

Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Johanna Thagemark
010-116 92 06
johanna.thagemark@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Den här rapporten svarar på regeringsuppdraget om att effektutvärdera arbetslivsinriktade insatser för unga med aktivitetsersättning. Uppdraget är gemensamt för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Effektutvärderingen har genomförts som ett nationellt forskningsprojekt under åren 2014–2016 i samarbete mellan myndigheterna och 25 kommuner. Forskningsupplägget godkändes i en etikprövning hösten 2014¹.

Rapporten fokuserar på skillnader i utfall i arbete mellan projektets tre insatser. Rapporten innehåller även en beskrivning av insatsernas innehåll och en beräkning av deras kostnadseffektivitet. Kompletterande information om projektets design och genomförande samt deltagarnas och projektmedarbetarnas upplevelser av att medverka i studien finns i rapportens bilagor.

Peter Skogman Thoursie (forskningsledare), Petra Ornstein, Magnus Rödin och Mattias Fogelgren har genomfört analyserna och skrivit rapporten. I arbetsgruppen ingick även Bengt Eklund, Rikard Sandstedt, Anna Falkenberg, Margaretha Voss, Jenny Mann, Anna Lexelius (projektledare 2014-01–2016-08) och Johanna Thagemark (projektledare 2016-09–2017-03). Ett stort tack till Johanna Gustafsson, som varit med i att ta fram intervjuunderlag och deltagarenkät samt i analyser av intervjuer. Ett stort tack även till Åsa Karlsson, Sveriges Kommuner och Landsting, som bidragit med faktaunderlag och värdefulla kommentarer under arbetets gång. Ett stort tack också till Patric Tirmén som har gett värdefulla synpunkter i samband med uppstart och genomförande av projektet och konstruktion av projektets databas. Det är många personer som på olika sätt bidragit i projektets genomförande. Vi vill även tacka Agneta Nilsson, Jonatan Nikander, Christer Gerdes, Torbjörn Wass, Gustav Stillesjö, Laura Hartman, Birgitta Målsäter, Henrietta Stein, Hans Goine, Edward Palmer samt projektets styrgrupp och referensgrupper.

Slutligen riktas ett stort tack till projektets medarbetare vid Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och de deltagande kommunerna som genom sitt engagemang och dedikerade arbete möjliggjort studiens genomförande.

Stockholm, mars 2017

¹ Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Dnr 2014/1280-31/5.

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	8
1.1 Unga med aktivitetsersättning	8
1.2 Insatser och metoder för etablering i arbetslivet	10
1.3 Uppdraget	11
2 Målgrupp	12
2.1 Målgruppens egenskaper	12
2.2 Deltagare i effektutvärderingen	13
3 Insatser för unga med aktivitetsersättning	16
3.1 Insatsen Förstärkt samarbete (FS)	17
3.2 Supported Employment (SE)	18
3.3 Case Management (CM)	19
3.4 Teoretisk jämförelse av insatserna	21
3.5 Empirisk jämförelse av insatserna	22
3.6 Deltagarnas upplevelse av insatserna	28
4 Försöksverksamheten	30
5 Data och empirisk strategi	31
5.1 Utfall av randomiseringen	31
5.2 Definition av arbetsmarknadsutfall	32
5.3 Empirisk strategi	33
6 Resultat	34
6.1 Effekter över tid	35
6.2 Effektskillnader mellan kön	40
6.3 Effektskillnader i relation till erfarenheter av daglig verksamhet	42
6.4 Kostnadseffektivitet	43
7 Diskussion och slutsatser	47
Referenser	50
Bilaga 1 – Studiedesign	53
Bilaga 2 – Deltagarnas upplevelser av insatserna	61
Bilaga 3 – Att genomföra en effektutvärdering i ordinarie verksamhet	83
Bilaga 4 – Teknisk rapport	101
Bilaga 5 – Tabeller	125

Sammanfattning

Ett begränsat antal unga personer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga lämnar sjukförsäkringen och kommer ut i arbete eller studier. Samtidigt saknas kunskap om vilka insatser som främjar gruppens etablering i arbetslivet. Mot denna bakgrund fick Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utvärdera effekten av insatser riktade till gruppen unga med aktivitetsersättning.

Projektet är en randomiserad försöksverksamhet där drygt 1 000 deltagare erbjöds att delta och slumpvis erhöll någon av de tre insatserna, *Förstärkta samarbetet* (FS), *Supported Employment* (SE) eller *Case management* (CM). Den slumpvisa fördelningen av deltagare var avgörande för att kunna jämföra de tre insatserna. Deltagarna rekryterades mellan november 2014 och januari 2016 och arbetet i insatserna fortsatte till och med december 2016. Omfattande data samlades in om kostnader och aktiviteter som genomförts i de tre insatserna. Detta gav möjlighet att utförligt beskriva arbetet med deltagarna och beräkna insatsernas kostnadseffektivitet. Uppföljningen av deltagarna pågick i 15 månader efter det att de rekryterades till projektet.

Det förstärkta samarbetet är ett uppdrag finansierat med särskilda medel som myndigheterna får genom årliga regleringsbrev. Uppdraget är att korta tiden i sjukförsäkringen och att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och återgår i eller får ett arbete. Det förstärkta samarbetet består av två delar, en gemensam kartläggning och aktiva insatser. I den gemensamma kartläggningen medverkar deltagare, personlig handläggare och arbetsförmedlare. Men även professioner från exempelvis kommun och vårdgivare kan medverka i planeringen av insatserna. Kartläggningen blev därmed en naturlig ingång till deltagande i denna effektutvärdering.

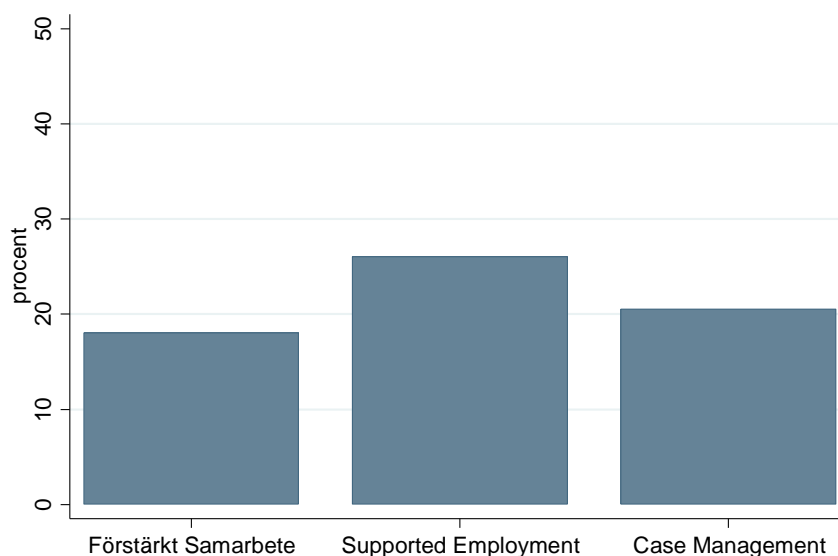
Det förstärkta samarbetet fungerade som ett ramverk för de tre insatserna och alla projektdeltagare hade en arbetsförmedlare och en personlig handläggare som ansvarade för den gemensamma uppföljningen. En av effektutvärderingens insatser benämns alltså FS och deltagarna erbjöds individuellt anpassade insatser inom det förstärkta samarbetets ordinarie utbud. FS är projektets referensgrupp mot vilken de två andra insatserna jämfördes. Deltagare i den andra insatsen, SE, erbjöds stöd enligt modellen ”place then train” av en SIUS-konsulent från Arbetsförmedlingen. Deltagarna i den tredje insatsen, CM, erbjöds likt referensgruppen insatser i det förstärkta samarbetet men fick dessutom stöd av en case manager från kommunen. Syftet med CM i detta projekt var att deltagaren skulle komma ut på en arbetsplats men metoden innebär att case managern arbetade med individens hela livssituation.

Internationell forskning kring arbetsmarknadseffekter av insatser av typen SE har fokuserat på *Individual placement and support* (IPS). IPS är en standardiserad och manualbaserad form av SE utvecklad för personer med allvarliga psykiska störningar. Sammantaget visar forskningen att SE är mer effektiv för att få deltagare i arbete jämfört med annan rehabilitering (se exempelvis Gustafsson 2014 och Försäkringskassan 2013). De fåtal svenska studier som finns visar att både SE och IPS har positiva effekter på sysselsättning för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Denna studie är, såvitt känt, den första effektutvärderingen av SE där studiepopulationen inte är begränsad till en viss typ av funktionsnedsättningar, utan omfattar den heterogena gruppen unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Vad gäller CM saknas effektutvärderingar helt, såvitt vi vet.

Resultaten visar att SE lyckades bäst med att få deltagare i arbete. I Figur 1 redovisas huvudresultaten för andelen som kommer i arbete, separat för respektive insats. Femton månader efter insatsens start för respektive deltagare är 26 procent av deltagarna i SE i arbete. För FS och CM är siffran 18 respektive 20 procent. Skillnaderna beror på att deltagare med SE i högre utsträckning än i de andra två insatserna har fått anställningar med stöd, där andelen i arbete efter 15 månader är åtta procentenheter högre i gruppen med SE jämfört med FS. I en fördjupad analys redovisas andelen som är i arbete månad för månad under hela uppföljningsperioden på 15 månader. Resultaten visar att från månad sju ökar andelen i arbete för SE jämfört med CM och FS. Denna skillnad accentueras under den resterande delen av uppföljningsperioden. En grov kostnads- och intäktsanalys visar också att SE är den mest kostnadseffektiva insatsen.

Den positiva effekten av SE gäller huvudsakligen för män. För kvinnor ser vi inga skillnader i möjligheten att komma i arbete mellan de tre insatserna. Deltagare med erfarenhet av daglig verksamhet var en prioriterad grupp i studien. Inga signifikanta skillnader i effekter framkommer mellan denna grupp och övriga deltagare. Det betyder att deltagare med erfarenhet av daglig verksamhet har gått ut i arbete och haft nytta av SE i lika hög utsträckning som övriga deltagare.

Figur 1 Andel deltagare i arbete 15 månader efter projektstart, separat för Förstärkt samarbete, Supported Employment och Case Management



Figurnotis. I utfallet arbete ingår subventionerat och icke-subventionerat reguljärt arbete, skyddat arbete och reguljär utbildning.

Analyser visar att SE och CM är mer personalintensiva insatser än FS och att SE har ett starkare fokus på arbete. Däremot har CM ett helhetsperspektiv och lägger i högre grad vikt vid deltagarens delaktighet. I alla tre grupperna är deltagarna nöjda med insatserna, men deltagarna i SE och CM är mer nöjda än deltagarna i FS.

Värt att poängtera är också att över 80 procent av deltagarna är kvar i någon form av insats hos Arbetsförmedlingen eller ute i arbete efter 15 månader.

Sammanfattningsvis visar denna studie att arbetslivsinriktad rehabilitering riktad mot unga med aktivitetsersättning ger resultat. För samtliga insatser ser vi att en relativt stor andel har gått ut i någon form av arbete eller studier och att endast en mindre andel har avbrutit rehabiliteringen. Resultaten talar för att projektets inriktning med ett bredare urval av deltagare kan vara ett motiverat arbetssätt för att ge fler unga med aktivitetsersättning tillgång till relevanta insatser. Vad gäller rehabiliteringens utformning visar resultaten från denna korta uppföljning på 15 månader att ett personalintensivt stöd med tydlig och tidig inriktning mot arbete enligt modellen Supported Employment är den bästa metoden att få unga med aktivitetsersättning i arbete.

1 Inledning

I Sverige har antalet unga med aktivitetsersättning ökat de senaste åren, med konsekvenser både för individen och samhället i stort. År 2016 uppbar över 30 000 personer aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Samma år uppgick försäkringsutgifterna för aktivitetsersättningen till 3,75 miljarder kronor.² Utflödet från försäkringen är relativt lågt och ersättningsperioderna är ofta långa. Försörjning genom aktivitetsersättning medför en avsevärd risk att hamna utanför arbetsmarknaden med de konsekvenser som det innebär. Yngre personer får ofta låg aktivitetsersättning eftersom de sällan har hunnit uppjobba en arbetsinkomst. Att under lång tid leva av först aktivitetsersättning och sedan sjukersättning innebär låga inkomster under förvärvsaktiv ålder och därefter låg ålderspension.³

Trots att gruppen med aktivitetsersättning är stor saknas kunskap om vilka insatser och metoder som bäst kan hjälpa dessa unga att etablera sig i arbetslivet. Det är angeläget att få vetenskaplig evidens för vilka insatser samt vilka komponenter i en insats som ökar deltagarnas chanser att få ett arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har på uppdrag av regeringen utvärderat hur arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser av typen Supported Employment påverkar möjligheten till arbetsmarknadsetablering för målgruppen unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

1.1 Unga med aktivitetsersättning

Majoriteten av nybeviljade aktivitetsersättningar på grund av nedsatt arbetsförmåga gäller psykiatriska diagnoser. Denna andel har ökat sedan 2005 och utgör nu 82 procent. De enskilt största diagnoserna är genomgripande utvecklingsstörningar (F84) såsom autism och hyperaktivitetsstörningar (F90) till exempel ADHD. De utgör 24 respektive 20 procent av nybeviljanden (inom psykiatriska diagnoser)⁴. Autism kan exempelvis visa sig genom att individen kan ha svårigheter i kontakten med andra människor, svårigheter att förstå och använda språket i kommunikationen med andra och lätt för att hamna i tvingande rutiner och handlingar. ADHD kan exempelvis visa sig genom svårigheter med uppmärksamhet, impuls-kontroll och överaktivitet. Symtomen kan förekomma var för sig eller i kombination med varandra. Även om dessa diagnoser är de största så är variationen av olika diagnoser stor inom gruppen. Det finns också stor variation i hur funktionsnedsättningen yttrar sig hos olika individer inom samma diagnosgrupp. För personer med aktivitetsersättning på grund av

² Försäkringskassans årsredovisning år 2016.

³ Jonas Olofsson & John Östh. *Förtidspensionering av unga – En fråga om utsortering efter utbildningsnivå och socioekonomisk bakgrund*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. S 2010:04. Stockholm 2011.

⁴ Försäkringskassan. *Socialförsäkringsrapport 2016:7 – Sjukfrånvarons utveckling 2016*.

nedsatt arbetsförmåga har funktionsnedsättningen bedömts innebära så pass omfattande aktivitetsbegränsningar att man, helt eller delvis, inte klarar något arbete på arbetsmarknaden.

Gruppen som beviljas aktivitetsersättning kommer i hög grad från hem där föräldrarna har låg inkomst. Ungdomarna själva är kraftigt överrepresenterade bland dem med endast grundskoleutbildning och bland arbetslösa.⁵ De samverkande svårigheter som en funktionsnedsättning kan innebära i kombination med en ofullbordad grundläggande utbildning kan leda till betydande etableringsproblem för de berörda individerna. I en tidigare intervjustudie framkommer att flertalet i gruppen uttrycker en vilja att arbeta men att mycket kring att söka ett arbete är svårt. Som exempel nämns svårigheter med att marknadsföra sig själva och att ringa till och besöka arbetsgivare. Många av de tillfrågade uttrycker behov av stöd och ifrågasätter sig själva och sina möjligheter att få och klara av ett arbete⁶.

Bland unga som får aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga återfinns både personer som sannolikt aldrig kommer att kunna arbeta och de som med hjälp av adekvata insatser kan utveckla arbetsförmåga. Vidare kan många i gruppen, åtminstone i de nedre åldersintervallen, fortfarande genomgå en mognadsprocess som kan påverka hur arbetsförmågan utvecklas. Arbetsförmågebedömningen handlar därför ofta om att försöka prognostisera vilka förmågor som kan komma att utvecklas över tid.⁷ Att målgruppen för aktivitetsersättningen är så pass heterogen gör det svårt för Försäkringskassan att i sin handläggning avgöra vem som faktiskt har potential att utveckla arbetsförmåga och därför behöver och kan tillgodogöra sig stöd. Aktivitetsersättningen har också i stor utsträckning kommit att präglas av passivitet.⁸ Många i gruppen har visats helt sakna insatser.⁹ I nästan hälften av ärendena har det inte förekommit någon känd insats av rehabiliterande eller aktiverande karaktär. Cirka 5 procent deltog i arbetslivsinriktad rehabilitering hos Arbetsförmedlingen.¹⁰

Behoven av stöd och uppföljning i relation till en anställning kan variera stort mellan olika individer med aktivitetsersättning.¹¹ Ett övergripande mål

⁵ Jonas Olofsson & John Östh. *Förtidspensionering av unga – En fråga om utsortering efter utbildningsnivå och socioekonomisk bakgrund*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. S 2010:04. Stockholm 2011.

⁶ Försäkringskassan 2012. *En underlagsrapport till Tio år med aktivitetsersättning - en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga*. Dnr 06961-2011.

⁷ Socialdepartementet [Ds 2016:5]. *Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen*. Stockholm 2016.

⁸ Socialdepartementet [Ds 2016:5]. *Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen*. Stockholm 2016.

⁹ Riksrevisionen. *Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? RIR 2015:7*. Stockholm 2015.

¹⁰ Försäkringskassan 2012. *Tio år med aktivitetsersättning – en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga*. Dnr 06961-2011.

¹¹ SOU 2012:31. *Sänkta trösklar – högt i tak. Arbete, utveckling, trygghet*. Stockholm 2012.

för personer med varaktig nedsättning i arbetsförmågan är att deras möjlighet att vara delaktiga i arbetslivet stärks. Ett annat mål kan vara att arbetsförmågan ska öka i förhållande till de aktuella arbetsuppgifterna. Detta kan ske exempelvis genom utvecklingsinsatser, arbetshjälpmedel eller anpassning av arbetsuppgifter.

Historiskt har en mycket låg andel av individerna med aktivitetsersättning lämnat försäkringen för att börja arbeta eller studera.¹² Av Försäkringskassans årsredovisning för år 2016 framgår att det fortfarande är få som går vidare till arbete eller studier. Under 2016 gick 5,0 procent av alla personer med aktivitetsersättning vidare till arbete och 3,3 procent gick vidare till studier. Motsvarande siffror för 2015 var 3,9 respektive 3,3 procent.¹³ Inte minst gäller det låga utflödet de som i tillägg till aktivitetsersättningen är beviljade daglig verksamhet enligt LSS¹⁴. Detta trots att det finns indikationer att personer i gruppen skulle kunna gå vidare till arbete med stöd.¹⁵

1.2 Insatser och metoder för etablering i arbetslivet

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan införde en ny samarbetsform 2012 som kallas det Förstärkta samarbetet. Målgruppen för det Förstärkta samarbetet är de som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning och som är i behov av rehabilitering för att få eller återfå sin arbetsförmåga vilket inkluderar unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Sedan år 2013 har cirka 1 300–1 600 unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga årligen påbörjat aktiva insatser inom det förstärkta samarbetet med undantag för år 2015 då merparten av effektutvärderingens inflöde skedde och antalet uppgick till cirka 2 200 personer. År 2015 var det 1 275 unga med aktivitetsersättning som lämnade insatser inom det förstärkta samarbetet. Av dem lämnade 35 procent insatserna för att gå till arbete eller utbildning.¹⁶ Individerna kan då ha varit olika lång tid i aktiva insatser.^{17,18}

¹² Socialdepartementet [SOU 2008:102]. Brist på brådska – En översyn av aktivitetsersättningen. Stockholm 2008.

¹³ I dessa resultat är även studiens deltagare inkluderade.

¹⁴ LSS är en förkortning av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Den verksamhet som bedrivs enligt lagen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Daglig verksamhet ska ge en meningsfull sysselsättning utifrån personens specifika förutsättningar. Insatsen bör innehålla både aktiviteter med habilitering och mer produktionsinriktade uppgifter. Daglig verksamhet är inte en anställningsform och arbetet är inte avlönat. Däremot kan det syfta till att utveckla den enskildes möjlighet till ett förvärsarbete.

¹⁵ Socialstyrelsen. *På tröskeln – Daglig verksamhet med inriktning på arbete*. Västerås 2010.

¹⁶ I dessa resultat är även studiens deltagare inkluderade.

¹⁷ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. *Åtterrapporering enligt regleringsbrevet för 2016 - Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning*. 2016-06-17 Dnr Af-2016/116848, FK 018015-2016.

¹⁸ Status mäts 90 dagar efter avslutad insats.

Samordningsförbunden finansierar insatser för personer där lämpliga insatser saknas i de berörda aktörernas ordinarie verksamhet. När det gäller unga med aktivitetsersättning gäller det ofta personer som inte bedömts vara redo för Arbetsförmedlingens insatser utan bedömts behöva någon annan insats för att ”komma igång”, till exempel öva på sociala kontakter eller på att passa tider.¹⁹ Det har vanligtvis rört sig om relativt små och begränsade projekt som använt sig av Supported Employment-metodiken i någon form. Projekten har redovisat att de uppnått de mål som ställts upp, ofta att individerna skulle komma ut i arbete eller studier i ungefär 40 procent av fallen. Uppföljningarna av projekten indikerar att det är viktigt med ett långvarigt stöd till individerna för att de ska kunna få och behålla jobb²⁰. Av uppföljningarna framgår också att mer fokus behövs på det psykosociala stödet till arbetsgivare om fler personer med funktionsnedsättning ska kunna få anställning. En otydlighet i hur deltagarna i projekten valts ut, brist på kontrollgrupper samt att arbete/arbetspraktik ibland redovisats sammantaget har tyvärr gjort det svårt att tolka resultaten i termer av om projekten har lett till arbete.²¹

1.3 Uppdraget

År 2013 fick Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att under perioden 2014–2017, effektutvärdera hur arbetslivs- inriktade rehabiliteringsinsatser av typen Supported Employment påverkar möjligheten till arbetsmarknadsetablering för målgruppen unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Särskilt prioriterat var att undersöka effekter för individer i daglig verksamhet. En plan för effektutvärderingen²² togs fram under hösten 2013. Myndigheterna har delrapporterat uppdraget den 1 augusti 2014²³ samt den 23 juni 2015²⁴.

Syftet med effektutvärderingen är att genom flera kortsiktiga och långsiktiga uppföljningar ta reda på om stöd via insatsen Supported Employment leder till arbete för unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Delsyften har varit att undersöka effekter av Supported Employment för individer med erfarenheter av daglig verksamhet samt uppdelat på kön. För att skapa förutsättningar för implementering har ett ytterligare syfte

¹⁹ Riksrevisionen. *Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? RIR 2015:7*. Stockholm 2015.

²⁰ Försäkringskassan 2012. *Tio år med aktivitetsersättning - en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga*. Dnr 06961-2011.

²¹ Inspektionen för Socialförsäkringen. *Samverkan inom socialförsäkringen En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel*. Rapport 2010:2.

²² Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, *Plan för effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning*, AF 2013/379053/FK 046166-2013, 2013-11-01.

²³ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. *Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning*. Dnr: Af-2013/379053; Fk-046166-2013. 2014-08-01.

²⁴ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. *Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning*. Dnr: Af-2015/311115 korsreferens Af-2013/379053; Fk-046166-2013. 2015-06-23.

varit att kartlägga insatsernas faktiska innehåll. Syftet har även varit att undersöka insatsernas kostnadseffektivitet.

För att kunna identifiera effekter av insatserna har det varit viktigt att lägga upp studien som ett randomiserat kontrollerat försök. Utifrån ambitionen att underlätta implementering har försöksverksamheten genomförts inom ramen för det Förstärkta samarbetet och Supported Employment-insatsen har utförts av Arbetsförmedlingens SIUS-konsulenter. Ett stöd med bredare psykosocial inriktning – Case Management – har valts för att ge ökade möjligheter att tolka vad det är i insatserna som har effekt.

Rapporten är disponerad på följande sätt: Avsnitt 2 beskriver målgruppen i studien. Avsnitt 3 beskriver de tre rehabiliteringsinsatserna och avslutas med att undersöka hur man arbetat med deltagarna i insatserna. I Avsnitt 4 redogör vi för försöksverksamhetens upplägg. Avsnitt 5 beskriver data och empirisk strategi. Avsnitt 6 presenterar resultaten från effektutvärderingen. Slutsatser diskuteras i Avsnitt 7.

I rapportens bilagor återfinns projektets design (Bilaga 1), deltagarnas upplevelser (Bilaga 2), projektets genomförande (Bilaga 3) teknisk rapport (Bilaga 4) samt tabeller (Bilaga 5).

2 Målgrupp

2.1 Målgruppens egenskaper

Målgruppen för projektet var enligt regeringsuppdraget unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.²⁵ I uppdraget angavs också att unga med aktivitetsersättning som även har daglig verksamhet enligt LSS skulle prioriteras.

Antalet individer med aktivitetsersättningen har ökat stadigt under de senaste åren och när projektet startade i november 2014 hade 30 530 personer (14 469 kvinnor och 16 061 män) aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.²⁶ Ökningen beror både på ett ökat inflöde och att få personer lämnar aktivitetsersättningen innan 29 års ålder. I de kommuner

²⁵ Aktivitetsersättning som ersättningsform infördes år 2003 och kan beviljas från och med juli det år man fyller 19 år fram till och med månaden innan man fyller 30 år. Aktivitetsersättning kan beviljas i två olika former, dels till personer vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan med minst en fjärdedel under minst ett år (aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga), dels till personer som på grund av en funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- eller gymnasienivå (aktivitetsersättning vid förlängd skolgång). Någon prövning av arbetsförmågan görs inte i det sistnämnda fallet.

²⁶ De som har aktivitetsersättning vid förlängd skolgång ingår inte i projektets målgrupp.

som var med vid starten av projektet fanns totalt 9 003 personer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.²⁷

Samtliga individer i målgruppen har dock inte förutsättningar att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. I effektutvärderingen var det i huvudsak Försäkringskassans handläggare som hade ansvaret att identifiera möjliga deltagare. Men potentiella deltagare har också kommit från Arbetsförmedlingen och kommunerna. Till exempel har kommunerna, på flera av de deltagande orterna, varit en viktig informationskälla för impulser om personer inom daglig verksamhet som skulle kunna vara redo för att ta steget mot arbete.

2.2 Deltagare i effektutvärderingen

Då utvärderingen handlar om arbetslivsinriktad rehabilitering så var förutsättningen för att delta i projektet att individerna bedömdes kunna tillgodogöra sig arbetslivsinriktad rehabilitering. De skulle också ha uttryckt att de vill ha stöd med aktiviteter för att få arbete. Individer som utifrån dessa kriterier bedömdes aktuella för att delta i effektutvärderingen kallades till gemensamt möte med handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Detta är i linje med den ordinarie arbetsprocessen inom det förstärkta samarbetet. Personlig handläggare och arbetsförmedlare bedömde sedan gemensamt om personen skulle tillfrågas om att delta i utvärderingen. Effektutvärderingens studiepopulation är därmed inte hela gruppen unga med aktivitetsersättning utan de personer i denna grupp som bedömts ha förutsättningar och vilja för att starta arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för effektutvärderingen.

För att kunna relatera projektets studiepopulation till hela gruppen unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga samt den andel av gruppen som vanligtvis påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering på Arbetsförmedlingen, redovisas genomsnittliga individegenskaper för de tre grupperna i Tabell 1. I kolumn 1 visas information för samtliga som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga någon gång under perioden november 2014–januari 2016. Kolumn 2 visar information för personer med aktivitetsersättning som påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering på Arbetsförmedlingen under samma period som projektet genomfördes men i kommuner som inte har deltagit i projektet. I kolumn 3 visas motsvarande för studiepopulationen, d v s individerna som deltog i projektet.

²⁷ Se Tabell A1 i bilaga 5 - *Tabeller*.

Tabell 1 Genomsnittliga individegenskaper för alla unga med aktivitetsersättning, unga med aktivitetsersättning inom det förstärkta samarbetet och studiepopulation*

	Alla unga med AE (1)	Unga med AE inom det Förstärkta samarbetet (2)	Vår studiepopulation (3)
Ålder	24.9	25.3	24.8
Kvinna (0,1)	0.47	0.48	0.48
Utlandsfödd (0,1)	0.10	0.08	0.09
Barn (0,1)	0.11	0.14	0.13
Gymnasial utbildning (0,1)	0.46	0.51	0.49
Beslut om LSS	0.47	0.26	0.30
Daglig verksamhet	0.39	0.16	0.21
Särskilt boendestöd	0.17	0.06	0.09
<i>Diagnoser</i>			
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0.11	0.16	0.17
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0.24	0.24	0.19
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0.18	0.14	0.18
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0.08	0.11	0.11
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0.06	0.07	0.09
Antal individer	36 871**	1295***	1 063

* Tabellen baseras på registerdata från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen.

** Alla som har haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga någon gång under perioden november 2014–januari 2016.

*** Alla som har haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga någon gång under perioden november 2014–januari 2016 och gått in i det förstärkta samarbetet under denna period. Endast kommuner som ej deltog i studien.

Resultaten i Tabell 1 visar en jämn fördelning mellan män och kvinnor i samtliga grupper. Grupperna liknar också varandra vad gäller ålder, andel utlandsfödda, förekomst av barn samt gymnasieexamen. Vad gäller beslut om LSS, daglig verksamhet enligt 10 § LSS och särskilt boendestöd enligt 9 § LSS är andelen högst för hela gruppen med aktivitetsersättning, lägre för studiepopulationen och lägst för de som startat rehabilitering i andra kommuner. För samtliga grupper är det allra vanligast att ha en psykisk diagnos, till exempel autism och utvecklingsstörning, som grund till nedsättningen av arbetsförmågan.²⁸ Andelen med beteendestörningar samt ångest- och stressyndrom är högre i studiepopulationen och bland de som startat rehabilitering i andra kommuner jämfört med hela gruppen med aktivitetsersättning.

Det är viktigt att komma ihåg att de individegenskaper som redovisas i tabellen endast ger en grov beskrivning av individerna och inte på ett

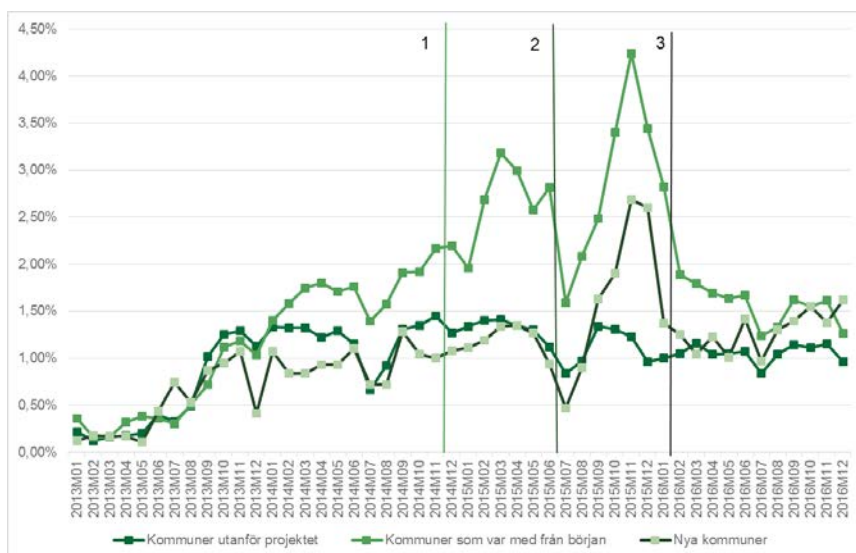
²⁸ Försäkringskassans statistik, databasen MiDAS.

uttömmande vis kan beskriva deras förutsättningar att starta arbetslivsinriktad rehabilitering. De skillnader som framkommer, framför allt avseende LSS och LSS-betingade förmåner, tolkar vi som att studiedeltagarna ligger någonstans mellan hela gruppen med aktivitetsersättning och personer som påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering i andra kommuner, sannolikt något närmare den senare gruppen.

2.2.1 Fokus på att nå ett stort antal deltagare

För att säkerställa att den statistiska analysen skulle kunna genomföras på ett bra sätt krävdes ett stort antal studiedeltagare, minst 1 000 stycken fördelat på de 25 deltagande kommunerna. Som en jämförelse kan nämnas att året innan projektet startade påbörjade endast 1 342 personer i gruppen unga med aktivitetsersättning i hela landet insatser inom det förstärkta samarbetet. I syfte att nå tillräckligt många deltagare, betonades i effektutvärderingen att handläggarna skulle göra ett bredare urval än vad som vanligtvis görs utifrån målgruppens förutsättningar att starta arbetslivsinriktad rehabilitering. Resultatet blev en kraftig ökning av gemensamma kartläggningar för unga med aktivitetsersättning i kommuner som var med i projektet. Detta ses tydligt i Figur 2 som jämför andelen unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga som deltagit i gemensam kartläggning (ingången till det förstärkta samarbetet) mellan de kommuner som var med i studien och de kommuner som inte var med.

Figur 2 Andel unga med aktivitetsersättning som deltagit i gemensam kartläggning mellan 1 januari 2013 och 31 december 2016



Anmärkning: Andel av alla unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga utan pågående insats som kallats till gemensam kartläggning, per månad. För att undersöka potentiell inverkan av effektutvärderingen redovisar vi utvecklingen över tid för kommuner som inte deltagit i projektet, kommuner som deltog från starten (november 2014) och nytillkomna kommuner från sommaren 2015.

Källa: Projektdatabasen

Fokus på ett bredare intag gör det troligt att deltagarna i effektutvärderingen till viss del består av individer som har en mer begränsad aktivitetsförmåga

än de som i vanliga fall påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering på Arbetsförmedlingen. Detta stöds till viss del av resultaten i Tabell 1 ovan och är också den bild som framkommer i enkätsvar och intervjuer med projektmedarbetare.²⁹ I enkätundersökningen väljer var tredje svarande medarbetare att betona det breda intaget när de ombeds att övergripande beskriva inklusionsprocessen och alla medarbetare som svarar på frågan om på vilket sätt inklusionsprocessen förändrats under projekttiden anger att intaget blivit bredare. Den bild som framkommer i medarbetarenkätens fritext-svar är att arbetsförmedlare och personliga handläggare mer förutseende vågade pröva och sänkte tröskeln i förhållande till vad som vanligtvis bedömdes som ”vara redo för arbetslivsinriktad rehabilitering”.

2.2.2 Generaliserbarhet

Sammanfattningsvis kan effektutvärderingens studiepopulation, lite förenklat, beskrivas som unga med aktivitetsersättning som vill ha stöd att få ett arbete och som vid ett bredare urval anses ha förutsättningar att starta arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för myndigheternas samverkan. Det vill säga en grupp personer som i genomsnitt har en något högre aktivitetsförmåga jämfört med hela gruppen unga med aktivitetsersättning men samtidigt lägre än andra unga som vanligtvis kommer till Arbetsförmedlingen via det förstärkta samarbetet. Vår bedömning är därför att resultaten är generaliserbara till gruppen unga med aktivitetsersättning som – givet ett brett intag – kan komma ifråga för det förstärkta samarbetet.

Det är dock viktigt att komma ihåg att de förutsättningar som deltagarna har när de kommer med i effektutvärderingen kommer påverka hur stor andel av deltagarna som får någon form av anställning. Detta är självklart ett viktigt mått. Effektutvärderingen kommer dock helt och hållet fokusera på skillnader mellan de tre insatserna. Huruvida deltagarna är positivt eller negativt selekterade kommer därmed påverka hur det går i samtliga insatser och därmed snedvrider selektionen inte effektutvärderingens resultat.

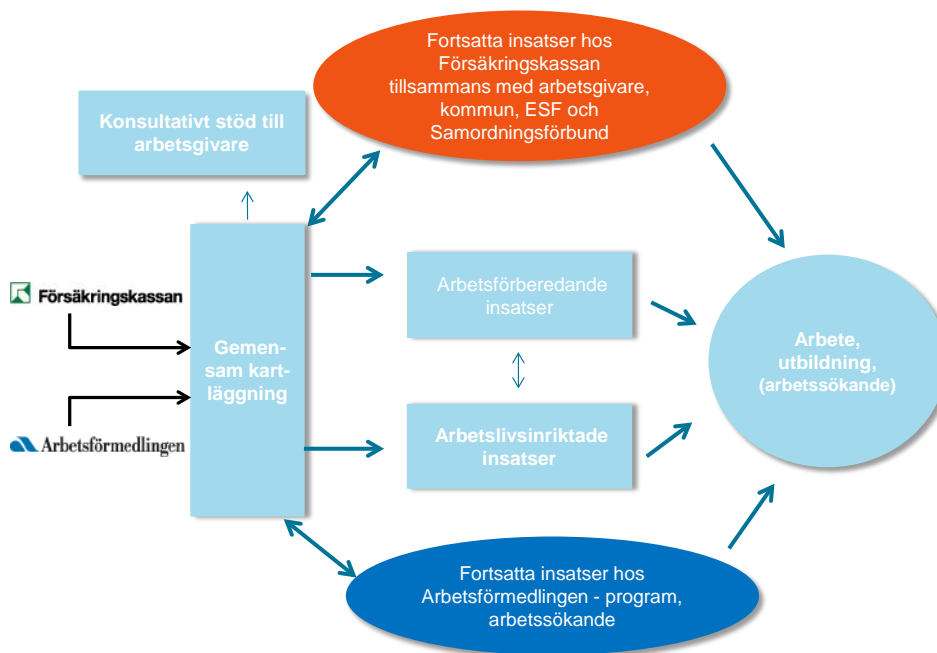
3 Insatser för unga med aktivitetsersättning

I effektutvärderingen fungerar det förstärkta samarbetet som ett ramverk för alla tre insatsgrupperna och alla deltagare har en arbetsförmedlare och en personlig handläggare som ansvarar för att följa upp den gemensamma planeringen. Det förstärkta samarbetet består övergripande av två delar: gemensam kartläggning och aktiva insatser. Den gemensamma kartläggningen är ingången till de aktiva insatserna (se Figur 3). Den blev på så vis en naturlig ingång till de tre insatserna i projektet. Gemensam kartläggning är ett arbetssätt som syftar till att identifiera individens förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Vid en gemensam kartläggning träffar den enskilde arbetsförmedlare och personlig handläggare från Försäkringskassan i ett eller flera möten. Där kan även

²⁹ Se Bilaga 3 – *Genomförandet*.

andra aktörer delta. Kartläggningen avslutas med att den enskilde tillsammans med arbetsförmedlare och personlig handläggare formulerar en plan för vilka insatser som behövs för att hen ska kunna komma ut på arbetsmarknaden.

Figur 3 Processkarta över det förstärkta samarbetet



Figurnotis: Aktiviteter och stöd kopplade till det förstärkta samarbetet är markerade som ljusblå figurer.

I effektutvärderingen benämns också en av insatserna Förstärkt samarbete. I denna insats erbjuds deltagarna aktiva insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Insatserna är individuellt anpassade och kan vara arbetsförberedande alternativt arbetslivsinriktade. Detta är projektets referensgrupp mot vilken de två andra insatserna jämförs. Deltagare i den andra insatsen erbjuds Supported Employment av en SIUS-konsulent från Arbetsförmedlingen. Deltagarna i den tredje insatsen, Case Management, erbjuds likt referensgruppen insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet men får dessutom stöd av en case manager från kommunen. Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av de tre insatserna.

