns ett mycket begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkansinsatser leder till minskad sjukfrånvaro. Potentiellt kan man se ett mönster där åtgärder genomförda på arbetsplatser hade en mer positiv effekt än andra åtgärder. Även i en annan av utredningens underlagsrapporter som författats av Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2011) konstateras att kunskaperna om effekterna av samverkan och rehabilitering är mycket begränsade.⁶ Rehabiliteringsrådet (2011) kunde i sitt slutbetänkande konstatera att evidensbaserade rehabiliteringstekniker med arbetsåtergång som resultat saknas nästan helt i den vetenskapliga litteraturen.

⁴ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2013 och 2014). För 2012 baserades det redovisade resultatet på 1542 personer och 2013 på 938 personer.

⁵ Deltagande i försöket har begränsats till att omfatta sjukskrivna med maximalt ett års sjukskrivning.

⁶ Andra studier som redovisar liknande slutsatser är t.ex. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) (2010) i en litteraturgenomgång om samverkan och Hägglund m.fl. (2012) om rehabiliteringsgarantins effekter och ISF (2010) om effekter av samverkan inom rehabiliteringsområdet.

I en studie analyseras effekter av Försäkringskassans tidiga insatser på sjukfallens längd (Försäkringskassan 2010). De insatser som studeras är SASSAM-kartläggning och avstämningsmöte.⁷

Studien baseras på ett randomiserat experiment där slumpmässigt utvalda individer i två behandlingsgrupper har prioriterats att få SASSAM och avstämningsmöte tidigare jämfört med kontrollgrupper. Experimentet genomfördes av Försäkringskassan under november–december 2007 och har utvärderats i samarbete med Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Resultaten ger inget stöd för att en tidigare-läggning av dessa insatser förändrar sjukfallens längd.

När det gäller samverkan och rehabiliteringsinsatser så finns det ett par aktuella studier som baseras på försök med experimentella upplägg. Försäkringskassan (2013) redovisar i en rapport till regeringen en analys av effekterna från fyra olika rehabiliteringsprojekt med syfte att minska sjukfrånvaron och underlätta återgång till arbete för kvinnor. De insatser som studeras består av Acceptance and Commitment Therapy (ACT), insatser via multidisciplinär teambedömning (MDT), grön rehab i kombination med Supported Employment och Vardagsrevidering. För en av insatserna konstateras positiva effekter på sjukfrånvaron. MDT-behandlingen i projekt Vitalis leder till en signifikant minskning av genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning jämfört med kontrollgruppen. För perioden 12–30 månader efter randomisering ger MDT-behandlingen en genomsnittlig minskning med 26 procent.

Laun och Skogman Thoursie (2012) jämför hur framgångsrik privat respektive offentligt tillhandahållen rehabilitering är med att få individer med långvarig sjukfrånvaro i arbete. Studien bygger på en försöksverksamhet där långtidssjukskrivna slumpvis erbjöds privat eller offentlig rehabilitering. De finner inga skillnader i sannolikheten att återgå i arbete mellan dessa två grupper. Effekten på återgång i arbete är likartad och författarna konstaterar också att även om en betydande andel av deltagarna fick arbete efter både privat och offentlig rehabilitering kan det inte uteslutas att de hade fått arbete även utan rehabilitering.

Aakvik m.fl. (2004) har studerat effekterna av arbetslivsinriktad rehabilitering i Norge under slutet av 1980-talet. Författarna skriver att i förstone kan insatserna framstå som lyckosamma. De som deltar i programmen når ett bättre sysselsättningsutfall än de som inte får insatserna. Men studien pekar på att resultatet beror på selektion in i åtgärderna. När man kontrollerar för observerbara och icke observerbara egenskaper så blir den skattade genom-

⁷ SASSAM-kartläggning (strukturerad arbetsmetodik för sjukfallshantering och samordnad rehabilitering). I en SASSAM-utredning diskuterar en handläggare från Försäkringskassan hälsotillstånd, arbetsförmåga och motivation tillsammans med den sjukskrivne under ett personligt möte. Ett avstämningsmöte är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst ytterligare en part (exempelvis läkaren eller arbetsgivaren) deltar i med syfte att utreda den sjukskrivnes arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. SASSAM och avstämningsmöte leder ofta till arbetslivsinriktade åtgärder, exempelvis arbetsträning, inleds.

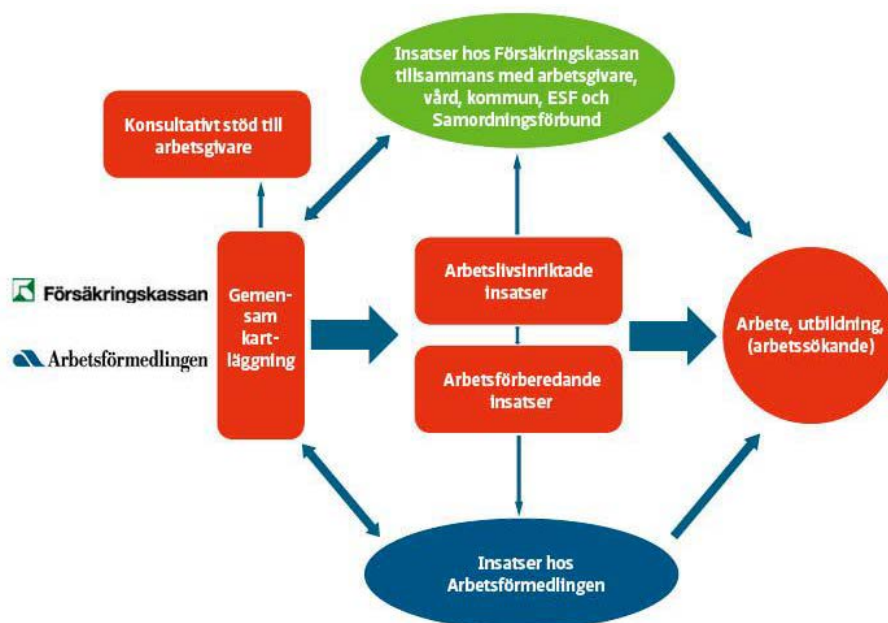
snittliga effekten i stället negativ. Resultaten antyder att insatserna är viktiga för vissa individer, särskilt de med individkaraktäristika som gör dem minst troliga att utan insatsen komma ut i arbete igen, medan de som administrerar programmen sällan väljer att rikta åtgärderna till dessa individer. Insatserna riktas i stället till individer med stora chanser att komma åter i arbete även utan insatserna. Detta kan vara en effekt av att administrationen bedöms utifrån en uppföljning av utfallet för individerna efter insatserna och inte på dess verkliga effekter, dvs. insatsernas påverkan för de individer som annars inte kommit åter i arbete.

I denna rapport skattas det fördjupade samarbetets effekter på sannolikheten att avsluta det pågående sjukfallet, att befinna sig i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet med ett avslutat sjukfall samt om man gått vidare till arbete eller utbildning. Slutsatsen i denna studie är att deltagarna i försöksgruppen i genomsnitt har en högre sannolikhet att avsluta det aktuella sjukfallet jämfört med kontrollgruppen. Samtidigt är det en signifikant ökad sannolikhet för försöksgruppen att delta i arbetsmarknadspolitiska program eller vara öppet arbetslösa med ett avslutat sjukfall liksom att befinna sig i arbete eller utbildning. Sammanfattningsvis drar vi därför slutsatsen att sjukskrivningstiden förkortas och närmandet till arbetsmarkanden påverkas i positiv riktning av det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Vi framhåller samtidigt att resultaten måste tolkas med en viss försiktighet på grund av den korta uppföljningstiden. Säkerheten i resultaten kommer att öka i kommande rapporter som omfattar en längre uppföljningsperiod.

Resten av rapporten har följande upplägg. Avsnitt 2 beskriver det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som implementerades 2012. I avsnitt 3 redovisas hur utvärderingen har lagts upp och genomförts. Resultaten, inklusive heterogenitets- och känslighetsanalyser, redovisas i avsnitt 4. I avsnitt 5 sammanfattas och diskuteras slutsatserna.

Det förstärkta samarbetet

Följande bild illustrerar det förstärkta samarbetet och det stöd som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ger individen.



Samarbetet inleds med *gemensam kartläggning* som omfattar en planering av de *aktiva insatser* som personen behöver för att komma i arbete. Individer som deltar i aktiva insatser anvisas till arbetsmarknadspolitiskt program.

Gemensam kartläggning

Vid en gemensam kartläggning träffar individen Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i ett eller flera möten, där även andra aktörer som vårdgivare, arbetsgivare och kommunen kan delta. Vid kartläggningen klargörs personens förutsättningar för arbete ur ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. En viktig utgångspunkt är att den det gäller ska vara delaktig i planering och genomförande av alla insatser och att myndigheterna ska arbeta metodiskt för att stimulera och motivera till detta. Den information om individen som redan finns på båda myndigheterna används för att effektivt nyttja resurser men framför allt för att individen inte ska behöva upprepa sin historia, utan kunna uppleva att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och övriga aktörer samarbetar med ett helhetsperspektiv.

Kartläggningen avslutas med att kunden tillsammans med arbetsförmedlaren och den personliga handläggaren på Försäkringskassan kommer överens om en plan för vilka aktiviteter och insatser som behövs för att kunna komma ut i arbetslivet. För en del personer är det efter gemensam kartläggning och planering aktuellt med aktiva insatser av olika slag där arbetsförmedlaren

och den personliga handläggaren samarbetar för att ge stöd till individen. Samarbetet består av möten där man följer upp resultat av insatser med individen och där innehåll i aktiviteter kan revideras, tillkomma eller utgå och insatser från andra aktörer kan samordnas via Försäkringskassan. Kartläggningen kan även utmyнна i att individen får andra insatser via Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan.

Aktiva insatser

Den gemensamma kartläggningen är ingången till aktiva insatser för alla personer som är i behov av det. För dem som fortfarande har anställning kan dessutom deras arbetsgivare erbjudas ett konsultativt stöd.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har ett gemensamt ansvar för helhet, planering och måluppfyllelse. Individen, arbetsförmedlaren och den personliga handläggaren formulerar tillsammans målen för aktiviteterna och anpassar insatserna efter individens behov. Vid gemensamma uppföljningar följs utvecklingen och aktuell planering revideras vid behov.

Under tid i aktiva insatser är det ofta nödvändigt med ett samarbete med vården, kommunen och andra aktörer. Vid behov bedrivs insatserna parallellt med insatser hos andra aktörer. De insatser som inte tillhandahålls av Arbetsförmedlingen upphandlas och levereras av externa aktörer.

Arbetsförberedande insatser vid Arbetsförmedlingen

Efter gemensam kartläggning kan arbetsförberedande insatser erbjudas till individer som inte är redo för arbetslivsinriktade insatser, och som har en instabil eller mycket låg aktivitetsnivå. De syftar till att förbereda och stärka dem inför deltagande i arbetslivsinriktade insatser. Exempel på arbetsförberedande aktiviteter är datorträning, friskvårdsaktiviteter och ergonomi samt bearbetande insatser.

Arbetslivsinriktade insatser vid Arbetsförmedlingen

Arbetslivsinriktade insatser kan erbjudas direkt efter gemensam kartläggning eller efter arbetsförberedande insatser. Insatserna förutsätter att individen har en relativt stabil aktivitetsnivå. Det kan handla om vägledning, jobbsökaraktiviteter och arbetsplatsförlagda aktiviteter.

Samarbetets avslut

Samarbetet avslutas när individen inte längre behöver myndigheternas gemensamma stöd. Det kan vara när målet för de aktiva insatserna har nåtts och individen fått arbete, börjat studera eller deltar i en arbetspraktik utifrån sitt arbetsutbud.

Samarbetet avslutas även då individen av medicinska skäl inte kan tillgodogöra sig aktiva insatser vid Arbetsförmedlingen eller när individen inte längre har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Samarbetet avslutas även då individen av andra skäl inte önskar ett gemensamt stöd från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Design och genomförande av utvärderingen

Utvärderingen av samarbetets effekter på arbetsförmåga och sjukfallslängd har utformats i samråd med Inspektionen för socialförsäkring och forskare vid IFAU, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Utvärderingens upplägg och genomförande har presenterats för regeringen i februari 2012 i den plan för hela det nya samarbetet som då redovisades.

Utvärderingens upplägg

Utvärderingen har fokuserat på den del av samarbetet som omfattar sjukskrivna personer. En effektutvärdering måste läggas upp på ett sådant sätt att orsaksbandet mellan insats och utfall kan fastställas. Det bästa sättet att åstadkomma detta är i form av ett randomiserat experiment. Randomiseringen syftar till att eliminera alla systematiska skillnader mellan deltagare och icke-deltagare vilket gör att observerade skillnader i utfallet direkt kan tillskrivas skillnader i insatser. På detta sätt elimineras det som kallas för selektionseffekten, vilken innebär att andra faktorer än insatsen påverkar utfallet, t.ex. intresse, motivation och andra faktorer som påverkar möjligheterna eller förmågan att tillgodogöra sig insatsen. Om vi inte hanterar selektionsproblemet blir det svårt, eller omöjligt, att skilja ut insatsens effekter från dessa bakomliggande faktorerens betydelse för utfallet.

Primärt är det effekten av att som försäkrad ges möjlighet att delta i den nya formen av utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som utvärderas.⁸ Frågeställningen som utvärderas blir: Hur påverkar samarbetet, med det samlade innehållet av insatser, de försäkrades arbetsförmåga och deras tid i sjukskrivning? De enskilda insatser som ingår i samverkanssatsningen utvärderas inte var för sig, vilket skulle ha krävt randomisering till respektive insats.

