Försäkringskassan

SVAR PÅ REGERINGSUPPDRAG

Datum
2013-06-14

Vår beteckning
Dnr: 052379-2011

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Utvärdering av projekt som syftar till att minska sjukfrånvaron bland kvinnor

Postadress
103 51 Stockholm

Besöksadress
Klara västra kyrkogata 11

Telefon
08-786 90 00

E-post
huvudkontoret@forsakringskassan.se

Internetadress
www.forsakringskassan.se

Telefax
08-411 27 89

Org.nr
202100-5521

Innehåll

Sammanfattning ... 3
1 Inledning ... 4
1.1 Tidigare studier ... 6
2 Projektet Kvinnors ohälsa ... 8
2.1 Bakgrund ... 8
2.2 Vitalis ... 10
2.3 Signe ... 11
2.4 Fyrklövern ... 12
2.5 Aktivitetsbalans ... 13
3 Empirisk strategi ... 14
3.1 Metod för utvärdering ... 14
3.2 Data och randomiseringskontroll ... 15
3.2.1 Vitalis ... 16
3.2.2 Signe ... 16
3.2.3 Fyrklövern ... 17
3.2.4 Aktivitetsbalans ... 17
3.3 Resultatens interna och externa validitet ... 22
4 Resultat ... 23
4.1 Resultat av behandling månad 1-30 ... 23
4.2 Genomsnittlig effekt månad 12-30 ... 29
4.3 Kostnadseffektivitet ... 33
5 Diskussion och slutsatser ... 35
Referenser ... 37
Appendix ... 39
A1 Etapp i rehabiliteringskedjan ... 39
A2 Fördjupad projektinformation ... 42
A3 Nettodagar för deltagare med sjukersättning ... 46
Bilaga 1 ... 50

Sammanfattning

Försäkringskassan fick 2009 i uppdrag av regeringen att administrera 25 miljoner kronor för rehabiliteringsinsatser i syfte att minska sjukfrånvaron och underlätta återgång till arbete för kvinnor. Projektmedlen gick till samordningsförbund i Uppsala (Vitalis), Göteborg med kranskommuner (Fyrklövern), Östra Södertörn (Signe) och Finsam i Malmö (Aktivitetsbalans). Gemensamt för projekten var att de organiserades som randomiserade experiment och totalt randomiserades 1017 kvinnor till insatserna.

I den här rapporten analyseras effekterna av de fyra rehabiliteringsprojekten. De insatser som studeras består av Acceptance and Commitment Therapy (ACT), multidisciplinär teambedömning (MDT), grön rehab i kombination med Supported Employment och Vardagsrevidering. Målgrupperna för respektive projekt varierar men gemensamt är att insatserna vänder sig till kvinnor i arbetsför ålder som är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik. Vi skattar effekten av att *erbjudas* behandling på genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning, andel deltagare som uppbär sjukersättning och förekomst av pensionsgrundande förvärvs- respektive transfereringsinkomst år 2011.

Vi finner att 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. Vi finner liknande resultat för ACT-behandlingen inom projekt Vitalis, men där leder behandlingen även till en signifikant ökning av andelen som uppbär sjukersättning. Det finns inga signifikanta effekter för andelen som har pensionsgrundande förvärvs- respektive transfereringsinkomst år 2011. För de övriga projekten finner vi inte några signifikanta effekter på något av de valda utfallsmåtten. En enkel kostnadsanalys ger försiktigt optimistiska resultat för MDT-behandlingen i projekt Vitalis. Även om besparingarna i det här fallet inte täcker kostnaderna är resultaten lovande i ett offentligfinansiellt perspektiv.

Redovisade resultat väcker frågor om förutsättningarna för att nå påtagliga positiva effekter med den här typen av insatser för de aktuella målgrupperna. Samtidigt bör det betonas att det har funnits vissa svårigheter i implementeringen av insatserna och att de faktiska målgrupperna i en del fall har skilt sig från den målgrupp som insatsen är avsedd för. En fråga är om det finns andra typer av resultatmått och/eller andra typer av värden som istället bör framhållas. Ytterligare frågor handlar om huruvida effekter hellre bör avläsas vid en senare tidpunkt, något som teoretiskt kan ge möjlighet att se om tidiga positiva effekter kvarstår, alternativt om nya positiva effekter uppträder i ett senare skede. Rapporten visar avslutningsvis på vikten av att ta hänsyn till den studerade målgruppens sammansättning vid såväl utformning av insats som utvärdering av behandlingseffekterna.

1 Inledning

Långvarig sjukfrånvaro innebär påfrestningar för den drabbade individen och kostnader för samhället. Det är därför av intresse att underlätta återgång i arbete för de som drabbas av längre sjukfall. Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att just underlätta för individer som drabbats av sjukdom att återfå sin arbetsförmåga och återgå till förvärvsarbete.

Synen på, och erfarenheterna av, arbetslivsinriktad rehabilitering är inte entydig. I en underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen betonar exempelvis Johansson et al (2011) att även om arbetslivsinriktad rehabilitering ofta ses som en effektiv väg för återgång i arbete så är det empiriska stödet för dess verkan svagt. Även när det gäller hur man lämpligast motiverar långtidssjukskrivna inför återgång i arbete finns det bristande kunskap, vilket diskuteras i bland annat Jönsson och Skogman Thoursie (2012). En rapport från OECD (2013) granskar psykisk ohälsa och kopplingen till arbetsmarknaden i Sverige. Rapporten framhäver vikten av samordnade insatser och rekommenderar insatser i ett tidigt skede för att effektivt främja återgång i arbete för individer som lider av psykisk ohälsa[1]. I Sverige är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning just diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta, vilka även står för de största kostnaderna inom socialförsäkringen (Försäkringskassan, 2011a). En effektutvärdering av arbetslivsinriktad rehabilitering för grupper med dessa diagnoser är därmed av stort intresse.

Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabiliteringsinsatser. Som en del av det ansvaret ingår att få olika aktörer med skilda uppdrag att samarbeta för att stötta individen utifrån dennes specifika förutsättningar. Som ett exempel kan samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen nämnas. Samarbetet mellan myndigheterna kan bland annat ske genom så kallad gemensam kartläggning för att individen ska få insatser i rätt tid och från rätt aktör (Försäkringskassan, 2004). Ett annat inslag är projektet Pila som syftar till att förstärka insatser till långtidssjukskrivna och individer med tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning (Försäkringskassan, 2009). Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har utvecklats sedan början av 2000-talet och sedan 2012 har det skett en vidare förstärkning samt en utökning av tilldelning i budget för rehabiliteringsinsatser i samverkan (Prop. 2011/12:1, Prop. 2012/13:1). För att underlätta för den sjukskrivne individen finns ett identifierat behov av just samverkan. Mörk (2011) påvisar till exempel ett behov av synkronisering för individer som är kopplade till flera system och därmed kommer i kontakt med flera aktörer. Det resonemanget är särskilt tillämpbart på ett av projekten som ingår i den här utvärderingen. I projekt Fyrklövern i Göteborg hade en relativt stor andel av deltagarna försörjningsstöd. Liljeberg och Mörk (2011) beskriver hur de som är arbetslösa och uppbär försörjningsstöd befinner sig i en särskilt svag ställning på arbetsmarknaden och därför har ett stort behov av att samordningen fungerar väl. Johansson et al (2011) framhäver samtidigt att det finns en brist på

[1] I en tidigare rapport från OECD (2010) framgår att svårigheterna för återgång i arbete även gäller internationellt.

effektutvärderingar av just samverkansinsatser. I utlysningen av projektmedel uppmuntrades samverkan mellan lokala aktörer, och gemensamt för projekten som har beviljats medel är att de har genomförts av samordningsförbund. De projekt som utvärderas i den här rapporten är därmed alla samverkansinsatser vilket bidrar till att belysa effekterna av just den typen av rehabiliteringsinsatser.

Den här rapporten analyserar projekt som enbart vänder sig till kvinnor. Då kvinnor har en högre risk än män att bli långtidssjukskrivna samt i större utsträckning uppbär sjukersättning (Försäkringskassan, 2012a) är det angeläget att undersöka vilka faktorer som påverkar kvinnors möjlighet att återgå till arbete. En hypotes som säger att arbetslivsinriktad rehabilitering skulle kunna vinna i effektivitet genom att anpassas till förutsättningar som gäller för kvinnors arbetsoförmåga är inte orimlig[2] vilket motiverar den här typen av utvärdering.

I den här rapporten utvärderar vi fyra experiment riktade till sjukskrivna kvinnor. Experimenten som utvärderas är Vitalis i Uppsala, Signe i Östra Södertörn, Fyrklövern i Göteborg samt Aktivitetsbalans i Malmö. De fyra projekten innehöll olika typer av behandlingsformer och vände sig i stor utsträckning till skilda målgrupper. Målgruppen för Vitalis var främst kvinnor med tidsbegränsad sjukersättning på grund av psykisk ohälsa och/eller smärta och som riskerade att uppnå maxtiden i sjukförsäkringen inom ett par månader. Kvinnorna skulle vara i arbetsför ålder och ha en pågående ersättning om minst 25 procent. Målgruppen för projekt Signe var kvinnor sjukskrivna med diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta samt diagnoser som innebar diagnostiserade problem med rörelseapparaten. Projekt Fyrklövern vände sig initialt till kvinnor med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och främst utmattningstillstånd. Målgruppen utökades senare till att inkludera även annan psykisk ohälsa. Deltagare skulle vid projektstart antingen uppbära ersättning från sjukförsäkringen eller försörjningsstöd från kommunen på grund av sjukdom. Aktivitetsbalans vände sig till kvinnor sjukskrivna på hel- eller deltid med diagnoser inom psykisk och/eller stressrelaterad ohälsa. Kvinnorna skulle vara i arbetsför ålder med en anställning att gå tillbaka till och befinna sig mellan dag 1-180 i sjukskrivningsperioden. På grund av den stora variationen mellan projekten vad gäller målgrupp för insatserna kommer effektutvärderingen att göras separat för varje projekt.

Den här rapporten bidrar med en effektutvärdering av de aktuella rehabiliteringsinsatserna. Det finns mycket lite utvärdering av den här typen av frågor vilket gör en sådan utvärdering relevant. I de fyra experimenten rör det sig dessutom om relativt konkreta åtgärder vilket gör det lättare att utvärdera själva behandlingseffekten. Vi har genomgående experimentell variation genom randomisering vilket innebär att vi hanterar problemet med selektion till åtgärder. Randomisering är även den metod som har högst vetenskaplig trovärdighet, enligt bland annat Card et al (2011), eftersom den säkerställer att individerna i behandlings- och kontrollgruppen skulle haft en jämförbar utveckling i avsaknad av den aktuella insatsen. Den genomsnittliga skillnaden i utfall mellan de två grupperna efter behandlingen ger då en trovärdig skattning av behandlingseffekten.

---

[2] Se exempelvis Bjerstedt (2005).

Vi finner signifikant positiva effekter för projekt Vitalis i Uppsala. Projektet baseras på två olika behandlingsformer: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och multidisciplinär teambedömning (MDT). För den senare behandlingsformen finner vi att det genomsnittliga antalet nettodagar med sjukpenning minskar med cirka 26 procent jämfört med kontrollgruppen över perioden 12-30 månader efter randomisering. En enkel kostnadskalkyl visar försiktigt optimistiska resultat även om de uppskattade besparingarna inte täcker kostnaderna. Då det sannolikt finns ytterligare besparingar som vi inte mäter i den här analysen talar resultaten för att behandlingen skulle kunna vara kostnadseffektiv ur ett offentligfinansiellt perspektiv. ACT-behandlingen har liknande effekter på sjukpenning, men där uppmäter vi även en negativ effekt på sjukersättning – det vill säga att andelen som uppbär sjukersättning ökar. Vi skattar inte några signifikanta effekter på andelen som har pensionsgrundande förvärvs- respektive transfereringsinkomst för år 2011. För de övriga projekten skattar vi inte några signifikanta effekter för något av de valda utfallsmåtten. Möjliga förklaringar till resultaten diskuteras i avsnitt 5.

Rapporten är upplagd på följande vis. Avsnitt 1.1 redogör för tidigare studier inom området. I avsnitt 2 beskrivs det aktuella regeringsuppdraget och de fyra projekt som studeras. Avsnitt 3 redogör för data och den empiriska strategin. I avsnitt 4 presenteras resultaten av effektutvärderingen och avsnitt 5 innehåller diskussion och slutsatser.

1.1 Tidigare studier

Det finns, som vi har nämnt, få studier inom området och kunskapen om vilka faktorer och insatser som underlättar återgång till arbete är begränsad. Utifrån en genomgång av befintlig litteratur inom området samt genomförda insatser konstaterar Johansson et al (2011) att de effektutvärderingar som genomförts på samverkansinsatser sällan har fokuserat på återgång i arbete. Brist på experiment som utgångspunkt bidrar också till att det har varit svårt att utvärdera projekt på vetenskaplig grund. I den befintliga litteraturen finns det följaktligen en brist på experiment med det fokus som den här rapporten har, samtidigt som randomiserade experiment är den metod som har högst vetenskaplig acceptans för effektutvärderingar[3]. Det är därför av stor vikt att genomföra trovärdiga effektutvärderingar för att få vetenskapligt stöd för vilka insatser som kan förväntas ge resultat.

Försäkringskassan (2013) genomförde en litteraturöversikt av situationen för unga som erhåller aktivitetsersättning och effekterna av Individuell Arbetsplacering och Stöd (Individual Placement and Support, IPS) och Kognitiv Beteendeterapi (KBT). Rapporten finner att effekterna av IPS, men inte KBT, är väl underbyggda. Författarna diskuterar dock möjligheten att KBT - för vissa målgrupper - kan vara en verksam komponent i interventioner som integreras med arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Rapporten lyfter fram att det behövs mer nationell forskning om multidisciplinärt grundade interventioner

[3] Bloom (2006) beskriver till exempel hur randomiserade experiment eliminerar systematiska avvikelser och därmed ger trovärdiga skattningar av orsakssamband och av den aktuella behandlingseffekten.

som syftar till att öka arbetsförmåga hos unga med psykisk ohälsa. Ytterligare ett område som lyfts fram för framtida forskning är samverkan mellan olika aktörer. Även om fokus för den här rapporten inte är unga med aktivitetsersättning visar rapportens slutsatser på vikten av att förbättra det aktuella kunskapsläget om insatser för att främja återgång i arbete och effekter av samverkansinsatser.

I en IFAU-rapport jämför Jönsson och Skogman Thoursie (2012) arbetslivsinriktad rehabilitering tillhandahållen av privata respektive offentliga aktörer. Rapporten innehåller en effektutvärdering baserad på ett randomiserat experiment med ca 4000 individer inom ramarna för en försöksverksamhet genomförd av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. En utvärdering genomförd av Försäkringskassan (2010) visar att deltagarna som erhöll rehabilitering från en privat aktör hade en mer aktiv handläggningsprocess. Jönsson och Skogman Thoursie (2012) finner dock inte några skillnader i sannolikheten att återgå till arbete för individer som deltog i rehabilitering hos privat respektive offentlig aktör. Även om effektutvärderingen i föreliggande rapport skiljer sig med avseende på målgrupp och typ av rehabilitering finns det flera metodologiska likheter med IFAU-rapporten.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2012) har genomfört en effektanalys av de behandlingar som ges inom ramarna för rehabiliteringsgarantin. Rapporten använder en matchningsansats på individer bosatta i Skåne och utvärderar effekter av KBT och multimodal rehabilitering (MMR). Rapporten hittar positiva effekter av KBT för individer som inte var sjukskrivna vid behandlingstillfället. Utifrån dessa resultat finner författarna stöd åt uppfattningen att rehabiliteringsinsatser är mest effektiva om de kommer in tidigt i sjukdomsförloppet - i detta fall innan sjukskrivning påbörjats - när individen har motivation att arbeta. Rapporten finner negativa effekter på sjukfrånvaro för MMR behandling, det vill säga att sjukfrånvaron förlängs. Som möjliga förklaringar nämns inlåsningseffekter och risken att rehabiliteringsinsatser stärker individens identitet som sjuk.

Anderzén et al (2008) analyserar effekterna av ett samverkansprojekt, Resursteam, mellan Försäkringskassan och Landstinget Uppsala Län som syftade till att minska andelen långtidssjukskrivna. Utvärderingen avsåg effekter på sjukskrivningslängd och självskattad hälsa. Rapporten finner att medverkan i Resursteam ökade sjukskrivningstiden med 20 procent. Möjliga förklaringar som lyfts fram är även här inlåsningseffekter och risken att behandlingen befäster individens identitet som sjuk. Ett liknande resonemang förs även i Frölich et al (2004).

2 Projektets Kvinnors ohälsa

2.1 Bakgrund

Socialdepartementet gav i mars 2009 Försäkringskassan i uppdrag att administrera 25 miljoner kronor för rehabiliteringsinsatser i syfte att minska sjukfrånvaron bland kvinnor (Regeringsbeslut S2009/2667/SF). Projektmedlen var avsedda för samordningsförbund[4] eller enskilda landsting och skulle tilldelas efter ett ansökningsförfarande. Målgruppen för rehabiliteringsinsatserna var kvinnor som saknar arbetsförmåga på grund av sjukdom och som uppbär sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning eller försörjningsstöd. Frågeställningar som ansågs vara av särskilt intresse rörde rehabiliteringsmetoder särskilt riktade till kvinnor samt åtgärdsprogram baserade på samverkan mellan lokala aktörer och med utgångspunkt i lokala förhållanden. Syftet var förutom att minska sjukskrivningarna för kvinnor även att underlätta återgången till arbete. I uppdraget till Försäkringskassan ingick att utvärdera effekterna på återgång i arbete och kostnadseffektiviteten i de olika projekten.

Under hösten 2009 utlyste Försäkringskassan projektmedlen. I utlysningen framgick att projekten skulle designas som randomiserade experiment för att möjliggöra en effektutvärdering. Då tiden mellan beslut och implementering var kort fanns även information om att metoderna antingen borde vara etablerade och kunna vidareutvecklas eller möjliga att implementera relativt snabbt. Försäkringskassan tog emot 20 ansökningar och fyra projekt beviljades medel i januari 2010 efter samråd med forskare inom medicin, sociologi och nationalekonomi. Projektmedlen gick till samordningsförbund i Malmö (Aktivitetsbalans), Uppsala (Vitalis), Östra Södertörn (Signe) och Göteborg med kranskommuner (Fyrklövern). De projektansvariga inom samordningsförbunden skrev kontrakt med en kontraktsperiod på ett och ett halvt år mellan 1 januari 2010 och 30 juni 2011 under vilken tid interventionen skulle pågå. Kontraktet fastställde att samordningsförbunden åtog sig att inhämta samtycke från deltagarna för att Försäkringskassan skulle få ta del av deras personuppgifter i utvärderingssyfte. Projektmedlen delades upp i en fast del och en rörlig del. Den fasta delen betalades ut vid projektets start och slut och den rörliga betalades ut efterhand när 25, 50 och 100 procent av beräknat antal deltagare hade genomgått rehabilitering. Projektmedlen som betalades ut till enskilda projekt varierade mellan 2,7 och 8 miljoner kr. Under projekttiden anordnades två seminarier för samtliga projektansvariga och en delrapport lämnades in till Försäkringskassan. I samband med avslutningen av projekten lämnades även en slutrapport in hösten 2011.

Effektutvärdering och jämförelse med Försäkringskassans ordinarie insatser var en del av uppdraget och de fyra rehabiliteringsinterventionerna designades för att möjliggöra en sådan utvärdering. De beviljade projekten organiserades som randomiserade studier där deltagarna slumpmässigt fördelades till experiment- eller kontrollgrupp. Deltagarna i experimentgruppen tog del av

[4] Samordningsförbund består av representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landsting.

respektive projekts rehabiliteringsprogram medan kontrollgruppen följde Försäkringskassans ordinarie insatser. Det som Försäkringskassan erbjuder individer i ordinarie fall är att samordna insatser från olika aktörer och bedöma huruvida det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering. En sådan rehabilitering kan exempelvis innehålla arbetsträning, anpassning av arbetsuppgifter och arbetsplats samt utbildning. Beroende på individens typ av ersättning och längd på sjukfall kan den ordinarie handläggningen se olika ut och det är därför svårt att tala om en generell kontrollgrupp. I Appendix A1 finns en beskrivning av rehabiliteringskedjan samt en grafisk översikt över var i rehabiliteringskedjan (eller sjukfallet) deltagarna i de olika projekten befann sig vid tidpunkt för randomisering.

Deltagarna i de fyra projekten skiljer sig mycket vad gäller sjukhistorik och typ av ersättning. I Vitalis har målgruppen till exempel varit kvinnor som riskerade att uppnå maxtiden i sjukförsäkringen inom ett par månader. Deltagarna i Fyrklövern hade i stor utsträckning försörjningsstöd medan Aktivitetsbalans vände sig till kvinnor mellan dag 1-180 i rehabiliteringskedjan med en arbetsgivare att återgå till. Deltagarna i Signe var relativt jämnt utspridda över dag 1-365 i sjukskrivningsperioden, men det fanns även en inte obetydlig andel som hade haft sjukpenning i över 366 dagar vid randomiseringen. Kontrollgruppens behandling berodde därmed på vilken typ av ersättning deltagarna i målgruppen uppbar och längden på de pågående sjukfallen.

Totalt randomiserades 1017 individer till de fyra projekten och för varje enskilt projekt har mellan 161 och 327 kvinnor randomiserats. Deltagarna har i varierande utsträckning varit antingen anställda, egna företagare eller arbetslösa kvinnor som uppburit sjukpenning, tidsbegränsad sjukersättning, sjuk- eller aktivitetsersättning eller försörjningsstöd vid projektets start. Under projektet utvecklades databasen MiKO (Minska Kvinnors Ohälsa) på Försäkringskassan för att randomisera deltagarna och registrera relevanta uppgifter. Rehabiliteringsinsatserna pågick under perioden januari 2010 till och med juni 2011, med delvis förskjutning in i oktober 2011 på grund av svårigheter att rekrytera deltagare. Aktivitetsbalans följde ett rehabiliteringsprogram under 12 veckor vilket även var normalfallet inom projektet Signe, där behandlingsperioden dock kunde variera mycket mellan deltagare. Projektet Fyrklövern hade en behandlingsperiod på 14 veckor för grön rehabilitering varefter Supported Employment tog vid med en behandlingstid på allt mellan ett par månader och upp till ett år för dem som gick vidare. Inom ramarna för Vitalis hade ACT-gruppen ett genomsnitt på 11 sessioner medan MDT-gruppen i genomsnitt hade 9 sessioner. Behandlingstiden varierade men uppgick som längst till ett år. Behandling planerades initialt för fyra månader inför arbetslivsintroduktionen men kom även att omfatta tiden för arbetslivsintroduktionen på tre månader.

Avsnitt 2.2–2.5 innehåller beskrivningar av de fyra projekten. Informationen bygger i stor utsträckning på respektive projekts slutrapport. För mer detaljerad information om behandlingsupplägg hänvisas till Appendix A2.

2.2 Vitalis

Samordningsförbundet i Uppsala medverkade genom projektet Vitalis som även är en del av ett större forskningsprojekt. Vitalis omfattar samarbete mellan Samordningsförbundet, Försäkringskassan, Uppsala kommun, Arbetsförmedlingen, Landstinget Uppsala län och institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet. Vitalis har kombinerat direkta interventioner och samarbete mellan de medverkande organisationerna för att skapa ett gemensamt synsätt. Ett gemensamt synsätt genom samverkan ansågs prioriterat då rehabiliteringsansvaret idag är uppdelat på flera aktörer. Individer som nått maximal tid i sjukförsäkringen kommer oundvikligen i kontakt med flera olika myndigheter som har olika uppdrag och perspektiv. Att utveckla samverkan och kommunikation mellan dessa aktörer ansågs centralt för att hjälpa individen i rehabiliteringsprocessen. Målsättningen med projektet har varit att underlätta för deltagaren att närma sig arbetsmarknaden genom att öka möjligheterna att genomföra och tillgodogöra sig Arbetsförmedlingens introduktionsprogram. Vitalis syftade även till att bidra till kunskap om vilka stöd- och samverkaninsatser som kan främja arbetsåtergång hos kvinnor med komplex problembild. Behandling har skett i form av Acceptance and Commitment Therapy (ACT) eller multidisciplinär teambedömning (MDT).

Målgruppen för Vitalis var kvinnor i Uppsala län sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och/eller smärta som riskerade att uppnå maxtid i sjukförsäkringen inom ett par månader. Kvinnorna skulle vara i arbetsför ålder (20-64 år) och ha sjukskrivning om minst 25 procent. Exklusionskriterier som tillämpades var allvarlig suicidrisk, pågående missbruk, psykiska sjukdomar som krävde medicinering samt språksvårigheter som innebar tolkbehov.

Urvalsförfarandet skedde fortlöpande månadsvis från och med mars 2010 till och med juni 2011. Från och med december 2010 fick även deltagare som redan ingick i annan samverkan ingå i urvalet. Först identifierades potentiella deltagare via Försäkringskassans interna system. Därefter bedömdes dessa av koordinatorn tillsammans med personer med hälso- och sjukvårdsutbildning utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. De deltagare som var lämpade för projektet och samtyckte till deltagande randomiserades till tre grupper. Blockrandomisering tillämpades för att få likvärdigt stora grupper och deltagarna randomiserades till grupperna i förhållandet 1:1:1. Behandlingsgrupperna bestod av en teamgrupp med 112 deltagare som fick multidisciplinär teambedömning och en ACT-grupp med 108 deltagare. I kontrollgruppen deltog 107 kvinnor. Majoriteten av deltagarna uppbar sjuk- eller aktivitetsersättning vid tidpunkt för projektet medan cirka 10 procent uppbar sjukpenning. Totalt har 69 deltagare valt att avsluta under behandling eller blivit exkluderade från projektet. Av dessa var 24 från ACT-gruppen, 19 från kontrollgruppen och 26 från teamgruppen. Enligt slutrapporten för Vitalis var den främsta anledningen till bortfall att deltagaren inte varit intresserad av att fortsätta deltagande eller inte har dykt upp till planerade möten. I de fall deltagare har exkluderats av projektet beror det främst på allvarlig psykisk ohälsa eller annan pågående interfererande behandling (Anderzén och Lytsy, 2011).

Vitalis beviljades totalt 6 467 650 kr i projektmedel. Under projekttiden användes totalt 7 522 650 kr där Samordningsförbundet Uppsala Län har finansierat den överskjutande delen. Den största enskilda utgiftsposten är personal. Den totala styckkostnaden för behandling är 34 194 kr beräknat utifrån utnyttjade medel per antal deltagare i experimentgrupperna.

2.3 Signe

Projektet Signe genomfördes av samordningsförbundet i Östra Södertörn. Rehabiliteringsinsatsen bestod av helhetsbedömningar och utredningar av deltagarna genomförda av multidisciplinära team samt myndighetssamverkan. Samverkan var centralt i projektet och sågs som nödvändigt för att behålla en helhetssyn och effektivisera de rehabiliteringsresurser som finns när olika aktörer blir alltmer specialiserade och rehabiliteringsansvaret mer uppdelat.

Målgruppen för projektet Signe var kvinnor sjukskrivna med diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta eller diagnoser som innebar diagnostiserade problem med rörelseapparaten. Projektet vände sig initialt till kvinnor bosatta i Haninge, Nynäshamn eller Tyresö, men på grund av dåligt inflöde utökades det geografiska området till att inkludera hela Stockholms län. En del presumtiva deltagare valdes bort på grund av exklusionskriterierna. Dessa kriterier, som innebar att individen inte kunde delta i interventionen, tillämpades om det fanns en hög suicidrisk, ett pågående missbruk, tidigare diagnos för psykisk sjuklighet som fortfarande var aktiv, om kvinnan hade påbörjat behandling som sjukskrivande läkare ordinerat eller om kvinnan påbörjat rehabilitering hos sin arbetsgivare.

Projektet hade en projektkoordinator på Försäkringskassan som gjorde urvalet av deltagare. Till en början valde koordinatorn ut och kommunicerade de presumtiva deltagarna med aktuella handläggare. Eftersom inflödet till projektet var för lågt med den valda urvalsprocessen ändrade man förfarandet. Alla sjukskrivna kvinnor inom målgruppen fick erbjudande om att delta genom ett brev med information om projektet samt blankett för samtycke. Kvinnorna tackade ja till deltagandet genom att fylla i och återsända samtyckandet. Totalt randomiserades 161 kvinnor till experiment- och kontrollgrupp via MiKO. Experimentgruppen bestod av 81 kvinnor som fick ta del av bedömning av ett multidisciplinärt team. Kontrollgruppen hade 80 deltagare som hanterades av Försäkringskassans ordinarie verksamhet. För bägge grupperna fanns möjligheter att köpa in rehabiliteringstjänster vilket vanligtvis inte är fallet inom Försäkringskassans ordinarie verksamhet. De kvinnor som randomiserats till kontrollgruppen fick besked om att de ingick i kontrollgruppen och skulle få ordinarie handläggning av deras sjukskrivning, men att handläggarna hade möjlighet att köpa in rehabiliteringsinsatser.

Projektet Signe beviljades totalt 7 016 877 kr för kontraktsperioden. Av dessa projektmedel har projektet utnyttjat drygt 6,2 miljoner där den största enskilda posten är personalkostnader och den näst största är inköp av rehabiliteringsinsatser. Styckkostnad per behandlad deltagare är 77 306 kr beräknat utifrån utnyttjade medel per antal deltagare i experimentgruppen[5].

[5] Kostnaden inkluderar utgifter för rehabiliteringsinsatser till kontrollgruppen som ej redovisas separat.

2.4 Fyrklövern

Projektet Fyrklövern lanserades genom de samverkande samordningsförbunden i Göteborg med kranskommuner[6] och kombinerade och integrerade grön rehabilitering med Supported Employment. Grön rehabilitering byggde i det aktuella projektet enligt Fyrklövern (2011) på Alnarpsmodellen som vänder sig till individer med stressrelaterad ohälsa.

Målgruppen för Fyrklövern var initialt kvinnor med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och främst utmattningstillstånd. Potentiella deltagare skulle vid tidpunkten antingen erhålla ersättning från sjukförsäkringen eller försörjningsstöd från kommunen på grund av sin sjukdom. Inklusionskriterierna utökades efterhand på grund av lågt inflöde av potentiella deltagare. Det geografiska området utökades till att omfatta ytterligare tre kranskommuner och diagnosgruppen utökades till att även inkludera annan psykisk ohälsa.

Fyrklövern använde sig av intresseanmälan från kvinnorna istället för remiss. Syftet var att göra projektet lättillgängligt och betona frivilligheten i rehabiliteringen. Efter att intresseanmälan kommit in till projektet kontaktades försörjande myndighet och en strukturerad telefonintervju genomfördes. Ansvarig vårdgivare kontaktades vid behov för att bedöma lämpligheten av deltagande i projektet. Då inflödet av deltagare blev lägre än beräknat inledde man extra informations- och marknadsföringsinsatser samt utvidgade inklusionskriterierna enligt beskrivning ovan. Orsakerna till det låga inflödet sammanfattas i Fyrklövern (2011) till: handläggningarnas förutsättningar med konkurrerande målsättningar, kort tid mellan beviljad ansökan och verksamhetsstart, bristande förståelse hos handläggarna för vikten av att använda randomisering samt regelförändringar i sjukförsäkringen. Med anledning av rekryteringssvårigheterna justerades antalet deltagare nedåt i samråd med Försäkringskassan. Totalt randomiserades 239 kvinnor, varav 141 till experimentgruppen och 98 till kontrollgruppen. De utökade inklusionskriterierna öppnade för deltagare med annan psykisk ohälsa. I Fyrklöverns slutrapport framgår tydligt att även om en del av deltagarna hade klassiska utmattningssyndrom, vilket är den målgrupp som metoden är utarbetad för, så fanns det stor variation i hälsotillstånd bland deltagarna och en stor andel som hade ytterligare hinder.

Projektet Fyrklövern beviljades totalt 8 025 084 kr och har använt drygt 135 000 kr utöver budget vilket har finansierats gemensamt av de inblandade samordningsförbunden. Den största enskilda utgiftsposten gäller grön rehabilitering medan Supported Employment har varit den näst största utgiften. Styckkostnad för Fyrklövern är 57 879 kr beräknat utifrån den totala kostnaden per behandlad deltagaren i experimentgruppen.

[6] Samordningsförbunden Göteborg Centrum, Göteborg Hisingen, Göteborg Nordost, Göteborg Väster samt samordningsförbundet Mölndal, Partille, Härryda, Lerum och Alingsås.

2.5 Aktivitetsbalans

Finsam i Malmö genomförde rehabiliteringsprogrammet Vardagsrevidering inom ramarna för projektet Aktivitetsbalans. Det är en gruppbaserad metod som anpassas efter varje individ. Syftet med Aktivitetsbalans har varit att öka möjligheten för sjukskrivna kvinnor att tidigare återgå i arbete samt skapa förutsättningar för att en sådan återgång ska vara långsiktigt hållbar. Efter avslutad rehabilitering ska deltagarna kunna avbryta eller minska sin sjukskrivning samt fortsätta med arbetsträning. Vardagsrevidering är i sin ursprungliga form 16 veckor men inom ramarna för Aktivitetsbalans har man i enlighet med Försäkringskassans önskemål istället arbetat med 12-veckors perioder.

Målgruppen för Aktivitetsbalans var kvinnor i arbetsför ålder som var sjukskrivna på hel- eller deltid för någon diagnos som lyder under psykisk och/eller stressrelaterad ohälsa. Kvinnorna skulle befinna sig mellan dag 1-180 i sjukskrivningsperioden och ha en anställning att gå tillbaka till. Inkluderingskriterierna innefattade även att kvinnorna skulle tillhöra Försäkringskassan i Malmö, Lund eller Ystad. De skulle bedömas befinna sig i en rehabiliteringsfas och vara redo att delta i Aktivitetsbalans under 12 veckor.

Initialt ansvarade enskilda handläggare för rekryteringen av deltagare. Den ansvarsuppdelningen visade sig problematisk och därför beslutades med stöd från Försäkringskassan att rekryteringen främst skulle ske via projektets anställda kontaktperson på LFC Malmö. Kontaktpersonen tog varannan vecka fram listor på potentiella deltagare utifrån kriterierna kön: kvinna, diagnos: F00-F99, ärenden från LFC 1204, längd: 1-150 dagar som skickades till berörda handläggare på Försäkringskassan. Handläggarna hade som uppgift att bedöma huruvida föreslagna individer ansågs lämpliga att delta i projektet och i så fall återkomma för randomisering. Kontaktpersonen ansvarade sedan för randomisering och registrering av aktuella individer via databasen MiKO. Då alltför få individer rekryterades, bland annat på grund av invändningar av handläggarna, ändrades proceduren återigen hösten 2010. Kontaktpersonen fick då själv gå in i Försäkringskassans ärendesystem och sortera bort ärenden där individen hade en klar planering, ansågs vara på väg att bli frisk eller avsluta sin sjukpenning, vid diagnoser gällande demens och begåvningshandikapp samt om individen var inneliggande eller allvarligt sjuk. För bedömningarna konsulterades även projektledarna vid vissa tillfällen. Handläggarna fick ta del av potentiella deltagare och lägga in veto när de inte samtyckte. Processen fungerade bättre med tiden när handläggarna förstod syftet med aktiviteten. Enstaka deltagare har även rekryterats via andra försäkringskontor samt Primärvården i Skåne. Kontaktpersonen randomiserade de aktuella deltagarna och skickade brev hem till individer i experimentgruppen tillsammans med frågan om samtycke. Deltagare i kontrollgruppen informerades inte om att de ingick i en kontrollgrupp då de inte tillfrågades om deltagande. Ett flertal individer som hade randomiserats till experimentgruppen påbörjade aldrig behandling eller dök inte upp på avtalade tider. Totalt deltog 290 kvinnor, varav 137 i experimentgruppen och 153 i kontrollgruppen.

Aktivitetsbalans beviljades totalt 2 760 000 kr för hela kontraktsperioden 1 januari 2010 – 30 juni 2011. Av den summan har projektet utnyttjat drygt 2 200 000 kr. Den enskilt största utgiftsposten är personalkostnader på drygt

900 000 kr. Styckkostnad för behandlade deltagare i projektet är cirka 16 266 kr beräknat utifrån utnyttjade medel per deltagare i experimentgruppen.

3 Empirisk strategi

Effektutvärderingen i denna rapport syftar till att undersöka orsaks- och verkanssamband mellan de genomförda insatserna och deras utfall. För det aktuella regeringsuppdraget innebär det att vi undersöker sambandet mellan fyra rehabiliteringsinsatser och sjukfrånvaro samt återgång till arbete. För att kunna genomföra en effektutvärdering av rehabiliteringsinsatserna ska den faktiska utvecklingen kunna jämföras med en kontrafaktisk, där den senare indikerar hur utvecklingen hade sett ut om inte den aktuella behandlingen hade genomförts. De fyra projekten har alla använt sig av randomiserade experiment, vilket är den metod som har högst vetenskaplig acceptans inom ramarna för effektutvärdering. Metodvalet innebär att kontrollgrupperna kan ses som representationer av hur behandlingsgruppen hade utvecklats om deltagarna inte hade fått behandling och därmed kan vi få en bild av den kontrafaktiska utvecklingen. Ett randomiserat experiment innebär att deltagare slumpmässigt fördelas till behandlings- och kontrollgrupperna för att eliminera systematiska skillnader mellan grupperna och göra dem jämförbara. Valet av ett randomiseringsförfarande innebär därmed att selektionseffekten – det vill säga problemet med selektion till åtgärder – elimineras. Detta är nödvändigt för att kunna urskilja insatsens effekter från andra bakomliggande faktorer som påverkar deltagarnas förutsättningar att tillgodogöra sig insatsen. Förutsatt att randomiseringen är korrekt genomförd kan observerbara skillnader i de studerade utfallen mellan grupperna direkt tillskrivas den aktuella insatsen.

3.1 Metod för utvärdering

Syftet med regeringsuppdraget var att minska sjukskrivningarna hos kvinnor och underlätta återgången till arbete. Inom ramarna för effektutvärderingen studerar vi därför effekter av behandling på genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning och sjukersättning samt andel som uppbär sjukersättning[7]. Utifrån registerdata från Försäkringskassan klassificerar vi sjukpenningdagar som sjukfall där individen uppbär sjukpenning, förebyggande sjukpenning, arbetsskadeersättning eller rehabiliteringspenning. För nettodagar med sjukersättning inkluderas sjuk- och aktivitetsersättning. Då kompositionen bland deltagare inom projekten skiljer sig mycket med avseende på vilken typ av ersättning de uppbär vid projektstart är det viktigt att ta hänsyn till detta vid effektutvärderingen.

Vi kan inte på ett tillfredsställande sätt kontrollera för i vilken utsträckning en individ tog del av behandlingen samt för huruvida deltagare i kontrollgruppen fick del av behandling i någon form. Därför väljer vi att utgå från den initiala slumpmässiga fördelningen för att beräkna effekten av behandling. Det betyder att vi egentligen undersöker effekten av att *erbjudas* behandling, den så kallade *intention to treat* effekten. Förutsatt att eventuell framtida behandling ska vara

[7] Vi redovisar resultaten för nettodagar med sjukpenning samt andel som uppbär sjukersättning i avsnitt 5. Resultaten för nettodagar med sjukersättning presenteras i Appendix A3.

frivillig är det även den effekten som är mest intressant ur ett policy-perspektiv[8]. Randomiseringsförfarandet innebär att deltagarna ska vara jämförbara mellan kontroll- och behandlingsgrupperna. Huruvida randomiseringen har fungerat diskuteras nedan i avsnitt 3.2. För att ta hänsyn till eventuella skillnader i individegenskaper skattar vi såväl med som utan kontroll för dessa[9].

Vi studerar en sammanfattande effekt av behandling genom att skatta skillnaden (i genomsnitt för de valda utfallsmåtten) mellan kontroll- och behandlingsgrupp för tidsperioden 12-30 månader efter randomisering. Anledningen till att vi har valt ett år och framåt är att de flesta behandlingarna då är avslutade samt utifrån antagandet att behandlingen bör ha börjat visa effekt efter ett år. För att studera utvecklingen över tid interagerar vi även behandlingsstatus med månadsvariabler. På så sätt skattar vi skillnaden mellan grupperna i genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning för månad 1-30 efter randomisering. Samma typ av analys utförs på *andelen* som uppbär sjukersättning då det är en mer permanent ersättningsform än sjukpenning. Figur 1-10 i avsnitt 4 och figur 11-15 i Appendix A3 visar genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning och andel med sjukersättning respektive genomsnittligt antal nettodagar med sjukersättning för kontroll- och behandlingsgrupperna i de fyra projekten samt den skattade skillnaden. Vi skattar även andelen som uppbär pensionsgrundande förvärvs- respektive transfereringsinkomst för inkomståret 2011 för att uppskatta effekter av behandling på återgång i arbete. Resultaten för de fyra projekten redovisas i avsnitt 4. Vi kompletterar effektutvärderingen med en undersökning som har utförts av TNS-Sifo och en diskussion om kostnadseffektivitet. I undersökningen tillfrågades deltagarna specifikt efter deras nuvarande sysselsättning och huvudsakliga inkomstkälla. Resultaten från undersökningen som genomfördes 5-25 september 2012 ger därmed ett mer detaljerat och uppdaterat underlag för att uppskatta effekter på återgång till arbete. Resultaten från undersökningen samt bortfallsanalys utförd av TNS-Sifo återfinns i Bilaga 1.

3.2 Data och randomiseringskontroll

Registerdata från Försäkringskassan har använts för att studera utfall och genomsnittliga individegenskaper vid tidpunkt för randomisering. För att kunna dra slutsatser om effekterna av behandling i de fyra projekten är det viktigt att randomiseringen har fungerat. Tabell 1-4 visar genomsnittliga egenskaper för behandlings- och kontrollgrupperna i de fyra projekten. Medelvärden redovisas separat för randomiseringsstatus och tabellen visar även skillnader mellan grupperna. Variabeln *Utrikesfödd* antar värdet ett om individen är född utanför Sverige. Vi visar högst kända utbildningsnivå uppdelat på nivåerna: *Lägre än gymnasium*, *Gymnasium* och *Högre än gymnasium*. Variabeln *Anställd* baseras på information från MiKO och bygger på anställningsstatus vid randomisering. Indikatorvariablerna *PGI I* och *PGI II* anger huruvida individen har haft en pensionsgrundande inkomst baserad på

[8] Se till exempel Card et al (2011) och Bloom (2006).

[9] Inkluderandet av individegenskaper kan förbättra precisionen i skattningarna vilket diskuteras i exempelvis Bloom (2006).

förvärvsinkomst respektive transfereringsinkomst under 2009. *SA-dagar* anger antal bruttodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning som individen har haft vid randomisering. *SA-dagar (netto5)* visar antal nettodagar under år 2005-2009 med sjuk- eller aktivitetsersättning. *SJP-dagar* och *SJP-dagar (netto5)* visar motsvarande för sjukdagar med sjukpenning. En generell slutsats från randomiseringskontrollen är att det inte finns några stora signifikanta skillnader mellan kontroll- och behandlingsgrupperna. Varje projekt kommenteras separat nedan.

3.2.1 Vitalis

Tabell 1 visar genomsnittliga egenskaper för behandlingsgrupperna ACT och MDT samt kontrollgruppen för projekt Vitalis. Vid jämförelse av kontrollgruppen och MDT-gruppen framgår att det finns en större andel utrikesfödda i kontrollgruppen, 27 procent jämfört med 15 procent. Vad gäller utbildning så är det en större andel av deltagarna i MDT-gruppen som har lägre utbildningsnivå än gymnasium jämfört med kontrollgruppen. I MDT-gruppen finns därmed en större andel deltagare med låg utbildningsnivå, medan kontrollgruppen har en större andel utrikesfödda. Signifikanta skillnader i individegenskaper kan potentiellt vara ett hinder för den interna validiteten. Om vi till exempel kan anta att lågutbildade har en lägre sjukfrånvaro än utrikesfödda skulle eventuella effekter av behandlingen kunna härledas till skillnaderna mellan grupperna. Utifrån registerdata för sjukfall påbörjade under 2012 finns det inga tecken på att så skulle vara fallet. I övrigt är skillnaderna inte signifikanta. Majoriteten av deltagarna har gymnasieutbildning medan drygt en tredjedel har högre utbildningsnivå. Tabellen visar att medelåldern ligger mellan 47-49 år i grupperna. Andelen som har en anställning vid randomiseringsstart varierar mellan drygt hälften och knappt två tredjedelar. Genomsnittligt antal barn är 2 och en klar majoritet uppbär pensionsgrundande transfereringsinkomst. Vitalis vände sig specifikt till kvinnor som riskerade att uppnå maxtid i sjukförsäkringen inom ett par månader. Tabellen visar att deltagarna i genomsnitt haft ersättning från sjukförsäkringen under lång tid. Genomsnittligt antal bruttodagar med sjukersättning varierade mellan 1 570 och 1 709 dagar i de olika grupperna. Deltagarna har genomgående betydligt fler dagar med sjukersättning än med sjukpenning.

3.2.2 Signe

Tabell 2 visar genomsnittliga individegenskaper för projekt Signe. Tabellen visar att det inte finns några statistiskt signifikanta skillnader mellan kontroll- och behandlingsgruppen. Medelåldern är runt 47 år och majoriteten har anställning när de introduceras i projektet. En knapp fjärdedel av deltagarna har en utbildningsnivå som är lägre än gymnasienivå. Majoriteten har gymnasieutbildning och resterande 18 respektive 23 procent har eftergymnasial utbildning. En stor andel har såväl pensionsgrundande förvärvsinkomst som transfereringsinkomst, vilket gäller för både kontroll- och behandlingsgruppen. Det finns en del skillnader i antal bruttodagar med sjukersättning, men då variationen inom grupperna är stor finns det inga signifikanta skillnader mellan kontroll- och behandlingsgrupp. För kontrollgruppen är det inte några stora skillnader om man ser till bruttodagar i pågående fall med sjukersättning respektive sjukpenning. För behandlingsgruppen är det genomsnittliga antalet bruttodagar med sjukpenning betydligt högre än med sjukersättning, även om skillnaden mellan grupperna inte är statistiskt signifikant.

3.2.3 Fyrklövern

Tabell 3 presenterar individegenskaper för projekt Fyrklövern i Göteborg. Indikatorvariabeln *Anställd* är här exkluderad på grund av att det saknas uppgifter om en majoritet av deltagarna. Tabellen visar att det inte finns några signifikanta skillnader mellan grupperna. Medelåldern på deltagarna är 41,5 år och en knapp tredjedel är utrikesfödda. Jämfört med de andra projekten är det en mindre andel som har pensionsgrundande förvärvs- eller transfereringsinkomst. Det beror på att en stor del av deltagarna uppbär försörjningsstöd vilket inte är pensionsgrundande. I både kontroll- och behandlingsgruppen förekommer sjukersättning i högre utsträckning än sjukpenning. Det genomsnittliga antalet bruttodagar med sjukersättning är högre än för sjukpenning och samma skillnad är tydlig för antal nettodagar år 2005-2009. Drygt hälften av deltagarna i kontrollgruppen har gymnasieutbildning, medan motsvarande andel i behandlingsgruppen är 43 procent. Skillnaden i utbildningsnivå är här signifikant. En större andel, drygt en tredjedel, av deltagarna i behandlingsgruppen har eftergymnasial utbildning. Andelen som har lägre utbildningsnivå än gymnasium är ungefär en femtedel i bägge grupperna.

3.2.4 Aktivitetsbalans

Individegenskaper för projekt Aktivitetsbalans i Malmö presenteras i tabell 4. Tabellen visar att medelålder är knappt 43 år och att det i genomsnitt är ungefär 20 procent utrikesfödda i bägge grupperna. Vad gäller variabeln *Anställd* så saknas information för fyra personer som tillhör behandlingsgruppen. Skillnaden mellan kontroll- och behandlingsgrupp är signifikant då alla i kontrollgruppen, men inte behandlingsgruppen, har anställning enligt uppgift i MiKO. Det är viktigt att notera att vi saknar information för fyra personer som då inte anses ha anställning vid tillfället. I skattningarna av resultat tas därför extra hänsyn till denna variabel. Utbildningsnivån är i genomsnitt något högre än i de övriga projekten och de flesta har pensionsgrundande förvärvsinkomst för 2009. Det är en mindre andel som har pensionsgrundande transfereringsinkomst för samma period. Ungefär hälften av deltagarna har eftergymnasial utbildning och det är en liten andel som inte har gymnasieutbildning. De flesta deltagarna befinner sig mellan dag 1-180 i rehabiliteringskedjan vilket även avspeglas i det genomsnittliga antalet bruttodagar i pågående sjukfall med sjukpenning.

Tabell 1. Vitalis: Genomsnittliga egenskaper separat för randomiseringsstatus.

	Randomisering				
Variabler	Kontroll (1)	MDT (2)	ACT (3)	Skillnad (1)-(2)	Skillnad (1)-(3)
Ålder	47.6	49.4	48.1	-1.74	-0.47
	(0.83)	(0.82)	(0.76)	(1.17)	(1.12)
Anställd (1,0)	0.65	0.66	0.55	-0.02	0.10
	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.06)	(0.07)
Utrikesfödd (1,0)	0.27	0.15	0.21	0.12**	0.06
	(0.04)	(0.03)	(0.04)	(0.05)	(0.06)
Antal barn	2.20	2.18	2.06	0.02	0.14
	(0.13)	(0.14)	(0.11)	(0.19)	(0.17)
Utbildningsnivå					
Lägre än gymnasium (1,0)	0.11	0.20	0.10	-0.08*	0.01
	(0.03)	(0.04)	(0.03)	(0.05)	(0.04)
Gymnasium (1,0)	0.51	0.49	0.55	0.02	-0.03
	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.07)	(0.07)
Högre än gymnasium (1,0)	0.36	0.31	0.35	0.05	0.01
	(0.05)	(0.04)	(0.05)	(0.06)	(0.07)
Pensionsgrundande inkomst					
PGI I (1,0)	0.61	0.54	0.54	0.06	0.07
	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.07)	(0.07)
PGI II (1,0)	0.96	0.96	0.94	-0.00	0.03
	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.03)	(0.03)
Sjukhistorik					
SA-dagar	1 570	1 709	1 570	-139.4	0.16
	(107)	(92.3)	(98.2)	(141)	(145)
SA-dagar(netto5)	894	994	918	-100.8	-24.1
	(60.7)	(57.2)	(57.8)	(83.4)	(83.8)
SJP-dagar	152	99.5	97.7	52.8	54.6
	(30.0)	(23.9)	(24.1)	(38.2)	(38.4)
SJP-dagar(netto5)	217	232	241	-14.7	-24.0
	(28.3)	(29.1)	(31.3)	(40.6)	(42.2)
Observationer	107	112	108		

***(**)* signifikant på 1(5)10 procents signifikansnivå. Standardfel inom parentes.

Tabell 2. Signe: Genomsnittliga egenskaper separat för randomiseringsstatus.

	Randomisering		
Variabler	Kontroll	Behandling	Skillnad
Ålder	44.7	45.2	-0.46
	(1.02)	(1.05)	(1.46)
Anställd (1,0)	0.79	0.74	0.05
	(0.05)	(0.05)	(0.07)
Utrikesfödd (1,0)	0.31	0.28	0.03
	(0.05)	(0.05)	(0.07)
Antal barn	1.94	1.90	0.04
	(0.12)	(0.11)	(0.16)
Utbildningsnivå			
Lägre än gymnasium (1,0)	0.23	0.25	-0.02
	(0.05)	(0.05)	(0.07)
Gymnasium (1,0)	0.60	0.52	0.08
	(0.06)	(0.06)	(0.08)
Högre än gymnasium (1,0)	0.18	0.23	-0.06
	(0.04)	(0.05)	(0.06)
Pensionsgrundande inkomst			
PGI I (1,0)	0.84	0.80	0.04
	(0.04)	(0.04)	(0.06)
PGI II (1,0)	0.79	0.84	-0.05
	(0.05)	(0.04)	(0.06)
Sjukhistorik			
SA-dagar	164	64.1	100
	(69.4)	(38.1)	(78.9)
SA-dagar (netto5)	228	164	63.9
	(57.7)	(49.8)	(76.1)
SJP-dagar	193	204	-10.6
	(19.1)	(20.5)	(28.1)
SJP-dagar (netto5)	147	213	-65.8
	(26.4)	(36.0)	(44.8)
Observationer	80	81	(161)

***(**)* signifikant på 1(5)10 procents signifikansnivå. Standardfel inom parentes.

Tabell 3. Fyrklövern: Genomsnittliga egenskaper separat för randomiseringsstatus.

	Randomisering		
Variabler	Kontroll	Behandling	Skillnad
Ålder	41.5	41.5	-0.02
	(0.98)	(0.73)	(1.20)
Utrikesfödd (1,0)	0.27	0.30	-0.04
	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Antal barn	1.62	1.55	0.08
	(0.13)	(0.13)	(0.18)
Utbildningsnivå			
Lägre än gymnasium (1,0)	0.19	0.21	-0.02
	(0.04)	(0.03)	(0.05)
Gymnasium (1,0)	0.54	0.43	0.12*
	(0.05)	(0.04)	(0.07)
Högre än gymnasium (1,0)	0.26	0.35	-0.09
	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Pensionsgrundande inkomst			
PGI I (1,0)	0.40	0.47	-0.07
	(0.05)	(0.04)	(0.07)
PGI II (1,0)	0.68	0.67	0.02
	(0.05)	(0.04)	(0.06)
Sjukhistorik			
SA-dagar	579	545	32.0
	(116)	(82.4)	(138)
SA-dagar (netto5)	466	428	37.7
	(68.0)	(54.0)	(86.1)
SJP-dagar	149	161	-12.3
	(23.5)	(20.3)	(31.2)
SJP-dagar (netto5)	147	148	-1.15
	(25.6)	(24.8)	(36.6)
Observationer	98	141	(239)

***(**)* signifikant på 1(5)10 procents signifikansnivå. Standardfel inom parentes.

Tabell 4. Aktivitetsbalans: Genomsnittliga egenskaper separat för randomiseringsstatus.

	Randomisering		
Variabler	Kontroll	Behandling	Skillnad
Ålder	42. 6	42.7	-0.18
	(0.80)	(0.82)	(1.15)
Anställd (1,0)	1.00	0.94	0.06***
	(0.00)	(0.02)	(0.02)
Utrikesfödd (1,0)	0.20	0.23	-0.04
	(0.03)	(0.04)	(0.05)
Antal barn	1.63	1.69	-0.07
	(1.10)	(0.10)	(0.14)
Utbildningsnivå			
Lägre än gymnasium (1,0)	0.10	0.08	0.02
	(0.02)	(0.02)	(0 .03)
Gymnasium (1,0)	0.41	0.38	0.03
	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Högre än gymnasium (1,0)	0.48	0.54	-0.06
	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Pensionsgrundande inkomst			
PGI I (1,0)	0.97	0.95	0.02
	(0.01)	(0.02)	(0.02)
PGI II (1,0)	0.61	0.57	0.04
	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Sjukhistorik			
SA-dagar	63.4	59.7	3.62
	(32.0)	(32.0)	(45.4)
SA-dagar (netto 5 år)	27.1	60.5	-33.4
	(10.9)	(21.4)	(23.3)
SJP-dagar	80.6	89.1	-8.50*
	(2.91)	(3.34)	(4.41)
SJP-dagar (netto 5 år)	113	102	11.4
	(18.6)	(16.9)	(25.3)
Observationer	153	137	(290)

***(**)* signifikant på 1(5)10 procents signifikansnivå. Standardfel inom parentes.

3.3 Resultatens interna och externa validitet[10]

Syftet med att använda en randomiserad experimentdesign är att kunna studera orsaks- och verkanssamband mellan de genomförda insatserna och dess utfall. Man vill säkerställa en hög intern validitet som gör det möjligt att uttala sig om ett eventuellt orsakssamband. En källa till låg intern validitet kan vara systematiska mönster i selektion till åtgärder, det vill säga att en viss typ av individer är mer sannolika att delta i en åtgärd än andra. Det är viktigt att kunna utesluta att det är individegenskaper som leder till ett visst utfall. Man kan till exempel tänka sig att variabler som ålder, tidigare sjukfrånvaro och anställningsstatus påverkar framtida sjukfrånvaro. Inom ramarna för de aktuella projekten hanteras selektionsproblemet genom randomisering till behandling. Under antagandet om att kontroll- och behandlingsgrupp hade utvecklats på samma sätt under experimentets gång i frånvaro av behandling kan vi, i och med randomiseringen, använda kontrollgruppens utfall som det kontrafaktiska utfallet för behandlingsgruppen. Resultaten i avsnitt 3.2 indikerar att det inte finns några stora signifikanta skillnader mellan kontroll- och behandlingsgrupperna i de fyra projekten. Därmed kan vi konstatera att randomiseringen verkar ha fungerat relativt väl och inte innebär ett hot mot experimentens validitet.

För att kunna bidra med praktisk kunskap kring vilka åtgärder som främjar återgång i arbete för sjukskrivna kvinnor är det viktigt att även den externa validiteten är hög. Extern validitet är nödvändig för att det ska vara möjligt att generalisera resultaten till en större population, i det här fallet sjukskrivna kvinnor, och för att insatserna ska kunna appliceras på andra grupper. Till att börja med är det tydligt att de fyra projekten vänder sig till väldigt olika målgrupper. Det gör att projekten kommer att studeras var för sig i effektutvärderingen, men det får även konsekvenser för hur man kan se på den externa validiteten. Resultaten i den här utvärderingen kan framför allt kopplas till kvinnor ur den större populationen som passar in i respektive projekts målgrupp. Om man utgår från exempelvis projekt Vitalis och Aktivitetsbalans så vände sig Vitalis till kvinnor som riskerade att uppnå maxtiden i sjukförsäkringen och där majoriteten uppbar sjukersättning. Aktivitetsbalans å andra sidan hade anställda kvinnor som befann sig mellan dag 1-180 i sjukskrivningsperioden som målgrupp. Det finns anledning att misstänka att en viss typ av åtgärd inte har samma effekt på kvinnor i dessa olika målgrupper. Ytterligare en komplicerande faktor att ta hänsyn till är frivilligheten i behandling. För att undvika att medverkan i rehabiliteringsinsats skulle förlänga sjukfrånvaron och för att minska risken för bortfall var det ett önskemål från Försäkringskassan att det skulle finnas intresse hos de individer som sedan randomiserades. Inom ramarna för Aktivitetsbalans har man istället först randomiserat potentiella deltagare innan de har kontaktats. Det innebär att individer som blivit randomiserade till behandlingsgruppen kan ha varit omotiverade och därför inte tagit del av insatsen. Utfallen som vi skattar kan i så fall vara missvisande om avsikten är att generalisera till en större population

[10] Fokus för denna granskning rör möjligheterna att kunna uttala sig om orsakssamband, det vill säga om den effekt vi mäter verkligen motsvarar behandlingseffekten. Vi avser därmed inte validiteten i de valda utfallsmåtten utan effektutvärderingens giltighet.

där deltagande även i fortsättningen är frivilligt. Det är tänkbart att behandlingen skulle ge större effekt för individer som är tydligt motiverade att delta i insatsen.

4 Resultat

4.1 Resultat av behandling månad 1-30

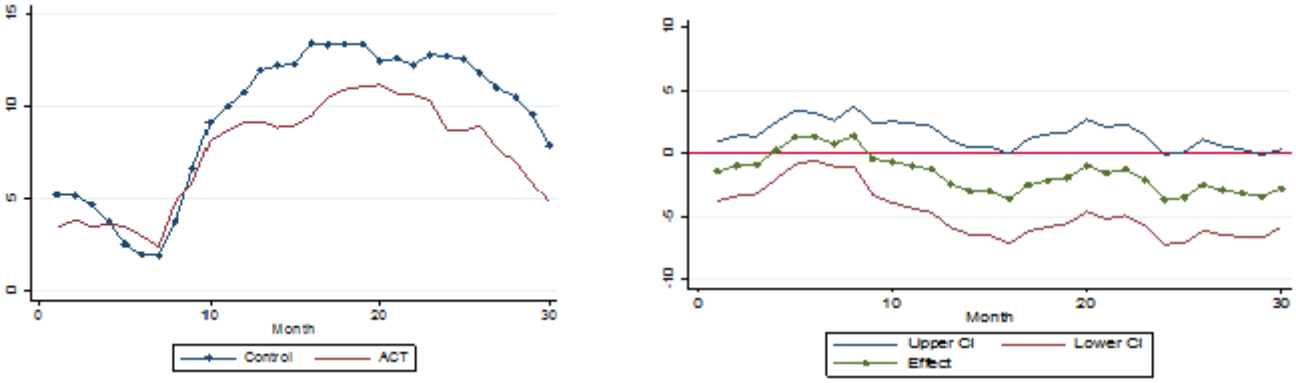
Avsnitt 3.2 visade att det finns ett fåtal förekomster av statistiskt säkerställda skillnader i individegenskaper mellan kontroll- och behandlingsgrupperna i de fyra projekten. I resultaten som presenteras i figur 1-15 har vi kontrollerat för individegenskaper. Tabell 5 i avsnitt 4.2 presenterar estimat för skattningar såväl med som utan individegenskaper för att hantera detta. Figur 1-10 (a) presenterar genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning samt andel som uppbär sjukersättning för de fyra projekten. Figur 11-15 (a) i Appendix A3 visar genomsnittligt antal nettodagar med sjukersättning. Figur 1-10 (b) visar den skattade skillnaden mellan kontroll- och behandlingsgruppen för genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning samt andel som uppbär sjukersättning och motsvarar därmed effekten av behandling. Figur 11-15 (b) i Appendix A3 visar den skattade skillnaden för genomsnittligt antal nettodagar med sjukersättning. *Upper CI* och *Lower CI* motsvarar 95 procents konfidensintervall. Skillnaden är statistiskt signifikant när bägge konfidensbanden befinner sig på samma sida av nollan på den vertikala axeln. Skattningarna som presenteras i figur 1-15 (b) bygger som sagt på en modell som inkluderar individegenskaper (kovariater). Samtliga modeller innehåller variablerna: ålder, antal barn, utrikesfödd, utbildning samt anställning[11]. För respektive utfall väljer vi att inkludera relevant information för motsvarande utfall innan behandling. För sjukpenning innebär det att vi inkluderar antal nettodagar 2005-2009 samt antal bruttodagar i pågående sjukfall vid randomisering. Vid skattning av sjukersättningsdagar samt andel med sjukersättning inkluderas motsvarande variabler för sjukersättning. Pensionsgrundande inkomst från förvärvs- respektive transfereringsinkomst från 2009 inkluderas vid skattning av motsvarande typ av inkomst för 2011.

För varje individ har vi delat upp 30-dagars intervall som motsvarar 1-30 månader efter randomiseringsstart. För en enskild deltagare har vi alltså delat upp perioden efter randomiseringsdatum i intervallen 0-29, 30-59, …, 870-899 dagar. Inom respektive intervall summerar vi nettodagar med den aktuella ersättningsformen och det är genomsnittet per grupp för varje period som redovisas i figurerna nedan. För en individ som kom in i projektet under 2011 innebär definition av tidsperiod att vi inte kommer kunna observera utfall för alla månader i perioden månad 12-30. Eftersom det är skillnaden mellan två randomiserade grupper som vi är intresserade är detta inte avgörande för resultatet även om skattningarna kan bli mindre precisa på lång sikt då vi har information om färre deltagare.

[11] Variabeln *anställning* exkluderas dock i skattningarna för Fyrklövern då vi saknar uppgifter om en stor andel av deltagarna.

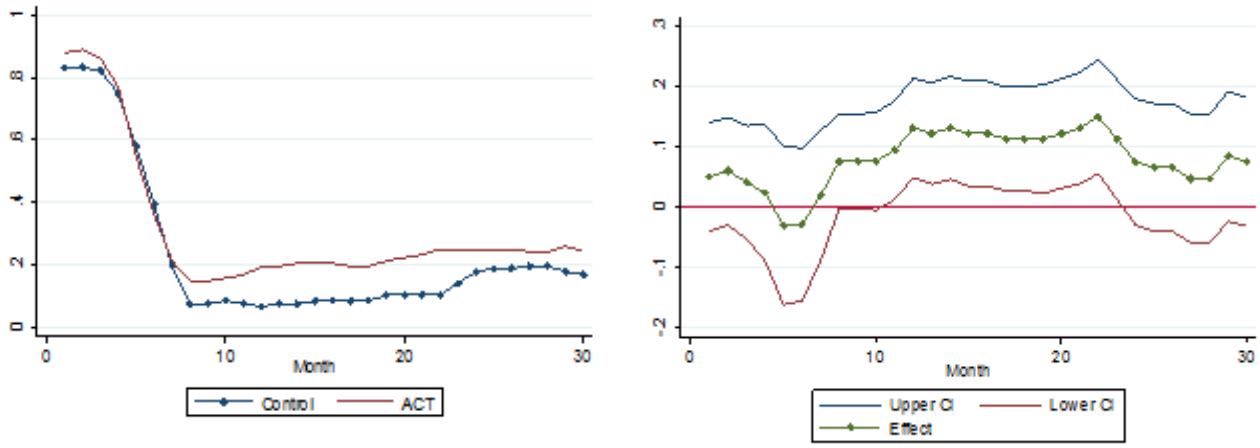
Figur 1. Vitalis ACT: nettodagar med sjukpenning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Figur 2. Vitalis ACT: andel med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30

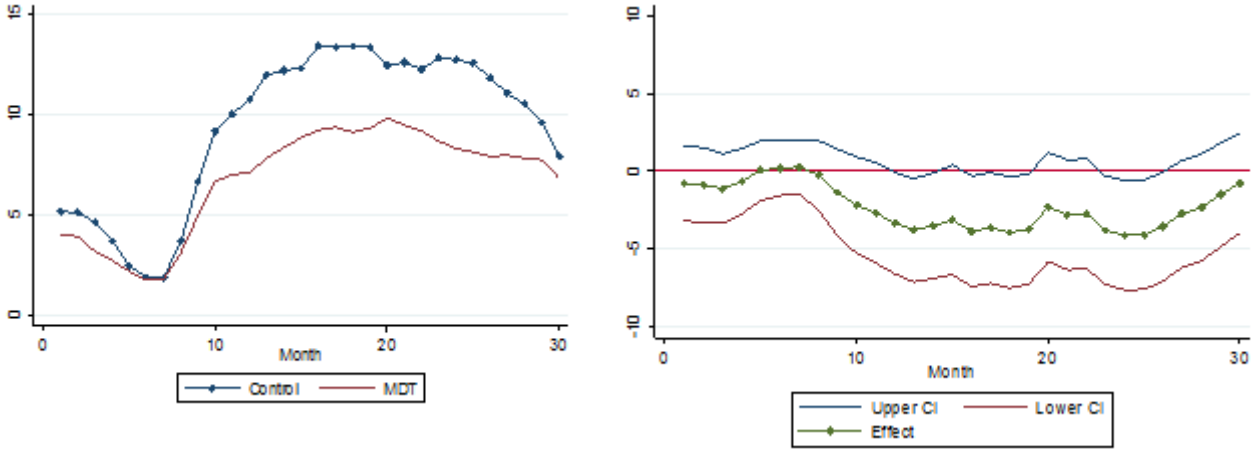


Figur 1-2 visar utfall för projekt Vitalis och jämför kontrollgruppen med behandlingsgruppen som fick ACT-terapi. En jämförelse mellan kontrollgruppen och MDT-gruppen återfinns i figur 3-4. Figurerna visar att det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar i alla grupper stiger ett par månader efter behandling för att sedan avta efter ungefär 20 månader. Det genomsnittliga antalet nettodagar är dock signifikant lägre för såväl ACT- som MDT-grupperna jämfört med kontrollgruppen. Motsvarande figurer för sjukersättning visar på en motsatt utveckling där andelen som uppbär sjukersättning sjunker i alla grupper. Det vi ser är en effekt av målgruppens sammansättning. Då målgruppen för projektet till största del bestod av individer med tidsbegränsad sjukersättning som närmade sig maxtiden i sjukförsäkringen så sjunker andelen i samband med att ersättningstiden löper ut. När individerna har genomfört arbetslivsintroduktion på tre månader har de möjlighet att ansöka om fortsatt ersättning från sjukförsäkringen. Det innebär att den effekt som vi kan registrera, med en ökning av nettodagar med sjukpenning och en minskning av andelen som uppbär sjukersättning, är insatsernas påverkan på återvändande till sjukförsäkringen i form av

sjukpenning eller stadigvarande sjukersättning. För både ACT- och MDT-gruppen ser vi att såväl andelen som det genomsnittliga antalet nettodagar (se figur 11-12 i Appendix A3) med sjukersättning är högre än för kontrollgruppen. Skillnaden är signifikant för jämförelsen mellan ACT-gruppen och kontrollgruppen.

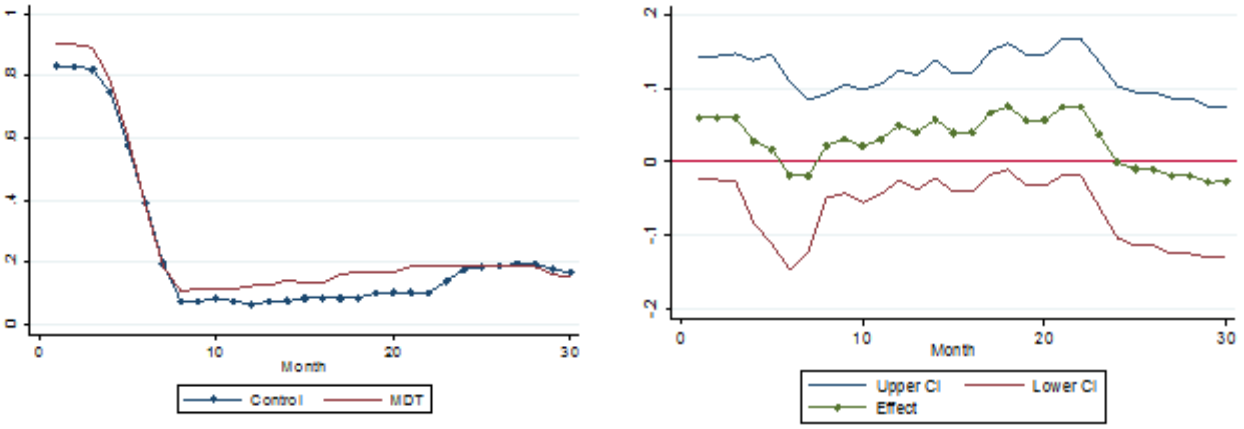
Figur 3. Vitalis MDT: nettodagar med sjukpenning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



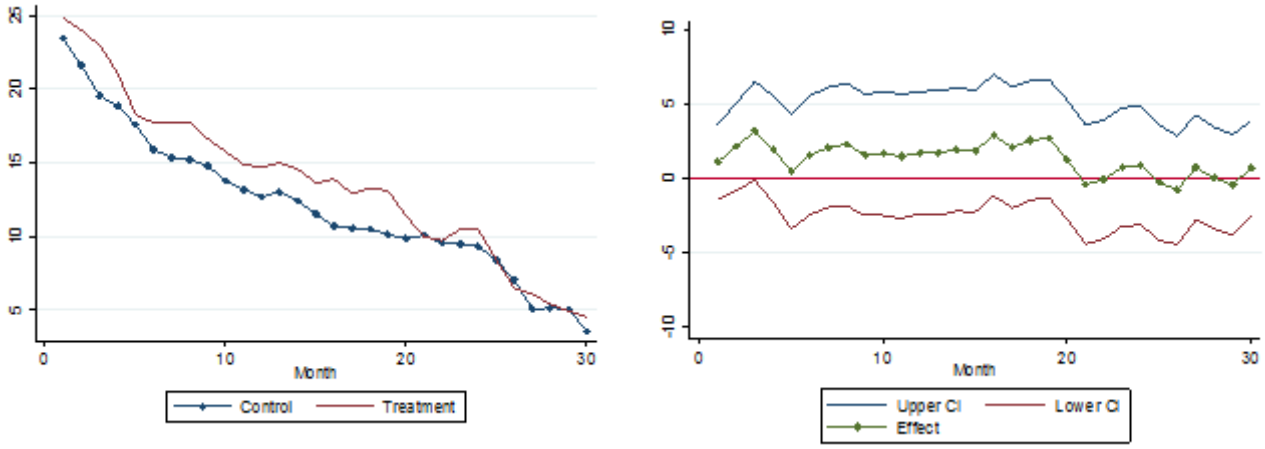
Figur 4. Vitalis MDT: andel med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



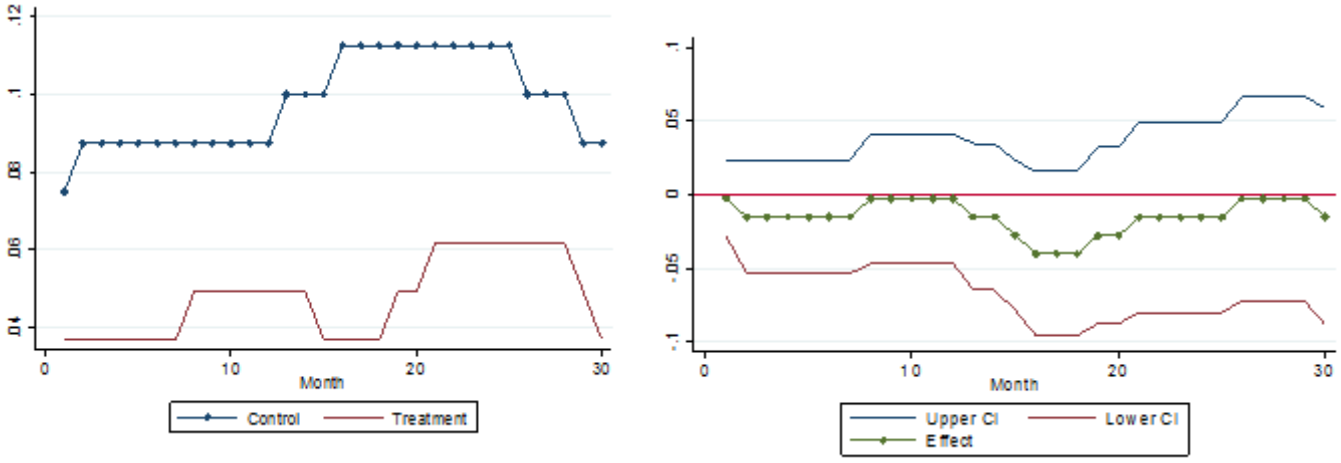
Figur 5. Signe: nettodagar med sjukpenning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Figur 6. Signe: andel med sjukersättning

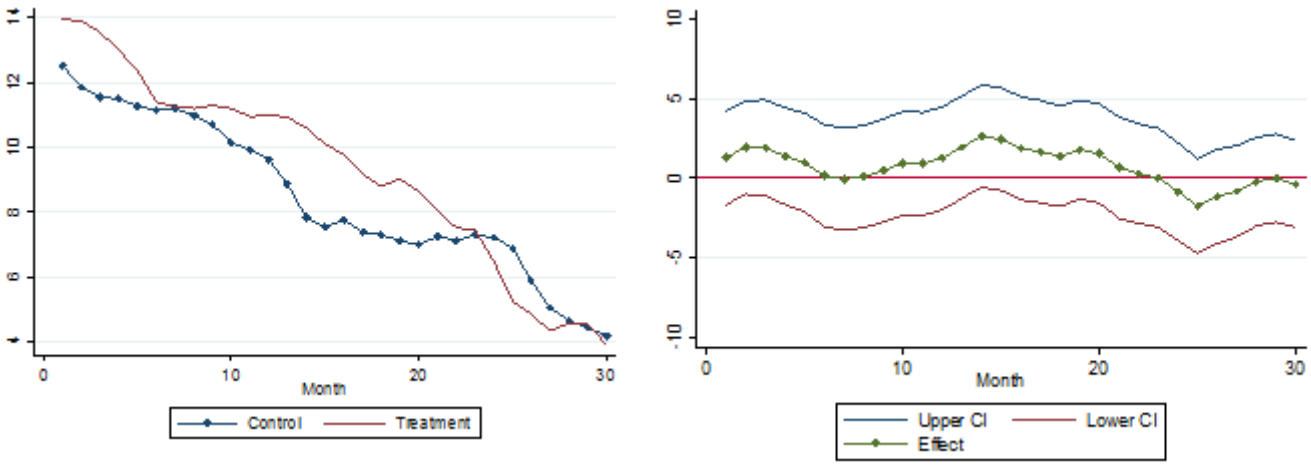
a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Utfallet för projekt Signe visas i figur 5-6. Vi ser att genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning minskar i både kontroll- och behandlingsgruppen. Behandlingsgruppen har dock över en stor del av den undersökta tidsperioden ett något högre genomsnitt, även om skillnaden inte är signifikant. De flesta deltagarna i projektet uppbar sjukpenning vid randomisering och befann sig mellan dag 1-365 i rehabiliteringskedjan. Det framgår tydligt om man ser till andelen som uppbär sjukersättning i figur 6 Den andelen är lägre i behandlingsgruppen, men skillnaderna är inte signifikanta då det är stor variation inom grupperna. Samma tendens är tydlig om vi ser till det genomsnittliga antalet nettodagar med sjukersättning (figur 13 i Appendix A3).

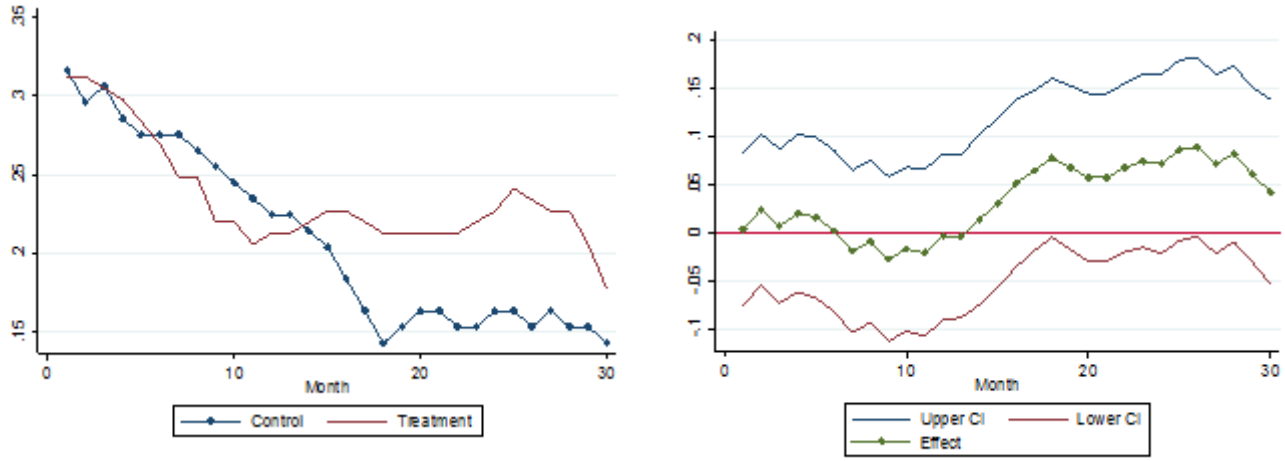
Figur 7. Fyrklövern: nettodagar med sjukpenning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Figur 8. Fyrklövern: andel med sjukersättning

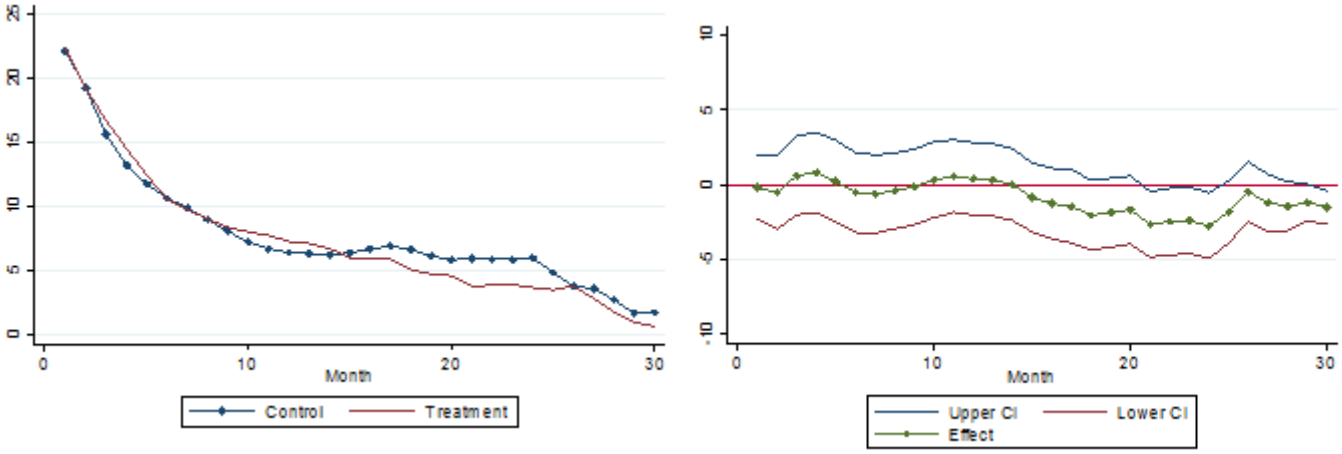
a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Figur 7-8 visar utfall för projekt Fyrklövern. En stor andel av Fyrklöverns deltagare uppbar vid randomiseringsdatum försörjningsstöd, vilket betyder att det är svårt att fokusera på exempelvis sjukpenning som utfallsmått. Figurerna visar dock att det sker en tydlig nedgång i sjukpenning över tid för både kontroll- och behandlingsgrupp. Behandlingsgruppen har i genomsnitt ett något högre antal nettodagar fram till slutet av mätperioden. Andelen som uppbär sjukersättning minskar under hela mätperioden för kontrollgruppen men stabiliseras på en något högre nivå för behandlingsgruppen (för genomsnittligt antal nettodagar se figur 14 i Appendix A3). Skillnaderna är inte signifikanta.

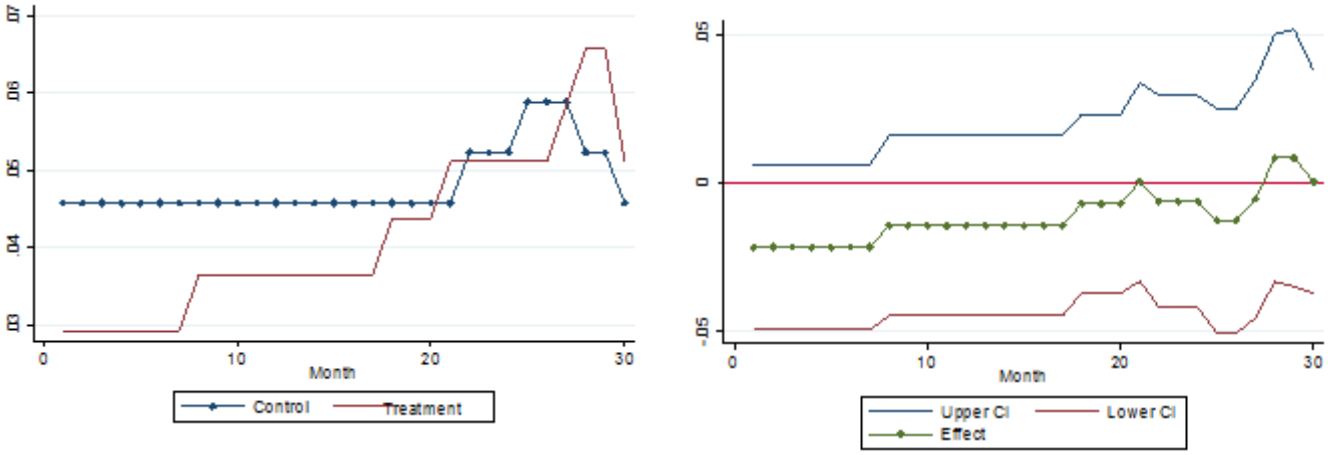
Figur 9. Aktivitetsbalans: nettodagar med sjukpenning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Figur 10. Aktivitetsbalans: andel med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Projekt Aktivitetsbalans redovisas i figur 9-10. Här har majoriteten av deltagarna sjukpenning och befinner sig mellan dag 1-180 i sjukskrivningsperioden. Figur 9 visar att genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning sjunker över tiden, samt att behandlingsgruppen på längre sikt har ett lägre genomsnitt. Skillnaden mellan grupperna är dock inte signifikant[12]. Andelen som har sjukersättning ökar över tiden men det är en mycket liten andel som uppbär sådan ersättning och det finns inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Vi ser samma utveckling för genomsnittligt antal nettodagar med sjukersättning som generellt ligger på en låg nivå över mätperioden (se figur 15 i Appendix A3).

[12] Se avsnitt 4.2 för en diskussion av resultatet.

4.2 Genomsnittlig effekt månad 12-30

I tabell 5 visas skattningar på utfallen kolumnvis: antal nettodagar med sjukpenning, huruvida en individ har sjukersättning (*SA*) och förekomst av pensionsgrundande förvärvs- (*PGI I*) respektive transfereringsinkomst (*PGI II*) år 2011. Tabell 7 i Appendix A3 visar motsvarande skattningar för antal nettodagar med sjukersättning för att möjliggöra en uppskatting av total sjukfrånvaro. Dessa resultat är sammanfattande genomsnittseffekter för skattningarna i figur 1-10 respektive 11-15. Den genomsnittliga effekten är beräknad för perioden 12-30 månader efter randomiseringsdatum. För varje projekt redovisas först medelvärdet för kontrollgruppen för motsvarande period. Medelvärdet presenteras för att kunna relatera den skattade effekten till kontrollgruppens situation som representerar utvecklingen i frånvaro av behandling. Sedan redovisas den skattade effekten per utfall från och med ett år efter randomisering. Precis som för skattningarna i avsnitt 4.1 kontrollerar vi för individegenskaper (kovariater). För varje behandlingsgrupp rapporterar vi även resultat från en skattning utan individegenskaper. I anslutning till diskussionen om respektive grupps utfall presenteras även resultaten från Sifo-undersökningen. För undersökningen är det ungefär hälften av deltagarna inom varje projekt som har svarat på frågorna, vilket gäller såväl för kontroll- som behandlingsgrupperna.

Resultaten för Vitalis redovisas högst upp i tabell 5. Vid en jämförelse med kontroll- och ACT-gruppen framgår att det finns signifikanta effekter på antal nettodagar med sjukpenning och andel som uppbär sjukersättning. På 10-procentsnivån minskar ACT-behandlingen antal nettodagar med sjukpenning. Inledningsvis var det endast ca 10 procent av deltagarna som uppbar sjukpenning men i och med att antalet nettodagar med sjukpenning ökar påtagligt i bägge grupperna efter randomisering är en signifikant skillnad mellan grupperna intressant. Samtidigt ökar andelen som uppbär sjukersättning signifikant för ACT-gruppen jämfört med kontrollgruppen. Gruppen som fick multidisciplinär teambedömning har ett signifikant lägre antal nettodagar med sjukpenning jämfört med kontrollgruppen. Kontrollgruppen har i genomsnitt 12 nettodagar och effekten av MDT-behandlingen är en minskning med 3,15 dagar. Det motsvarar en minskning av återflödet till sjukförsäkringen med 26 procent jämfört med kontrollgruppen för den aktuella tidsperioden[13]. För den här gruppen finns det inte några signifikanta effekter på andel med sjukersättning. Det finns inga signifikanta effekter på förekomst av pensionsgrundande förvärvs- eller transfereringsinkomst år 2011 i någon av behandlingsgrupperna inom projekt Vitalis. Resultaten från Sifo-undersökningen visar att 46 procent av de tillfrågade i behandlingsgruppen och 36 procent av de tillfrågade i kontrollgruppen uppgav anställning som

[13] Vi har använt randomiseringsstatus i skattningarna då vi inte på ett tillfredsställande sätt kan kontrollera för faktisk behandlingsstatus. Genom att använda information från projekt Vitalis om bortfall kan vi dock ”skala upp” effekten genom att dela den skattade koefficienten med andelen som fick behandling. För MDT-gruppen redovisas ett bortfall på 26 personer, vilket innebär att det var ca 77 % (86 av 112) av de som randomiserades till MDT-gruppen som deltog i behandling. Vi får därför en effekt som motsvarar: 3,15/0,77 = 4,10 nettodagar. I procentuell effekt motsvarar detta en minskning med 34 %. Se till exempel Bloom (2006) för en härledning av effekten av behandling för de som faktiskt deltar i behandling: TOT = ITT/E(D|Z=1).

sysselsättning efter projektet. Majoriteten uppgav även anställningen som huvudsaklig inkomstskälla. Utöver anställning var de mest frekventa svaren sjukskrivning med sjukersättning och sjukskrivning med sjukpenning. Inom Vitalis utökade man urvalsgruppen i december 2010 till att inkludera personer som redan befann sig i annan samverkan. Det är möjligt att tänka sig att dessa insatser spelar in i de behandlingsresultat som vi analyserar här. Med tanke på randomiseringsförfarandet ska det dock inte finnas några systematiska skillnader mellan kontroll- och behandlingsgrupperna, vilket gör att vi ändå kan fånga den aktuella behandlingseffekten då kontrollgruppen symboliserar den kontrafaktiska utvecklingen för behandlingsgruppen.

Skattningarna för projekt Signe visar inte några signifikanta resultat för de valda utfallsmåtten. Antal nettodagar med sjukpenning minskar över tiden i kontroll- och behandlingsgruppen, men det finns inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Vad gäller förekomst av sjukersättning har kontrollgruppen såväl större omfattning (se tabell 7 i Appendix A3) som andel. Andelen är dock mycket liten och det finns inga signifikanta skillnader. Resultaten på förekomst av pensionsgrundande förvärvs- respektive transfereringsinkomst visar att det inte finns någon signifikant effekt av behandlingen. Resultaten från Sifo-undersökningen visar att de vanligaste inkomstkällorna bland deltagarna är anställning följt av sjukskrivning med sjukpenning. Detsamma gäller för huvudsaklig sysselsättningsform. Bland de som har svarat är andelen som uppger anställning högre i kontrollgruppen än i behandlingsgruppen.

Resultaten för projekt Fyrklövern visar att det inte finns några signifikanta effekter av behandling på de valda utfallsmåtten. Figur 10-12 visade att det genomsnittliga antalet nettodagar med sjukpenning minskade i både kontroll- och behandlingsgrupp men att det inte fanns några signifikanta skillnader. Detsamma gäller för sjukersättning även om kontrollgruppen har en lägre andel och omfattning (se tabell 7 i Appendix A3) på lång sikt. Vid projektstart var det många av deltagarna i Fyrklövern som uppbar försörjningsstöd. Det gör att det inte nödvändigtvis är relevant att studera effekten på utfallsmåtten för sjukpenning och sjukersättning. Skattningarna på pensionsgrundande förvärvs- och transfereringsinkomst visar dock inte heller några signifikanta effekter av behandling. Under projektet samlade man in dataunderlag på ekonomiskt bistånd till individer som deltog i Fyrklövern för att kunna utvärdera effekten på återgång till arbete. Informationen som samlades in är dock inte fullständig och mätperioden efter avslutat projekt varierade mycket mellan deltagarna. Eftersom försörjningsstöd inte är pensionsgrundande har vi därför valt att fokusera på just pensionsgrundande inkomst för 2011. Att uppbära försörjningsstöd motsvaras därmed av att inte ha en pensionsgrundande inkomst. Vid en jämförelse med resultaten av Sifo-undersökningen framgår även att deltagarna i Fyrklöverns behandlingsgrupp i större utsträckning än någon annan grupp uppger annan typ av huvudsaklig inkomst än sjukpenning, sjukersättning och arbete. För experimentgruppen är skillnaden mot de andra grupperna dock inte lika stor. Jämfört med de andra projekten är det i både kontroll- och behandlingsgrupp en mindre andel som har inkomst från arbete som huvudsaklig inkomstkälla efter projektet. Med tanke på att deltagarna i Fyrklövern i detta avseende skilde sig från de övriga projektdeltagarna redan innan randomisering är det dock svårt att dra några slutsatser av en jämförelse med övriga projekt.

Resultaten för Aktivitetsbalans visar en effekt på antal nettodagar med sjukpenning som är signifikant på 10-procentsnivån. Signifikansen är dock helt beroende av att vi inkluderar variabeln *anställd*, när den exkluderas är effekten inte längre statistiskt säkerställd. Aktivitetsbalans vände sig till sjukskrivna kvinnor som hade en anställning vid randomisering. Det är därför rimligt att utgå från att det inte finns anledning att kontrollera för anställning vid skattning av effekten. Skattningarna på de övriga utfallsmåtten visar inte heller på några signifikanta skillnader efter behandling. Resultaten från Sifo-undersökningen visar att det är en signifikant större andel av deltagarna i Aktivitetsbalans än i de andra projekten som uppger anställning som sysselsättning och huvudsaklig inkomstkälla. Andelen som uppger anställning är något högre i behandlingsgruppen än kontrollgruppen, men det är även en större andel av deltagarna i behandlingsgruppen som har svarat på undersökningen vilket gör det svårt att dra några slutsatser utifrån detta.

Vi har här presenterat resultaten av en effektutvärdering på sjukfrånvaro och återgång till arbete efter behandling. I anknytning till effektskattningarna har även svaren från en kompletterande Sifo-undersökning diskuterats. Resultaten från skattningarna är genomgående svaga och det är endast ett projekt, Vitalis, som uppvisar signifikanta resultat. Inom Vitalis leder den multidisciplinära behandlingsformen till en minskning av genomsnittligt antal nettodagar med sjukpenning. Till skillnad från den andra behandlingsformen med ACT-terapi leder den multidisciplinära teambehandling inte heller till en ökning av andelen som uppbär sjukersättning. Inom ramarna för regeringsuppdraget har effektutvärderingen fokuserat på effekter på sjukfrånvaro och, i den mån det är möjligt, återgång till arbete. Man kan dock tänka sig att projekten har haft andra effekter på deltagarna som inte fångas upp med de valda utfallsmåtten, men som ändå kan tänkas underlätta återgång till arbete på lång sikt. En av frågorna i Sifo-undersökningen rörde just huruvida deltagarna upplevde att insatserna hade bidragit till att öka deras arbetsförmåga eller möjligheter att återgå till arbete eller annan syssla. I de fyra projekten svarar mellan 22 och 63 procent att insatserna inte alls har hjälpt. Mellan 12 och 32 procent svarar delvis, medan 11 och 37 procent upplever att insatserna har hjälpt mycket. Bland dem som svarar positivt på frågan utmärker sig deltagarna i Fyrklöverns behandlingsgrupp. De är överrepresenterade bland de som svarar att de upplever sig delvis eller mycket hjälpta, men resultaten bör tolkas försiktigt med tanke på att det endast är knappt hälften av deltagarna som har svarat. Deltagarna i Vitalis behandlingsgrupper är å andra sidan överrepresenterade bland dem som inte upplever sig hjälpta av insatserna. Resultaten för Vitalis bör också tolkas försiktigt då de två olika behandlingsformerna här behandlas som en grupp - det är alltså inte möjligt att urskilja resultaten för ACT- respektive MDT-gruppen. Oavsett så indikerar resultaten att det är viktigt att ta hänsyn till var deltagarna befinner sig i sjukskrivningsprocessen. Hur snabbt man kan förvänta sig att behandlingen får effekt och vilka effekter som är rimliga bör i sin tur bedömas utifrån detta.

Tabell 5. Skattningar på genomsnittlig behandlingseffekt 12-30 månader efter randomisering.

	Utfall			
Projekt	Sjukpenningdagar (netto)	SA (1,0)	PGI I (1,0)	PGI II (1,0)
Vitalis				
Kontroll (genomsnitt)	11.96	0.13	0.64	0.99
	[13.4]	[0.33]	[0.48]	[0.10]
ACT	-2.79*	0.11**	-0.02	-0.03
	(1.51)	(0.04)	(0.05)	(0.02)
ACT (utan kovariater)	-2.83*	0.10**	-0.08	-0.03
	(1.48)	(0.05)	(0.07)	(0.02)
ACT effekt i %	-23 %	+85 %	-	-
MDT	-3.15**	0.03	0.02	-0.01
	(1.48)	(0.04)	(0.05)	(0.02)
MDT (utan kovariater)	-3.47**	0.04	0.04	-0.01
	(1.47)	(0.04)	(0.06)	(0.02)
MDT effekt i %	-26 %	-	-	-
Signe				
Kontroll (genomsnitt)	9.17	0.10	0.75	0.94
	[12.6]	[0.31]	[0.43]	[0.24]
Behandling	0.97	-0.02	0.00	0.03
	(1.46)	(0.03)	(0.05)	(0.03)
Behandling(utan kovariater)	1.30	-0.05	-0.03	0.04
	(1.50)	(0.04)	(0.07)	(0.03)
Fyrklövern				
Kontroll (genomsnitt)	6.87	0.17	0.27	0.72
	[12.2]	[0.38]	[0.44]	[0.45]
Behandling	0.40	0.05	0.01	0.05
	(1.18)	(0.04)	(0.05)	(0.05)
Behandling(utan kovariater)	0.76	0.05	0.05	0.04
	(1.27)	(0.05)	(0.06)	(0.06)
Aktivitetsbalans				
Kontroll (genomsnitt)	5.21	0.05	0.96	0.93
	[9.92]	[0.22]	[0.19]	[0.25]
Behandling	-1.33*	-0.01	0.00	-0.00
	(0 .80)	(0.01)	(0.02)	(0.03)
Behandling(utan kovariater)	-0.92	-0.00	-0.00	-0.01
	(0.83)	(0.02)	(0.02)	(0.03)

***(**)* signifikant på 1(5)10 procents signifikansnivå. Standardfel inom parentes. Standardavvikelse inom klamrar. Vi visar procentuell förändring för signifikanta effekter inom projekt Vitalis.

Anm.: Sjukpenningdagar mäts i *antal* nettodagar. Variablerna SA, PGI I och PGI II mäter istället *andelen* som uppbär sjukersättning respektive pensionsgrundande förvärvs- eller transfereringsinkomst.

4.3 Kostnadseffektivitet

Inom ramarna för regeringsuppdraget ingick även att utvärdera kostnadseffektiviteten av de genomförda rehabiliteringsinsatserna. Uppgifterna i tabell 6 baseras på Försäkringskassans dokument om beviljade anslag samt projektens rapporter.

Tabell 6. Finansiering och styckkostnad per deltagare.

	Vitalis[14]	Signe[15]	Fyrklövern	Aktivitetsbalans
Beviljade medel (FK)	6 467 650	7 016 877	8 025 084	2 760 000
Utnyttjade medel	7 522 650	6 261 827	8 160 774	2 228 468
Extern finansiering	1 055 000	-	135 690	-
Kostnad/deltagare (FK)	29 398	77 306	56 915	16 266
Kostnad/deltagare (total)	34 194	-	57 879	-

Som tabellen visar varierar kostnaderna relativt mycket mellan de olika projekten. Då projekten även varierar mycket i behandlingsform och målgrupp är kostnaderna dock inget som kan jämföras rakt av. För att utvärdera effektiviteten vill vi optimalt relatera kostnaden till projektets utfall. Tabell 5 visade resultaten från skattningar av behandlingseffekt. Det projekt som hade en robust signifikant effekt var Vitalis. Vi såg att andelen som uppbar sjukersättning minskade i samband med att individerna uppnådde maxtid i sjukförsäkringen och hade genomfört arbetslivsintroduktion. Samtidigt skedde en ökning i antal nettodagar med sjukpenning vilket tyder på att många individer återvände till sjukförsäkringen med sjukpenning som ersättningsform. I skattningarna kunde vi se att behandlingsgrupperna hade ett signifikant lägre antal nettodagar med sjukpenning jämfört med kontrollgruppen. Minskningen i antal nettodagar med sjukpenning gäller för bägge behandlingsgrupperna, men för ACT-gruppen skattar vi även en signifikant ökning i andel med sjukersättning efter ett år. MDT-behandlingen inom ramarna för Vitalis visar dock enbart på en signifikant minskning i antal nettodagar med sjukpenning. Jämfört med kontrollgruppen uppvisade behandlingsgruppen över tidsperioden 12-30 månader efter randomiseringsdatum en genomsnittlig minskning med 26 procent. För att få en grov uppskattning om hur kostnaderna för detta projekt förhåller sig till besparingarna i form av färre sjukdagar använder vi information från Vitalis samt genomsnittligt belopp per utbetald nettodag för kvinnor[16]. För perioden 12-30 månader mäter vi en genomsnittlig minskning med 3,15 nettodagar per månad. Om vi utgår från den tidsperioden ger det en total minskning med 3,15×19 = 59,85 nettodagar. Utifrån en medelersättning

[14] Beräkningarna gäller Vitalis i sin helhet. En separat kostnadsberäkning för MDT-gruppen görs i texten.

[15] Styckkostnaden inkluderar här även kostnader för behandlingar som gick till kontrollgruppen.

[16] Genomsnittet innefattar sjukpenning och rehabiliteringspenning för kvinnor år 2012.

på 500 kr får vi en kostnadsbesparing på 59,85×500 = 29 925 kronor. För en kostnadsberäkning utgår vi från Vitalis uppskattning av kostnaderna uppdelade på behandlingsform. Den beräknade kostnaden för multidisciplinär teambehandling är 4 600 000 kr. Den uppskattade kostnaden för ACT-behandlingen är 2 900 000 kr. Utifrån den totala kostnaden 7 522 650 drar vi bort de uppskattade kostnaderna per projekt och delar resterande kostnader för två[17]. Till den kostnaden läggs den beräknade teamkostnaden vilket ger en total kostnad på 4 611 325 kr för teambehandlingen. Vi delar den kostnaden på antal deltagare (112 stycken) och får en styckkostnad på 41 173 kr. Den uppskattade kostnaden dras från besparingen vilket ger: 29 925 – 41 173 = -11 248 kr. Med tanke på att vi enbart har räknat med direkta besparingar i sjukförsäkringen är det rimligt att anta att utfallet skulle se mer lovande ut i en fullständig offentligfinansiell kostnadsanalys. Andra potentiella besparingar eller vinster är ett lägre produktionsbortfall, lägre belastning för hälso- och sjukvården samt ökad nytta och välbefinnande för individen. Det är även värt att notera att de redovisade besparingarna bygger på resultaten vi ser för den aktuella tidsperioden 12-30 månader efter randomiseringen. Om effekten skulle bestå över en längre tid skulle det leda till större besparingar.

För Aktivitetsbalans skattar vi en signifikant effekt på antal nettodagar med sjukpenning efter ett år. Effekten är dock enbart signifikant på 10 procentnivån och försvinner när vi exkluderar variabler som mäter observerbara egenskaper och kännetecken. Framför allt är resultatet känsligt för exkluderandet av variabeln *anställd*. Eftersom alla deltagare ska ha haft anställning vid projektstart innebär detta att resultaten inte är tillräckligt robusta för att användas som underlag för att beräkna en besparing i sjukförsäkringens utgifter.

Med tanke på de relativt svaga resultaten och de påtagligt varierande projekten är det svårt att uttala sig om kostnadseffektiviteten hos de övriga insatserna. Det finns även andra vinster såväl som kostnader förknippade med projektet, något som vi inte har möjlighet att mäta. Vi väljer därför att enbart redovisa styckkostnaden i tabell 6 här då den ger en överblick av hur kostnaden för antal behandlade deltagare ser ut för respektive projekt.

[17] Vi antar därmed att administrativa kostnader etc. kan anses vara jämnt fördelade över de två behandlingsformerna.

5 Diskussion och slutsatser

Den här rapporten har analyserat effekterna av fyra randomiserade experiment med syfte att minska kvinnors sjukfrånvaro. Vi finner att den multidisciplinära teambehandlingen inom projekt Vitalis ger signifikanta effekter på antal nettodagar med sjukpenning. Det som utmärker MDT-behandlingen i Vitalis är att den i hög grad är individanpassad. Även för ACT-behandlingen ser vi positiva effekter på antal nettodagar med sjukpenning men dessa effekter motverkas av signifikanta ökningar i andelen som uppbär sjukersättning för motsvarande period. För de tre andra experimenten uppmäter vi inte några signifikanta effekter.

Hur kan vi förklara bristen på effekter i de övriga projekten? Projekt Signe använde också en multidisciplinär teambedömning och är därmed det projekt som i högst grad liknar MDT-behandlingen i Vitalis. Ett viktigt inslag i Signe var dock att kontrollgruppen, utöver ordinarie handläggning, fick möjlighet att ta del av inköpta tjänster som normalt inte står till den sjukskrivnes förfogande. Det är därför något missvisande att tala om en jämförelse mellan ordinarie handläggning och behandling. Utan tillgång till dessa tjänster är det möjligt att kontrollgruppen hade haft en annan utveckling. En intressant aspekt är hur kompositionen av deltagare skiljer sig mellan Signe och Vitalis med avseende på pågående sjukfall. I Vitalis riskerade alla deltagarna att uppnå maxtiden i sjukförsäkringen vilket innebar att de befann sig vid en kritisk punkt i sjukfallet. Deltagarna i Signe var istället relativt jämnt fördelade över dag 1-365 i rehabiliteringskedjan. Det är möjligt att tänka sig att det faktum att deltagarna i Vitalis befann sig i ett särskilt kritiskt skede (som i flera fall även innebar en påtvingad förändring) vid insatsen gjorde att de var mer mottagliga för eller hade större nytta av insatsen. Detta är dock enbart en hypotetisk förklaring till det observerade resultatet och det vore därför intressant att studera effekten på målgrupperna från Signe och Vitalis i en design där bägge kontrollgrupperna erhöll ordinarie handläggning.

Projekt Fyrklövern diskuterades kortfattat i resultatdelen. Det finns inga signifikanta effekter av behandling på utfallsmåtten, men däremot visade Sifo-undersökningen att deltagarna i Fyrklöverns experimentgrupp i relativt stor utsträckning upplevde att deras arbetsförmåga hade förbättrats. Detta tillsammans med förlängningen av insatsen gör det möjligt att en utvärdering på längre sikt skulle kunna påvisa resultat som är mer i linje med deras upplevelse[18]. I projektets slutrapport (Fyrklövern, 2011) framgår att det inledningsvis fanns kritik mot att kombinera de två valda behandlingsformerna utan något mellansteg. I samband med att Fyrklöverns deltagare var sjukare än beräknat och stod långt från arbetsmarknaden är det också möjligt att det blev ett för stort steg i rehabiliteringsprocessen för de aktuella deltagarna.

Vi kunde inte heller uppmäta några signifikanta effekter för projekt Aktivitetsbalans i Malmö. Ett utmärkande drag för Aktivitetsbalans var att målgruppen bestod av kvinnor som hade en anställning att återgå till och som

[18] Se exempelvis Card et al (2009) för en metaanalys av arbetsmarknadspolitiska program och deras kortsiktiga respektiva långsiktiga effekter som motiverar en uppföljning på längre sikt.

befann sig mellan dag 1-180 i sjukskrivningsperioden. Jämfört med de övriga experimenten var deltagarna därmed både friskare och befann sig närmare arbetsmarknaden. En möjlig förklaring till avsaknaden av effekter är att kvinnorna i den här gruppen skulle ha minskat sin sjukfrånvaro och återgått till arbete även i avsaknad av insats. Vardagsrevidering syftar dock också till att återgången till arbete ska vara långsiktigt hållbar. Om insatsen leder till att de behandlade kvinnorna i lägre utsträckning drabbades av sjukfrånvaro på lång sikt skulle även det vara ett önskvärt resultat. I den här utvärderingen är vi dock begränsade till att mäta maximalt upp till 30 månader efter randomisering.

Vi finner - med undantag för projekt Vitalis - genomgående en brist på effekt av behandling och har nämnt några aspekter i koppling till varje projekt som kan bidra till förståelse för resultaten. Något som vi inte explicit har berört är individens motivation och hur den kan påverka utfallet. Motivation och att insatsen upplevs som relevant framstår som viktiga aspekter för en framgångsrik rehabilitering. De fyra studerade projekten vänder sig till olika målgrupper där individerna har varierande förutsättningar utifrån sjukfrånvarons längd, typ av ersättning och arbetsmarknadsstatus. Motivationen kommer i sin tur sannolikt att variera mycket mellan individer utifrån deras specifika förutsättningar. Risken för inlåsningseffekter och att deltagaren befäster sin identitet som sjuk är ytterligare aspekter som sannolikt varierar med både målgrupp och typ av insats. Det är viktigt att ta hänsyn till de förutsättningar som varje målgrupp har och relatera förväntad behandlingseffekt till dessa. Bristen på positiva resultat i den här rapporten innebär att vi inte hittar någon behandlingseffekt för de aktuella målgrupperna med de valda utfallsmåtten. Det betyder inte nödvändigtvis att det inte finns några effekter av de rehabiliteringsinsatser som har testats. Det är generellt svårt att isolera behandlingseffekter för individer som redan omfattas av mer eller mindre aktiva åtgärder. Randomiseringsförfarandet möjliggör en sådan analys i den här rapporten, men för att vidare kunna dra slutsatser om lämpliga rehabiliteringsinsatser vore det intressant med en mer riktad experimentdesign. En möjlighet vore att utgå från en specifik målgrupp för att se vilka insatser som är mest lämpliga utifrån den gruppens förutsättningar. En annan utgångspunkt vore att istället försöka utreda för vilka målgrupper en viss insats är passande.

Avslutningsvis vill vi betona vikten av att vid utformningen av framtida experiment vara tydlig med man vill åstadkomma och utvärdera. Detta är viktigt för att kunna utföra en relevant effektutvärdering. Andra lärdomar inför kommande projekt är vikten av att motivera randomiseringsförfarandet för handläggare och andra som är inblandade i urvalsprocessen samt att planera tillräckligt med tid för genomförande av projekten. Karaktären på de fyra projekten motiverar även en uppföljning på något längre sikt. Det vore därför av intresse att förlänga uppföljningstiden i en ny rapport framöver. Vi kommer att fördjupa och utveckla en diskussion kring viktiga erfarenheter från den här studien i en Socialförsäkringsrapport någon gång efter sommaren.

Referenser

Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson, A-S., Johansson, P., Lindahl, E. och Winblad, U. (2008). *Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning*. IFAU Rapport 2008:8.

Anderzén, I. och Halvarsson, Å. (2011), *Signe – projekt för att ge sjukskrivna kvinnor bättre förutsättningar att återgå i arbete. Slutrapport till Försäkringskassan,* Stockholm: Samordningsförbundet Östra Södertörn.

Anderzén, I. och Lytsy, P. (2011), *Vitalisprojekt- 2010-2011. Slutrapport*, Uppsala: Samordningsförbundet Uppsala Län.

Bjerstedt, D. (2005), ”Kvinnors långtidssjukskrivningar”, kapitel 5 i *Sjuk-Sverige: Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från Arbetsmarknaden*, red Hetzler, A., Melén, D., och Bjerstedt, D. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.

Bloom H S. (2006). *The Core Analytics of Randomized Experiments for Social Research*. MDRC Working Papers on Research Methodology.

Card, D., Kluve, J. och Weber, A. (2009). “Active Labor Market Policy Evaluations: A Meta-analysis”. *CESifo Working Paper No. 2570, Category 4: Labor Markets*.

Card, D., Ibarrarán, P. och Villa, J.M. (2011). ”Building in an Evaluation Component for Active Labor Market Programs: A Practitioner’s Guide”, *IZA Discussion Paper No. 6085*.

Finsam (2011), *Slutrapport Aktivitetsbalans*, Malmö: Finsam.

Frölich, M., Heshmati, A. och Lechner, M. (2004). ”A Microeconometric Evaluation of Rehabilitation of Long-Term Sickness in Sweden”, *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 19, s. 375-396.

Fyrklövern (2011), *Fyrklövern – ett projekt som ger nya möjligheter till sjukskrivna kvinnor. Slutrapport*, Göteborg: Fyrklövern.

Försäkringskassan (2004). *Vägledning 2004:2. Version 20*.

Försäkringskassan (2009). *Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå. Pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete*. Socialförsäkringsrapport 2009:6.

Försäkringskassan (2010). *Utvärdering av handläggningsprocessen inför deltagande i aktiv insats. En försöksverksamhet med alternativa insatser för långtidssjukskrivna*. Socialförsäkringsrapport 2010:12.

Försäkringskassan (2011a), *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen?*, Socialförsäkringsrapport 2011:4.

Försäkringskassan (2011b). *En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01*. Socialförsäkringsrapport 2011:15.

Försäkringskassan (2012a), ”Socialförsäkringen i siffror 2012”.

Försäkringskassan (2012b). *Försäkringskassans uppföljning av sjukförsäkringsreformen*, delredovisning – november 2012, Dnr 034522-2012.

Försäkringskassan (2013). *Aktivitetsersättning – en väg till arbete? En systematisk litteraturöversikt*. Socialförsäkringsrapport 2013:3.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2012). *Rehabiliteringsgarantin*. Rapport 2012:17.

Johansson, P., Aydin, E., Bergendorff, S., Granqvist, N., Josephson, M. och Sohlberg, I. (2011), ”Arbetslivsinriktad rehabilitering”, Underlagsrapport nr. 7 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:4).

Jönsson, L. och Skogman Thoursie, P. (2012). *Kan privatisering av arbetslivsinriktad rehabilitering underlätta återgång i arbete?* IFAU Rapport 2012:3.

Liljeberg, L. och Mörk, E. (2011). *Fattig, sjuk och arbetslös – en beskrivning av personer i kläm mellan stat och kommun*. IFAU Rapport 2011:17.

Mörk, E. (2011). *Från försörjningsstöd till arbete – Hur kan vägen underlättas?* IFAU Rapport 2011:6.

OECD (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A synthesis of findings across OECD countries.* OECD Publishing.

OECD (2013). Mental Health and Work: Sweden. OECD Publishing.

Proposition 2011/12:1, *Förslag till statens budget för 2012. Utgiftsområde 10*. Stockholm: Finansdepartementet.

Proposition 2012/13:1, *Förslag till statens budget för 2013. Utgiftsområde 10*. Stockholm: Finansdepartementet.

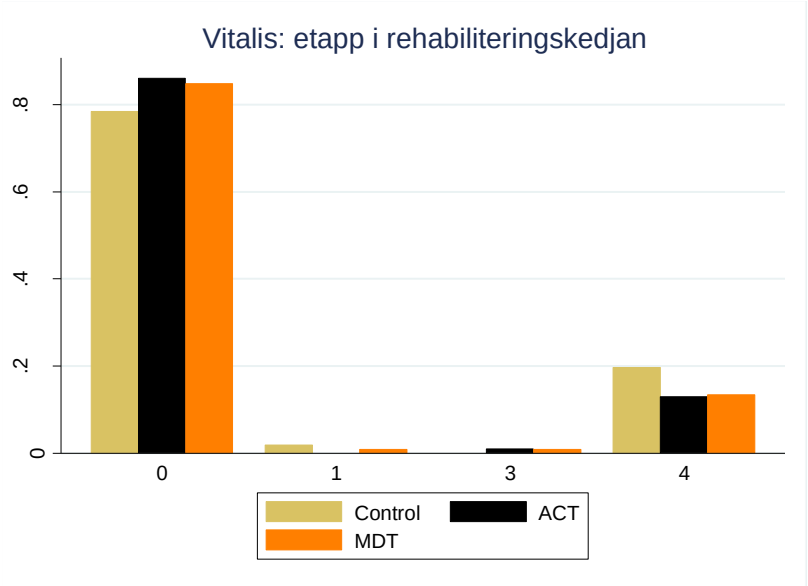
Appendix

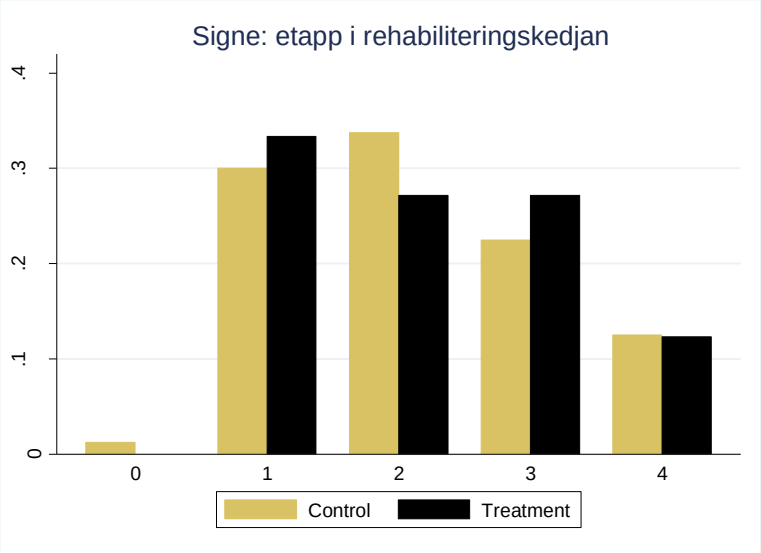
A1 Etapp i rehabiliteringskedjan

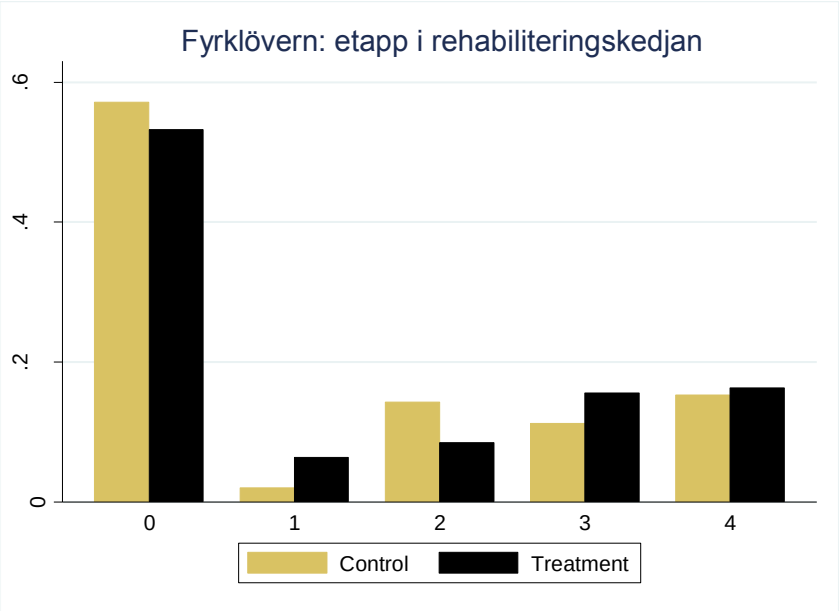
Rehabiliteringskedjan kan delas in i tre etapper (etapp 0 innebär att personen inte uppbär sjukpenning vid randomiseringsstart) med olika innehåll (Försäkringskassan, 2011b). Etapp 1 innefattar de första 90 dagarna av pågående sjukskrivning. Under den perioden utreds om individen kan återgå till sitt vanliga arbete. Försäkringskassan ska under etapp 1 även undersöka om det finns möjlighet att anpassa arbetssituationen så att individen kan återgå trots sjukdom. För att ha rätt till sjukpenning ska individen varken kunna utföra sitt vanliga arbete eller annat arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan ordna. Redan från ett tidigt skede ska Försäkringskassan tillsammans med individen ta fram en plan för återgång till arbete. Om det bedöms relevant kan det även vara aktuellt för Försäkringskassan att kalla till avstämningsmöte med en tredje part, till exempel läkare eller representant från Arbetsförmedlingen. Den andra etappen pågår mellan dag 91-180 och under den perioden ska möjligheten för arbetsgivaren att erbjuda en omplacering utredas. För fortsatt rätt till sjukpenning krävs att individen inte har möjlighet att utföra något arbete hos den befintliga arbetsgivaren. Vid risk att individen inte kommer att kunna återgå till någon typ av arbete hos den befintlige arbetsgivaren innan dag 181 kan Försäkringskassan hjälpa individen att få kontakt med Arbetsförmedlingen. Dag 181 inleder sedan den tredje etappen som pågår till och med dag 365. Nu utreds om individens arbetsförmåga kan tas tillvara utanför den ordinarie arbetsplatsen. För fortsatt rätt till sjukpenning under den tredje etappen gäller att individen inte ska bedömas klara av ett arbete på den vanliga arbetsmarknaden. Undantag från den principen kan göras om det bedöms mycket sannolikt att individen kommer att kunna återgå till sin normala arbetsplats innan dag 366 eller om det anses oskäligt att pröva individens arbetsförmåga i relation till den vanliga arbetsmarknaden. Efter dag 366 ska arbetsförmågan bedömas mot den vanliga arbetsmarknaden om det inte anses oskäligt, i vilket fall individen kan ha rätt till fortsatt sjukpenning.

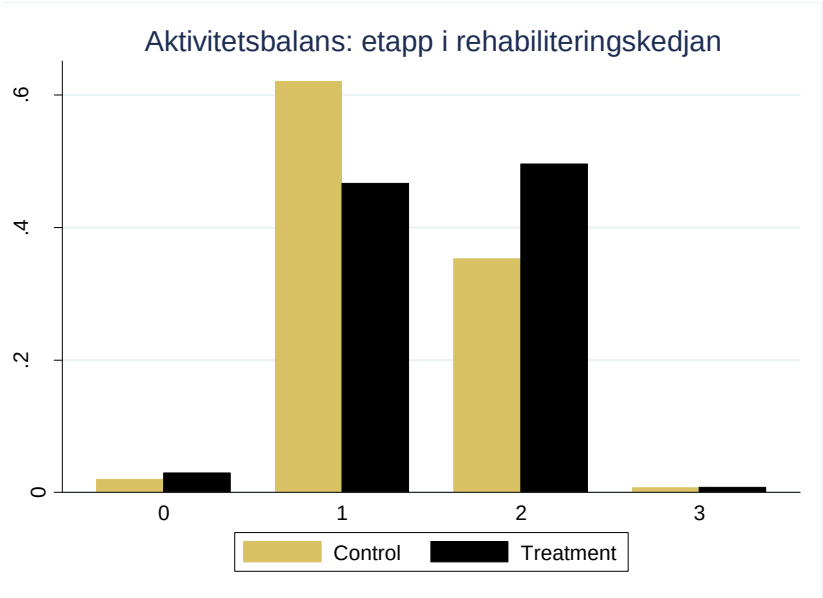
Figurerna nedan visar fördelningen över etapp 0-4 i rehabiliteringskedjan mellan de olika grupperna inom de fyra projekten. Etapp 0 indikerar att man inte är sjukskriven med sjukpenning vilket innebär att rehabiliteringskedjan inte är aktuell. För de övriga etapperna gäller: (1) dag 1-90, (2) dag 91-180, (3) dag 181-365 och (4) dag 366-. För deltagare som har anställning ser vi var i rehabiliteringskedjan individerna befinner sig. Vi särredovisar inte arbetslösa, men för dessa deltagare visar översikten enbart längden på sjukfallet. Andelen i etapp 0 ger en uppskattning av hur stor andel av deltagarna som uppbär annan typ av ersättning (främst sjukersättning och försörjningsstöd).

För projekt Vitalis gäller att *Control* står för kontrollgruppen, *ACT* betecknar behandlingsgruppen som fick ACT-behandling och *MDT* betecknar gruppen som fick multidisciplinär teambedömning. För de övriga projekten gäller att *Control* betecknar kontrollgruppen och *Treatment* betecknar experimentgruppen.


Vitalis: etapp i rehabiliteringskedjan
0
.2
.4
.6
.8
0
1
3
4
Control
ACT
MDT


Signe: etapp i rehabiliteringskedjan
0
.1
.2
.3
.4
0
1
2
3
4
Control
Treatment


Fyrklövern: etapp i rehabiliteringskedjan
0
.2
.4
.6
0
1
2
3
4
Control
Treatment


Aktivitetsbalans: etapp i rehabiliteringskedjan
0
.2
.4
.6
0
1
2
3
Control
Treatment

A2 Fördjupad projektinformation

Vitalis

ACT är en relativt ny vidareutveckling av kognitiv beteendeterapi (KBT). Metoden är en vetenskapligt grundad psykoterapeutisk modell som till skillnad från KBT inte syftar till att förändra individens tankar. Istället är ACT inriktat på *acceptance*, att få en individ att acceptera vissa tankar och symtom, och *commitment* som innebär att dessa inte ska vara hinder för individens mål. För personer som har kroniska tillstånd av exempelvis psykisk ohälsa kan ACT vara en lämplig terapeutisk metod för att öka möjligheterna till ett normalt liv trots svårigheter. Fokus i ACT är acceptans av svårigheter samt aktiv anpassning (coping) för att kunna fokusera på det som individen kan förändra. Nya förhållningssätt kan hjälpa individen att hantera svårigheter som bottnar i psykologiska problem. Syftet med behandlingsformen är att öka livskvaliteten genom att hjälpa individen att utveckla förhållningssätt för att hantera hinder som annars kan begränsa vardagen. Anderzén och Lytsy (2011) beskriver hur många deltagare i Vitalis är starkt påverkade av hinder i sin tillvaro och att den här metoden syftar till en pragmatisk inställning baserad på huruvida en åtgärd fungerar. För att förändra individens förhållningssätt använder ACT tre huvudprinciper; medveten närvaro (mindfulness), acceptans och grundläggande värderingar. ACT-modellen innefattar sedan sex grundprocesser som adresseras under behandlingen; medveten närvaro, acceptans, perspektivtagande, självbild, värdegrund och åtagande. Inom ramarna för den andra behandlingsformen så har det multidisciplinära teamet bestått av läkare, psykolog, arbetsterapeut och socionom. I team-gruppen har läkarens uppgift varit att göra en medicinsk bedömning samt sköta kontakter med andra vårdgivare. I läkarbedömningen ingick bland annat tidigare och nuvarande sjukdomstillstånd, sjukskrivningsorsak, aktuell position i rehabiliteringskedjan, genomförda insatser och funktionsförmåga. Psykologen gjorde en beteendeanalys för att kartlägga hur den aktuella problembilden påverkade eller begränsade individen samt en bedömning av huruvida ACT vore en lämplig behandling. Arbetsterapeuten gjorde bland annat en kartläggning av ergonomi och aktivitetsmönster, aktivitetsanalys och identifiering av problemområden samt hade ett samarbete med distrikts- eller arbetsterapeut på Arbetsförmedlingen. Deltagarnas sociala och ekonomiska situation bedömdes av socionomen. I projektet deltog även en representant från Arbetsförmedlingen samt en koordinator knuten till Försäkringskassan. Behandling pågick i ungefär sju månader, men kunde i vissa fall uppgå till ett år.

Deltagare i teamgruppen (MDT) fick en kontaktperson och inledde behandlingen med att bedömas av respektive specialist under två dagar. Veckan efter bedömningarna hölls en teamkonferens där en individuell åtgärdsplan togs fram för varje deltagare. Åtgärderna bestod av multimodala insatser som inleddes så snart som möjligt och innan dess att deltagaren påbörjade sin arbetslivsintroduktion. Vid avslutad intervention hölls ett avstämningsmöte för att följa upp rehabiliteringen. Rehabiliteringsinsatserna kopplades samman med arbetslivsintroduktionen genom ett kartläggningsmöte på Arbetsförmedlingen där deltagaren, kontaktpersonen från Vitalis samt arbetsförmedlare deltog. Ytterligare ett avstämningsmöte planerades in mot slutet av arbetslivsintroduktionen. Deltagare i ACT-gruppen bedömdes av en

psykolog och erbjöds psykoterapi med ACT. Vid den första behandlingen gjordes en beteendeanalys som resterande behandling lades upp utifrån. I genomsnitt har ACT-behandlingen omfattat 11 sessioner. Delar av behandlingen har genomförts via internet. Vid ett avstämningsmöte delgavs deltagaren och dennes handläggare en sammanställning av behandlande psykolog. Individen fick sedan ha synpunkter på sammanställningen och godkänna denna innan det att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan delgavs den. Vid behov kunde fortsatt ACT-behandling erbjudas efter inskrivning i arbetslivsintroduktion. Kontrollgruppen följde ordinarie rutiner vid maximal tid med ersättning på grund av sjukdom. Deltagaren påbörjar då en arbetslivsintroduktion vid Arbetsförmedlingen med individuella insatser i tre månader som syftar till att individen ska kunna återgå till arbete.

Signe

Det multidisciplinära teamet bestod av kurator, arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast och arbetspsykolog. Kuratorn har agerat som koordinator i teamet och kontaktperson gentemot deltagarna. Kuratorn har även arbetat med att förstå faktorer som påverkar deltagarnas livssituation och sociala sammanhang. Arbetsterapeuten har klarlagt deltagarens vanliga aktivitetsmönster och gjort mätningar av arbetsfärdighet. Läkarens roll har bestått av att bedöma arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller sjukdomsliknande tillstånd. Sjukgymnasten har bedömt deltagarnas funktionsförmåga och kartlagt den aktuella fysiska aktivitetsnivån. Arbetspsykologen från Arbetsförmedlingen har i samtal kopplat deltagarnas psykiska hälsa och stabilitet till arbetslivet. I dessa samtal fick deltagarna även information om de stödåtgärder som Arbetsförmedlingen kan erbjuda. En handläggare från Arbetsförmedlingen med specialisering inom Supported Employment har också varit knuten till teamet. I normalfallet var behandlingslängden 3 månader, men i och med att själva insatserna har varierat mycket mellan deltagarna så är insatserna även varierande i tid (Anderzén och Halvarsson, 2011).

Signe genomfördes under perioden januari 2010 till och med oktober 2011. Projektet startade med ett teammöte där det multidisciplinära teamets specialister deltog. Under teammötena deltog även två handledare från Arbetsförmedlingen med utbildning i Supported Employment (SE) samt projektkoordinatorn från Försäkringskassan. Inför detta hade koordinatorn förberett en sammanfattning av de persondata som fanns hos Försäkringskassan för kvinnor som randomiserats till experimentgruppen. Vid det första mötet bokades deltagaren in för besök hos de olika specialisterna. Besöken innehöll såväl utredning och bedömning som återkoppling till det som framkommit under besöket. Vid nästa teammöte diskuterades resultaten från undersökningarna och ett gemensamt förslag på rehabiliteringsåtgärder som direkt kunde sättas igång arbetades fram. Teammötena hade en fast struktur som bestod av tre delar. Inledningsvis fick teamgruppen en sammanfattning av nya deltagare som tillkommit och besökskallelser ordnades. I den andra delen gick gruppen igenom bedömningsresultaten och en åtgärdsplan diskuterades fram. Den tredje delen syftade till uppföljning av deltagarna för att kunna göra eventuella korrigeringar i åtgärdsplanen samt stämma av var i processen de befann sig. Efter det att en deltagares ärende tagits upp i teammötet kallades hon av kuratorn till avstämningsmöte tillsammans med den personlige handläggaren från Försäkringskassan och SE-handledaren från Arbetsförmedlingen. Syftet med avstämningsmötet vad att diskutera förslag till

åtgärder och lägga fast en handlingsplan som kunde verkställas omgående. Vid behov har SE-handledaren även haft egna möten med deltagarna efter avstämningsmötet. Inom ramarna för dessa möten har individen kunnat få vägledningssamtal, hjälp att ordna praktikplats, stöd samt förslag på åtgärder inom Arbetsförmedlingens ordinarie verksamhet. Projektet hade även möjlighet att köpa in insatser till deltagare i såväl experiment- som kontrollgruppen. Insatser som har använts har varit samtal (ofta KBT), kartläggning och coachning, arbetsträning, ryggrehabilitering, smärtkurser, stresskurser, resor till utbildning, livsstilskurser och bildterapi. Kvinnorna som ingick i kontrollgruppen har haft kontakt med sin personliga handläggare vid Försäkringskassan och fått ordinarie handläggning med undantag för möjligheten att köpa in rehabiliteringsinsatser.

Fyrklövern

Grön rehabilitering byggde i det aktuella projektet enligt Fyrklövern (2011) på Alnarpsmodellen som vänder sig till individer med stressrelaterad ohälsa. Modellen syftar till att förbättra deltagarens självläkande förmåga och förmåga att hantera stress, stärka motivation och möjligheter att återgå i arbete samt underlätta en fungerande vardag. Grunden för grön rehabilitering kommer från neurofysiologisk och miljöpsykologisk forskning med metodinslag från arbetsterapi, sjukgymnastik och psykoterapi. Arbetsrehabiliteringen kombinerar dessa element för att uppnå minskad stress och utveckla individens copingstrategier. Den andra metoden, Supported Employment, växte fram under 1980-talet i USA och innefattar en grupp av arbetsrehabiliteringsinsatser för individer med funktionshinder. Metoden används idag i Sverige inom ett flertal verksamheter. En grundtanke inom Supported Employment är att man försöker söka en arbetsplats så tidigt som möjligt utan omfattande utredningsarbete eller förberedande arbetsträning. Vägledning till och inom arbetsmarknaden är en central utgångspunkt och en jobbcoach med särskild utbildning stödjer individen i att hitta och behålla ett arbete. Det är individens egna förutsättningar och önskemål som sätter ramarna för planering och val av arbetsplats och arbetsrehabilitering integreras i individens övriga rehabilitering om sådan finns. Supported Employment syftar därigenom till att aktivt arbeta mot arbetsmarknaden för att kunna etablera individen på en arbetsplats. Syftet med kombinationen av grön rehabilitering och Supported Employment var att möta individen i varsin ände av en arbetslivsinriktad rehabilitering och skapa en obruten kedja från ohälsa till arbete. Genom att använda bägge metoderna förväntades tiden till dess att deltagarna kommit i arbete kunna förkortas. Syftet var även att utveckla samverkan mellan de fem samordningsförbunden som medverkade. Tre rehabiliteringsträdgårdar har varit inblandade i projekt Fyrklövern: Grön Rehab Nordost, Gunnebo Trädgårdsrehabilitering och Härlanda Örtagård. I projektet har även två arbetsstödjare och en projektledare medverkat. Rehabiliteringsträdgårdarna arbetar med grön rehabilitering utifrån Alnarpsmodellen i grupper av 8-12 personer under 12 veckor. Arbetsstödjarna har under projektet bidragit med kompletterande stöd ut mot arbetsmarknaden. Arbetsstödjarna var utlånade från Försäkringskassan och Partille kommun och arbetade med utgångspunkt från Supported Employment. Projektledaren som var utlånad från Arbetsförmedlingen arbetade med samordning av de tre trädgårdarna och fungerade som arbetsledare för arbetsstödjarna. Fyrklöverns styrgrupp bestod av förbundscheferna vid de fem samordningsförbunden tillsammans med projektledaren.

Grön rehabilitering genomfördes i grupper om 8-12 personer under 14 veckor. De tre rehabiliteringsträdgårdarna arbetade alla utifrån ett salutogent förhållningssätt som innebär att man bygger på det friska hos varje individ. Gemensamt är även att dagarna hade en tydlig struktur med återkommande dagordning som följde ett visst mönster samt en struktur för processen under behandlingstiden. Rehabiliteringen inleddes med aktiviteter som syftade till att skapa trygghet och tillit och övergick sedan i reflektion. I slutskedet av perioden med grön rehabilitering påbörjade deltagarna praktiska förändringar. De tre rehabiliteringsträdgårdarna hade delvis olika struktur för sin verksamhet med avseende på tidsomfattning. På Gunnebo Trädgårdsrehabilitering deltog man 4 halvdagar i veckan, på Härlanda Örtagård 3 halvdagar i veckan och på Grön Rehab Nordost 2 halvdagar i veckan. Gunnebo Trädgårdsrehabilitering tog in deltagare löpande och erbjöd individuella samtal, medan Härlanda Örtagård och Grön Rehab Nordost arbetade med samlade gruppstarter och gruppsamtal. Personalen på trädgårdarna bestod av två heltidsarbetande arbetsterapeuter, sjukgymnaster, socionomer eller socialpedagoger. I ett fall är socionomen även utbildad trädgårdsterapeut.

Supported Employment introducerades i projektet anpassat till deltagarnas hälsotillstånd och rådande förutsättningar vad gäller deltagarens behov och projektets resurser. Arbetsstödjarna träffade deltagarna redan vid projektets start för att skapa kontakt. Efter cirka 6 veckors grön rehabilitering påbörjade arbetsstödjaren och deltagaren sitt gemensamma kartläggningsarbete. För att integrera metoderna gick personalen från grön rehab tillsammans med arbetsstödjarna igenom deltagarnas närvaro, framsteg och strategier för att kunna individanpassa arbetsstödjarnas arbete. När perioden av grön rehabilitering närmade sig sitt slut intensifierades kontakten mellan arbetsstödjare och deltagare. Arbetet med Supported Employment innebar ofta parallellt arbete med arbetslivsinriktade insatser, psykosociala frågor, myndighetskontakt och deltagarens ekonomi. 78 deltagare fortsatte med Supported Employment när grön rehab var avslutad. På grund av sen projektstart, svårigheter med rekrytering och sämre hälsotillstånd än förväntat hos deltagarna såg man ett behov av fortsatt stöd för vissa deltagare. Perioden för Supported Employment utökades därför och en arbetsstödjare fortsatte med rehabilitering mellan 1 juli – 31 december 2011. Under den förlängda perioden valde cirka 20 deltagare att fortsätta.

Aktivitetsbalans

Vardagsrevidering beskrivs i Finsam (2011) som ett arbetsterapeutiskt interventionsprogram utvecklat av bland annat Lena-Karin Erlandsson vid Lunds universitet. Arbetsterapeutiska teorier och aktivitetsvetenskap ligger till grund för programmet som betonar att utförandet av vardagsaktiviteter är nära kopplat till upplevelsen av hälsa. Förbättring i arbetsförmåga och hälsa kan uppnås genom en revidering och omprioritering av vardagsaktiviteter. Istället för att enbart se till arbetssituationen använder Vardagsrevidering ett helhetsgrepp på individens livssituation där även övriga aktivititeter måste fungera för en effektiv arbetsrehabilitering. Deltagaren är aktiv i behandlingen som består av en teoretisk och en praktisk del. Den teoretiska delen syftar till självanalys och insikt om deltagarens aktuella mönster för vardagsaktiviteter. Därefter formuleras individuella mål och strategier för att återfå hälsa och arbetsförmåga. Vardagsrevidering är ursprungligen 16 veckor och målet är att deltagarna därefter ska kunna återgå till arbete eller fortsätta med arbetsträning.

Inom ramarna för Aktivitetsbalans var det två arbetsterapeuter i Malmö som genomförde rehabiliteringen i tre steg. Varje steg tog fyra veckor att genomföra och projektet sträckte sig totalt över 12 veckor. Det första steget innefattade en kartläggning genom en aktivitets-/självanalys samt identifiering av deltagarnas resurser och hinder. Under det första steget hölls åtta gruppträffar. Steg två innehöll ytterligare åtta gruppträffar och syftade till målformulering och stegvis implementering av strategier för att förändra vardagen och hantera hinder. Det tredje steget med två gruppträffar gick ut på att individen skulle tillämpa sin reviderade vardag och påbörja arbetspraktik i individuellt anpassad utformning. Mellan gruppträffarna hade deltagarna även ett antal hemuppgifter. Varje grupp bestod av åtta kvinnor och gruppstarter skedde kontinuerligt under projekttiden.

A3 Nettodagar för deltagare med sjukersättning

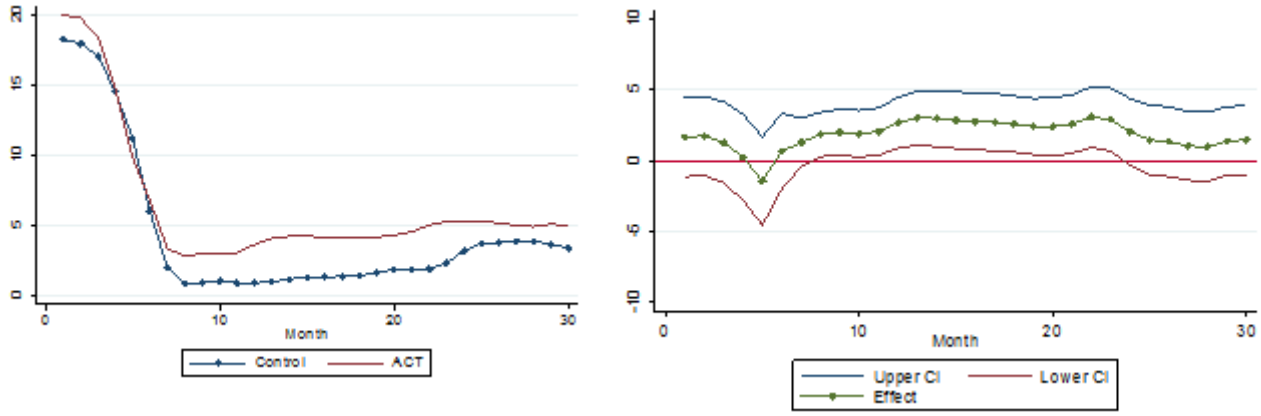
Vi har valt att separat redovisa antal nettodagar med sjukersättning utanför huvudanalysen. Det beror på ett problem med omfattningsvariabeln som vi använder för att beräkna antal nettodagar utifrån delfall i Försäkringskassans registerdata. I de delfall där individen har beviljats sjukersättning retroaktivt får delfallet ofta omfattning 1 (det vill säga 100 procent) även om individen enbart har ersättning beviljad på halvtid. Det innebär en risk för att överskatta omfattningen på ersättning samt att omfattningsstatus kommer att variera mer än vad som är rimligt. Den här problematiken gäller individer som har tidsbegränsad ersättning och är därmed inte applicerbar på alla deltagare i projekten. Samtidigt innebär det att vi måste tolka resultaten för antal nettodagar försiktigt då vi har en känd osäkerhetskälla. Vid en jämförelse med andelen som uppbär sjukersättning ser vi att figurerna följer varandra väl. Det talar för att problemet troligtvis inte är allvarligt för de här grupperna.

Figur 11-15 (a) redovisar genomsnittligt antal nettodagar med sjukersättning för behandlings- och kontrollgrupp i de olika projekten. Figur 11-15 (b) visar den skattade skillnaden mellan grupperna. Vid en jämförelse med avsnitt 4.1 kan vi se att utvecklingen för antal nettodagar följer utvecklingen för andel som uppbär sjukersättning.

Tabell 7 presenterar resultat från skattningar på antal nettodagar med sjukersättning för månad 12-30 efter randomiseringstillfället. Vi kan se att det enda projekt som har signifikanta effekter är Vitalis, där ACT-behandlingen ger en signifikant ökning i antal dagar (2,3-2,4) med sjukersättning jämfört med kontrollgruppen.

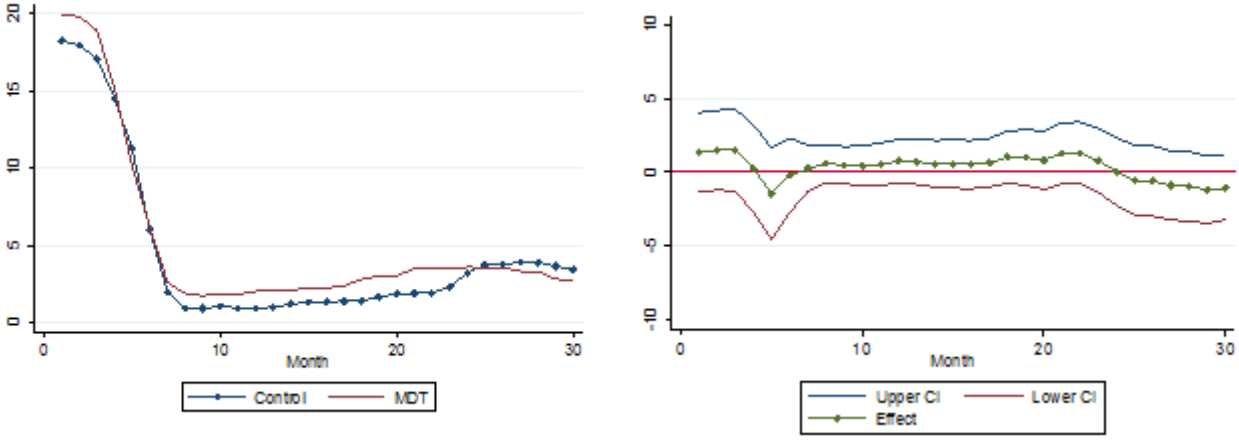
Figur 11. Vitalis ACT: nettodagar med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



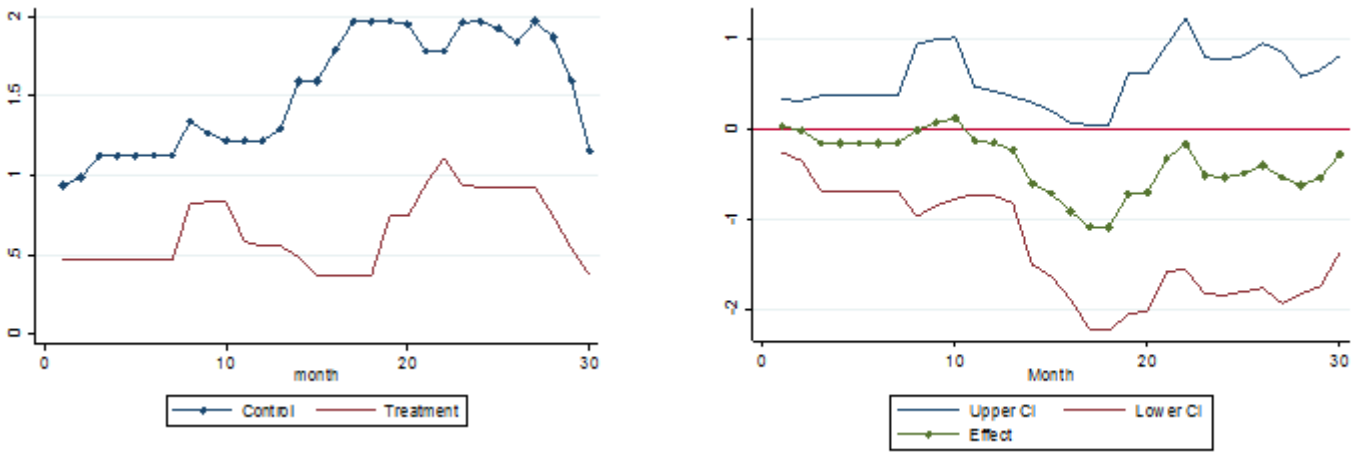
Figur 12. Vitalis MDT: nettodagar med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



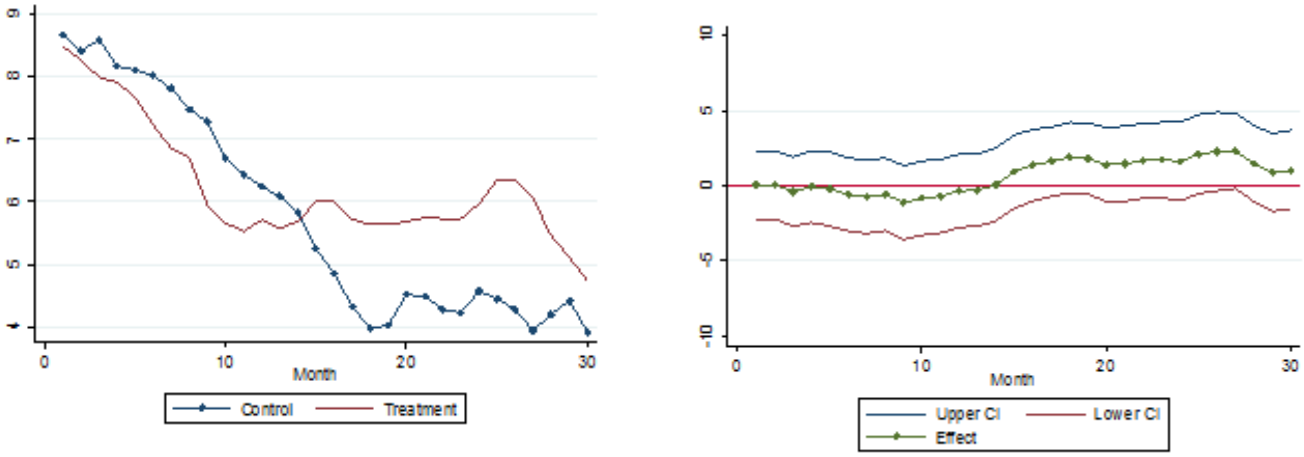
Figur 13. Signe: nettodagar med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



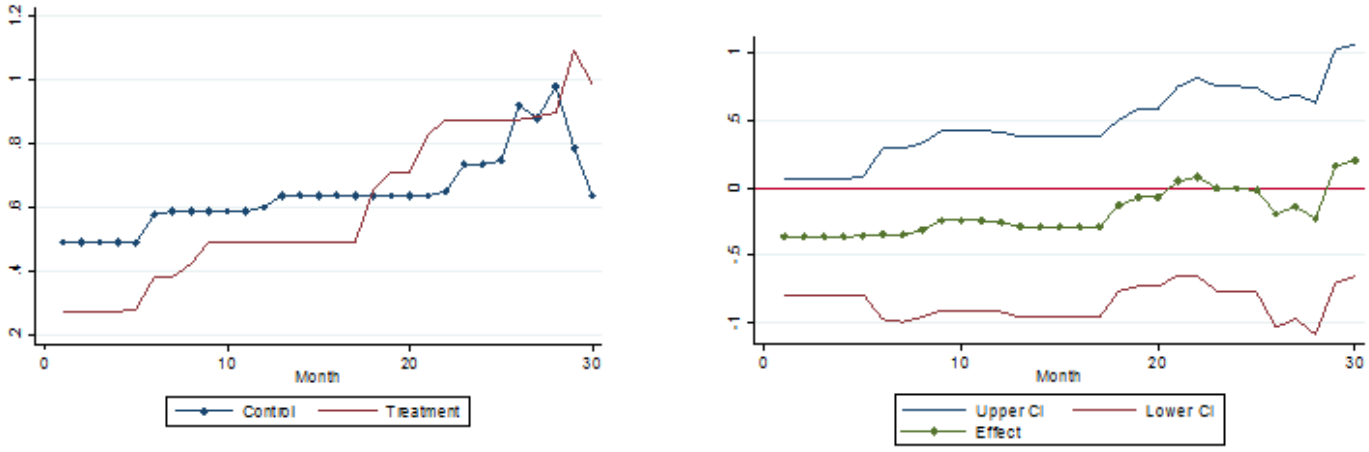
Figur 14. Fyrklövern: nettodagar med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Figur 15. Aktivitetsbalans: nettodagar med sjukersättning

a) Genomsnitt per grupp för månad 1-30 b) Skattning av skillnad för månad 1-30



Tabell 7. Skattningar på genomsnittlig behandlingseffekt 12-30 månader efter randomisering.

Projekt	Sjukersättningsdagar (netto)
Vitalis	
Kontroll (genomsnitt)	2.30
	[6.89]
ACT	2.39**
	(0.96)
ACT (utan kovariater)	2.32**
	(1.00)
ACT effekt i %	+104 %
MDT	0.34
	(0.88)
MDT (utan kovariater)	0.60
	(0.80)
MDT effekt i %	-
Signe	
Kontroll (genomsnitt)	1.75
	[5.55]
Behandling	-0.58
	(0.51)
Behandling(utan kovariater)	-1.06
	(0.65)
Fyrklövern	
Kontroll (genomsnitt)	4.63
	[10.5]
Behandling	1.13
	(1.04)
Behandling(utan kovariater)	1.10
	(1.28)
Aktivitetsbalans	
Kontroll (genomsnitt)	0.71
	[3.55]
Behandling	-0.19
	(0.31)
Behandling(utan kovariater)	0.04
	(0.39)

***(**)* signifikant på 1(5)10 procents signifikansnivå. Standardfel inom parentes. Standardavvikelse inom klamrar. Vi visar procentuell förändring för signifikanta effekter inom projekt Vitalis.

Bilaga 1

TNS-Sifo undersökning

FK - Projektutvärdering kvinnors ohälsa

	Alla	Grupp		Projekt och grupp								Har fler än en sysselsättning	
		Experimentgrupp	Kontrollgrupp	Aktivitetsbalans experimentgrupp	Aktivitetsbalans kontrollgrupp	Fyrklövern experimentgrupp	Fyrklövern kontrollgrupp	Signe experimentgrupp	Signe kontrollgrupp	Vitalis experimentgrupp	Vitalis kontrollgrupp	Experimentgrupp	Kontrollgrupp
Bastal	528	314	214	78	72	60	46	43	36	133	60	63	40
SCREEN Har du fått brevet med information om undersökningen?													
Ja	85	87	83	88	85	85	87	88	86	86	77	92	80
Nej	12	11	14	8	11	10	11	12	14	13	18	6	18
Vet ej	3	3	3	4	4	5	2	-	-	2	5	2	3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bastal	528	314	214	78	72	60	46	43	36	133	60	63	40
FR1 Stämmer det att du har deltagit i... / Stämmer det att du under 2010 eller 2011 gav ditt samtycke till att delta i... rehabiliteringsprojektet Aktivitetsbalans/Fyrklövern/Signe/Vitalis?													
Ja	73	76	69	44-	43-	88+	83	93+	72	84+	88+	86	80
Ja, delvis (t ex om IP påbörjade projektet men inte fullfölje, hoppade av etc)	5	8+	1-	6	--	8	2	2	-	11+	2	8	-
Nej	16	13	19	42+	35+	3-	13	5	22	4-	3-	6	8
Vet ej	6	2-	11+	8	22+	--	2	-	6	1-	7	--	13+
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bastal	528	314	214	78	72	60	46	43	36	133	60	63	40
FR2 Vilken är din sysselsättning idag?													
Sjukskriven med sjukersättning	13	13	13	6	7	15	20	9	3	17	20	30	20
Sjukskriven med sjukpenning av något slag	20	18	21	6-	17	17	24	21	22	26	23	33	53
Sjukskriven med tidsbegränsad sjukersättning	4	3	4	1	-	3	7	5	8	4	5	2	-
Sjukskriven med aktivitetsersättning	4	5	3	3	1	8	7	2	3	5	2	11	3
Sjukskriven	1	0	2	-	1	-	4	-	3	1	2	2	8
Sjuk utan någon ersättning från sjukförsäkringen	1	2	1	1	-	2	2	2	-	2	2	3	3
Arbete, som anställd	48	49	46	74+	68+	27-	11-	42	61	46	37	68	63
Egen företagare	2	2	3	3	1	-	2	9+	6	--	5	2	5
Studerande	2	2	1	3	1	5	-	-	3	2	2	3	3
Arbetssökande hos Arbetsförmedlingen eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd (A-kassa/aktivitetsstöd/utvecklingsersättning)	13	13	12	6	11	12	15	14	14	17	8	29	25
Deltar i arbetslivsintroduktion	2	2	2	-	-	5	9+	7	-	1	2	3	5
Föräldraledig med föräldrapenning	1	1	1	4	3	2	-	-	-	-	-	-	-
Föräldraledig utan föräldrapenning	0	0	0	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
Har ingen sysselsättning	1	1	1	-	1	3	-	-	-	-	3	-	-
Annat, vad?	9	9	8	3	6	13	17	9	-	10	10	16	18
Vill inte uppge/ej svar	0	0	0	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-
Andel svar totalt	120	121	120	112	119	113	117	121	122	129	122	202	205

Copyright © 2012 TNS Sifo ProjektNamn 2012 Proj 1525548 (JoKi)

FK - Projektutvärdering kvinnors ohälsa

	Alla	Grupp		Projekt och grupp								Har fler än en sysselsättning	
		Experi-ment-grupp	Kon-trollg-rupp	Aktivi-tetes-balans experi-ment-grupp	Aktivi-tetes-balans kon-trollg-rupp	Fyrklö-vern experi-ment-grupp	Fyrklö-vern kon-trollg-rupp	Signe experi-ment-grupp	Signe kon-trollg-rupp	Vita-lis experi-ment-grupp	Vita-lis kon-trollg-rupp	Experi-ment-grupp	Kon-trollg-rupp
FR3_1 Sjukskriven med sjukersättning -	10,0	9,7	10,5	5,2-	4,9-	11,3	18,5	5,8	2,1-	12,8	16,3	13,1	9,4
FR3_2 Sjukskriven med sjukpenning av något slag ----------	15,5	15,0	16,1	4,2-	10,3	16,2	21,5	17,9	16,0	19,8	19,2	16,9	29,1
FR3_3 Sjukskriven med tidsbegränsad sjukersättning ----------	3,3	2,8	4,1	0,6-	--	3,3	6,5	4,7	7,6	3,2	5,0	0,8	-
FR3_4 Sjukskriven med aktivitetsersättning ----------	2,5	3,0	1,8	0,6-	1,0	5,8	3,6	1,2	1,4	3,8	1,7	6,0	1,9
FR3_5 Sjukskriven ----------	0,9	0,3	1,7	--	1,4	--	2,8	--	1,4	0,8	1,3	1,6	3,9
FR3_6 Sjuk utan någon ersättning från sjukförsäkringen ----------	1,2	1,4	0,9	1,3	--	1,7	2,2	2,3	--	0,9	1,7	2,0	2,5
FR3_7 Arbete, som anställd ----------	37,3	38,1	36,1	66,5+	58,7+	19,6-	8,7-	33,4	47,3	31,4-	23,4-	38,3	33,8
FR3_8 Egen företagare ----------	1,8	1,3	2,5	1,6	1,0	--	0,5	6,4	5,6	--	4,2	-	1,9

Copyright © 2012 TNS Sifo ProjektNamn 2012 Proj 1525548 (JoKi)

FK - Projektutvärdering kvinnors ohälsa

	Alla	Grupp		Projekt och grupp								Har fler än en sysselsättning	
		Experi-ment-grupp	Kon-trollg-rupp	Aktivi-tetes-balans experi-ment-grupp	Aktivi-tetes-balans kon-trollg-rupp	Fyrklö-vern experi-ment-grupp	Fyrklö-vern kon-trollg-rupp	Signe experi-ment-grupp	Signe kon-trollg-rupp	Vita-lis experi-ment-grupp	Vita-lis kon-trollg-rupp	Experi-ment-grupp	Kon-trollg-rupp
FR3_9 Studerande	1,6	1,8	1,4	1,9	1,4	3,6	--	--	2,8	1,5	1,7	2,4	2,5
FR3_10 Arbetssökande hos Arbetsförmed-lingen eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd	7,9	8,0	7,9	4,9	9,3	6,0	9,7	7,4	6,9	10,8	5,3	11,1	9,4
FR3_11 Deltar i arbetslivsintroduktion	1,4	1,5	1,3	--	--	5,0	4,0	3,7	--	--	1,7	0,8	1,8
FR3_12 Föräldraledig med föräldrapenning	1,0	1,3	0,7	3,9	2,1	1,7	--	--	--	--	--	-	-
FR3_13 Föräldraledig utan föräldrapenning	0,2	0,3	0,1	1,3	0,2	-	-	-	-	-	-	-	0,3
FR3_14 Har ingen sysselsättning	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR3_15 Annat	5,4	5,8	4,8	1,3-	2,8	7,6	11,2	9,3	0,7-	6,5	4,7	3,9	2,7
FR3_16 Vill inte uppge/ej svar	0,2	0,3	-	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Copyright © 2012 TNS Sifo ProjektNamn 2012 Proj 1525548 (JoKi) 120928 v1.0

FK - Projektutvärdering kvinnors ohälsa

	Alla	Grupp		Projekt och grupp								Har fler än en sysselsättning	
		Experimentgrupp	Kontrollgrupp	Aktivitetsbalans experimentgrupp	Aktivitetsbalans kontrollgrupp	Fyrklövern experimentgrupp	Fyrklövern kontrollgrupp	Signe experimentgrupp	Signe kontrollgrupp	Vitalis experimentgrupp	Vitalis kontrollgrupp	Experimentgrupp	Kontrollgrupp
Bastal	528	314	214	78	72	60	46	43	36	133	60	63	40
FR5 Vilken är din huvudsakliga inkomstkälla idag?													
Sjukskriven med sjukersättning	9	7	12	5	6	12	22+	5	3	7	18+	3	8
Sjukskriven med sjukpenning av något slag	14	15	13	3-	7	15	22	19	14	20+	13	11	15
Sjukskriven med tidsbegränsad sjukersättning	3	3	3	-	-	3	4	5	6	4	3	-	-
Sjukskriven med aktivitetsersättning	3	3	4	1	1	7	13+	2	-	2	2	2	5
Sjukskriven	1	-	1	-	1	-	2	-	3	-	-	-	3
Sjuk utan någon ersättning från sjukförsäkringen	0	0	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-
Arbete, som anställd	46	47	43	72+	64+	25-	11-	40	58	46	35	60	53
Egen företagare	2	1	2	3	1	-	-	5	6	-	3	-	-
Studerande	1	1	0	1	-	2	-	-	3	1	-	-	-
Arbetssökande hos Arbetsförmedlingen eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd (A-kassa/aktivitetsstöd/utvecklingsersättning)	9	10	7	5	8	10	11	12	3	11	7	8	8
Deltar i arbetslivsintroduktion	1	2	1	-	-	5	2	2	-	1	2	2	-
Föräldraledig med föräldrapenning	1	1	1	4	3	2	-	-	-	-	-	-	-
Föräldraledig utan föräldrapenning	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Har ingen inkomst	0	1	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-
Annat, vad?	10	10	11	6	8	20+	13	7	6	8	15	13	10
Vill inte uppge/ej svar	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bastal	528	314	214	78	72	60	46	43	36	133	60	63	40
FR6 Upplever du att rehabiliteringsinsatsen har hjälpt dig att öka din arbetsförmåga eller dina möjligheter att återgå i arbete eller annan syssla?													
Nej, inte alls	44	40-	50+	28-	42	22-	54	47	39	53+	63+	40	50
Ja, delvis	21	24	17	18	17	32+	17	21	28	24	12	22	28
Ja, mycket	17	23+	8-	21	11	37+	9	23	14	18	2-	32+	10-
Vet ej/ej svar	18	14-	24+	33+	31+	10	20	9	19	5-	23	6	13
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Copyright © 2012 TNS Sifo ProjektNamn 2012 Proj 1525548 (JoKi)

Bortfallsredovisning

	Aktivitetsbalans experiment	Aktivitetsbalans kontroll	Fyrklövern experiment	Fyrklövern kontroll	Signe experiment	Signe kontroll	Vitalis experiment	Vitalis kontroll
Bruttourval - Nummersatta	**116**	**124**	**104**	**68**	**68**	**66**	**188**	**90**
Ej använda nummer	0	0	0	0	0	0	0	0
Ej målgruppsaktuella	-4	-3	-3	-1	-2	-1	-6	-3
IP talar inte svenska	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*
IP avliden	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*
Annan utanför målgruppen	*3*	*3*	*3*	*1*	*2*	*1*	*5*	*2*
Nettourval	**112**	**121**	**101**	**67**	**66**	**65**	**182**	**87**
Bortfall	-34	-49	-41	-21	-23	-29	-49	-27
Vägran	*11*	*7*	*8*	*4*	*1*	*3*	*9*	*8*
Långvarigt sjuk – ej talat med IP	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Långvarigt sjuk – talat med IP men ej kapabel att svara	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*
IP bortrest under fältperioden	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*
Ej nått trots flera kontaktförsök/telefonsvarare/upptaget	*18*	*34*	*25*	*15*	*17*	*23*	*33*	*10*
Nummerfel	*3*	*8*	*6*	*2*	*4*	*0*	*6*	*7*
Övrigt	*1*	*0*	*2*	*0*	*1*	*2*	*0*	*2*
Genomförda intervjuer	**78**	**72**	**60**	**46**	**43**	**36**	**133**	**60**
Svarsfrekvens	**69,6 %**	**59,5 %**	**59,4 %**	**68,7 %**	**65,2 %**	**55,4 %**	**73,1 %**	**69,0 %**