3.1 Insatsen Förstärkt samarbete (FS)

I det förstärkta samarbetet formulerar den arbetssökande, arbetsförmedlaren och den personliga handläggaren tillsammans målen för insatserna och anpassar dem efter individens behov. Den gemensamma kartläggningen utmynnar i en handlingsplan vid Arbetsförmedlingen och plan för återgång i arbete vid Försäkringskassan för att nå målet med insatserna. Övergripande finns två vägar att gå:

Arbetsförberedande insatser erbjuds till individer som har en instabil eller låg aktivitetsförmåga och där en aktivitet som omfattar vistelse på en praktikplats med arbetsuppgifter är ett stort och mycket osäkert steg att ta

initialt. Arbetsförberedande aktiviteter kan vara vägledningssamtal med arbetsförmedlare eller specialist (psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast, socialkonsulent samt hörsel och synspecialister), studiebesök på arbetsplatser, gruppaktiviteter, psykologsamtal och olika utredande insatser av Arbetsförmedlingens specialister. Insatserna syftar till att öka aktivitetsförmågan och därmed förbereda personen för arbetsplatsförlagda aktiviteter. Parallellt med insatserna kan deltagare erbjudas friskvård. Arbetsförberedande insatser ges av Arbetsförmedlingens personal men även av leverantörer som myndigheten upphandlat, så kallade kompletterande aktörer.

Arbetslivsinriktade insatser kan erbjudas direkt efter gemensam kartläggning eller efter arbetsförberedande insatser. Insatserna erbjuds den som av sin arbetsförmedlare bedömts kunna möta grundläggande krav i arbetslivet och kunna delta i aktiviteter som i huvudsak är arbetsplatsförlagda. Det är ofta arbetspraktik, ibland i kombination med yrkesvägledning samt olika jobbsöksaktiviteter eller en kombination av flera aktiviteter. Insatserna ges av personal vid Arbetsförmedlingen men även här av myndighetens upphandlade leverantörer. För projektdeltagare har det förstärkta samarbetet modifierats något genom att tillgång till SIUS-konsulent (se Avsnitt 3.2) i normalfallet undantagits under det första året efter gemensam kartläggning, för att hålla de tre insatserna ”rena” från varandra.

3.2 Supported Employment (SE)

Supported Employment är en arbetsrehabiliteringsmetod som kännetecknas av en inriktning mot tidig arbetsplatsplacering med stöd. Metoden introducerades i USA på 1980-talet och kom till Sverige i början på 1990-talet. Metoden går ut på att individen ska träna upp och utveckla sin arbetsförmåga på den arbetsplats där det tilltänkta jobbet finns. Strategin prioriterar därför ackvirering³⁰ av arbete och benämns ”place then train” (Socialförsäkringsrapport 2015:10).

Arbetsförmedlingen tillämpar sedan 1993 Supported Employment (SE) i ett arbetsmarknadspolitiskt program: Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS). Arbetet utförs av arbetsförmedlare som har utbildning i metoden SE samt god kunskap om den lokala arbetsmarknaden. Hos Arbetsförmedlingen benämns de SIUS-konsulenter. Tillgång till SIUS-konsulent ges efter en inledande utrednings- och förberedelsetid, samt om det bedöms finnas behov även konsultation av specialist. Då detta i normalfallet för unga med funktionsnedsättning tar från ett par månader upp till ungefär ett års tid så innebär det att även om SIUS-konsulenten arbetar efter metodiken SE så har insatserna hos Arbetsförmedlingen i sin helhet inte så tydligt en ”place then train”-utformning. I effektutvärderingen tas beslut om SIUS direkt i samband med att en individ har tackat ja till denna insats. Det förkortar tiden från en slutförd gemensam kartläggning till att individen får träffa SIUS-konsulenten första gången. SIUS-konsulenten med arbetssätt

³⁰ Efter kartläggning av individens förutsättningar för arbete så söker man efter ett för individen anpassat arbete.

grundat i SE-metodiken blir individens stödperson från och med starten i det Förstärkta samarbetet, vilket gör att deltagarens stöd kan karakteriseras som SE.

Ackvirering av ett anpassat arbete samt individuellt stöd i utförandet på arbetsplatsen är kärnan i SE-metodiken. En deltagare som tackar ja till insatsen SE kan förvänta sig att direkt matchas mot arbetsmarknaden. Om deltagaren kommer ut på en arbetsplats kan hen förvänta sig stöd från SIUS-konsulenterna tills dess att det fungerar bra på arbetsplatsen, alternativt att en ny arbetsplats ackvireras. SIUS-konsulenterna ger stöd till både individen och arbetsgivaren. I praktiken kan detta innebära att SIUS-konsulenterna arbetar sida vid sida med individen under en tid. Stor vikt läggs på att tillsammans med arbetsgivaren bygga relationer med andra anställda på arbetsplatsen.

I SIUS-konsulentens uppdrag ingår även att ge uppföljningsstöd under pågående anställning i syfte att säkra en hållbarhet i den aktuella anställningen och ett för individen långsiktigt deltagande i arbetslivet. När arbetsträningen övergått i en anställning har det handlat om en veckovis uppföljning via fysiska besök på arbetsplatsen eller via telefon. Syftet med stödet är att det ska finnas en känsla av trygghet både hos deltagaren och arbetsgivaren. Inom studien är det vanligaste scenariot att man har kvar uppföljningsstödet året efter man gått i anställning. Frekvensen för uppföljningsstödet har normalt sett glesats ut efter ett par månaders anställning och en uppföljning görs ungefär en gång i månaden. Efter ett års tid görs en bedömning av om uppföljningsstödet ska fortsätta. Målsättningen är att SIUS-konsulentens stöd under det så kallade uppföljningsåret successivt ska ha fasats ut till en situation där individen och arbetsgivaren gemensamt klarar att upprätthålla de anpassningar som behövs.

För att hålla metoden SE ”ren” från andra metoder så har det funnits en begränsning avseende i vilken utsträckning SIUS-konsulenterna kunnat använda sig av Arbetsförmedlingens specialister och upphandlade tjänster av kompletterande aktörer. Specialisterna har enbart kunnat användas när individen befunnit sig i praktik på en arbetsplats. Detta för att kunna ge stöd åt arbetssökande och arbetsgivare samt för att anpassa arbetsplatsen med eventuella hjälpmedel. Kombinationen SIUS och kompletterande aktörer har undvikits i projektet. Det finns enstaka exempel på att SIUS-konsulenterna låtit deltagare arbetspröva hos kompletterande aktör när det funnits stor osäkerhet om arbetsförmågan hos en deltagare.

3.3 Case Management (CM)

Case Management utvecklades i Amerika under 1970-talet och vidareutvecklade senare under 1980-talet olika modeller som till exempel resursmodellen. I resursmodellen utgår stödpersonen från individens egna val och starka sidor vid planeringen av insatser och agerar uttalat som individens ombudsman. Här ingår insatsen personligt ombud som används mest i Sverige i dag. Case managern är den samordnande funktionen med ansvar för utredning, planering och att adekvata insatser genomförs. Case managerns roll i behandling och rehabilitering, intensiteten i kontakten och

graden av samordning kan se olika ut för olika modeller.^{31, 32} Projektets definition av metoden CM ligger nära Socialstyrelsens personliga ombud och utförs också av personal anställd vid kommunen. Detta innebär att insatsen CM medför en trepartssamverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. I regeringsuppdraget har case managerns roll specificerats mot inriktningen att verka för att individen får de behov och förutsättningar uppfyllda som på sikt bidrar till förbättrade möjligheter att få och behålla en anställning.

I arbetet med att skapa bättre förutsättningar fungerar case managern som en samordnande länk för individen i kontakter med berörda myndigheter (vårdgivare, kommunen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och så vidare). Case managerns roll är även att, under rehabiliteringsprocessen, mobilisera individens resurser och det stöd som finns hos olika aktörer. Insatsen kvarstår även efter att individen kommit ut i arbete. I praktiken har dock insatsens längd begränsats av projektiden, eftersom CM inte ingår i förstärkta samarbetets ordinarie utbud.

Exempel på områden där case managern kan hjälpa individen att få stöd är inom hälsa, vård, behandling, hjälpmedel och fritid. Utgångspunkten för case managern i regeringsuppdraget är att arbeta på uppdrag av individen mot de mål som individen själv har formulerat. Avgörande är att case managern lyckas bygga upp en nära, personlig relation som bygger på förtroende och tillit.

En deltagare som tackar ja till insatsen CM kan förvänta sig ett individualiserat, intensivt och mångfacetterat stöd med inriktning mot arbete. Arbetsförmedlingens insatser erbjuds utifrån de villkor och förutsättningar som gäller för det förstärkta samarbetet enligt beskrivningen ovan (3.1). Utgångspunkten för case managerns arbete är att ta reda på vad deltagaren har för mål och drivkrafter samt vad deltagaren själv anser sig vara i behov av för aktiviteter för att närma sig arbetsmarknaden. Kanske anser deltagaren att ordning på ekonomin, bussfobi, eller boendestöd är prioriterade utvecklingsområden. Oavsett vad så är case managerns uppdrag att hjälpa deltagaren att få del av det stöd som saknas. Tillsammans gör deltagaren och case managern en planering för hur deltagaren ska närma sig sina mål och hur stödet från case managern ska se ut. Case managern kan följa med deltagaren som ett stöd i möten med myndigheter, följa med på praktikplatsen och hjälpa till att fylla i blanketter. Men case managern kan också ha en mer tillbakadragen roll och agera bollplank mellan möten eller ge tips på vad deltagaren kan säga när hen söker praktikplats, om deltagaren föredrar det upplägget. Målet i projektet är alltid arbete, ofta genom att deltagaren initialt får hjälp att undanröja hinder för att kunna arbeta.

³¹ Källa: Socialstyrelsen, *Case Management*, www.socialstyrelsen.se, mars 2017.

³² Personligt ombud som det utförs i Sverige är detaljerat beskrivet i Klockmo (2013), [The role of personligt ombud in supporting the recovery process for people with psychiatric disabilities.](#)

3.4 Teoretisk jämförelse av insatserna

Från genomgången ovan ser vi tydliga skillnader mellan projektets tre olika insatser. Deltagarna i projektet borde således ha fått stöd mot arbete på olika sätt beroende på i vilken insats de randomiserats till. I denna del har vi utifrån en jämförelse mellan insatserna landat i fyra hypoteser om hur de borde skilja sig utifrån hur de beskrivs i teorin. I avsnitt 3.5 undersöks sedan om dessa skillnader har förekommit i praktiken inom projektet.

Det finns en tydlig skillnad i personaltäthet mellan insatserna CM och SE å ena sidan och FS å andra sidan. I metodmanualerna för SE och CM anges att stödpersonen inte ska arbeta med fler än 20 personer åt gången. Den höga personaltätheten beskrivs som en förutsättning för att insatserna ska kunna bedrivas på ett metodriktigt vis. Inom FS finns det däremot ingen tydlig begränsning kring hur stort antal individer handläggare förväntas arbeta med samtidigt. I projektet har det avsatts särskilda resurser för SE och CM för att anställa personal. SE och CM ska med andra ord ha högre personaltäthet än FS.³³ I insatserna SE och CM betonas det personliga stödet, och kontakten mellan individen och stödpersonen. Syftet med den höga personaltätheten i SE och CM är att det ger förutsättningar för ett intensivt och ambitiöst stöd där stödpersonen lägger ner mycket arbetstid på att hjälpa varje individ till arbete.

Insatsen SE:s ”place then train”-strategi ger en tydlig orientering mot arbete. SIUS-konsulentens uppgift är att hjälpa individen ut på en arbetsplats så fort som möjligt, och därefter att vara behjälplig på arbetsplatsen och ha en kontinuerlig kontakt med arbetsgivaren. Inom CM bedrivs arbete med att få ut personen på en arbetsplats i den mån som personen själv efterfrågar detta. Det finns inga hinder mot en ”place then train” approach inom CM-insatsen, men inte några krav på att insatsen ska ha en direkt orientering mot arbete eller att Case managern ska ha kompetens avseende arbetsgivarkontakter. SE insatsen kan utifrån detta tolkas som mer karakteriserad av arbetsplatsfokus än CM-insatsen. FS innehåller ett brett utbud av arbetsrehabiliteringsinsatser med en orientering mot arbete. Den specifika insatsens arbetsfokus kan samtidigt variera mellan individer eftersom vad man gör inom det förstärkta samarbetet anpassas efter individens behov och förutsättningar. Det innebär att medan SE alltid medför arbetsfokus har en stor del av utbudet inom FS, men inte hela, motsvarande inriktning mot arbete. Utifrån detta bedömer vi att SE har tydligare arbetsplatsfokus än FS, som i sin tur har tydligare arbetsplatsfokus än CM.

Inom insatsen CM finns en uttalad ambition att samarbeta med andra professioner kring individens förutsättningar. Det kan gälla exempelvis kontakter med vården och kontakter med kommunen kring de saker individen behöver stöd med. Om individen känner att det är sociala förutsättningar som ligger i vägen för en etablering på arbetsmarknaden kan

³³ Även om SE och CM i genomsnitt bör ha högre personaltäthet jämfört med FS kan enskilda deltagare i FS få ett personalintensivt stöd, till exempel via insats hos kompletterande aktör.

fokus ligga främst på dessa. Varken inom metoden SE eller inom FS finns någon uttalad ambition om att explicit hjälpa till med andra frågor än arbetsrehabilitering.³⁴ Utifrån detta kan CM, men inte SE eller FS, sägas karakteriseras av ett uttalat syfte att arbeta med individens hela livssituation. Vi benämner detta helhetsperspektiv, och CM förväntas alltså ligga högre än SE och FS på detta.

I insatsen CM är personens delaktighet och önskemål en central del av arbetet. En case manager arbetar på personens uppdrag och hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen läggs upp är i hög grad beroende av personens önskemål. Även inom SE och FS betonas delaktighet och att individens specifika förutsättningar ska beaktas, men här ges individens önskemål utrymme endast inom tydligt angivna ramar. I SE-insatsen är detta kanske allra tydligast, genom att ”place then train” är strategin, och individens delaktighet specificeras till valet av arbetsplats. Även i FS avser individanpassningen önskemål inom ramen för utbudet inom FS. Sammanfattningsvis finns det tydliga skillnader i omfattningen av individens delaktighet och självbestämmande mellan å ena sidan CM och å andra sidan SE och FS.

Utifrån utformningen av de tre insatserna kan vi sammanfattningsvis formulera fyra hypoteser för hur de bör skilja sig från varandra. Dessa hypoteser redovisas i Tabell 2 nedan. SE och CM antas ha större personalitet än FS. SE antas ha tydligare fokus mot arbete än FS, som i sin tur antas ha ett tydligare fokus mot arbete än CM. Slutligen antas CM i högre grad än SE och FS både anlägga ett helhetsperspektiv på individens livssituation och erbjuda individen störst delaktighet och självbestämmande.

Tabell 2 Skillnader mellan insatserna

Skillnader mellan insatserna	Hypoteser
Personaltäthet	SE,CM >FS
Arbetsfokus	SE >FS > CM
Helhetsperspektiv	CM >FS, SE
Deltagarens inflytande	CM >FS, SE

Projektets deltagare bör med andra ord ha fått olika insatser beroende på vilken insats de har hamnat i. I nästa del testar vi huruvida deltagarna i praktiken har fått olika insatser. Har insatserna i praktiken sett ut som man förväntar sig utifrån hypoteserna?

3.5 Empirisk jämförelse av insatserna

I avsnittet ovan har vi visat att upplägget för de tre insatserna skiljer sig systematiskt. I detta avsnitt undersöker vi i vilken grad skillnaderna i upplägg har gett systematiska utslag i arbetet med deltagarna under projekt-tiden. Genom att undersöka hur insatserna faktiskt genomfördes kan vi

³⁴ Ett undantag är att det inom det förstärkta samarbetet – alltså för alla deltagarna – finns ett informationsuppdrag om ersättningen och förutsättningarna kring denna.

uttala oss kring vilken typ av stöd deltagarna i projektet har fått. Vi kan därmed använda kunskapen om insatsernas utformning till att tolka vad som kan ligga bakom resultaten avseende skillnader i arbetsmarknadsutfall.³⁵

Som underlag hämtar vi information från tidsredovisningarna samt deltagarenkäten. Via tidsredovisningsenkäterna har vi information på deltagarnivå om hur mycket och vilken typ av arbete som utförts av de fyra yrkesrollerna arbetsförmedlare, personlig handläggare, Case manager och SIUS-konsulent, samt mängd och karaktär på de aktiviteter som deltagaren har fått hjälp att planera men sedan utfört på egen hand. Utifrån denna information kan vi kartlägga hur mycket och vilken typ av stöd deltagarna fått i de tre olika insatserna. I deltagarenkäterna fångas deltagarens upplevelser av stödet. Datakällorna beskrivs närmare i Bilaga 4 – *Teknisk rapport*.

I Tabell 3 redovisas konsekvenser av insatsens personaltäthet. En högre personaltäthet borde resultera i mer tid med och för stödpersonen. Vi har fångat den genomsnittliga tiden som någon stödperson arbetat med eller för deltagaren, samt intensiteten i kontakten mellan deltagaren och hans stödpersoner. Vår hypotes var att se tydliga skillnader mellan SE och CM å ena sidan och FS å andra sidan. Resultaten stöder hypotesen, men visar även att CM ligger högre än SE när det kommer till personaltäthet. Mönstret syns i att en genomsnittlig individ i början av insatsen får stöd motsvarande 83 minuter per vecka i CM, en timma per vecka i SE, och 27 minuter i FS.³⁶ Mönstret kvarstår i slutet av insatsen och manifesteras även i antalet kontakter en individ i genomsnitt fått under en vecka.

Vi har även fångat andelen deltagare som under en fyraveckorsperiod haft någon kontakt med någon av sina stödpersoner. En högre personaltäthet borde ge ett minskat behov av att helt prioritera bort de deltagare som i en viss tidpunkt upplevs ha något lägre stödbehov. Även detta utfall följer också det ovanstående resultatet med CM högst med obruten kontakt under hela insatsen för den stora majoriteten deltagare, SE i mitten, och FS lägst. Mer total tid borde även ge mer tid till att stötta deltagaren i att själv kunna utföra vissa moment. Typexemplet för sådan tid är att deltagaren befinner sig på en praktikplats som stödpersonen ackvireerat, men det kan även vara att deltagaren fått hjälp att gå en kurs, eller att regelbundet besöka ett gym. Vi har mätt andelen deltagare som under en fyraveckorsperiod har någon sådan tid, utifrån tanken att det skulle kunna ses som en konsekvens av stödpersonalens möjlighet att engagera sig i alla. Här ser vi dock inga skillnader mellan insatserna under de första fem månaderna. Oavsett insats har hälften av deltagarna fått stöd till att aktivera sig på egen hand. Under insatsernas andra halvår minskar dock denna andel för FS, medan nivån håller i sig för SE och CM. Deltagarna borde också i en högre grad ha

³⁵ Tabell 9 (avsnitt 5.1) visar att det för de allra flesta genomsnittliga individegenskaperna inte fanns några statistiska skillnader mellan de tre insatserna. Randomiseringen har därmed fungerat väl och deltagarna i de tre grupperna är jämförbara. Det finns med andra ord inga skillnader mellan deltagarna i de olika insatserna CM, SE och FS. Det gör att resultaten i denna del handlar om skillnader mellan insatserna och inte skillnader i hur deltagarna har randomiserats.

³⁶ Notera att även tid hos kompletterande aktör tas med i beräkningen.

upplevt att de har fått tillräckligt mycket stöd i de mer personaltäta insatserna. Även här framkommer samma rangordning av insatserna i deltagarnas upplevelse av att ha fått sitt stödbehov tillgodosett.

Resultaten stödjer hypotesen att CM och SE är personalintensivare än FS. Avseende majoriteten av utfallsmåtten finns även en signifikant skillnad mellan CM och SE, där CM när det finns någon skillnad genomgående ligger högre än SE. Hypotesen överensstämmer alltså med utfallet med modifikationen att CM också är personalintensivare än SE. I tillägg till nedlagd arbetstid framkommer även förväntade skillnader i konsekvenser av personalintensitet: andelen deltagare som fått något stöd samt deltagarnas upplevelse av möjligheten till stöd.

Tabell 3 Personaltäthet, skillnader mellan FS, SE och CM

Period	Utfallsmått	Data-källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)	(2)-(3) (6)
1	Arbetstid (min/v.)	T	27,08	60,22	83,26	***	***	***
2	Arbetstid (min/v.)	T	17,06	43,67	62,39	***	***	***
1	Kontakter (antal/v.)	T	0,90	1,05	1,95		***	***
2	Kontakter (antal/v.)	T	0,47	0,95	1,55	***	***	***
1	Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,66	0,79	0,95	***	***	***
2	Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,48	0,68	0,85	***	***	***
1	Någon egen planerad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,51	0,54	0,54			
2	Någon egen planerad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,44	0,54	0,54	***	***	
Hela	Min stödperson har tillräckligt mycket tid för mig (andel deltagare)	D	0,50	0,58	0,70	*	**	**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v). Signifikansnivån motsvarar *= $p < 0.1$, **= $p < 0.05$, ***= $p < 0.01$.

För att kunna fånga i vilken grad insatsen har haft ett fokus mot arbete har vi bitt stödpersonerna ange den tid med eller för deltagaren som varit specifikt arbetsplatsrelaterad. Vi har specificerat arbetsrelaterade aktiviteter utifrån att de är förlagda till en arbetsplats eller är direkt kopplade till en arbetsplats/arbetsgivare. Exempel är jobsökning, kontakt med tänkbara arbetsgivare, arbetsanalys, introduktion av en deltagare på en arbetsplats, samt uppföljning av arbetsträning och praktik.

I Tabell 4 redovisas skillnader i insatsernas fokus mot arbete. Här ser vi i rad 1 och 3 att individerna i SE och CM får avsevärt mycket mer tid av stödpersonerna med arbetsfokus än de i FS får. När vi i rad 2 och 4 i stället åskådliggör *andelen* arbetstid som är inriktat på arbete i insatsen framkommer den förväntade rangordningen där SE har starkast arbetsfokus, FS

kommer därefter och CM tydligast står ut från de två andra insatserna med mindre än hälften av den totala arbetstiden orienterad gentemot arbete. Den större personaltätheten i SE och CM ger en större tid inriktad på arbete i båda dessa insatser än i FS. Arbete verkar dock tydligt mer *prioriterat* i FS än i CM, och något mer prioriterat i SE än i FS. Mönstret gäller både tidigt och sent i insatsen.

Vi har även undersökt skillnaden i den genomsnittliga tiden då deltagare på egen hand utfört arbetsplatsförlagda aktiviteter som hen fått hjälp att planera av sin stödperson, samt andelen deltagare som haft någon sådan tid. En vanligt förekommande arbetsplatsförlagd aktivitet är arbetsträning, men även en påbörjad anställning kan redovisas här. För att stödja individen till att på egen hand delta i en arbetslivsinriktad aktivitet kan vi tänka oss att både stödpersonens tid och hens fokus spelar roll. Här ser vi också att det är SE som står ut med i genomsnitt två timmar mer tid per deltagare och vecka på variabeln ”Egen arbetsplatsrelaterad tid”, redan tidigt under insatsens genomförande, och i ännu högre grad under den senare perioden, med fyra timmar mer egen planerad tid per deltagare och vecka. Även i termer av andelen individer som alls kommit ut på en arbetsplats ligger SE högst. Här är skillnaderna dock inte lika framträdande och under första perioden är skillnaden gentemot FS inte signifikant. Det innebär att SE skiljer sig mot FS i viss mån i termer av andelen individer som får en praktikplats eller anställning, men framför allt i termer av aktivitetens omfattning.

Samma inverkan av både tid och fokus gäller sannolikt deltagarnas upplevelser av insatsen, där FS står ut genom att nästan 20 procent av svarande deltagare inte upplever sig ha pratat om arbete med sin stödperson.³⁷ Försöker vi i stället specifikt fånga fokus på arbete, genom att räkna bort svar från deltagare som pratat om även andra livsområden med sin stödperson, är det i stället SE som står ut med tydligast fokus mot arbete.

Vi tolkar resultaten som att CM i lägre grad fokuserar på arbetet än de två övriga insatserna. Vidare ligger även SE-insatsen något högre på arbetsfokus än FS, även om den skillnaden är något mindre. Vad gäller arbetsfokus överensstämmer alltså hypotesen med utfallet.

³⁷ Det är dock viktigt att komma ihåg att deltagare i FS kan ha pratat arbete med en kompletterande aktör vilket inte fångas upp i enkätsvaren.

Tabell 4 Fokus mot arbete, skillnader mellan FS, SE och CM

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	(2)–(3) (6)
1	Arbetsrelaterad tid (min/v.)	T	16,26	44,16	34,06	***	***	
1	Arbetsrelaterad tid (andel av total arbetstid)	T	0,54	0,60	0,39	*	***	***
2	Arbetsrelaterad tid (min/v.)	T	11,36	33,01	29,48	***	***	
2	Arbetsrelaterad tid (andel av total arbetstid)	T	0,58	0,66	0,45	**	***	***
1	Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid (min/v)	T	235,81	378,45	262,14	***		**
1	Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,34	0,40	0,32			**
2	Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid (min/v)	T	282,23	543,44	318,41	***		***
2	Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,35	0,47	0,39	***		*
Hela	Pratat om arbete med sin stödperson (andel deltagare)	D	0,81	0,97	0,97	**	**	
Hela	Vi har pratat om enbart arbete (andel deltagare)	D	0,06	0,13	0,04	**		**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (#/v). Signifikansnivån motsvarar *= $p < 0.1$, **= $p < 0.05$, ***= $p < 0.01$.

Insatsen CM har en uttalad ambition att arbeta med individens hela livssituation och att försöka samordna övriga aktörer kring individen. Vi har undersökt i vilken grad detta uttryckts genom att be stödpersonerna att ange i hur mycket arbetstid de lagt på att samordna individens livssituation. För att avgränsa mot samordning med arbetsgivare har vi specifikt undersökt samordning avseende deltagarens sociala respektive medicinska situation. Exempel på medicinsk samordning kan vara att bjuda in aktuell representant från hälso- och sjukvården till avstämningsmöte eller att följa upp medicinsk behandling via fysiska möten eller telefon. Exempel på samordning med fokus på individens sociala situation kan vara att bjuda in aktuell representant från kommunen till avstämningsmöte med syfte att individen ska få exempelvis en kontaktperson, stöd via personligt ombud, stöd via budget- och skuldrådgivare. Social samordning kan också vara att följa upp social rehabilitering via fysiska möten eller telefon. Här ser vi att CM står ut jämfört med både FS och SE i arbetstid med samordning kring sociala och medicinska aspekter, både tidigt och sent i insatsen. CM ligger avsevärt högre än de andra insatserna i tid med samordning. Även vad gäller *prioritering* av samordning står CM ut med att ha lagt 12–14 procent av arbetstiden på social eller medicinsk samordning, mot de andra insatsernas 6–10 procent.

Vi har även undersökt helhetsfokus explicit, alltså att samtidigt arbeta för att *både* stötta individen till arbete *och* stötta individen genom samordning

kring hens sociala eller medicinska situation. Resultaten avseende helhetsperspektiv redovisas i nedre delen av Tabell 5 och det framgår att CM ligger markant högre än SE och FS.

Individernas upplevelser ger resultat som är samstämmiga med tidsredovisningarna. En större andel av individerna i CM än i de två övriga insatserna upplever att även dimensionerna hälsa eller det sociala har tagits upp. Det är också en högre andel individer i CM som angett att de pratat om *både* arbete och sociala samt medicinska frågor med sin stödperson.

Sammanfattningsvis kan vi säga att CM har en tydligare inriktning mot sociala och medicinska frågor än SE och FS, men vi ser även ett tydligare helhetsperspektiv hos CM som samtidigt arbetar mot både arbete och sociala och medicinska frågor. Vad gäller fokus på flera livsområden överensstämmer alltså hypotesen med utfallet.

Tabell 5 Arbete med flera livsområden, skillnader mellan FS, SE och CM

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	(2)–(3) (6)
Socialt/medicinskt								
1	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (min/v.)	T	2,09	2,62	11,56		***	***
1	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (andel av total arbetstid)	T	0,08	0,07	0,14		***	***
2	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (min/v.)	T	1,47	2,39	7,87		***	***
2	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (andel av total arbetstid)	T	0,10	0,06	0,12	*		***
1	Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad (min/v)	T	71,53	26,55	49,53	***		*
2	Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad (min/v)	T	37,14	41,71	42,22			
Hela	Vi har arbetat med min hälsa	D	0,82	0,81	0,92		**	**
Hela	Vi har arbetat med mina sociala relationer	D	0,62	0,69	0,87		**	**
Både arbete och socialt/medicinskt								
1	Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,10	0,14	0,35		***	***
2	Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,06	0,08	0,22		***	***
Hela	Vi har pratat om allt (andel deltagare)	D	0,59	0,65	0,81	**	**	**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (#/v). Signifikansnivån motsvarar *= $p < 0.1$, **= $p < 0.05$, ***= $p < 0.01$.

Vår fjärde hypotes kring systematiska skillnader mellan insatserna var att deltagarna skulle vara mer delaktiga i sin rehabilitering i CM-insatsen än i

SE eller FS. För att undersöka detta har vi frågat deltagarna om deras upplevelse av att bli lyssnade på, att vara med och bestämma planeringen, samt att känna sig delaktiga. I Tabell 6 framgår att deltagarna i högre grad känt sig lyssnade på och i högre grad upplevt att de har varit med och bestämt vad de ska göra i sin insats, än deltagarna i SE och FS. Även avseende delaktighet i planeringen ligger CM högt.

Vi kan utifrån detta se tecken på att CM ger en högre grad av inflytande till deltagaren, men också vissa tecken på en rangordning, där även SE ligger högre än FS. Detta innebär att vår hypotes om insatsernas inriktning gentemot deltagarens inflytande överensstämmer med utfallet med viss modifikation

Tabell 6 Deltagarens inflytande, skillnader mellan FS, SE och CM

Period	Utfallsmått	Data-källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)	(2)-(3) (6)
Hela	Jag har blivit lyssnad på (andel deltagare)	D	0,65	0,68	0,86		**	**
Hela	Jag har varit med och bestämt vad jag ska göra i min insats (andel deltagare)	D	0,45	0,51	0,60		**	**
Hela	Jag har varit delaktig i min planering (andel deltagare)	D	0,44	0,57	0,63	**	**	

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (#/v). Signifikansnivån motsvarar *= $p < 0.1$, **= $p < 0.05$, ***= $p < 0.01$.

Sammanfattningsvis har våra fyra hypoteser visat sig stämma, samtidigt som det i tillägg visat sig finnas en del ytterligare märkbara skillnader. Vi har sammanfattat våra slutsatser i Tabell 7. Resultaten visar att det i praktiken har funnits tre olika insatser inom projektet. Dessa insatser följer i hög grad den beskrivningen som funnits av insatserna inför projektet. För deltagarna innebär detta att de har fått olika stöd för att komma ut i arbete beroende på i vilken insats de har hamnat.

Tabell 7 Skillnader mellan insatserna

	Hypoteser	Utfall	Överensstämmelse
Personaltäthet	CM, SE > FS	CM > SE > FS	Ja, med viss modifikation
Arbetsfokus	SE > FS > CM	SE > FS > CM	Ja
Fokus på flera livsområden	CM > SE, FS	CM > SE, FS	Ja
Deltagarens inflytande	CM > SE, FS	CM > SE > FS	Ja, med viss modifikation

3.6 Deltagarnas upplevelse av insatserna

I detta avsnitt redovisar vi deltagarnas upplevelse av insatserna. Vår avsikt är att effektutvärderingens resultat ska kunna sättas i ett sammanhang av hur de som har deltagit i insatserna har upplevt dem. Inom ramen för att utveckla en evidensbaserad praktik beskriver Socialstyrelsens att frågor kring bemötande och kvaliteten i relationerna är av central betydelse. Att

utveckla en god relation till individen i kombination med att använda metoder baserade på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om deras effekter ger sannolikt förutsättningar för de bästa behandlings- och rehabiliteringseffekterna (Socialstyrelsen, 2011). Syftet med att undersöka deltagarnas upplevelser är därmed att ge ytterligare en pusselbit till tolkningen av rapportens resultat i termer av utfall till arbete och studier. Som underlag hämtar vi information från deltagarenkäten som fångar deltagarnas upplevelser av stödet. En detaljerad analys av deltagarnas upplevelser som även baseras på intervjudata återfinns i Bilaga 2 – *Deltagarnas upplevelser*. Datainsamling samt variabelkonstruktion beskrivs närmare i Bilaga 4 – *Teknisk rapport*.

Deltagarna har besvarat nio frågor som avser mäta om deltagarna är nöjda med den insats de har tagit del av i projektet, uppdelat på följande tre dimensioner av nöjdhet:

- Bemötandet från projektmedarbetare
- I vilken utsträckning deltagaren känner delaktighet
- Om deltagaren kommit ut i arbetslivet

Bemötandet handlar om den relation deltagaren har haft med de projektmedarbetare de har haft kontakt med under projekttiden. Delaktighet handlar om i vilken utsträckning deltagaren känt sig delaktig i planering och utförandet av sin rehabilitering. Arbete handlar om hur deltagaren upplever att möjligheten till ett specifikt arbete eller närhet till arbetsmarknaden generellt har påverkats av deltagandet i studien.

Genom att slå samman frågorna om olika aspekter av nöjdhet har vi tillverkat ett nöjdhetsindex. I Tabell 8 har vi undersökt om deltagarnas nöjdhet skiljer sig mellan insatserna. Deltagarna är generellt nöjda med det stöd de har fått i insatserna. På en skala där det högsta möjliga värdet är 100 och det lägsta möjliga värdet är 0 anger deltagarna i FS i snitt 67. Insatserna får höga omdömen avseende bemötande och deltagande, men något lägre när det gäller att kunna stödja deltagarna med att söka och behålla ett jobb. Det framgår också att deltagarna är tydligt mer nöjda med CM och SE jämfört med FS samt att deltagarna med CM är något nöjdare jämfört med deltagarna med SE.

Tabell 8 Nöjdhet i de olika insatserna

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	Antal svarande
Nöjdhet totalt	67	76	81	***	***	621
Bemötande	74	83	88	**	***	615
Delaktighet	72	80	86		***	620
Arbete	52	62	63	***	**	529

Tabellnotis: Datakälla är deltagarenkäter. Enheten som används är medelvärdet av ett nöjdhetsindex som sträcker sig mellan 0 och 100. Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

En möjlig förklaring till detta resultat skulle kunna vara att insatserna SE och CM innebar ett mer omfattande stöd (se avsnitt 3.5). Deltagare inom insatserna SE och CM har med andra ord fått mer omfattande stöd än deltagarna i FS, vilket eventuellt skulle kunna förklara varför de är nöjdare.

4 Försöksverksamheten

En väl genomförd rekrytering och randomisering av deltagare till de tre insatserna var en förutsättning för att kunna genomföra effektutvärderingen. Genom att deltagarna fördelades slumpmässigt till de olika insatserna säkerställdes att deltagarna initialt hade samma förutsättningar att få en anställning. Här ges en kortfattad beskrivning av hur detta utfördes. För en mer detaljerad redogörelse för effektutvärderings design, se Bilaga 1 – *Studiedesign*.

Rekrytering av deltagare och randomisering till de tre insatserna pågick mellan november 2014 och december 2015. Arbetet i insatserna fortsatte sedan till slutet av 2016. Inledningsvis genomfördes effektutvärderingen i 20 kommuner men för att säkerställa ett tillräckligt stort antal deltagare utvidgades effektutvärderingen under hösten 2015 med fem nya kommuner. Deltagande kommuner redovisas i Bilaga 5 – *Tabeller*. Totalt deltog 1 063 individer i utvärderingen. Arbetet i insatserna genomfördes i lokala nätverk som samlade projektmedarbetare från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen. De lokala nätverken samt arbetet med att rekrytera deltagare är utförligt beskrivna i Bilaga 3 – *Genomförandet*.

De individer som bedömdes aktuella för att delta i effektutvärderingen (se avsnitt 2), fick övergripande information om projektet och erbjöds sedan att delta. De som tackade ja till att delta och skrev på ett samtycke, informerades sedan om vilken insats de randomiserats till och vad den innebar.³⁸ Information om de två andra insatserna lämnades endast om individen uttalat efterfrågade det. I normalfallet startade insatsen i direkt anslutning till att individen tackat ja till medverkan. Om individen tackade nej till att delta i projektet fick hen i stället information om vad det innebar att ingå i det ordinarie förstärkta samarbetet mellan myndigheterna.

För att öka förståelsen för vad i insatserna som påverkade individens möjlighet att få ett arbete genomfördes en kompletterande studie av insatsernas innehåll. Det innebar att en utökad dokumentation implementerades inom den ordinarie verksamheten. På så sätt kunde projektet samla in information om vilka specifika aktiviteter som varje deltagare fullföljde. Genom att även följa deltagarnas upplevelser av att delta i projektet förvärvades ytterligare kunskap och förståelse om vad i insatserna som

³⁸ Notera att varken arbetsförmedlare eller personlig handläggare visste om vilken insats som skulle erbjudas om individen tackade ja. Detta var viktigt då det kunde påverka hur de presenterade projektet och i vilken grad de försökte ”motivera” individen att delta. Se Bilaga 1 för mer detaljerad information.

påverkade deltagarnas möjlighet att få ett arbete. Datainsamling och variabelbeskrivning redovisas i Bilaga 4 – *Teknisk rapport*.

5 Data och empirisk strategi

5.1 Utfall av randomiseringen

Den slumpmässiga fördelningen av deltagare till de olika insatserna fungerade väl och deltagarna i de tre insatserna var jämförbara. De genomsnittliga individegenskaperna för respektive insats kunde jämföras baserat på registerdata från Försäkringskassan vid tiden för när deltagarna slumpades in i projektet och intervjuer gjorda vid gemensam kartläggning.

I kolumnerna 1–3 i Tabell 9 presenteras genomsnittliga individegenskaper för respektive insats. I kolumn 4 redovisas om skillnaderna i genomsnittliga individegenskaper mellan SE och FS var statistiskt signifikanta. Motsvarande jämförelse mellan CM och FS redovisas i kolumn 5. För majoriteten av individegenskaperna förelåg inte några statistiska skillnader mellan de tre insatserna. Slutsatsen är att deltagarna i de tre grupperna var jämförbara.

Tabell 9 Individegenskaper för deltagare som slumpmässigt fördelades till insatserna Förstärkt samarbete, Supported Employment och Case Management

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)
Ålder i år	24.7	25.00	24.8	– ²	–
Andel kvinnor	0.45	0.51	0.47	–	–
Andel som har barn	0.15	0.12	0.13	–	–
Andel utlandsfödda	0.09	0.08	0.11	–	–
Andelen storstad ¹	0.66	0.69	0.65		
Andel med minst gymnasium	0.45	0.45	0.41	–	–
Andel med LSS	0.31	0.26	0.32	–	–
Andel med daglig verksamhet	0.25	0.23	0.27	–	–
Andel med arbetslivserfarenhet	0.19	0.15	0.16	–	–
Andel med arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet	0.19	0.17	0.20	–	–
Antal problemområden	1,8	1,9	1,8		–
<i>Diagnoser (andelar)</i>					
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0.16	0.19	0.16	–	–
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0.24	0.20	0.17	–	**3
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0.20	0.17	0.17	–	–
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0.09	0.09	0.14	–	**
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0.09	0.09	0.09	–	–
– Övriga diagnoser	0.23	0.26	0.27	–	–
Antal deltagare	301	370	392		

1 = Västra Götalands-, Skånes-, och Stockholms län.