Det experimentella upplägget bygger på randomisering, och effekterna analyseras baserat på jämförelser mellan försöks- och kontrollgrupp. Den slumpmässiga indelningen sker före kallelse till gemensam kartläggning, och genomförs av Försäkringskassan. Det är försäkrade som ännu inte passerat ett års sjukskrivning när behovet av den gemensamma kartläggningen identifieras som ingår i experimentet. Försöksgruppens deltagare kallas omgående till den gemensamma kartläggningen, medan kallelsen förskjuts tidsmässigt för deltagarna i kontrollgruppen. Denna tidsförskjutning mellan de två grupperna utnyttjas för att skatta effekterna på sjukskrivningslängder av det nya samarbetet. Försöksgruppen har prioriterats och har

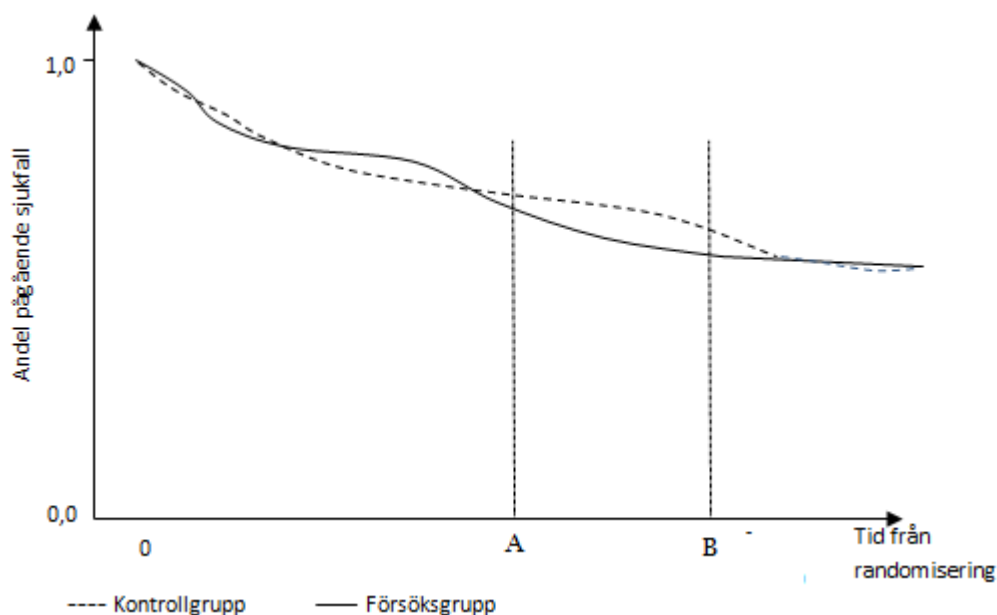
⁸ Kallas för att skatta effekten av ”Intention to treat” (ITT), alltså ”avsikten att behandla”.

kunnat kallas direkt till en sådan gemensam kartläggning, medan kallelse till kontrollgruppens medlemmar enligt designen tidigast ska ske efter nittio dagar. Under förutsättning att det finns positiva effekter av det utvecklade samarbetet så borde dessa effekter i genomsnitt uppstå tidigare för individer i försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Designen innebär att effekten kan identifieras och skattas under en viss tidsperiod efter randomiseringen beroende på när insatserna kan förväntas ha effekt och därigenom skapa en skillnad mellan försöks- och kontrollgrupp. Tidsförskjutningen på 90 dagar bedömdes vid designen av försöket skapa tillräckliga förutsättningar för att kunna skatta eventuella effekter. Efter en tid kommer effekten av tidsförskjutningen mellan grupperna troligen att tunnas ut eller försvinna genom att även individerna i kontrollgruppen kommer att kunna ta del av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet. Figur 1 beskriver tanken bakom designen att vi kan identifiera den tidsperiod mellan tidpunkt A och B då den eventuella effekten på sjukskrivningstiderna kan skattas. Figur 1 innehåller också ett par andra tänkbara effekter. Först en så kallad annonserings- eller kallelseffekt, dvs. att individer när de kallas till gemensam kartläggning väljer att friskskriva sig (inlagd i figuren i början av tidsperioden i form av att försöksgruppens kurva faller under kontrollgruppens under en period). Man kan också tänka sig en inlåsnings-effekt i sjukskrivningen för individer som deltar i rehabiliteringssamarbetet (i figuren beskrivet som en period där försöksgruppens kurva inte avtar på motsvarande sätt som kontrollgruppens). Sedan kommer vi fram till tidsperioden mellan A och B då vi tänker oss att eventuella positiva effekter kan identifieras. I denna rapport kommer vi att koncentrera oss på den senare frågeställningen, och i senare rapporter återkomma till analyser av eventuella annonserings- och inlåsnings-effekter. I figuren antas därefter att skillnaden mellan försöks- och kontrollgrupp kommer att jämnas ut.

Den nödvändiga tidsförskjutningen utgör ett osäkerhetsmoment i den valda designen. Risken finns att den inte var tillräcklig för att skapa en tillräcklig skillnad i behandling av försöks- och kontrollgrupp. Bedömningen vid upplägget av studien var dock att det var orealistiskt att få det experimentella upplägget att fungera i ordinarie verksamhet om de individer som lottats till kontrollgruppen helt utestängdes från möjligheterna att ta del av det förstärkta samarbetet.

Figur 1 Principskiss över identifieringen av effekten på andelen sjukskrivna



När försöket utformades i slutet av 2011 hade ännu inte de nya samarbetsformerna implementerats. Båda myndigheterna var fortfarande inne i en period av att utforma det nya utvecklade samarbetet. Försöket utformades baserat på den information som fanns tillgänglig vid den aktuella tidpunkten. Det innebär att de exakta formerna för de olika delarna i samarbetet inte var fullt klarlagda. Utformningen fick också baseras på bedömningar och förväntningar på hur många individer som skulle komma att omfattas av det nya samarbetet både med avseende på gemensamma kartläggningar som aktiva åtgärder.

Hänsyn fick också tas till att implementeringen av det nya samarbetet skulle ske över hela landet med start i februari 2012. Samtidigt krävdes från regeringens sida en rapportering av utvärderingens resultat till den 30 april 2014. Det blev därför nödvändigt med en avvägning mellan att både kunna tillåta en tillräcklig tid för implementering och en tillräckligt lång uppföljningsperiod för att mäta utfallet så att det verkligen kunde förväntas att eventuella effekter hunnit uppstå. Dessa restriktioner har påverkat utformningen av försöket och ytterligare en osäkerhetsfaktor har varit möjligheterna att ute i den ordinarie verksamheten ha möjlighet att upprätthålla den tidsförskjutning mellan försöks- och kontrollgrupp som utvärderingen bygger på.

För att ta hänsyn till och kunna hantera de faktiska situationer som kunde uppstå ute i verksamheten till följd av randomiseringsutfallet så instruerades kontoren om att individer lottade till kontrollgruppen kunde kallas tidigare om den försäkrade, hans läkare eller någon annan iblandad aktör ställde krav på att individens behov att kartläggas inom ramen för det fördjupade samarbetet måste tillgodoses omgående.

Försökets genomförande

Fältperioden med slumpvis fördelning på försöks- och kontrollgrupp genomfördes från den 1 september 2012 till den 1 februari 2013. Avsikten från början var att den skulle avslutas den 31 december 2012, men fick förlängas med en månad för att få in fler deltagare i studien. Försöket omfattade hälften av landets lokala försäkringscentra och motsvarande arbetsmarknadsområden.⁹

Under våren 2012 förbereddes det praktiska genomförandet av försöket. Information gavs till chefer om genomförandet, förändringar i registreringar i främst Försäkringskassans uppföljningsregister för handläggningen genomfördes och skriftlig information till verksamheten framställdes. I augusti genomfördes en utbildningsdag med kontaktpersoner för samtliga av de inblandade lokala försäkringscentra. I den ingick en beskrivning av försöket och varför det genomförs. Vidare presenterades och visades det instrument för själva lottningen som skulle användas. Frågor och farhågor diskuterades och fångades upp, vilka också besvarades via skriftlig information efter utbildningens genomförande.

Kontaktpersonerna ansvarade för den slumpvisa fördelningen av ärenden ute i verksamheten med hjälp av det framtagna instrumentet. Omfattningen och utfallet av densamma följdes veckovis upp centralt på Försäkringskassan och återkopplades till kontaktpersoner och chefer på kontoren. Baserat på det faktum att antalet individer som gått in i försöket efter ett par månader understeg det förväntade antalet beslutades att förlänga fältperioden med en månad. Vid sidan av detta fungerade själva förfarandet vid lottningen i enlighet med den beslutade designen. Vi har kunnat kontrollera för att utfallet av randomiseringen har registrerats i enlighet med randomiseringsinstrumentets utfall, som baserades på att hälften av kontrollsiffrorna i individernas personnummer gav deltagande i försöksgruppen och den andra hälften i kontrollgruppen.

Beskrivning av variabler som används i utvärderingen

I uppdraget från regeringen anges att effektutvärderingen särskilt ska fokusera på hur det förstärkta samarbetet påverkar sjukfallslängder och arbetsförmåga. Nedan redovisas och definieras de utfallsmått som används i utvärderingen samt övriga variabler som inte är självförklarande.

Sjukfallslängder

Vi kommer använda oss av två olika utfallsmått för att mäta effekten på sjukfallslängder. Det primära måttet, *Avslutat sjukfall*, anger att individen har avslutat det sjukfall som pågick vid randomiseringstillfället utan att ett nytt sjukfall startat inom 30 dagar. Vidare räknas de individer som avslutat sjukfallet genom att beviljas sjukersättning som ett fortsatt pågående sjukfall i denna analys.

⁹ Se bilaga 2 för en uppräkningslista av de lokala försäkringscentra som ingått.

Det andra måttet, *Avslutat sjukfall och inget nytt pågående*, är definierat på samma sätt som det primära måttet men kräver också att individen inte har något nytt pågående sjukfall eller sjukersättning vid uppföljningsperiodens slut.

För att undvika att hantera olika sjukfall på olika sätt valde vi att definiera ett avslutat sjukfall så att det ska vara avslutat och inte ha något nytt sjukfall startat inom 30 dagar. Orsaken var att vi i 43 av ärendena (4 procent) kunde identifiera skillnader mellan olika datakällor i avslutningsdatum. Vid kvalitativ analys av dessa ärenden kunde konstateras att olika handläggare kunde agera olika i ärendehanteringssystemet t.ex. i samband med att en period av sjukskrivning avslutades samtidigt som man hade kännedom om att ett nytt läkarintyg skulle komma in från den försäkrade, men med ett antal dagars glapp mellan ersättningsperioderna. I vissa fall avslutades det aktuella sjukfallet i ärendehanteringssystemet samtidigt som man noterade att man avsåg att starta ett nytt ärende när det nya intyget inkom, i andra fall valde man att inte avsluta sjukfallet utan avvakta det nya läkarintygets ankomst. För 20 individer (2 procent) innebar det en justering av datum för avslut. Vi har kunnat korrigera data för hela den uppföljningsperiod som redovisas i rapporten.

När personerna går in i aktiva insatser så går de över från sjukpenning till rehabiliteringspenning. Det är relativt vanligt att rehabiliteringspenningen betalas ut under maximalt ett år.¹⁰ Om rehabiliteringsinsatsen pågår längre kan det leda till att individen går över på ersättning från Arbetsförmedlingen i form av aktivitetsstöd. Det innebär att sjukfall avslutas, inte främst på grund av att individerna bedöms ha återfått arbetsförmåga, utan för att rehabiliteringspenningen övergår i ersättning från Arbetsförmedlingen. Att detta är ett potentiellt problem i denna utvärdering indikeras av Figur B6:1 (bilaga 6) som visar att en oproportionellt stor andel sjukfall avslutas efter det att individen varit inskriven på Arbetsförmedlingen i runt ett år. Detta har två viktiga implikationer. För det första riskerar vi att överskatta andelen sjukfall som avslutas för att ingen mer samverkan behövs. För det andra riskerar vi att överskatta skillnaden i avslutade sjukfall mellan försöks- och kontrollgrupp eftersom deltagare i försöksgruppen har större sannolikhet att ha hunnit avverka sina 365 dagar med rehabiliteringspenning inom uppföljningsperioden och därmed också att deras sjukfall avslutas av rent ersättningstekniska skäl. Hur känsliga de skattade effekterna är för detta analyseras i känslighetsanalysen (se sid. 32).

Arbetsförmåga

För att försöka uppskatta deltagarnas arbetsförmåga använder vi oss av information om deltagarnas ”status” på Arbetsförmedlingen. Observera att definitionen av arbetsförmåga här skiljer sig från både den som används inom sjukförsäkringen och den som vanligen används på Arbetsförmedlingen. De utfallsmått för arbetsförmåga som används i analysen mäter snarare ett ”närmande till arbetsmarknaden”. I utvärderingen kommer vi använda

¹⁰ Detta kan troligen förklaras av att det i förarbetena till lagtexten sägs att riktlinjen är att rehabiliteringsinsatser ska vara genomförda inom ett år.

oss av tre olika utfallsmått som är tänkta att indikera olika grad av arbetsförmåga. Det första måttet, *Kvarstående i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet med ett pågående sjukfall*, anger att individen är inskriven på Arbetsförmedlingen och deltar i aktiva rehabiliteringsinsatser, annan insats eller är öppet arbetslös. Vidare anger måttet att individen har ersättning från Försäkringskassan och har därför enligt vår definition ovan fortfarande ett pågående sjukfall. Det andra måttet, *Kvarstående i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet med ett avslutat sjukfall*, är identiskt med det första måttet förutom att individen nu bedömts vara så frisk att samverkan mellan myndigheterna inte längre behövs, dvs. individen har avslutat sitt sjukfall. Vi kan med tanke på diskussionen ovan inte utesluta att individen definieras som att ha avslutat sitt sjukfall på grund av ersättningstekniska skäl, dvs. att individen fortfarande är i behov av samverkan men att rehabiliteringspenning inte längre utgår.

Det tredje måttet, *Till arbete och utbildning*, anger att individen hos Arbetsförmedlingen är registrerad i någon av de sökandekategorier som innebär någon form av anställning (sökandekategori 21,22, 31, 33, 38, 39, 41, 42, 56 och 58) eller har avaktualiserats p.g.a. jobb eller reguljär utbildning (avaktualiseringsorsak 1–4 eller 7).

Vi kan enbart basera uppskattningen av individens arbetsförmåga på information från Arbetsförmedlingens datalager. Det innebär att arbetsförmåga endast kan uppskattas för individer som är inskrivna på Arbetsförmedlingen vilket innebär en risk att återgången i arbete underskattas för kontrollgruppen. Även detta återkommer vi till i känslighetsanalysen (se sid. 33). Vid en längre uppföljningsperiod hade arbetsförmåga kunnat uppskattas genom att till exempel hämta information om arbetsinkomster från SCB för samtliga deltagare.

Definition av övriga variabler

De variabler som vi använder i den här studien, och som inte är självförklarande, ger vi här en beskrivning av. För att kunna följa upp det förstärkta samarbetet och för den här utvärderingens behov infördes ett antal nya registreringar i Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÅHS). Det gäller *Kallelse till gemensam kartläggning* (datum) och *Genomförd gemensam kartläggning* (datum). Dessa används för att beräkna antal och andelar av individerna som kallats till respektive genomfört gemensam kartläggning, och för att beräkna tiden från randomisering till dessa händelser. Om personen går in i aktiva insatser, så skrivs individen in på Arbetsförmedlingen vilket registreras och finns tillgängligt i Arbetsförmedlingens datalager.

Övriga variabler som hämtas från Försäkringskassans datalager, och som kan behöva en beskrivning är:

- *Sysselsättning* beskriver vilken sysselsättning den försäkrade hade vid sjukfallets start. Anställd eller arbetslös är de två vanligaste. Andra är t.ex. föräldraledig eller studerande.
- *Diagnos* avser huvuddiagnosen vid sjukfallets start.
- *Totalt antal sjukdagar* avser det totala antalet sjukskrivningsdagar som individen haft historiskt före det aktuella sjukfallet.
- *Återvändare* avser en individ som tidigare uppnått maximalt antal ersatta dagar i sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning och som inom 15 månader efter detta åter ansökt om och beviljats sjukpenning under minst 1 månad.
- *Prognos för sjukfallets längd* registreras av handläggare efter en till två månader i sjukfallet i syfte att skapa en variabel som kan användas i utvärderingssammanhang. Prognosvariabeln kan liknas vid en vägd sammanfattning av individens chanser att avsluta sitt sjukfall, baserad både på registerinformation och den icke-observerbara information som handläggaren använde i sin kvalitativa bedömning. Den är främst tänkt att skapa bättre förutsättningar att genomföra studier av effekter baserade på registerdata men har också kunnat utnyttjas i denna utvärdering.

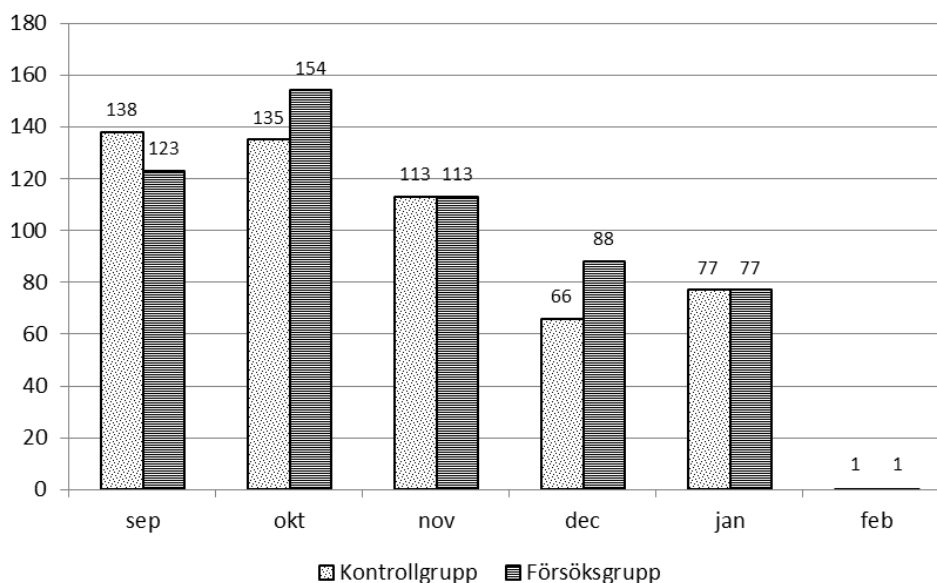
Resultat

I detta avsnitt redovisas hur försöket fungerat och skattningar av effekterna fram till och med januari 2014.

Fungerade randomiseringen och försöket?

I Figur 2 redovisas utfallet av randomiseringen månadsvis. För hela perioden ledde randomiseringen till en försöksgrupp som omfattar 556 individer och en kontrollgrupp med 530 individer. Totalt rör det sig om 1086 personer som ingår i försöket. Det är färre än vad som kalkylerades med när utvärderingen lades upp. Men det är det antal vi kom upp till med en månads förlängning av fältperioden. En ytterligare förlängning hade förkortat uppföljningsperioden vilket inte bedömdes som ett tillfredsställande alternativ.

Figur 2 Antal randomiseringar per månad



Syftet med randomiseringen är att ta bort alla systematiska skillnader mellan deltagare i försöks- och kontrollgrupp. På så vis kan skillnader i utfall mellan grupperna direkt tillskrivas att försöksgruppen har prioriterats genom att direkt kunna kallas till gemensam kartläggning. Vi vet, efter kontroll av randomiseringsinstrument och registrerat utfall, att randomiseringen skett på ett slumpmässigt vis. Slumpen kan dock leda till att alla individegenskaper inte är jämt fördelade mellan grupperna. Därför jämför vi i Tabell 1 genomsnittsvärden för ett antal individegenskaper mellan deltagare i försöks- och kontrollgruppen.

Tabell 1 visar som förväntat inga skillnader mellan deltagarna i försöks- och kontrollgruppen vad gäller kön, ålder, utbildning o s v. Däremot skiljer sig grupperna åt vad gäller sysselsättning. Deltagarna i försöksgruppen har i högre grad varit anställda vid sjukskrivningens start medan kontrollgruppen i högre grad var arbetslösa. Dessa skillnader kommer särskilt att beaktas i den empiriska analysen. I övrigt uppvisar försöket en god balans i de båda gruppernas sammansättning med avseende på de observerbara egenskaperna hos deltagarna, men även med avseende på den variabel som beskriver den prognos som handläggare gjort tidigt i sjukfallet, vilken kan tolkas som ett uttryck för deltagarnas icke observerbara egenskaper utöver det som kan identifieras via registeruppgifter.¹¹

Tabell 1 **Individegenskaper vid tidpunkt för randomisering, genomsnittliga värden för kontrollgrupp respektive försöksgrupp**

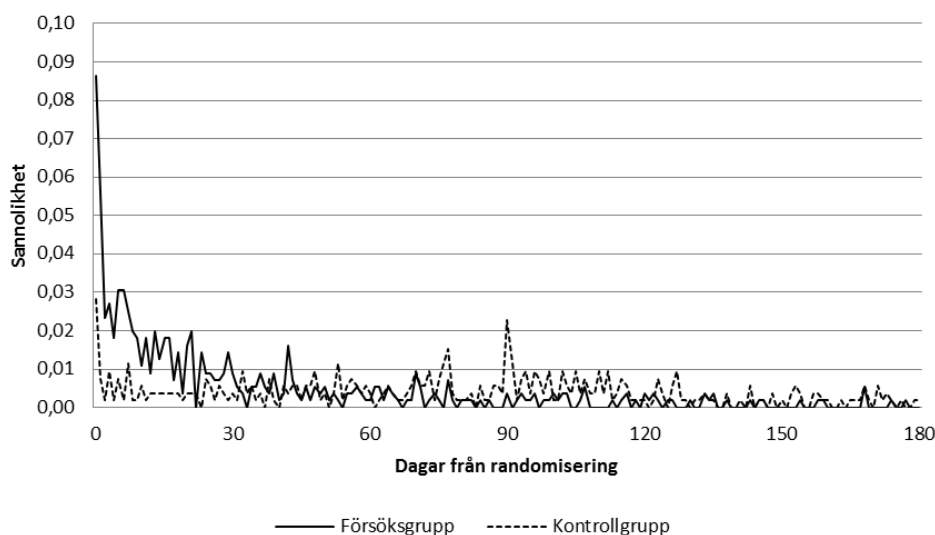
	I Samtliga	II Kontrollgrupp	III Försöksgrupp	Pr(T > t)
Kvinna	0,62	0,61	0,62	0,67
Ålder	44,0	43,7	44,2	0,45
Utrikesfödd	0,21	0,21	0,22	0,53
Utbildningsnivå				
- förgymnasial	0,21	0,23	0,20	0,22
- gymnasial	0,53	0,52	0,55	0,33
- eftergymnasial	0,25	0,25	0,25	0,97
Gift	0,36	0,36	0,35	0,79
Barn 0-17 år (Ja=1, Nej=0)	0,44	0,43	0,44	0,87
Sysselsättning				
- Anställd med sjuklön	0,49	0,46	0,51	0,09
- Arbetslös	0,42	0,45	0,39	0,04
- Övriga	0,09	0,09	0,10	0,64
Diagnos				
- Psykiska sjukdomar	0,49	0,49	0,49	0,99
- Muskuloskeletal systemet	0,27	0,27	0,27	0,94
- Övriga	0,24	0,24	0,24	0,95
Sjukfallslängd vid randomisering	199	195	203	0,29
Totalt antal sjukdagar	721	712	729	0,72
Andel återvändare	0,30	0,28	0,31	0,44
Prognos för sjukfallens längd				
- Kortare än 365 dagar	0,30	0,31	0,29	0,56
- Längre än 365 dagar	0,37	0,37	0,36	0,68
- Prognos saknas	0,34	0,32	0,35	0,33
Antal	1 086	530	556	

¹¹ Syftet med prognosvariabeln har varit att skapa förutsättningar att fånga upp egenskaper hos individerna som inte är observerbara i register. Registreringen görs av personliga handläggare hos Försäkringskassan i samband med att de efter ca 40–60 dagar i sjukfallet tar över handläggningen och genomför en telefonutredning med individen. Det fanns inte möjlighet att göra registreringen före juni 2012, varför den saknas i en tredjedel av sjukfallen i denna studie.

I Figur 3 undersöks om randomiseringen lyckades åstadkomma den avsedda skillnaden i prioritering till gemensam kartläggning mellan försöks- och kontrollgrupp, som skapar förutsättningarna för att kunna skatta eventuella effekter av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet.

Vi kan konstatera att randomiseringen ser ut att ha lyckats; den grupp som i teorin skulle bli prioriterad blev det också i praktiken. Figur 3 visar sannolikheten per dag, från randomiseringsdatum, att kallas till gemensam kartläggning. Det framgår att de individer som skulle bli prioriterade också blivit det i praktiken. De har en markerat högre sannolikhet att kallas tidigt. Samtidigt ser vi att deltagarna i kontrollgruppen har en högre sannolikhet att kallas runt 90 dagar efter randomiseringen.

Figur 3 Sannolikheten att kallas till gemensam kartläggning ett visst antal dagar efter randomiseringen för de två grupperna



Samtidigt ger experimentet oss inte full kontroll över tidpunkten för kallelsen till gemensam kartläggning. Handläggarnas dagliga arbete och individens hälsa avgör fortfarande den exakta tidpunkten när en viss individ kallas. Men tack vare att individerna slumpats in i grupper med olika prioritet att kallas, kan vi förvänta oss genomsnittliga skillnader i tidpunkten för insatsen mellan grupperna. Detta räcker för att vi ska kunna mäta eventuella effekter av aktiviteterna. Handläggaren hade rätt att frångå experimentet och kalla till en gemensam kartläggning även i den icke prioriterade gruppen om den försäkrade eller annan part (t.ex. läkaren) särskilt bad om detta.

Vi ser vid en analys av data att en viss andel av de randomiserade deltagarna inte fått kallelse och genomfört gemensam kartläggning. Tabell 2 visar att 19 procent av försöksgruppen och 38 procent av kontrollgruppen inte blivit kallade till gemensam kartläggning. Detta innebär att i försöksgruppen har 73 procent genomfört gemensam kartläggning medan motsvarande andel för kontrollgruppen är 54 procent. Det är 691 av de 1086 personer som randomiserades i studien som genomfört gemensam kartläggning. Orsaken till att en betydligt mindre andel blivit kallade till och genomfört gemensam

kartläggning i kontrollgruppen kan endast i mycket liten utsträckning förklaras med att dessa individer hunnit avsluta sitt sjukfall innan kallelsen skulle ha kunnat gå ut.

Vi ser också att väntetiden till att bli kallad till gemensam kartläggning bland de som blivit kallade är 77 dagar för kontrollgruppen vilket innebär att en stor andel av deltagarna i denna grupp har blivit kallade till gemensam kartläggning tidigare än de 90 dagar som var föreskrivet. Detta beror bland annat på att handläggare på Försäkringskassan hade möjligheten att tidigarelägga gemensam kartläggning till individer i kontrollgruppen som vi beskrivit tidigare. Individer i försöksgruppen har typiskt sett blivit kallade 15 dagar efter randomiseringen.

Tabell 2 Kallelse till och genomförande av gemensam kartläggning

	Randomiserat antal	Kallad till GK		GK genomförd		Individer som genomfört GK	
		Andel	Antal	Andel	Antal	Dagar till kallelse (median)	genomförd GK (median)
Försöksgrupp	556	81%	453	73%	407	15	44
Kontrollgrupp	530	62%	326	54%	284	77	106
	1086		779		691		

Det faktum att skillnaden i dagar till kallelsen blivit något mindre än kalkylerat för de som faktiskt kallats innebär en risk att styrkan i behandlingen, som var tänkt att skapas genom tidsförskjutningen, tunnats ut så att eventuella faktiska effekter av insatserna kan bli svårare att upptäcka. När det gäller andelarna som går in aktiva åtgärder sker en ytterligare utspädning. Det handlar om 54 procent av individerna i försöksgruppen och 47 procent i kontrollgruppen.¹² Det är viktigt att ha kunskap om detta vid värderingen av de eventuella effekter som skattas.

Det förstärkta samarbetets effekter

I Figur 4 redovisas hur stor andel individer i försöks- och kontrollgruppen som kvarstår i sjukskrivning ett visst antal dagar efter randomiseringen. Överlevnadsskattningarna baseras på Kaplan-Meiermetoden.

Vi ser i figuren en utflödestakt, eller avslutssannolikhet, som är avsevärt lägre än för en genomsnittlig sjukskriven individ med motsvarande längd på sitt sjukfall. Av alla sjukfall som passerar 180 dagars sjukskrivning avslutas ca hälften fram till dag 365. I figuren skulle det motsvara en andel på ca 0,50 som kvarstår i sjukskrivning 180 dagar efter randomiseringen, då den genomsnittliga sjukfallslängden vid randomiseringen var 199 dagar. Det tyder, som förväntat, på att de sjukskrivna som omfattas av det förstärkta

¹² Fördelningen mellan arbetslivsinriktade insatser och arbetsförberedande insatser för de som gått in i aktiva insatser ligger på ca 60 respektive 40 procent i både försöks- och kontrollgrupp.

rehabiliteringssamarbetet har en lägre sannolikhet att avsluta sin sjukskrivning än andra grupper av sjukskrivna.

Det är också så att bland de sjukskrivna som kallas till gemensam kartläggning sker en selektion där de som riskerar långa sjukskrivningar prioriteras, se bilaga 3. I bilagans andra tabell, Tabell B3:2, förstärks den bilden då vi får en negativ effekt av genomförd gemensam kartläggning. De två analyserna i bilaga 3 visar att det inte skett någon s.k. ”cream-skimming” vid kallelse till och genomförandet av gemensamma kartläggningar, så som Aakvik m fl (2004) kunde identifiera i studien av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser i Norge i slutet av 1980-talet.¹³ Slutsatserna av de skattningar som redovisas i bilagan är i stället att det snarare är individer som ofta bedöms ha sämre chanser att avsluta långa sjukskrivningar som valts ut. Det betyder att man i handläggningen verkligen försökt att identifiera individer med stora behov av insatser.

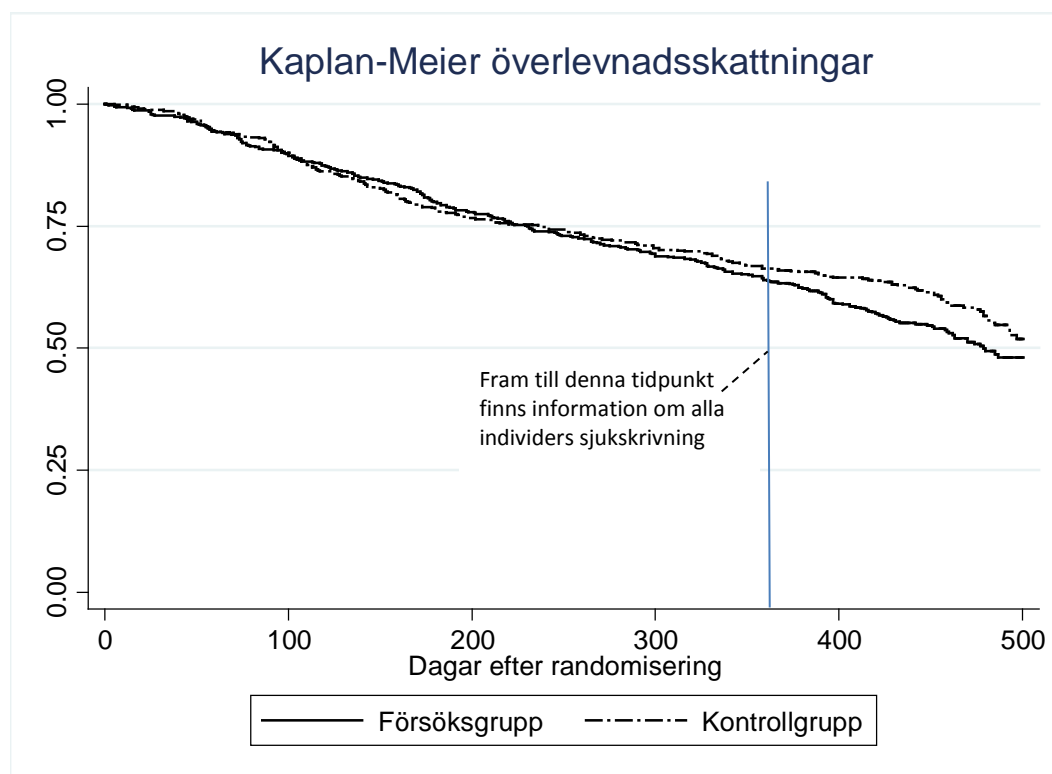
Det innebär att slutsatser om den gemensamma kartläggningens effekter inte kan baseras på en enkel jämförelse mellan grupper som deltagit i eller inte deltagit i gemensam kartläggning. Vi kommer att jämföra utfall för de individer som slumpmässigt tilldelades försöksgruppen med de som slumpmässigt tilldelades kontrollgruppen. Denna metod kallas för ”intention-to-treat” (ITT), då vi skattar skillnader mellan de som var ”avsedda” att kallas i ett tidigare skede och de som var avsedda att kunna kallas vid ett senare tillfälle. Det gör att vi baserar skattningarna på det skede i processen som vi har kontroll över via randomiseringen och inte på andra jämförelser mellan olika grupper, t.ex. de som gått in i aktiva insatser eller genomfört den gemensamma kartläggningen eftersom vi då inte har kontroll över icke slumpmässiga selektioner.

Det vi också kan se i Figur 4 är att överlevnadskurvorna uppvisar ett mönster som vi hade i åtanke vid designen av utvärderingen, dvs. en längre period på runt ett år där inga större skillnader kan ses mellan grupperna. Därefter börjar vi kunna se en skillnad. Avslutssannolikheterna blir större för deltagarna i försöksgruppen. Bakgrunden är att det rör sig om utdragna processer som sträcker sig över en längre tidsperiod. Det kan gå tid fram till kallelsen beroende på att det kan krävas ytterligare utredningsinsatser före kallelsen, t.ex. SASSAM-utredning eller avstämning med behandlande läkare. Den gemensamma kartläggningen kan omfatta flera möten innan den är fullt genomförd och sist men inte minst det faktum att aktiva åtgärder kan omfatta en tidsperiod på 9–12 månader eller längre.

Fram till dag 365 i figuren baseras överlevnadsskattningarna på ett utfall för samtliga individer, men från dag 365 innehåller skattningarna ett ökat antal s.k. censurerade observationer. Det vill säga sjukfall som nått den aktuella längden på sjukfallet i januari 2014 men fortfarande är pågående. Därefter ökar antalet censurerade observationer i figuren.

¹³ Begreppet avser att beskriva en situation där de deltagare som väljs ut har större chans att nå ett positivt resultat även utan insatserna i stället för de som skulle kunna vara mest betjänta av insatserna även om de har sämre förutsättningar att lyckas.

Figur 4 Andelen individer med fortsatt pågående sjukfall i försöks- och kontrollgrupp



De första randomiseringarna genomfördes i september 2012 och de sista i januari 2013.¹⁴ Vid första anblicken kan det tyckas som att vi för dessa individer har mellan 12 och 16 månaders uppföljning. Den faktiska uppföljningsperioden blir dock kortare eftersom det tar ett tag innan den gemensamma kartläggningen har genomförts och deltagarna kan påbörja aktiva rehabiliteringsinsatser. Deltagare som i september randomiserades in i försöksgruppen går därför i genomsnitt in aktiva rehabiliteringsinsatser först i mitten av december. För de som samma månad randomiserades in i kontrollgruppen startar aktiva åtgärder först i mitten på mars 2013. Den faktiska uppföljningstiden blir därmed ungefär 13 och 10 månader för försöksgrupp respektive kontrollgrupp. För deltagare som randomiseras under oktober till februari blir uppföljningstiden ännu kortare. Deltagare som randomiserades in i försöksgruppen under januari börjar t ex i aktiva åtgärder först i mitten på april 2013.

I Tabell 3 redovisas effektskattningar baserat på olika långa uppföljningsperioder. Detta är samma sak som redovisas i Figur 4, bara med skillnaden att tiden anges i månader respektive dagar. Skulle vi basera effektskattningarna på den period då vi har information om utfallet för alla individer, dvs. 12 månaders uppföljningsperiod, så skulle vi ha en för kort uppföljningsperiod och därmed inte identifiera de eventuella effekter som finns. Om vi skulle basera skattningarna på hela perioden fram till 14 eller 15 månader skulle vi å andra sidan riskera att överskatta eventuella effekter. Våra resultat skulle då baseras på de 776 eller 550 individer som vi kan ha ett faktiskt utfall för.

¹⁴ Två randomiseringar genomfördes också den 1 februari 2013.

Dessa skulle då väga tyngre i de slutsatser som vi drar. Vi har därför valt att göra en avvägning mellan dessa två ytterligheter.

Tabell 3 Skattningar av effekten vid uppföljningsperiodens slut i januari 2014 för olika längd på uppföljningsperioden

Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall	11 mån	12 mån	13 mån	14 mån	15 mån	Antal
Försöksgrupp (september, oktober)	0.053 (0.038)	0.054 (0.039)	0.063 (0.039)	0.094** (0.040)	0.084** (0.040)	550
Försöksgrupp (september, oktober, november)	0.020 (0.032)	0.028 (0.033)	0.038 (0.033)	0.064* (0.034)		776
Försöksgrupp (september, oktober, november, december)	0.012 (0.030)	0.020 (0.030)	0.032 (0.031)			930
Försöksgrupp (alla)	0.019 (0.028)	0.022 (0.028)				1086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Not: Samtliga effektskattningar kontrollerar för sysselsättning, kön, utbildning, utrikesfödd, ålder, barn, civilstånd, sjukfallslängd vid randomiseringstillfället, om individen har återvänt från en första sjukpenningsperiod, typ av diagnos samt prognos för om sjukfallet kommer vara kortare eller längre än ett år.

Vi baserar vår huvudanalys på en så lång uppföljningsperiod som möjligt, dvs. till den 31 januari 2014 med faktisk utfallsinformation för alla individer. Det resulterar i olika längd på uppföljningsperioden beroende på vilken månad individen randomiserades men samtidigt använder vi all information vi har tillgång till. Vi anser att vi valt en rimlig ansats när vi baserar huvudresultaten på att följa alla individer så länge vi kan, fram till och med januari 2014. I framtida rapporter kommer vi att kunna redovisa resultaten baserat på samma längd på uppföljningsperioden för alla deltagare oavsett tidpunkten för randomiseringen.

I Tabell 4 och 5 redovisas effektskattningarna. Båda perspektiven som redovisas, i den första tabellen baserad på medelvärden och i den andra på regressionsanalys, visar samma sak.

Tabell 4 visar andelarna som avslutat sitt sjukfall fram till och med januari 2014 uppdelat på försöks- och kontrollgrupp. Vidare redovisas andelen som avslutat det pågående sjukfallet men som vid uppföljningstidpunkten inte har ett nytt pågående sjukfall. Därefter de som är kvarstående i program på Arbetsförmedlingen eller öppet arbetslösa med pågående sjukfall och sedan de som är kvarstående i program på Arbetsförmedlingen eller öppet arbetslösa med avslutat sjukfall, samt till sist andelen som har fått någon form av arbete eller utbildning. Resultaten visar att individer i försöksgruppen i högre grad avslutat sina sjukfall, i högre grad är kvarstående i program eller öppet arbetslösa med avslutat sjukfall samt i högre grad kommit i arbete eller utbildning. Det tyder på att inte bara sjukskrivningarna förkortats utan att personerna i försöksgruppen också flyttat sig närmare arbetsmarknaden och anställningar jämfört med kontrollgruppen.

Tabell 4 Skattningar av effekten vid uppföljningsperiodens slut i januari 2014 (baserad på medelvärden)

Utfall (andelar januari 2014)	Försöksgrupp	Kontrollgrupp	Pr(T > t)
<i>Alla</i>			
Avslutat pågående sjukfall	47,1%	41,7%	0,07
Avslutat pågående sjukfall och inget nytt pågående	40,5%	36,6%	0,19
Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med PÅGÅENDE sjukfall)	22,8%	27,7%	0,06
Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med AVSLUTAT sjukfall)	10,6%	6,9%	0,04
Till arbete och utbildning	9,0%	3,6%	0,00

Not: Utfallet "Till arbete och utbildning" inkluderar de individer som är registrerade i någon av de sökandekategorier som innebär någon form av anställning (d v s skat 21,22, 31, 33, 38, 39, 41, 42, 56 och 58) samt de individer som har avaktualiserats på g a jobb eller reguljär utbildning (avors 1-4, 7). Utfallet "Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med pågående sjukfall)" inkluderar resterande sökandekategorier med undantag för sökandekategori 14 (Arbetsökande med förhinder) samt att individen får ersättning från Försäkringskassan. Utfallet "Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med avslutat sjukfall)" motsvarar samma sökandekategorier med skillnaden att individen får ersättning från Arbetsförmedlingen.

Alla skattade andelar är i relation till hela försöks- respektive kontrollgruppen i enlighet med det som sägs ovan angående ITT-metoden. Det innebär att utfallet måste värderas utifrån det faktum att det relateras till alla i försöks- respektive kontrollgruppen och inte bara de som genomgått kartläggningen eller de som gått in i aktiva åtgärder. Det gäller t.ex. vid jämförelser med de resultat för 2012 och 2013 som refereras till i rapportens inledningsavsnitt.

I Tabell 5 redovisas de skattningar som gjorts baserat på en linjär sannolikhetsmodell.¹⁵ Kolumn 1 redovisar skillnaden mellan försöks- och kontrollgrupp då vi inte tar hänsyn till eventuella skillnader i andra egenskaper. I kolumn II tillförs kontrollvariabler i form av sysselsättning där sammansättningen av försöks- och kontrollgrupp skilde sig åt och i kolumn III tillförs ytterligare ett antal kontrollvariabler för att se om de skattade skillnaderna beror på skillnader i andra egenskaper. I bilaga 4 redovisas de fullständiga regressionsanalyserna, inklusive kontrollvariabler.

Resultaten visar att försöksgruppen har signifikant större sannolikhet att avsluta sitt sjukfall jämfört med kontrollgruppen och den skattade effekten är (som förväntat) inte känslig för inkludandet av kontrollvariablerna (effekten blir dock något svagare i kolumn II då vi kontrollerar för sysselsättning). Resultaten indikerar att personer i försöksgruppen har 4,8 procentenheters högre sannolikhet att lämna sjukskrivningen jämfört med personer i kontrollgruppen.

En effektskillnad på 4,8 procentenheter med avseende på att avsluta sjukfallet kan ställas i relation till den genomsnittliga nivån på avslutade sjukfall i experimentpopulationen som ligger på 44,5 procent. Detta indikerar en 11 procentig ökning av sannolikheten att avsluta sitt sjukfall för individer i försöksgruppen.

¹⁵ Effektskattningar baserade på icke-linjära modeller ger inga betydande förändringar av de redovisade resultaten.

Tabell 5 Skattningar av effekten vid uppföljningsperiodens slut i januari 2014 (baserad på regressionsmodeller)

	Modellspecifikation		
	I	II	III
Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall			
Försöksgrupp	0.054* (0.030)	0.043 (0.030)	0.048* (0.029)
Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall och inget nytt pågående			
Försöksgrupp	0.039 (0.030)	0.029 (0.029)	0.036 (0.029)
Beroende variabel: Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med PÅGÅENDE sjukfall)			
Försöksgrupp	-0.049* (0.026)	-0.043 (0.026)	-0.045* (0.026)
Beroende variabel: Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med AVSLUTAT sjukfall)			
Försöksgrupp	0.036** (0.017)	0.038** (0.017)	0.039** (0.017)
Beroende variabel: Till arbete och utbildning			
Försöksgrupp	0.054*** (0.015)	0.052*** (0.015)	0.055*** (0.015)
<i>Antal</i>	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Not: Linjära sannolikhets-skattningar för respektive utfallsvariabel. Modellspecifikation I innehåller bara Försöksgrupp som förklarande variabel. I specifikation II tillförs kontrollvariabler för sysselsättning (vilket var den enda egenskap där deltagare i försöks- och kontrollgrupp skiljde sig åt). I specifikation III konstanthålls även för kön, utbildning, utrikesfödd, ålder, barn, civilstånd, sjukfallslängd vid randomiseringsstillfället, om individen har återvänt från en första sjukpenningsperiod, typ av diagnos, prognos för om sjukfallet kommer vara kortare eller längre än ett år samt randomiseringsmånad.

Resultaten i Tabell 5 visar däremot inga signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller förekomsten av ett pågående sjukfall den 31 januari 2014. En orsak kan vara att personer som under de aktiva insatserna övergått på ersättning från Arbetsförmedlingen senare återgår till ersättning från Försäkringskassan. Då personer i försöksgruppen i genomsnitt kommer till Arbetsförmedlingen tidigare än deltagarna i kontrollgruppen är också sannolikheten större att de efter en tid på Arbetsförmedlingen bedöms sakna tillräcklig arbetsförmåga och därmed återvänder till sjukförsäkringen. En annan orsak kan vara att deras arbetsförmåga faktiskt förbättrats men att de vid uppföljningstillfället upplever en ny sjukskrivningsperiod. Tolkningen av dessa tänkbara orsaker kommer också att underlättas i senare analyser med en längre uppföljningsperiod för båda grupperna.

Resultaten för utfallsmåtten relaterade till arbetsförmåga pekar också mot positiva effekter för individerna i försöksgruppen. Effekter som också uppvisar en starkare statistisk signifikans. Sannolikheten att kvarstå i program eller vara öppet arbetslös med ett pågående sjukfall ligger 4,5 procentenheter lägre i försöksgruppen. Sannolikheten att kvarstå i program eller vara öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall ligger 3,9 procentenheter högre i försöksgruppen. Sannolikheten att ha gått över i arbete och utbildning ligger 5,5 procentenheter högre i försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Om en effektskillnad på 3,9 procentenheter med avseende på att kvarstå i program eller vara öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall ställs i relation till den genomsnittliga nivån i experimentpopulationen (9 procent) så indikerar det en 43 procentig ökning av sannolikheten att kvarstå i program

eller vara öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall för individer i försöksgruppen. Motsvarande beräkning för att ha gått över till arbete eller utbildning indikerar en 87 procentig ökning för individer i försöksgruppen.

De redovisade resultaten är förknippade med viss osäkerhet eftersom uppföljningsperioden bara sträcker sig fram till januari 2014. Säkerheten kommer att öka vid senare utvärderingar som omfattar en längre uppföljningsperiod för samtliga personer i studien. Baserat på resultaten ovan är dock slutsatserna att både sjukskrivningstiden och arbetsförmågan påverkas i positiv riktning av det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dessa slutsatser stöds också av de känslighetsanalyser som redovisas (se sid. 32–35).

Heterogena effekter

I bilaga 5 presenteras resultaten utifrån utfallsmåtten, *Avslutat sjukfall, Kvarstående i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet med ett avslutat sjukfall* och *Till arbete och utbildning*, för olika grupper.¹⁶ Dessa grupper är kön, ålder, utbildning, sysselsättning, sjukfallets längd vid randomisering, diagnos och födelseregion.

När det gäller utfallet att ha avslutat det pågående sjukfallet så ser vi att effekten av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet är starkare för de över 44 år, för arbetslösa och för inrikes födda. Detta är intressant eftersom det indikerar positiva effekter för grupper, t.ex. äldre och arbetslösa, med stor risk för långvarig sjukskrivning.

Om vi studerar de som är kvarstående i program eller öppet arbetslösa men med avslutat sjukfall så är det positiva effekter av rehabiliteringssamarbetet för kvinnorna, de över 44 år, de med förgymnasial utbildning, arbetslösa, de med sjukskrivning längre än sex månader, både för individer med psykiska som muskuloskeletala diagnoser samt för utrikes födda.

Chansen att gå till arbete eller utbildning är starkast för kvinnor som ingått i försöksgruppen jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen, för de under 45 år, för de med gymnasial eller eftergymnasial utbildning, för de som vid sjukfallets start var anställda med sjuklön, för alla oavsett sjukfallslängd vid randomiseringen samt för både psykiska och gruppen med övriga diagnoser liksom för inrikes födda.

Det här ger oss en intressant och samtidigt tolkningsbar bild av rehabiliteringssamarbetets effekter. Det stärker slutsatsen att det förstärkta rehabiliteringssamarbetet har positiva effekter. Orsaken är att vi kan se och diskutera orsakerna till att olika grupper nått olika långt i förändringen från sjukskrivning till arbete eller utbildning. Vi kommer inte att gå in i detalj i denna tolkning men väljer att peka på några tydliga trender.

¹⁶ De två övriga utfallsmåtten, som utelämnats i redovisningen av effekterna för olika grupper, uppvisar i stort samma mönster som för de här redovisade.

Den första är just att vi genomgående ser positiva effekter för just grupper som ofta anses förknippade med långvarig sjukskrivning; kvinnor, äldre, arbetslösa och sjukskrivna i psykiska diagnoser. Tillsammans med en tidigare slutsats om att det är individer med lägre chans att avsluta sin sjukskrivning som identifierats vara i behov av insatserna ger en intressant reflektion. Det innebär att man i handläggningen verkligen försökt att identifiera individer med stora behov av insatser och inte de som handläggarna förväntar sig nå lyckade resultat med samtidigt som effekterna också tycks vara starkast för dessa.

Den andra grundar sig i att de olika utfallsmåtten vi använt också kan tolkas som att individen har rört sig olika långt i processen från sjukskrivning till arbete eller utbildning. Det tyder på att processen tar olika lång tid för olika grupper. Den tar längre tid för de äldre, individer med kortare utbildning, de som var arbetslösa vid sjukfallets start, de vars sjukfall var längre än sex månader vid randomiseringen samt de utrikesfödda. För andra grupper, som yngre, de med längre utbildning, de som var anställda vid sjukfallets start, och inrikes födda, tycks det gå snabbare.

Det vi ser i analysen över effekterna för olika grupper stärker slutsatsen om generella positiva effekter av det förstärkta samarbetet, men också att processen tar olika lång tid för olika grupper vilket bör vara helt naturligt. Det bör krävas olika omfattning eller längd på insatserna för att ge stöd åt olika individer.

Känslighetsanalys

I känslighetsanalysen nedan kommer vi med alternativa resultatskattningar att undersöka hur känsliga de ovan redovisade resultaten är för faktorer som inte fullt ut har kunnat beaktas i huvudanalysen men som vi bedömer kan ha inverkan på resultaten.

Rehabiliteringspenning under max 365 dagar

Det är vanligt att rehabiliteringspenning från Försäkringskassan betalas ut i maximalt 365 dagar efter det att individen börjar delta i aktiva rehabiliteringsinsatser hos Arbetsförmedlingen. Individer som efter ett år fortfarande deltar i rehabiliteringsinsatser får i stället ersättning från Arbetsförmedlingen. Då definitionen av ett avslutat sjukfall (se sid. 19) är att individen inte längre får ersättning från Försäkringskassan leder detta till att vissa individer avslutar sina sjukfall på grund av att rehabiliteringspenningen upphör och ersättning från Arbetsförmedlingen tar vid. Detta gör att vi dels riskerar att överskatta andelen som avslutar sina pågående sjukfall, dels att överskatta skillnaden i avslutade sjukfall mellan försöks- och kontrollgrupp eftersom deltagare i försöksgruppen har större sannolikhet att ha hunnit avverka sina 365 dagar med rehabiliteringspenning inom uppföljningsperioden.

Vi har därför gått igenom alla avslutade sjukfall där individen varit registrerad på Arbetsförmedlingen i över elva månader och säkerhetsställt att Arbetsförmedlingen samtidigt har registrerat att individen lämnat rehab-samverkan (vilket sker när individen bedöms vara så frisk att samverkan mellan myndigheterna inte längre behövs). Nackdelen med denna metod och

orsaken till att vi inte använder den i huvudanalysen är att information om att individen lämnar samverkan inte alltid registreras. Detta innebär att vi kommer rensa bort avslutade sjukfall som beror på byte av ersättning men också avslut där individen verkligen lämnat samverkan men där denna information inte registrerats.

I Tabell 6 (del A) visas effektskattningar för sannolikheten att avsluta pågående sjukfall då 17 misstänkta ”mekaniska” avslut tagits bort. Resultatet blir svagare och är inte längre signifikant skilda från noll på 10 procents nivå (p-värde 0,15), men pekar i samma riktning som i Tabell 5. Om vi i stället för att ta bort de misstänkta sjukfallen kodar om dem som pågående försvagas effektskattningen ytterligare (se Tabell 6 del B) och den skattade koefficienten är inte heller signifikant skild från noll på 10 procents nivå (p-värde 0,18).

Tabell 6 Sannolikheten att avsluta pågående sjukfall (känslighetsanalys)

	Modellspecifikation		
	I	II	III
A: Sjukfall som misstänks ha avslutats p g a att rehabiliteringspenningen tagit slut har tagits bort			
Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall			
Försöksgrupp	0.051* (0.030)	0.039 (0.030)	0.043 (0.029)
<i>Antal</i>	1,069	1,069	1,069
B: Sjukfall som misstänks ha avslutats p g a att rehabiliteringspenningen tagit slut har kodats om till pågående			
Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall			
Försöksgrupp	0.048 (0.030)	0.036 (0.030)	0.039 (0.029)
<i>Antal</i>	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Not: Modellspecifikation I innehåller bara Försöksgrupp som förklarande variabel. I specifikation II tillförs kontrollvariabler för sysselsättning (vilket var den enda egenskap där deltagare i försöks- och kontrollgrupp skiljde sig åt). I specifikation III konstanthålls även för kön, utbildning, utrikesfödd, ålder, barn, civilstånd, sjukfallslängd vid randomiseringstillfället, om individen har återvänt från en första sjukpenningsperiod, typ av diagnos samt prognos för om sjukfallet kommer vara kortare eller längre än ett år.

Utfall till arbete och utbildning baseras enbart på dem som är inskrivna på Arbetsförmedlingen

Den korta uppföljningsperioden gör att vi enbart kan mäta utfall till arbete och utbildning via Arbetsförmedlingens datalager, d.v.s. för de individer som är inskrivna på Arbetsförmedlingen. Eftersom en större andel av försöksgruppens deltagare finns registrerade på Arbetsförmedlingen är det fler i försöksgruppen som har möjlighet att visa ett positivt utfall. Detta kan leda till att vi skattar en högre utfallssannolikhet för försöksgruppen även i en situation där grupperna gått till arbete och utbildning i lika stor utsträckning.

Det kan också vara så att den högre andelen deltagare som gått till arbete och utbildning jämfört med deltagarna i kontrollgruppen beror på att deltagarna i försöksgruppen som är inskrivna på Arbetsförmedlingen är en mer positivt selekterad grupp jämfört med deltagarna i kontrollgruppen som är inskrivna på Arbetsförmedlingen. För att undersöka detta jämför vi genom-

snittsvärden för ett stort antal individegenskaper mellan de deltagare i försöks- och kontrollgruppen som är inskrivna på Arbetsförmedlingen. Notera att vi här har tillgång till den prognosvariabel som tidigare beskrivits (se avsnitt 3.3.3) vilken förutom att fånga upp registerbaserad information om individen även kan fånga upp så kallad icke-observerbar information som handläggaren använde i sin kvalitativa bedömning.

Av de deltagare som skrivits in på Arbetsförmedlingen skiljer sig försöksgruppen mot kontrollgruppen genom en högre andel kvinnor och en högre andel som har barn (se Tabell 7). I övrigt uppvisas inga signifikanta skillnader i gruppernas sammansättning, d.v.s. selektionen in till Arbetsförmedlingen verkar inte skilja sig åt mellan grupperna. Noterbart är att den prognos som handläggare gjort tidigt i sjukfallet med avseende på sjukfallets längd skiljer sig väldigt lite mellan grupperna. Då prognosvariabeln kan liknas vid en vägd sammanfattning av individens chanser att avsluta sitt sjukfall, baserad både på den registerinformation och på den icke-observerbara information som handläggaren använde i sin kvalitativa bedömning, ökar trovärdigheten i bedömningen att selektionen in till Arbetsförmedlingen inte verkar skilja sig åt mellan grupperna.

Tabell 7 Individkaraktäristika bland de inskrivna på Arbetsförmedlingen i kontroll- respektive försöksgruppen

	Inskrivna på Arbetsförmedlingen		Pr(T > t)
	Kontrollgrupp	Försöksgrupp	
Kvinna	0,58	0,69	0,01
Ålder	43,6	43,5	0,90
Utrikesfödd	0,16	0,19	0,35
Utbildningsnivå			
- förgymnasial	0,18	0,18	0,98
- gymnasial	0,56	0,56	0,92
- eftergymnasial	0,26	0,26	0,93
Gift	0,33	0,38	0,22
Barn 0-17 år (Ja=1, Nej=0)	0,40	0,47	0,10
Sysselsättning			
- Anställd med sjuklön	0,41	0,44	0,39
- Arbetslös	0,50	0,44	0,22
- Övriga	0,10	0,11	0,55
Diagnos			
- Psykiska sjukdomar	0,22	0,19	0,46
- Muskuloskeletala systemet	0,23	0,25	0,61
- Övriga	0,55	0,56	0,87
Sjukdomslängd vid randomisering	212	215	0,84
Totalt antal sjukdagar	740	750	0,88
Andel återvändare	0,27	0,35	0,16
Prognos för sjukfallets längd			
- Kortare än 365 dagar	0,26	0,26	1,00
- Längre än 365 dagar	0,42	0,40	0,66
- Prognos saknas	0,32	0,34	0,65
Antal	248	302	

Baserat på analysen ovan gör vi antagandet att selektionen in till Arbetsförmedlingen inte skiljer sig åt mellan grupperna och därmed också att resultaten som presenteras i Tabell 4 och 5 inte beror på att de inskrivna i försöksgruppen är mer positivt selekterade jämfört med de inskrivna deltagarna från kontrollgruppen. I analysen måste vi också ta hänsyn till att en mindre andel av kontrollgruppen är inskriven på Arbetsförmedlingen. Vi ökar andelen inskrivna i kontrollgruppen och fördelar de ”nya” inskrivna enligt den fördelning i insatser som de ”gamla” inskrivna i kontrollgruppen har. Detta innebär att vi ökar andelen inskrivna i kontrollgruppen från 47 till 54 procent. Detta motsvarar 40 deltagare och de nya antalen redovisas i Tabell 8. Vi ser att de tillförda individerna endast marginellt minskar gapet mellan försöks- och kontrollgrupp (kolumn III). Detta gäller även då vi fördelar de ”nya” inskrivna efter försöksgruppens mer ”gynnsamma” andelar (kolumn IV).¹⁷

Tabell 8 Känslighetsanalys av utfallet till arbete och utbildning genom att justera kontrollgruppens nivå på andelen inskrivna på Arbetsförmedlingen till försöksgruppens nivå

Utfall (andelar januari 2014)	Initial fördelning		Ny fördelning	
	I	II	III	IV
(Arbetssökande med förhinder, skat=14)	Försöksgrupp 11,9%	Kontrollgrupp 8,5%	Kontrollgrupp 9,9%	Kontrollgrupp 10,0%
Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med PÅGÅENDE sjukfall)	22,8%	27,7%	32,2%	30,8%
Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med AVSLUTAT sjukfall)	10,6%	6,9%	8,1%	8,3%
Till arbete och utbildning	9,0%	3,6%	4,2%	5,3%
Andel av gruppen	54%	47%	54%	54%

Not: För att andelen inskrivna på Arbetsförmedlingen ska vara lika i grupperna tillförs 40 ”nya” inskrivna till kontrollgruppen. De ”nya” inskrivna fördelas i kolumn III efter den fördelning på Arbetsförmedlingen som de inskrivna i kontrollgruppen har och i kolumn IV efter den fördelning som deltagare i försöksgruppen med sysselsättningsstatus ”Anställd med sjuklön” har.

De alternativa resultatskattningar som redovisas i detta avsnitt kan inte till fullo kompensera för de mätfel som finns för vilka individer som gått till arbete och utbildning men talar heller inte emot de resultat som presenteras i rapportens huvudanalys.

¹⁷ I kolumn III sker fördelningen utifrån den som finns i kolumn II, och i kolumn IV efter den som gällde för de deltagare i försöksgruppen som var anställda vid sjukfallets start, dvs. den grupp i försöksgruppen med det mest positiva utfallet till arbete eller utbildning.

Diskussion och slutsatser

Det finns positiva effekter av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet både i termer av kortare sjukskrivningstider och individernas närmande till arbetsmarknaden liksom deras övergång till arbete eller utbildning. De redovisade resultaten är förknippade med viss osäkerhet eftersom uppföljningsperioden bara sträcker sig fram till januari 2014. Säkerheten kommer att öka vid senare utvärderingar som omfattar en längre uppföljningsperiod för samtliga personer i studien.

Slutsatserna som presenteras i denna rapport är att:

- Sannolikheten att avsluta sjukfallet är 4,8 procentenheter större för försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen.
- Sannolikheten att vara inskriven i program eller öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall är 3,9 procentenheter större för försöksgruppen.
- Sannolikheten att ha gått till arbete och utbildning är 5,5 procentenheter större för försöksgruppen.

En effektskillnad på 4,8 procentenheter med avseende på att avsluta sjukfallet kan ställas i relation till den genomsnittliga nivån på avslutade sjukfall i experimentpopulationen som ligger på 44,5 procent. Detta indikerar en 11 procentig ökning av sannolikheten att avsluta sitt sjukfall för individer i försöksgruppen.

Resultaten för utfallsmåtten relaterade till arbetsförmåga visar också på positiva effekter för individerna i försöksgruppen. Om en effektskillnad på 3,9 procentenheter med avseende på att kvarstå i program eller vara öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall ställs i relation till den genomsnittliga nivån i experimentpopulationen (9 procent) så indikerar det en 43 procentig ökning av sannolikheten att kvarstå i program eller vara öppet arbetslös med ett avslutat sjukfall för individer i försöksgruppen. Motsvarande beräkning, 5,5 procentenheter större sannolikhet och en genomsnittlig nivå på 6 procent, för att ha gått över till arbete eller utbildning indikerar en 87-procentig ökning för individer i försöksgruppen.

I rapporten analyseras också om effekterna är olika för olika grupper. Vi ser genomgående positiva effekter för grupper som ofta anses förknippade med långvarig sjukskrivning; kvinnor, äldre, arbetslösa och sjukskrivna i psykiska diagnoser. Tillsammans med att det är individer med sämre chanser som identifierats vara i behov av insatserna leder det till en intressant reflektion. Det innebär att man i handläggningen identifierar individer med stora behov av insatser, och inte de som handläggarna förväntar sig nå lyckade resultat med, samtidigt som effekterna också tycks vara starkast för dessa.

De olika utfallsmåtten vi använt visar att individerna har rört sig olika långt i processen från sjukskrivning till arbete eller utbildning. Det tyder på att processen tar olika lång tid för olika grupper. Den tar längre tid för de äldre, individer med kortare utbildning, de som var arbetslösa vid sjukfallens start, de vars sjukfall var längre än sex månader vid randomiseringen samt de utrikesfödda. För andra grupper, som yngre, de med längre utbildning, de som var anställda vid sjukfallens start, och inrikes födda, tycks det gå snabbare.

Det vi ser i analysen över effekterna för olika grupper stärker slutsatsen om generella positiva effekter av det förstärkta samarbetet, men också att processen tar olika lång tid för olika grupper vilket bör vara helt naturligt. Olika omfattning och längd på insatserna krävs för att ge stöd åt olika individer.

Det finns utvecklingsområden för att få det förstärkta rehabiliteringssamarbetet att fungera effektivare. Vi ser att många individer som identifieras för att kallas till gemensam kartläggning inte går igenom den gemensamma kartläggningen och vi ser att en stor andel inte går vidare in i aktiva åtgärder. Detta tyder på att det utredningsarbete som sker hos Försäkringskassan före den gemensamma kartläggningen kan utvecklas. Om ett ökat användande av AFU (arbetsförmågeutredningsinstrument) inför den gemensamma kartläggningen skulle ge en bättre identifiering av individens förutsättningar är ett exempel på utveckling som borde diskuteras.

På motsvarande sätt kan diskussioner föras kring innehållet i insatserna. En fråga som bör ställas är om det går att utveckla åtgärder som är än bättre anpassade till personer med nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. För många av de aktuella individerna kan det vara så att de nedsatta aktivitetsförmågorna inte kommer att återställas helt via medicinska eller andra rehabiliterande insatser. I dessa fall kan fokus behöva ligga på åtgärder som stärker andra aktivitetsförmågor för att kompensera de aktuella begränsningarna, och därigenom rusta individerna för att kunna komma ut i arbete.

Avslutningsvis några viktiga erfarenheter kring att organisera och genomföra den här typen av effektutvärderingar. Det är inte oproblematiskt att gå in med experimentella upplägg i en pågående verksamhet. Det är omöjligt att som alternativ till behandlingen erbjuda icke behandling. Det är också svårt att i en pågående verksamhet organisera alternativa behandlingar så att de kan tilldelas deltagare slumpmässigt. Inte heller det upplägg som vi valt, att som alternativ till behandling (insats) skjuta upp behandlingen, är utan problem.

En erfarenhet baserat på detta är att främst använda randomiserade studier för att testa och utvärdera nya, alternativa, insatser i relation till existerande insatser. Det skulle vara möjligt både med avseende på att i större utsträckning använda AFU i utredningsarbetet för att se om det har positiva effekter eller för att utveckla nya insatser som kan kompensera nedsatta aktivitetsförmågor och skapa bättre förutsättningar för sjukskrivna att åter komma i arbete.

Referenser

Aakvik, A, J J Heckman och E J Vytlacil (2004) *Estimating treatment effects for discrete outcomes when responses to treatment vary: an application to Norwegian vocational rehabilitation programs*. Journal of Econometrics 125 (2005) 15–51.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2011) *Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2013) *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete*. Återrapportering enligt regleringsbrev för 2012, helår 2012. Dnr: Af – 2011/414101 FK 002395-2013

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2014) *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete*. Återrapportering enligt regleringsbrev för 2013, helår 2013. Dnr: Af-2012/445712 FK 003013-2013.

Försäkringskassan (2010) *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* Socialförsäkringsrapport 2010:9.

Försäkringskassan (2013) *Utvärdering av projekt som syftar till att minska sjukfrånvaron bland kvinnor*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 052379-2011.

Hägglund, Pathric, Per Johansson och Lisa Laun (2012) *Rehabiliteringsgarantin*. IFAU Rapport 2012:26.

Inspektionen för socialförsäkringen (2010) *Samverkan inom socialförsäkringen – En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel*. ISF Rapport 2010:2.

Inspektionen för socialförsäkringen (2011) *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Laun, Lisa och Peter Skogman Thoursie (2012) *Kan privatisering av arbetslivsinriktad rehabilitering öka återgång i arbete?* IFAU Rapport 2012:3.

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) (2010) *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering – en sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området*.

SOU (2011) *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*. Statens offentliga utredningar, SOU 2011:15.

Bilagor

Bilaga 1 – Insatser och metoder som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering

Nedan följer en genomgång av Arbetsförmedlingens insatser och metoder som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kartläggningssamtal

Individuell genomgång av vad individen har haft för arbetshistoria, utbildningar, fritidsintressen, sjukdomar som påverkat arbetsförmågan, sociala situationen, fritiden, familj, bostadsort med mera – allt med syftet att hitta ett nuläge utifrån individens förutsättningar och resurser. Syftet är att fastställa rätt tjänst.

Utredande samtal för bedömning av arbetsförmåga

I första hand gör arbetsförmedlaren tillsammans med den sökande en kartläggning utifrån arbetssökandes tidigare arbetserfarenheter, aktuell situation, eventuellt intyg (till exempel läkarintyg), och eventuella utredningar om underlaget är tillräckligt för att klarlägga arbetsförutsättningarna. I samtalet tar förmedlaren också upp om det finns områden där den arbetsökande känner sig sakna tillräckligt underlag för att kunna fatta beslut i arbets-/yrkesvalsfrågan. Det kan gälla hur fysiska och psykiska funktionsnedsättningar påverkar arbetsförmågan, vilka förutsättningar för studier den personen har eller vilka arbetsuppgifter/arbetsmiljöer som skulle passa. Det kan också gälla osäkerhet och tvekan inför att överhuvudtaget komma tillbaka till arbetslivet. Arbetsförmedlaren använder ibland strukturerade intervjuer/självskattningsverktyg såsom Förutsättningar inför arbete (FIA) för att få en samlad bild av den arbetssökandes förutsättningar för arbete.

Gruppaktiviteter i inledningen av kontakten med Arbetsförmedlingen

Information om Arbetsförmedlingen och vad man kan få för hjälp med möjlighet att ställa frågor. Allt anpassas utifrån de behov respektive grupp har. Man kan även erbjuda aktiviteter i öppna grupper, till exempel allmän information om vad anpassat arbete kan innebära och hur Arbetsförmedlingen arbetar för att övergången till arbetslivet utformas utifrån individuella förutsättningar. Under aktiviteten kan man bjuda in personer som berättar om hur de har fått hjälp till ett anpassat arbete.

www.Arbeitsformedlingen

På Arbetsförmedlingens hemsida finns en flik som heter Yrke och framtid som är en webbaserad tjänst som vänder sig till alla arbetssökande som har behov av yrkesvägledning. Yrke och framtid består av olika självinstruerande avsnitt med information och övningar som hjälper yrkesrådvilla att tänka igenom frågor som är viktiga inför yrkesvalet.

Yrkesvägledningssamtal

Arbetsförmedlaren använder sig av ett strukturerat yrkesvägledningssamtal, övningar och instrument för att underlätta för den arbetssökande att få klarhet om sina förutsättningar och väga dem mot omvärldens krav och möjligheter.

En viktig uppgift är att vidga den sökandes yrkes- och arbetsperspektiv. Ofta kan flera samtal behövas innan den arbetssökande är klar över en målsättning och en plan kan formuleras för hur målet ska nås. De olika delarna i samtalet delas då upp i etapper. Till samtalet knyts ofta andra aktiviteter och övningar för att tillsammans ge ett underlag utifrån vilket den arbetssökande kan göra övervägda val och planer.

Gruppvägledning

Syftet med gruppvägledning är att aktivera arbetssökande i en situation där personen är rådvill och/eller behöver byta yrkesinriktning. Genom att arbeta i grupp tillsammans med andra personer med likartade frågeställningar och i en liknande situation kan den arbetssökande få del av andras erfarenheter och uppleva personligt stöd i samtal med andra. Förutom att gruppen ger stimulans och stöd erbjuder den ofta en större samlad kunskap och resurs i problemlösning jämfört med en individuell kontakt.

Arbetspsykologisk utredning

Den arbetspsykologiska utredningen syftar till att ge arbetssökande ett bättre beslutsunderlag för val av studier och yrkesinriktning genom att metoden förser honom/henne med ny eller mer nyanserad kunskap om de egna resurserna och tillfälle att tillsammans med psykologen reflektera över detta. Om den arbetssökande har en funktionsnedsättning används metoden för att kartlägga såväl begränsningar i arbetslivet som möjligheter att kompensera dessa (exempelvis med tekniska hjälpmedel). Utredningens resultat sammanfattas i ett utlåtande som, utifrån frågeställningen, ligger till grund för planer och beslut om fortsatta insatser inom Arbetsförmedlingen.

Aktivitetsbaserad utredning

Metoden används när det finns behov av att klargöra arbetsförutsättningar i en aktivitet. Det kan ske i tillrättalagd miljö på utredningsplats som Arbetsförmedlingen har tillgång till eller i reell miljö på arbetsplats. Syftet med den aktivitetsbaserade utredningen är dels att få en bild av den arbetssökandes resurser och samlade förutsättningar i förhållanden som i hög utsträckning motsvarar de som gäller vid anställning, dels, vid funktionsnedsättning, att värdera den enskildes svårigheter i specifika moment och uppgifter.

Arbetsocial utredning

Metoden klargör den arbetssökandes sociala situation i relation till arbetslivets krav. Syftet är att utifrån arbetssökandes sociala situation värdera och beskriva förutsättningarna inför arbete samt att bedöma eventuellt stödbehov och samverka med andra myndigheter.

Motiverande samtal

När en sökande står inför en större omställning i sitt arbetsliv kan det finnas tveksamhet och osäkerhet inför vad det nya kan innebära. Osäkerheten kan medföra att den sökande får svårt att fatta beslut och att ge sig in i det arbete som omställningen medför. I en omställningssituation krävs också förmåga att förstå och bearbeta ambivalens och motstånd. Samtal enligt denna metod kan underlätta denna och ingår därför naturligt i alla möten med arbetssökande som behöver stöd i att hitta drivkraft i arbetsfrågan.

Stödsamtal

Stödsamtal kan ges till arbetssökande som har påtagliga svårigheter att till exempel välja yrkesinriktning eller utbildning, upplever påtaglig oro och osäkerhet inför inträde eller återgång i arbetslivet, eller som har personliga problem som hinder i mötet med arbetslivets krav. Insatsen erbjuds under ett begränsat antal tillfällen av Arbetsförmedlingens legitimerade psykologer. Arbetssökande med mer omfattande behov av bearbetande insatser hänvisas till kontakt med vårdgivare.

Arbetspraktik

Praktik innebär att den arbetssökande ges möjlighet att på en arbetsplats få erfarenheter och information om arbete och arbetsmiljö. Praktik kan användas i olika syften beroende på personens behov. Ofta är syftet att få erfarenhet och information inför studie/yrkesval men syftet kan också vara att praktiken ska leda till anställning om arbetsuppgifterna visar sig vara de rätta. Ett annat syfte kan vara att få en bedömning av den sökandes yrkeskunskaper.

Arbetsanalys

Metoden används för att bedöma individens förutsättningar i relation till arbetslivets krav, olika yrken och yrkesområden. Metoden används också i specifika situationer där den sökande får pröva sina förutsättningar i en bestämd arbetsuppgift/situation som kan ge underlag till exempelvis utprovning av arbetshjälpmedel eller bedömning av lönebidragsnivå.

Kompetenskartläggning vid validering

Metoden syftar till att klarlägga den arbetssökandes yrkeskompetens för att:

- få så bra matchningsunderlag som möjligt,
- kunna göra en bedömning av behov av kompletterande utbildning,
- bedöma om insatser kan förkortas,
- bedöma i vilka yrken den erhållna kompetensen kan användas,
- bedöma om kartläggning och/eller validering skulle kunna bidra till att förtydliga yrkeskompetensen.

Utprovning av arbetshjälpmedel och anpassning av arbetsplats/studieplats

Metoden används för arbets sökande som behöver särskilda arbetshjälpmedel eller en anpassning av arbetsplatsen för att klara ett arbete.

Exempel på upphandlade insatser:*Flexibla anpassningsmoduler*

Insatsen ökar tillgängligheten till befintliga arbetsmarknadsutbildningar genom anpassning av läromedel/hjälpmedel och/eller genom pedagogiskt stöd. För den som har behov av anpassningar inför en anställning kan stöd ges till att finna lämpliga hjälpmedel eller annan anpassning för arbets-situationen. Flexibla anpassningsmoduler är alltid ett komplement till Arbetsförmedlingens egna resurser för arbets sökande med särskilda behov.

Introduktion till arbete

- Sysselsättningsplatser med rehabiliterande inslag inom befintlig verksamhet hos företag eller föreningar.
- Motiverande, bearbetande och aktiverande insatser.
- Vägledning, arbetspraktik/-prövning och coachande stöd.

I dessa insatser erbjuder leverantörerna olika aktiviteter som kan anpassas till de individuella behoven och förutsättningarna. Gemensamt för denna upphandlade tjänst är att de avser att: främja aktivitet och ökad delaktighet i arbetsfrågan, bryta invanda mönster och föreställningar och att utveckla individens arbetsförmåga.

Bilaga 2 – Lokala försäkringscentra (LFC) som ingår i studien

Eskilstuna
Göteborg Centrum
Göteborg Gamlestan
Göteborg Hisingen
Gävle
Halmstad
Helsingborg
Kalmar
Karlskoga
Kristianstad-Ystad
Luleå-Gällivare
Lund
Lycksele-Umeå
Piteå-Skellefteå
Skövde
Sollentuna
Stockholm City
Sundsvall
Täby
Uppsala
Varberg
Västerås
Växjö

Bilaga 3 – Regressionsskattningar av sannolikheten att bli kallad till gemensam kartläggning och resultatet av genomförd kartläggning

Tabell B3:1 Sannolikheten att bli kallad

Beroende variabel: kallad till GK	Alla	Kontrollgrupp	Försöksgrupp
Kvinna	0.052* (0.028)	0.037 (0.044)	0.069** (0.035)
Gymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)	0.091*** (0.035)	0.108** (0.053)	0.057 (0.043)
Eftergymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)	0.074* (0.041)	0.065 (0.062)	0.072 (0.050)
Utb. okänd (ref:Förgymnasial utb.)	-0.425** (0.202)	-0.478 (0.348)	-0.431* (0.227)
Utrikesfödd	-0.002 (0.034)	0.026 (0.054)	-0.038 (0.041)
Ålder	-0.001 (0.001)	0.001 (0.002)	-0.004** (0.002)
barn0_17	-0.000 (0.028)	-0.025 (0.044)	0.024 (0.035)
Gift	0.027 (0.030)	-0.020 (0.046)	0.088** (0.037)
Sjukfallslängd vid rand.	0.000*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.000** (0.000)
Återvändare	-0.015 (0.023)	-0.026 (0.036)	-0.015 (0.027)
Muskuloskeletala systemet (ref:Övriga)	0.056 (0.039)	0.076 (0.060)	0.039 (0.047)
Psykiska sjukdomar (ref:Övriga)	0.074** (0.035)	0.091* (0.055)	0.046 (0.043)
Sysselsättning Arbetslös (ref:Anställd med sjuklön)	0.045 (0.030)	0.120** (0.047)	-0.003 (0.036)
Sysselsättning Övrig (ref:Anställd med sjuklön)	0.093* (0.048)	0.122 (0.077)	0.062 (0.058)
Prognos sjukfall längre än 365 dagar	0.099*** (0.035)	0.100* (0.054)	0.105** (0.043)
Prognos sjukfall saknas	0.045 (0.036)	0.022 (0.055)	0.057 (0.043)
R^2	0.06	0.07	0.07
N	1 086	530	556

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Tabell B3:2 Resultatet av genomförd gemensam kartläggning

Beroende variabel: Avslutat sjukfall	Alla	Kontrollgrupp	Försöksgrupp
Gemensam kartläggning	-0.179*** (0.031)	-0.224*** (0.041)	-0.157*** (0.047)
R^2	0.12	0.16	0.12
N	1,086	530	556

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Not: I skattningarna kontrolleras för kön, utbildning, födelseland, ålder, barn i åldern 0–17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning och prognos för sjukfallet.

Bilaga 4 – Regressionsskattningarna av effekterna på olika utfallsvariabler

Tabell 5 i rapporten bygger på de fem tabeller som kommer nedan:

Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall	I	II	III
Försöksgrupp	0.054* (0.030)	0.043 (0.030)	0.048* (0.029)
Sysselsättning Arbetslös (ref:Anställd med sjuklön)		-0.179*** (0.031)	-0.133*** (0.033)
Sysselsättning Övrig (ref:Anställd med sjuklön)		-0.018 (0.053)	-0.017 (0.053)
Kvinna			-0.023 (0.031)
Gymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			-0.015 (0.038)
Eftergymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			0.046 (0.044)
Utb. okänd (ref:Förgymnasial utb.)			0.185 (0.219)
Utrikesfödd			-0.000 (0.037)
Ålder			-0.001 (0.001)
barn0_17			-0.018 (0.031)
Gift			0.039 (0.033)
Sjukfallslängd vid rand.			0.000** (0.000)
Återvändare			0.005 (0.025)
Muskuloskeletala systemet (ref:Övriga)			-0.045 (0.042)
Psykiska sjukdomar (ref:Övriga)			-0.087** (0.038)
Prognos sjukfall längre än 365 dagar			-0.280*** (0.039)
Prognos sjukfall saknas			-0.175*** (0.039)
Oktober (ref:september)			0.013 (0.041)
November (ref:september)			-0.008 (0.044)
December (ref:september)			-0.086* (0.049)
Januari (ref:september)			-0.045 (0.049)
Februari (ref:september)			-0.042 (0.340)
R^2	0.00	0.03	0.10
N	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Linjära sannolikhetsskattningar för utfallsvariabeln ”Avslutat pågående sjukfall”

Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall och inget nytt pågående	I	II	III
Försöksgrupp	0.039 (0.030)	0.029 (0.029)	0.036 (0.029)
Sysselsättning Arbetslös (ref:Anställd med sjuklön)		-0.152*** (0.031)	-0.115*** (0.033)
Sysselsättning Övrig (ref:Anställd med sjuklön)		-0.025 (0.052)	-0.029 (0.052)
Kvinna			-0.031 (0.030)
Gymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			-0.029 (0.038)
Eftergymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			0.018 (0.044)
Utb. okänd (ref:Förgymnasial utb.)			0.183 (0.218)
Utrikesfödd			0.028 (0.037)
Ålder			-0.002 (0.001)
barn0_17			-0.041 (0.031)
Gift			0.052 (0.032)
Sjukfallslängd vid rand.			0.000 (0.000)
Återvändare			-0.009 (0.025)
Muskuloskeletala systemet (ref:Övriga)			-0.067 (0.042)
Psykiska sjukdomar (ref:Övriga)			-0.054 (0.038)
Prognos sjukfall längre än 365 dagar			-0.225*** (0.038)
Prognos sjukfall saknas			-0.125*** (0.039)
Oktober (ref:september)			0.011 (0.041)
November (ref:september)			-0.009 (0.044)
December (ref:september)			-0.076 (0.049)
Januari (ref:september)			-0.026 (0.049)
Februari (ref:september)			0.030 (0.338)
R^2	0.00	0.02	0.07
N	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Linjära sannolikhetsskattningar för utfallsvariabeln ”Avslutat pågående sjukfall och inget nytt pågående”

Beroende variabel: Kvarstående i program eller öppet arbetslösa med pågående sjukfall	I	II	III
Försöksgrupp	-0.049* (0.026)	-0.043 (0.026)	-0.045* (0.026)
Sysselsättning Arbetslös (ref:Anställd med sjuklön)		0.104*** (0.028)	0.089*** (0.029)
Sysselsättning Övrig (ref:Anställd med sjuklön)		0.050 (0.046)	0.051 (0.047)
Kvinna			0.037 (0.027)
Gymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			0.065* (0.034)
Eftergymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			0.030 (0.039)
Utb. okänd (ref:Förgymnasial utb.)			-0.122 (0.195)
Utrikesfödd			-0.077** (0.033)
Ålder			0.000 (0.001)
barn0_17			-0.017 (0.027)
Gift			-0.008 (0.029)
Sjukfallslängd vid rand.			0.000 (0.000)
Återvändare			-0.016 (0.022)
Muskuloskeletala systemet (ref:Övriga)			0.018 (0.037)
Psykiska sjukdomar (ref:Övriga)			0.114*** (0.034)
Prognos sjukfall längre än 365 dagar			0.112*** (0.034)
Prognos sjukfall saknas			0.043 (0.035)
Oktober (ref:september)			-0.055 (0.037)
November (ref:september)			-0.041 (0.039)
December (ref:september)			0.064 (0.043)
Januari (ref:september)			0.068 (0.044)
Februari (ref:september)			0.235 (0.302)
R^2	0.00	0.02	0.07
N	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Linjära sannolikhetsskattningar för utfallsvariabeln ”Kvarstående i program eller öppet arbetslösa med pågående sjukfall”

Beroende variabel: Kvarstående i program eller öppet arbetslösa med avslutat sjukfall	I	II	III
Försöksgrupp	0.036** (0.017)	0.038** (0.017)	0.039** (0.017)
Sysselsättning Arbetslös (ref:Anställd med sjuklön)		0.024 (0.018)	0.037* (0.019)
Sysselsättning Övrig (ref:Anställd med sjuklön)		-0.002 (0.031)	0.013 (0.031)
Kvinna			-0.008 (0.018)
Gymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			-0.005 (0.022)
Eftergymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			-0.006 (0.026)
Utb. okänd (ref:Förgymnasial utb.)			-0.022 (0.130)
Utrikesfödd			-0.022 (0.022)
Ålder			0.000 (0.001)
barn0_17			0.003 (0.018)
Gift			0.006 (0.019)
Sjukfallslängd vid rand.			0.000*** (0.000)
Återvändare			-0.012 (0.015)
Muskuloskeletala systemet (ref:Övriga)			0.002 (0.025)
Psykiska sjukdomar (ref:Övriga)			0.029 (0.023)
Prognos sjukfall längre än 365 dagar			-0.052** (0.023)
Prognos sjukfall saknas			-0.070*** (0.023)
Oktober (ref:september)			-0.004 (0.024)
November (ref:september)			-0.058** (0.026)
December (ref:september)			-0.037 (0.029)
Januari (ref:september)			-0.046 (0.029)
Februari (ref:september)			-0.132 (0.201)
R^2	0.00	0.01	0.03
N	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Linjära sannolikhetsskattningar för utfallsvariabeln ”Kvarstående i program eller öppet arbetslösa med avslutat sjukfall”

Beroende variabel: Till arbete och utbildning	I	II	III
Försöksgrupp	0.054*** (0.015)	0.052*** (0.015)	0.055*** (0.015)
Sysselsättning Arbetslös (ref:Anställd med sjuklön)		-0.027* (0.016)	-0.021 (0.017)
Sysselsättning Övrig (ref:Anställd med sjuklön)		0.045* (0.026)	0.049* (0.027)
Kvinna			0.007 (0.015)
Gymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			-0.005 (0.019)
Eftergymnasial utb. (ref:Förgymnasial utb.)			0.009 (0.022)
Utb. okänd (ref:Förgymnasial utb.)			-0.081 (0.111)
Utrikesfödd			-0.029 (0.019)
Ålder			-0.002*** (0.001)
barn0_17			-0.003 (0.016)
Gift			0.027 (0.016)
Sjukfallslängd vid rand.			0.000 (0.000)
Återvändare			-0.004 (0.012)
Muskuloskeletala systemet (ref:Övriga)			0.022 (0.021)
Psykiska sjukdomar (ref:Övriga)			0.020 (0.019)
Prognos sjukfall längre än 365 dagar			0.019 (0.019)
Prognos sjukfall saknas			0.031 (0.020)
Oktober (ref:september)			-0.036* (0.021)
November (ref:september)			0.024 (0.022)
December (ref:september)			-0.027 (0.025)
Januari (ref:september)			-0.025 (0.025)
Februari (ref:september)			-0.099 (0.172)
R^2	0.01	0.02	0.05
N	1,086	1,086	1,086

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Linjära sannolikhetskattningar för utfallsvariabeln ”Till arbete och utbildning”

Bilaga 5 – Heterogena effekter

Tabell B5:1 Heterogena effekter – avsluta sjukfall

Beroende variabel: Avslutat pågående sjukfall

	Kön		Utbildning			Ålder		Sys­sel­­sät­­ning		
	Kvinnor	Män	Förgymn.	Gymn.	Eftergymn.	<45år	>44år	Anställd	Arbetslös	Övriga
Försöksgrupp	0.056 (0.037)	0.028 (0.049)	0.061 (0.065)	0.023 (0.040)	0.075 (0.058)	-0.013 (0.042)	0.103** (0.041)	0.007 (0.043)	0.091** (0.043)	-0.003 (0.096)
<i>N</i>	671	415	229	578	274	534	552	529	454	103

	Sjukfallets längd vid randomisering		Diagnos			Födelseregion	
	<6 mån	>6 mån	Psyk.	Muskulo.	Övriga	Inrikesfödd	Utrikesfödd
Försöksgrupp	0.046 (0.040)	0.058 (0.042)	0.035 (0.042)	0.050 (0.057)	0.052 (0.063)	0.056* (0.033)	0.013 (0.066)
<i>N</i>	553	533	533	296	257	854	232

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Not: samtliga skattningar konstanthåller för samtliga kontrollvariabler som använt i kolumn III i Tabell 5.

Tabell B5:2 Heterogena effekter – status hos Arbetsförmedlingen

Beroende variabel: Kvarstående i program eller öppet arbetslösa (med AVSLUTAT sjukfall)

	Kön		Utbildning			Ålder		Sys­sel­­sät­­ning		
	Kvinnor	Män	Förgymn.	Gymn.	Eftergymn.	<45år	>44år	Anställd	Arbetslös	Övriga
Försöksgrupp	0.069*** (0.021)	-0.010 (0.030)	0.122*** (0.038)	0.001 (0.024)	0.049 (0.036)	0.031 (0.025)	0.042* (0.024)	0.008 (0.024)	0.075*** (0.028)	-0.018 (0.057)
<i>N</i>	671	415	229	578	274	534	552	529	454	103

	Sjukfallets längd vid randomisering		Diagnos			Födelseregion	
	<6 mån	>6 mån	Psyk.	Muskulo.	Övriga	Inrikesfödd	Utrikesfödd
Försöksgrupp	0.028 (0.024)	0.064*** (0.025)	0.054** (0.027)	0.058* (0.029)	-0.014 (0.035)	0.030 (0.020)	0.081** (0.034)
<i>N</i>	553	533	533	296	257	854	232

Beroende variabel: Till arbete och utbildning

	Kön		Utbildning			Ålder		Sys­sel­­sät­­ning		
	Kvinnor	Män	Förgymn.	Gymn.	Eftergymn.	<45år	>44år	Anställd	Arbetslös	Övriga
Försöksgrupp	0.085*** (0.020)	0.004 (0.022)	0.040 (0.031)	0.047** (0.020)	0.071** (0.031)	0.073*** (0.024)	0.032* (0.017)	0.073*** (0.023)	0.025 (0.019)	0.087 (0.067)
<i>N</i>	671	415	229	578	274	534	552	529	454	103

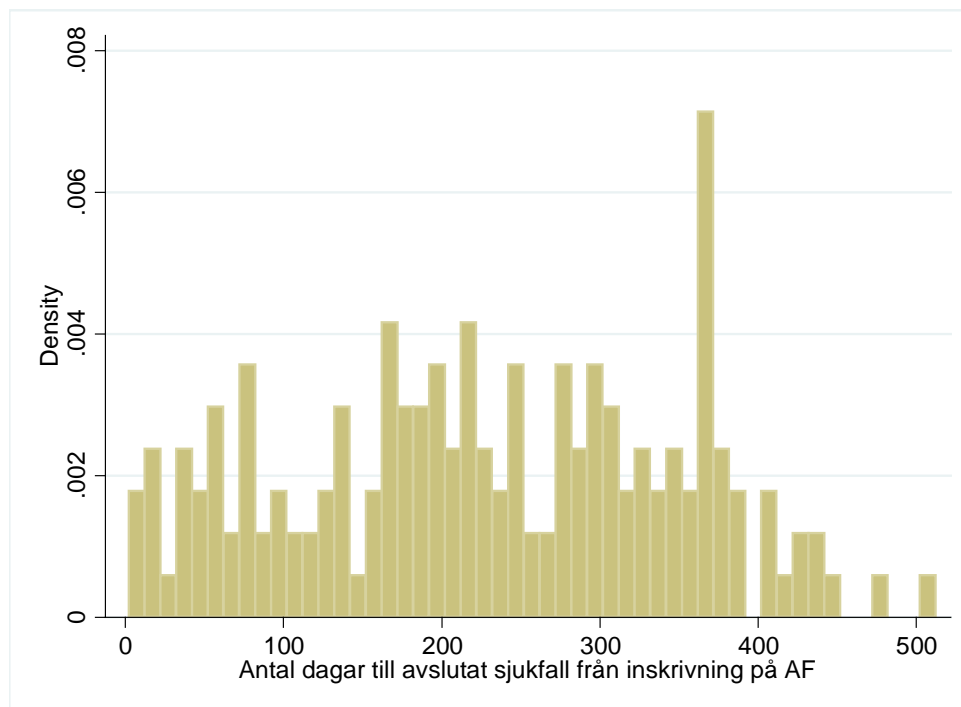
	Sjukfallets längd vid randomisering		Diagnos			Födelseregion	
	<6 mån	>6 mån	Psyk.	Muskulo.	Övriga	Inrikesfödd	Utrikesfödd
Försöksgrupp	0.041** (0.019)	0.066*** (0.023)	0.055** (0.023)	0.046 (0.029)	0.050** (0.025)	0.063*** (0.017)	0.001 (0.028)
<i>N</i>	553	533	533	296	257	854	232

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Not: samtliga skattningar konstanthåller för samtliga kontrollvariabler som använt i kolumn III i Tabell 5.

Bilaga 6 – Rehabiliteringspenning och avslut

Figur B6:1 Dagar till avslutat sjukfall från inskrivning på Arbetsförmedlingen



I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2014:

- 2014:1 Låg kunskap om jämställdhetsbonus. En enkätstudie 2013
- 2014:2 Mediebilderna av Försäkringskassan 2003–2012
- 2014:3 På väg in: Ungdomars liv och försörjning. Rapport från forskarseminarium i Umeå 15–16 januari 2014
- 2014:4 Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år
- 2014:5 Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende
- 2014:6 Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013
- 2014:7 Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete