

Det förstärkta rehabiliterings- samarbetets effekter

Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete – uppföljning nr 2.

2015-05-31

Återrapportering enligt regleringsbrevet för 2012

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
2. Design och genomförande av utvärderingen	8
2.1 Utvärderingens upplägg	8
2.2 Försökets genomförande.....	10
2.3 Beskrivning av variabler som används i utvärderingen	10
2.3.1 Sjukfrånvaro	11
2.3.2 Arbetsförmåga	11
2.3.3 Definition av övriga variabler	11
2.4 Målpopulation och analysstrategi.....	12
3. Resultat	14
3.1 Fungerade randomiseringen och försöket?	14
3.2 Inskrivning hos Arbetsförmedlingen.....	17
3.3 Det förstärkta samarbetets effekter	19
3.4 Heterogena effekter	21
3.5 Känslighetsanalys	22
3.5.1 Utfall till arbete och utbildning baseras enbart på dem som är inskrivna på Arbetsförmedlingen	22
3.5.2 Statistisk styrka	25
4. Diskussion och slutsatser	28
Bilagor	31

Sammanfattning

Sedan februari 2012 arbetar Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i ett förstärkt rehabiliteringssamarbete med syfte att ge individer en snabbare återgång till arbete och kortare tid med sjukfrånvaro. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick i regleringsbrevet 2012 i uppdrag att utvärdera det förstärkta samarbetets effekter. För att svara på uppdraget genomfördes en försöksverksamhet den 1 september 2012 till den 1 februari 2013 som omfattade drygt 1 000 individer. Frågeställningen som utvärderas är: Hur påverkar det förstärkta samarbetet individernas arbetsförmåga och sjukfrånvaro?

Försöksverksamheten innebar att sjukskrivna individer slumpmässigt delades in i en försöks- respektive kontrollgrupp. Försöksgruppen kallades till gemensam kartläggning tidigt medan kallelsen för kontrollgruppen försköts tre månader framåt i tiden. Tidsförskjutningen mellan grupperna utnyttjas för att analysera effekterna av att i ett tidigare skede få tillgång till myndigheternas förstärkta samarbete.

En första utvärdering av det förstärkta samarbetet lämnades till regeringen våren 2014. Rapporten visade på positiva effekter av det förstärkta samarbetet, både i termer av kortare sjukskrivningstider och snabbare återgång i arbete eller studier. Den relativt korta uppföljningsperioden i den första rapporten (11–15 månader) gjorde emellertid att osäkerheten i tolkningarna var stora. En ytterligare uppföljning genomfördes därför under våren 2015 för att kunna följa samtliga individer ett år till.

Denna andra rapport visar effekter från en uppföljningstid som sträcker sig fram till och med december 2014. Resultaten skiljer sig åt jämfört med den första rapporten. Studien kan inte visa att det förstärkta samarbetet påverkar sjukskrivning. Samtidigt kan vi inte heller konstatera att de sanna effekterna är så små att de är oväsentliga. Vidare ser vi att individer i försöksgruppen tidigare går över till sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med individer i kontrollgruppen. När det gäller närmandet till arbetsmarknaden visar rapporten att individer som tidigt fick del av det förstärkta samarbetet snabbare kom tillbaka i arbete eller studier jämfört med kontrollgruppen. Detta resultat drivs dock helt av kvinnorna i försöksverksamheten. För männen pekar resultaten i motsatt riktning men är samtidigt svårtolkade då männen i försöksgruppen i lägre grad övergått i insatser på Arbetsförmedlingen jämfört med männen i kontrollgruppen, dvs. försöksverksamheten lyckades inte skapa de förutsättningar som krävts för att utvärdera effekten på männens återgång till arbete eller studier.

I rapporten lyfter vi att försöksverksamheten har brister som gör det svårt att till fullo svara på frågeställningen i utvärderingen. Antalet deltagare i studien blev färre än förväntat och den tänkta tidsförskjutningen på tre månader mellan försöks- och kontrollgruppen gick inte att upprätthålla fullt ut. Dessa brister innebär att vi måste hitta relativt stora effekter för att resultaten ska vara statistiskt säkerställda. Vi visar till exempel hur effekten på sjukskrivning, givet antalet deltagare, hade behövt vara upp till 10-15 procent för att vi med hög säkerhet kunna säga att resultaten vi hittar inte beror av slumpen. Eftersom endast ett fåtal tidigare studier kunnat fastställa positiva effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering på sjukskrivning är det osannolikt att detta försök skulle ge effekter i denna storlek. Slutsatsen blir därför att vi varken kan eller inte kan säga att det förstärkta samarbetet påverkar sjukskrivning.

Ett litet urval gör dessutom att de statistiskt säkerställda resultat som vi ändå hittar riskerar att vara överskattade. Därför har vi valt att inte diskutera *hur mycket* en tidigarelagd gemensam kartläggning påverkar arbetsförmåga och sjukskrivningstid, utan endast om det har en positiv eller negativ effekt. Av samma anledning har vi inte heller gjort beräkningar på om det förstärkta samarbetet har varit

ekonomiskt lönsamt. Trots risken för överskattningar indikerar resultaten att det förstärkta samarbetet har en betydande effekt i avseendet att kvinnor snabbare kommer tillbaka till arbete och studier.

1. Inledning

Sedan februari 2012 arbetar Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i ett förstärkt rehabiliteringssamarbete med syfte att ge individer en snabbare återgång till arbete och kortare tid i sjukfrånvaro. Regeringen konstaterar i regleringsbrevet 2012 att kunskaperna om hur rehabiliteringsinsatser påverkar den försäkrades möjlighet att utveckla arbetsförmåga¹ 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 den första återrapporteringen 2014, inleds med en *gemensam kartläggning*. Vid kartläggningen klargörs individens förutsättningar för arbete ur ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Kartläggningen omfattar också en planering av de *aktiva insatser* som personen kan få tillgång till via Arbetsförmedlingen, med syfte att öka individens arbetsutbud. 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 22 000.² Att rapportera deltagarnas resultat räcker dock inte för att fastställa att resultatet är en effekt av insatserna i samarbetet. Därför är den studie som nu genomförts angelägen. Den är dock inte upplagd för att utvärdera 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 sjukskriven ges möjlighet att delta i den nya formen av utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som utvärderas. Frågeställningen som utvärderas är: Hur påverkar det förstärkta samarbetet individernas arbetsförmåga och sjukfrånvaro?

Utvärderingen baseras på en försöksverksamhet där individer slumpmässigt fördelades till en försöksgrupp som omedelbart skulle kallas till gemensam kartläggning och en kontrollgrupp som skulle kallas efter minst 90 dagar. Det är tidsförskjutningen av kallelse till gemensam kartläggning som används för att utvärdera effekten av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet.

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.³ Rehabiliteringsrådet (2011) kunde i sitt slutbetänkande

¹ 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.

² År 2013 hade 77 procent av individerna som deltog i gemensam kartläggning sjukpenning, 1 procent hade sjukersättning, 9 procent aktivitetserättning och 12 procent initierades av Arbetsförmedlingen utan att ha ersättning från sjukförsäkringen. Denna studie begränsas till personer med sjukpenning vars sjukfall pågått kortare än ett år.

³ Andra studier som redovisar liknande slutsatser är t.ex. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) (2010) i en litteraturgenomgång om samverkan, Hägglund m.fl. (2012) om rehabiliteringsgarantins effekter samt ISF (2010) om effekter av samverkan inom rehabiliteringsområdet.

konstatera att evidensbaserade rehabiliteringstekniker med arbetsåtergång som resultat saknas nästan helt i den vetenskapliga litteraturen.

I en studie analyseras effekter av Försäkringskassans tidiga insatser på sjukfallens längd (Försäkringskassan 2010). De insatser som studeras är SASSAM-kartläggning och avstämningsmöte.⁴ 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 tidigareläggning av dessa insatser förändrar sjukfallens längd. En senare uppföljning av samma experiment hittar Engström m.fl. (2012) att SASSAM leder till en ökad övergång till sjukersättning.

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.

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 genomsnittliga effekten istället 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 istället 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 en randomiserad studie från Uni Helse (2013) utvärderas projektet Senter for jobbmestring. Projektets huvudmål var att hjälpa personer med milda till moderata former av ångest eller depressiva symptom till sysselsättning. Studiepopulationen inkluderade sjukskrivna eller långtidsarbetslösa. Studien visar på snarlika resultat som Aakvik m.fl. (2004) i det avseende att det är de individer som står längst från arbetsmarknaden som också har de mest positiva resultaten.

Hägglund m.fl. (2015) visar hur attityder till rehabiliteringskedjan och rehabiliteringsinsatser hos handläggare på Försäkringskassan påverkar sannolikheten för återgång till arbete. Handläggare med negativ inställning till rehabiliteringskedjan eller positiv inställning till rehabiliteringsinsatser

⁴ 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.

försenar återgången till arbete i genomsnitt med 3,5 dagar respektive 3 dagar. Effekterna verkar främst gälla kortare sjukfall. Studien hittar tydliga effekter vid 90 dagarsprövningen men inte vid 180 dagarsprövningen.

I den tidigare forskningen är det få studier som kunnat fastställa positiva effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det finns däremot indikationer på att grupper som står långt från arbetsmarknaden potentiellt kan ha positiv effekt av rehabiliteringsinsatser. I den här studien är det just den gruppen som är målpopulationen, dvs. personer som varit sjukskrivna upp till ett år.

I den första rapporten drogs slutsatsen att det finns positiva effekter av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet både i termer av kortare sjukskrivningstid och individers närmande till arbetsmarknaden. De positiva effekter var genomgående för grupper som ofta anses förknippade med långvarig sjukskrivning (kvinnor, äldre, arbetslösa och sjukskrivna i psykiska diagnoser). Den relativt korta uppföljningsperioden som fanns tillgänglig vid första rapporten bidrog till osäkerhet i skattningarna vilket gjorde det nödvändigt att göra ytterligare en uppföljning under våren 2015.

Rapporten har följande upplägg. I avsnitt 2 redovisas hur utvärderingen har lagts upp och genomförts. Resultaten, inklusive heterogenitets- och känslighetsanalyser, redovisas i avsnitt 3. I avsnitt 4 sammanfattas och diskuteras slutsatserna.

2. 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.

2.1 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 säkraste sättet att åstadkomma detta är i form av en randomiserad försöksverksamhet. Randomiseringen eliminerar alla systematiska skillnader mellan deltagare och icke-deltagare vilket gör att observerade skillnader i utfallet direkt kan tillskrivas skillnader i insatser. På detta sätt undviks det som kallas för selektionseffekten, dvs. att individer med vissa egenskaper är överrepresenterade inom insatsen, utifrån t.ex. intresse, motivation och andra faktorer som påverkar möjligheterna eller förmågan att komma ut i arbete. Om vi inte hanterar selektionsproblemet blir det svårt, eller omöjligt, att skilja ut insatsens effekter från dessa bakomliggande faktors betydelse för arbetsförmågan.

Effektutvärderingens upplägg 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 försöksverksamheten. Försöket omfattar hälften av landets lokala försäkringscenter och motsvarande arbetsmarknadsområden.⁵ Ingående områden täcker hela landet från större städer till glesbygd. 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 sjukskrivning och arbetsförmåga av det nya samarbetet. 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.⁶ 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. 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.⁷ Frågeställningen som utvärderas blir: Hur påverkar det förstärkta samarbetet individernas arbetsförmåga och sjukfrånvaro? De enskilda insatser som ingår i samverkanssatsningen utvärderas inte var för sig; det skulle ha krävt randomisering till respektive insats.

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 (temporär) 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

⁵ Se bilaga 1 för vilka loka försäkringscentra som inkluderas i studien.

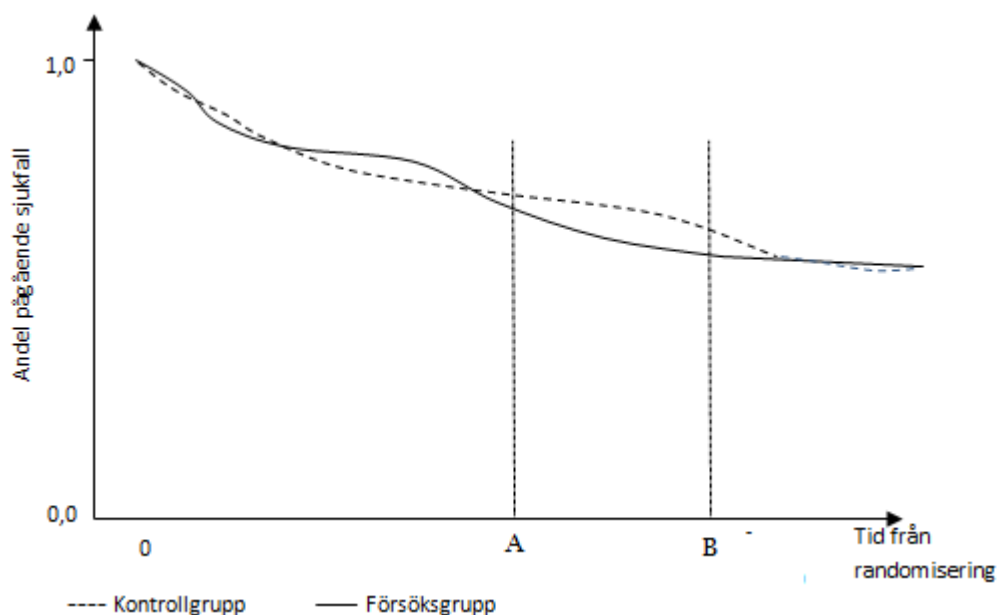
⁶ Den tänkta mekanismen för hur försöket ska få möjlighet att påverka arbetsförmågan är genom att försöksgruppen snabbare får tillgång till aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen. Detta kan även leda till att försöksgruppen också i större utsträckning tar del av insatserna. Exempelvis kan personer i kontrollgruppen hinna flytta innan kallelse till gemensam kartläggning.

⁷ Kallas för att skatta effekten av "Intention to treat" (ITT), alltså "avsikten att behandla".

rehabiliteringssamarbetet. Figur 1 beskriver tanken bakom designen att vi kan identifiera den tidsperiod mellan tidpunkt A och B då den eventuella effekten på *sjukskrivning* kan skattas. Figur 1 innehåller också ett par andra tänkbara effekter. Först en så kallad annonserings- eller kallelseeffekt, 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 inläsningseffekt i sjukskrivningen för individer som deltar i rehabiliteringssamarbetet (i figuren beskrivet som en period där försöksgruppens kurva inte avtar på motsvarande sätt som kontrollgruppens).⁸ Sedan kommer vi fram till tidsperioden mellan A och B då vi tänker oss att eventuella positiva effekter kan identifieras. 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 skillnad i behandling av försöks- och kontrollgrupp stor nog att med säkerhet kunna tillskrivas den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Bedömningen vid upplägget av studien var dock att det var orealistiskt att få utvärderingens upplägg 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 identifiering av effekten på andelen sjukskrivna



När försöket utformades i slutet av 2011 hade ännu inte de nya samarbetsformerna implementerats. 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 och aktiva åtgärder.

⁸ Eftersom vi saknar datum för starten av gemensam kartläggning (endast när den är avslutad) skulle det krävas relativa stora annonserings- och inläsningseffekter för att vi ska ha chans att upptäcka dem. Vi förväntar oss inte att effekterna kommer vara tillräckligt stora och därför kommer detta inte följas upp i rapporten.

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 inblandad aktör ställde krav på att individens behov att kartläggas inom ramen för det fördjupade samarbetet måste tillgodoses omgående.

2.2 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 perioden 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.

2.3 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.

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

2.3.1 Sjukfrånvaro

Vi kommer använda oss av tre olika utfallsmått för att mäta effekten av utfallet sjukfrånvaro. Det första måttet, *Pågående sjukfall*, anger om individen har ett pågående sjukfall vid mättillfället.¹⁰ Det finns brister med måttet och dessa diskuteras i bilaga 2.

Det andra måttet, *Pågående sjuk- och aktivitetsersättning (Pågående SA)*, anger att individen har varaktigt nedsatt arbetsförmåga och uppbär ersättning från Försäkringskassan. Måttet är konstruerat på ett sådant sätt att om individen har SA vid randomiseringstillfället måste omfattningen öka för att individen ska anses ha *Pågående SA*. På detta sätt fångar inte bara de individer som får ersättningen för första gången utan även de som ökar omfattningen av ersättningen under uppföljningsperioden. Det bör också förtydligas att individerna i studien inte kan uppbära hel SA vid randomiseringstillfället och därför har alla individer en möjlighet att öka sin omfattning.

Det tredje måttet, *Pågående sjukfall eller sjuk- och aktivitetsersättning*, anger om individen har ett pågående sjukfall eller pågående sjuk- och aktivitetsersättning enligt ovan definitioner.

2.3.2 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. Det utfallsmått för arbetsförmåga som används i analysen mäter snarare ett "närmande till arbetsmarknaden".

Det första måttet, *Till arbete och utbildning – smal*, anger att individen har avaktualiserats från Arbetsförmedlingen p.g.a. jobb eller reguljär utbildning (avaktualiseringsorsak 1-4 eller 7).

Det andra måttet, *Till arbete och utbildning – bred*, 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, 43, 45, 46, 49, 56 och 58)¹¹ 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. Vi återkommer till detta i känslighetsanalysen i avsnitt 3.4. Vid ett senare uppföljningstillfälle hade arbetsförmåga kunnat uppskattas genom att till exempel hämta information om arbetsinkomster från SCB för samtliga deltagare.

2.3.3 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 (ÄHS). Det gäller *Kallelse till gemensam kartläggning* (datum) och *Genomförd gemensam kartläggning* (datum). Dessa används för att beräkna antal och andelar av individerna som kallas till respektive genomförd gemensam kartläggning, och för att beräkna tiden från randomisering till dessa händelser.

¹⁰ Med pågående sjukfall avses ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning och förebyggande sjukpenning.

¹¹ Det förekommer att individer har registrerade sökandekategorikoder som varit oförändrade under en längre tid (maximalt 154 månader), vi har därför valt att endast använda sökandekategorikoder som registrerats efter att randomiseringen har skett. Det betyder att endast nya sökande kategorier används.

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.
- *Inskriften på Arbetsförmedlingen* anger att individen hos Arbetsförmedlingen är registrerad i någon sökandekategori.¹²

2.4 Målpopulation och analysstrategi

I Figur 2 redovisas överlevnadskurvan för studiegruppens sjukfall samt för sjukfallen tillhörande delpopulationen av studiegruppen som faktiskt genomförde gemensam kartläggning. Figuren visar även överlevnadskurvan för en jämförelsepopulation bestående av alla sjukfall hos Försäkringskassan som passerar 181 dagar under randomiseringsperioden. Överlevnadsskattningarna baseras på Kaplan-Meiermetoden och startar vid randomiseringsdatumet respektive dag 181.¹³

Vi ser i figuren att studiepopulationen har 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 181 dagars sjukskrivning avslutas nästan hälften fram till dag 365. I figuren skulle det motsvara en andel på strax över 0,5 som kvarstår i sjukskrivning 180 dagar efter randomiseringen, då den genomsnittliga sjukfallslängden vid randomiseringen var 190 dagar. Den faktiska andelen ligger istället något under 0,8. Det tyder, som förväntat, på att de sjukskrivna som omfattas av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet har en lägre sannolikhet att avsluta sin sjukskrivning än andra grupper av långtidssjukskrivna. Notera att överlevnadssannolikheterna skiljer sig mellan grupperna redan från start, det är alltså osannolikt att det är inverkan av det förstärkta samarbetet som ligger bakom skillnaden.

Även inom studiepopulationen sker en selektion där de som riskerar långa sjukskrivningar prioriteras. En sådan urvalsprocess leder till att överlevnadskurvan för delpopulationen med genomförd gemensam kartläggning avviker ännu mer från jämförelsepopulationen än vad studiepopulationens kvarståendesannolikheter gör. Detta innebär att slutsatser om den gemensamma kartläggningens effekter inte kan baseras på en enkel jämförelse mellan grupper som deltagit i eller inte deltagit i

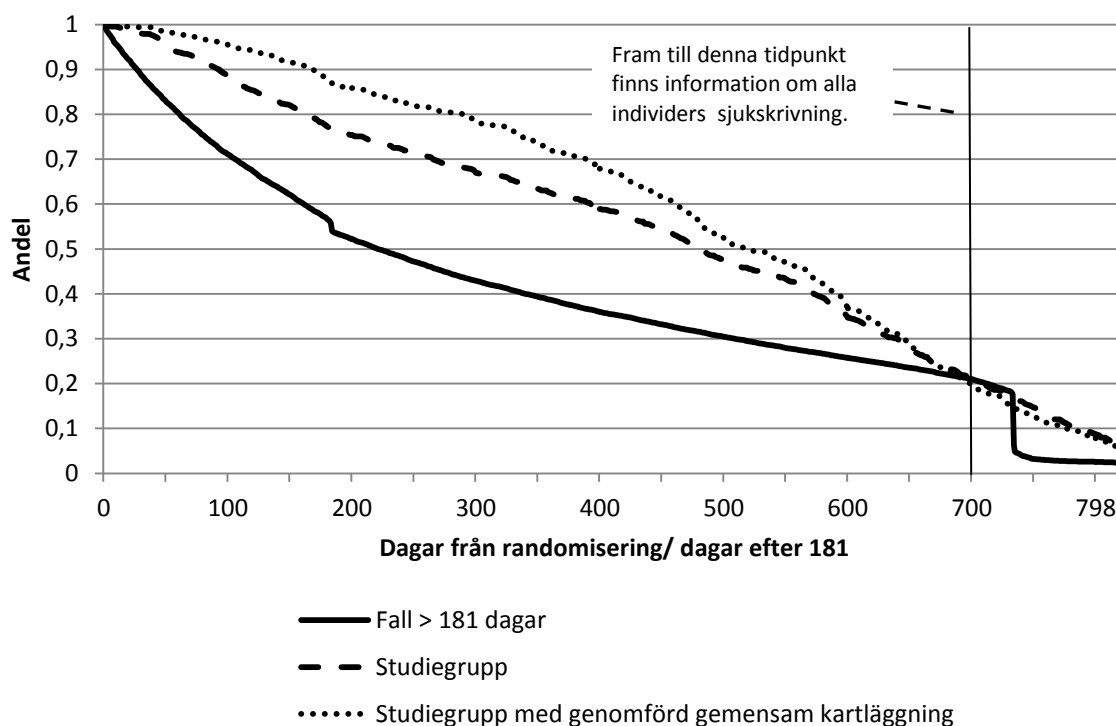
¹² Det förekommer att individer har registrerade sökandekategorikoder som varit oförändrade under en längre tid (maximalt 154 månader), vi har därför valt att endast använda sökandekategorikoder som registrerats efter att randomiseringen har skett. Det betyder att endast nya sökandekategorier används.

¹³ Fram till dag 700 i figuren baseras överlevnadsskattningarna på ett utfall för samtliga individer, men från dag 700 innehåller skattningarna ett ökat antal s.k. censurerade observationer. Det vill säga sjukfall som nått den aktuella längden på sjukfallet i december 2014 men fortfarande är pågående. Därefter ökar antalet censurerade observationer i figuren.

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 selekteringar.

En annan indikation från figur 2 är 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.¹⁴ Slutsatserna av de skattningar som redovisas i bilagan är istället 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.

Figur 2: Andelen individer med fortsatt pågående sjukfall i försöks- och kontrollgrupp (Kaplan-Meier överlevnadsskattningar)



Fortsättningsvis analyseras utfallen utifrån statusen vid varje månadsslut för att även fånga dynamiken i att personer rör sig in och ut ur systemen. Sådana rörelser fångas inte av Kaplan-Meier-skattningar. Resultaten utvärderas från och med månadslutet för randomiseringsmånaden till månadslutet den 23:e månaden efter randomiseringen.

¹⁴ Begreppet avser att beskriva en situation där de deltagare som väljs ut har större chans att nå ett positivt resultat även utan insatserna istället för de som skulle kunna vara mest betjänta av insatserna även om de har sämre förutsättningar att lyckas.

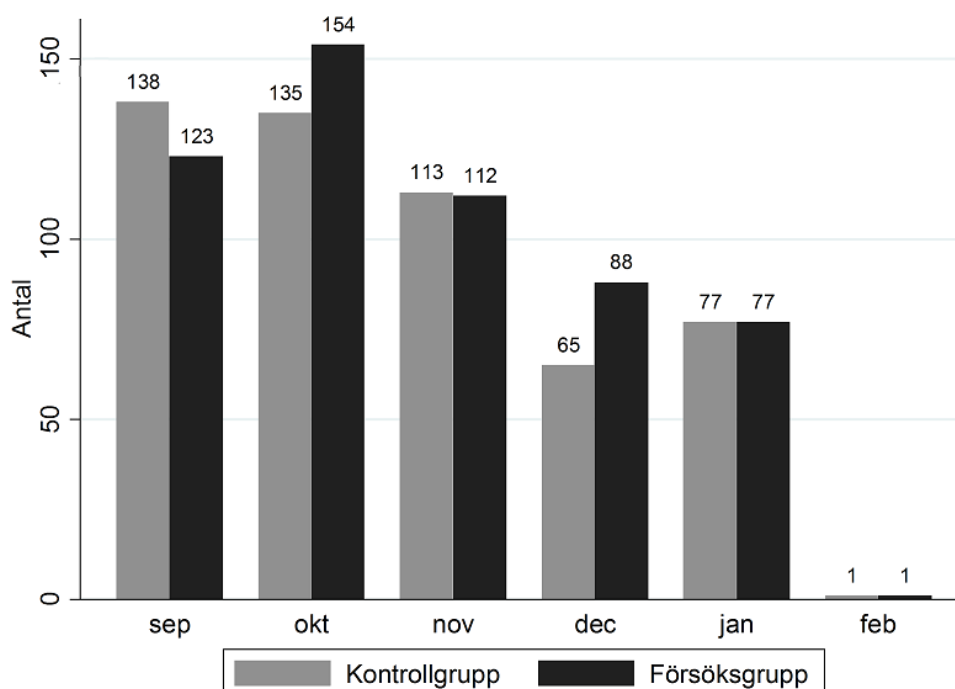
3. Resultat

I detta avsnitt redovisas hur försöket fungerat och skattningar av effekterna fram till och med december 2014. Resultaten kommer i stor utsträckning redovisas uppdelat på kön.

3.1 Fungerade randomiseringen och försöket?

I Figur 3 redovisas utfallet av randomiseringen månadsvis. För hela perioden ledde randomiseringen till en försöksgrupp som omfattar 555 individer och en kontrollgrupp med 529 individer. Totalt rör det sig om 1084 personer som ingår i försöket.

Figur 3: 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. 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. I bilaga 3 redovisas motsvarande tabell men uppdelat på kön. Där är det tydligt att det framförallt är männen som driver den skeva fördelningen avseende sysselsättning.¹⁵ Dessa skillnader kommer särskilt att beaktas i den empiriska analysen. I övrigt

¹⁵ I bilaga 3 kan vi utläsa att det är fler variabler som är skevt fördelade när vi studerar könen var för sig. Vi väljer att endast lyfta den skeva fördelningen av sysselsättning eftersom det är den variabeln som slår genom på hela urvalet i tabell 1.

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.¹⁶

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

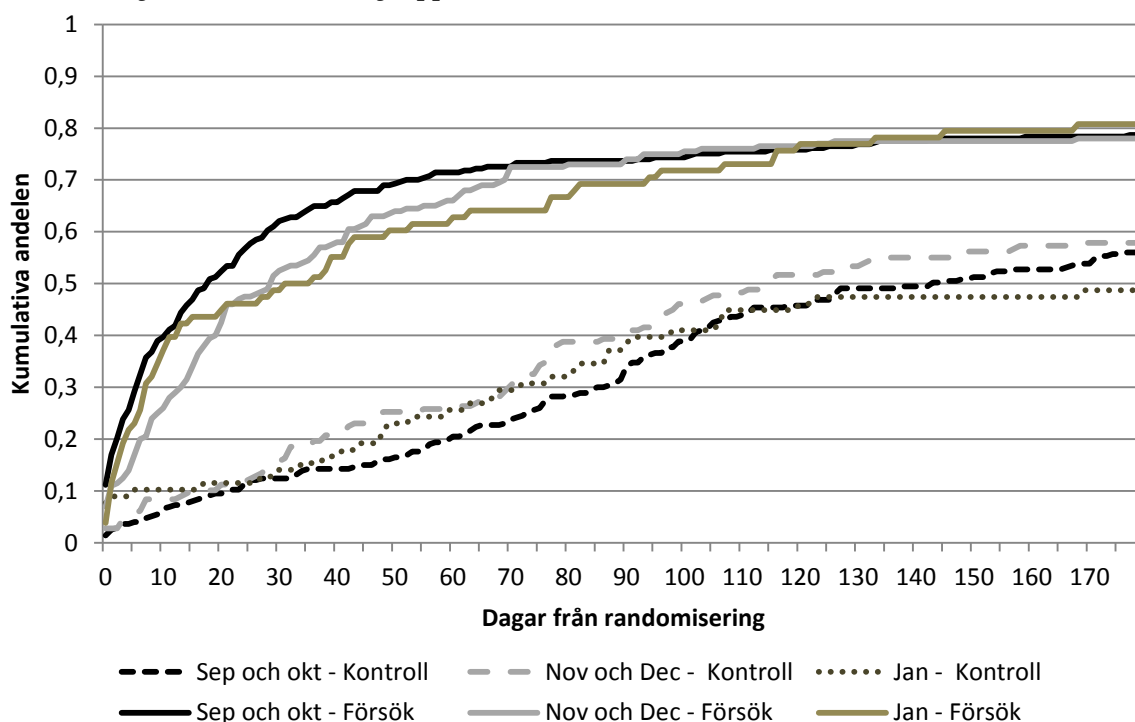
	Samtliga	Kontroll	Försöksgrupp	P-värde
Kvinnor	0,62	0,61	0,62	0,71
Ålder	44,0	43,7	44,2	0,40
Utrikesfödd	0,21	0,21	0,22	0,53
<i>Utbildning</i>				
- Förgymnasial utbildning	0,21	0,23	0,19	0,13
- Gymnasial utbildning	0,53	0,51	0,55	0,20
- Eftergymnasial utbildning	0,26	0,26	0,25	0,91
Gift	0,36	0,36	0,36	0,88
Barn (0-17 år)	0,43	0,43	0,44	0,73
<i>Sysselsättning</i>				
- Anställd med sjuklön	0,48	0,45	0,50	0,08
- Arbetslös	0,43	0,46	0,39	0,04
- Övrig	0,10	0,09	0,10	0,57
<i>Diagnostyp</i>				
- Övriga	0,23	0,23	0,23	1,00
- Muskuloskeletal systemet	0,27	0,28	0,27	0,94
- Psykiska sjukdomar	0,50	0,50	0,50	0,95
Falllängd vid rand.	191	185	197	0,11
Sjukhistorik	727	720	734	0,77
Återvändare	0,08	0,07	0,08	0,57
<i>Prognos vid fallstart</i>				
- Prognos < 365 dagar	0,30	0,30	0,30	0,91
- Prognos > 365 dagar	0,40	0,42	0,39	0,23
- Prognos saknas	0,30	0,28	0,32	0,16
SA vid rand.	0,08	0,08	0,08	0,91
Antal	1084	529	555	

Försöksverksamheten ger 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.

¹⁶ 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 4 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 lyckats skapa det förväntade mönstret, d.v.s. den grupp som i teorin skulle bli prioriterad blev det också i praktiken.

Figur 4: Kumulativa andelen som kallats till gemensam kartläggning fördelat på randomiseringsmånad och studiegrupp



Även om mönstret i figur 4 följer studiedesignen kan vi urskilja några mindre positiva aspekter. För det första är det tydligt att en stor del av kontrollgruppen kallades till gemensam kartläggning innan dag 90. Handläggaren hade rätt att frångå fördröjningen på 90 dagar 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. För september och november var den siffran ca 30 procent och för januari var det ca 40 procent. Det innebär att av de som blev kallade i kontrollgruppen så blev ca 60 procent kallade innan dag 90. För det andra verkar effekten av randomiseringen avta över tid, d.v.s. den största skillnaden mellan kontrollgruppen och försöksgruppen hittas för de två första månaderna. För de efterföljande månaderna minskar skillnaderna.

I tabell 2 redovisas i vilken utsträckning och efter hur lång tid deltagarna har blivit kallade till- och genomfört gemensam kartläggning. Tabell 2 visar att 82 procent av försöksgruppen och 62 procent av kontrollgruppen blivit kallade till gemensam kartläggning. Vidare har 70 procent av försöksgruppen genomfört gemensam kartläggning medan motsvarande andel för kontrollgruppen är 50 procent. Det finns även en könsskillnad. I försöksgruppen har 86 procent av kvinnorna blivit kallade men endast 77 procent av männen. För kontrollgruppen är motsvarande siffror 64 och 60 procent. Vidare har 73 procent av kvinnorna i försöksgruppen genomfört GK medan för männen har 66 procent genomfört GK. Motsvarande siffror för kontrollgruppen är 52 och 48 procent. 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.

Tabell 2: Kallelse till och genomförande av gemensam kartläggning

	Randomiserat	Kallad till GK		Dagar till kallelse	GK genomförd		Dagar till genomförd GK
	antal	Andel	Antal	(median)	Andel	Antal	(median)
Försöksgrupp	555	0,82	457	15	0,70	389	41
Kontrollgrupp	529	0,62	329	77	0,50	267	98
Totalt	1084	0,73	786	32	0,61	656	60

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 effekter av insatserna blir svårare att upptäcka. Det är viktigt att ha kunskap om detta vid värderingen av eventuella skattade effekter.

3.2 Inskrivning hos Arbetsförmedlingen

För sjukskrivna är gemensam kartläggning en utgångspunkt till arbetslivsinriktad rehabilitering i Arbetsförmedlingens regi. Den tänkta mekanismen utifrån vilken försöket ska ha möjlighet att påverka arbetsförmågan är därför att försöksgruppen snabbare får tillgång till aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen. Det är dock endast individer som bedöms kunna tillgodogöra sig de aktiva insatserna som ska ges tillgång till dem. Det faktum att många av de som kallas till gemensam kartläggning sedan inte bedöms ha förutsättningarna för att starta arbetslivsinriktad rehabilitering på Arbetsförmedlingen gör att ett relativt stort antal deltagare i försöksverksamheten inte tar del av aktiva insatser. Det i sin tur innebär att det blir svårare att hitta effekter.

För att kunna tolka skattningar av effekter på utfallsvariablerna är det därför viktigt att först studera om randomiseringen ledde till skillnad i behandling, dvs. om försöksgruppen fick tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering före, och kanske även i högre grad, än kontrollgruppen.

Individer som bedöms kunna tillgodogöra sig aktiva insatser inom ramen för Arbetsförmedlingens regi skrivs in i Arbetsförmedlingens register i samband med genomförande av gemensam kartläggning. I tabell 3 visar vi skillnaden i andelen inskrivna hos Arbetsförmedlingen mellan kontroll- och försöksgruppen.

Tabell 3: Skillnaden i andelen inskrivna hos Arbetsförmedlingen mellan försöks- och kontrollgrupp per månad, (OLS)

Månad	Alla		Kvinnor		Män	
	Differens	Andel Kontroll	Differens	Andel Kontroll	Differens	Andel Kontroll
0	0.010	0.013	0.023**	0.009	-0.010	0.020
1	0.134***	0.070	0.155***	0.062	0.099***	0.083
2	0.181***	0.138	0.197***	0.123	0.155***	0.161
3	0.168***	0.259	0.198***	0.247	0.119**	0.278
4	0.127***	0.363	0.158***	0.340	0.078	0.400
5	0.078***	0.440	0.097**	0.435	0.049	0.449
6	0.051*	0.484	0.082**	0.475	0.000	0.498
7	0.045	0.507	0.096**	0.491	-0.039	0.532
8	0.033	0.537	0.089**	0.515	-0.059	0.571
9	0.025	0.543	0.071*	0.519	-0.049	0.580
10	0.030	0.543	0.092**	0.503	-0.069	0.605
11	0.025	0.543	0.087**	0.500	-0.074	0.610
12	0.022	0.529	0.081**	0.497	-0.073	0.580
13	0.017	0.520	0.063	0.503	-0.058	0.546
14	0.004	0.501	0.066*	0.466	-0.097**	0.556

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

I tabell 3 ser vi att randomiseringen leder till en tidigareläggning av inskrivningsdatumet för försöksgruppen gentemot kontrollgruppen. Inskrivningssannolikheten är signifikant högre för försöksgruppen under de första fem månaderna, innan kontrollgruppen successivt kommer ikapp.

Det är tydligt att kvinnorna har en starkare utveckling än männen. För kvinnorna är det en större andel inskrivna hos Arbetsförmedlingen under hela perioden medan för männen kommer kontrollgruppen ikapp efter sex månader. Inskrivning på Arbetsförmedlingen är första steget till att få tillgång till aktiva insatser, den behandling som potentiellt kan påverka närmande till arbetsmarknaden. Effektvärderingens upplägg syftar till att ge försöksgruppen högre behandlingssannolikhet än kontrollgruppen, dvs. andelen i försöksgruppen som skrivits in på Arbetsförmedlingen bör vara minst lika hög som andelen i kontrollgruppen. Det är därför oroande att männen i kontrollgruppen är ikapp försöksgruppen efter sex månader och efter 14 månader är det signifikant fler män i kontrollgruppen som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen.¹⁷ Den fördröjning hos kontrollgruppen som utvärderingen baseras på verkar alltså inte haft samma starka effekt på männen som för på kvinnorna.

Att försöket inte har haft den avsedda effekten på mäns inskrivning på Arbetsförmedlingen är bekymmersamt. En tänkbar förklaring till varför detta skett kan hittas i Tabell C2 i Bilaga 3 som redovisar individegenskaper vid randomiseringstillfället för män i försöks- och kontrollgruppen. Trots randomisering visar tabellen att männen i försöksgruppen i flera avseenden skiljer sig från männen i kontrollgruppen. Till exempel visas att män i försöksgruppen i högre grad är anställda med sjuklön medan det motsatta gäller för andelen som var arbetslösa innan de blev sjuka. En annan möjlighet är att det inte finns någon specifik förklaring till det misslyckade försöket, utan att det är kombinationen av en svag skillnad i kallelsedatum mellan försöks- och kontrollgrupp, lågt deltagarantal och otur som

¹⁷ Den kumulativa andelen som blivit inskriven hos Arbetsförmedlingen efter randomiseringen visar på samma mönster som tabell 3. För männen är det en större andel i försöksgruppen som varit inskriven hos Arbetsförmedlingen fram till månad sex, därefter går kontrollgruppen om försöksgruppen.

gemensamt ligger bakom. Oavsett orsak kvarstår faktumet att bland männen har kontrollgruppen fått mer behandling än försöksgruppen, istället för mindre. Detta kommer vi vara tvungna att ta hänsyn till i tolkningen av resultatet.

3.3 Det förstärkta samarbetets effekter

I Tabell 4 redovisas de skattningar som gjorts baserat på en linjär sannolikhetsmodell.¹⁸ I bilagan presenteras ytterligare modeller där vi tar hänsyn till de variabler som skiljde sig i randomiseringen samt ytterligare variabler. I bilaga 4 redovisas regressionsanalyserna mer utförligt.

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. Konsekvensen är att vi förväntar oss att skatta mindre effektstorlekar än den faktiska inverkan av gemensam kartläggning för en individ som genomgått kartläggningen.

I bilaga 5, tabell E1, redovisas andelen i kontrollgruppen för utfallsvariablerna som används i rapporten. Tabell E1 kan därmed användas som ett komplement¹⁹ till de effektskattningar som redovisas i tabell 4. De första två kolumnerna i Tabell 4 visar resultatet för pågående sjukfall och pågående SA per månad från randomiseringstillfället. Därefter redovisas effektskattningarna för att ha antingen ett pågående sjukfall eller SA. Sist visas utfallsvariablerna från Arbetsförmedlingen, den smalare och bredare, som indikerar någon form av arbete eller utbildning.

¹⁸ Effektskattningar baserade på icke-linjära modeller ger inga kvalitativa förändringar av de redovisade resultaten.

¹⁹ Exempelvis är effektskattningen månad 12 för *Pågående SA* 0,025. I Bilaga 5, tabell E1 kan man utläsa att andelen i kontrollgruppen med *Pågående SA* är 0,10. Därmed är andelen med *Pågående SA* i försöksgruppen 0,125 (0,10 + 0,025).

Tabell 4: Effekter av rehabiliteringssamarbetet på sjukfall och arbetsförmåga (baserade på regressionsmodeller):

Månad	Pågående Sjukfall	Pågående SA	Pågående sjukfall/SA	Till arbete eller utbildning		N
				Smal	Bred	
0	-0.007	0.000	-0.007	0.000	0.004	1084
1	-0.007	0.000	-0.007	-0.004	0.002	1084
2	-0.015	0.002	-0.015	-0.006	-0.006	1084
3	-0.003	0.002	-0.003	-0.008	-0.006	1084
4	0.008	0.007	0.010	-0.008	0.010	1084
5	0.020	0.011*	0.026	-0.010	-0.002	1084
6	0.013	0.018***	0.024	-0.005	0.005	1084
7	0.009	0.019**	0.015	-0.005	0.012	1084
8	0.008	0.017**	0.016	0.002	0.028*	1084
9	0.003	0.017*	0.013	0.002	0.028*	1084
10	-0.011	0.020*	0.004	0.002	0.028*	1084
11	-0.001	0.024*	0.018	0.007	0.039**	1084
12	-0.016	0.025*	-0.003	0.009	0.045**	1084
13	-0.045	0.018	-0.038	0.003	0.047**	1084
14	-0.051*	0.019	-0.042	0.001	0.044**	1084
15	-0.053*	0.019	-0.043	0.006	0.032	1084
16	-0.033	0.017	-0.028	0.008	0.020	1084
17	-0.033	0.015	-0.031	0.015	0.014	1084
18	-0.031	0.016	-0.025	0.026	0.022	1084
19	-0.023	0.021	-0.011	0.020	0.035	1084
20	-0.023	0.031	-0.001	0.031*	0.058**	1084
21	-0.007	0.027	0.013	0.025	0.044*	1084
22	-0.015	0.023	0.001	0.028	0.025	1084
23	-0.016	0.021	-0.004	0.030	0.034	1084

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

Resultatet visar att individer i försöksgruppen inte skiljer sig från kontrollgruppen vad gäller pågående sjukfall. Visserligen finns det relativt stora negativa punkttestimat från ett år efter randomisering och ungefär åtta månader framåt men resultaten är inte – eller endast svagt - signifikanta (i modeller som inkluderar kontrollvariabler försvinner signifikansen).²⁰ Vi kan inte utesluta att de negativa punkttestimaten orsakas av slump, de kan också bero på data kvalitetsproblem som tagits upp i bilaga 2.

Tabell 4 visar på starkare effekter för *Pågående SA*. Det finns en längre period om sex månader där försöksgruppen uppvisar en högre övergång till SA (även när kontrollvariabler inkluderas). Att en större andel i försöksgruppen övergår till SA under ett tidigt skede tolkas som att den gemensamma kartläggningen fungerar som ett tillfälle att uppmärksamma behovet av SA.

²⁰ De totala sjukfallsdagarna har jämförts med enkelt t-test. Punkttestimatet visar att försöksgruppen i genomsnitt har ca 10 färre sjukfallsdagar under uppföljningsperioden. Skillnaden är **inte** statistiskt signifikant.

För den sammantagna sjukfrånvaron (sjukpenning och SA) finns inte några effekter. Att vi inte får någon effekt på den sammantagna sjukfrånvaron är inte så konstigt eftersom punkttestimaten för pågående sjukfall och pågående SA i de flesta fall går åt olika håll.

Effekterna för *Till arbete och utbildning* visar få signifikanta skillnader mellan försöks- och kontrollgruppen vad gäller den smala definitionen som enbart baseras på faktiska avaktualiseringar till arbete och utbildning. Däremot visas att försöksgruppen, för den bredare definitionen, har en snabbare rörelse mot arbetsmarkanden. Detta indikerar att de individer som i ett tidigare skede får tillgång till det förstärkta samarbetet också tidigare går vidare till subventionerade anställningar.

3.4 Heterogena effekter

Nedan kommer vi att presentera resultatet av den heterogenitetsanalys som genomförts. Ett urval av resultat finns presenterade i bilaga 6.

När det kommer till vår första utfallsvariabel, *pågående sjukfall*, eller den tredje, *pågående sjukfall eller SA*, kan vi inte hitta heterogena effekter.

För *pågående SA* finner vi att arbetslösa individer, individer med förgymnasial utbildningsnivå och individer äldre än 45 har högre sannolikhet att övergå till SA än motsvarande individer i kontrollgruppen. Vidare har även individer som *inte* klassificeras som återvändare och individer med kortare sjukfall vid randomiseringstillfället högre övergångs sannolikhet till SA. Vi tolkar detta som att individer som klassas som återvändare eller har längre sjukfall i större utsträckning har prövats mot SA tidigare. Den gemensamma kartläggningen kan möjligen fungera som en första kontaktyta för ”nya” individer att slussas in i SA.

För de sista två utfallsvariablerna, *till arbete och utbildning (smal och bred)*, är det en kraftig könsskillnad i resultatet. Kvinnor i försöksgruppen har positiva effekter oavsett definition. En tidigare kallelse till gemensam kartläggning gör att kvinnor snabbare går ut i någon form av arbete eller utbildning. Vid uppföljningsperioder på över 18 månader gäller också att kvinnor i försöksgruppen i högre grad avaktualiseras för arbete och utbildning jämfört med kvinnor i kontrollgruppen. För männen uppvisar den snävare definitionen inga signifikanta effekter medan den bredare definitionen uppvisar signifikant *negativa* effekter. Resultatet indikerar alltså att tidigarelagd gemensam kartläggning inte påverkar mäns sannolikhet att avaktualiseras för arbete och utbildning och till och med försämrar sannolikheten att gå ut i anställningar med stöd.

Skillnader i effektskattningarna mellan män och kvinnor gäller de utfallsvariabler som ska fånga ett närmande till arbetsmarknaden, men inte de variabler som mäter sjukfrånvaro. En möjlig förklaring till detta är att försöket lyckats med det första steget, att tidigarelägga och öka sannolikheten för gemensam kartläggning för försöksgruppen. Gemensam kartläggning är ett tillfälle där Försäkringskassan kan bedöma arbetsförmåga och därmed initiera ett arbete mot att avsluta sjukfall eller starta en övergång till sjukersättning. I den mån gemensam kartläggning har en direkt verkan på sjukfrånvaro ger försöket möjlighet att visa på effekter av detta för både män och kvinnor. Tidsförskjutningen i kallelse till gemensam kartläggning avsåg att tidigarelägga och öka försöksgruppens inskrivningssannolikhet hos Arbetsförmedlingen jämfört med motsvarande för kontrollgruppen. Detta lyckades endast för kvinnor. För utfall där mekanismen bakom en potentiell effekt förutsätter att individen är inskriven på Arbetsförmedlingen förväntar vi oss endast kunna se effekter för kvinnor. Både avaktualiseringsorsak från Arbetsförmedlingen och lönesubventionerade anställningar via Arbetsförmedlingen är mått på arbetsförmåga som förutsätter inskrivning på Arbetsförmedlingen. I ljuset av detta är mönstret i könsskillnaderna inte så överraskande som det först ser ut. .

Utöver könsskillnaden visar heterogenitetsanalysen att det främst är individer som var anställda vid sjukfallets start, individer under 45 år och individer som prognostiserats som ”lättare” sjukfall som snabbare kommer till arbete eller utbildning jämfört med kontrollgruppen. Resultatet indikerar – i motsats till resultatet från den tidigare rapporten – att det främst är de som står närmre arbetsmarknaden vid randomiseringen som också går vidare till arbete tidigare jämfört med kontrollgruppen.

Eftersom det är så kraftiga könsskillnader för utfallsvariabeln *arbete eller utbildning* tittar vi även närmre på resultatet för gruppen kvinnor.²¹ Här är det viktigt att poängtera att det är få observationer och resultatet ska tolkas väldigt försiktigt. För kvinnor visar den snävare definitionen av utfallsvariabeln på starkare effekter för de som var anställda vid sjukskrivningens start och som hade kortare sjukfall vid randomiseringen jämfört med kontrollgruppen. Resultatet indikerar alltså att det främst är för de kvinnor som står ”relativt” nära arbetsmarknaden vid randomiseringstillfället som det förstärkta samarbetet åstadkommer en tidigare återgång till reguljärt arbetet eller utbildning.

För den bredare definitionen av *arbete eller utbildning* är resultatet snarlikt den snävare definitionen för kvinnor. Det finns dock en tydlig skillnad mellan kvinnorna som går till lönesubventionerade anställningar och de som lämnar arbetsförmedlingen för återgång till reguljärt arbetet eller utbildning. För de som går in i lönesubventionerade anställningar är effekterna starkare för arbetslösa, kvinnor över 45 år och för kvinnor med längre sjukhistorik. Det är alltså främst de kvinnor som står längre ifrån arbetsmarknaden som genom det förstärkta samarbetet ökar sitt deltagande i subventionerade anställningar.

3.5 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.

3.5.1 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. Resultaten uppdelade på kön är i ännu högre grad sårbara för detta, eftersom de skilda riktningarna i effektskattningarna sammanfaller med motsvarande heterogenitet i inskrivning hos Arbetsförmedlingen.

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 vill vi alltså jämföra förändringen av grupsammansättningen i försöksgruppen med förändringen i grupsammansättningen för kontrollgruppen mellan randomiseringstillfället och de som skrivits in på Arbetsförmedlingen inom ett år. Resultatet i tabell 5 presenterar p-värdet av testet som genomförts.

²¹ Eftersom randomiseringen inte hade önskvärd inverkan på behandlingssannolikheten för gruppen män väljer vi att inte tolka eventuella heterogena effekter för dem.

I tabell 5 uppvisas inga signifikanta skillnader (inget värde under 0,05) i gruppernas förändrade sammansättning, d.v.s. selektionen in till Arbetsförmedlingen verkar inte skilja sig åt mellan grupperna. Resultatet stärks även av att vi har tillgång till den prognosvariabel som tidigare beskrivits i avsnitt 2.3.3. 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. Även dessa variabler uppvisar inte signifikanta skillnader.

Tabell 5: Resultat av hypotestest om selektionen till Arbetsförmedlingen skiljer sig mellan försöks- och kontrollgrupp.

	Samtliga	Kvinnor	Män
Kvinnor	0,39		
Ålder	0,94	0,58	0,65
Utrikesfödd	0,65	0,67	0,86
Utbildning			
- Förgymnasial utbildning	0,87	0,79	0,92
- Gymnasial utbildning	0,77	0,9	0,82
- Eftergymnasial utbildning	0,6	0,7	0,81
Gift	0,8	0,61	0,82
Barn (0-17 år)	0,89	0,83	0,95
Sysselsättning			
- Anställd med sjuklön	0,62	0,78	0,7
- Arbetslös	0,69	0,83	0,79
- Övrig	0,87	0,92	0,83
Diagnostyp			
- Övriga	0,87	0,82	0,74
- Muskuloskeletala systemet	0,55	0,68	0,72
- Psykiska sjukdomar	0,7	0,58	1
Falllängd vid rand.	0,98	0,92	0,94
Sjukhistorik	0,64	0,58	0,85
Återvändare	0,7	0,75	0,9
Prognos vid fallstart			
- Prognos < 365 dagar	0,52	0,63	0,71
- Prognos > 365 dagar	0,44	0,4	0,88
- Prognos saknas	0,85	0,67	0,82
SA vid randomisering	0,79	0,91	0,73

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 inte beror på att de inskrivna i försöksgruppen är mer positivt selekterade jämfört med de inskrivna deltagarna från kontrollgruppen.

Även om selektionen in till Arbetsförmedlingen inte verkar skilja sig åt mellan grupperna vill ändå ta hänsyn till att en mindre andel av kontrollgruppen är inskriven på Arbetsförmedlingen.²² Vi väger om andelen inskrivna för både kontroll- och försöksgruppen så att det motsvara andelen inskrivna för hela urvalet. På grund av könsskillnaderna i heterogenitetsanalysen och obalansen i sysselsättning vid randomiseringen så görs vägningen uppdelat på kön och sysselsättning. De nya effektskattningarna presenteras i tabell 6 (läsaren hänvisas till bilaga 6, tabell F2, för att jämföra oviktade skattningar per kön). Vi ser att vikterna endast marginellt minskar gapet mellan försöks- och kontrollgrupp.

Tabell 6. Känslighetsanalys av utfallet till arbete och utbildning genom att justera kontrollgruppens nivå på andelen inskrivna på Arbetsförmedlingen till försöksgruppens nivå

Månad	Till arbetet och utbildning (smal)			Till arbetet och utbildning (bred)		
	Alla	Kvinnor	Män	Alla	Kvinnor	Män
0	0.000	0.000	0.000	0.003	0.005	0.000
1	-0.004	-0.006	0.000	0.002	-0.005	0.012
2	-0.006	-0.010*	0.000	-0.005	-0.001	-0.012
3	-0.007	-0.010	-0.004	-0.006	0.006	-0.024*
4	-0.007	-0.012	0.004	0.010	0.011	0.012
5	-0.009	-0.010	-0.005	-0.001	0.005	-0.008
6	-0.003	-0.004	0.001	0.007	0.012	0.000
7	-0.004	-0.007	0.006	0.016	0.026	0.003
8	0.003	0.001	0.010	0.032**	0.044**	0.015
9	0.004	0.004	0.008	0.032**	0.033*	0.025
10	0.004	-0.000	0.013	0.030*	0.040**	0.014
11	0.009	0.008	0.013	0.040**	0.047**	0.022
12	0.011	0.015	0.006	0.047***	0.064***	0.016
13	0.006	0.011	0.000	0.049***	0.080***	-0.003
14	0.002	0.005	0.003	0.043**	0.077***	-0.014
15	0.008	0.017	-0.002	0.031	0.080***	-0.047
16	0.010	0.022	-0.003	0.016	0.068**	-0.067*
17	0.018	0.031	0.001	0.010	0.078***	-0.099***
18	0.028*	0.041**	0.010	0.019	0.085***	-0.088**
19	0.022	0.044**	-0.009	0.034	0.096***	-0.065
20	0.032*	0.054**	0.002	0.058**	0.094***	0.002
21	0.025	0.035	0.010	0.043*	0.068**	0.004
22	0.029	0.039*	0.016	0.023	0.063**	-0.040
23	0.029	0.036	0.023	0.031	0.072**	-0.028

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

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. Att selektionen in till Arbetsförmedlingen visat sig vara densamma för försöks- och kontrollgrupp, samt att effektskattningarna kvarstår efter justering för inskrivningssannolikheten, ger dock stöd till de

²² För hela urvalet är det färre i kontrollgruppen som skrivs in hos Arbetsförmedlingen, vilket är förväntat av experiment designen. För männen är resultatet däremot tvärt om. Det är efter sex månader fler i kontrollgruppen som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen än i försöksgruppen.

resultat som presenterats i rapportens huvudanalys. Det ska däremot understrykas att de viktade resultaten inte löser problemet med att männen vid randomiseringen inte vara balanserade avseende sysselsättningen.

3.5.2 Statistisk styrka

För att sätta effektskattningarna i proportion till vad man kan förvänta sig så har vi valt att inkludera ett avsnitt om statistisk styrka (power). Den statistiska litteraturen beskriver ofta vad som kallas typ I-fel och typ II-fel. Typ I-fel innebär att den ursprungliga hypotesen (nollhypotesen) förkastas trots att den är sann. Typ I-fel undviks enklast genom att kräva en låg signifikansnivå vid statistiska tester. Motsatsen, dvs. risken att nollhypotesen inte förkastas trots att den är falsk, beror på den statistiska styrkan. Typ II-fel undviks genom att ha hög statistisk styrka.

Vi kan använda kunskapen om statistisk styrka för att utvärdera de effekter som resultaten gett. Eftersom vi använder oss av binära utfall i utvärderingen kan vi på ett enkelt sätt beräkna styrkan utifrån tre faktorer; urvalsstorleken, effektstorleken och andelen i kontrollgruppen. Det innebär att om vi skulle veta den sanna effektstorleken skulle vi kunna beräkna sannolikheten att upptäcka denna effekt. Eftersom vi inte har tillräcklig bakgrundsinformation för att göra en uppskattning om den underligande effektstorlek får vi istället räkna baklänges. I tabell 7 nedan presenteras de effektstorlekar som skulle krävas givet den totala urvalsstorleken och att kontrollgruppens andel är sann, för att vi skulle kunna identifiera att effekter finns med en statistisk styrka på 80 procent.

Vi kan använda resultatet i tabell 7 och ställa oss frågan; förväntar vi oss att experimentet kommer att generera de effektstorlekar som visas i tabell 7? Exempelvis visar tabell 7 att vi förväntar oss att en tidigarelagd gemensam kartläggning förändrar antalet pågående sjukfall med 7,8 procentenheter efter tolv månader, vilket motsvarar en effekt på ca 12 procent. Eftersom endast ett fåtal tidigare studier kunnat fastställa positiva effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering på sjukskrivning så är dessa förväntningar orimligt högt ställda. Samma resonemang gäller våra arbetsmarknadsorienterade utfallsvariabler. Det är också tydligt att klart mindre effektstorlekar än de som framkommer i tabell 7 skulle vara av praktisk signifikans, dvs. vara av en storleksordning där det är av intresse att kunna identifiera dem. Utifrån detta är det tydligt att experimentet inte har uppnått 80 procentig styrka. Att våra resultat i tabell 4 är baserade på lägre styrka (dvs. att vi har mer än 20 procents risk för att missa faktiska effekter) indikerar att urvalsstorleken är för liten i experimentet.

Vilka konsekvenser har ett för litet urval? För det första blir det svårare att visa på signifikanta resultat eftersom osäkerheten i skattningarna är stor. För det andra riskerar vi att överskatta effekten för de skattningar som faktiskt blir signifikanta. Orsaken till att vi riskerar överskatta effekten när vi har ett litet urval och styrkan är låg är att effektskattningen måste bli väldigt stor för att ge signifikanta resultat. Även om den sanna effekten är skild från noll upptäcker vi endast skillnader när effektskattningen (p.g.a. slump) avviker ännu mer.

Tabell 7. Andel kontrollgrupp och effektstorlek vid 80 procentig styrka²³

Månad	<i>Till arbete eller utbildning</i>										N
	<i>Pågående sjukfall</i>		<i>Pågående SA</i>		<i>Pågående SJP/SA</i>		Smal		Bred		
	Andel	Effektstr	Andel	Effektstr	Andel	Effektstr	Andel	Effektstr	Andel	Effektstr	
5	0,794	0,064	0,004	0,02	0,796	0,064	0,023	0,033	0,04	0,04	1084
6	0,764	0,068	0,004	0,02	0,766	0,068	0,021	0,032	0,042	0,041	1084
7	0,741	0,071	0,008	0,023	0,749	0,07	0,025	0,034	0,051	0,044	1084
8	0,715	0,074	0,011	0,026	0,726	0,072	0,026	0,035	0,049	0,044	1084
9	0,699	0,075	0,019	0,031	0,716	0,073	0,032	0,037	0,059	0,047	1084
10	0,698	0,075	0,025	0,034	0,716	0,073	0,036	0,039	0,066	0,049	1084
11	0,669	0,077	0,03	0,037	0,69	0,076	0,036	0,039	0,062	0,048	1084
12	0,656	0,078	0,036	0,039	0,688	0,076	0,043	0,042	0,074	0,051	1084
13	0,648	0,079	0,042	0,041	0,686	0,076	0,051	0,044	0,079	0,052	1084
14	0,628	0,08	0,049	0,044	0,669	0,077	0,059	0,047	0,095	0,056	1084

På samma sätt som att vi kan använda den 80 procentiga styrkan när vi utvärderar om urvalsstorleken är tillräckligt stor så kan vi använda den 95 procentiga styrkan för att säga något om den maximala effekten vi kan förvänta oss givet vårt resultat. I tabell 8 redovisas resultatet för de två utfallsvariablerna som tidigare inte uppvisade några signifikanta resultat. Om de sanna effekterna varit i samma storleksordning som i tabell 8 hade vi haft 95 procent styrka att förkasta en felaktig nollhypotes. Därmed är den *sanna* effekten med 95 procent sannolikhet mindre än effektstorlen presenterad i tabell 8. Resultatet från tabell 8 säger oss att vid den tolfte månaden, givet att experimentet har haft en effekt på *pågående sjukfall*, är den sanna effekten mindre än 10 procentenheter, eller med andra ord, försöket förändrar sjukfrånvaron med maximalt 15,2 procent.

Vi kan därför komplettera vårt resultat från huvudanalysen om att vi inte kunde hitta några signifikanta effekter på sjukfall med att de sanna effekterna inte överstiger tio procentenheter i någon riktning. Även detta resultat pekar dock mot behovet av ökad urvalsstorlek, eftersom de potentiella effektstorlekar som ringas in har långt ifrån entydiga policyimplikationer.

Tabell 8. Andel kontrollgrupp och effektstorlek vid 95 procentig styrka

Månad	<i>Pågående sjukfall</i>		<i>Pågående SJP/SA</i>		N
	Andel	Effekt storlek	Andel	Effekt storlek	
10	0,698	0,095	0,716	0,093	1084
11	0,669	0,098	0,690	0,096	1084
12	0,656	0,100	0,688	0,096	1084
13	0,648	0,100	0,686	0,097	1084
14	0,628	0,102	0,669	0,098	1084
15	0,590	0,105	0,639	0,101	1084

Avsnittet om statistisk styrka gör att vi drar slutsatsen att studien har för få observationer. Vidare är risken stor att de signifikanta resultat vi har fått är överskattade. Därmed kommer våra effektstorlekar inte att diskuteras utan endast deras riktning. Eftersom effektstorlekarna inte är tillförlitliga kommer

²³ De statistiska styrkeberäkningarna utgår från dubbelsidiga test. Effektstorleken visas därför som absolutvärde.

vi inte heller att göra någon kostnadseffektivitetsanalys över det förstärkta samarbetet i denna rapport.

4. Diskussion och slutsatser

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick i regleringsbrevet 2012 i uppdrag att utvärdera det förstärkta samarbetets effekter på arbetsförmåga och sjukfallslängder. För att utvärdera samarbetet genomfördes en försöksverksamhet som innebar att sjukskrivna personer slumpmässigt delades in i en försöks- respektive kontrollgrupp. Individerna i försöksgruppen kallades till gemensam kartläggning tidigt medan kallelsen för deltagarna i kontrollgruppen försköts framåt i tiden. Förskjutningen av den gemensamma kartläggningen har i rapporten använts för att utvärdera effekterna av samarbetet.

I denna rapport lyfter vi framför allt att studien har ett bristande antal observationer. Ett litet urval gör skattningarna osäkra och det blir svårare att hitta signifikanta resultat. De resultat som ändå hittas riskerar också att vara överskattade. Som ett resultat diskuterar vi inga effektstorlekar utan endast i vilken riktning effektskattningen går. Av samma anledning har vi inte heller gjort en kostnadseffektivitetsanalys av det förstärkta samarbetet. I framtiden är det viktigt att studier av liknade slag kan säkerställa att det förväntade antalet observationer också uppnås. Det faktum att tidsförskjutningen mellan grupperna blev mindre än vad som bestämts gör det också svårare att hitta skillnader mellan grupperna. Detta belyser att organisationer som förlitar sig på utvärdering aktivt måste arbeta med att öka den interna förståelsen för effektutvärderingar som metod och på så vis öka förutsättningarna för att den studiedesign som verkligen beslutas också genomförs.

Trots skattningar som indikerar en minskning av sjukskrivning kan studien inte visa på några statistiskt säkerställda effekter om detta. Här blir det tydligt hur studien är lidande av få observationer. Vi vet inte om estimaten är ett resultat av slump, mätfel, eller om studien är för liten för att kunna påvisa effekten av det förstärkta samarbetet. Vi kan fastställa att de potentiella effekterna på sjukfrånvaron ligger inom 10 procentenheter, men då detta intervall innehåller både inga, små, och avsevärda effektstorlekar i både negativ och positiv riktning bidrar det med relativt lite information.

Det är tydligt att övergången till sjukersättning görs i ett tidigare skede för försöksgruppen. Liknande resultat visas av Englund m.fl. (2012) där de studerat effekten av SASSAM interventioner. Till skillnad från Englund m.fl. (2012) pekar våra resultat snarare mot en tidigareläggning av upptäckten om varaktigt nedsatt arbetsförmåga än att det förstärkta samarbetet bidrar till att fler uppbär ersättningen. Att det förstärkta samarbetet endast tidigarelägger övergången förstärks av att försöket inte leder till att den sammantagna sjukfrånvaron (sjukpenning och/eller sjukersättning) ökar.

Resultatet indikerar att en tidigarelagd gemensam kartläggning har en positiv effekt på kvinnors övergång till arbete och utbildning samt att de individuella förutsättningarna påverkar vilken form det tar. De kvinnor som i ett tidigare skede får chans att ta del av det förstärkta samarbetet går i högre grad ut till arbete och utbildning. Detta gäller både för den smala och breda definitionen av utfallsmåttet. Analysen visar att det framför allt är kvinnor som redan står relativt nära arbetsmarknaden som går ut i reguljärt arbete eller utbildning. De kvinnor som står längre från arbetsmarknaden tar i större utsträckning del av lönesubventionerade anställningar.

För män hittas inga skillnader i sannolikheten att övergå i reguljärt arbete eller utbildning. Däremot ser vi att kontrollgruppen i högre grad får anställningar med lönestöd än försöksgruppen, ett resultat som går i *motsatt* riktning jämfört med vad som hittas för kvinnor. Det negativa resultatet kan inte tolkas som en effekt av det förstärkta samarbetet då män i försöksgruppen i lägre utsträckning gått vidare till Arbetsförmedlingen jämfört med män i kontrollgruppen. Vi kan inte heller säga det motsatta, att insatserna haft en positiv effekt eftersom kontrollgruppen (som fick mer insatser) klarade sig bättre. Detta eftersom vi inte kan utesluta att det är skillnader i individegenskaper mellan

män i försöks- och kontrollgrupp som ligger bakom att männen i kontrollgruppen både fick mer insatser och ett bättre utfall.

Avslutningsvis vill vi lyfta möjligheten att föra in denna form av utvärderingsmetod i myndigheternas ordinarie verksamhet. Fördelen med det upplägg som har använts i denna effektutvärdering är att det varken stör verksamheten eller deltagarna i större utsträckning. För individer som deltar sker en omfördelning av väntetiden där individer i kontrollgruppen blir kallade senare och individer i försöksgruppen blir kallade tidigare. För insatser, likt gemensam kartläggning, där kö-tider existerar innebär detta upplägg endast en liten förändring för individen. Med en kontinuerlig uppföljning blir antalet deltagare stort vilket gör att det räcker med en liten intervention för att kunna dra statistiskt säkerställda slutsatser. På detta vis skulle effektiva insatser kunna identifieras i ett tidigare skede och ineffektiva insatser stoppas tidigare. Genom att utforma verktyg för den reguljära verksamheten skulle den administrativa kostnaden kunna hållas till ett minimum.

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 regleringsbrevet 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 regleringsbrevet för 2013, helår 2013. Dnr: Af-2012/445712 FK 003013-2013.

Engström, Per, Pathric Hägglund, and Per Johansson (2012). "Early interventions and disability insurance: Experience from a field experiment." IFAU working paper.

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.

Hägglund, Pathric, Nina Granqvist och Stina Simonsson (2015) *Caseworkers' Attitudes – Do they Matter?* ISF Working paper 2015:01.

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.

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.

Uni Helse (2013) *Effektevaluering av Senter for Jobbmestring: Slutrapport*. 2013

Bilagor

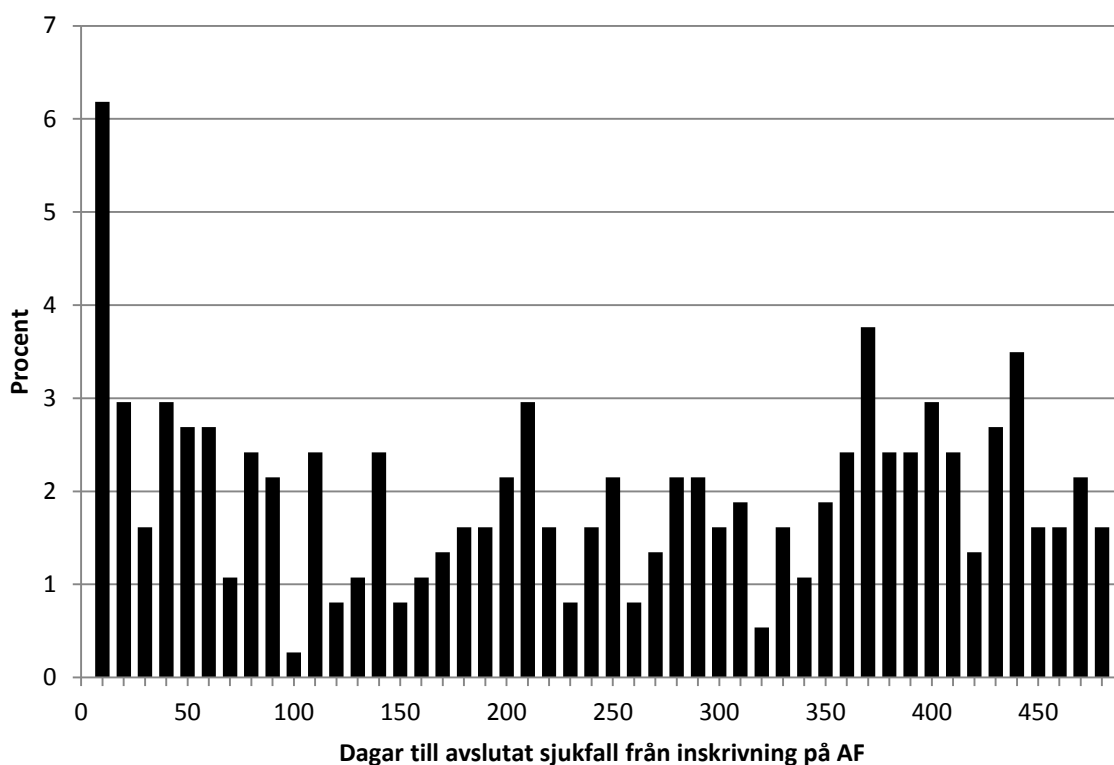
Bilaga 1 – Lokala försäkringscentra (LFC) som ingår i studien

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 2 – Rehabiliteringspenning och avslut

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. Detta kan troligen förklaras av att det i förarbetena till lagtexten sägs att riktlinjen är att rehabiliteringsinsatser ska vara genomförda inom ett år. Om rehabiliteringsinsatsen pågår längre kan det leda till att individen går över på ersättning från Arbetsförmedlingen (AF) 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 AF. Att detta är ett potentiellt problem i denna utvärdering beror på att det finns risk för att en oproportionellt stor andel sjukfall avslutas efter det att individen varit inskriven på AF i runt ett år. Detta kommer troligtvis sammanfalla med den period där vi förväntar oss att det förstärkta samarbetet har effekt på pågående sjukfall vilket leder till att vi överskattar skillnaden i pågående sjukfall mellan försöks- och kontrollgruppen. För att studera om det är ett potentiellt problem vill vi undersöka om det är vanligt att avsluta ett sjukfall efter att varit inskriven 1 år hos AF. I figur B1 baseras uppgifterna på AF data och omfattar alla individer som skrivs in på AF med ett pågående sjukfall (figuren inkluderar 528 individer, utan begränsningen till 500 dagar så omfattas 765 individer). Figur B1 indikerar att det är vanligast att sjukfallet avslutas i samband med inskrivning på AF och att det sedan är relativt stabilt. Runt ett år efter inskrivningen finns en liten ökad avslutassannolikhet, den är dock inte anmärkningsvärt hög.

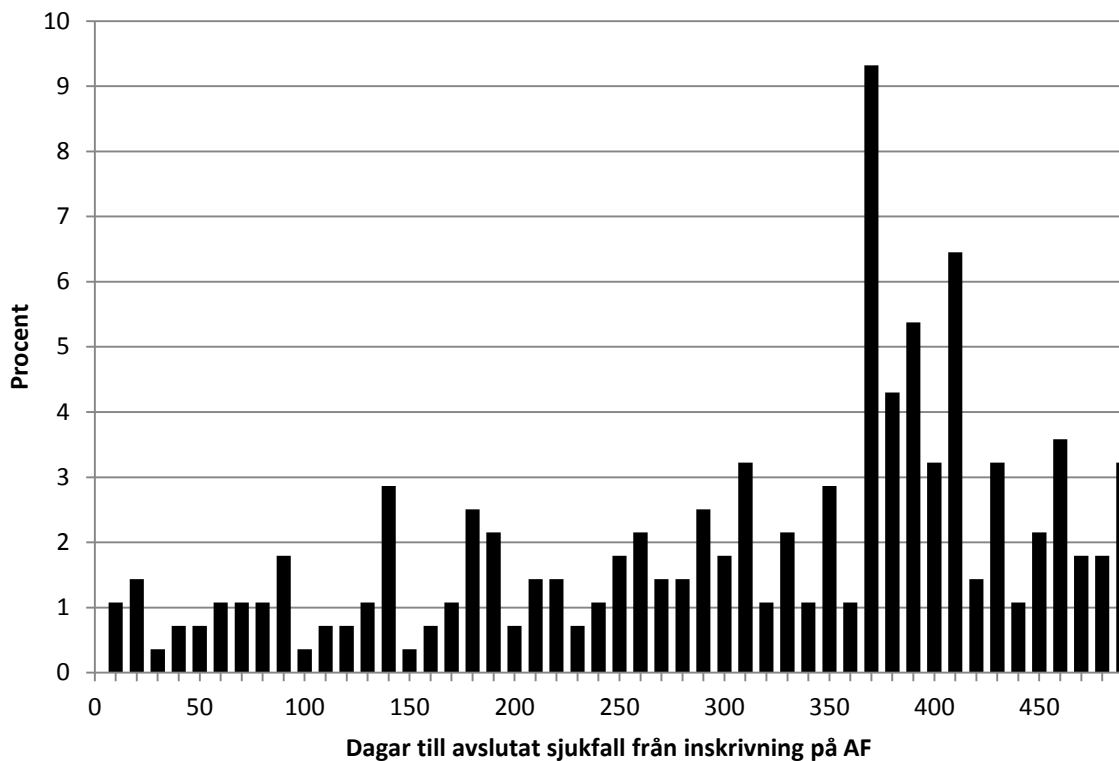
Figur B1 Dagar till avslutat sjukfall från inskrivning på Arbetsförmedlingen (AF registerdata)



I det förstärkta samarbetet samlas data om inskrivning hos arbetsförmedlingen in på Försäkringskassan (FK). Det gäller alltså individer som genom gått den gemensamma kartläggningen och ska skrivas in på AF. Resultatet presenteras i figur B2 och omfattar 279 individer (utan en begränsning till 500 dagar finns det totalt 416 individer). Resultatet indikerar att det är vanligt att

avsluta sjukfall efter ett år inskrivning för gruppen som genomför gemensamkartläggning och sedan skrivs in hos AF.

Figur B2 Dagar till avslutat sjukfall från inskrivning på Arbetsförmedlingen (FK registerdata)



Slutsatsen blir att det finns risk för att vi i denna studie överskattar skillnaden mellan försöks- och kontrollgruppen avseende pågående sjukfall kring den period när en stor del av försöksgruppen varit inskriven på AF under ett år. Resultaten av pågående sjukfall måste tolkas i ljuset av denna information.

Bilaga 3 – Fungerade randomiseringen?**Tabell C1:** *Individegenskaper vid tidpunkt för randomisering för kvinnor, genomsnittliga värden för kontrollgrupp respektive försöksgrupp*

Kvinnor	Samtliga	Kontroll	Försöksgrupp	P-värde
Ålder	43,4	43,4	43,4	0,97
Utrikesfödd	0,21	0,23	0,20	0,36
<i>Utbildning</i>				
- Förgymnasial utbildning	0,20	0,23	0,17	0,05
- Gymnasial utbildning	0,52	0,49	0,54	0,17
- Eftergymnasial utbildning	0,28	0,27	0,28	0,80
Gift	0,35	0,37	0,33	0,27
Barn (0-17 år)	0,45	0,46	0,44	0,70
<i>Sysselsättning</i>				
- Anställd med sjuklön	0,48	0,47	0,49	0,73
- Arbetslös	0,42	0,45	0,40	0,23
- Övrig	0,10	0,08	0,11	0,16
<i>Diagnostyp</i>				
- Övriga	0,19	0,21	0,18	0,32
- Muskuloskeletala systemet	0,27	0,29	0,26	0,34
- Psykiska sjukdomar	0,54	0,50	0,57	0,10
Falllängd vid rand.	202,4	199,9	204,7	0,7
Sjukhistorik	768,6	773,3	764,2	0,9
Återvändare	0,09	0,09	0,10	0,70
<i>Prognos vid fallstart</i>				
- Prognos < 365 dagar	0,27	0,27	0,27	1,00
- Prognos > 365 dagar	0,42	0,44	0,39	0,21
- Prognos saknas	0,31	0,29	0,34	0,18
SA vid randomisering	0,08	0,08	0,07	0,50
Antal	670	324	346	

Tabell C2: Individegenskaper vid tidpunkt för randomisering för män, genomsnittliga värden för kontrollgrupp respektive försöksgrupp

Män	Samtliga	Kontroll	Försöksgrupp	P-värde
Ålder	44,9	44,2	45,7	0,18
Utrikesfödd	0,21	0,17	0,26	0,03
<i>Utbildning</i>				
- Förgymnasial utbildning	0,21	0,21	0,22	0,99
- Gymnasial utbildning	0,56	0,55	0,57	0,71
- Eftergymnasial utbildning	0,22	0,23	0,21	0,56
Gift	0,37	0,35	0,40	0,29
Barn (0-17 år)	0,42	0,40	0,44	0,41
<i>Sysselsättning</i>				
- Anställd med sjuklön	0,50	0,43	0,56	0,01
- Arbetslös	0,41	0,46	0,36	0,05
- Övrig	0,09	0,11	0,08	0,28
<i>Diagnostyp</i>				
- Övriga	0,30	0,28	0,33	0,30
- Muskuloskeletala systemet	0,28	0,24	0,31	0,16
- Psykiska sjukdomar	0,42	0,48	0,37	0,02
Falllängd vid rand.	191,0	183,4	198,4	0,22
Sjukhistorik	644,3	615,8	672,3	0,45
Återvändare	0,05	0,04	0,05	0,68
<i>Prognos vid fallstart</i>				
- Prognos < 365 dagar	0,34	0,34	0,33	0,89
- Prognos > 365 dagar	0,38	0,39	0,37	0,72
- Prognos saknas	0,28	0,27	0,29	0,59
SA vid randomisering	0,08	0,06	0,09	0,30
Antal	414	205	209	

Bilaga 4 – Fullständiga regressionsmodeller.**Tabell D1. Pågående sjukfall**

Modell I	innehåller endast randomiseringsgrupp.
Modell II	kontrolleras för sysselsättning.
Modell III	kontrolleras för sysselsättning och kön.
Modell IV	kontrolleras för sysselsättning, kön och randomiseringsmånad.
Modell V	kontrolleras för sysselsättning, kön, randomiseringsmånad och prognos för sjukfallet.
Modell VI	kontrolleras för kön, utbildning, födelseland, ålder, barn i åldern 0-17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning, prognos för sjukfallet, SA vid randomiseringstillfället och randomiseringsmånad.

Månad	I	II	III	IV	V	VI
1	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007
2	-0.007	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006
3	-0.015	-0.012	-0.012	-0.014	-0.013	-0.015
4	-0.003	0.001	0.001	-0.001	0.001	-0.003
5	0.008	0.014	0.013	0.011	0.013	0.011
6	0.020	0.028	0.028	0.026	0.028	0.027
7	0.013	0.021	0.021	0.020	0.022	0.020
8	0.009	0.018	0.018	0.016	0.019	0.017
9	0.008	0.019	0.019	0.018	0.021	0.018
10	0.003	0.015	0.014	0.013	0.017	0.014
11	-0.011	-0.001	-0.002	-0.003	0.001	-0.001
12	-0.001	0.009	0.008	0.007	0.011	0.009
13	-0.016	-0.006	-0.007	-0.007	-0.003	-0.004
14	-0.045	-0.036	-0.036	-0.036	-0.033	-0.032
15	-0.051*	-0.043	-0.043	-0.042	-0.038	-0.038
16	-0.053*	-0.044	-0.044	-0.042	-0.039	-0.041
17	-0.033	-0.023	-0.024	-0.023	-0.021	-0.023
18	-0.033	-0.024	-0.024	-0.026	-0.023	-0.023
19	-0.031	-0.022	-0.023	-0.025	-0.022	-0.020
20	-0.023	-0.014	-0.015	-0.017	-0.013	-0.011
21	-0.023	-0.014	-0.015	-0.018	-0.016	-0.014
22	-0.007	0.002	0.001	-0.002	-0.001	-0.000
23	-0.015	-0.007	-0.007	-0.011	-0.011	-0.010
N	1084	1084	1084	1084	1084	1084

* p<0.10, **p<0.05, *** p<0.01

Tabell D2. Pågående SA

Modell I	innehåller endast randomiseringsgrupp.
Modell II	kontrolleras för sysselsättning.
Modell III	kontrolleras för sysselsättning och kön.
Modell IV	kontrolleras för sysselsättning, kön och randomiseringsmånad.
Modell V	kontrolleras för sysselsättning, kön, randomiseringsmånad och prognos för sjukfallet.
Modell VI	kontrolleras för kön, utbildning, födelseland, ålder, barn i åldern 0-17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning, prognos för sjukfallet, SA vid randomiseringstillfället och randomiseringsmånad.

Månad	I	II	III	IV	V	VI
1	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
3	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002
4	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002
5	0.007	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008
6	0.011*	0.012**	0.012**	0.012**	0.012**	0.012**
7	0.018***	0.019***	0.019***	0.019***	0.019***	0.019***
8	0.019**	0.021***	0.021***	0.021**	0.020**	0.019**
9	0.017**	0.019**	0.019**	0.019**	0.019**	0.017**
10	0.017*	0.018*	0.018*	0.018*	0.018*	0.016
11	0.020*	0.022*	0.022*	0.021*	0.021*	0.019*
12	0.024*	0.026**	0.026**	0.026**	0.026**	0.023*
13	0.025*	0.027**	0.027**	0.027**	0.027**	0.025*
14	0.018	0.020	0.020	0.020	0.020	0.018
15	0.019	0.022	0.022	0.022	0.021	0.019
16	0.019	0.022	0.022	0.021	0.021	0.018
17	0.017	0.020	0.020	0.021	0.020	0.018
18	0.015	0.018	0.017	0.018	0.018	0.015
19	0.016	0.020	0.019	0.020	0.020	0.017
20	0.021	0.025	0.025	0.025	0.025	0.023
21	0.031	0.036*	0.035*	0.035*	0.035*	0.033*
22	0.027	0.032	0.031	0.032	0.032	0.029
23	0.023	0.028	0.028	0.028	0.028	0.026
N	1084	1084	1084	1084	1084	1084

* p<0.10, **p<0.05, *** p<0.01

Tabell D3. Pågående sjukfall eller SA

Modell I	innehåller endast randomiseringsgrupp.
Modell II	kontrolleras för sysselsättning.
Modell III	kontrolleras för sysselsättning och kön.
Modell IV	kontrolleras för sysselsättning, kön och randomiseringsmånad.
Modell V	kontrolleras för sysselsättning, kön, randomiseringsmånad och prognos för sjukfallet.
Modell VI	kontrolleras för kön, utbildning, födelseland, ålder, barn i åldern 0-17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning, prognos för sjukfallet, SA vid randomiseringstillfället och randomiseringsmånad.

Månad	I	II	III	IV	V	VI
1	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007
2	-0.007	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006
3	-0.015	-0.012	-0.012	-0.014	-0.013	-0.015
4	-0.003	0.002	0.001	-0.001	0.001	-0.003
5	0.010	0.016	0.015	0.013	0.015	0.012
6	0.026	0.034	0.033	0.032	0.034	0.032
7	0.024	0.033	0.032	0.031	0.033	0.030
8	0.015	0.026	0.026	0.023	0.026	0.023
9	0.016	0.029	0.028	0.027	0.030	0.026
10	0.013	0.026	0.025	0.024	0.028	0.024
11	0.004	0.015	0.015	0.014	0.018	0.014
12	0.018	0.030	0.029	0.028	0.033	0.029
13	-0.003	0.008	0.008	0.007	0.012	0.009
14	-0.038	-0.026	-0.026	-0.027	-0.023	-0.024
15	-0.042	-0.031	-0.032	-0.031	-0.027	-0.029
16	-0.043	-0.031	-0.032	-0.030	-0.027	-0.032
17	-0.028	-0.015	-0.016	-0.016	-0.013	-0.017
18	-0.031	-0.019	-0.019	-0.020	-0.017	-0.020
19	-0.025	-0.013	-0.014	-0.016	-0.012	-0.013
20	-0.011	0.002	0.001	-0.000	0.003	0.003
21	-0.001	0.012	0.011	0.008	0.010	0.009
22	0.013	0.026	0.025	0.022	0.023	0.021
23	0.001	0.014	0.013	0.010	0.011	0.009
N	1084	1084	1084	1084	1084	1084

* p<0.10, **p<0.05, *** p<0.01

Tabell D4. Till arbete och utbildning – smal

Modell I	innehåller endast randomiseringsgrupp.
Modell II	kontrolleras för sysselsättning.
Modell III	kontrolleras för sysselsättning och kön.
Modell IV	kontrolleras för sysselsättning, kön och randomiseringsmånad.
Modell V	kontrolleras för sysselsättning, kön, randomiseringsmånad och prognos för sjukfallet.
Modell VI	kontrolleras för kön, utbildning, födelseland, ålder, barn i åldern 0-17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning, prognos för sjukfallet, SA vid randomiseringstillfället och randomiseringsmånad.

Månad	I	II	III	IV	V	VI
1	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2	-0.004	-0.004	-0.004	-0.004	-0.004	-0.004
3	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006
4	-0.008	-0.008	-0.008	-0.008	-0.008	-0.008
5	-0.008	-0.009	-0.009	-0.009	-0.009	-0.008
6	-0.010	-0.011	-0.011	-0.011	-0.011	-0.010
7	-0.005	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006	-0.005
8	-0.005	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006	-0.006
9	0.002	0.001	0.001	0.001	0.001	0.002
10	0.002	0.000	0.001	0.001	0.001	0.002
11	0.002	0.001	0.001	0.001	0.001	0.002
12	0.007	0.006	0.006	0.007	0.006	0.008
13	0.009	0.007	0.008	0.008	0.009	0.010
14	0.003	0.002	0.002	0.003	0.003	0.005
15	0.001	-0.001	-0.001	-0.001	-0.000	0.001
16	0.006	0.004	0.004	0.004	0.004	0.007
17	0.008	0.006	0.006	0.006	0.007	0.009
18	0.015	0.013	0.013	0.013	0.013	0.017
19	0.026	0.023	0.023	0.023	0.024	0.027
20	0.020	0.017	0.017	0.017	0.018	0.021
21	0.031*	0.027	0.027	0.028	0.028	0.032*
22	0.025	0.021	0.021	0.022	0.022	0.026
23	0.028	0.026	0.026	0.026	0.026	0.029
N	1084	1084	1084	1084	1084	1084

* p<0.10, **p<0.05, *** p<0.01

Tabell D5. Till arbete och utbildning – bred

Modell I	innehåller endast randomiseringsgrupp.
Modell II	kontrolleras för sysselsättning.
Modell III	kontrolleras för sysselsättning och kön.
Modell IV	kontrolleras för sysselsättning, kön och randomiseringsmånad.
Modell V	kontrolleras för sysselsättning, kön, randomiseringsmånad och prognos för sjukfallet.
Modell VI	kontrolleras för kön, utbildning, födelseland, ålder, barn i åldern 0-17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning, prognos för sjukfallet, SA vid randomiseringstillfället och randomiseringsmånad.

Månad	I	II	III	IV	V	VI
1	0.004	0.003	0.003	0.003	0.004	0.003
2	0.002	0.001	0.001	0.002	0.002	0.002
3	-0.006	-0.007	-0.007	-0.007	-0.007	-0.006
4	-0.006	-0.007	-0.007	-0.007	-0.008	-0.007
5	0.010	0.008	0.008	0.008	0.007	0.008
6	-0.002	-0.003	-0.003	-0.003	-0.004	-0.003
7	0.005	0.005	0.005	0.005	0.003	0.003
8	0.012	0.011	0.012	0.013	0.012	0.012
9	0.028*	0.027*	0.027*	0.028*	0.027*	0.029*
10	0.028*	0.026*	0.027*	0.028*	0.027*	0.029*
11	0.028*	0.026	0.027	0.027*	0.026	0.028*
12	0.039**	0.037**	0.037**	0.038**	0.035**	0.038**
13	0.045**	0.043**	0.043**	0.044**	0.043**	0.045**
14	0.047**	0.045**	0.045**	0.047**	0.045**	0.047**
15	0.044**	0.042**	0.042**	0.042**	0.041**	0.042**
16	0.032	0.030	0.030	0.028	0.028	0.029
17	0.020	0.017	0.017	0.016	0.015	0.016
18	0.014	0.010	0.010	0.008	0.007	0.010
19	0.022	0.018	0.018	0.017	0.016	0.019
20	0.035	0.031	0.031	0.030	0.029	0.032
21	0.058**	0.055**	0.055**	0.055**	0.054**	0.056**
22	0.044*	0.041*	0.041*	0.041	0.040	0.043*
23	0.025	0.021	0.020	0.020	0.019	0.022
N	1084	1084	1084	1084	1084	1084

* p<0.10, **p<0.05, ***p <0.01

Bilaga 5 – Kompletterande tabell till de skattade effekterna.**Tabell E1.** *Andel försökspersoner per månadslut*

Månad	Pågående Sjukfall	Pågående SA	Pågående sjukfall/SA	Till arbete eller utbildning		N
				Smal	Bred	
0	0.992	0	0.992	0	0	529
1	0.964	0	0.964	0.004	0.004	529
2	0.928	0	0.928	0.008	0.015	529
3	0.871	0.001	0.873	0.011	0.023	529
4	0.831	0.003	0.833	0.019	0.026	529
5	0.793	0.003	0.795	0.023	0.04	529
6	0.763	0.003	0.765	0.021	0.042	529
7	0.741	0.007	0.748	0.025	0.051	529
8	0.714	0.011	0.725	0.026	0.049	529
9	0.699	0.018	0.716	0.032	0.059	529
10	0.697	0.024	0.716	0.036	0.066	529
11	0.669	0.030	0.689	0.036	0.062	529
12	0.655	0.035	0.688	0.043	0.074	529
13	0.648	0.041	0.686	0.051	0.079	529
14	0.627	0.049	0.669	0.059	0.095	529
15	0.589	0.054	0.638	0.06	0.117	529
16	0.544	0.062	0.604	0.064	0.144	529
17	0.521	0.071	0.589	0.066	0.163	529
18	0.502	0.081	0.582	0.068	0.174	529
19	0.446	0.086	0.533	0.078	0.18	529
20	0.417	0.100	0.516	0.078	0.176	529
21	0.378	0.115	0.491	0.087	0.185	529
22	0.355	0.126	0.480	0.087	0.2	529
23	0.335	0.136	0.471	0.089	0.197	528

Bilaga 6 – Heterogena effekter

Modellerna kontrolleras för: kön, utbildning, födelse land, ålder, barn i åldern 0-17 år, civilstånd, sjukfallets längd vid randomiseringen, återvändare, diagnos, sysselsättning, prognos för sjukfallet, SA vid randomiseringstillfället och randomiseringsmånad.

Tabell F1. Effektskattningar – Pågående SA

	Arbetslös	Ej återvändare	Sjukfall < 181 dagar	Ålder >= 45	Förgymnasial utbildning
0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
1	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2	0.005	0.002	0.005	0.004	0.000
3	0.005	0.004	0.004	0.004	0.009
4	0.012	0.009*	0.012	0.011	0.002
5	0.021*	0.011**	0.016	0.018*	0.013
6	0.036**	0.019***	0.027**	0.030***	0.022
7	0.032**	0.020**	0.031**	0.034***	0.033
8	0.027*	0.020**	0.027*	0.030**	0.043*
9	0.033*	0.016	0.034**	0.025	0.068***
10	0.033*	0.021*	0.038**	0.030	0.068***
11	0.043**	0.028**	0.045**	0.035*	0.058**
12	0.038*	0.030**	0.035*	0.039*	0.058**
13	0.024	0.022*	0.032*	0.033	0.044
14	0.027	0.028*	0.029	0.038	0.042
15	0.028	0.027*	0.029	0.029	0.042
16	0.025	0.026*	0.029	0.028	0.041
17	0.011	0.022	0.012	0.040	0.057
18	0.016	0.026	0.009	0.037	0.058
19	0.018	0.032*	0.009	0.045	0.067
20	0.038	0.043**	0.019	0.057*	0.072
21	0.047	0.036*	0.024	0.053	0.089*
22	0.045	0.037*	0.028	0.042	0.090*
23	0.047	0.036*	0.034	0.041	0.070
N	454	1001	555	551	225

* p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01

Tabell F2. Effektskattningar - Till arbete och utbildning

	<i>Smal</i>			<i>Bred</i>		
	Alla	Kvinnor	Män	Alla	Kvinnor	Män
1	0.000	0.000	0.000	0.003	0.006	0.000
2	-0.004	-0.006	0.000	0.002	-0.003	0.009
3	-0.006	-0.010*	0.002	-0.008	0.002	-0.016
4	-0.008	-0.010	-0.004	-0.009	0.009	-0.027**
5	-0.008	-0.012	0.002	0.006	0.014	0.004
6	-0.010	-0.009	-0.008	-0.005	0.007	-0.014
7	-0.005	-0.003	-0.003	0.001	0.014	-0.010
8	-0.006	-0.006	0.002	0.010	0.031*	-0.008
9	0.002	0.002	0.007	0.029*	0.049***	0.004
10	0.002	0.005	0.004	0.031*	0.037**	0.016
11	0.002	0.001	0.009	0.030*	0.045**	0.002
12	0.008	0.009	0.009	0.040**	0.054***	0.012
13	0.010	0.017	0.002	0.047***	0.070***	0.004
14	0.005	0.013	-0.005	0.048***	0.087***	-0.017
15	0.001	0.009	-0.002	0.043**	0.086***	-0.030
16	0.007	0.021	-0.007	0.028	0.090***	-0.066*
17	0.009	0.025	-0.009	0.013	0.080***	-0.088**
18	0.017	0.035*	-0.004	0.002	0.089***	-0.117***
19	0.027	0.045**	0.002	0.011	0.099***	-0.109***
20	0.021	0.047**	-0.018	0.026	0.108***	-0.087**
21	0.032*	0.059***	-0.008	0.052**	0.109***	-0.023
22	0.026	0.040*	0.003	0.041*	0.082***	-0.017
23	0.029	0.043*	0.009	0.022	0.075**	-0.060
N	1084	669	414	1084	669	414

* p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01

Tabell F3. Effektskattningar - Till arbete och utbildning

	<i>Bred</i>			
	Anställda	Ej återvändare	Prognos "lättare"	Ålder < 45
0	0.008	0.004	0.005	0.003
1	0.007	0.004	-0.014	0.004
2	-0.008	-0.004	-0.020	-0.002
3	0.007	-0.003	-0.015	-0.010
4	0.026	0.013	0.014	0.013
5	0.017	0.001	0.000	-0.012
6	0.035**	0.008	0.030	0.008
7	0.049**	0.018	0.053	0.014
8	0.069***	0.034**	0.081**	0.042*
9	0.059**	0.029*	0.079**	0.046*
10	0.054**	0.030*	0.065*	0.044*
11	0.059**	0.041**	0.074**	0.055**
12	0.058**	0.049**	0.051	0.076***
13	0.060**	0.052***	0.084**	0.061**
14	0.052*	0.047**	0.095**	0.047
15	0.050	0.035	0.089**	0.033
16	0.042	0.023	0.066	0.012
17	0.029	0.017	0.072	0.018
18	0.043	0.027	0.071	0.024
19	0.044	0.035	0.064	0.035
20	0.078**	0.062**	0.100**	0.079**
21	0.052	0.048*	0.084*	0.051
22	0.036	0.026	0.058	0.025
23	0.065*	0.037	0.075	0.039
N	527	1001	322	533

* p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01

Tabell F4. Effektskattningar – Till arbete och utbildning, Kvinnor

	<i>Smal</i>		<i>Bred</i>		
	Anställda	Sjukfall<181 dagar	Arbetslös	Ålder >= 45	Sjukfall>180 dagar
0	0.000	0.000	0.000	0.005	0.007
1	-0.013	-0.013	-0.008	0.000	-0.001
2	-0.013	-0.021**	0.004	0.000	-0.002
3	-0.012	-0.020	0.004	0.012	-0.001
4	-0.018	-0.025*	0.004	0.006	-0.002
5	-0.013	-0.025*	0.001	0.012	-0.003
6	0.012	-0.004	-0.009	0.012	-0.004
7	0.014	-0.005	0.006	0.025	0.009
8	0.025	-0.006	0.009	0.034	0.044*
9	0.040*	0.007	0.008	0.019	0.022
10	0.047**	0.008	0.014	0.017	0.031
11	0.053**	0.020	0.025	0.031	0.040
12	0.068***	0.027	0.032	0.046*	0.083***
13	0.069**	0.029	0.044	0.083***	0.072**
14	0.067**	0.035	0.056*	0.092***	0.061*
15	0.084***	0.042	0.060*	0.105***	0.069*
16	0.092***	0.042	0.053	0.112***	0.061
17	0.111***	0.064*	0.063	0.118***	0.070*
18	0.117***	0.087**	0.083**	0.145***	0.071*
19	0.109***	0.092***	0.098**	0.146***	0.072*
20	0.127***	0.113***	0.095**	0.132***	0.091**
21	0.107***	0.088**	0.089**	0.128***	0.076*
22	0.103***	0.080**	0.094**	0.129***	0.070
23	0.101***	0.077**	0.066	0.130***	0.075*
N	321	335	284	321	335

* p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01