2 = Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

3 = Statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna på 5 procent signifikansnivå.

5.2 Definition av arbetsmarknadsutfall

I uppdraget från regeringen angavs att utvärderingen skulle fokusera deltagarnas arbetsförmåga och övergång till arbete. Arbetsförmåga är ett komplext begrepp och för att kunna skatta denna i effektutvärderingen användes Arbetsförmedlingens registrerade övergång till arbete.³⁹ Detta register innehåller detaljerad information om vilken fas, exempelvis rehabilitering, som en person befinner sig i och datum när personen byter fas, exempelvis till arbete.

³⁹ I denna slutrapport som lämnas till Regeringen i mars 2017 är uppföljningsperioden för kort för att kunna använda kompletterande mått på arbetsmarknadsutfall. I kommande rapporter med längre uppföljning kommer även förvärvsinkomster från SCB inkluderas som utfallsmått.

I utvärderingen analyserades arbetsmarknadsutfall på månadsbasis vilket innebär den fas individen befann sig i den sista dagen i varje månad. Deltagarna följdes från och med månaden för randomisering till en insats till och med januari 2017. Följande arbetsmarknadsutfall kunde identifieras:

1. Icke-subventionerat reguljärt arbete inom alla yrkesområden där det inte gjorts några anpassningar som föranlett en lönesubvention.
2. Subventionerat reguljärt arbete inom alla yrkesområden där arbetsgivaren får ersättning i form av en individuell lönesubvention baserad på den anställdes funktionsnedsättning som orsakar den nedsatta arbetsförmågan i arbetsuppgiften.
3. Skyddat arbete, vilket innebär ett skyddat arbete som ges till personer vars arbetsförmåga är så nedsatt att de inte kan få annat arbete och vars behov inte kan tillgodoses genom andra insatser. Här ingår i första handarbete vid Samhall AB.
4. Reguljär utbildning, vilket innebär alla former av utbildning utanför Arbetsförmedlingen, till exempel på universitet och högskola, kommunal vuxenutbildning eller folkhögskola. Förberedande utbildning och arbetsmarknadsutbildning på Arbetsförmedlingen ingår inte.

I huvudanalysen utgör dessa 4 kategorier tillsammans kategorin *att vara i arbete*. Därutöver redovisas varje delkategori även separat.

Målgruppen unga med aktivitetsersättning har generellt liten erfarenhet av arbetsmarknaden. En hypotes var att gruppen i många fall skulle behöva långsiktiga insatser innan de kunde gå över till arbete. Det var därför intressant att även fånga upp en eventuell utveckling där deltagaren successivt närmade sig arbetsmarknaden och kunde tillgodogöra sig rehabilitering. Ett närmande till arbetsmarknaden kan till exempel mätas som att deltagaren fortsätter vara inskriven hos Arbetsförmedlingen. Som ett kompletterande utfallsmått analyserades därför om deltagaren var i arbete eller inskriven hos Arbetsförmedlingen. Exakt definition av möjliga arbetsmarknadsutfall redovisas i Bilaga 4 – *Teknisk rapport*.

5.3 Empirisk strategi

Den lyckade slumpmässiga fördelningen av deltagare till Förstärkt samarbete, Supported Employment och Case Management har gjort det möjligt att jämföra skillnaden i andelen deltagare från respektive insats som har kommit i arbete månad för månad.

Deltagarna följdes under 15 månader från och med att de randomiserades till de olika insatserna. Den sista mättpunkten för denna rapport var den 31 januari 2017. Skälet till att deltagarna följdes i 15 månader och inte längre var att kunna observera en tillräckligt stor andel av deltagarna under alla 15 månader. Det innefattade de deltagare som kom med i studien i november 2015 eller tidigare. Deltagare som kom med i december 2015 (januari 2016) kunde endast följas under 14 (13) månader. Med en uppföljningsperiod på 15 månader kunde vi följa utfallet att komma i arbete för 77,4 (91,8) procent av deltagarna den 15:e (14:e) månaden.

I ett första steg av analysen redovisas utvecklingen av andelen deltagare i arbete separat för respektive insats. I ett andra steg används regressionsanalys för att undersöka om skillnaderna i andelen i arbete mellan insatserna var statistiskt signifikanta. I regressionsanalysen kontrollerades för de individegenskaper som presenterades i Tabell 3 i Avsnitt 5.1.⁴⁰ Resultaten i denna rapport påverkades inte av dessa individegenskaper.

I analysen fungerade FS som referensgrupp. Det innebar att skillnaden i andelen i arbete månad för månad jämfördes mellan SE och FS samt mellan CM och FS. Om exempelvis jämförelsen mellan SE med FS hade en skattning på 0.05 vid en viss månad innebar det att andelen deltagare som var i arbete och som deltagit i SE var 5 procentenheter högre jämfört med andelen i arbete av de som deltagit i FS.

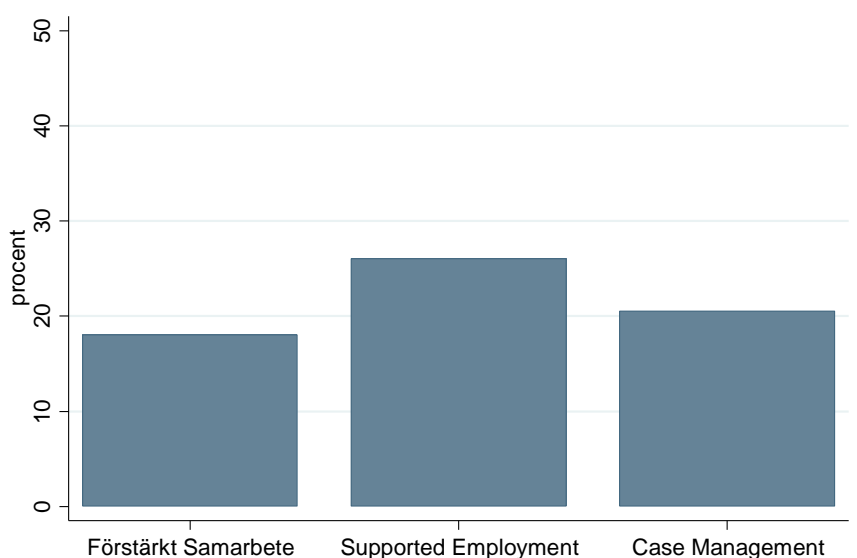
6 Resultat

I detta avsnitt presenteras resultaten från de statistiska skattningarna där andelen deltagare i arbete mellan de tre insatserna jämförs. I Avsnitt 6.1 redovisas huvudresultaten för arbetsmarknadsutfall månad för månad. I Avsnitt 6.2 undersöks om effekten av insatserna skiljer sig åt mellan kvinnor och män och i Avsnitt 6.3 om effekten skiljer sig åt mellan deltagare som varit respektive inte varit i daglig verksamhet innan studien startade.

Huvudresultaten i rapporten sammanfattas i Figur 4. Resultaten visar att 15 månader efter projektstarten hade SE högst andel deltagare i arbete. Efter 15 månader var 26 procent av deltagarna i SE i arbete. För CM och FS var motsvarande siffra cirka 20 respektive 18 procent (andelen i arbete var signifikant högre i SE jämfört med både FS och CM på 10 procents signifikansnivå).

⁴⁰ Dessutom kontrollerades för månad då randomiseringen gjordes. Urvalssannolikheterna till insatserna ändrades under några perioder i vissa kommuner i syfte att rekrytera deltagare framförallt till insatserna Supported Employment och Case Management. För att ta hänsyn till detta har vi även kontrollerat för varje kombination av kommun och period. Som alternativ har vi även viktat regressionerna med avseende på urvalssannolikheterna. Resultaten är helt okänsliga för vilken metod som används. Rapporterade resultat är helt oviktade och utan kontroller för kommun-period-interaktioner.

Figur 4 Andel i arbete 15 månader efter projektstart, separat för Supported Employment, Förstärkt samarbete och Case Management



Figurnotis. I utfallet arbete ingår subventionerat och icke-subventionerat reguljärt arbete, skyddat arbete och reguljär utbildning.

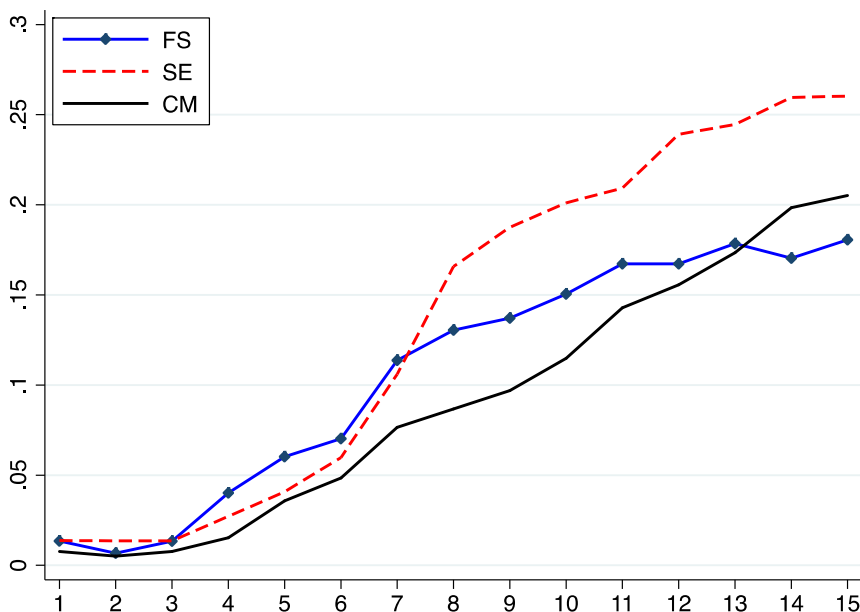
6.1 Effekter över tid

I den fortsatta analysen redovisas resultaten månad för månad under hela uppföljningsperioden på 15 månader. I denna analys kontrollerades även för de individegenskaper som redovisades i Tabell 9. Inledningsvis presenteras resultaten för andelen i arbete, där den övre panelen i Figur 5 visar den månadsvisa utvecklingen av andelen i arbete inom respektive insats. Andelen i arbete ökade kontinuerligt under hela perioden för alla tre insatserna. Från månad sju ökade SE betydligt mer jämfört med CM och FS och denna skillnad accentuerades något under resterande period. Månad 15 var andelen i arbete cirka åtta procentenheter högre i SE jämfört med CM och FS.

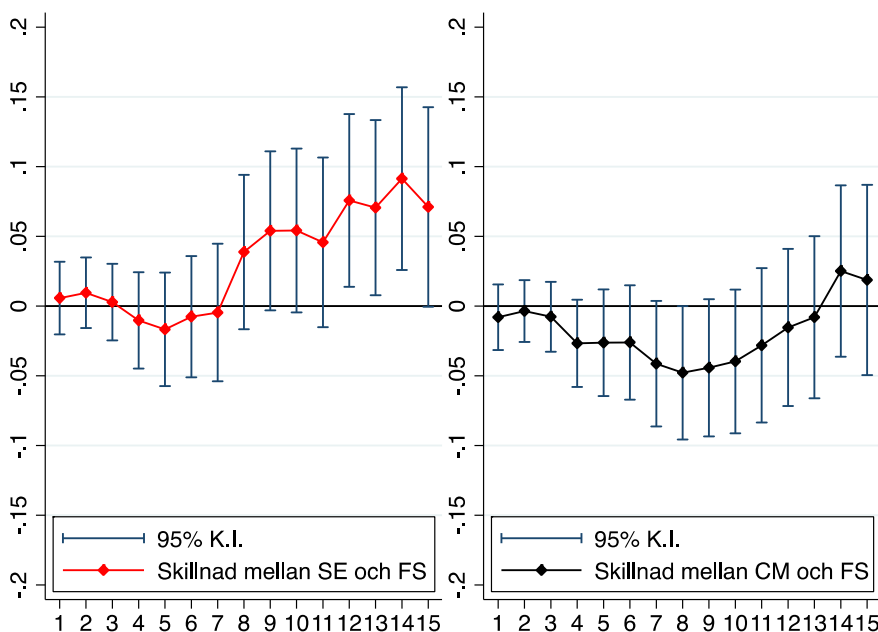
I vänstra undre panelen i Figur 5 redovisas skillnader i andelen som var i arbete mellan SE och FS, samt om skillnaderna var statistiskt signifikanta.⁴¹ Signifikansen illustreras med blå vertikala streck och markerar övre och nedre gränsen för konfidensintervallen. En skillnad är statistiskt signifikant om intervallet inte täcker noll (omvänt gäller att skillnaden inte är statistiskt signifikant om intervallet täcker noll). Skillnaden i andelarna i arbete mellan SE och FS var statistiskt signifikanta för de fyra senaste månaderna under studieperioden, dock var månad 15 endast signifikant på tio procents nivå. Motsvarande jämförelse mellan CM och FS visar inte några signifikanta skillnader av andelen deltagare i arbete mellan insatserna (se undre högra panelen i Figur 5).

⁴¹ I analyserna om andelarna var signifikanta kontrollerades alltid för de individegenskaper som presenterades i Tabell 8. Detta gäller samtliga analyser av arbetsmarknadsutfall.

Figur 5 Andel deltagare i arbete per insats



Skattade skillnader mellan SE och FS (vänstra panelen) respektive CM och FS (högra panelen), samt om skillnaderna var statistiskt signifikanta.



Figurnotis. Skillnaderna i nedre panelen är beräknade kontrollerat för de individegenskaper som presenterades i Tabell 9. 95% K.I. = 95-procentigt konfidensintervall.

Resultatredovisningen visualiseras över samtliga 15 månader bland annat för att kunna identifiera eventuella mekaniska effekter. En mekanisk effekt skulle innebära att resultatet snarare drivs av metodvariation hos de olika insatserna än av själva utfallet till arbete. Om skillnaden utgörs av mekaniska effekter borde gapet mellan exempelvis Förstärkt samarbete och Supported Employment minska efter tid – då insatsen och dess uppföljning

avtar efter hand. Ett sådant mönster har vi inte observerat under uppföljningsperioden på 15 månader. Gapet mellan de olika insatserna kvarstår och är snarare ökande över tid.

Separata analyser genomfördes för icke-subventionerat reguljärt arbete, subventionerat reguljärt arbete, skyddat arbete samt reguljär utbildning. Det är de kategorier som tillsammans utgör utfallet att vara i arbete. För dessa utfall redovisas resultatet efter 15 månader i tabell 10 nedan. Andelarna för dessa tre utfall var låga för samtliga tre insatser, 0–4 procent, och har varit låga under hela uppföljningsperioden.

Det utfall som driver resultatet i Figur 5 var entydigt subventionerat reguljärt arbete där relationerna mellan andelarna i de tre insatserna var nästan identiska med vad som redovisas i Figur 5. I månad 15 var cirka 20 procent av deltagarna i SE i subventionerat reguljärt arbete. För FS (CM) var motsvarande siffra cirka 12 (15) procent. Slutsatsen är att SE fram till och med 15 månader efter rehabiliteringsstarten lyckats bäst med att få deltagare i subventionerat reguljärt arbete.

Bland de subventionerade reguljära arbetena var utvecklingsanställning den vanligast förekommande. Skillnaden i vilken utsträckning deltagare har kommit ut i subventionerade reguljära arbeten drivs dock av att deltagare inom SE i högre grad kommit ut i lönebidrag och trygghetsanställningar. Lönebidrag och trygghetsanställning kan båda innehas under relativt lång tid vilket indikerar att deltagare inom SE-insatsen har fått mer varaktiga anställningar.⁴²

Tabell 10 Andelarna för respektive utfall vid månad 15, separat för SE, CM och FS

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)
1. Icke-subventionerat arbete	0.019	0.017	0.019	–	–
2. Subventionerat arbete	0.125	0.202	0.144	**	–
Utvecklingsanställning	0.111	0.130	0.112	–	–
Trygghetsanställning	0.000	0.024	0.006	**	–
Lönebidrag	0.010	0.034	0.013	**	–
Övriga subventionerade arbeten	0.005	0.014	0.013	–	–
3. Skyddade arbeten ⁴³	0.005	0.010	0.013	–	–
4. Reguljär utbildning	0.032	0.031	0.029	–	–
Arbete 1+2+3+4	0.181	0.260	0.205	**	–

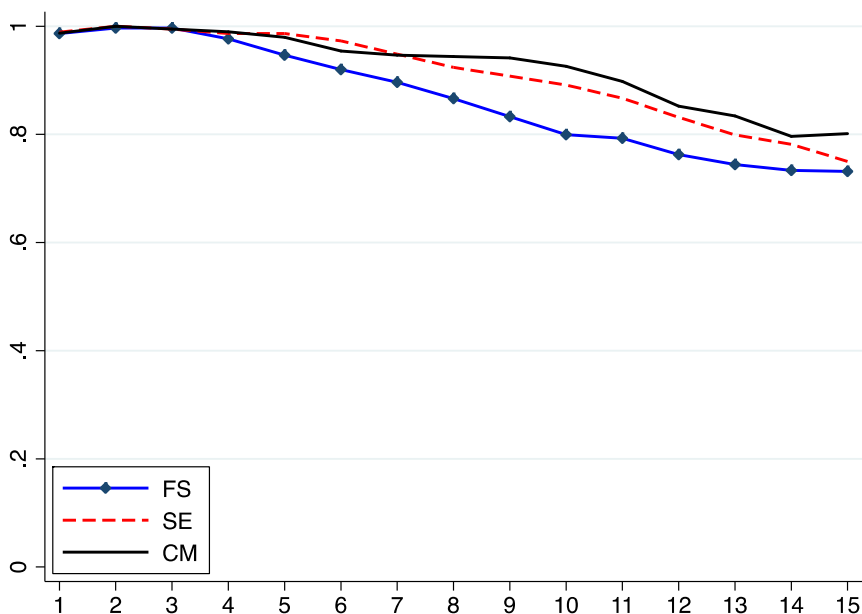
* (**) innebär statistiskt signifikant på 10 (5) procent signifikansnivå, – betyder insignifikanta skillnader.

⁴² Inom studien har det vanligaste varit att man har haft kvar uppföljningsstödet året efter man gått i anställning. Det skiljer sig inte ifrån hur uppföljningsstödet brukar ges inom den ordinarie SIUS-verksamheten. Det har funnits en stor variation i behovet av uppföljningsstöd inom studien där det förekommit att stödet avslutats i förtid eftersom det inte behövts längre, men även att beslutet om uppföljning förlängts.

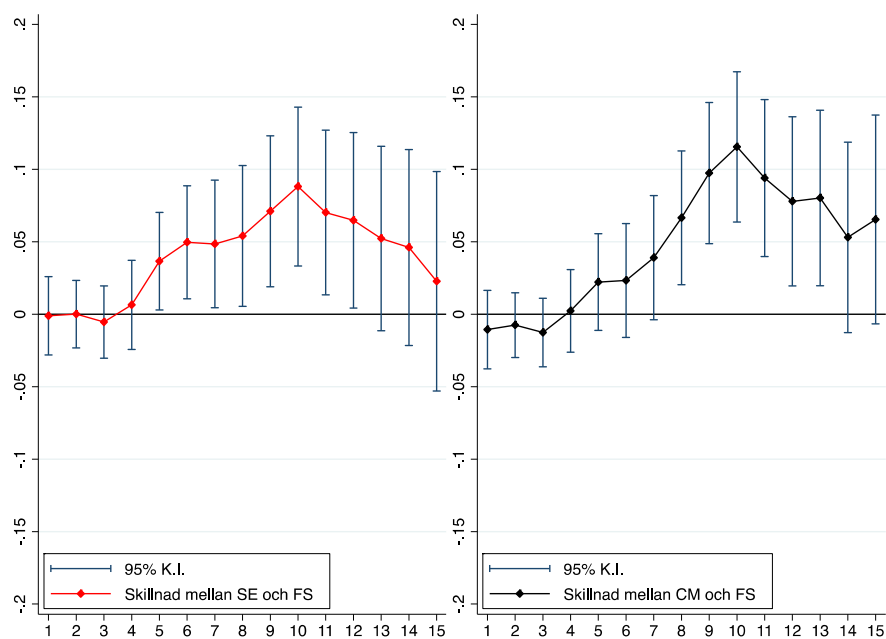
⁴³ Här ingår arbeten i Samhall AB och inom Offentligt skyddat arbete (OSA).

Slutligen redovisas i Figur 6 resultat för utfallet att vara i arbete eller vara inskriven hos Arbetsförmedlingen (där ingår även pågående rehabilitering). Knappt 80 procent av deltagarna var efter 15 månader antingen kvar i någon form av insats eller ute i arbete. Både SE och CM hade något högre andelar jämfört med FS och skillnaderna var som störst månad 10. Efter 14 och 15 månader fanns dock inga statistiskt signifikanta skillnader mellan insatserna. Däremot var andelen i arbete eller inskrivna hos Arbetsförmedlingen signifikant högre i CM jämfört med FS från månad 8 till 13.

Figur 6 Andel deltagare i arbete eller inskrivna hos Arbetsförmedlingen per insats



Skattade skillnader mellan SE och FS (vänstra panelen) respektive CM och FS (högra panelen), samt om skillnaderna var statistiskt signifikanta.



Figurnotis. Skillnader i nedre panelen är beräknade kontrollerat för de individegenskaper som presenteras i Tabell 9. 95% K.I. = 95-procentigt konfidensintervall.

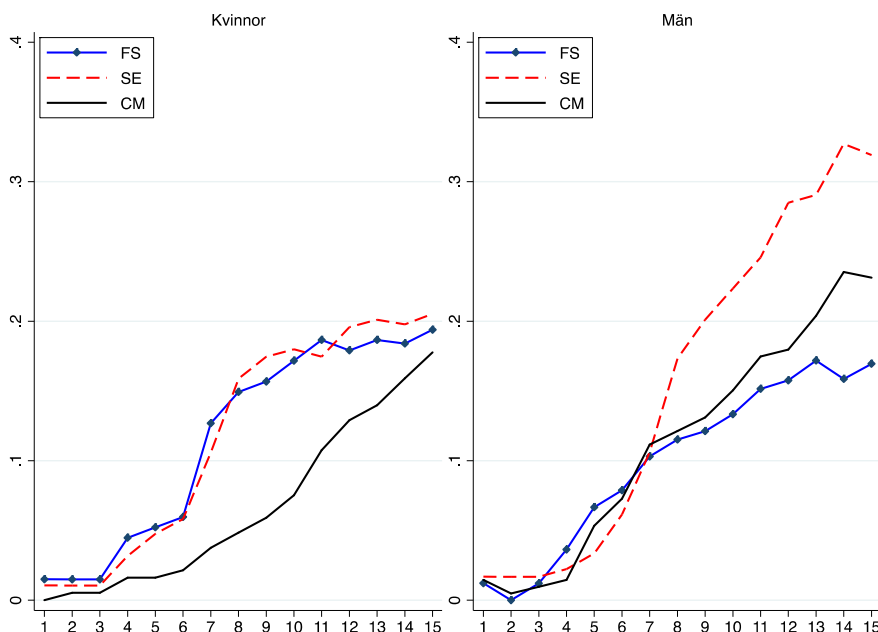
6.2 Effektskillnader mellan kön

I detta avsnitt presenteras analyser på motsvarande sätt som i Avsnitt 6.1 men här undersöktes om det förelåg könsskillnader i effekter av insatserna. Av utrymmesskäl presenteras endast analyser för utfallet att vara i arbete. I vänstra övre panelen i Figur 7 redovisas andelen i arbete för kvinnor, separat för respektive insats. Motsvarande utveckling för män redovisas i den högra övre panelen i Figur 7. Andelen i arbete i SE och FS för kvinnor hade en likartad utveckling under hela uppföljningsperioden. Bland männen ökade andelen i arbete i SE relativt FS från månad sju och den ökningen förstärktes kontinuerligt under resten av perioden.

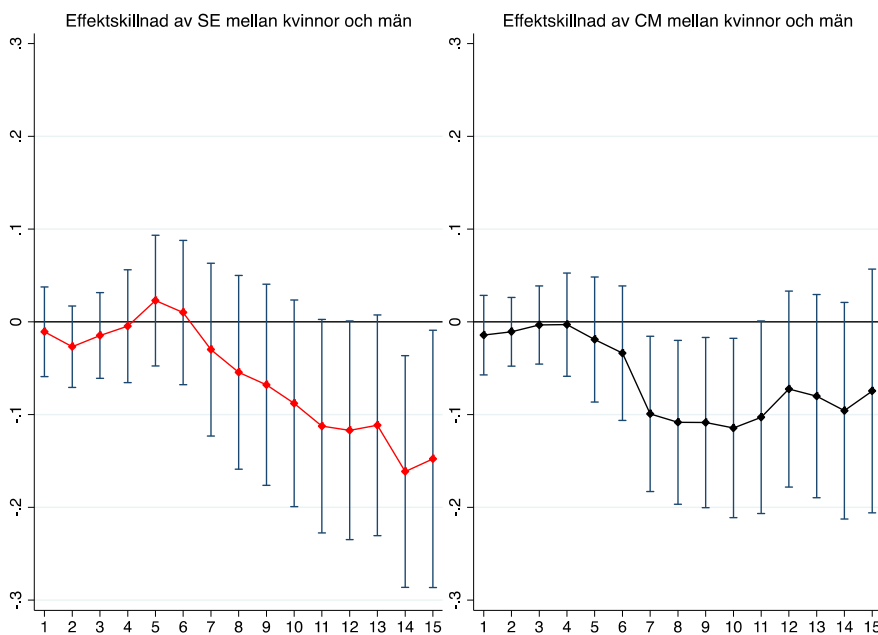
I den undre vänstra panelen i Figur 7 presenteras skillnaden i SE-effekten mellan kvinnor och män (det vill säga skillnaden i andelen i arbete mellan SE och FS bland kvinnor minus motsvarande skillnad för män). Resultatet visade att effekten av SE, 15 månader efter projektstart, var signifikant lägre för kvinnor jämfört med män. I kombination med att det knappt var någon skillnad mellan SE och FS för kvinnor blev slutsatsen att den positiva SE-effekten vi fann i Avsnitt 6.1 endast gällde för män.

Andelen i arbete bland kvinnor i CM var lägre jämfört med FS. Bland män gällde det omvända från och med månad 7, det vill säga andelen i arbete med CM var högre jämfört med FS. Sammantaget gav detta en CM-effekt 15 månader efter projektstart som var marginellt lägre för kvinnor jämfört med män (skillnaden var statistiskt signifikant på 10 procents signifikansnivå).

Figur 7 Andel deltagare i arbete per insats, separat för kvinnor och män



Skattade effektskillnader mellan kvinnor och män, för SE respektive CM (FS alltid kontrollgrupp), samt om skillnaderna var statistiskt signifikanta.



Figurnotis. Skillnaderna i nedre panelen är beräknade kontrollerat för de individegenskaper som presenterades i Tabell 9. De vertikala strecken anger 95-procentiga konfidensintervall.

Vad kan könsskillnaden i SE-effekten bero på?⁴⁴ Inga systematiska könsskillnader framkom ur informationen om arbetet med deltagarna i insatserna. Om något, så hade kvinnor fått mer tid i alla insatser.

⁴⁴ För att försöka tolka resultaten i detta avsnitt analyserades balans mellan insatserna samt deltagarnas egenskaper och insatsernas innehåll, uppdelat på kön. Resultaten redovisas i Bilaga 5 – Tabeller.

SE-effekten för män verkade inte förklaras av att männen fick mer omfattande insatser. Att männen fick subventionerade anställningar i högre utsträckning än kvinnor bland inskriva hos Arbetsförmedlingen har presenterats i en tidigare studie (Arbetsförmedlingen 2015).

En fråga var om föräldraskap försvårade möjligheten att få en anställning. Kvinnorna i studien hade fler barn i genomsnitt än vad männen hade och fick i större utsträckning än män sitt första barn under rehabiliteringsinsatsen. Figur 7 visade att kvinnor med FS generellt hade en högre andel i arbete jämfört med män med i FS. Detta skulle kunna tyda på att föräldraskap generellt inte försvårade att få en anställning.

Vi undersökte även om förklaringen kunde vara att kvinnor och män anställdes av olika typer av arbetsgivare. Deltagarna har huvudsakligen sökt sig till arbetsplatser där det funnits serviceyrken som exempelvis att arbeta i butik, restaurang eller med administration. Serviceyrken har också varit dominerade bland de deltagare som har gått ut i anställning. Av de som gått ut i subventionerade reguljära arbeten var lokalvårdare det vanligaste yrket, följt av arbete inom restaurang samt arbete inom detaljhandeln. Det skiljer sig inte mellan insatserna eller mellan könen.⁴⁵

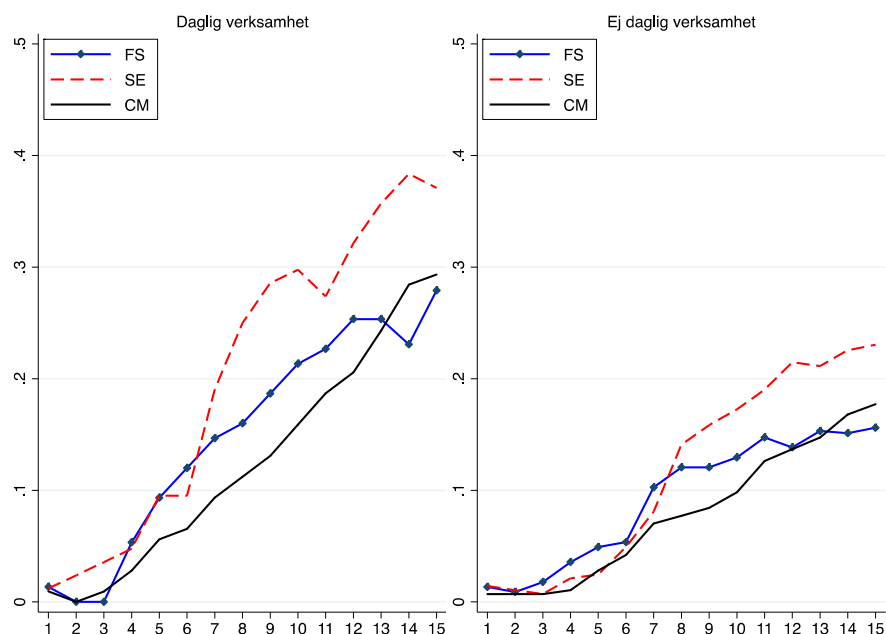
6.3 Effektskillnader i relation till erfarenheter av daglig verksamhet

I vänstra övre panelen i Figur 8 redovisas andelen deltagare som hade haft daglig verksamhet innan de gick in i projektet, separat för respektive insats. Motsvarande utveckling för deltagare som inte hade haft daglig verksamhet redovisas i den högra övre panelen. Andelen i arbete med SE var högre jämfört med FS, både för deltagare som hade respektive inte hade haft daglig verksamhet. Skillnaden såg ut att vara större för de som hade haft daglig verksamhet och skillnaden accentuerades under de sista månaderna av uppföljningsperioden. De statistiska analyserna visade emellertid att SE-effekten för daglig verksamhet inte var signifikant större än SE-effekten för ej daglig verksamhet (se nedre vänstra panelen). Vad gällde CM-effekten fanns inga statistiska skillnader mellan deltagare som hade eller inte hade haft daglig verksamhet (se nedre högra panelen).

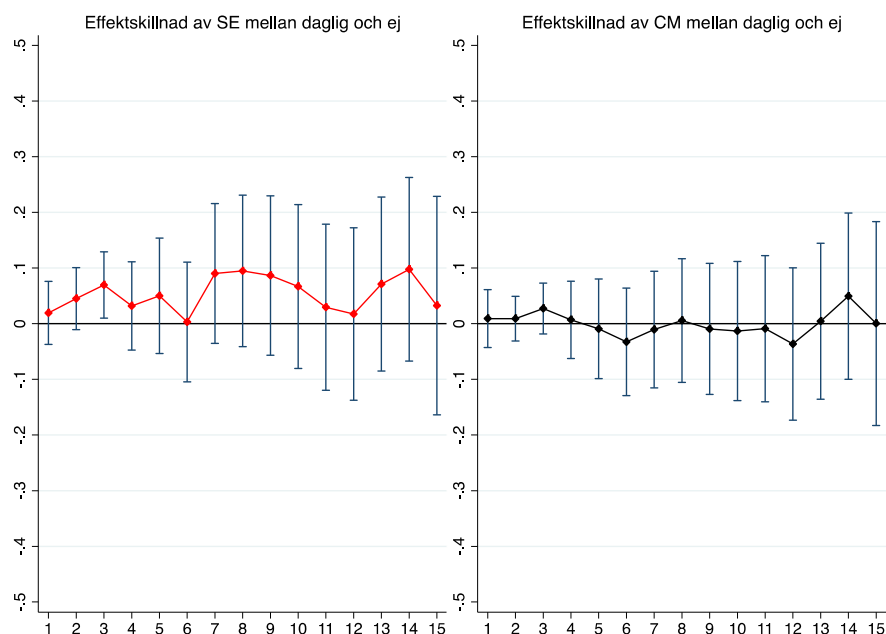
Utifrån denna analys går det inte att uttala sig om SE lyckats bättre med deltagare som haft daglig verksamhet jämfört med deltagare som inte haft daglig verksamhet. Vi kan däremot konstatera att deltagare med erfarenhet från daglig verksamhet har haft minst lika stor nytta av insatsen Supported Employment som övriga deltagare. Vi kan även notera utifrån Figur 8, att andelen deltagare som har gått ut i arbete efter 15 månader inte är lägre för denna grupp.

⁴⁵ För att undersöka detta har de anställningar som deltagarna fått kodats utifrån SNI 2007.

Figur 8 Andel deltagare i arbete per insats, separat för deltagare som haft och inte haft daglig verksamhet



Skattade effektskillnader mellan daglig verksamhet och ej daglig verksamhet, för SE respektive CM (FS alltid kontrollgrupp), samt om skillnaderna var statistiskt signifikanta.



Figurnotis. Skillnaderna i nedre panelen är beräknade kontrollerat för de individegenskaper som presenterades i Tabell 9. De vertikala strecken anger 95-procentiga konfidensintervall.

6.4 Kostnadseffektivitet

I regeringsuppdraget anges att utvärderingen ska beräkna kostnadseffektivitet för insatserna. Syftet med sådana beräkningar är att inte bara kunna svara på frågan om vilket resultat en insats ger, utan också kunna

relatera detta till insatsens kostnader. Det är till exempel inte självklart att en insats med ett bättre resultat är att föredra om den samtidigt är förknippad med mycket högre kostnader. Det är dock viktigt att poängtera att analysen endast jämförde de tre insatserna med varandra och innebar inte en analys av skillnaden mellan att ge en insats mot att inte ge en insats.

Beräkningarna görs utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv där värdet av deltagarnas ökade sysselsättning jämförs med kostnaden för insatserna. I korta drag värderades deltagarnas sysselsättning i kalkylen till värdet av den extra produktion som skapades. Det i sin tur approximerades med den totala lönekostnaden, d v s bruttolön inklusive arbetsgivaravgifter.⁴⁶ Tanken bakom detta var att arbetsgivaren, och därmed samhället, värderade den produktion som skapades av anställning till minst lika mycket som lönekostnaden. På så vis bortsågs dock från alla icke-monetära värden av att deltagarna fick hjälp till arbete. Detta leder troligen till en underskattning av värdet av de anställningar som skapades.

En mer detaljerad beskrivning av beräkningarna och de antaganden som gjordes följer nedan.

6.4.1 Värdet av skapad sysselsättning

Effektskattningarna som presenterades i avsnitt 6.1 visade att andelen som efter 15 månader i insats var i någon form av arbete/utbildning var 18 procent för Förstärkta samarbetet, 26 procent för Supported employment och 20 procent för Case management. För att kunna värdera denna sysselsättning behövde vi känna till deltagarnas genomsnittliga lön när de började arbeta. För anställningar med stöd fanns löneuppgifter. Dessa uppgifter användes även för anställningar utan stöd eftersom löneuppgifter saknas för dessa. Detta förefaller rimligt då endast ett fåtal deltagare fick osubventionerade anställningar samt att andelen med osubventionerade anställningar inte skilde sig åt mellan insatserna.

Värdet av sysselsättningen beräknades enbart på den del av anställningen som inte var subventionerad. Om det till exempel i en anställning med lönebidrag utgick en subvention på 70 procent så beräknades värdet på de 30 procent som arbetsgivaren stod för. Undanträngningseffekterna bedömdes vara låga för gruppen varför de inte togs med i huvudscenariot. Det motiverades av att deltagarna stod långt ifrån arbetsmarknaden och att endast ett fåtal av dessa anställningar skulle ha skapats utan subvention.

⁴⁶ Notera att enligt denna metod räknas inte minskade kostnader för till exempel aktivitetsersättning och aktivitetsstöd med som intäkter när en deltagare gick ut i arbete, vilket skulle ha gjorts i en offentligfinansiell kalkyl.

Utifrån faktiska uppgifter om deltagarnas lönenivå, anställningarnas omfattning och storlek på subventionen beräknades värdet av ett års extra sysselsättning enligt följande:

$(\text{genomsnittlig månadslön} * 12) * (1 + \text{arbetsgivaravgift}) * (\text{anställningens omfattning}) * (1 - \text{subventionsgrad})$

Värdet av anställningen uppskattades för ett antal år framåt. På så vis simulerades värdet som skapades under antagandet att effekterna skulle bestå i ett, tre, fem, tio respektive 20 år. Antagandet var att den fördelning av anställningsformer vid avstämningstidpunkten (15 månader efter randomiseringsdatum) består under den tid för vilken värdet beräknades. Detta scenario är inte så troligt men kan ändå vara en bra approximation då vissa deltagare med tiden får anställningsformer med lägre grad eller ingen subvention medan andra avslutar sin anställning.

Skillnaden på åtta procentenheter mellan SE och FS skulle enligt detta beräkningssätt resultera i intäkter enligt Tabell 11. Ingen motsvarande kalkyl för CM jämfört med FS gjordes eftersom utflöde i arbete och utbildning inte signifikant skilde sig åt mellan dessa insatser.

Tabell 11 Intäktskalkyl för deltagare i SE och FS

SIUS – andel i arbete efter 15 månader ¹	0,26				
FS – andel i arbete efter 15 månader ¹	0,18				
Månadslön (inkl. arbetsgivaravgift) ²	24 732				
Anställningens omfattning ²	80 %				
Faktisk månadslön ³	19 786				
Genomsnittlig subventionsgrad ⁴	0,7				
Faktisk lönekostnad för arbetsgivare ⁵	5 936				
		Tid efter genomgången insats			
		1 år	3 år	5 år	10 år
		20 år			
Intäkter ⁶		5 698	17 095	28 491	56 982
					113 965

Noter:

¹ Andel i någon form av arbete eller reguljär utbildning (se Figur 1 i avsnitt 6.1).

² Uppgifter om lön och omfattning baseras på deltagare som fått anställning med stöd.

³ Faktisk månadslön anger månadslön * anställningens omfattning.

⁴ Genomsnittlig subventionsgrad baseras på deltagare som fått anställning med stöd och anger hur stor andel av deras totala lön som finansieras av AF.

⁵ Arbetsgivarens lönekostnad räknas ut som den faktiska lönekostnaden * (1 – subventionsgrad)

⁶ Intäkterna för 1 år beräknas som skillnaden mellan insatserna i andelen i arbete * lönekostnaden för arbetsgivaren under 12 månader.

Under antagandet att skillnaden mellan insatserna vad gäller andelen i arbete består i ett, tre, fem, tio eller 20 år beräknades intäkterna av SE jämfört med FS till mellan cirka 5 700 och 114 000 kronor per individ.

Insatsernas kostnader⁴⁷

Kostnadseffektivitetsberäkningarna krävde för varje insats en kartläggning av följande:

- Tid som arbetsförmedlare/personliga handläggare/SIUS-konsulenter/Case managers arbetat med deltagarna samt löneuppgifter för dessa grupper
- Kostnader för deltagande i insatser på Arbetsförmedlingen och hos kompletterande aktörer
- Hur mycket resurser som tagits i anspråk av Arbetsförmedlingens specialister
- Kostnader för personligt biträde, hjälpmedel m.m.
- Kostnader för andra insatser deltagarna tagit del av, till exempel via samordningsförbund.

Särskilda tidsredovisningsenkäter utformades för att kunna följa tidsåtgången i arbetet med deltagarna. För att få en rättvisande bild av hur mycket arbetstid medarbetarna vid Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunerna lade ned i projektet genomfördes dessa enkäter för fyra sammanhängande veckor vid två slumpmässigt utvalda tillfällen för samtliga deltagare. I enkäten redovisade medarbetare den tid som de hade arbetat tillsammans med eller för deltagaren. Uppgifter om punkt (2)–(4) hämtades från Arbetsförmedlingens dataregister och punkt (5) hämtades från registreringar i SUS⁴⁸.

För insatser i samordningsförbund sågs inga stora skillnader mellan insatserna varför de bortsågs från i beräkningarna. En sammanräkning av kostnaderna för punkt 1–4 presenteras i Tabell 12. För en mer detaljerad redogörelse av beräkningarna hänvisas till Tabell 2 i Bilaga 5 – *Tabeller*.

Tabell 12 Kostnadskalkyl för deltagare i FS, SE och CM

Totala kostnader per deltagare:	FS	SE	CM
Personalkostnader	3 728	9 664	13 929
Insatser	3 924	926	862
Personligt biträde	8 472	10 785	7 091
Specialister	1 933	521	660
Arbetshjälpmedel	111	700	438
Total	18 168	22 596	22 979

Not: Redovisade belopp är i kronor.

⁴⁷ Notera att de kostnader som redovisas i detta avsnitt inte nödvändigtvis avspeglar de tre insatsernas fulla kostnader då kostnadsposter som är lika för de tre insatserna i vissa fall inte räknats med.

⁴⁸ SUS är ett myndighetsgemensamt uppföljningssystem. Förkortningen står för Sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Kostnadskalkylen i Tabell 12 visade på högre kostnader för CM och SE jämfört med FS. Främst medförde CM och SE högre personalkostnader jämfört med FS. Däremot var kostnaden för andra insatser och program samt kontakt med specialister på Arbetsförmedlingen högre för FS.

Det är viktigt att poängtera att de kostnader som redovisades ovan inte nödvändigtvis behöver innebära att de totala kostnaderna för att hjälpa deltagarna ökade. Ett exempel är deltagare som gått från daglig verksamhet enligt LSS till anställning via anställningsstöd, där insatskostnaderna ovan kan relateras till den genomsnittliga kostnaden för daglig verksamhet som under 2015 var cirka 199 000 kr per plats.⁴⁹

Sammantaget visade kostnadseffektivitetskalkylen att SE var förknippad med både högre intäkter och högre kostnader i jämförelse med FS. Huruvida intäkterna översteg kostnaderna berodde på hur lång tid skillnaden i andelen som gick ut i arbete bestod. Beräkningarna visade att SE-insatsen blev kostnadseffektiv i jämförelse med FS-insatsen om skillnaden bestod i drygt nio månader efter insats. Med tanke på deltagarnas unga ålder finns så klart möjligheten att skillnaden består längre än så. Enligt ovan redovisade intäktskalkyl skulle ett val av SE kunna leda till betydande intäkter.

7 Diskussion och slutsatser

I den här rapporten har utvärderats vilken av de tre insatserna Supported Employment, Case Management och Förstärkt samarbete som är bäst på att få unga med aktivitetsersättning i arbete. Utvärderingen baseras på en randomiserad försöksverksamhet som genomfördes under perioden november 2014 till december 2016 i olika delar av landet, där 1 063 unga med aktivitetsersättning slumpmässigt tilldelades en av de tre insatserna.

Huvudresultatet är att Supported Employment lyckats bäst. Efter 15 månader hade 26 procent av deltagarna i Supported Employment någon form av anställning. För Förstärkt samarbete och Case Management var motsvarande siffra 18 respektive 20 procent. Förutsatt att skillnaden mellan insatserna består i drygt nio månader blir också Supported Employment den mest kostnadseffektiva insatsen. Skillnaden mellan Supported Employment och Förstärkt samarbete är signifikant och ligger på åtta procentenheter. Relativt andelen som kommit ut i arbete i Förstärkt samarbete har alltså cirka 44 procent fler kommit ut i arbete efter 15 månader med Supported Employment, vilket får anses vara en betydande effektstorlek.

För majoriteten av deltagarna har det varit möjligt att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Efter 15 månader var nästan 80 procent av deltagarna antingen i arbete eller fortfarande inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Deltagarna har generellt sett varit nöjda med samtliga tre insatser. Baserat

⁴⁹ Genomsnittlig kostnad för daglig verksamhet hämtades från databasen Kolada som SKL och Regeringskansliet har för verksamheter inom kommuner och landsting.

på deras upplevelse av stödet verkar de även kunna gynnas ur ett inkluderingsperspektiv där de blir sedda, lyssnade på och får tillgång till för dem meningsfulla aktiviteter. Detta är inte resultat från den randomiserade studien, men kan ses som indikatorer på att deltagarna överlag har haft nytta av stödet de fått.

I utvärderingen har det praktiska genomförandet av insatserna studeras. Resultaten visar att Case Management var mer personalintensiv jämfört med Supported Employment som i sin tur var mer personalintensiv jämfört med Förstärkt samarbete. Vad gäller insatsernas inriktning var Supported Employment den insats som hade störst arbetsplatsfokus medan Case Management hade störst fokus på deltagarnas olika livsområden. Deltagarna i Supported Employment fick också redan tidigt under insatsen mer tid på en arbetsplats. Vår tolkning av resultaten är att drivande mekanismer till arbete är personalintensivt individualiserat stöd med tydlig och tidig inriktning mot arbete.

Vidare analyser visar att den positiva effekten av Supported Employment endast gäller för män. På liknande sätt visar resultaten att Case Management haft större effekt för män än för kvinnor. Att män får subventionerade anställningar i högre utsträckning än kvinnor är ett resultat som även framkommit i tidigare studier (Arbetsförmedlingen 2015). Vi ser dock inga skillnader mellan manliga och kvinnliga deltagare som fått insatsen Förstärkt samarbete. För att förstå orsaken till könsskillnaderna har vi genomfört vidare analyser. En första tänkbar förklaring är att manliga deltagare fått mer hjälp. Vi hittar dock inte stöd för detta i data över insatsernas utförande; resursfördelningen har snarare gynnat de kvinnliga deltagarna i samtliga insatser. Då våra övriga analyser inte heller kan förklara könsskillnaderna i utflöde till anställning är detta viktiga frågor att gå vidare med i fortsatta studier.

Frågan är hur generaliserbara resultaten från utvärderingen är för det fortsatta arbetet med rehabilitering av unga med aktivitetsersättning. Studiepopulationen har bestått av individer med aktivitetsersättning som bedömts kunna tillgodogöra sig insatser inom det Förstärkta samarbetet, men andelen som bedömts stå långt från arbetsmarknaden har sannolikt varit högre än vad som generellt varit fallet inom det Förstärkta samarbetet.

Vår bedömning är att effektutvärderingens resultat gäller för den andel av gruppen unga med aktivitetsersättning som vanligtvis flödar in i det förstärkta samarbetet. Enligt det tidigare förda resonemanget om ett bredare intag av deltagare till effektutvärderingen bedömer vi att resultaten dessutom är generaliserbara till en större andel av gruppen unga med aktivitetsersättning. En viktig slutsats är att deltagare med erfarenhet av daglig verksamhet generellt har gått ut i arbete i minst lika hög utsträckning som övriga deltagare, och haft minst lika stor nytta av insatsen Supported Employment.

Vi vill poängtera att denna rapport är en kortsiktig uppföljning av de tre insatserna. Individerna har följts månad för månad för att upptäcka eventuella mekaniska effekter, det vill säga att deltagare går ut i arbete mer

som en del av insatsen än som ett resultat av den. I Supported Employment kan exempelvis en deltagare relativt snabbt gå ut i en anställning med lönebidrag och psykosocialt stöd till både arbetsgivare och deltagare. Detta kan leda till inledningsvisa skillnader mellan insatserna i andelen i arbete. Under den period vi hittills har kunnat följa deltagarna har majoriteten fortfarande kvar sitt uppföljningsstöd. Över tid fasas dock stödet ut och det är därmed en tolkningsfråga när den subventionerade anställning som initialt varit en del av insatsen kan sägas övergå till ett utfall. Mekaniska effekter borde alltså minska med tid i insats vilket i sin tur borde avspegla sig i att gapet mellan insatserna blir mindre över tiden. Ett sådant mönster har vi inte observerat under uppföljningsperioden på 15 månader. Vi noterar även att effekten drivs av skillnader i förekomst av trygghetsanställningar och lönebidrag – jämförelsevis långsiktiga former av subventionerade anställningar. Detta styrker slutsatsen att skillnaderna mellan insatserna ska tolkas i termer av skillnader i utfall till arbete snarare än metodvariation. Däremot vet vi ännu inte om dessa skillnader kommer att finnas kvar på lång sikt när stödet helt har kopplats bort och nya behov av anpassningar kan ha hunnit uppstå.

Sammanfattningsvis visar denna studie att arbetslivsinriktad rehabilitering riktad mot unga med aktivitetsersättning ger resultat. För samtliga insatser ser vi att en relativt stor andel har gått ut i någon form av arbete eller studier och att endast en mindre andel har avbrutit rehabiliteringen. Andelen individer som efter 15 månader antingen är ute i arbete eller kvar hos Arbetsförmedlingen talar för att projektets inriktning med ett bredare urval av deltagare kan vara ett motiverat arbetssätt för att ge fler unga med aktivitetsersättning tillgång till relevanta insatser. Vad gäller rehabiliteringens utformning visar resultaten från denna korta uppföljning på 15 månader att ett personalintensivt stöd med tydlig och tidig inriktning mot arbete enligt modellen Supported Employment är den bästa metoden att få unga med aktivitetsersättning i arbete. Är detta att ses som ett bra resultat? Svaret på den frågan beror mycket på i vilken mån effekterna kvarstår på längre sikt när stödet fasats ut. Vad som däremot kan sägas är att deltagarna i hög grad är kvar i aktivitet och har varit nöjda med samtliga insatser samt att SE-insatsen blir kostnadseffektiv givet att effektskillnaden står sig nio månader.

Referenser

Arbetsförmedlingen (2015), Arbetsmarknadsrapport 2015, Bilaga: Lönebidrag – en jämställdhetsanalys, Arbetsförmedlingen, Stockholm.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2013). Plan för effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning. Dnr: Af-2013/379053; Fk-046166-2013. 2013-11-01.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2014). Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning. Dnr: Af-2013/379053; Fk-046166-2013. 2014-08-01.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2015). Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning. Dnr: Af-2015/311115 korsreferens Af-2013/379053; Fk-046166-2013. 2015-06-23.

Gustafsson J (2014). Supported Employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller arbete. Akademisk avhandling, Örebro universitet.

Försäkringskassan (2012). Tio år med aktivitetsersättning – en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Dnr 06961-2011.

Försäkringskassan (2012). En underlagsrapport till Tio år med aktivitetsersättning – en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Dnr 06961-2011.

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

Försäkringskassan (2015). Evidence-based methods for enhancing the labour force entrance of people with mental disabilities. A systematic literature review. Socialförsäkringsrapport 2015:10.

Försäkringskassan (2016) Försäkringskassans årsredovisning år 2016.

Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF) (2010) Samverkan inom socialförsäkringen En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel.

Klockmo C (2013). The role of personligt ombud in supporting the recovery process for people with psychiatric disabilities. Akademisk avhandling, Mittuniversitetet, Sundsvall.

Olofsson J & Östh J. Förtidspensionering av unga – En fråga om utsortering efter utbildningsnivå och socioekonomisk bakgrund. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. S 2010:04. Stockholm 2011.

Socialdepartementet [Ds 2016:5]. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. Stockholm 2016.

Socialstyrelsen (2010). På tröskeln – Daglig verksamhet med inriktning på arbete.

Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning.

Socialdepartementet [SOU 2008:102]. Brist på brådska – En översyn av aktivitetsersättningen. Stockholm 2008.

Socialstyrelsen. Case Management. <http://www.socialstyrelsen.se/>, mars 2017.

SOU 2012:31. Sänkta trösklar – högt i tak. Arbete, utveckling, trygghet. Stockholm 2012.

Riksrevisionen. Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? RIR 2015:7. Stockholm 2015.

Bilaga 1 – Studiedesign

Innehåll

1	Inledning	3
2	Behandling.....	3
3	Information	4
4	Inklusionsprocess.....	6
4.1	Randomisering under pågående möte	6
4.2	Enhetlig och neutral information	7
4.3	Central kontroll.....	7

1 Inledning

För att utvärdera effekten av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för unga med aktivitetsersättning enligt arbetsmetoden Supported Employment (SE) behövde individer som fått respektive inte fått SE kunna jämföras med varandra. Denna bilaga beskriver överväganden som låg bakom beslut av insatsernas upplägg, informationen till deltagare och projektmedarbetare, rekryteringsprocessen och den slumpmässiga fördelningen av deltagare till de olika rehabiliteringsinsatserna.

2 Behandling

Arbetsförmedlingen tillämpar sedan många år SE i ett nationellt arbetsmarknadspolitiskt program: Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS). Detta stöd ges vanligen först efter att en utredning och konsultation av specialist gjorts. Därmed karaktäriseras det snarare som ”train then place” och inte som ”place then train”, vilket var den modell som skulle utvärderas (se avsnitt 3 i huvudrapporten).

Studien utformades för att kunna genomföras inom ordinarie verksamhet men innefattade även vissa specifika moment. Randomisering av deltagare till de olika insatserna säkerställde att deltagarna hade samma förutsättningar att kunna få ett arbete. Skillnader i andelen deltagare som kom i arbete mellan dem som fick och inte fick SE kom därmed att enbart bero på insatsen i sig och inte på något annat.

Uppdraget att effektutvärdera en insats av SE-typ gav ett stort utrymme att välja studieupplägg. Följande överväganden låg till grund för valet:

- Ett modifierat SIUS-program från Arbetsförmedlingen fick utgöra grunden för SE-insatsen. Därmed blev insatsen relativt enkel att implementera och projektet kunde utgå från befintlig personal.
- Eftersom SE-insatsen i normalfallet innebär ett mer personalintensivt stöd än vad som sker generellt inom det förstärkta samarbetet valdes att även studera en annan relativt personalintensiv insats, Case Management-insatsen (CM). Genom att jämföra två relativt personalintensiva insatser, SE och CM, skapades förutsättningar för att kunna förstå ytterligare mekanismer bakom eventuella positiva resultat.
- Likformighet i insatserna över landet var viktigt för att kunna tolka resultaten. Både case managers och SIUS-konsulenter fick genomgå metod dagar. Syftet var ökad och likartad kunskap om förhållningssätt och bemötande, olika typer av funktionsnedsättningar och specifikt om metoderna i projektet. I samma syfte genomfördes en gemensam utbildningsdag för samtliga projektmedarbetare.
- För att underlätta implementeringen av CM-insatsen utformades den så att den låg nära Socialstyrelsens beskrivning av CM-rollen och de personliga ombud som redan fanns i flera kommuner. Insatsen modifierades dock något för att inriktningen skulle vara mot arbete, som

var utvärderingens huvudutfall. För att säkerställa att CM utfördes enligt projektets definition gick alla case managers en speciellt framtagen utbildning och de erbjöds även regelbunden grupphandledning. Något som de angav att de hade haft stöd av för att kunna arbeta enligt insatsens intentioner.

- En stor andel av unga med aktivitetsersättning får inte någon insats alls, det är inte klarlagt vilka effekter insatser har generellt, och ur ett kunskapsperspektiv hade därför en kontrollgrupp utan någon insats varit önskvärd i projektet. Ur ett etiskt perspektiv hade det varit svårt att motivera att individer som bedömts ha förutsättningar för och vara i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering inte skulle få någon hjälp alls. Det hade även varit svårt att motivera ett sådant studieupplägg för projektmedarbetarna.
- Urvalet av orter var viktigt för att göra resultaten generaliserbara till hela landet. Det gällde både att åstadkomma en geografisk spridning och en jämn fördelning mellan storstadsområden respektive småstads- och landsbygdsområden. Flera olika arbetsmarknader skulle även vara representerade. För att undvika dyra och tidskrävande resor var det bra om orterna låg nära varandra. I projektets senare fas var ett ökat inflöde överordnat andra överväganden. Projektet utvidgades då med fem tätortsområden.
- Ingången till projektet skulle helst inte innebära nya eller utökade arbetsmoment. Samtidigt behövde både personlig handläggare och arbetsförmedlare ha möjlighet att bedöma om en individ skulle erbjudas att delta i projektet eller ej. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ansvarar gemensamt för rehabiliteringen av unga med aktivitetsersättning inom det förstärkta samarbetet. Ingången till det förstärkta samarbetet är gemensam kartläggning som därför valdes som ingång till deltagande i projektet.

3 Information

Vetskap om att en studie pågår kan i sig påverka hur individer betar sig, utför och tar till sig de olika insatserna. Ur forskningssynpunkt hade det mest optimala därför varit att så långt som möjligt begränsa all information om studien, till både medarbetare och deltagare. Eftersom varken SE- eller CM-insatsen ingick i den ordinarie verksamheten var det inte möjligt att hålla medarbetare ovetande om studien. Därtill bedömer personliga handläggare och arbetsförmedlare vilka som ska erbjudas en insats. Det skulle vara omöjligt att genomföra en försöksverksamhet med randomisering utan att medarbetarna informerades om den specifika insats som en deltagare erbjudits.

Det var önskvärt att begränsa informationen till deltagarna om randomisering och insatser så mycket som möjligt. En viktig forskningsetisk princip är dock studiepopulationens *informerade frivilliga deltagande*. I denna studie informerades deltagarna om allt förutom just vilka de tre olika insatserna

var. Information om de tre insatserna gavs specifikt till de deltagare som särskilt efterfrågade detta, ett förfarande som etikprövningsnämnden förespråkade.

Ett informationsbrev till deltagarna som uppfyllde etikprövningsnämndens krav togs fram. Brevet innehöll även ett samtycke för att delta i studien¹. Informationen gavs både muntligt och skriftligt och anpassades till individens förutsättningar. Det fanns även en lättläst version av brevet. Informationen omfattade följande punkter:

- syftet med projektet
- forskningshuvudman för projektet
- vad det innebar att få arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats genom myndigheternas förstärkta samarbete
- att deltagarna i projektet lottades till en av de tre insatserna
- att alla insatser planerades i samråd med individen och utifrån individens specifika behov
- att insatserna kunde komma att ske ute på en arbetsplats
- att individen hade möjlighet att tacka ja eller nej till att delta
- att individen när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien
- hur individens personuppgifter skulle hanteras.

Det finns ett par olika risker med information till deltagare. Generell information om studien kan påverka deltagargruppen: En förfrågan om att delta i en studie kan generera en selekterad population, som kan skilja sig från dem som kommer att vara aktuella för insatsen ifråga när den erbjuds inom ordinarie verksamhet. För att hantera det första problemet undersöktes gruppen som tackade nej till att delta.² Generell information om studien kan även påverka effekterna av insatserna: Upplevelsen av att delta i en studie kan också i sig påverka hur deltagarna betar sig och förhåller sig till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utfallet av studien skulle då kunna påverkas på sätt som inte skulle vara generaliserbara utanför studien, eftersom de skulle drivas av upplevelsen av att delta i en studie snarare än av upplevelsen av insatserna. Mot denna bakgrund finns det intresse av att göra en observationsstudie med de områden som inte deltar som kontrollgrupp. Ett högre deltagande på färre orter är ur det perspektivet att föredra.

Konsekvenser av specifik information av att ha tilldelats behandlings- respektive kontrollgrupp är välstuderade inom framför allt medicinsk forskning. Upplevelsen av att ha erbjudits behandling alternativt att deltagaren ”hamnade i kontrollgruppen” tenderar att skapa en så kallad placeboeffekt. För att undvika detta informerades inte deltagarna om alternativbehandlingarna. Det är i en arbetslivsrehabiliteringssituation

¹ Studien är godkänd av etikprövningsnämnden med diarienummer 2014/1280-31/5. Kravet från nämnden var att deltagarna skulle ges övergripande information för att kunna ge informerat samtycke till sitt deltagande. Samtycket var en förutsättning för att delta i studien och undertecknades av alla deltagare.

² 7 procent av de som tillfrågades, 79 individer, tackade nej till deltagande.

omöjligt att undanhålla för en deltagare vilken insats hen erbjuds. Däremot kunde individen undanhållas om insatsen var behandling eller kontroll. Att deltagarna inte informerades specifikt om vilka de tre insatser var innebar att studien var ”blindad”, vilket betyder att deltagarna var ovetande om ifall de ingick i behandlings- eller kontrollgrupp. Detta var viktigt så att kontrollgruppen inte var mindre motiverade när de startade sin arbetsrehabilitering. Resultatet från en webbaserad enkät visade att 66 procent av deltagarna inte hade information om de andra insatserna i studien.

4 Inklusionsprocess

Beslutet om vilka som skulle erbjudas att delta i studien togs gemensamt av handläggare från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Först valdes en tvåmötesmodell, där handläggarna efter ett första möte tog ställning till om individen skulle erbjudas att delta i projektet. I ett nästa möte fick individen erbjudandet att delta i studien. För att korta tiden och minska arbetsbelastningen valde vissa områden att under första mötet både bedöma om individen tillhörde målgruppen och erbjuda deltagande i studien.

4.1 Randomisering under pågående möte

För den vetenskapliga metoden var det av stor vikt att ingen kände till vilken insats individen skulle få om hen tackade ja till att delta. Om projektmedarbetarna kände till vilken insats som hade lottats fram skulle det kunna påverka hur studien presenterades. I förlängningen skulle det även kunna påverka deras motivation till att få individen att tacka ja till att delta. Därför var det viktigt att insatsen lottades fram efter det att personen tackat ja. Samtidigt var det alltför opraktiskt att behöva avbryta mötet för att genomföra lottningen.

Därför skedde slumpningen till insatsen innan mötet och ingen kände till utfallet förrän individen tackat ja. Handläggaren meddelade individens personnummer till den lokala kontaktpersonen på Försäkringskassan (för närmare beskrivning av yrkesrollen, se avsnitt 1 i Bilaga 3 – *Genomförandet*). Därefter fyllde kontaktpersonen i en webbaserad enkät och fick veta vilken insats individen skulle erbjudas om hen valde att medverka i projektet. Utfallet skrevs på ett papper som lades i ett slutet kuvert som överlämnades till handläggaren. Om individen tackade ja till att delta i projektet och skrev på samtycket, bröts kuvertet som angav insatsen som deltagaren erbjöds.

Om individen valde att inte delta i studien återlämnades kuvertet öppnat, för att makuleras av den lokala kontaktpersonen. Att handläggaren inte fick kännedom om vilken insats som individen tilldelats var viktigt. Att kuvertet kom tillbaka öppnat hade också en funktion gentemot individen. Den som valde att inte delta i projektet skulle inte påverkas av den studie som han eller hon inte samtyckt och inte ha förstört sin möjlighet att återkomma och be om att få delta efter en tid.

För lokala kontaktpersoner som även arbetade som handläggare fanns en särskild rutin när randomisering gällde deras egna klienter. I dessa fall fick den lokala kontaktpersonen hjälp av en kollega för att randomiseringen skulle förbli okänd.

4.2 Enhetlig och neutral information

Vid rekryteringen av deltagare var det viktigt att informationen skedde neutralt och på ett enhetligt sätt. Därför fanns skriftliga instruktioner om vilken information deltagarna skulle få. Om individen hade frågor om insatserna i studien – vilket kunde ske både före och efter det att hen hade samtyckt till deltagande – hade projektmedarbetarna instruktion om att informationen skulle ges på ett neutralt och likvärdigt sätt och utan att värdera insatserna i förhållande till varandra.

Vid information till deltagaren om den framlottade insatsen var det viktigt att den gavs på ett likartat sätt oavsett insats. Från projektmedarbetarna framkom tidigt att det var svårare att ge information till de deltagare som lottades till det förstärkta samarbetet eftersom det inte fanns något nytt moment att erbjuda deltagaren. Därför betonades vikten av att vara lika förberedd på att informera om alla tre insatserna. Medarbetarna rekommenderades också att de före mötet med lottnings skulle ha diskuterat igenom planeringen och vad som kunde vara nästa steg i de fall det förstärkta samarbetet blev den tilldelade insatsen.

4.3 Central kontroll

Det webbaserade randomiseringsverktyget innebar att den slumpmässiga fördelningen av deltagare kunde följas av projektledningen. Detta gav bra kontroll över inflödet av deltagare, hur deltagarna fördelades över de olika kommunerna och mellan de tre insatserna. Därmed fanns möjlighet att agera snabbt vid lågt inflöde, att justera sannolikheterna för de olika insatserna om det förelåg obalans samt att avsätta mer personalresurser.

Inledningsvis användes samma randomiseringssannolikhet för de tre insatserna, d v s alla deltagare hade 33 procents chans att få det förstärkta samarbetet, SE respektive CM. Över hela landet gav det en jämn fördelning av deltagarna över de tre insatserna. Lokalt kunde däremot slumpningen ge en skev fördelning mellan insatserna. Inledningsvis innebar detta att vissa projektmedarbetare fick få eller inga deltagare medan andra fick för många. Särskilt gällde det det förstärkta samarbetet där många arbetsförmedlare och personliga handläggare redan från start upplevde en hög arbetsbelastning.

För att åtgärda denna skevhet togs det fram ett antal olika ”randomiseringsmallar” där sannolikheten för de tre insatserna varierades något. Exempelvis kunde högre sannolikheter användas för CM och SE i områden där få individer hade slumpats till dessa insatser och vice versa. Därigenom kunde en skev fördelning mellan insatserna lokalt motverkas utan att för den skull avvika från upplägget med en randomiserad försöksverksamhet. Skillnaden i insatsernas sannolikheter skapade inga problem för utvärderingsstrategin så

länge alla individer hade möjlighet att få alla insatser. Sannolikheterna varierades mellan 20 och 60 procent.

När en ny deltagare rekryterades samlades bakgrundsinformation in om individen (se avsnittet om datainsamling) via en webenkät. Ett antal uppgifter avsåg inklusionsprocessen, till exempel: kom individen till mötet, tackade hen ja eller nej till deltagande, kom kuvertet tillbaka oöppnat, tog deltagaren emot den erbjudna insatsen (compliance), återtogs samtycket, hade hen information om de olika insatserna i studien? Dessa uppgifter följdes upp löpande vilket gav goda möjligheter att reagera snabbt med personlig kontakt på oroande impulser. Framför allt följdes återtagande av samtycke mycket noggrant. Ur ett verksamhetsperspektiv upplevdes avslut av en rehabiliteringsinsats som att individen avslutade sitt deltagande i projektet. Det var därför aktuellt att återkommande lyfta att återtagande av samtycke *inte* skulle initieras av medarbetaren. Även om en deltagare avslutade en insats, skulle återtagande av samtycke endast genomföras på uppmaning av deltagaren.

Bilaga 2 – Deltagarnas upplevelser av insatserna

Innehåll

Sammanfattning	3
1 Inledning	4
2 Metod och data	5
3 Deltagarnas upplevelse av stödet	6
3.1 Bemötande – delaktighet – arbete.....	7
3.2 Deltagarnas berättelser om stödet.....	8
3.3 Skillnader mellan insatserna.....	10
3.3.1 <i>Bakgrundsfaktorer och tidigare erfarenheter</i>	12
4 Deltagarnas upplevelse av förändring	14
4.1 Personlig utveckling.....	14
4.1.1 <i>Hälsa</i>	15
4.1.2 <i>Att komma ut i arbetslivet</i>	15
4.2 Risker.....	16
4.2.1 <i>Otydligt regelverk vid varierande arbetsförmåga</i>	17
4.2.2 <i>Deltagare som närmar sig 30 år</i>	18
4.2.3 <i>Personalomsättning</i>	19
5 Slutsatser	20
Referenser	21

Sammanfattning

I denna bilaga studeras deltagarnas upplevelser av att vara med i effektutvärderingen. Syftet är att kunna ge en kontext som underlättar tolkningen av effektutvärderingens arbetsmarknadsutfall, men också för att målgruppens upplevelser har ett värde i sig. Att studera utfall till arbete är den huvudsakliga uppgiften för effektutvärderingen. Denna avgränsning innebär att andra potentiella välfärdsvinster inte ingår. Det kan handla om exempelvis självupplevd hälsa, motivation eller individernas kontaktnät. Denna bilaga ska därför ses som ett komplement till effektutvärderingen. Att komma ut i arbete är något vi förväntar oss ska ge mervärde till deltagarna, men att uppleva tiden i arbetsrehabilitering som meningsfull och utvecklande har ett värde i sig. Det är även möjligt att det har skett relevanta framsteg för individen, även om det inte lett hela vägen till ett arbete under projektiden.

Resultatet i denna bilaga är att deltagarna överlag varit nöjda med sitt deltagande i projektet. Det är främst tre saker som avgör om de är nöjda eller inte med insatsen:

- Bemötandet från stödpersoner
- I vilken utsträckning deltagaren känner delaktighet
- Om deltagaren kommit ut i arbetslivet

Detta gäller alla tre insatserna. Vi ser samtidigt att deltagarna som fått *Supported employment (SE)* eller *Case Management (CM)* varit signifikant nöjdare än deltagarna i det *Förstärkta samarbetet (FS)*. Däremot ser vi ingen skillnad i nöjdhet mellan deltagarna utifrån kön eller huruvida de har erfarenhet av daglig verksamhet.

Vi har även försökt fånga deltagarnas upplevelse av förändring under projektiden. Vi finner att många deltagare beskriver sin tid i projektet som en tid av personlig utveckling. Denna typ av förändring beskriver deltagarna som inte alltid enkel eller behaglig, men som önskad. Deltagarna lyfter utveckling både avseende sin hälsa och i termer av ett närmande till arbetsmarknaden. Många av deltagarna tar samtidigt även upp osäkerhetsmoment. Genom att tolka medarbetarnas beskrivning av svårigheter för gruppen har vi kunnat sätta deltagarnas osäkerhet i ett sammanhang av faktorer som är påverkansbara. Det framgår att socialförsäkringsregelverkets otydlighet avseende individer med varierande – förhoppningsvis spirande – arbetsförmåga är en faktor till osäkerhet för både deltagare och de stödpersoner som arbetar med dem. Vidare lyfter både deltagare och medarbetare hanteringen av regelverket kring 30-åringar som en stressfaktor. Både medarbetare och deltagare lyfter även personalomsättning som en hindrande faktor bakom deltagarnas möjligheter att ta till sig rehabiliteringen, vilket bör ses i ljuset av att deltagarna ser bemötande som helt centralt för sin syn på insatserna.

1 Inledning

I denna bilaga görs ett försök att ge en bredare bild av deltagarnas syn på vad tiden i projektet har inneburit. Insatserna syftar att leda till arbete – men ur ett välfärdsperspektiv är det också viktigt att deltagarna är nöjda med myndigheternas handlande gentemot dem. Att komma ut i arbete är en dimension som vi förväntar oss ger mervärde till deltagarna, men att uppleva tiden i arbetsrehabilitering som meningsfull och utvecklande har ett värde i sig. Särskilt angeläget är detta i och med att målgruppen står långt ifrån arbetslivet och har hög sannolikhet att spendera stora delar av sitt liv i olika typer av myndighetsinsatser. Vår avsikt är även att ytterligare öppna ”den svarta lådan” mellan randomisering och utfall, alltså att sätta effektutvärderingens resultat i ett sammanhang av hur de som har deltagit i insatserna har tolkat dem. Vi söker därmed både efter en generell förståelse av hur arbetslivsinriktad rehabilitering upplevs av ”mottagaren” och möjliga pusselbitar bakom huvudrapportens resultat i termer av utfall till arbete.

Vår första frågeställning riktar sig gentemot deltagarnas bedömning av om projektet har inverkat på deras liv på ett önskvärt sätt. Frågan är relativt bred och för att ge en mer klagörande bild av hur vi ringat in tre centrala teman som framkommit ur deras berättelser: bemötande, arbete och delaktighet. Bemötandet handlar om den relation deltagaren har haft med de projektmedarbetare de har haft kontakt med under projektiden. Arbete handlar om hur deltagaren upplever att möjligheten till ett specifikt arbete eller närhet till arbetsmarknaden generellt har påverkats av deltagandet i studien. Delaktighet handlar om i vilken utsträckning deltagaren känt sig delaktig i planering och utförandet av sin rehabilitering.

Vår andra avgränsning av den breda frågan om upplevelser av arbetsrehabilitering i myndighetssamverkan är att fokusera på upplevelsen av utveckling. Har deltagarna upplevt att ha närmat sig arbetslivet, eller att i lägre grad hindras av en funktionsnedsättning eller av hälsoproblem? Upplevelsen att ”livet går framåt” har i sig välfärdsaspekter. Vi frågar utifrån detta vad projektet har inneburit i termer av förändring för deltagarna.

I denna undersökning använder vi oss av ett flertal olika datakällor – intervjuer med såväl deltagare som projektmedarbetare samt en enkät till deltagarna i projektet. Både deltagarenkäten och intervjuer berör hur deltagarna har upplevt att delta i insatserna, hur samarbetet med stödpersonerna fungerat och hur deltagarna ser på sin personliga utveckling under projektiden. Intervjuerna ger en djupare detaljrikedom och förståelse till hur deltagarna uttrycker sina upplevelser, medan enkäten som besvarades av 59 procent av deltagarna ger en generaliserbarhet till resultaten. Intervjuer med projektmedarbetare bidrog med kompletterande information för en mer övergripande bild av processen för deltagarna. Projektmedarbetarna har svarat på frågor om kontexten för arbetsrehabiliteringen och hur de uppfattar att deltagarnas rehabilitering påverkas av myndigheternas agerande (se även Bilaga 3 – *Genomförandet*). Projektmedarbetarnas perspektiv innebär att de på ett annat sätt kan relatera deltagarnas upplevelser av sin rehabilitering till andra händelser inom rehabiliteringsprocessen.

Bilagan är disponerad på följande sätt: Avsnitt 2 beskriver den metod samt data som används. I Avsnitt 3 redogör vi för hur deltagare har upplevt deltagandet i effektutvärderingen. I Avsnitt 4 tolkar vi deltagarnas berättelser om sin förändring under tiden i projektet. Slutsatser diskuteras i Avsnitt 5.

2 Metod och data

För att svara på frågeställningen används huvudsakligen tre datakällor: en deltagarenkät, intervjuer med deltagare samt intervjuer med projektmedarbetarna.

I projektet skickades det ut en enkät till deltagarna som samtyckt till att vara med i projektet. Deltagarenkäten baserades på validerade frågor som bland annat Örebro universitet använder och på erfarenhet från projektets arbetsgrupp som bestod av personer från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Innan färdigställandet skickades enkäten till intressegrupper som företräder personer med funktionsnedsättning, till projektets referensgrupp och till språkgranskning. En arbetsförmedlare och en personlig handläggare kontaktades för att ge input på enkäten innan den skickades ut till deltagarna. Enkäten togs fram i två olika versioner; en i klarspråk och en i lättläst för de som har kognitiva hinder eller problem med läsförståelse. Enkäten handlar om hur deltagarna har upplevt att delta i projektet, hur samarbetet med stödpersonerna fungerat och hur den personliga utvecklingen har påverkats. Enkäten skickades ut till alla deltagare och svarsfrekvensen blev 59 procent (632 av 1 063 svarade). En bortfallsanalys har genomförts och deltagarna som svarat på enkäten skiljer sig inte nämnvärt från de deltagare som inte svarat på enkäten (se Bilaga 4 – *Teknisk rapport*).

Utöver enkäten så genomfördes intervjuer med deltagare och projektmedarbetare. Det övergripande syftet med intervjuerna var att närmare undersöka hur arbetet har sett ut i de olika insatserna. Bland annat ville vi ta reda på individernas upplevelser av insatserna och hur projektmedarbetarna upplevt att insatserna har påverkat deltagarna. Intervjumallar arbetades fram separat för deltagare såväl som för projektmedarbetare. Både intervjumall och de teman som berörs i intervjuerna med deltagarna har sin grund i beteendevetenskaplig forskning, mer specifikt *theory of planned behavior* (Ajzen, 1991) och *empowerment* (Zimmermann, 1995). Intervjumallen som ligger till grund för intervjuerna av projektmedarbetare utgår ifrån kravkontroll modellen (Karasek & Theorell, 1990). Intervjumallarna skickades ut brett för att få in synpunkter från bland annat referensgruppen. I intervjuerna fokuserades på deltagares och projektmedarbetares uppfattning och upplevelse av rehabiliteringsprocessen och vad de trodde skulle påverka inträde på arbetsmarknaden.

Då det inte funnits resurser att intervjua alla deltagare gjorde vi ett urval och för att verka för en jämn geografisk fördelning använde vi ett så kallat

stratifierat urval. Stockholm och Göteborg valdes ut då de var de största kommunerna och sedan randomiserades fem kommuner fram utifrån Försäkringskassans geografiska uppdelning. Från Syd blev det Malmö, från Mitt blev det Uppsala, från Väst blev det Trollhättan och från Norr blev det Söderhamn och Luleå (eftersom det var så många kommuner från region Norr blev det två kommuner därifrån). Totalt genomfördes således intervjuer i sju kommuner. För varje kommun och insats randomiserades sedan en lista fram med deltagare per insats. Om en deltagare tackade nej till att delta på en intervju efter två försök gick vi vidare till nästa deltagare på listan, tills vi fyllt kvoten för respektive insats och kommun (se Bilaga 4 – *Teknisk rapport* för fullständig beskrivning av intervjuprocessen).

Totalt genomfördes 47 av 60 planerade deltagarintervjuer. En bortfallsanalys har genomförts och deltagarna som blivit intervjuade skiljer sig inte nämnvärt från de deltagare som inte blivit intervjuade. Vi intervjuade projektmedarbetare från samma kommuner som deltagare. Totalt genomfördes 47 av 45 planerade intervjuer med projektmedarbetare. Vid varje intervjutillfälle blev respondenten tillfrågad om samtycke kring inspelning av intervjun. Totalt fem respondenter gav inte samtycke till att intervjun spelades in.

Intervjuerna genomfördes som semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna har efter intervjutillfället lyssnats igenom och anteckningar har skrivits kring varje enskild intervju. De tre intervjuerna rapporterade in svaren/resonemangen inom specifika teman i ett analyschema för varje enskild intervju. Analyschemat syftar till att strukturera svaren från de olika respondenterna utifrån en rad olika teman som har tagits upp under intervjuerna. Analyschemat har tre övergripande teman – arbete, hälsa och livssituation och under dessa finns smalare teman där respondenternas svar har sammanfattats. Intervjuerna analyserades genom att intervjuerna sammanfattades i analyschemat och sedan diskuterades av de olika analytiker som genomfört intervjuerna. Exempel på ett tema är motivation till att arbeta och genom att följa analyschemat kan man relativt snabbt få en bild av hur deltagarna resonerade kring detta tema. Detta analyschema samt mer kring intervju-upplägget beskrivs närmare i Bilaga 4 – *Teknisk rapport*.

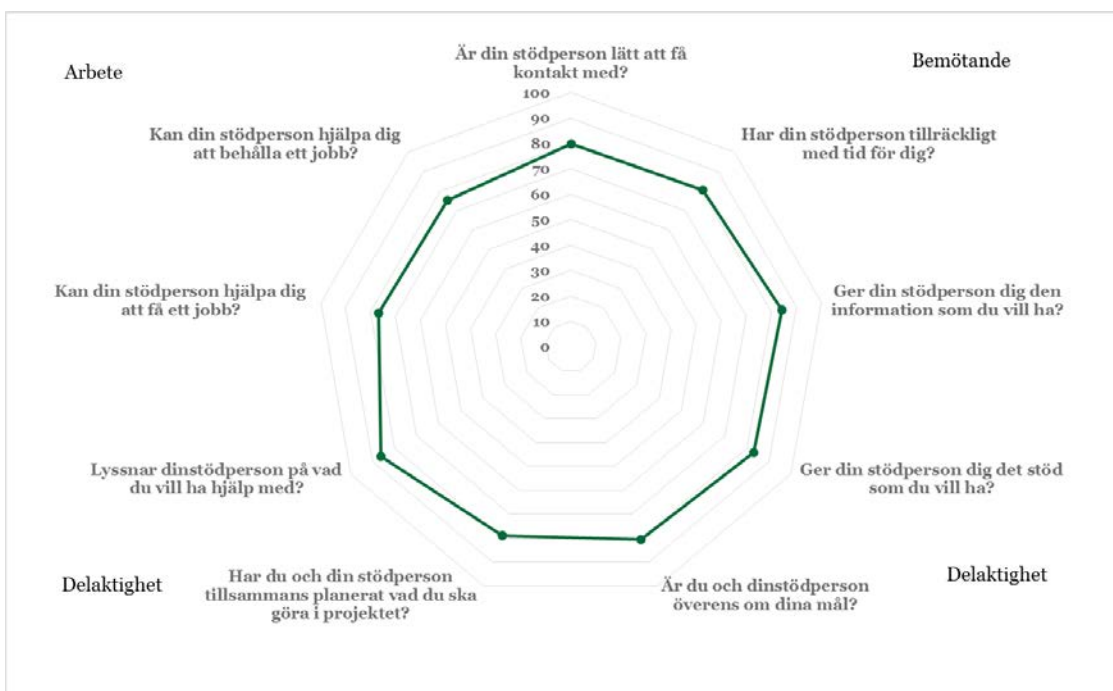
3 Deltagarnas upplevelse av stödet

I detta kapitel beskriver vi hur deltagare har upplevt deltagandet i effektutvärderingen. Vi mäter upplevelserna genom att studera hur nöjda de är med sina insatser och vad de lyfter som centralt för upplevelsen, samt om det finns skilda upplevelser utifrån kön eller tidigare erfarenhet av daglig verksamhet.

3.1 Bemötande – delaktighet – arbete

Deltagarna är generellt sett nöjda med de stödinsatser de har fått inom projektet. Deltagarna har besvarat nio frågor som avser mäta om de är nöjda med den insats de har tagit del av. Det handlar om frågor som till exempel ”Är din CM/SIUS/stödperson lätt att få kontakt med?” och ”Är du och din CM/SIUS/stödperson överens om dina mål?” I diagram 1 redovisas medelvärdena på frågorna i ett spindeldiagram där vi sammanfogat svaren från respektive fråga för de olika insatserna. Frågorna avser att tillsammans fånga om deltagarna är nöjda med den insats de har tagit del av i projektet.

Diagram 1 Deltagarnas nöjdhet



Anmärkning: Deltagarna har tagit ställning till nio frågor som tillsammans avser att mäta deltagarnas upplevelser av insatserna. I diagram 1 redovisas medelvärdet för de olika frågorna uppdelat på respektive insats. Punkten för CM i frågan ”Är din stödperson lätt att få kontakt med?” är exempelvis medelvärdet i den frågan för de som har haft CM som insats. Ju bättre deltagarna tycker om en insats, desto längre ut i ”nätet” hamnar insatserna vilket leder till att ju större total area ”nätet” har, desto nöjdare är deltagarna med insatsen.

Källa: Projektdatabasen

Diagram 1 ger i stort sett samma bild som intervjuerna, deltagarna är generellt nöjda med det stöd man fått i insatserna. Insatserna får höga omdömen avseende att lyssna och informera deltagarna. Däremot är omdömet något lägre när det gäller att kunna stödja deltagarna med att söka och behålla ett jobb.

Vi ser att det främst är tre saker som avgör om de är nöjda eller inte med insatsen:

- Bemötandet från myndighetspersoner
- I vilken utsträckning deltagaren känner delaktighet
- Om deltagaren kommit ut i arbetslivet

Bemötandet handlar om den relation deltagaren har haft med de projektmedarbetare de har haft kontakt med under projekttiden. Arbete handlar om hur deltagaren upplever att möjligheten till ett specifikt arbete eller närhet till arbetsmarknaden generellt har påverkats av deltagandet i studien.

Delaktighet handlar om i vilken utsträckning deltagaren känt sig delaktig i planering och utförandet av sin rehabilitering. Dessa tre teman framkommer ur enkätsvaren samt har tagits upp i samtliga intervjuer. I intervjuerna har dessa teman genomgående lyfts av deltagarna när de har uttryckt synpunkter på det stöd de har fått under projekttiden. Huruvida deltagarna beskrivit sig vara nöjda med det stöd de har fått med dessa saker samvarierar i hög grad med om de beskrivit sig nöjda med det stöd de har fått inom projektet som helhet.

I deltagarenkäten är frågorna formulerade för att fånga dessa tre teman. Genom att göra en korrelationsanalys har vi sett att det finns en generell samvariation mellan frågorna, alltså att en individ som är nöjd i något avseende ofta är nöjd även i andra avseenden, men också samvariationen är störst inom de respektive temana. Detta innebär att vi kan säga att alla frågorna är indikatorer på nöjdhet men också att de konsistent mäter nöjdhet i termer av bemötande, delaktighet respektive stöd till arbete.

3.2 Deltagarnas berättelser om stödet

I intervjuerna framgår att om deltagaren är nöjd med den stödperson som hen haft mest kontakt med samvarierar det med att deltagaren är nöjd med insatsen som helhet. I samtliga intervjuer framhåller deltagarna bemötandet från projektmedarbetarna som en viktig del av det stöd de har fått under projektet. Om deltagaren upplever att samarbetet med de närmaste stödpersonerna har fungerat bra är deltagaren generellt sett även nöjd med insatsen hen har fått i stort. Stödpersonerna framstår som en central del i hur deltagarna upplever insatserna.

I intervjuerna framgår vidare en stor variation i hur deltagarna upplever bemötandet *inom* de olika insatserna; CM, SE och det förstärkta samarbetet samt från de fyra olika yrkesrollerna; arbetsförmedlare, personliga handläggare, SIUS-konsulenter och case managers. Vissa deltagare är med andra ord nöjda med bemötandet från exempelvis arbetsförmedlare medan andra är mindre nöjda, oberoende av insats. Detta gäller för alla yrkesroller.

I intervjuerna framträder vissa förhållningssätt som deltagarna betraktar som gott bemötande. Det handlar bland annat om personlig kontakt, prestigelös framtoning och en konkret planering för vad som ska ske framöver i rehabiliteringen.

Jag har upplevt ett positivt bemötande på AF, FK och på min arbetsplats. Det har funkat bra med dem jag har mött på ett personligt plan och det är en stor fördel om det ska fungera.¹

¹ Intervju SE-deltagare 8.

De förhållningssätt som deltagarna uppskattar återfinns i varierande grad hos alla yrkesroller och insatser. Deltagare som beskriver att den/de stödpersoner hen har haft kontakt med saknar detta förhållningssätt beskriver generellt sett även missnöje med såväl stödpersonen som själva insatsen.

I intervjuerna framgår det att deltagarna värdesätter när stödpersonen lyssnar och beaktar deltagarens önskemål. Detta upplevs av deltagarna vara en viktig sak i planeringen och utformningen av aktiviteterna under projekt-tiden. Deltagare som känner att de är delaktiga är generellt mer positiva än de som inte känner sig delaktiga till insatsen i sin helhet. I intervjuerna framgår att deltagarna uppskattar om stödpersonerna har mycket tid för just dem, men det mest betydelsefulla är ändå att de får vara delaktiga.

Min SIUS är mycket engagerad och vill hitta en praktik som kan leda till ett jobb. Hon har intresse för mig och mitt liv.²

Deltagarna visar generellt en stor förståelse för att stödpersonen har mycket att göra medan de har mindre förståelse om stödpersonen ignorerar deras perspektiv eller önskemål. De deltagare som beskriver att de inte varit delaktiga har i regel varit kritiska mot bemötandet, men även mot insatserna i sin helhet.

Jag har inte ens tänkt så mycket på det här projektet. Det har inte känts som att det har funnits, så har det känts. Det enda det här projektet var involverat i var det här mötet med [företag].³

Deltagarna upplever att komma ut på arbetsmarknaden eller i alla fall att närma sig arbetsmarknaden som ett stort och viktigt steg. Deltagare som har fått möjlighet att komma till en arbetsplats eller närmat sig en arbetsgivare beskriver i högre grad att de är nöjda med sin insats än de som inte fått den möjligheten. Inom insatsen SE har deltagarna i högre grad än i övriga insatser arbetat med och pratat om arbete.⁴ Projektdeltagarna är generellt motiverade att komma ut i arbetslivet, även om de har en varierande bild av vad arbete innebär. Många saknar erfarenhet av arbete vilket kan påverka synen på arbetets innehåll och krav. Deltagare som upplever att de har närmat sig arbetsmarknaden är generellt nöjda med sin stödperson och sin insats, även om de inte uppnått sitt mål helt och hållet ännu.

Sen jag fick rätt medicin och behandling har jag mått jättebra. Min dröm att bli arkitekt, nu tror jag det kan bli så.⁵

Deltagarna vill i hög grad prova på nya saker och få kontakt med arbetslivet. De deltagare som inte upplever att de har fått den chansen känner sig i högre grad missnöjda med sitt deltagande i projektet. Deltagarna har huvudsakligen sökt sig till arbetsplatser där det funnits serviceyrken som exempelvis att arbeta i butik, restaurang eller med administration. Serviceyrken har

² Intervju SE-deltagare 13.

³ Intervju FS-deltagare 16.

⁴ Tabell 4 i huvudrapporten.

⁵ Intervju SE-deltagare 1.

också varit helt dominerade bland de deltagare som har gått ut i anställning under projektets gång. Av dem som har gått ut i reguljärt arbete med subvention är lokalvårdare det vanligaste yrket, följt av arbete inom restaurang samt arbete inom detaljhandeln. Det skiljer sig inte mellan insatserna eller mellan kön.⁶

3.3 Skillnader mellan insatserna

I detta avsnitt studerar vi inverkan av SE-insatsen respektive CM-insatsen på nöjdhet. Vi vill lyfta att det inte är självklart att det sammantaget är bättre att vara mer nöjd. Ett exempel på detta framkommer senare i denna bilaga; i avsnittet om deltagarnas personliga utveckling beskriver en individ att vägen att närma sig arbete inneburit förändringar som varit psykiskt ansträngande. Samtidigt kan vi säga att *allt annat lika* så innebär mer nöjdhet en välfärdsvinst. Resultat i termer av nöjdhet kan ur det perspektivet läggas till den sammantagna bedömningen av en insats effektivitet.

I intervjuerna framgår att deltagarnas upplevelser av insatserna samvarierar i hög grad med hur kontakten sett ut med den/de stödpersoner de haft inom projektet. Det finns en variation både inom de olika insatserna och inom de fyra olika yrkesrollerna. Dock ser vi att deltagare som haft insatserna CM/SE i större utsträckning beskriver att de är nöjda med det stöd de har fått under projektiden, jämfört med deltagare inom FS.⁷

Jag har träffat jättemycket psykologer och andra men nu är första gången jag får hjälp på riktigt, som för mig framåt. (CM) är en person som är mänsklig, hon tittar inte bara på papper utan är den första som ser mig som person, som ser mina starka sidor och lyfter fram dem. Jag vågar satsa på saker och det är viktigt att känna att hon tror på att jag verkligen kommer att klara det. Det känns att hennes intresse för mig är genuint och det gör verkligen hela skillnaden.⁸

Det känns så bra med (SIUS), hon skiljer sig från de andra för hon är så intresserad/ ... / Om hon försöker så här mycket så försöker jag också så mycket, det är ett utbyte av energi och ett teamwork.⁹

Samma mönster återfinns i deltagarenkäten. I detta avsnitt har vi utifrån deltagarenkäten tillverkat ett nöjdhetsindex genom att kombinera de nio frågorna som vi introducerade i 3.1. I tabell 1 har vi undersökt om insatserna påverkat deltagarnas nöjdhet på olika sätt.

⁶ Projektdatabasen.

⁷ Deltagarenkät samt intervjuer.

⁸ Intervju CM- deltagare 12.

⁹ Intervju SE-deltagare 4.

Tabell 1 Nöjdhet i de olika insatserna

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	Antal svarande
Nöjdhet totalt	67	76	81	***	***	621
Bemötande	74	83	88	**	***	615
Delaktighet	72	80	86		***	620
Arbete	52	62	63	***	**	529

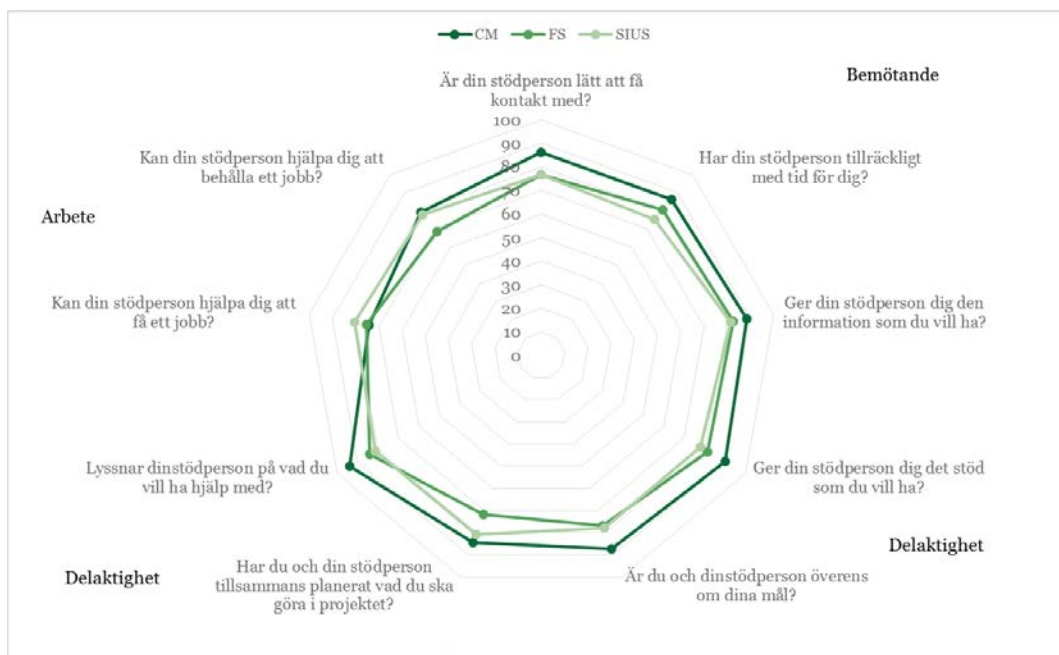
Tabellnotis: Datakälla är deltagarenkäter. Enheten som används är medelvärdet av ett nöjdhetsindex som sträcker sig mellan 0 och 100. Signifikansnivån motsvarar *= $p < 0.1$, **= $p < 0.05$, ***= $p < 0.01$.

I tabell 1 ser vi att deltagarna i insatsen CM generellt är mer nöjda än deltagarna i det förstärkta samarbetet. Deltagarna i insatsen SE är även de mer nöjda totalt sett, men inte när det gäller delaktighet. Deltagarenkäten visar här samma resultat som från intervjuerna, nämligen att deltagarna inom insatserna SE och CM är mer nöjda än deltagarna inom FS.

Diagram 2 är en mer detaljerad visualisering av tabell 1. Insatserna får höga omdömen avseende att lyssna och informera deltagarna. Däremot är omdömet något lägre när det gäller att kunna stödja deltagarna med att söka och behålla ett jobb. Diagrammet indikerar vidare att deltagarna är marginellt mer nöjda med insatserna CM och SE än med insatsen FS. Skillnaden mellan CM och FS är signifikant i alla frågor. Skillnaden mellan CM och SE och skillnaden mellan SE och FS är signifikant i alla frågor utom två.¹⁰

¹⁰ Frågorna 6 och 8.

Diagram 2 Deltagarnas nöjdhet



Anmärkning: Deltagarna har tagit ställning till nio frågor som tillsammans avser att mäta deltagarnas upplevelser av insatserna. I diagram 1 redovisas medelvärdet för de olika frågorna uppdelat på respektive insats. Punkten för CM i frågan "Är din stödperson lätt att få kontakt med?" är exempelvis medelvärdet i den frågan för de som har haft CM som insats. Ju bättre deltagarna tycker om en insats, desto längre ut i "nätet" hamnar insatserna vilket leder till att ju större total area "nätet" har, desto nöjdare är deltagarna med insatsen.

Källa: Projektdatabasen

En möjlig förklaring till detta resultat skulle kunna vara att insatserna SE och CM innebär ett mer personalintensivt stöd (se avsnitt 3.4 och 3.5 i huvudrapporten). Att SE och CM är mer personalintensiva syns i hur mycket arbetstid en genomsnittlig individ får, både i början och slutet av insatsen. Det visas även i andelen individer som haft minst en kontakt med någon av sina stödpersoner under en slumpmässigt vald vecka. Även tid som deltagaren inte är med stödpersonen – som exempelvis tid med en kompletterande aktör – dokumenteras, om den planerats i samråd med stödpersonen. Deltagare inom insatserna SE och CM har med andra ord fått mer stöd än deltagarna i FS, vilket eventuellt skulle kunna förklara varför de är nöjdare.

3.3.1 Bakgrundsfaktorer och tidigare erfarenheter

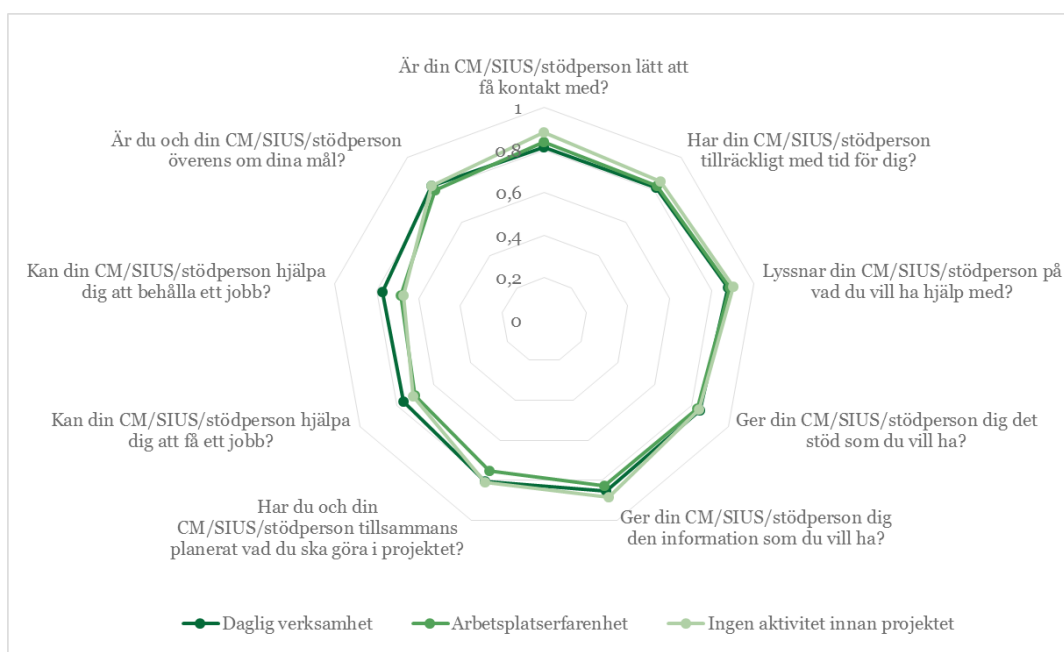
När vi undersökt skillnader i nöjdhet mellan insatserna har vi även studerat huruvida det finns könsskillnader i termer av nöjdhet. Det visar sig att det inte finns några sådana skillnader. Kvinnor och män är lika nöjda med stödet på aggregerad nivå och det finns inte heller några könsskillnader inom insatserna. Kvinnor med CM är lika nöjda som män med CM till exempel. Ett spindeldiagram med endast män eller kvinnor skulle med andra ord se ut ungefär som diagram 1.

Tidigare erfarenhet av att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering är en faktor som skulle kunna påverka deltagarnas upplevelser av insatserna. Vad som är bra eller dåligt bedöms ofta utifrån en referensram. Deltagarnas erfarenheter

kan därför påverka hur nöjda de är med den insats de har fått i projektet. Inför projektet fanns det till exempel en farhåga bland projektmedarbetarna att inkludera dem som inte hade haft några aktiviteter alls innan projektet. Om denna grupp upplevde att kraven var för höga och att de därför lämnade projektet skulle de kunna uppleva sin medverkan negativt.

En annan grupp med andra erfarenheter var de med daglig verksamhet. I uppdraget för utvärderingen beskrevs att unga med aktivitetsersättning som även har daglig verksamhet skulle prioriteras för deltagande.¹¹ Sammanlagt hade cirka 25 procent av deltagarna i studien beslut om daglig verksamhet.

Diagram 3 Deltagarnas upplevelse av insatserna, uppdelat efter tidigare erfarenheter



Anmärkning: Deltagarnas upplevelser av insatserna mättes med 9 frågor. Ju bättre deltagarna tycker om en insats, desto längre ut i "nätet" hamnar man. Presenteras efter tidigare erfarenhet från arbetsplats, daglig verksamhet eller ingen aktivitet alls.

Källa: Projektdatabasen

Diagram 3 liknar diagram 1 och 2 men är uppdelad utifrån deltagarnas erfarenheter innan de gick med i projektet. Det framgår att det inte är någon skillnad i nöjdhet mot bakgrund deltagarnas tidigare erfarenheter. Deltagare som kommer från daglig verksamhet är ungefär lika nöjda med sina insatser som deltagare med arbetslivserfarenhet och de utan någon aktivitet ett år innan projektet. Vi har även analyserat ifall det finns skillnader utifrån tidigare erfarenheter inom insatserna, och funnit att så inte är fallet. Vi kan utifrån detta alltså säga att upplevelsen av mer nöjdhet med SE och CM än med FS gäller i lika hög grad oavsett om deltagaren tidigare haft daglig verksamhet eller inte.

¹¹ [Socialdepartementet. Uppdrag angående projektverksamhet och utvärdering av nya former av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. S2013/6630/SF](#)

När det gäller personer med daglig verksamhet fanns inledningsvis farhågan att de skulle avstå från att delta i projektet av rädsla att förlora sitt beslut om daglig verksamhet. I intervjuerna framkommer att denna rädsla funnits hos såväl deltagarna som deras anhöriga. Projektets arbetsgrupp vidtog, efter att ha fått veta om oron, åtgärder som innebar att beslut om daglig verksamhet kunde kvarstå även om deltagaren gick med i projektet (se Bilaga 3 – *Genomförandet* för utförligare beskrivning). Sammanlagt 25 procent av deltagarna i studien kom från daglig verksamhet. Flera av dem lyfte ändå osäkerheten kring vad som kunde hända med den dagliga verksamheten efter projektet. Några av deltagarna beskriver i intervjuerna att det för deras del har inneburit att de inte vågat testa på ett arbete eller påbörja arbetslivsriktade insatser.

4 Deltagarnas upplevelse av förändring

I detta avsnitt tolkar vi deltagarnas berättelser om sin förändring under tiden i projektet. I avsnittets andra del medverkar projektmedarbetarna i hög grad med att lyfta fram hindrande faktorer och ge sammanhang till den oro som framkommit i en del av intervjuerna med deltagare.

4.1 Personlig utveckling

Deltagarna beskriver att de på olika sätt fått stöd och hjälp av projektmedarbetare vilket har bidragit till personlig utveckling. Det har för vissa inneburit att förhållnings- och synsätt har förändrats vilket har påverkat självsäkerhet och självförtroende.

Jag är tacksam för att jag fick vara med i projektet, jag har mer tålamod nu och det har ändrat hur jag ser på saker, innan tyckte jag inte om att träffa nya människor och jag har alltid haft med mig handsprit för jag tycker inte om bakterier men min arbetspsykolog har fått mig att sluta med det, och hjälpt mig att se saker annorlunda, jag kan inte säga att jag tyckte om det i början men nu är det ok.¹²

Här framkommer det tydligt att upplevelsen av utveckling inte är helt överlappande med upplevelsen av nöjdhet. Deltagaren visar att hens väg mot arbete inte är behaglig, samtidigt som hen tydligt indikerar att det är en önskvärd förändring.

Vi ser samtidigt starka kopplingar mellan vad deltagarna beskriver sig vara nöjda med och vad de beskriver som centrala faktorer bakom sin upplevelse av personlig utveckling. De tre temana bemötande, delaktighet och arbete återkommer därför i detta avsnitt. I intervjuerna beskriver deltagarna att deras deltagande i projektet har påverkat deras liv inom en rad olika livsområden. Det gemensamma i deltagarnas berättelser av förändring genom personlig utveckling är att någon har mött dem i deras behov och på olika sätt stöttat dem till att genomföra förändringar i sitt liv. Deltagarna lyfter

¹² Intervju SE-deltagare 14.

stödpersonens bemötande, samt att de har mötts utifrån sina definitioner av vilka behov de har. För dem som har kommit ut i arbete (ca 20 procent av deltagarna¹³) har detta varit den tydligaste förändringen, vilket har haft stor påverkan på deltagarnas liv.

4.1.1 Hälsa

Hälften av deltagarna upplever att deras hälsa har påverkats under tiden i projektet och av dessa upplever 90 procent att den har förbättrats.¹⁴ I intervjuerna beskriver deltagarna generellt att de upplever en bättre psykisk hälsa; de känner sig gladare och upplever mindre stress. En del berättar att de mår bättre, har minskad ångest och oro tack vare att de har fått ett nära och kontinuerligt stöd i insatserna.

Att ha en kontakt som min CM tar bort oro och ångest, innan hade jag mycket oro men nu kan jag släppa det och koncentrera mig på det viktiga. Jag kan inte föreställa mig att jag hade kommit så här långt utan hennes hjälp.¹⁵

Ett par deltagare berättar att de har fått hjälp med nya kontakter inom vården. Det har lett till ny utredning, behandling och medicinering vilket har påverkat hälsan positivt. Andra beskriver hur de har fått hjälp att hantera sitt beroende.

Ja alltså jag kom ju ur drogerna på grund av det här. På så vis har det påverkat min framtid jättemycket. Jag hade kunnat sitta här eller suttit och drogat i ett år till, eller två år till eller tre år till.¹⁶

Några andra beskriver att de mår bättre tack vare ett mer aktivt liv. Att ha fått rutiner och en röd tråd i livet är andra beskrivningar av vad som påverkar hälsan positivt. De förändringar som inträffar i deltagarnas liv är på ett generellt plan svåra att härleda till en specifik insats eller till deltagande i projektet i stort.

4.1.2 Att komma ut i arbetslivet

Arbete framkommer i intervjuerna som en katalysator för förändring, även om detta beskrivs på olika sätt av deltagarna. Några lyfter att arbete eller praktik skapar förändring i form av ökad kunskap och erfarenhet, något som är viktigt på en arbetsmarknad. För andra är den största förändringen med ett arbete att det bidrar till ett mer aktivt liv. Dels innebär arbetet en fysisk aktivitet med en tillvaro utanför hemmet och dels ger det ett mer aktivt socialt liv. Deltagare som arbetar berättar att de får ett bredare nätverk och

¹³ Huvudrapporten kapitel 6.

¹⁴ Deltagarenkät fråga 11.

¹⁵ Intervju CM-deltagare 8.

¹⁶ Intervju CM-deltagare 3.

nya kompisar. Fyra av tio deltagare tycker att insatsen har ökat deras möjligheter att få vänner och nya kontakter och lika många svarar att de har lärt känna nya personer i och med projektet.¹⁷

Det är en stor social vinst för en grupp som i intervjuerna beskriver att de har relativt små sociala nätverk och det kan också innebära att de stärker framtida möjligheter till arbete då den svenska arbetsmarknaden till stor del handlar om kontakter och nätverk. Arbete innebär också möjligheter för en stabil tillvaro när deltagare har hittat en arbetsplats där de trivs, främst för att upplevelsen av stabilitet minskar oro för en osäker framtid.

Att få en anställning innebär nästan alltid en relativt stor skillnad i inkomst, vilket flera av deltagarna beskriver som den största vinsten med deltagande, att deras ekonomiska villkor har förbättrats. En ytterligare vinst av att få en anställning är att deltagare upplever att de blir en del av samhället och att de kan stå för sin egen försörjning. De deltagarna som kommit ut på en arbetsplats har oftast befunnit sig inom ett serviceyrke som exempelvis att arbeta i butik, restaurang eller inom detaljhandeln.

Målet är att försörja mig själv, det såg mörkt ut innan projektet men nu finns det inom räckhåll.¹⁸

Även de som inte har fått ett arbete beskriver andra förändringar som påverkar deras liv. Deltagandet har generellt sett inneburit ett steg framåt i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Många deltagare menar att detta skapar möjligheter att ta ett första steg in i en annan, åtråvärd, del av vuxenlivet och ta del av nya erfarenheter som hör till den världen.

Skriva in sig på Af och sådana grejer var jättehäftigt för jag har ju inte varit med om något sådant.¹⁹

4.2 Risker

Deltagarna beskriver att de påverkas olika över tid i processen till arbete. I och med att de startar upp någonting nytt kan hälsan försämrans under en tid, vilket beskrivs som både fysiskt och psykiskt påfrestande. Även om majoriteten av deltagarna i projektet beskriver att deras liv har påverkats på ett eller annat sätt finns det också deltagare som anger att inget har förändrats, vare sig med arbete, hälsa eller personlig utveckling. Projektmedarbetarna beskriver att utvecklingen av deltagarnas hälsa generellt går framåt för deltagarna, men att det är långt ifrån en linjär process. Deltagare som initialt är väldigt positiva till att komma till Arbetsförmedlingen och har förväntningar på att snabbt få komma ut på arbetsmarknaden kan uppleva en ”dipp” i motivation första gången det blir väntetid i deras insats. Det kan vara att man väntar på att ha ett samordningsmöte eller att man

¹⁷ Deltagarenkät fråga 11.

¹⁸ Intervju CM-deltagare 2.

¹⁹ Intervju FS-deltagare 2.

väntar på svar från arbetsgivare. Deltagare som initialt har mindre förväntningar upplever inte denna ”dipp” på samma vis utan blir generellt glada om de får något stöd överhuvudtaget.

Deltagarna uppskattar (precis som övriga löntagare) att kunna överblicka sina anställningsförhållanden och ha en bra uppfattning om vad som kommer att ske i framtiden. Detta kan ofta vara ett problem eftersom denna målgrupp i de flesta fall, i alla fall initialt, befinner sig i arbeten med korta anställningsförhållanden och en framtid som inte alltid är helt tydlig. En del deltagare vittnar om att detta kan medföra oro och osäkerhet.

Jag har varit med ett tag och det är lite mindre oro nu men jag är fortfarande orolig... jag ska ju börja på Samhall nu och där kan det bli en anställning och det skulle kännas bra... jag vill att livet ska förändras, jag känner att jag vill komma ut i arbetslivet, det känns positivt men det känns lite osäkert.²⁰

Projektmedarbetarna beskriver att deltagarna reagerat olika på den ökande aktivitetsnivån som oftast följer av deltagandet i projektet. Innan projektet låg deltagarna i snitt på tio timmars aktivitet i veckan och ungefär en tredjedel hade ingen aktivitet överhuvudtaget innan projektet.²¹ En del reagerar bra och andra mindre bra på den ökande aktivitetsnivån men de som går ut på en arbetsplats blir generellt sett mer motiverade och har en positiv personlig utveckling. Trots detta orosmoment tycker 80 procent av dem som har börjat arbeta att deras hälsa har påverkats positivt av arbetet.²² Detta får betraktas som en hög siffra även om det såklart är svårt att urskilja upplevda hälsoeffekter från en generell positiv attityd som är ett resultat av att man har fått ett arbete.

4.2.1 Otydligt regelverk vid varierande arbetsförmåga

Att komma närmare arbetsmarknaden kan även leda till risker för deltagarna. En av riskerna är att förlora ersättning och annat stöd om man prövar sin förmåga i exempelvis en praktik eller en anställning. I fokusgrupper bestående av projektmedarbetare framkommer att det finns oklarheter i hur Försäkringskassan ska bedöma rätten till ersättning för personer som arbetstränat eller varit ute i anställning inom projektet. Generellt gäller att deltagarna riskerar att bli av med sin ersättning om de uppvisar arbetsförmåga och det finns flertalet exempel där deltagare har blivit av med ersättningen trots att någon av parterna haft uppfattningen att det funnits ett fortsatt rehabiliteringsbehov och en stor osäkerhet kring personernas eventuella förmåga. Deltagare har kunnat komma ut i praktik och anställning genom att man fått ett omfattande stöd inför och under anställning och praktik. Det kan innebära att personen inte med säkerhet kan bibehålla den uppvisade arbetsförmågan när stödet försvinner.

²⁰ Intervju SE-deltagare 5.

²¹ Tabell 1 i huvudrapporten.

²² Deltagarenkät fråga 29.

Det har varit ett dilemma att så fort personen visat någon form av kortare arbetsförmåga, exempelvis genom ett kortare sommarjobb och det har varit dags för omprövning av aktivitetsersättning så har ersättningen ifrågasatts eller dragits in. Det hade varit mycket lättare att jobba mot ett arbete om ersättningen funnits där som en trygghet till dess att personen fått ett arbete som varar över tid.²³

Detta leder till en osäkerhet bland projektmedarbetarna men såklart även en oro hos deltagarna vilket hämmar möjligheten att gå ut i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det var också en av projektets på förhand definierade risker. Farhågan var att det skulle kunna påverka inflödet till insatserna på ett negativt sätt och bidra till ett alltför lågt deltagarantal. Inom ramarna för projektet togs därför ett informationsmaterial riktat till aktörerna och personer som uppbär aktivitetsersättning fram i syfte att minska rädslan för att delta i insatser som på sikt kan leda till arbete. I samtliga lokala nätverk gick projektledningen igenom de möjligheter och det bedömningsutrymme som finns inom regelverket för aktivitetsersättningen för att individer ska kunna behålla ersättningen under den tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår. Men trots denna informationsinsats har detta varit en reell risk för deltagarna.

Det är oroväckande tydligt att Försäkringskassans regelverk och ersättningar, trots försök till motsatsen, är dåligt anpassade till den verklighet som en försäkrad hamnar i då hen börjar närma sig arbetsmarknaden. Vilande ersättning är stelbent och inte anpassad till någon form av timanställning. Vidare är vi väldigt snabba på avtryckaren när det gäller att dra in ersättningar, utan förmåga att ta hänsyn till att den försäkrades process är långt ifrån över och i mål.²⁴

4.2.2 Deltagare som närmar sig 30 år

Ett annat orosmoment finns hos de deltagare som börjar närma sig 30 år. De beskriver att de känner en oro för vad som kommer ske efter det att aktivitetsersättningen upphör. De flesta känner en oro inför att ersättningen försvinner och att de har varit borta från arbetsmarknaden under lång tid.

I intervjuerna tar även projektmedarbetarna upp problemet med de förändringar kring ersättning och stöd som sker per automatik i samband med att deltagarna fyller 30 år som ett hinder för deltagarnas personliga utveckling, men även som ett hinder för deras arbetslivsinriktade rehabilitering. I projektet har det förekommit att personer fått avslag på ansökan om rehabiliteringspenning i särskilda fall på grund av att man tycker att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte innehåller tillräckligt arbetsrelaterade aktiviteter, trots att det finns ett rättsligt ställningstagande om att arbetsförberedande insatser i det förstärkta samarbetet ska anses vara arbetslivsinriktade insatser och därmed ge rätt till rehabiliteringspenning om övriga kriterier är uppfyllda.

Ytterligare en risk som identifierats inom projektet är de deltagare som innan de fyller 30 år kommer upp i en arbetsförmåga på deltid och samtidigt har partiell ersättning, exempelvis arbete 50 procent och aktivitetsersättning 50 procent. Även om arbetsförmågan fortfarande är fortsatt partiellt nedsatt

²³ Enkät till projektmedarbetare fråga 45, fritextsvar.

²⁴ Enkät till projektmedarbetare fråga 45, fritextsvar.

så kan sjukpenning i särskilda fall inte beviljas efter 30 år eftersom man inte får tjäna mer än 80 000 kr per år för att ha rätt till sjukpenning i särskilda fall. Några av projektets deltagare har genom att uppnå en partiell ersättning fått en sämre ekonomisk ersättning efter att de fyllt 30 år. Vidare finns en uppfattning om att stödet och ambitionerna från myndigheternas sida minskar i samband med att personerna fyllt 30 år. I de fall det kvarstår ett behov av samordnad rehabilitering finns indikationer från projektmedarbetare att det i praktiken inte har skett någon samverkan.

Det har varit olyckligt att vissa deltagare fyllt 30 år under projektiden, innan vi hunnit få till en varaktig lösning för personen. Det har ställt till problem vilket har påverkat motivationen. Det blir ett stort negativt fall i övergången och ibland kan inte personerna ta till sig informationen om vad som kommer att ske efter aktivitetsersättningen.²⁵

Projektmedarbetarna menar att ersättningsfrågan för denna grupp skapar en oro för framtiden hos deltagarna. Beroende på vilken sjukdomsbild individen har riskerar detta att påverka förutsättningarna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Om deltagarna uppfattar att de kan bli av med sin ersättning på grund av att de har uppvisat arbetsförmåga skapar det incitament för dem som inte är säkra på att de skulle klara av ett arbete att dölja/inte försöka uppvisa arbetsförmåga. Deltagarna kan beroende på detta bli mindre benägna att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering på grund av sin oro att i längden bli av med sin ersättning. Regelverket kan på så vis bli ett hinder för deltagarnas personliga utveckling.

Lagstiftningen kring ersättningar är alltför stelbent och tillämpningen är inte rättssäker. 30-årsgränsen för aktivitetsersättning gagnar inte personernas utvecklingsmöjlighet. Stress över ekonomin är en av de faktorer som gör att människor mår dåligt och inte kan utveckla sin potential. Vi som jobbar med personer med funktionsnedsättning till vardags vill personernas bästa. De flesta personer skulle kunna ha möjlighet att bidra till samhället om de bara fick chansen och då är tid och en trygg ekonomi en viktig förutsättning.²⁶

4.2.3 Personalomsättning

Projektmedarbetarna beskriver att personalomsättningen är ett annat orosmoment för deltagarna. Byte av handläggare på Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen är något som påverkar denna målgrupp mer än övriga inom det förstärkta samarbetet. I vissa fall tar det lång tid att bygga upp nya relationer med deltagarna. Personalomsättningen betraktas även av projektmedarbetarna själva som ett problem som gör verksamheten svårare att bedriva. I projektet har det konstaterats att personalomsättning inte är tillfällig utan ständigt förekommande. Det får till följd att personalgrupperna i det flesta fall ständigt är underbemannade. Detta har även framkommit i tidigare utvärderingar av det förstärkta samarbetet.²⁷ Intervjuerna med deltagarna bekräftar detta. Byte av handläggare upplevs som ett orosmoment som försvårar vägen mot ett arbete.

²⁵ Enkät till projektmedarbetare fråga 45, fritextsvar.

²⁶ Enkät till projektmedarbetare fråga 45, fritextsvar.

²⁷ Projektets kartläggning av inflödet utförd i mars 2015.

Tidigare erfarenheter är att det byts handläggare hela tiden och det har varit väldigt jobbigt. Både på FK och Af. Då känner jag inte den tryggheten som jag vill ha och dessutom behöva dra min historia igen vilket jag inte tycker om.²⁸

Att hög personalomsättning är ett orosmoment blir ännu tydligare i ljuset av deltagarnas betoning av hur central den personliga kontakten med stödpersonen varit för dem och deras möjlighet att ta till sig stödet (se avsnitt 3).

5 Slutsatser

I denna text har vi först analyserat deltagarnas upplevelser. Syftet har varit att de kan ge en kontext som underlättar tolkningen av effektutvärderingens arbetsmarknadsutfall, men också för att målgruppens nöjdhet har ett värde i sig. Vi har funnit att deltagarna överlag varit nöjda med sitt deltagande i projektet. Det är främst tre saker som avgör om de är nöjda eller inte med insatsen:

- Bemötandet från myndighetspersoner
- I vilken utsträckning deltagaren känner delaktighet
- Om deltagaren kommit ut i arbetslivet.

Detta gäller alla tre insatserna. Vi ser samtidigt att deltagarna som fått *Supported employment (SE)* eller *Case management (CM)* varit signifikant nöjdare än deltagarna i det *Förstärkta samarbetet (FS)*. Däremot ser vi ingen skillnad i nöjdhet mellan deltagarna utifrån kön eller huruvida de har erfarenhet av daglig verksamhet.

Vi har även försökt fånga deltagarnas upplevelse av förändring under projektiden. Vi finner att många deltagare beskriver sin tid i projektet som en tid av personlig utveckling. Denna typ av förändring beskriver deltagarna som inte alltid enkel eller behaglig, men som önskad. Deltagarna lyfter utveckling både avseende sin hälsa och i termer av ett närmande till arbetsmarknaden. Många av deltagarna tar samtidigt även upp osäkerhetsmoment.

Genom att tolka medarbetarnas beskrivning av svårigheter för gruppen har vi kunnat sätta deltagarnas osäkerhet i ett sammanhang av faktorer som är påverkansbara. Det framgår att socialförsäkringsregelverkets otydlighet avseende individer med varierande – förhoppningsvis spirande – arbetsförmåga är en källa till osäkerhet för både deltagare och de stödpersoner som arbetar med dem. Vidare lyfter både deltagare och medarbetare hanteringen av regelverket kring 30-åringar som en stressfaktor. Både medarbetare och deltagare lyfter även personalomsättning som en hindrande faktor bakom deltagarnas möjligheter att ta till sig rehabiliteringen, vilket bör ses i ljuset av att deltagarna ser bemötande för helt centralt för sin syn på insatserna.

²⁸ Intervju FS-deltagare 9.

Referenser

Karasek, R., & Theorell, T. (1990) *Healthy work stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Zimmerman, M.A. *Am J Commun Psychol* (1995) 23: 581.
doi:10.1007/BF02506983

Ajzen, Icek (1991). "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50 (2): 179–211.

Bilaga 3 – Att genomföra en effektutvärdering i ordinarie verksamhet

Innehåll

1	Lokal förankring.....	3
1.1	Lokal organisation.....	3
1.2	Nätverksträffar	3
1.3	Rutiner och verktyg	4
2	Rekrytering av deltagare	5
2.1	Ett brett intag.....	7
2.2	Ledning och styrning.....	8
2.3	Systematiskt utvecklingsarbete	9
3	Medarbetarnas syn på arbetet i projektet	10
3.1	Samverkan.....	11
3.1.1	<i>En kvalitativt annorlunda aktör</i>	<i>13</i>
3.1.2	<i>Mer samverkan – bättre samarbete</i>	<i>14</i>
3.2	Projektet.....	15
3.3	Arbetet med målgruppen	15
3.4	Medarbetarnas syn på insatserna	17

1 Lokal förankring

1.1 Lokal organisation

Totalt har projektet haft cirka 250 medarbetare och effektutvärderingen har till stora delar skett inom myndigheternas Förstärkta samarbete i samverkan med de medverkande kommunerna, det vill säga inom de tre lokala aktörernas ordinarie verksamhet. För att säkra ett bra genomförande av projektets insatser och datainsamling inrättades en projektorganisation på varje deltagande ort i form av *lokala nätverk*. De lokala nätverken sammanförde därmed Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen på orten och fungerade som plattform för informations och utbildningsinsatser för projektledningen. De yrkesroller som framför allt medverkat i projektet är arbetsförmedlare, personliga handläggare, SIUS-konsulenter och case managers.

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och respektive kommun utsåg varsin *kontaktperson* till de lokala nätverken. De var särskilt insatta i projektet för att kunna besvara projektmedarbetarnas frågor om datainsamlingen. De skulle även uppmärksamma eventuella avvikelser och problem med genomförande samt bidra med kunskap och engagemang kring projektet. Kommunens lokala kontaktperson hade även i uppdrag att informera om projektet till andra kommunala verksamheter som bedömdes vara berörda av utvärderingen samt att säkerställa att insatsen Case Management (CM) fungerade. De lokala kontaktpersonerna på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan var sammankallande till lokala nätverksmöten där alla berörda projektmedarbetare har deltagit.

1.2 Nätverksträffar

En god lokal förankring framstod som avgörande för att nå framgång med utvärderingen. Erfarenheter från tidigare projekt med liknande vetenskaplig inriktning vid Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har visat på betydelsen av rätt och snabb information för att skapa engagemang bland projektmedarbetare, chefer och övriga inom respektive organisation.

En av projektmedarbetarnas ordinarie arbetsuppgifter är att identifiera rehabiliteringsbehovet hos personerna. Utifrån det kan de beroende på resurstillgång välja ut individer som får ett mer personalintensivt stöd, exempelvis stöd av en SIUS-konsulent. I projektet behövde det ordinarie arbetssättet frångås och personen blev istället efter randomisering tilldelad en insats. Det blev därför särskilt viktigt att förankra upplägget med den slumpmässiga fördelningen av insatser hos projektmedarbetarna genom att beskriva värdet av att få evidens för vilka insatser som fungerar eller inte för olika grupper av individer.

Syftet med träffarna har varit att motivera projektmedarbetarna genom att informera och svara på frågor om projektets upplägg, datainsamling och annat som varit aktuellt. I projektet medverkade representanter ur forskargruppen på flera lokala nätverksträffar, både innan de första randomiseringarna och sedan under projektets gång. Det underströks därmed vid upprepade tillfällen att detta var ett forskningsprojekt, och att projektmedarbetarnas agerande i arbetet med projektet var av stor vikt för forskningen. Det betonades också att den extra resurstilldelningen som projektet innebar skulle göra att fler i målgruppen skulle få tillgång till stöd och att ingen av insatserna skulle innebära mindre stöd än vad man vanligtvis kunde få genom myndigheternas Förstärkta samarbete. Även kontrollgruppen fick tillgång till insatser. Det kunde därmed lyftas att ingen individ kunde förlora på deltagande, utan att tillgången till insatser inom det ordinarie Förstärkta samarbetet borde ses som en möjlighet. Sammantaget har medarbetarna angett att den information som de fått har varit tillräcklig.¹

1.3 Rutiner och verktyg

Projektmedarbetarna fick skriftliga metodstöd för genomförandet av utvärderingen. Där beskrevs projektets arbetsprocess med gemensam kartläggning, kriterier för vilka individer som skulle erbjudas att delta i projektet, hur processen att slumpmässigt fördela projektdeltagarna till de olika insatserna skulle gå till samt innehållet i insatserna. Materialet omfattade även en beskrivning av datainsamlingen av bakgrundsfaktorer och kostnadseffektivitet, inklusive detaljerade instruktioner för hur de webbaserade enkäterna skulle användas. För en närmare beskrivning av datainsamlingen, se Bilaga 4 – *Teknisk rapport*.

De lokala kontaktpersonerna hos Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick en av projektet särskilt framtagen Excel-fil med funktion att kryptera personnummer så att information om deltagare skulle kunna lämnas säkert mellan projektmedarbetarna. De lokala kontaktpersonerna hade i uppgift att så fort de registrerat in en ny deltagare i sin Excel-fil gå ut med en påminnelse till berörda projektmedarbetare om att individen var en deltagare i projektet och att de omgående skulle börja dokumentera arbetet med deltagaren efter givna instruktioner. För detta ändamål utformades mallar som kunde användas av de lokala kontaktpersonerna för att maila ut påminnelser till projektmedarbetarna.

Datum för tidsredovisning slumpades fram i excelfilen baserat på en kombination av deltagarens projekt-ID och datum som hen tackat ja till deltagande. På så vis kunde datumet vara individualiserat, randomiserat, och samtidigt vara samma i excelfilen hos både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. De lokala kontaktpersonerna hade till uppgift att övervaka

¹ I enkäten till projektmedarbetare har de fått svara på frågan om informationen och återkopplingen från projektledningen varit tillräcklig inom områden som forskningsupplägg, datainsamling, metodstöd och återkoppling på frågor via mail eller telefon. Andelen som har svarat att informationen inom de olika områdena har varit tillräcklig varierar mellan 74 och 85 procent.

datumen för tidsredovisning och att påminna projektmedarbetarna om när det var dags att tidsredovisa den arbetade tiden i förhållande till någon av deras deltagare. För detta ändamål hade projektet utformat mallar som kunde användas av de lokala kontaktpersonerna för att maila ut påminnelser till projektmedarbetarna. Mallen innehöll länken till den webbaserade enkäten för tidsredovisning och länkar till metodstöden där man kunde läsa fördjupad information om tidsredovisningen. Projektmedarbetarna fick information om hur man kunde göra i ordning samtliga påminnelsemail på förhand och skicka dem med fördröjd sändningstid. På så vis kunde de lokala kontaktpersonerna förbereda påminnelserna om tidsredovisning så att utskicken kunde gå ut även under egen ledighet.

2 Rekrytering av deltagare

När rekryteringsfasen avslutades den 1:a februari 2016 hade målet om 1000 deltagare uppnåtts. Detta var centralt för möjligheten att dra slutsatser från studien under många år framöver. Fyra framgångsfaktorer har identifierats:

- Fokus på ett brett intag till studien,
- samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen,
- ledning och styrning samt
- ett systematiskt arbete med att identifiera och undanröja hinder.

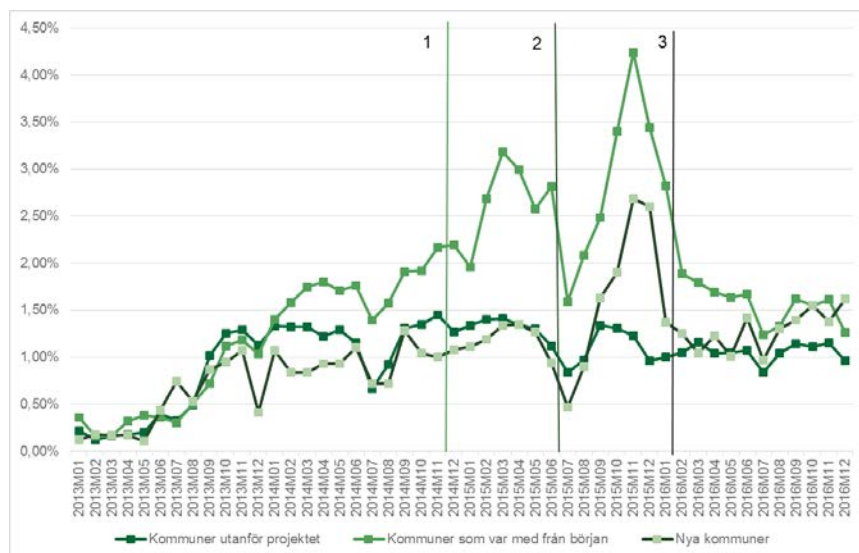
Detta avsnitt börjar med en beskrivning av att rekryteringen av deltagare har varit en avgörande svårighet i projektet, för att understryka vikten av ett aktivt arbete med denna del av genomförandet.

Genom en så kallad powerberäkning bedömdes att det krävdes minst 1 000 deltagare i projektet för att det skulle vara möjligt att identifiera förväntade effektstorlekar. Ett för litet antal deltagare skulle kunna innebära att den statistiska analysen inte kunde påvisa skillnader mellan insatserna trots att sådana existerade. Det fanns redan inledningsvis en befarad risk att inte nå tillräckligt många deltagare. Som en jämförelse kan nämnas att året innan projektet startade påbörjade endast 1 342 personer i gruppen unga med aktivitetsersättning i hela landet insatser inom det Förstärkta samarbetet. Rekryteringen av 1 000 deltagare innebar därmed en utmaning och ställde stora krav på motivationsarbete i projektets lokala nätverk.

I figur 2 jämförs andelen unga med aktivitetsersättning som deltagit i gemensam kartläggning (ingången till det Förstärkta samarbetet) mellan de kommuner som var med i studien och de kommuner som inte var med. Den första linjen (1) markerar när projektet startade, den andra linjen (2) markerar när ytterligare fem kommuner gick in i projektet och den sista linjen (3) markerar slutdatum för rekryteringen av deltagare. Av figuren

framgår att projektet ledde till en kraftig ökning av gemensamma kartläggningar för kommuner som var med i projektet, men att effekten har infunnit sig med viss fördröjning.

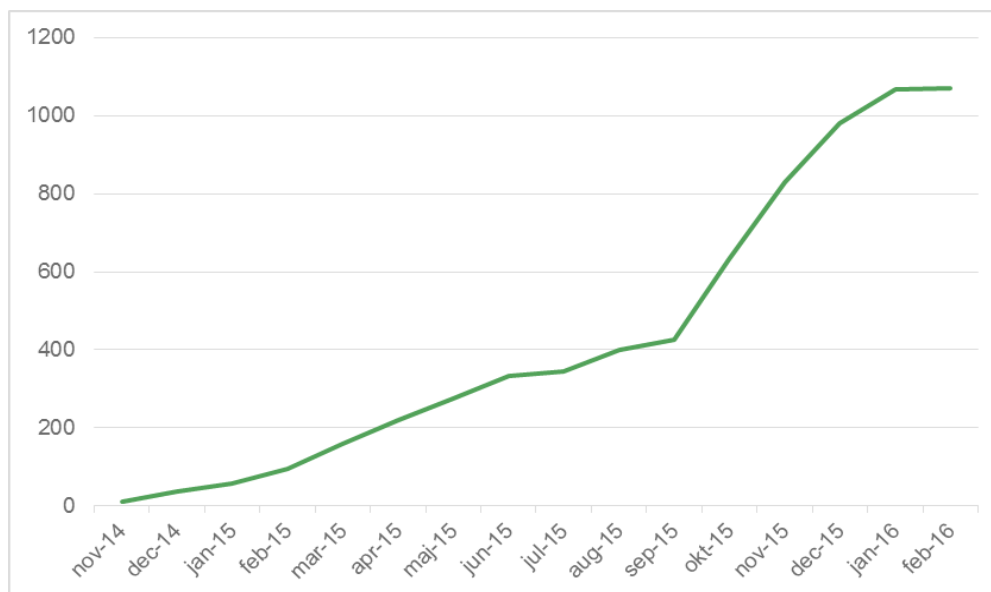
Figur 1 Andel unga med aktivitetsersättning som deltagit i gemensam kartläggning mellan 1 januari 2013 och 31 december 2016



Anmärkning: Andel av alla unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga utan pågående insats som kallats till gemensam kartläggning, per månad. För att undersöka potentiell inverkan av effektutvärderingen redovisar vi utvecklingen över tid för kommuner som inte deltagit i projektet, kommuner som deltog från starten (november 2014) och nytillkomna kommuner från sommaren 2015.

Källa: SUS – myndighetsövergripande registerdata

I Figur 1 beskrivs inflödet av deltagare till projektet under perioden november 2014 till och med sista inflödesdagen 31 januari 2016. Efter en svag start ses i Figur 1 ett något ökat inflöde efter ett par månader som sedan stannar av över sommaren. Av figuren framgår en låg inflödestakt under de första elva månaderna. För att lyckas rekrytera tillräckligt antal deltagare blev det tydligt att inflödet under den sista fasen behövde öka dramatiskt jämfört med vad som gällde tidigare. Efter sommaren ökade inflödet i de kommuner som varit med i projektet från start samtidigt som fem nya kommuner började rekrytera deltagare. Sammantaget ledde det till en betydande ökning av inflödet. Det resulterade även i att mer än hälften av deltagarna gick in i projektet under perioden september 2015–januari 2016.

Figur 2 Inflödet av deltagare i projektet november 2014–februari 2016

Anmärkning: Antal individer som tackat ja till att delta i effektutvärderingen, per månad.

Källa: Projektdatabasen

2.1 Ett brett intag

Projektorganisationen kom att verka för ett bredare intag än vad som var brukligt för att starta arbetslivsinriktad rehabilitering via det Förstärkta samarbetet. Detta betonades i projektets inklusionskriterier och förmedlades genom dialog med de lokala nätverken. En åtgärd för att identifiera möjliga deltagare innebar att våga pröva mer förutsättningslöst och sänka tröskeln i förhållande till vad som vanligtvis bedömdes som ”vara redo för arbetslivsinriktad rehabilitering”. De gemensamma diskussionerna resulterade ofta i att personer bedömdes vara aktuella för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har under projektet fått en mer avslappnad inställning till vilka som ska få testa.²

Medarbetarna uttrycker att det var ”mer generöst i slutet”, att ”man fick försöka med alla under 30 år oavsett förutsättningar”, att deltagare togs med ”som inte var så ’givna’ att ha förmåga att delta i en arbetslivsinriktad rehabilitering”.³ Det framkommer en stor enighet hos Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens medarbetare om att intaget till det förstärkta samarbetet breddats under projektets rekryteringsperiod till att inkludera individer som står längre från arbetsmarknaden än vad som varit vanligt. Var tredje svarande medarbetare väljer att betona det breda intaget när de

² Medarbetarenkäten fråga 21, fritextsvar.

³ Medarbetarenkäten fråga 21, fritextsvar.

ombuds att övergripande beskriva inklusionsprocessen⁴ och alla medarbetare som svarar på frågan om på vilket sätt inklusionsprocessen förändrats under projekttiden anger att intaget blivit bredare.^{5,6}

Låga trösklar var kanske ännu mer centralt för intaget av den prioriterade gruppen individer med daglig verksamhet. Även här framkommer från flera medarbetare att det under projekttiden ”har kommit fler impulser externt framförallt från daglig verksamhet” – det vill säga att specifikt denna grupps inflöde till det förstärkta samarbetet har ökat.⁷

I intervjuer med projektmedarbetare framkommer att det på lokal nivå bland annat skett en attitydförändring kring hur man resonerar om vilka som ska delta i det Förstärkta samarbetet. Istället för att fokusera på *varför* en individ ska erbjudas att delta har fokus varit på *varför* individen *inte* skulle få denna möjlighet. De lokala nätverken och de lokala kontaktpersonerna har haft en viktig roll i denna förändring. De lokala nätverken har fungerat som samverkansforum där Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunerna diskuterat fram lösningar för att främja inflödet av projektdeltagare.

2.2 Ledning och styrning

Effektutvärderingen genomfördes i projektform med en projektledare, arbetsgrupp, referensgrupper och lokala nätverk från alla geografiska områden som ingick i projektet. Projektets upplägg och genomförande leddes av en styrgrupp. Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans representanter i styrgruppen hade beslutsmandat i den egna operativa verksamheten, och kommunernas företrädare var väl förankrad inom SKL. Styrgruppens sammansättning aktualiserades då styrgruppen fick en central roll vid intensifieringen av rekryteringen av deltagare. Detta skedde bland annat genom att man inom respektive myndighet gick ut med uppmaningar om att prioritera inflödet till projektet.

Projektledningen genomförde en kartläggning som visade att projektmedarbetarna ansåg att hög arbetsbelastning och problem att prioritera rehabiliteringsarbetet var de främsta orsakerna till det låga inflödet. Majoriteten i de lokala nätverken ansåg även att det saknades resurser för de lokala kontaktpersonerna. Styrgruppen fattade därför beslut om utökade resurser till de lokala nätverken. Projektet utökades även med ytterligare

⁴ I medarbetarenkäten har 27 av 78 svarande angett ett generöst intag i sitt svar på fråga 22: ”Kan du med egna ord beskriva hur processen att identifiera potentiella deltagare till studien gått till? Hur tänker du kring denna?”.

⁵ I medarbetarenkäten har alla 33 svarande angett ett generösare intag i sina svar på fråga 21: ”Har processen för att identifiera potentiella deltagare förändrats under projektets intagningsperiod?”.

⁶ Åsikterna om ifall det var bra eller dåligt skiljer sig mellan medarbetarna; en del uttrycker att man ”tog in deltagare som egentligen var för sköra” medan andra uttrycker att de ”tänker att det är bra att fler får chansen att få prova” och att ”många klarade det dock bra vilket gett mig insikt om, att vi bör erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering oftare än vi gör.”.

⁷ Medarbetarenkäten fråga 22, fritextsvar.

fem kommuner som startade rekrytering av deltagare efter sommaren 2015. Ansvariga chefer på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gick även ut med riktlinjer om låga trösklar till det förstärkta samarbetet under projekttiden.

2.3 Systematiskt utvecklingsarbete

Under projekttiden har det funnits ett tydligt fokus på att identifiera och undanröja hinder för projektarbetet. I samband med arbetsgruppens regelbundna avstämningar med de lokala nätverken fick projektmedarbetarna bilda fokusgrupper där olika frågeställningar togs upp och dokumenterades. Arbetsgruppens målsättning för diskussionerna har varit att skapa en dialog med projektets medarbetare baserat på förtroende. Det handlade särskilt om att tydligt uppmuntra medarbetarna att lyfta hindrande faktorer i verksamheten. Även avstämningar med specifika grupper av professionella fyllde denna funktion, det gällde både lokala kontaktpersoner, case managers samt SIUS-konsulenter. Information som fångats upp eller hanterats av projektet centralt återkopplades återkommande till lokal nivå.

Vissa hinder har kunnat lösas på lokal nivå. Dels genom tips om lösningar som andra medverkande orter använt och dels genom information om möjligheter inom ramarna för regelverket som öppnat upp för en förändrad tillämpning. Några sådana exempel har varit lokala restriktioner för deltagandet i det Förstärkta samarbetet. På några orter krävdes minst tio timmars aktivitet per vecka för deltagande, och några orter var relativt snabba med att avsluta individer under perioder av inaktivitet. Sådana rutiner var negativa för inflöde respektive compliance⁸ i försöket. De kunde ändras genom informationsöverföring mellan olika områden.

Styrgruppen fick löpande information från projektet avseende framgångsfaktorer, positiva erfarenheter och strukturella svårigheter. Exempel på när löpande information till styrgruppen tillsammans med styrgruppens sammansättning var relevant beskrevs i förra avsnittet om styrning. Ett annat exempel är att det tidigt kom signaler från projektmedarbetare att medverkande kommuner hanterade frågan om att få behålla sin plats i daglig verksamhet olika. Vissa kommuner gav en möjlighet att ha kvar beslutet under tiden för deltagandet i arbetslivsinriktad rehabilitering medan andra kommuner gjorde bedömningen att rätten till daglig verksamhet upphörde vid medverkan i arbetslivsinriktade insatser. SKL tog i samarbete med projektets arbetsgrupp fram en skrivelse där det klargjordes att risken för att förlora platsen i daglig verksamhet kunde hindra personernas möjligheter att pröva förutsättningar för arbete. Skrivelsen skickades ut till de kommuner som deltog i projektet och budskapet var att ett bibehållet beslut om daglig verksamhet under deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering kunde leda till en mjukare övergång till arbetslivet utan att störa tryggheten och möjligheter att delta i utvärderingen.

⁸ Effektivvärderingsterm som innebär att en individ accepterar den erbjudna insatsen. Ju lägre compliance, desto större antal deltagare behövs.

Arbetsgruppen har sammanfattningsvis arbetat brett med utvecklingsområden och strukturella hinder som framkommit i kontakter med de lokala nätverken. Översiktligt har följande typer av aktiviteter genomförts:

Den högsta ledningen har gått ut med tydliga prioriteringar och instruktioner inom respektive organisation, muntligt och skriftligt.

Riktade informationsutskick har gjorts när kunskapsbrister kring de olika aktörernas regelverk och ansvarsområden har identifierats.

Arbetsgruppen har varit tillgänglig för frågor om praktiska lösningar på situationer i handläggningen och om myndighetssamarbetet som egentligen inte hör till projektet utan är kopplade till ”ordinarie verksamhet”.

Projektmedarbetare har erbjudits kompetensutveckling inom områden de efterfrågat, exempelvis kunskap om olika typer av funktionsnedsättningar och bemötandefrågor.

3 Medarbetarnas syn på arbetet i projektet

I detta avsnitt lyfter vi projektmedarbetarnas syn på arbetet med deltagarna och samarbetet mellan de olika yrkesrollerna. Projektet har inneburit ett ovanligt starkt fokus på att utforska och utveckla arbetsmetoder gentemot gruppen unga med aktivitetsersättning. Utifrån önskan om att ta till vara på den kunskap som genererats om hur man kan och bör arbeta med målgruppen försöker vi fånga våra medarbetares syn på detta. Projektmedarbetarna är de som har arbetat tillsammans med deltagarna i de olika insatserna. De har under detta arbete samlat på sig kunskaper och information som inte går att få fram genom någon annan datakälla. De kompletterande resultaten ger förutsättningar för att få unik kunskap om myndigheternas och kommunernas arbete med målgruppen i arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi frågar 1) hur myndighetssamverkan varit och utvecklats, 2) om målgruppens sammansättning och vilka utmaningar och möjligheter de menar att det har inneburit, 3) om de upplever att arbetet i projektet gett några specifika konsekvenser, samt 4) deras syn på insatsernas utformning.

Projektmedarbetarnas upplevelser av arbetet i projektet har vi mätt genom att via intervjuer, en enkät, samt ett flertal fokusgrupper fånga projektmedarbetarnas syn på olika centrala faktorer bakom arbetet. Specifikt har de i enkät- och intervjuform ombetts ange sin syn på hur de har upplevt samverkan med andra aktörer, arbetet med målgruppen, samt sin syn på insatserna.

Sammanfattningsvis framgår att den myndighetsövergripande samverkan generellt sett upplevs som god. Det har funnits vissa svårigheter i samverkan mellan medarbetare på myndigheterna som ansvarar för det Förstärkta samarbetet, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, och den nya aktören CM, hos kommunen. Samtidigt lyfter medarbetarna att samarbetet med kommunerna har förbättrats genom just den tätare

kontakten. Överlag finns det en upplevelse om en ökad samsyn och ett smidigare samarbete under projekttiden. Generellt finns det en positiv syn på att ha arbetat i projektet, och den lokala myndighetsövergripande dialogen som det lett till. Medarbetarna beskriver vidare att de har arbetat med en bredare målgrupp under projektperioden. Att målgruppen breddats finns det stor enighet om. Många lyfter detta som något positivt, men det finns även medarbetare som menar att många deltagare stått för långt ifrån arbetsmarknaden för att arbetsrehabilitering skulle vara realistiskt eller positivt för dem. Projektarbetarna lyfter fram styrkor med båda de insatser som prövats särskilt under projekttiden och framhåller genomgående behovet av individanpassat stöd.

3.1 Samverkan

Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har varit en grundläggande förutsättning både för genomförandet av projektet och för de insatser som bedrivits inom projektet. Alla deltagare i projektet har det Förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i grunden. Det Förstärkta samarbetet bygger, som namnet indikerar, på ett närmare samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. De deltagare som hamnade i insatserna Supported Employment (SE) och CM var även beroende av att det fanns en samverkan mellan arbetsförmedlare och personlig handläggare inom det Förstärkta samarbetet och den SIUS-konsulent/case manager som deltagaren hade. Samverkan är således en grundläggande förutsättning för samtliga deltagare i projektet, oavsett insats. Hur väl myndigheternas samverkan fungerar får med andra ord konsekvenser för deltagarnas insatser, vilket i förlängningen påverkar deras arbetslivsinriktade rehabilitering.

Den samverkan som är mest relevant för deltagarna i projektet är den mellan de fyra olika yrkesrollerna i projektet – case managers, SIUS-konsulenter, personliga handläggare och arbetsförmedlare. I en enkät har projektmedarbetarna fått ta ställning till 16 olika frågor som avser att mäta i vilken grad var och en av de fyra yrkesgrupperna var nöjd med samverkan med de övriga yrkesgrupperna i projektet. Arbetsförmedlare svarade på hur väl samverkan med case managers fungerade och case managers svarade på hur väl samverkan fungerade med arbetsförmedlare, och så vidare. De 16 frågorna har vi sammanfogat till ett index för samarbetet mellan två yrkesroller. I detta index kan samarbetet mellan två yrkesroller anta ett värde mellan 0 och 100, där 0 innebär ett bottenbetyg till hur samverkan upplevts fungera och 100 innebär att samverkan upplevts fungera perfekt.

Diagram 1 Samverkan inom projektet



Anmärkning: Samverkan mellan två yrkesroller kan anta ett värde mellan 0 och 100, där 100 innebär väldigt bra fungerande samverkan. Figuren baseras på ett instrument med 16 frågor som mäter samverkan.

Källa: Projektdatabasen

Diagram 1 kan användas för att tolka samverkan mellan två yrkesroller såväl som samverkan mellan yrkesrollerna generellt. Ju bättre samverkan är mellan två yrkesroller, desto längre ut i "nätet" hamnar de. Exempelvis "SIUS enligt AF" är det samverkanspar som fått högst värde. Ju större ytan innanför nätet är, desto bättre upplevs samverkan generellt mellan aktörerna. Figuren visar att samverkan generellt har upplevts fungera väl mellan alla de olika yrkesrollerna i projektet; samverkan varierar mellan 70 och 90. Relativt sett angavs sämst samverkan mellan case managers och Arbetsförmedlingen och case managers och Försäkringskassan. Det är i linje med förväntan då case manager är en ny yrkesroll med en annan organisatorisk tillhörighet. Dock ska noteras att 70 innebär att medarbetarna i genomsnitt har svarat "bra" på de olika aspekter av samverkan som vi har studerat.

Diagram 1 visar även att samverkan mellan SIUS-konsulenter och Arbetsförmedlingen upplevdes som välfungerande från båda parter. En förklaring kan vara att SIUS-konsulenter och Arbetsförmedlingen båda befinner sig inom samma myndighet. Även Försäkringskassan angav att samverkan med SIUS-konsulenter fungerade väl. Försäkringskassans personliga handläggare och arbetsförmedlare beskrev i intervjuer att SIUS-konsulenternas arbete i utförandet av insatsen SE inom projektet ligger väl i linje med den verksamhet som finns inom förstärkt samarbete. Eftersom SIUS-konsulenter och arbetsförmedlare fanns inom samma myndighet var kontaktvägarna ofta korta, det ömsesidiga förtroendet stort och samverkan god.

Arbetsförmedlaren och jag har ju jobbat ihop i så många år så att vi är ju självgående tillsammans. Det säger bara ”swosch”⁹

Samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan upplevdes också som bra. Här fanns ett upparbetat samarbete sedan tidigare genom det Förstärkta samarbetet.

3.1.1 En kvalitativt annorlunda aktör

Även om samarbetet generellt var bra beskriver personliga handläggare och arbetsförmedlare i intervjuerna att det i vissa fall var svårt att samarbeta med case managers. Delvis beroende på att de hade andra utgångspunkter kring individens rehabilitering. I lagstiftningen kring aktivitetsersättning finns ett inbyggt tvång att delta i rehabiliteringsinsatser för att på sikt komma ut i arbete. Detta kan i vissa fall krocka med individens önskemål. Det kan handla om att individen exempelvis inte önskar arbete eller enbart vill ha ett arbete som Arbetsförmedlingen inte bedömer som realistiskt för individen. Case managers arbetar däremot på uppdrag av individen. Om individens önskemål inte överensstämmer med vad arbetsförmedlare och personliga handläggare anser så hamnar case managers på motsatt sida i diskussionen kring individens rehabilitering. Detta skulle rimligen kunna påverka synen på hur väl samverkan fungerar. Det ska dock poängteras att även det relativt sett sämsta samarbetet ligger på en hög nivå, strax över 70 (vilket innebär att man i genomsnitt har svarat att ”bra” på de olika aspekter som studerats).

Vidare har det framkommit i intervjuer med case managers och arbetsförmedlare att det i vissa kommuner funnits problem med hur ansvaret skulle fördelas mellan dessa två yrkesroller. Vanligtvis har arbetsförmedlaren ansvaret för jobsökning och arbetsgivarkontakter, men om individen föredrog att case managern gör dessa saker kunde arbetsförmedlaren uppleva sig hamna på mellanhand och vice versa. I vissa fall har då Arbetsförmedlingen överlåtit den arbetslivsinriktade rehabiliteringen helt på case managern.

Case managers har emellanåt inte känt sig förstådda av Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan vilket påverkat deras arbete negativt.

Jag har jobbat ensam i princip hela perioden. 6 arbetsförmedlare sedan årsskiftet 2015/16. Ingen verkar förstå vad en case manager ska göra och otroligt liten förståelse för målgruppen. Undantaget är samarbetet med [del av Arbetsförmedlingen], där finns inget att anmärka på. Ska AF jobba med målgruppen behövs flera special-arbetsförmedlingar.¹⁰

Här framkommer också att problemet verkar förstärkas av målgruppens behov. Vi återkommer till det i avsnitt 3.3 *Arbetet med målgruppen* nedan.

Trots att samarbetet generellt bedömdes som bra är det kanske inte förvånande att just denna gränssnittsproblematik utgjorde den största

⁹ SIUS kommun 1

¹⁰ Enkät till projektmedarbetare, fritextsvar.

utmaningen. Case managers var en ny samverkanspartner för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Case managers koppling till kommunerna bedömdes samtidigt av arbetsförmedlare och personliga handläggare ha påverkat samarbetet positivt med kommunerna lokalt.

3.1.2 Mer samverkan – bättre samarbete

I intervjuerna beskrev personliga handläggare och arbetsförmedlare möjligheter att förstärka samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kring målgruppen. Tre fjärdedelar av projektmedarbetarna tyckte att mötena i de lokala nätverken i hög eller till viss grad hade lett till bättre samarbete.¹¹ En tätare dialog mellan myndigheterna upplevdes skapa bättre förutsättningar för deltagarnas arbetslivsinriktade rehabilitering. Vidare hade de lokala nätverken gett möjligheter för parterna att mer frekvent diskutera målgruppen och arbetslivsinriktad rehabilitering tillsammans. I de kommuner som deltog i projektet upplevdes det som en fördel att personliga handläggare, arbetsförmedlare och kommunerna närmar sig varandra kring bedömningar om vem som kan vara aktuell för arbetslivsinriktad rehabilitering. Här framkommer samarbete som en viktig faktor bakom möjligheten att arbeta med en bredare målgrupp än som tidigare varit vanligt.

Eftersom vi haft en mer tillåtande syn på deltagarna har vi kunnat sträcka oss längre i vårt samarbete än vad vi normalt gör. Det känns viktigt för målgruppen.¹²

De medarbetare som tyckte att samarbetet fungerat väl lyfter fram ett gemensamt förhållningssätt mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som en fördel i arbetet. Detta skapar en förståelse för myndigheternas respektive uppdrag och förutsättningar. I de områden där samarbetet har fungerat väl har det vuxit fram en tillit mellan myndigheterna som lett till snabbare kontaktvägar och ett smidigare samarbete.

Jag hoppas vi får möjlighet att fortsätta arbeta på nuvarande sätt. Att få förutsättningar att ha möten med alla myndigheter. Få tid till reflektion, vad har varit bra, vad kan vi förbättra och hur utformar vi metoder för fortsatt samarbete. Arbetsförmedlingen har varit en klippa i detta arbete. Tagit emot trots att förutsättningar för att uppnå arbetsförmåga inte har varit så klara, men vi har prövat ändå.¹³

Sammantaget framgår att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingens medarbetare tyckte att samarbetet mellan myndigheterna hade fungerat bra under projektiden. Personalen på båda myndigheterna tycker dessutom att samarbetet hade blivit bättre under projektiden.¹⁴

¹¹ Enkät till projektmedarbetare, fråga 10.

¹² Enkät till projektmedarbetare, fråga 41–42

¹³ Deltagarenkät fråga 46, fritextsvar.

¹⁴ Fråga 41 samt 42 i medarbetarenkäten.

3.2 Projektet

Projektmedarbetarnas uppfattning om projektets genomförande och arbetet i de olika insatserna var i hög grad beroende på yrkesroll samt vilken kommun de arbetade i. Därför är det svårt att uttala sig generellt om hur nöjda projektmedarbetarna var. I intervjuerna framkommer dock att en övervägande majoritet är positivt inställda till projektets syfte att testa vilka rehabiliteringsinsatser som passar gruppen bäst. De är även överens om att det krävs mer aktiva rehabiliteringsinsatser för att målgruppen ska komma ut i arbetslivet.

Inom det Förstärkta samarbetet beskriver personliga handläggare och arbetsförmedlare att de är nöjda med de förändringar som projektet har lett till. Dessa förändringar har främst handlat om att ha en närmare samverkan men också ett ökat fokus mot arbete.

I vanliga fall finns det en större utredande-bit, som vi inte har i projektet. Klargörande av arbetsförmåga, att utreda arbetsförmåga. Här är det mer att gå på och prova på en gång. Snabbare helt enkelt.¹⁵

Projektets genomförande och struktur med lokala kontaktpersoner samt en arbetsgrupp som värnat om projektets genomförande har skapat legitimitet och en lokal förankring hos chefer och medarbetare. Legitimiteten har gjort det möjligt för personliga handläggare att delvis arbeta på ett annat sätt än de brukar inom det Förstärkta samarbetet. Det innebär att de har arbetat mer utåtriktat med målgruppen och lagt mer tid på arbetslivsinriktad rehabilitering och mindre tid på att handlägga ansökningsärenden.

Under hösten frigjordes tid för vi slapp andra arbetsuppgifter och jag har aldrig trivts så bra på jobbet, det blir så splittrat annars i jobbet att både jobba med ansökningar och rehab, det blir ett helt annat driv när man bara får jobba med en sak.¹⁶

3.3 Arbetet med målgruppen

Projektet har inneburit att medarbetarna arbetat aktivt med en del individer med lägre aktivitetsförmåga än de vanligtvis brukat arbeta med. Detta har skett både genom att handläggarna verkat för ett något bredare intag av unga med aktivitetsersättning till det Förstärkta samarbetet, att arbetsförmedlare arbetat med dessa individer, och specifikt för SIUS genom ett snabbare flöde in i arbetslivsinriktade insatser. De personliga handläggarna var generellt positivt inställda till att arbeta mer aktivt med målgruppen. För många arbetsförmedlare var det relativt nytt att arbeta med gruppen unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, men även de var generellt positiva till att arbeta aktivt med målgruppen.

¹⁵ FS kommun 3.

¹⁶ FS kommun 5.

Jag är glad att projektet kom till och att flera av deltagarna som nu är ute i jobb kanske aldrig kommit dit utan projektet.¹⁷

Andra arbetsförmedlare ansåg däremot att gruppen inte borde höra till Arbetsförmedlingen eftersom de stod för långt från arbetsmarknaden och därför inte kan få det stöd de behöver där.

Det är ju en helt annan målgrupp än i det vanliga Förstärkta samarbetet. Och de personerna behöver oftast mer stöd. Just kanske med att utveckla sig själv. De står ju väldigt långt ifrån arbetsmarknaden. Då går det inte att sätta en sådan person var som helst. Det kanske måste vara många insatser innan vi börjar arbeta.¹⁸

Trots det bredare urvalet av unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga till det Förstärkta samarbetet i projektet beskriver projektarbetarna att det inte nämnvärt har påverkat deras arbete. Både intervjuer och enkäter indikerar att de har arbetat på samma sätt som tidigare. Inom det Förstärkta samarbetet finns ett tydligt fokus på att personerna ska ut i arbete, vilket kommer fram i såväl intervjuer som i analysen av insatsernas innehåll (se avsnitt 3.5 i huvudrapporten). De som arbetat inom det Förstärkta samarbetet beskriver insatserna som ganska liknande SE-insatsen, dock med mindre resurser.

Det är väldigt liknande SIUS, fast SIUS har mer tid att vara ute. Det är det som är den stora skillnaden.¹⁹

SIUS-konsulenterna beskriver unga med aktivitetsersättning som en bredare och mer komplex målgrupp som anses stå längre från arbetsmarknaden. Vanligtvis brukar SIUS-konsulenterna komma in senare i processen när personer står närmare arbetsmarknaden och de saknar därför erfarenhet att arbeta med målgruppen. SIUS-konsulenterna är trots detta generellt nöjda med att arbeta med gruppen inom SE-insatsen i projektet. Gruppen är enligt medarbetarna mer heterogen än den man vanligtvis arbetar med och flera SIUS-konsulenter beskriver att de får vara mer lyhörda och modifiera sin arbetsmetodik utifrån de enskilda deltagarnas behov. Detta anges inte som ett problem eftersom de har stor frihet att planera och lägga upp sitt arbete. För SIUS-konsulenterna kan det bland annat handla om att hitta nya typer av arbetsgivare som passar målgruppen bättre. Flera SIUS-konsulenter anger att målgruppen, med rätt stöd i övrigt, har större behov av en SIUS-konsulent än de personer man arbetar med i vanliga fall.

Den här gruppen [unga med aktivitetsersättning, reds anm.] har större behov av en SIUS. För denna grupp skulle SIUS göra mest nytta.²⁰

De flesta case managers har på ett eller annat sätt arbetat med målgruppen tidigare. Case managers är utslutande positiva till att arbeta med denna målgrupp och är också positiva till ett mer arbetslivsinriktat stöd till

¹⁷ Enkät till projektmedarbetare, fritextsvar fråga 46.

¹⁸ FS kommun 4.

¹⁹ FS kommun 3.

²⁰ SIUS kommun 1.

gruppen. Case managers formulerar sig istället i termer av att insatserna anpassas utifrån deltagarens behov. Ibland handlar det om att ha kontakt med arbetsgivare och leta arbetsträningsplatser men ibland handlar det mer om att ha en samordnande roll i deltagarens myndighetskontakter.

Det är väldigt mycket sammanfatta. ”Vad sades på mötet vi precis var på?”
I princip alltid i möten med olika myndigheter och vård så förmedlas stora mängder information och man lägger inte alltid upp det på ett sätt så att personen med sina begränsningar kan ta in vad som sägs. Man får ingen skriftlig sammanfattning, man får ingen paus. Trots att man vet att en person har ADHD kan man hålla på i en och en halv timma. Så att sammanfatta för deltagarna, det är mycket sådant.²¹

3.4 Medarbetarnas syn på insatserna

Det är inte möjligt att urskilja inom vilken insats projektmedarbetarna är mest nöjda, det varierar beroende på kommun och yrkesroll. Det finns ingen gemensam uppfattning bland projektmedarbetarna om att någon av insatserna skulle vara bättre eller sämre än den andra, utan olika insatser bedöms vara olika bra beroende på deltagarnas behov. Däremot finns det en utbredd uppfattning bland projektmedarbetarna om att en kombination av SE och CM skulle vara en bra insats för unga med aktivitetsersättning. Målgruppen beskrivs som i behov det sociala stöd man kan få av CM för att sedan få SE-stödet för att hitta arbete.

Jag tror att bästa hjälpen vår målgrupp kan få är om de fick både en case manager samt en SIUS. En person som ansvarade för att arbete kring personen med den sociala biten och en som fokuserar på arbete. Jag tycker inte att en och samma person ska göra båda delarna för då tror jag att det lätt blir för mycket fokus på antingen det ena eller det andra.²²

Flera projektmedarbetare påtalar att de inte ser CM och SE som insatser som kan jämföras med varandra utan som insatser som kan komplettera varandra. Projektmedarbetare från alla olika yrkesroller beskriver ett drömscenario där deltagare som har en komplex problematik först får stöd av en CM för att få ordning på i livet, för att sedan få en SIUS-konsulent för att komma ut i arbete. Insatserna beskrivs svara mot olika behov och projektmedarbetare menar att man därför behöver tänka olika kring effektivitet i insatserna.

Vilken insats som får flest i arbete är en sak och vilken insats som får folk att må bättre är en annan, det är inte alltid som ett bra mående går hand i hand med arbete, när arbete inte fungerar kanske personen behöver någon annan insats, till exempel vård eller socialt, när de får hjälp med det kanske de kan komma tillbaka. Men det är ju olika, för en del funkar det bäst att starta med arbete och sedan faller de andra bitarna på plats”²³

²¹ Case manager kommun 2.

²² Enkät till projektmedarbetare, fritextsvar fråga 46.

²³ Personlig handläggare kommun 7.

Det framhölls att case managers har varit bra på att samordna och strukturera livet för projektdeltagare med mer omfattande problematik. Det handlade om individer med en besvärligare social situation präglad av många myndighetskontakter och komplexa problem. CM var generellt en populär insats bland arbetsförmedlare och personliga handläggare då den ansågs passa bra för gruppen unga med aktivitetsersättning.²⁴

I och med att en case manager var kopplad till mina deltagare har det blivit ett tätare samarbete. Case managern var mycket stöd för både deltagare och för mitt arbete.²⁵

²⁴ Enkät till projektmedarbetare fråga 24.

²⁵ Arbetsförmedlare kommun 1 (enkät till projektmedarbetare).

Bilaga 4 – Teknisk rapport

Innehåll

1	Inledning.....	3
1.1	Datainsamling webenkäter	4
2	Information om deltagarna i samband med projektstart..	4
2.1	Omfattning	4
2.2	Datainsamling	6
3	Tidsredovisningar.....	6
3.1	Omfattning	7
3.1.1	<i>Population och urval.....</i>	<i>7</i>
3.1.2	<i>Frågor/Variabler</i>	<i>8</i>
3.2	Datainsamling	11
3.3	Rättningsinstruktion	12
4	Deltagarenkät.....	13
5	Enkät till projektmedarbetare	18
6	Intervjuer med deltagare och projektmedarbetare.....	18
6.1	Urvalsprocedur.....	19
6.2	Randomisering.....	20
6.3	Genomförande intervjuer	21
6.4	Bortfallsanalys intervjuer.....	22

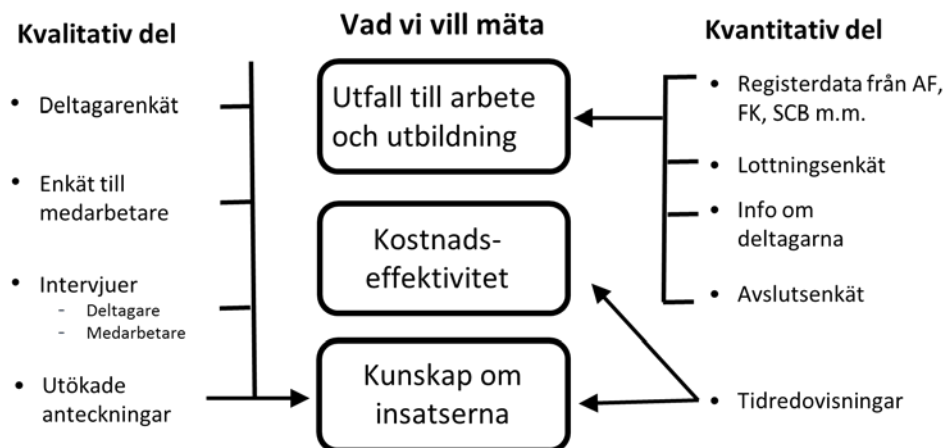
1 Inledning

För genomförande av effektutvärderingen har data insamlats utifrån ett flertal olika syften. Mest centrala har varit:

- För att säkerställa att projektet uppfyller kraven på ett randomiserat kontrollerat försök.
- För att fånga bakgrundsinformation om deltagarna.
- För att ge underlag till en kostnadseffektivitetsberäkning.
- För att ge möjlighet att tolka resultaten utifrån skillnader i insatsernas utförande.
- För att få information om deltagarnas upplevelser av och under tiden med insatserna.
- För att kunna dra lärdom från arbetet i projektet.
- För att under tiden i projektet kunna reagera på ny information och snabbt lösa problem.

Den omfattande data som genererats och inhämtats för att möta ovan angivna behov beskrivs i detta avsnitt. I Figur 1 nedan ges en översiktsskild av datakällorna.

Figur 1 Modell över och syfte med projektets datainsamling



1.1 Datainsamling webenkäter

I normalfallet så har datainsamlingen som gjorts av projektmedarbetarna inkluderat flera projektmedarbetares arbete gentemot samma individ. Arbetsprocessen har dokumenteras utifrån både Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans och i förekommande fall även kommunernas perspektiv. Så länge en individ har haft kontakt med någon av projektmedarbetarna så har datainsamlingen i form av utökade anteckningar och tidsredovisningar fortsatt, exempelvis om en person i insatsen förstärkt samarbete har skrivits ut från Arbetsförmedlingen så har Försäkringskassan fortsatt sin datainsamling. Instruktionen för samtliga projektmedarbetare har varit att fortsätta med datainsamlingen så länge individen har någon som helst kontakt med den egna organisationen. Instruktioner för datainsamlingen har därför tagits fram specifikt för alla olika yrkesroller som jobbat med deltagare i projektet. Alla dokumentationskrav presenterades även utförligt för projektmedarbetare under lokala nätverksträffar. Projektmedarbetare kunde även kontakta den centrala projektadministrationen med specifika frågor om ifyllandet, över mail samt telefon.

2 Information om deltagarna i samband med projektstart

Efter att en deltagare tackat ja till medverkan i projektet hade den lokala kontaktpersonen på Försäkringskassan i uppgift att samla in data avseende bakgrundsvariabler som den personliga handläggaren hade antecknat specifikt för projektet. Syftet var att ge projektets arbetsgrupp information om att en individ hade inkluderats samt att ge forskarna information om hur inklusionsprocessen gick till. Information om inklusionsprocessen är viktig för att forskarna ska kunna beskriva studiens vetenskaplighet och påvisa att studien uppfyller kriterierna för att vara en så kallad *randomized controlled trial* (effektutvärdering). Detta beroende på i hur hög utsträckning deltagarna varit ovetande om de alternativa insatserna och om de öppnade kuverten för personer som tackat nej samlats in och makulerats.

Viktig information som kan ha betydelse för deltagarnas möjligheter att komma ut i arbete och studier finns inte i myndigheternas registerdata. Sådan information kan användas för att ta reda på om olika insatser passar olika typer av individer. Detta handlar exempelvis om tidigare arbetslivserfarenhet, tidigare medverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering och uppgifter om övrigt inkopplat stöd och professionella kontakter.

2.1 Omfattning

Populationen utgår från de som tillfrågats om deltagande men skiljer sig mellan frågor utifrån syftet med den insamlade informationen. Detaljerad redovisning ges nedan. Undersökningen var en totalundersökning vilket innebär att samtliga individer som ingick i respektive frågas population ingick i urvalet.

Tabell 1 Omfattning

Variabel/enkätfråga	Syfte	Population
Datum för deltagande	Analys och datainsamling	Deltagare
Kuvertet Har du fått tillbaka kuvertet? Ja, förslutet/Ja, öppnat/Nej	Krav för RCT: deltagande är oberoende av randomiseringsutfall	Tillfrågade
Individens bakgrund	Två olika:	Beroende på syftet:
Aktivitet Vilka insatser har individen deltagit i under de senaste 12 månaderna? Kryssa i alla som stämmer. Ange omfattning (timmar/vecka). Arbete; Arbetsplatsförlagda insatser; Utbildning; Arbetsförberedande insatser; Daglig verksamhet, arbetsplatsförlagd; Daglig verksamhet, övrig; Aktiviteter; Övrigt	Generaliserbarhet Heterogenitetsanalys	Tillfrågade Deltagare
Arbetslivserfarenhet Vilka insatser har individen deltagit i under de senaste 12 månaderna? Kryssa i alla som stämmer. Ange omfattning (timmar/vecka). Arbete		
Arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet Vilka insatser har individen deltagit i under de senaste 12 månaderna? Kryssa i alla som stämmer. Ange omfattning (timmar/vecka). Daglig verksamhet, arbetsplatsförlagd		
Komplexitet Den försäkrades nätverk under de senaste 12 månaderna inkluderar: Primärvård; Specialistvård (exkl. psykiatri); Psykiatri; Rehabilitering; Beroendeklinik/missbruksvård; Annat inom hälso- och sjukvård, ange vad; Arbetsförmedlare; specialist hos Arbetsförmedlingen; SIUS-konsulent; Kompletterande aktörer hos Arbetsförmedlingen; Annat hos Arbetsförmedlingen, ange vad; Projektverksamhet hos samordningsförbund; Annat hos samordningsförbund, ange vad; Daglig verksamhet (LSS); Daglig sysselsättning (SoL); Särskilt boende; Boendestöd; Kontaktperson; Personligt ombud; Personlig assistans; Försörjningsstöd; Budget- och skuldrådgivning; Individ- och familjeomsorg; God man; Annat hos kommunen, ange vad; Övervakare hos Kriminalvården; Andra kontakter, fyll i antal olika med siffror.		
Antal problemområden Den försäkrades nätverk under de senaste 12 månaderna inkluderar: Primärvård; Specialistvård (exkl. psykiatri); Psykiatri; Rehabilitering; Beroendeklinik/missbruksvård; Annat inom hälso- och sjukvård, ange vad; Daglig verksamhet (LSS); Daglig sysselsättning (SoL); Särskilt boende; Boendestöd; Kontaktperson; Personligt ombud; Personlig assistans; Försörjningsstöd; Budget- och skuldrådgivning; Individ- och familjeomsorg; God man; Annat hos kommunen, ange vad; Övervakare hos Kriminalvården; Andra kontakter, fyll i antal olika med siffror.		

Studiekvalitet
Enkelblindat försök

Ja på någon av följande frågor:

- Har individen frågat om studien?
- Fick eller hade individen även information om någon av de tre insatserna?
- Har individen i tillägg till övergripande information om studien fått information om någon av de tre insatserna före beslut om deltagande?
- Vilken information har getts till individen efter beslut om deltagande? [Information om individens insats SAMT information om någon av de två övriga insatserna]

Samtycke

- Har individen samtyckt till deltagande?
- Ett flertal informationskanaler för information om återtagande av samtycke redovisades och accepterades

Compliance

- Har individen accepterat insatsen SIUS/CM initialt?
- Har individen accepterat att få insatser inom det förstärkta samarbetet?

Krav för RCT:

Deltagare

Undvika placeboeffekt

Analyser var betingade av frivillig, informerat samtycke

Bedömning av analyskrav

2.2 Datainsamling

Handläggarna har i samband med inklusion av en ny deltagare dokumenterat uppgifter om inklusionsprocessen samt om deltagarnas situation under året innan individerna aktualiserades för projektet. Dokumentationen är utförd utifrån instruktioner till handläggare. De lokala kontaktpersonerna har sedan rapporterat in dessa uppgifter till projektdatabasen via en webbaserad enkät.

3 Tidsredovisningar

En kartläggning av projektmedarbetarnas arbete behövdes dels som underlag till de kostnadseffektivitetsberäkningar som efterfrågades i regeringsuppdraget, dels som ett sätt att beskriva det praktiska arbetet i insatserna.

I syfte att fånga projektmedarbetarnas arbete utformades tidsredovisningsenkäter där samtliga medarbetare som aktivt arbetar med deltagare i projektet redovisade hur mycket tid de lagt ned på respektive deltagare. I de särskilt utformade tidsredovisningsenkäterna fanns frågor om vilken typ av arbete som utförts för deltagaren samt om karaktären på de aktiviteter som deltagaren utförde på egen hand. Utifrån denna information har kartlagts hur mycket och vilken typ av stöd deltagarna fått i de tre olika insatserna för att med hjälp av kvantitativa metoder påvisa om insatsernas utförande stämmer överens med deras respektive teoretiska utformning.

3.1 Omfattning

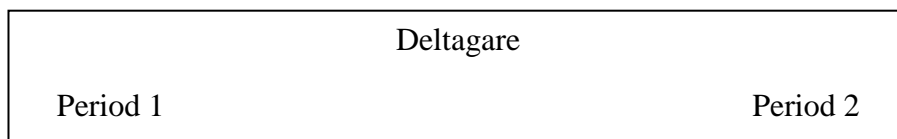
3.1.1 Population och urval

Populationen, det vill säga de objekt som ska kunna dras slutsatser om, utgick från deltagarna, och utgjordes av respektive deltagares samtliga stödpersoner under mätveckan. Med stödpersoner avses här personlig handläggare, arbetsförmedlare, samt case manager respektive SIUS-konsulent för de deltagare som erbjudits CM- eller SE-insats. Att populationen utgick från deltagarna innebär att en stödperson inkluderades i populationen uteslutande utifrån sin koppling till en deltagare och inte som ett studieobjekt i sig. Stödpersonerna kunde därför inkluderas vid flertal tillfällen om de arbetade med fler projektdeltagare, eller vid delar av ett tillfälle ifall fler än en stödperson arbetat med en deltagare under en period.

Undersökningen var en totalundersökning vilket innebär att alla deltagares samtliga stödpersoner ingick i urvalet.

Tidsredovisning skedde under två fyraveckorsperioder, den första perioden inföll under deltagarens första halvår i insatsen (vecka 10–21 sedan randomiseringsdatumet) och den andra under deltagarens andra halvår (vecka 22–45).¹

Figur 2 Schematisk bil över populationen



Stödpersonernas svar kombineras till att definiera en observation enligt följande. Ett svar på fråga FX indexeras till en individ i ($i=1, \dots, N$) vars svar avser period o ($o=1,2$), och redovisas av yrkesroll r ($r=p,a,s,c$; där bokstäverna representerar p : personlig handläggare, a : arbetsförmedlare, s : SIUS-konsulent, c : case manager. Vilka yrkesroller som är aktuella för respektive individ beror på insatsen. Varje tidsredovisning representerar även en mätvecka t ($t=1,2,3,4$) under omgången.²

För att generera en observation måste det till en individ och period finnas minst en tidsredovisning från varje aktuell yrkesroll. För en formell beskrivning, se nästa avsnitt.

¹ Eftersom inflödet skedde under en längre period och datainsamlingen var tidsmässigt orienterad utifrån randomiseringsdatumet pågick den löpande under projektiden: Period 1 inföll i kalendertid mellan vecka 9 2015 och vecka 21 2016 och period 2 mellan 22 2015 och vecka 44 2016.

² Notationen redovisar inte när i tid sedan deltagande en tidsredovisning har skett. För vissa specifika ändamål är det relevant att dela upp informationen utifrån när under projektet något har skett. Då behövs särskild notation. Generellt analyserar vi inte informationen på det sättet, och det påverkar inte definitionen av en observation.

3.1.2 Frågor/Variabler

Frågorna utformades av projektet för att ge underlag till en kostnadseffektivitetsberäkning samt för att ge möjlighet att tolka resultaten i utfall till arbete utifrån skillnader i insatsernas utförande.

För att öka datakvaliteten samlades tidsredovisningarna in för en vecka i streck, det vill säga fyra tidsredovisningar samlades in per period, stödperson och deltagare. För att underlätta ifyllandet samt minska risken för mätfel fanns en utförlig ifyllnadsinstruktion integrerad i själva enkäten.

Tabell 2 **Frågor**

Fråga	Ifyllnadsinstruktion
1. Tid: Ange din sammanlagda arbetstid (MINUTER ³) med eller för individen	<p>Fyll i den totala arbetstid som du under veckan arbetat med eller för deltagaren. Den tid som ska redovisas är den arbetstid som du lagt ner i deltagarens UTM-ärendet. Du kan avrunda tiden till det närmaste 10-talet minuter. Arbetstid med eller för deltagaren i ansökningsärendet eller andra ärendetyper som rör prövning av rätten till aktivitetsersättning ska inte ingå i tidsredovisningen.</p> <p>Tidsangivelsen gäller både för arbete som du utfört på egen hand och arbete som du utfört tillsammans med deltagaren, d v s här ska allt arbete som du utfört under veckan som är relaterat till deltagaren redovisas. Det kan vara fysiska möten men även kontakt via telefon, sms, mejl, Lync, bildtelefoni eller liknande. Exempel på arbete som utförts med deltagaren är ett personligt möte för att följa upp planeringen som gjorts, exempel på arbete som du utfört på egen hand är att kontakta biståndshandläggare för att boka ett möte för att diskutera stödinsatser eller göra en avstämning med arbetsförmedlare för att se hur en pågående arbetsträning fungerar.</p> <p>Syfte med fråga: Information om total arbetstid per vecka behövs för att beskriva insatsen och för att kunna beräkna de tre insatsernas kostnadseffektivitet.</p> <p>Om du inte arbetat någon tid med eller för individen under den aktuella veckan anger du svarsalternativet "0 minuter" i enkäten. Därefter behöver du inte svara på övriga frågor i enkäten utan kan skrolla ner och trycka på knappen "Klar".</p>
2. Kontakter: Ange antal kontakter som du haft med individen	<p>Fyll i hur många gånger du haft kontakt med deltagaren under veckan. Detta kan som angetts ovan vara fysiska möten men även kontakt via telefon, sms, mejl, Lync, bildtelefoni eller liknande. En smskonversation eller en mailkonversation som pågått under den vecka som redovisas räknas som en kontakt även om den innefattar flera meddelanden. Fortsätter konversationen över flera veckor räknas den som en ny kontakt för varje vecka.</p>
3. Fördela din nedlagda arbetstid enligt ovan på olika typer av aktiviteter (MINUTER)	<p>Här ber vi dig fördela din totala arbetstid (som du angav i fråga 4) på olika typer av aktiviteter. Exempel: om du arbetat totalt 240 minuter med deltagaren och hälften av dessa var i arbetsplatsrelaterade aktiviteter och resterande var i förberedande aktiviteter anger du 120 minuter för respektive aktivitet.</p> <p>Definitionen av de olika aktivitetstyperna redovisas nedan. Notera att all arbetstid som är kopplad till en aktivitet, även administrativ tid och tid för resor, ska redovisas under samma aktivitetstyp. Om du till exempel följt med deltagaren till sin läkare för ett avstämningsmöte kring den medicinska behandlingen så ska både tiden för mötet och resan dit redovisas under "samordnande aktiviteter – medicinsk behandling".</p>

³ Under projektets gång har tidsenheten ändrats från timmar till minuter då yrkesgrupperna efterfrågade ett mer exakt mått. Denna förändring genomfördes 2015-12-07 och inmatningar innan detta har kodats om till minuter.

Det är viktigt att alla aktiviteter kommer med i tidsredovisningen. Aktiviteter som inte direkt kan kopplas till någon av ovanstående aktivitetstyper ska därför redovisas under aktivitetstypen "förberedande". Det kan exempelvis handla om en kontakt som tas av den arbetssökande angående ersättning.

OBS: Det kan också vara så att en aktivitet passar in i flera aktivitetstyper. Detta gäller särskilt för aktivitetstyperna "arbetsplatsrelaterade" och "samordnande, arbetsplatsrelaterade". Ett exempel på detta är ett möte med deltagare och personlig handläggare för att planera praktik. I sådana "tveksamma" fall spelar det ingen roll i vilken av aktivitetstyperna du redovisar tiden.

Syfte med fråga: Beskriva innehållet i insatsen.

3a. Arbetsplatsrelaterade aktiviteter

Aktiviteter som är förlagda till en arbetsplats eller som är direkt kopplade till en arbetsplats/arbetsgivare. Exempel är ackvirering, jobbsökning, kontakt med tänkbara arbetsgivare, arbetsanalys, introduktion på arbetsplats, uppföljning av arbetsträning och praktik. (Många av dessa aktiviteter görs vanligtvis av Arbetsförmedlingen).

3b. Förberedande aktiviteter

Aktiviteter som syftar till att göra deltagaren redo för arbetsplatsrelaterade aktiviteter (men som inte kan ses som samordnande enligt nedan). Exempel är kartläggande och utredande insatser och samtal med syfte att höja deltagarens motivation. Försäkringskassans handläggning av aktiviteter inom ramarna för aktivitetsersättning, exempelvis att hantera ansökan om särskild ersättning ska kategoriseras som en förberedande aktivitet.

3c. Samordnande aktiviteter – medicinsk rehabilitering (aktiviteterna görs tillsammans med individen och/eller någon annan aktör)

Samordnande aktiviteter som syftar till att deltagaren ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga samt fysiska och psykiska välbefinnande. Att samordna aktiviteter som ska bidra till att ge deltagaren medicinsk vård, behandling, habilitering och medicinsk rehabilitering. Exempel kan vara att kalla aktuell representant från hälso- och sjukvården (primärvård, psykiatri, specialistvård, habilitering, beroendeklinik/missbruksvård) till avstämningsmöte, följa upp medicinsk behandling via fysiska möten eller telefon.

3d. Samordnande aktiviteter – social rehabilitering (aktiviteterna görs tillsammans med individen och/eller någon annan aktör)

Samordnande aktiviteter som syftar till att skapa ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhället. Det övergripande ansvaret, för dessa aktiviteter ligger hos Socialtjänsten. Exempel på aktiviteter kan vara att kalla aktuell representant från kommunen till avstämningsmöte, följa upp social rehabilitering/insatser via fysiska möten eller telefon. Samordning kan till exempel syfta till en gemensam planering för insatser och stöd genom att deltagaren ska få ta del av daglig verksamhet enligt LSS, daglig sysselsättning enligt SoL, stöd via boendestödjare eller kontaktperson, stöd via personligt ombud, personlig assistans (LSS), stöd via biståndshandläggare, stöd via budget- och skuldrådgivare, stöd inom individ- och familjeomsorg, stöd av god man.

3e. Samordnande aktiviteter – arbetslivsinriktad rehabilitering (aktiviteterna görs tillsammans med individen och/eller någon annan aktör)

Samordnande aktiviteter som syftar till att underlätta inträde och etablering på arbetsmarknaden. Exempel på aktiviteter kan vara möten med individen som syftar till att diskutera förutsättningar för arbetsrelaterade aktiviteter såsom praktik och arbetsträning. Det kan också handla om uppföljande samtal med individen, arbetsgivare, och Arbetsförmedlingen.

4. Ange antal MINUTER som deltagaren utan din medverkan utfört aktiviteter (som du varit med och planerat)

4a. På arbetsplats

4b. På annan plats

Fyll i antal minuter som deltagaren utan din medverkan utfört aktiviteter som du varit med att planera. Här redovisar du endast tid för aktiviteter som individen sannolikt deltagit i. Det är inte meningen att du ska behöva göra någon extra uppföljning för tidsredovisningens skull. Om du är osäker på om den planerade aktiviteten genomförts ska den inte vara med i tidsredovisningen. Dela upp tiden utifrån om aktiviteten var förlagd till en arbetsplats eller på annan plats.

Exempel på aktiviteter på arbetsplats kan vara praktik och arbetsträning. Exempel på aktiviteter på annan plats kan vara möte med AF-specialist, insats hos kompletterande aktör och friskvård. Notera att du bara ska redovisa tid i aktiviteter som du har varit med och planerat.

VIKTIGT: FÖR DELTAGARE MED SIUS GÄLLER FÖLJANDE. SIUS-KONSULENT REDOVISAR ENBART AKTIVITETER INOM SIUS-PROGRAMMET (TEX OM DELTAGAREN VARIT SJÄLV PÅ RBETSPLATSEN). ARBETS-FÖRMEDLARE REDOVISAR SOM OVAN MED UNDANTAG FÖR AKTIVITETER SOM INGÅR I SIUS.

Viktigt: PERSONLIG HANDLÄGGARE redovisar här aktiviteter som sker UTANFÖR Arbetsförmedlingens regi. Exempel på aktiviteter på arbetsplats kan vara praktik och arbetsträning, i de fall då kontakten med arbetsplatsen skett via dig och INTE via Arbetsförmedlingen. Exempel på aktiviteter på annan plats kan vara möte med psykiatrin och friskvård. Notera att du bara ska redovisa tid i aktiviteter som du har varit med och planerat. Om individen på eget initiativ tränat på gym, och det inte planerats som en aktivitet tillsammans med dig, ska denna tid inte tas upp. Är träningen däremot planerad som en aktivitet inom ramarna för aktivitetsersättning samt att du fått indikationer på att deltagaren genomför träningen så ska den tas med.

CASE MANAGER redovisar enbart aktiviteter som planerats utan medverkan av arbetsförmedlare hos Arbetsförmedlingen eller

personlig handläggare hos Försäkringskassan.

Syfte med fråga: Beskriva innehållet i de olika insatserna.

Information från tidsredovisningarna ligger till grund för avsnitt 3.5 i huvudrapporten. Variablerna definieras som summan av alla aktuella yrkesroller för en deltagare i en tidsperiod. Yrkesrollerna viktas lika, oavsett antal inkomna tidsredovisningar. Värdet på variabel FX för individ i , tidsperiod o definieras enligt nedan. Faktorerna T_{ior} representerar antalet inkomna tidsredovisningar för yrkesroll r , och $T_{ior} = 0$ resulterar i bortfall på FX_{io} .

$$FS: FX_{io} = \frac{1}{T_{iop}} \sum_{t=1}^{T_{iop}} FX_{iopt} + \frac{1}{T_{ioa}} \sum_{t=1}^{T_{ioa}} FX_{ioat}$$

$$SIUS: FX_{io} = \frac{1}{T_{iop}} \sum_{t=1}^{T_{iop}} FX_{iopt} + \frac{1}{T_{ioa}} \sum_{t=1}^{T_{ioa}} FX_{ioat} + \frac{1}{T_{ios}} \sum_{t=1}^{T_{ios}} FX_{iost}$$

$$CM: FX_{io} = \frac{1}{T_{iop}} \sum_{t=1}^{T_{iop}} FX_{iopt} + \frac{1}{T_{ioa}} \sum_{t=1}^{T_{ioa}} FX_{ioat} + \frac{1}{T_{ioc}} \sum_{t=1}^{T_{ios}} FX_{ioct}$$

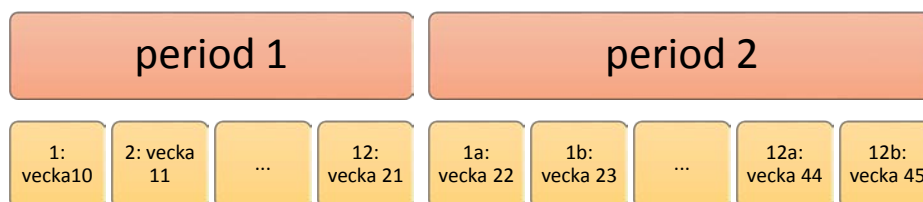
Tabell 3 Variabler

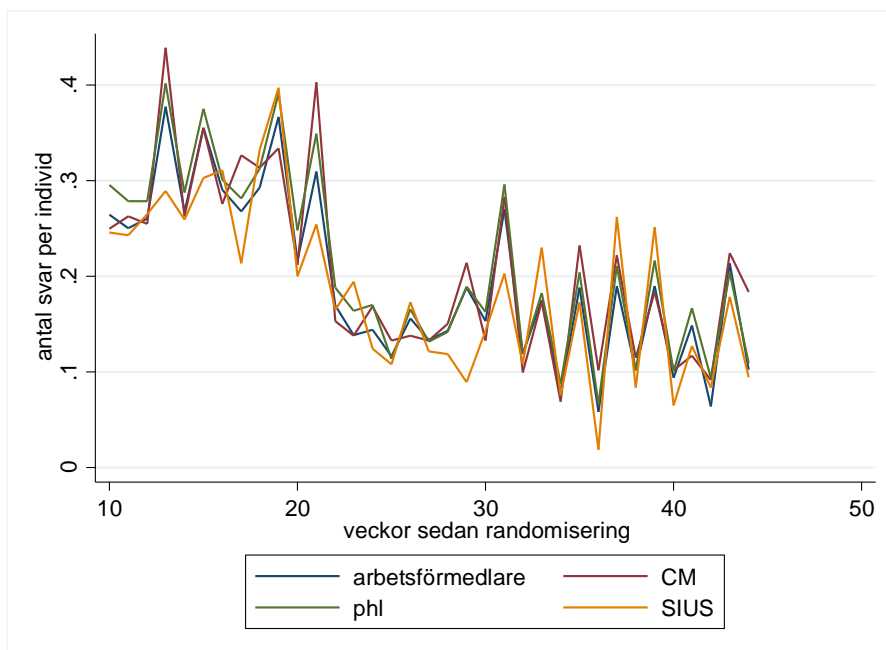
Variabel	Definition
Arbetstid	Medelvärde fråga 1 (min/v)
Antal kontakter	Medelvärde fråga 2 (antal/v)
Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period	Andel med värde >0 på fråga 2
Någon egen planerad tid under en 4-veckors period	Andel med värde >0 på fråga 4a eller 4b
Arbetsrelaterad tid	Medelvärde fråga 3a + 3e (min/v)
Arbetsrelaterad tid	Arbetsrelaterad tid delat på Arbetstid
Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid	Medelvärde fråga 4a (min/v)
Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period	Andel med värde >0 på fråga 4a
Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt	Medelvärde fråga 3c + 3d (min/v)
Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt delat på Arbetstid
Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad	Medelvärde fråga 4b (min/v)
Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period	Andel med värde >0 på fråga 3c eller 3d

3.2 Datainsamling

För att ge en rättvisande bild av arbetet i respektive insats inföll den första mätveckan vid slumpmässigt utvalda tillfällena under respektive period. Individer som slumpats till en tidig startvecka i period 2 har även tilldelats en tidig startvecka i period 1, med tätare datainsamling under den första perioden, se Figur 3. Faktiskt inkomna tidsredovisningar har fördelat sig över tid, insatser och personalkategorier enligt figur 4.

Figur 3 Schematisk bild över mätperioderna



Figur 4 Antal inkomna tidsredovisningar per vecka och yrkesroll

Den lokala kontaktpersonen på Arbetsförmedlingen hade till uppgift att informera arbetsförmedlare och SIUS-konsulenter om tidpunkten för datainsamling för respektive individ, samt påminna om tidsredovisningen i början av varje redovisningsvecka. Den lokala kontaktpersonen på Försäkringskassan hade i uppgift att göra motsvarande för personliga handläggare och case managers. Tidsredovisning skedde via en webbaserad enkät som användes av samtliga projektmedarbetare. Lokala kontaktpersoner har kunnat ta fram tiden för tidsredovisningarna i deltagardokumentet (ett Excel-ark) efter att individen inkluderats i studien. Randomiseringen har baserats på projekt-id samt datum för deltagande.

Avstämningar om bortfall av hela mätveckor har gjorts med lokala kontaktpersoner vid upprepade tillfällen: på nätverksträffar, genom mailväxling samt i förekommande fall med mer detaljerade insamlingsplaner.

3.3 Rättningsinstruktion

Total tid samt tid med inriktning hanteras enligt följande.

(1) Per tidsredovisning: Om angiven sammanlagd tid och summering av uppdelad tid skiljer sig används a) den tid som ej överskrider 40 timmar b) tolkas tiderna som internt bortfall. Planerad egen tid i insats (fråga 11) som överskrider 40 timmar på en tidsredovisning tolkas som felinskrivning och delas med 10. Även arbetstid som överskrider 40 timmar på en tidsredovisning tolkas som felinskrivning och delas med 10.

(2) Per individ och omgång: Planerad egen tid i insats som överskrider 40 timmar per vecka för en individ trunkeras till 40 timmar. Ration mellan arbetsrelaterad och övrig tid behålls. Summa egen tid i insats plus arbetstid som överskrider 50 timmar per vecka för en individ trunkeras till 50 timmar. Här behålls egen planerad tid, i första hand trunkeras personaltiden.

Antagandet är att tiden för individen kan överdrivas på grund av fler än en yrkesroll kan närvara under ett möte samt att respondenterna har ombetts att inkludera restid samt tid för dokumentation.⁴ För att hantera restid etc. minskas tiden proportionerligt till antal kontakter med individen som yrkesrollen angett.

4 Deltagarenkät

I projektet skickades det ut enkät till deltagarna som samtyckt till att vara med i projektet. Enkäten till deltagarna baserades i huvudsak på validerade frågor som Örebro universitet använder. Innan färdigställandet skickades enkäten till intresse- och brukarorganisationer, till projektets referensgrupp och till språkgranskning. En arbetsförmedlare och en personlig handläggare kontaktades för att ge input på enkäten innan den skickades ut till deltagarna. Enkäten togs fram i två olika versioner; en i klarspråk och en i lättläst för de som har en kognitiva funktionsnedsättning eller problem med läsförståelse. Enkäten handlar om hur deltagarna har upplevt att delta i projektet, hur samarbetet med stödpersonerna fungerat och hur den personliga utvecklingen har påverkats. Enkäten skickades ut till alla deltagare och svarsfrekvensen blev 59 procent (632 av 1 063 svarade).

Tabell 4 Svarsfrekvens deltagarenkäten

	Antal deltagare	Antal som svarat på deltagarenkäten	Svarsfrekvens
Förstärkt samarbete	301	142	47 %
Supported Employment	370	204	55 %
Case management	392	286	73 %
Totalt	1063	632	59 %

En bortfallsanalys har genomförts och deltagarna som svarat på enkäten skiljer sig något från de deltagare som inte svarat på enkäten, se Tabell 5. De som inte har svart på enkäten har i högre grad minst klarat av gymnasiet och har i högre grad daglig verksamhet. På det stora hela är grupperna dock lika.

⁴ På grund av tidsredovisningarnas syfte att ge underlag till kostnadsberäkningen.

Tabell 5 **Individegenskaper för deltagare som svarat på deltagarenkäten jämfört med de som inte svarat på deltagarenkäten**

	Svarat på deltagarenkät (1)	Ej svarat på deltagarenkät (2)	(2)–(1) (4)
Ålder i år	24.8	24.9	– ²
Andel kvinnor	0.50	0.46	–
Andel som har barn	0.12	0.15	–
Andel utlandsfödda	0.11	0.07	–
Andelen storstad ¹	0.62	0.74	** ³
Andel med minst gymnasium	0.46	0.40	–
Andel med LSS	0.31	0.27	–
Andel med daglig verksamhet	0.24	0.18	**
Andel med arbetslivserfarenhet	0.18	0.15	–
Andel med arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet	0.21	0.16	**
Antal problemområden	1.8	1.9	
<i>Diagnoser (andelar)</i>			
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0.20	0.20	–
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0.17	0.19	–
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0.12	0.09	–
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0.16	0.19	–
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0.10	0.08	–
– Övriga diagnoser	0.25	0.25	–
Antal deltagare	632	431	

1 = Västra Götalands-, Skånes-, och Stockholms län.

2 = Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

3 = Statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna på 5 procent signifikansnivå.

Nedan studeras huruvida det finns skillnader mellan insatserna bland de som svarat på deltagarenkäten. Detta blir relevant att studera då det skiljde sig en del i svarsfrekvenserna mellan insatserna. Det är något färre kvinnor i FS än i SE men annars är insatserna balanserade.

Tabell 6 **Individegenskaper för deltagare som har svarat på deltagarenkäten fördelat på insatserna Förstärkt samarbete, Supported Employment och Case Management**

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)
Ålder i år	24.6	24.9	24.8	– ²	–
Andel kvinnor	0.43	0.56	0.48	** ³	–
Andel som har barn	0.14	0.12	0.10	–	–
Andel utlandsfödda	0.10	0.09	0.13	–	–
Andelen storstad ¹	0.65	0.55	0.65		
Andel med minst gymnasium	0.49	0.49	0.41	–	–
Andel med LSS	0.28	0.32	0.33	–	–
Andel med daglig verksamhet	0.25	0.23	0.27	–	–
Andel med arbetslivserfarenhet	0.19	0.18	0.18	–	–
Andel med arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet	0.18	0.21	0.21	–	–
Antal problemområden	1.7	1.9	1.8		–
<i>Diagnoser (andelar)</i>					
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0.23	0.23	0.16	–	–
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0.18	0.17	0.17	–	–
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0.09	0.10	0.16	–	–
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0.17	0.16	0.15	–	–
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0.11	0,08	0.10	–	–
– Övriga diagnoser	0.23	0.26	0.26	–	–
Antal deltagare	142	204	286		

1 = Västra Götalands-, Skånes-, och Stockholms län.

2 = Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

3 = Statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna på 5 procent signifikansnivå.

Deltagarenkäten används vidare för att undersöka huruvida deltagarna är nöjda med sina insatser (se Bilaga 2 – *Deltagarnas upplevelser*) samt för att undersöka insatsernas innehåll (se huvudrapporten). I detta arbete besvarar deltagarna nio frågor som sedan sammanfogas till tre olika index.

Frågorna i deltagarenkäten var inte obligatoriska, därför förekommer det ett visst partiellt bortfall. Partiellt bortfall kan undvikas genom att frågorna i webbenkäten görs obligatoriska, men går stick i stäv med att det ska vara frivilligt att besvara enkäten. Ett annat problem med obligatoriska frågor kan vara att det ökar risken att respondenterna slutar besvara enkäten i förtid vilket ökar bortfallet generellt. Nedan följer en genomgång av det partiella bortfallet i de frågor som användes för att mäta nöjdhet.

Tabell 7 Partielt bortfall fråga 1–9 mellan insatserna

Fråga	FS		SE		CM	
	Antal svarande	Bortfall (andel)	Antal svarande	Bortfall (andel)	Antal svarande	Bortfall (andel)
1. Är din stödperson lätt att få kontakt med?	142	0.007	204	0	286	0.007
2. Har din stödperson tillräckligt med tid för dig?	142	0.014	204	0	286	0.007
3. Lyssnar din stödperson på vad du vill ha hjälp med?	142	0.014	204	0.001	286	0.007
4. Ger din stödperson dig det stöd som du vill ha?	142	0.014	204	0	286	0.007
5. Ger din stödperson dig den information som du vill ha?	142	0.021	204	0.001	286	0.007
6. Har du och din stödperson tillsammans planerat vad du ska göra i projektet?	142	0.021	204	0.025	286	0.007
7. Kan din stödperson hjälpa dig att få ett jobb?	142	0.014	204	0.001	286	0.014
8. Kan din stödperson hjälpa dig att behålla ett jobb?	142	0.028	204	0.001	286	0.007
9. Är du och din stödperson överens om dina mål?	142	0.021	204	0.001	286	0.007

Nedan följer en redogörelse för de frågor från deltagarenkäten som används i rapporten.

Tabell 8 Frågor som används från deltagarenkäten

Nummer	Fråga
1	Är din stödperson lätt att få kontakt med?
2	Har din stödperson tillräckligt med tid för dig?
3	Lyssnar din stödperson på vad du vill ha hjälp med?
4	Ger din stödperson dig det stöd som du vill ha?
5	Ger din stödperson dig den information som du vill ha?
6	Har du och din stödperson tillsammans planerat vad du ska göra i projektet?
7	Kan din stödperson hjälpa dig att få ett jobb?
8	Kan din stödperson hjälpa dig att behålla ett jobb?
9	Är du och din stödperson överens om dina mål?
10	Har du pratat om arbete och arbetsliv med din CM/SIUS/stödperson?
11	Har du pratat om sociala frågor med din CM/SIUS/stödperson?
12	Har du pratat om hälsa med din CM/SIUS/stödperson?
13	Får du vara med och bestämma vad du gör inom projektet?

Nedan presenteras de variabler som används i 3.5 – insatsernas innehåll i slutrapporten.

Tabell 9 Variabeldefinitioner deltagarenkäten

Variabel	Definition
Min stödperson har tillräckligt mycket tid för mig	Andel som svarat "ja" på fråga 2
Pratat om arbete med sin stödperson	Andel som svarat "ja" på fråga 10
Vi har pratat om enbart arbete	Andel som enbart svarat ja på frågan 10 av frågorna 10–12.
Vi har arbetat med min hälsa	Andel som svarat "ja" på fråga 11
Vi har arbetat med mina sociala relationer	Andel som svarat "ja" på fråga 12
Vi har pratat om allt (andel deltagare)	De som svarat ja på fråga 10–12 i deltagarenkäten
Jag har blivit lyssnad på (andel deltagare)	Andel som svarat "ja" på fråga 3
Jag har varit med och bestämt vad jag ska göra i min insats (andel deltagare)	Andel som svarat "ja" på fråga 6
Jag har varit delaktig i min planering (andel deltagare)	Andel som svarat "ja" på fråga 13

Utifrån frågorna i deltagarenkäten har vi skapat totalt 4 olika index för att mäta hur nöjda deltagarna är med sina insatser. Det är ett index som mäter bemötande, ett som mäter delaktighet och ett som mäter arbete. Dessutom finns det ett sammanlagt index som mäter nöjdhet med insatsen totalt sett. Indexet för bemötande har skapats av frågorna 1, 2 och 5. Indexet för arbete har skapats av frågorna 7 och 8. Indexet för delaktighet för skapats av frågorna 3, 4, 6, och 9.

De skapade indexens reliabilitet har mätts med Cronbachs alfa (se tabell 8). Cronbachs alfa är ett mått på intern konsistens – det vill säga hur väl de ingående variablerna "hänger ihop" med varandra och kan sägas mäta samma underliggande dimension, exempelvis bemötande. Ett Cronbachs alfa som är högre än 0,7 brukar allmänt tolkas som att variablerna i skalan hänger väl ihop och att de kan sägas "mäta samma sak". Samtliga skapade index har ett Cronbachs alfa över 0,7.

Tabell 10 Cronbachs alfa

Index	Cronbachs alfa	Antal frågor i indexet
Nöjdhet totalt	0.90	9
Bemötande	0.79	3
Delaktighet	0.85	4
Arbete	0.82	2

Om man inte har svarat på mer än två av frågorna i ett index så föll denna deltagares svar bort. Bortfallet är generellt väldigt litet men för indexet arbete är bortfallet större. Detta index innehöll bara två frågor och då kravet var att deltagaren skulle svara på minst två frågor slog det hårdare mot detta index.

Tabell 11 Partiiellt bortfall på konstruerade index

Index	FS		SE		CM	
	Antal svarande	Bortfall (andel)	Antal svarande	Bortfall (andel)	Antal svarande	Bortfall (andel)
Nöjdhet totalt	142	0.04	204	0.02	286	0.01
Bemötande	142	0.08	204	0.02	286	0.01
Delaktighet	142	0.05	204	0.02	286	0.01
Arbete	142	0.22	204	0.17	286	0.14

5 Enkät till projektmedarbetare

I projektet skickades det ut enkät till dem som arbetat med deltagarna under projektets gång. Enkäten till projektmedarbetarna baserades dels på validerade frågor som Örebro universitet använder och på erfarenhet från arbetsgruppen i projektet. Arbetsgruppen arbetade om vissa frågor och formulerade frågor/påståenden från sin erfarenhet och för att passa studiens syfte. Enkäten till projektmedarbetare skickades till en representant för de olika yrkesrollerna case manager, SIUS-konsulent, personlig handläggare och arbetsförmedlare innan den färdigställdes. Enkäten handlar om hur projektmedarbetarna har upplevt att arbeta i projektet, hur arbetet med målgruppen sett ut och hur de olika insatserna har fungerat. Enkäten skickades ut till alla projektmedarbetare och svarsfrekvensen blev 78 procent (180 av 230 projektmedarbetare svarade på enkäten).

Projektmedarbetarnas upplevelser mäter vi genom att studera hur de har upplevt samverkan med andra aktörer samt hur de uppfattar att deltagarnas rehabilitering påverkar av myndigheternas agerande. Samverkan med andra aktörer mäter vi genom att projektmedarbetarna får bedöma samt blir bedömda kring det samarbete som funnits mellan de olika yrkesroller (personlig handläggare, arbetsförmedlare, SIUS-konsulent och case managers) som funnits i projektet. Deltagarnas rehabiliteringsprocess beskrivs av projektmedarbetarna i termer olika händelser/situationer i processen där rehabiliteringen antingen kan fastna eller ta fart.

6 Intervjuer med deltagare och projektmedarbetare

Det övergripande syftet med intervjuundersökningen är att lära sig mer om vad insatserna inneburit. Bland annat vill vi ta reda på individernas upplevelse av insatserna och hur handläggarna upplever hur insatserna påverkat deltagarna. Även om vi inte kommer att kunna göra en fulländad statistik undersökning är utgångspunkten ändå att säga något generaliserbart för att bättre förstå resultaten från effektutvärderingen.

6.1 Urvalsprocedur

För att få en hyfsad representation av landet planerades sju intervjuer av olika deltagare per insats i storstadsregionerna Stockholm och Göteborg. Tre intervjuer av olika deltagare planerades per insats i 5 slumpmässigt valda kommuner som inte är Stockholm eller Göteborg.

Ett viktigt övervägande här är att deltagare bör väljas så att deltagarna som intervjuas inte har samma handläggare. En handläggare får endast ha två deltagare i urvalet. En deltagare som slumpmässigt väljs i Stockholm eller Göteborg men som har en handläggare som redan har två deltagare används inte i undersökningen. Istället dras en ny deltagare. På så sätt får vi max två deltagare med samma handläggare.

Om alla sju deltagare som väljs med SIUS i Stockholm har en unik handläggare kommer vi även att intervjuas sju SIUS-handläggare. Om det går 2 deltagare på samma handläggare behöver endast tre-fyra handläggare intervjuas. Antalet intervjuer per insats och region skisseras i följande tabell. Vi utgår ifrån att det går två deltagare på varje handläggare i varje region i skissen. Men antalet handläggare som intervjuas kan med andra ord variera.

Tabell 12 **Upplägg för hur deltagare och handläggare som slumpmässigt väljs i varje region för att bli intervjuade**

	SIUS	CM	FS	Totalt
Storstäder				
Stockholm				
– Deltagare	7	7	7	21
– Handläggare	3	3	3	9
Göteborg				
– Deltagare	7	7	7	21
– Handläggare	3	3	3	9
Icke storstäder				
Syd (Malmö)	2	2	2	6
– Deltagare				
– Handläggare	1	1	1	3
Region Mitt (Uppsala)	2	2	2	6
– Deltagare				
– Handläggare	1	1	1	3
Region Väst (Trollhättan)	2	2	2	6
– Deltagare				
– Handläggare	1	1	1	3
Region Norr 1 (Söderhamn)	2	2	2	6
– Deltagare				
– Handläggare	1	1	1	3
Region Norr 2 (Luleå)	2	2	2	6
– Deltagare	2	2	2	6
– Handläggare	1	1	1	3
Totalt	35	35	35	105

Antalet planerade deltagarintervjuer är alltså 35 per insats. Antalet planerade handläggareintervjuer är 9 respektive tre beroende på kommunens storlek. Det blir totalt 35 intervjuer per insats och 105 intervjuer totalt. Notera att om varje deltagare har en unik handläggare blir antalet handläggareintervjuer större. Detta är mindre problematiskt eftersom intervjuer med handläggare kan göras på distans om så krävs.

Eftersom intervjuer är tids- och resurskrävande är en rimlig ambition att totalt göra 35 intervjuer per insats dvs. totalt 105 intervjuer (här inkluderas deltagare, handläggare och arbetsgivare). Vi utgår alltså ifrån att vi endast har möjlighet att göra totalt 105 intervjuer. För att intervjuundersökningen ska bli användbar argumenterar vi för att det åtminstone måste finnas ett försök att göra resultaten från intervjuundersökningen generaliserbara.

Eftersom intervjuundersökningens antal observationer baseras på antalet deltagare skulle ett upplägg där även arbetsgivare intervjuades innebära att vi endast intervjuade tio deltagare per insats. Även om 20 deltagare per insats inte uppfyller kraven för en vederhäftig statistisk undersökning är tio alldeles för få. Ett ytterligare problem med att intervjua arbetsgivare är att det i vissa insatser kommer vara fler deltagare som har en arbetsgivare jämfört med andra insatser. Frågan är om exempelvis arbetsgivare som är kopplade till insatser där det är ovanligt med en arbetsgivare under pågående rehabilitering är speciella arbetsgivare. Att jämföra arbetsgivare mellan insatserna kan bli problematiskt.

Om vi skulle göra ett slumpmässigt urval av deltagare från hela experimentet skulle detta innebära resor till olika delar av landet för att intervjua. I stället väljer vi två storstadsregioner och drar ett urval av icke-storstadsregioner. På så sätt får vi i alla fall en hyfsad representation av experimentet som helhet samtidigt som det är genomförbart.

Ett avgörande övervägande här är att deltagare bör väljas så att inte alla har samma handläggare. Om så skulle ske är risken att deltagarnas upplevelser i viss mån fångar handläggarens arbete med individen. För att minimera detta problem är Stockholm och Göteborg de mest lämpliga storstadsregionen att använda. Av samma skäl är det rimligt att inte fokusera på endast en icke-storstadsregion utan välja fem slumpmässiga. Annars skulle vi riskera att få en och samma handläggare till flera deltagare.

6.2 Randomisering

Då det inte funnits resurser att intervjua alla deltagare gjorde vi ett urval och för att uppnå en så geografiskt jämn fördelning som möjligt använde vi ett så kallat stratifierat urval. Stockholm och Göteborg valdes ut då de är de största kommunerna och sedan randomiserade vi fram en kommun utifrån Försäkringskassans geografiska uppdelning. Från Syd blev det Malmö, från Mitt blev det Uppsala, från Väst blev det Trollhättan och från Norr blev det Söderhamn och Luleå (eftersom att det var så många kommuner från region Norr blev det två kommuner därifrån). För varje kommun och insats randomiserade vi sedan fram en lista med deltagare per insats. Om en

deltagare tackade nej till att delta på en intervju efter två försök gick vi vidare till nästa deltagare på listan, tills vi fyllt kvoten för respektive insats och kommun.

Tabell 13 visualiserar hur vi gick till väga rent praktiskt för att ta fram vilka som skulle intervjuas inom respektive kommun. En lista på kommunens samtliga deltagare lottades fram. För att i så hög grad som möjligt kunna följa listan var det personer på lokal nivå som har haft kontakt med individerna som kontaktade dessa kring att vara med i en intervju. Om deltagaren tackat nej två gånger gick vi vidare neråt på listan och frågade nästa person. När kvoten var fylld med tillräckligt många deltagare, i exemplet med Stockholm nedan skulle vi exempelvis ha sju deltagare inom insatsen CM, så genomfördes intervjuerna.

Tabell 13 **Prototyp randomisering per kommun**

Stad	Insats	Projekt-id*	Accepterar?
Stockholm	CM	321	Tackar ja
	CM	425	Tackar nej
	CM	871	Tackar ja
	CM	745	Tackar ja
	CM	342	Tackar nej
	CM	436	Tackar nej
	CM	13	Tackar ja
	CM	54	Tackar ja
	CM	etc.	

* Obs, fiktiva projekt-id.

6.3 Genomförande intervjuer

Det övergripande syftet med intervjuerna är att närmare undersöka hur arbetet har sett ut i de olika insatserna. Bland annat vill vi ta reda på individernas upplevelser av insatserna och hur handläggarna upplever att insatserna påverkat deltagarna. Intervjumallar arbetades fram separat för deltagare såväl som för projektmedarbetarna. Intervjumallarna skickades ut brett för att få in synpunkter från bland annat referensgruppen. I intervjuerna fokuserar vi på att undersöka deltagare och projektmedarbetarnas uppfattning och upplevelse av rehabiliteringsprocessen och vad som de tror påverkar inträde på arbetsmarknaden. Intervjumallen och de teman som berörs i intervjuerna med deltagarna har sin grund i beteendevetenskaplig forskning, mer specifikt *theory of planned behavior* (Ajzen, 1991; 2005) och *empowerment* (Zimmermann, 1995). I intervjuerna av projektmedarbetarna har vi utgått krav-kontroll modellen (Theorell) när vi har tagit fram intervjumallarna.

Intervjuerna genomfördes som semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna har efter intervjutillfället lyssnats igenom och anteckningar har skrivits kring varje enskild intervju. De tre intervjuerna rapporterade in svaren/resonemangen inom specifika teman i ett analyschema för varje enskild intervju. Analyschemat syftar till att strukturera svaren från de olika

respondenterna utifrån en rad olika teman som har tagits upp under intervjuerna. Analysschemat har tre övergripande teman – arbete, hälsa och livssituation och under dessa finns smalare teman där respondenternas svar har sammanfattats. Detta analysschema beskrivs i Tabell 14. Intervjuerna analyserades genom att intervjuerna sammanfattades i analysschemat och sedan diskuterades av de olika analytiker/forskare som genomfört intervjuerna. Exempel på ett tema är motivation till att arbeta och genom att följa analysschemat kan man relativt snabbt få en bild av hur deltagarna resonerade kring detta tema.

Tabell 14 Analysschema

	Arbete			Hälsa		Livssituation	
	Motivation	Söka arbete	På arbetsplats	Mående	Kontakt med vården	Myndighets kontakter	Sociala relationer
Deltagare 1							
Deltagare 2							
Deltagare 3							
Deltagare 4							
Deltagare 5							

6.4 Bortfallsanalys intervjuer

För att veta om resultaten från intervjuerna går att generalisera till alla deltagare som var med i projektet har vi genomfört en bortfallsanalys. Vi har också gått igenom region för region hur väl vi lyckades följa tanken kring urvalsproceduren.

Ambitionen var naturligtvis att följa upplägget som beskrivs i tabell 12 så noga som möjligt. I vissa områden har det varit svårt att få deltagare som vill vara med på intervjuer och i andra har stora geografiska avstånd skapat problem när deltagare har tackat nej med kort varsel. Arbetsgruppen fattade beslutet att deltagare enbart skulle intervjuas på plats medan projektmedarbetare i undantagsfall kunde intervjuas på distans. Totalt genomfördes 94 av 105 planerade intervjuer. Samtliga regioner och kommuner var representerade.

Tabell 15 Antal intervjuer som genomfördes i varje region (ska uppdateras)

	CM	FS	SE	Totalt
Storstäder				
Stockholm				
– Deltagare	4	6	4	14
– Handläggare	2	9	2	13
Göteborg				
– Deltagare	3	2	2	7
– Handläggare	2	10	2	14
Icke storstäder				
Syd (Malmö)				
– Deltagare	2	1		3
– Handläggare	1	1	1	3
Region Mitt (Uppsala)				
– Deltagare	2	2	2	6
– Handläggare	1	2	1	4
Region Väst (Trollhättan)				
– Deltagare	2	3	3	8
– Handläggare	3	3	3	3
Region Norr 1 (Söderhamn)				
– Deltagare	2	1	1	4
– Handläggare	1	2	1	4
Region Norr 2 (Luleå)				
– Deltagare	2	2	1	5
– Handläggare	1	2	1	4
Totalt				94

Totalt genomfördes 47 av 60 planerade deltagarintervjuer. En bortfallsanalys har genomförts och deltagarna som svarat på enkäten skiljer sig inte nämnvärt från de deltagare som inte svarat på enkäten (se tabell 16). Vi intervjuade projektmedarbetare från samma kommuner som deltagare. Totalt genomfördes 47 av 45 planerade intervjuer med projektmedarbetare. Vid varje intervjutillfälle blev respondenten tillfrågad om samtycke kring inspelning av intervjun. Totalt tre respondenter gav inte samtycke till att intervjun spelades in.

Tabell 16 **Individegenskaper för deltagare som blivit intervjuade jämfört med de som inte blivit intervjuade**

	Deltagare som ej blivit intervjuade (1)	Deltagare som blivit intervjuade (2)	(2)-(1) (4)
Ålder i år	24.8	25.3	- ²
Andel kvinnor	0.48	0.50	-
Andel som har barn	0.13	0.13	-
Andel utlandsfödda	0.10	0.00	-
Andelen storstad ¹	0.67	0.53	
Andel med minst gymnasium	0.43	0.53	-
Andel med LSS	0.30	0.28	-
Andel med daglig verksamhet	0.21	0.28	-
Andel med arbetslivserfarenhet	0.17	0.19	-
Andel med arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet	0.19	0.16	-
Antal problemområden	1,8	1,5	
<i>Diagnoser (andelar)</i>			
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0.20	0.28	-
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0.18	0.16	-
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0.11	0.13	-
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0.17	0.09	-
Förstämmningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0.09	0.13	-
– Övriga diagnoser	0.25	0.22	-
Antal deltagare	1 016	47	

1 = Västra Götalands-, Skånes-, och Stockholms län.

2 = Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

Bilaga 5 – Tabeller

Tabell 1 Deltagande kommuner

Kommun	Antal personer med aktivitets- ersättning i de deltagande kommunerna vid projektstart	Antal deltagare i projektet
Bjuv	55	4
Boden	105	13
Botkyrka	211	32
Eskilstuna*	401	19
Gävle	386	70
Göteborg	1 522	190
Haninge	247	36
Hudiksvall	108	23
Höganäs	59	10
Jönköping*	477	22
Krokom	47	21
Luleå	238	22
Malmö*	747	49
Nacka	166	23
Norrköping*	528	58
Nynäshamn	9 712	12
Stockholm	1 885	163
Söderhamn	78	18
Trollhättan	21	91
Tyresö	142	18
Uppsala*	593	30
Vänersborg	188	54
Värmdö	83	14
Åstorp	61	13
Östersund	365	58
Totalt:	9 003	1 063

* Gick in i projektet sommaren 2015.

Tabell 2 Kostnadskalkyl för insatserna FS, SE och CM

Antaganden		Inkl. LKP (45 %)	
SIUS – genomsnittlig månadslön	30 171	43 748	
AF – genomsnittlig månadslön	30 768	44 614	
PHL – genomsnittlig månadslön	28 730	41 658	
CM – genomsnittlig månadslön	31 603	45 824	
Arbetsförmedlingens specialister	35 000	50 750	
Arbetsstimmar per månad	160		
SIUS – genomsnittlig kostnad per timme	273	Antal deltagare	
AF – genomsnittlig kostnad per timme	279	SE	370
PHL – genomsnittlig kostnad per timme	260	FS	301
CM – genomsnittlig kostnad per timme	286	CM	392
Specialist – genomsnittlig kostnad per timme	317		
Antal veckor, period 1 (10–21)	12		
Antal veckor, period 2 (22–45), till årets slut	31		
Total tidsåtgång möte specialist (timmar)	2		

Arbetad tid per deltagare, timmar per vecka, datakälla: tidsredovisningar

	Period 1	Period 2	Totalt	Kostnad
Deltagare SE:				
SIUS	0,72	0,48	23,6	6 448
AF	0,18	0,15	6,9	1 910
PHL	0,12	0,12	5,0	1 306
Total				9 664
Deltagare CM:				
CM	1,00	0,72	34,2	9 800
AF	0,20	0,17	7,6	2 167
PHL	0,18	0,15	6,9	1 962
Total				13 929
Deltagare FS:				
AF	0,33	0,17	9,2	2 556
PHL	0,12	0,10	4,5	1 172
Total				3 728

Kostnad för insatser, kronor, datakälla: AF ekonomi och AF Datalager

	Totalt	Per deltagare
Deltagare SE:		
– Insatser och program	342 537	926
– Personligt biträde	3 990 423	10 785
– Arbets hjälpmedel	259 005	700
– Specialist	192 850	521
Totalt	4 784 815	12 932
Deltagare FS:		
– Insatser och program	1 181 248	3 924
– Personligt biträde	2 550 144	8 472
– Arbets hjälpmedel	33 500	111
– Specialist	581 722	1 933
Totalt	4 346 614	14 441
Deltagare CM:		
– Insatser och program	338 040	862
– Personligt biträde	2 779 504	7 091
– Arbets hjälpmedel	171 500	438
– Specialist	258 825	660
Totalt	3 547 869	9 051

Totala kostnader per deltagare:	FS	SE	CM
Personalkostnader	3 728	9 664	13 929
Insatser	3 924	926	862
Personligt biträde	8 472	10 785	7 091
Specialister	1 933	521	660
Arbets hjälpmedel	111	700	438
Total:	18 168	22 596	22 979

Not: Redovisade belopp är i kronor.

**Tabell 3 Genomsnittliga individegenskaper för studiepopulationen.
Jämförelse mellan kvinnor och män***

	Kvinnor (1)	Män (3)
Ålder	25.0	24.7
Utlandsfödd (0,1)	0.09	0.10
Barn (0,1)	0.11	0.13
Gymnasial utbildning (0,1)	0,54	0,45
Beslut om LSS	0.24	0.35
Daglig verksamhet	0.17	0.25
Särskilt boendestöd	0.05	0.12
<i>Diagnoser</i>		
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0.15	0.19
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0.12	0.27
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0.17	0.19
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0.14	0.08
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0.11	0.07
Antal individer	36 871**	1 063

* Tabellen baseras på registerdata från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen.

** Alla som har haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga någon gång under perioden november 2014–januari 2016.

Tabell 4 **Individegenskaper för kvinnliga deltagare som slumpmässigt fördelades till insatserna Förstärkt samarbete, Supported Employment och Case Management**

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)
Ålder i år	24,55	24,91	24,72	- ²	-
Andel som har barn	0,12	0,07	0,07	-	-
Andel utlandsfödda	0,08	0,08	0,13	-	-
Andelen storstad ¹	0,70	0,71	0,65	-	-
Andel med minst gymnasium	0,45	0,41	0,33	-	** ³
Andel med LSS	0,36	0,28	0,40	-	-
Andel med daglig verksamhet	0,27	0,19	0,30	-	-
Andel med arbetslivserfarenhet	0,17	0,17	0,14	-	-
Andel med arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet	0,23	0,19	0,25	-	-
Antal problemområden	1,85	1,92	1,79		-
<i>Diagnoser (andelar)</i>					
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0,36	0,26	0,23	**	**
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0,19	0,16	0,20	-	-
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0,07	0,06	0,10	-	-
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0,16	0,21	0,19	-	-
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0,06	0,07	0,08	-	-
– Övriga diagnoser	0,16	0,25	0,20	-	-
Antal deltagare	136	190	186		

1 = Västra Götalands-, Skånes-, och Stockholms län.

2 = Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

3 = Statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna på 5 procent signifikansnivå.

Tabell 5 Individegenskaper för manliga deltagare som slumpmässigt fördelades till insatserna Förstärkt samarbete, Supported Employment och Case Management

	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)
Ålder i år	24,55	24,91	24,72	- ²	-
Andel som har barn	0,12	0,07	0,07	-	-
Andel utlandsfödda	0,08	0,08	0,13	-	-
Andelen storstad ¹	0,70	0,71	0,65		
Andel med minst gymnasium	0,45	0,41	0,33	-	**3
Andel med LSS	0,36	0,28	0,40	-	-
Andel med daglig verksamhet	0,27	0,19	0,30	-	-
Andel med arbetslivserfarenhet	0,17	0,17	0,14	-	-
Andel med arbetslivserfarenhet från daglig verksamhet	0,23	0,19	0,25	-	-
Antal problemområden	1,85	1,92	1,79		-
<i>Diagnoser (andelar)</i>					
Beteendestörningar (F90-98) – till exempel ADHD	0,36	0,26	0,23	**	**
Störningar av psykisk utveckling (F80-89) – till exempel autism	0,19	0,16	0,20	-	-
Psykisk utvecklingsstörning (F70-79) – till exempel utvecklingsstörning	0,07	0,06	0,10	-	-
Ångest- och stressyndrom (F40-48) – till exempel utmattningssyndrom	0,16	0,21	0,19	-	-
Förstämningssyndrom (F30-39) – till exempel bipolaritet	0,06	0,07	0,08	-	-
– Övriga diagnoser	0,16	0,25	0,20	-	-
Antal deltagare	165	180	206		

1 = Västra Götalands-, Skånes-, och Stockholms län.

2 = Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

3 = Statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna på 5 procent signifikansnivå.

Tabell 6 Personaltäthet, skillnader mellan FS, SE och CM för kvinnor

Period	Utfallsmått	Data-källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)	(2)-(3) (6)
1	Arbetstid (min/v.)	T	26,47	68,37	85,75	***	***	
2	Arbetstid (min/v.)	T	15,67	45,55	67,63	***	***	***
1	Kontakter (antal/v.)	T	0,67	1,24	1,93	***	***	***
2	Kontakter (antal/v.)	T	0,45	1,25	1,59	***	***	*
1	Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,67	0,79	0,96	**	***	***
2	Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,50	0,73	0,84	***	***	**
1	Någon egen planerad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,44	0,53	0,55			
2	Någon egen planerad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,45	0,60	0,50	**		*
Hela	Min stödperson har tillräckligt mycket tid för mig (andel deltagare)	D	0,51	0,62	0,70		**	

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Tabell 7 Fokus mot arbete, skillnader mellan FS, SE och CM för kvinnor

Period	Utfallsmått	Data-källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)	(2)-(3) (6)
1	Arbetsrelaterad tid (min/v.)	T	16,22	54,43	33,43	***	***	
1	Arbetsrelaterad tid (andel av total arbetstid)	T	0,54	0,64	0,38	**	***	***
2	Arbetsrelaterad tid (min/v.)	T	9,54	35,67	30,40	***	***	
2	Arbetsrelaterad tid (andel av total arbetstid)	T	0,55	0,68	0,41	**	**	***
1	Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid (min/v)	T	210,86	437,43	256,82	***		**
1	Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,32	0,44	0,36			**
2	Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid (min/v)	T	219,36	547,61	235,94	***		***
2	Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,32	0,53	0,36	***		*
Hela	Pratat om arbete med sin stödperson (andel deltagare)	D	0,88	0,98	0,99	**	**	
Hela	Vi har pratat om enbart arbete (andel deltagare)	D	0,02	0,10	0,05			

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Tabell 8 Arbete med flera livsområden, skillnader mellan FS, SE och CM för kvinnor

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	(2)–(3) (6)
Socialt/medicinskt								
1	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (min/v.)	T	2,07	2,07	11,92		***	***
1	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (andel av total arbetstid)	T	0,08	0,05	0,14		**	***
2	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (min/v.)	T	1,15	1,80	10,48		***	***
2	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (andel av total arbetstid)	T	0,08	0,05	0,17		**	***
1	Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad (min/v)	T	61,24	24,89	55,86	***		*
2	Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad (min/v)	T	44,16	47,01	51,65			
Hela	Vi har arbetat med min hälsa	D	0,89	0,85	0,92		**	**
Hela	Vi har arbetat med mina sociala relationer	D	0,63	0,71	0,88		**	**
Både arbete och socialt/medicinskt								
1	Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,11	0,12	0,40		***	***
2	Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,06	0,08	0,30		***	***
Hela	Vi har pratat om allt (andel deltagare)	D	0,67	0,69	0,82		**	**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar *= $p<0.1$, **= $p<0.05$, ***= $p<0.01$.

Tabell 9 Deltagarens inflytande, skillnader mellan FS, SE och CM för kvinnor

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	(2)–(3) (6)
Hela	Jag har blivit lyssnad på (andel deltagare)	D	0,67	0,74	0,86		**	**
Hela	Jag har varit med och bestämt vad jag ska göra i min insats (andel deltagare)	D	0,48	0,56	0,66		**	
Hela	Jag har varit delaktig i min planering (andel deltagare)	D	0,59	0,52	0,68			**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar *= $p<0.1$, **= $p<0.05$, ***= $p<0.01$.

Tabell 10 Personaltäthet, skillnader mellan FS, SE och CM för män

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)	(2)-(3) (6)
1	Arbetstid (min/v.)	T	28,68	50,98	83,40	***	***	***
2	Arbetstid (min/v.)	T	18,47	40,99	57,60	***	***	**2
1	Kontakter (antal/v.)	T	1,10	0,87	2,05		***	***
2	Kontakter (antal/v.)	T	0,49	0,74	1,58	**	***	***
1	Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,66	0,79	0,94	**	***	***
2	Någon kontakt med stödperson under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,47	0,62	0,86	**	***	***
1	Någon egen planerad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,56	0,56	0,55			
2	Någon egen planerad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,47	0,47	0,58	**	**	
Hela	Min stödperson har tillräckligt mycket tid för mig (andel deltagare)	D	0,49	0,53	0,70		**	**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Tabell 11 Fokus mot arbete, skillnader mellan FS, SE och CM för män

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)-(1) (4)	(3)-(1) (5)	(2)-(3) (6)
1	Arbetsrelaterad tid (min/v.)	T	16,45	32,40	34,32	***	***	
1	Arbetsrelaterad tid (andel av total arbetstid)	T	0,53	0,55	0,39		***	***
2	Arbetsrelaterad tid (min/v.)	T	12,53	29,46	26,64	***	***	
2	Arbetsrelaterad tid (andel av total arbetstid)	T	0,58	0,64	0,45		**	***
1	Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid (min/v)	T	258,87	309,49	297,18			
1	Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,36	0,36	0,30			
2	Egen planerad arbetsplatsrelaterad tid (min/v)	T	333,85	511,12	407,11	**		
2	Någon egen planerad arbetsplatsrelaterad tid under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,39	0,40	0,41			
Hela	Pratat om arbete med sin stödperson (andel deltagare)	D	0,76	0,94	0,96	**	**	
Hela	Vi har pratat om enbart arbete (andel deltagare)	D	0,08	0,17	0,04			**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Tabell 12 Arbete med flera livsområden, skillnader mellan FS, SE och CM för män

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	(2)–(3) (6)
Socialt/medicinskt								
1	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (min/v.)	T	2,51	3,39	11,73		***	***
1	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (andel av total arbetstid)	T	0,08	0,09	0,13		**	**
2	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (min/v.)	T	1,90	2,98	5,49		***	**
2	Samordningsorienterad tid – socialt/medicinskt (andel av total arbetstid)	T	0,12	0,08	0,09			
1	Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad (min/v)	T	74,22	29,89	44,47	**		
2	Egen planerad tid, ej arbetsplatsrelaterad (min/v)	T	37,25	43,42	32,01			
Hela	Vi har arbetat med min hälsa	D	0,72	0,71	0,91		**	**
Hela	Vi har arbetat med mina sociala relationer	D	0,57	0,63	0,85		**	**
Både arbete och socialt/medicinskt								
1	Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,10	0,17	0,33	**	***	***
2	Både arbetstid orienterad mot arbete och mot socialt/medicinskt under en 4-veckors period (andel deltagare)	T	0,07	0,07	0,20		***	***
Hela	Vi har pratat om allt (andel deltagare)	D	0,51	0,54	0,79		**	**

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Tabell 13 Deltagarens inflytande, skillnader mellan FS, SE och CM för män

Period	Utfallsmått	Data- källa	FS (1)	SE (2)	CM (3)	(2)–(1) (4)	(3)–(1) (5)	(2)–(3) (6)
Hela	Jag har blivit lyssnad på (andel deltagare)	D	0,63	0,58	0,85		**	**
Hela	Jag har varit med och bestämt vad jag ska göra i min insats (andel deltagare)	D	0,42	0,58	0,60	**	**	
Hela	Jag har varit delaktig i min planering (andel deltagare)	D	0,32	0,46	0,52	**	**	

Tabellnotis: Period 1 motsvarar vecka 10–21 efter randomisering; period 2 vecka 22–44. Datakällan benämns T: tidsredovisningsenkäter, U: utökade anteckningar, D: deltagarenkäter. Använda enheter är minuter per vecka (min/v), timmar per vecka (h/v), respektive antal per vecka (antal/v.). Signifikansnivån motsvarar * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2017:

- 2017:1 En sjukförsäkring att lita på? Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015
- 2017:2 Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016
- 2017:3 Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter
- 2017:4 Assistansersättningens utveckling
- 2017:5 Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning