

Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

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

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har samarbetat i rehabiliteringen av sjukskrivna i mer än ett par decennier. Samarbetet mellan myndigheterna syftar till att ge bästa möjliga service och stöd i övergången mellan sjukförsäkringen och arbetslivet för de personer som har nedsatt hälsa och behöver stöd i en omställningssituation.

Myndigheterna har gemensamt initierat den här studien för att få ökad kunskap om vilka faktorer som kan förklara varför olika individer får olika utfall av rehabiliteringssamverkan. Resultaten ska också ge underlag till fortsatta diskussioner inom och mellan myndigheterna om hur samarbetet kan utvecklas.

Studiens centrala frågeställning är om de olika utfallen av samverkan kan förklaras av skillnader i individkaraktäristika för deltagarna, i utredningsarbetet före deltagandet, i de aktiva insatserna, eller i rehabiliteringsprocessen? Analysen baseras på registerdata för de totalt cirka 6 000 sjukskrivna individer som avslutade deltagandet i det förstärkta samarbetet under 2016 samt uppgifter inhämtade via en aktgranskning baserad på ett urval av dessa.

Rapportförfattare är Magnus Rödin och Petra Ornstein, båda verksamma som analytiker vid Arbetsförmedlingens analysavdelning, samt Peje Bengtsson, analytiker på Försäkringskassans avdelning för analys och prognos.

Stockholm, december 2018

Annika Sundén
Analysdirektör
Arbetsförmedlingen

Gabriella Bremberg
Chef för Avdelningen för analys
och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	5
Personlig kontakt före gemensam kartläggning tycks spela roll för resultatet.....	5
Positiva resultat inom alla grupper, även för de som initialt bedöms ha en låg aktivitetsnivå.....	5
Den fjärdedel som saknar dokumenterad aktivitetsnivå behöver bättre stöd.....	6
Insatserna är motiverade men Arbetsförmedlingens specialister kan kopplas in i fler fall.....	6
Försämrad hälsa främsta skälet till att deltagare går tillbaka till Försäkringskassan.....	7
1 Inledning	8
1.1 Syfte och frågeställningar.....	9
1.2 Det förstärkta samarbetet.....	10
1.3 Rapportens disposition.....	12
2 Metod, data och genomförande	13
3 Resultat	16
3.1 Deltagarnas bakgrund och historik.....	16
3.2 Försäkringskassans utredningsarbete inför gemensam kartläggning.....	19
3.3 Ledtider från sjukfallsstart fram till aktiva insatser.....	22
3.4 Gemensam kartläggning och aktiva insatser.....	28
3.5 Regressionsanalys bekräftar viktiga resultat.....	41
4 Diskussion och slutsatser	47
4.1 Skillnader i individernas bakgrundsegenskaper är inte så stora att de kan förutsäga resultatet för deltagaren.....	47
4.2 Stärk de personliga handläggarnas förberedelser med individen inför gemensam kartläggning.....	47
4.3 Välj inte bort deltagare med bedömd lägre aktivitetsnivå.....	48
4.4 Deltagare utan dokumenterad aktivitetsnivå behöver ett bättre stöd i rehabiliteringsprocessen.....	49
4.5 Använd Arbetsförmedlingens specialister i större omfattning.....	50
4.6 Försämrad hälsa och deltagarnas sociala situation främsta skälen bakom återgången till Försäkringskassan.....	50
Referenser	52
Bilaga 1. Tabellbilaga	53
Bilaga 2. Frågor i formulären för aktgranskningen	58
Granskningsfrågor i Arbetsförmedlingens formulär.....	58
Granskningsfrågor i Försäkringskassans formulär.....	60

Sammanfattning

Syftet med den här studien är att identifiera faktorer som kan förklara varför individer får olika utfall av rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. De två utfall som undersöks är återgång till Försäkringskassan samt att lämna sjukförsäkringen för arbete, studier eller andra insatser hos Arbetsförmedlingen. Studien omfattar sjukskrivna som avslutade deltagandet i det förstärkta samarbetet under 2016 och analysen baseras på registerdata i kombination med information från granskningar av deltagarnas akter och journaler på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Av de drygt 6 000 sjukskrivna som år 2016 avslutade sitt deltagande i det förstärkta samarbetet återgick knappt 3 000 deltagare till Försäkringskassa och knappt 3 100 deltagare gick vidare till arbete, utbildning eller fortsatta insatser i Arbetsförmedlingens regi. 64 procent av de som lämnar sjukförsäkringen har jobb eller studerar efter rehabiliteringssamverkan. Studiens resultat ger kunskaper som båda myndigheterna gemensamt eller var för sig kan använda för att utveckla samarbetet och stärka stödet för de individer som ingår i rehabiliteringssamverkan.

Personlig kontakt före gemensam kartläggning tycks spela roll för resultatet

Resultaten visar att man utifrån de registerbaserade individegenskaper vi studerat inte i förväg kan sortera fram de individer som har störst behov av det förstärkta samarbetet och bäst förutsättningar att tillgodogöra sig insatserna. Inte heller kan skillnader i enskilda moment i Försäkringskassans utredningsarbete före gemensam kartläggning identifieras som orsak till olika utfall av det förstärkta samarbetet. Däremot visar resultaten att gruppen som sedan lämnar sjukförsäkringen haft SASSAM-kartläggning, avstämningsmöte och/eller något annat personligt möte i större utsträckning än gruppen som går tillbaka till Försäkringskassan. Det talar för att personlig kontakt mellan handläggaren och den försäkrade före gemensam kartläggning kan spela roll för den fortsatta processen och resultatet. Försäkringskassan bör se över möjligheterna att stärka de personliga handläggarnas förberedelser tillsammans med de försäkrade inför den gemensamma kartläggningen.

Positiva resultat inom alla grupper, även för de som initialt bedöms ha en låg aktivitetsnivå

Det förstärkta samarbetet inleds med en gemensam kartläggning där Försäkringskassans handläggare, arbetsförmedlaren och individen gemensamt identifierar individens förutsättningar och behov samt tillsammans formulerar en plan för vilka insatser som behövs. I samband med gemensam kartläggning görs en bedömning av i vilken omfattning individen har kapacitet

och förmåga att delta i aktiva insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. I denna studie har vi utifrån denna bedömning skapat fyra grupper som vi jämför processen och resultaten för. Resultaten för gruppen med en bedömd aktivitetsnivå på mer än 10 timmar i veckan visar att de i högre grad än övriga deltagare i det förstärkta samarbetet avslutar det förstärkta samarbetet till arbete eller andra insatser på Arbetsförmedlingen. Däremot ser vi inte några stora skillnader mellan deltagare i de två grupper som bedömts ha mindre än tio timmars respektive tio timmars aktivitetsnivå. Vårt resultat kan inte tolkas som att individerna i två sistnämnda grupperna får ut mindre av insatserna än den första, endast att de inte i samma utsträckning ”kommer ikapp” från sitt sämre utgångsläge och lämnar sjukförsäkringen. Resultaten talar inte för att välja bort dem från att få tillgång till insatser.

Den fjärdedel som saknar dokumenterad aktivitetsnivå behöver bättre stöd

För en fjärde grupp av deltagarna i urvalet hittar granskarna ingen dokumentation om bedömd aktivitetsnivå. Denna grupp avviker från de andra i flera viktiga delar av rehabiliteringsprocessen och granskarna anser att både starten av de aktiva insatserna och stödet totalt för denna grupp har varit sämre. Den här studien kan inte ge svar på varför dessa deltagares process avviker men indikerar att dessa deltagare behöver kartläggas och förberedas bättre både inför och under gemensam kartläggning, och följas upp och ges mer stöd under rehabiliteringen. Det kan också vara motiverat att utreda om handläggare/arbetsförmedlare har svårare att identifiera relevant rehabiliteringsprocess för vissa typer av deltagare, t ex när det finns behov av specialistkontakt. Detta skulle i så fall motivera kompetensutvecklingsinsatser liksom möjligen utvecklingsinsatser för att tydligare lyfta fram det stöd som deltagarna kan behöva från arbetsförmedlarens och handläggarens sida under rehabiliteringsprocessen.

Insatserna är motiverade men Arbetsförmedlingens specialister kan kopplas in i fler fall

Det finns inga stora skillnader mellan grupperna vad gäller åtgärderna i de aktiva insatserna. Den stora majoriteten deltagare har regelbunden kontakt med arbetsförmedlare och personlig handläggare och har arbetstränat minst en gång. Resultaten visar också att den stora majoriteten deltagare har haft insatser som granskarna bedömt motiverade utifrån deras behov och förutsättningar. Denna andel är dock högre för deltagare som sedan lämnar sjukförsäkringen jämfört med de som återgår till Försäkringskassan. I de fall där stödet upplevts mindre motiverat har det främst handlat om att Arbetsförmedlingens specialister inte har kopplats in där granskarna ansett att det funnits behov av detta. Arbetsförmedlingen bör därför undersöka vad detta beror på och om det t.ex. finns behov av att öka arbetsförmedlarnas kunskaper och förståelse för när specialistkompetens bör kopplas in.

Försämrad hälsa främsta skälet till att deltagare går tillbaka till Försäkringskassan

Den främsta orsaken till att deltagaren går tillbaka till Försäkringskassan är försämrad hälsa. Detta är mer än dubbelt så vanligt som att deltagaren inte utvecklar sin arbetsförmåga. Aktgranskningen visar också att det för en relativt stor andel av deltagarna har varit andra faktorer än hälsa, främst familjesituation och andra sociala förhållanden, som påverkat deltagarnas möjligheter till rehabilitering. Även detta talar för vikten av stärkta förberedelser tillsammans med individen inför den gemensamma kartläggningen och att Arbetsförmedlingens specialister används i större utsträckning i de aktiva insatserna.

1 Inledning

Rehabiliteringssamarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har en över 20-årig historia. Formerna för samarbetet utvecklades år 2012, och har sedan dess haft sin nuvarande form, se avsnitt 1.2. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tilldelas sedan dess årligen drygt 700 miljoner kronor för dessa gemensamma insatser. I det förstärkta samarbetet deltar huvudsakligen personer som har ersättning från sjukförsäkringen (sjukskrivna och unga med aktivitetsersättning) eller skulle ha haft det om de hade en sjukpenninggrundande inkomst. De senare kan exempelvis ha försörjningsstöd från kommunen. Det kan också handla om personer som redan är inskrivna hos Arbetsförmedlingen när behov av gemensamma insatser uppstår.

Fram till och med 2015 omfattade samarbetet årligen ca 20 000 individer. Från 2016 handlar det om ca 10 000 individer årligen. Volymerna i samarbetet påverkades kraftigt i och med att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen togs bort samtidigt som andelen som via samarbetet gått vidare till arbetsmarknaden ökat. År 2015 gick drygt 12 000 personer in i aktiva insatser i samarbetet, 2016 och 2017 handlar det om ca 10 000 personer per år.

Antalet individer som årligen avslutar deltagandet i det förstärkta samarbetet var 2015 och 2016 ca 9 000 och 2017 drygt 7 000. Majoriteten av dessa var sjukskrivna vid starten av samarbetet.

Genom det förstärkta samarbetet (FS) mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ges sjukskrivna möjlighet att delta i aktiva rehabiliteringsinsatser. Målet är att fler individer ska kunna avsluta sin sjukskrivning och istället komma i arbete, studier eller andra aktiva insatser i Arbetsförmedlingens regi.

Det förstärkta samarbetet inleds med en gemensam kartläggning mellan arbetsförmedlaren, handläggaren på Försäkringskassan och individen, samt vid behov någon ytterligare deltagare, t.ex. från sjukvården. Kommer man gemensamt fram till ett deltagande och en planering av insatserna går individen vidare i det förstärkta samarbetet till aktiva insatser via Arbetsförmedlingen. Insatserna kan delas in i två huvudgrupper; arbetsförberedande insatser för deltagare med en lägre aktivitetsnivå och arbetslivsinriktade insatser (främst arbetsträning) för deltagare med en bedömd aktivitetsnivå på minst tio timmar per vecka. De aktiva insatserna avslutas med att individen antingen lämnar sjukförsäkringen, d v s går vidare till arbete, reguljära studier eller fortsatta insatser på Arbetsförmedlingen, alternativt återgår till Försäkringskassan.

Under 2016 avslutade drygt 6 000 sjukskrivna sitt deltagande i det förstärkta samarbetet. Av dessa gick knappt 3 000 deltagare åter till Försäkringskassan

medan knappt 3 100 deltagare gick vidare till arbete, utbildning eller fortsatta insatser i Arbetsförmedlingens regi.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är få ökad kunskap om vilka faktorer som kan förklara varför olika individer får olika utfall av rehabiliteringssamverkan. Därmed kan studien bidra med underlag till fortsatta diskussioner inom och mellan myndigheterna om hur samarbetet kan utvecklas. De centrala frågeställningarna är följande:

Kan de olika utfallen förklaras av skillnader i individkaraktäristika för deltagarna, i Försäkringskassans utredningsarbete före deltagandet, i de aktiva insatserna, eller i rehabiliteringsprocessen?

Går det att förutsäga vilka individer som kommer att återgå till Försäkringskassan efter deltagandet i det förstärkta samarbetet eller vilka handläggningsinitiativ som genomförs i de fall individen lämnar sjukförsäkringen?

Ytterligare ett syfte med studien är att dokumentera handläggningen och aktiviteterna i det förstärkta samarbetet: tid för genomförande av de olika delarna i processen, samarbetet mellan myndigheterna och deltagarens egen medverkan. Att dokumentera och analysera handläggningsinsatserna kan också ge en bättre förståelse för vilka metoder och moment som skulle kunna ha störst koppling till deltagarnas framgång.

Studien avser inte att analysera effekterna av det förstärkta samarbetet, vilket redovisats i andra rapporter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (2015). Dessa rapporter redovisar och analyserar ett fältexperiment som genomfördes från den 1 september 2012 till den 1 februari 2013. Försöket omfattade 1 000 individer och frågeställningen som utvärderades var: Hur påverkar det förstärkta samarbetet individernas arbetsförmåga och sjukfrånvaro? När det gäller närmandet till arbetsmarknaden visar rapporten att individer som tidigt fick del av det förstärkta samarbetet snabbare kom tillbaka i arbete eller studier jämfört med kontrollgruppen. Detta resultat drivs dock helt av kvinnorna i försöksverksamheten. För männen pekar resultaten i motsatt riktning men är samtidigt svårtolkade då männen i försöksgruppen i lägre grad övergått i insatser på Arbetsförmedlingen jämfört med männen i kontrollgruppen, dvs. försöksverksamheten lyckades inte skapa de förutsättningar som krävts för att utvärdera effekten på männens återgång till arbete eller studier. Resultaten indikerar att det förstärkta samarbetet har en betydande effekt i avseendet att snabbare komma tillbaka till arbete och studier.

Den här studien är istället upplagd för att identifiera eventuella skillnader mellan gruppen som går vidare till arbete, utbildning eller fortsatta insatser i Arbetsförmedlingens regi och gruppen som återgår till Försäkringskassan efter deltagandet i det förstärkta samarbetet.

Utgångspunkten för analysen är att jämföra den grupp som lämnar sjukförsäkringen med gruppen som återgår till Försäkringskassan. Vi utgår i

analyserna också från två andra gruppjämförelser, dels mellan kvinnor och män dels mellan deltagare med olika aktivitetsnivå i inledningen av det förstärkta samarbetet.

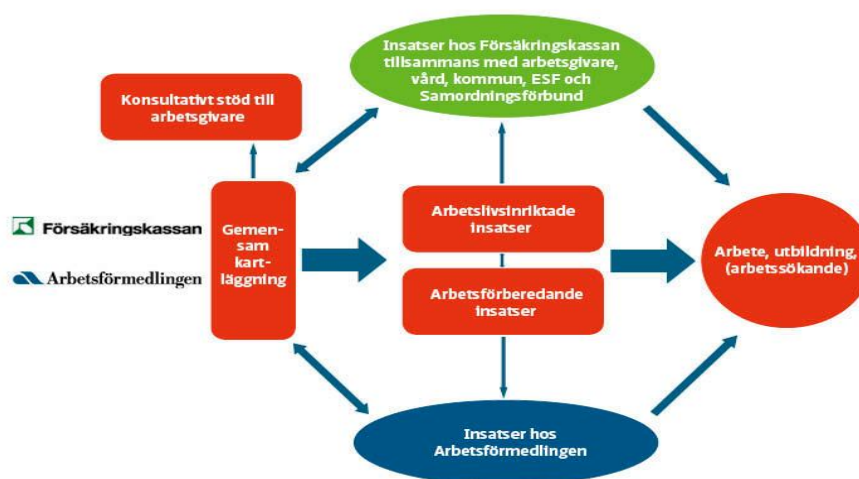
1.2 Det förstärkta samarbetet

Syftet med det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är att öka förutsättningarna för personer med sjukdom eller funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna komma i arbete. Målgruppen för det förstärkta samarbetet är de som, oavsett försörjning, har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning eller risk för sådan och som är i behov av rehabilitering för att utveckla eller återfå sin arbetsförmåga.

I det förstärkta samarbetet deltar huvudsakligen personer som har ersättning från sjukförsäkringen (främst sjukpenning och aktivitetsersättning) eller skulle ha haft det om de hade en sjukpenninggrundande inkomst. De senare kan exempelvis ha försörjningsstöd från kommunen. Det kan också handla om personer som redan är inskrivna som arbetslösa hos Arbetsförmedlingen när behov av gemensamma insatser uppstår.

Det förstärkta samarbetet består av gemensam kartläggning och aktiva insatser. Processen är dokumenterad i Arbetsförmedlingen (2014) och Försäkringskassan (2015) och presenteras i figur 1 nedan.

Figur 1 Schematisk bild över det förstärkta samarbetet



1.2.1 Före den gemensamma kartläggningen

Impulser för att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser kan komma från den försäkrade, sjukskrivande läkare eller identifieras av någon av de myndigheterna som ingår i samarbetet. Innan en gemensam kartläggning begärs utreds behovet hos den myndighet som fångat upp impulsen och samtycke till att dela information mellan myndigheterna inhämtas av den försäkrade.

1.2.2 Gemensam kartläggning

Det förstärkta samarbetet inleds med en gemensam kartläggning. Gemensam kartläggning är ett arbetssätt som syftar till att identifiera individens förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Tillsammans med den enskilde kan både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan initiera en gemensam kartläggning. Vid en gemensam kartläggning träffar den enskilde både arbetsförmedlare och personlig handläggare från Försäkringskassan i ett eller flera möten. Där kan även andra aktörer delta, till exempel vårdgivare eller arbetsgivare.

Gemensam kartläggning 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, t ex arbetsträning. När typen av insatser bestäms ska bedömningen av individens aktivitetsnivå spela en avgörande roll. Aktivitetsnivån handlar om i vilken omfattning individen har kapacitet att delta i insatser trots den ned-satta arbetsförmågan. Nivån definieras oftast i termer av antalet timmar per vecka som individen förväntas klara av att delta i aktiva insatser.

Vid gemensam kartläggning övervägs samtliga lokala insatser som syftar till att personer ska komma ut på arbetsmarknaden. Tillgången till insatser är mer eller mindre unik på varje ort. Därför behöver de lokala insatser som är tillgängliga genom förstärkt samarbete kombineras med insatser som finansieras genom samordningsförbund eller andra lokala resurser. Oftast blir utfallet efter en gemensam kartläggning att den enskilde påbörjar insatser hos Arbetsförmedlingen.

1.2.3 Aktiva insatser

Efter den gemensamma kartläggningen påbörjas aktiva insatser för de personer som är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hos Arbetsförmedlingen. Merparten av de insatser som Arbetsförmedlingen erbjuder rymms inom arbetsmarknadspolitiska insatser och program. Insatser hos Arbetsförmedlingen delas upp i arbetsförberedande respektive arbetslivsinriktade insatser.

De arbetsförberedande insatserna erbjuds personer som har en instabil eller låg aktivitetsnivå. De syftar till att förbereda och stärka personen för att kunna delta i arbetslivsinriktade insatser. Exempel på arbetsförberedande aktiviteter är vägledningssamtal, gruppaktiviteter eller andra utredande insatser.

Arbetslivsinriktade insatser kan erbjudas direkt efter gemensam kartläggning eller efter arbetsförberedande insatser. Insatserna är ofta arbetsplatsförlagda som arbetsträning eller arbetspraktik, men det kan även handla om en kombination av olika stödinsatser och jobbsökaraktiviteter.

Arbetsförmedlingen ansvarar för att den enskilde får del av insatser genom aktiviteter som erbjuds på det lokala arbetsförmedlingskontoret, genom kontakter med externa leverantörer av exempelvis rehabiliteringstjänster och andra upphandlade insatser samt genom Arbetsförmedlingens specialistresurser. Försäkringskassan ansvarar för att upprätta och följa upp rehabiliteringsplan samt samordna de insatser som pågår via Arbetsförmedlingen, vården och andra aktörer.

1.2.4 Det förstärkta samarbetets slut

Samarbetet avslutas när målet för de aktiva insatserna har nåtts och individen fått arbete, börjat studera, gått vidare till andra aktiva insatser i Arbetsförmedlingens regi, när deltagaren inte längre har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller individen av andra skäl inte önskar ett gemensamt stöd från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Samarbetet avslutas även då insatserna inte ökar individens arbetsförmåga eller individen av medicinska skäl inte kan tillgodogöra sig fortsatta aktiva insatser genom Arbetsförmedlingen.

1.3 Rapportens disposition

I nästa kapitel går vi igenom studiens metod och de urval den baseras på.

I kapitel 3 redovisas studiens resultat. Kapitlet är indelat i fem huvudavsnitt. Avsnitt 3.1 studerar eventuella skillnader i individernas egenskaper som förklaring till skilda utfall i det förstärkta samarbetet. Avsnitt 3.2 har huvudfokus på Försäkringskassans utredningsarbete inför gemensam kartläggning. Avsnitt 3.3 koncentrerar sig på ledtiderna i rehabiliteringsprocessen från det att individen bedöms vara i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering till starten av aktiva insatser i det förstärkta samarbetet. I avsnitt 3.4 redovisas den gemensamma kartläggningen, de aktiva insatserna och avslutet i det förstärkta samarbetet. I avsnitt 3.5 redovisas regressionsanalyser som använts för att undersöka i vilken utsträckning skillnader mellan olika grupper kvarstår då vi konstanthåller för andra viktiga faktorer.

Rapporten avslutas i kapitel 4 med en diskussion kring rapportens resultat och slutsatser.

2 Metod, data och genomförande

Data till studien har hämtats från register och samlats in genom aktgranskning. Registerdata samt svaren på granskningsfrågorna i aktstudien utgör den samlade data som studiens resultat baseras på.

Registerdata för samtliga sjukskrivna individer som avslutat deltagandet i det förstärkta samarbetet under 2016 kommer från Försäkringskassans datalager och MiDAS (Mikro Data för Analys av Socialförsäkringen) och Arbetsförmedlingens datalager.

För att kunna genomföra aktgranskningen har två urval dragits. Från Arbetsförmedlingens register har samtliga avslut under 2016 tagits fram och fördelats i två grupper;¹ dels de som gått tillbaka till Försäkringskassan efter avslutet, dels de som lämnade det förstärkta samarbetet och gick vidare till arbete, utbildning eller andra aktiva insatser i Arbetsförmedlingens regi. Därefter har via Försäkringskassans register de som var sjukskrivna vid den gemensamma kartläggningen valts ut. Utifrån detta har två urvalsramar skapats.

Ett obundet slumpmässigt urval på 250 deltagare har dragits bland de som gått tillbaka till Försäkringskassan efter avslutet, och ett obundet slumpmässigt urval på 250 deltagare har dragits bland de som lämnade det förstärkta samarbetet och gick vidare till arbete, utbildning, arbetssökande eller andra aktiva insatser i Arbetsförmedlingens regi.

I granskningen har information som rör Försäkringskassans utredningsarbete före den gemensamma kartläggningen, tidpunkter för olika steg i processen, insatserna och stödet från Arbetsförmedlingens sida, eventuella problem i samarbetet, förekomsten av byten av arbetsförmedlare eller handläggare, tillsammans med kvalitativa bedömningar från granskarnas sida samlats in. Informationen från aktgranskningen sammanfördes sedan med registerinformation från båda myndigheterna.

Urvalsramarna och urvalen har benämnts ”Åter FK” respektive ”Lämnar sjukförsäkringen”.

I tabell A1 i Bilaga 1 redovisas hur de båda urvalen som drogs ser ut med avseende på individkaraktäristika. Test visar inga (på 5-procentsnivån) statistiskt signifikanta skillnader mellan populationernas och urvalens

¹ Det innebär att alla individer som ingår i studien har varit inskrivna som deltagare i det förstärkta samarbetet.

sammansättning.² Urvalen bör därmed vara representativa och resultatet av aktgranskningen kan anses spegla processen före, under och efter det förstärkta samarbetet för hela populationen.

Vi har haft ett bortfall i granskningen på 25 ärenden i gruppen ”Åter FK” och 29 ärenden i gruppen ”Lämnar sjukförsäkringen”. Den främsta anledningen är att ärendet endast gått att identifiera hos den ena myndigheten. Dessa ärenden där det inte finns information från både Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens dokumentation har hanterats som ett bortfall. I ett fåtal fall har det rört sig om dubletter i registret som urvalsramen skapats från.

Granskningen har genomförts med stöd av två granskningsformulär. Det första har använts av granskare från Försäkringskassan, och har omfattat frågor som främst berört handläggningen på Försäkringskassan före den gemensamma kartläggningen och handläggningen efter deltagandet i det förstärkta samarbetet för de deltagare som i någon omfattning återgått till Försäkringskassan. Det andra granskningsformuläret har använts av granskare från Arbetsförmedlingen och har främst koncentrerats på frågor som berör själva deltagandet i de aktiva insatserna och resultatet av det förstärkta samarbetet. I båda formulären har också ingått frågor om datum för olika händelser, t.ex. datum när gemensam kartläggning begärs och när aktiva insatser startar. Ett antal bedömningsfrågor har också ingått där granskarna avkrävt en form av värderande bedömning, t.ex. om Försäkringskassans utredningsarbete kännetecknats av ett aktivt eller passivt förhållningssätt eller om starten av insatser varit motiverad utifrån deltagarens behov och förutsättningar.

Före granskningens genomförande i maj 2017 har granskningsformulären testats och kalibrering av respektive granskningsgrupp har genomförts.

² Undantag: Andelen ”kombinatorer” är högre i urvalet för gruppen som går åter till Försäkringskassan jämfört med i den bakomliggande populationen. Vi anser inte att detta påverkar urvalens representativitet eller hur de speglar gruppernas sammansättning. P-värden för tester av skillnad mellan population och urval, se Tabell A1 i Bilaga 1.

Faktaruta om aktgranskning

En granskning av akter är ett sätt att fånga information om den verksamhet som studeras. I en granskning med syftet att ligga till grund för en kvantitativ analys samlas information in på ett enhetligt sätt med fördefinierade frågor. Insamlandet bygger på den dokumentation som finns i akterna. Om dokumentationen är bristfällig riskerar informationen att bli mindre värd. Det finns alltid en osäkerhet i denna typ av studier. Det som inte är dokumenterat, eller som granskarna haft svårt att hitta eller tolka i dokumentationen kan ändå vara övervägt eller faktiskt gjort i handläggningen. Den exakta nivån på om olika moment i handläggningen eller processen är utförda ska därför inte övertolkas. En granskning ger dock en uppfattning om nivån även om det inte är en exakt angivelse. Vid jämförelser mellan grupper som den här studien till största delen handlar om bör informationen dock vara tillräcklig för att identifiera väsentliga skillnader mellan grupper. Detsamma gäller de frågor som innehåller mer kvalitativa bedömningar från granskarnas sida.

Analysen bygger på statistiska gruppjämförelser. Vi jämför gruppen som lämnar sjukförsäkringen med gruppen som återgår till Försäkringskassan. Vi jämför kvinnor med män, och vi jämför grupper med olika bedömd aktivitetsnivå med varandra.

Med hjälp av regressionsanalyser studerar vi vilka skillnader i gruppjämförelserna som kvarstår då vi också kontrollerar (konstanthåller) för andra viktiga faktorer. I regressionsanalyserna använder vi oss av en linjär sannolikhetsmodell (OLS) för att skatta sannolikheten för ett specifikt utfall, t.ex. att lämna sjukförsäkringen.

3 Resultat

3.1 Deltagarnas bakgrund och historik

I detta avsnitt jämför vi gruppen som lämnar sjukförsäkringen med gruppen som återkommer till Försäkringskassan efter det förstärkta samarbetet. Jämförelsen görs baserat på gruppernas individkaraktäristika och deltagarnas sjuk- och arbetslöshetshistorik. Vi gör detta för att se om det finns så stora skillnader mellan grupperna att det kan förklara utfallet eller användas för att förutse utfallet för en enskild individ.

Vid en jämförelse av individkaraktäristika tillsammans med sjuk- och arbetslöshetshistorik för de som lämnar sjukförsäkringen respektive kommer åter till Försäkringskassan (FK) finns det skillnader mellan de två grupperna och de följer till största delen ett förväntat mönster:

Lämnar sjukförsäkringen	Åter Försäkringskassan
Större andel män	Större andel kvinnor
Större andel med svensk bakgrund	Större andel med utländsk bakgrund
Större andel som var anställda vid sjukfallets start	Större andel som var arbetslösa vid sjukfallets start
Större andel ogifta	Större andel frånskilda
Lägre medelålder	Högre medelålder
Färre sjukdagar under de två åren före det aktuella sjukfallet	Fler sjukdagar under de två åren före det aktuella sjukfallet
Färre inskrivningsdagar på AF under de senaste fem åren före det aktuella sjukfallet. (Däremot inte under de senaste två åren före det aktuella sjukfallet)	Fler inskrivningsdagar på AF under de senaste fem åren före det aktuella sjukfallet. (Däremot inte under de senaste två åren före det aktuella sjukfallet)
Mindre andel med hemmavarande barn (0 –17 år)	Större andel med hemmavarande barn (0 –17 år)
Mindre andel s.k. återvändare (individer som minst en gång nått maxtiden i sjukförsäkringen)	Större andel s.k. återvändare (individer som minst en gång nått maxtiden i sjukförsäkringen)
Mindre andel individer med partiell sjukersättning vid sjukfallets start	Större andel individer med partiell sjukersättning vid sjukfallets start
Större andel individer med en högre utbildningsnivå	Större andel individer med lägre utbildningsnivå
Större andel individer med psykiatrisk huvuddiagnos vid sjukfallets start	Större andel individer med sjukdomar i rörelseorganen som huvuddiagnos vid sjukfallets start

Det är viktigt att slå fast att dessa skillnader mellan grupperna inte säger något om effekterna av det förstärkta samarbetet för olika grupper av deltagare.

Även om individer med vissa egenskaper eller karaktäristika är överrepresenterade i en av grupperna så är de samtidigt relativt väl representerade i den andra gruppen. Inga av de skillnader mellan grupper som vi ser är så stora att man, baserat på de individkaraktäristika vi studerat här, i förväg kan identifiera individer som inte kan nå lyckade resultat i det förstärkta samarbetet. Som exempel kan tas individerna med utländsk bakgrund. De utgör 20,8 procent i gruppen som återgår till Försäkringskassan, men samtidigt utgör de 17,6 procent av de som lämnar sjukförsäkringen (se tabell 1).

Jämförelsen mellan grupperna pekar snarare i riktning mot att det är andra faktorer än dessa individkaraktäristika som avgör hur det går i det förstärkta samarbetet.

En annan slutsats man också kan dra från jämförelsen mellan grupperna är att deltagandet inte kännetecknas av några skeva urval, eller urval baserade på förutfattade meningar. Det talar för att urvalen till deltagande inte snedvrids till följd av s.k. creamskimming (att urvalet inriktas på individer med störst chanser till goda resultat även om de hade nått dessa utan insatserna). Det ger också en indikation på att det finns fler individer bland de sjukskrivna, med liknande bakgrundsegenskaper som de vi studerat, som skulle kunna identifieras i handläggningen och komma i åtnjutande av insatserna och därigenom stödjas att komma tillbaka ut på arbetsmarknaden. En slutsats som stöds av resultaten i effektutvärderingen av insatserna för unga med aktivitetsersättning (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2017).

3.1.1 Sammanfattning

Det finns skillnader i individernas bakgrund mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan. Men dessa skillnader är inte så stora att de förklarar olika utfall. Jämförelsen mellan grupperna pekar snarare i riktning mot att det är andra faktorer än dessa individkaraktäristika som avgör hur det går i det förstärkta samarbetet.

I nästa avsnitt går vi vidare och undersöker om vi kan identifiera skillnader i Försäkringskassans handläggning före den gemensamma kartläggningen som kan öka förståelsen för resultaten av det förstärkta samarbetet.

Tabell 1 Individkarakteristika för de som lämnar sjukförsäkringen respektive kommer åter till Försäkringskassan

	Populationen		Urvalet	
	Lämnar sjukförsäkringen	Åter FK	Lämnar sjukförsäkringen	Åter FK
Antal	3 087	2 964	221	225
Kvinna	62,2 %	67,1 %	56,1 %	63,1 %
Utländsk bakgrund	17,6 %	20,8 %	14,5 %	24,0 %
Försäkradtyp vid sjukfallets start				
Anställd	56,8 %	52,0 %	56,6 %	51,1 %
Arbetslös	38,8 %	43,6 %	37,6 %	44,0 %
Egenföretagare	2,6 %	2,5 %	3,6 %	3,6 %
Kombinatör (anställd+egenföretagare)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	1,3 %
Övriga	1,4 %	1,6 %	1,8 %	0,0 %
Civilstånd				
Efterlevande	1,0 %	0,8 %	1,4 %	0,4 %
Gift/Reg. partner	31,5 %	32,4 %	28,5 %	28,9 %
Ogift	49,4 %	46,0 %	54,3 %	48,0 %
Skild/Skild partner	17,4 %	20,1 %	15,4 %	21,3 %
Saknas/Ej tillämplig	0,7 %	0,7 %	0,5 %	1,3 %
Medel av sjukpenninggrundande inkomst (SGI)	255 429 (92 471)	248 750 (91 172)	254 396 (86 983)	246 299 (88 101)
Medel av Ålder	41,4 (10,2)	43,0 (10,2)	40,4 (10,6)	43,1 (10,4)
Medel av Historiska sjukdagar, under 24 mån före aktuellt sjukfall	157 (222)	200 (249)	157 (226)	198 (246)
Medel av historiska inskrivningsdagar AF, under 24 mån före aktuellt sjukfall	66 (143)	68 (149)	85 (154)	74 (151)
Medel av historiska inskrivningsdagar AF, under 60 mån före aktuellt sjukfall	276 (404)	295 (424)	299 (404)	317 (421)
Har hemmavarande barn 0 –17 år	19,0 %	16,1 %	19,0 %	14,7 %
Återvändare detta sjukfall	13,0 %	19,9 %	15,4 %	21,8 %
Återvändare någonsin	25,4 %	31,7 %	30,3 %	33,3 %
Utbildningsnivå				
Förgymnasial utbildning kortare än 9 år	3,2 %	5,6 %	4,1 %	6,2 %
Förgymnasial utbildning 9 (10) år	12,4 %	15,8 %	14,0 %	13,8 %
Gymnasial utbildning	51,5 %	49,6 %	52,5 %	50,2 %
Eftergymnasial utbildning, kortare än två år	9,5 %	8,0 %	7,2 %	9,3 %
Eftergymnasial utbildning, två år eller längre	22,4 %	19,3 %	21,3 %	17,3 %
Forskarutbildning	0,6 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %
Saknas/Okänd	0,5 %	1,5 %	0,5 %	2,7 %
Huvuddiagnos vid sjukskrivning				
Psykiatrisk	65,2 %	60,1 %	67,0 %	64,4 %
Rörelseorganens sjukdomar	16,0 %	19,3 %	14,0 %	17,8 %
Skador	2,9 %	3,2 %	5,0 %	4,9 %
Övriga	16,0 %	17,4 %	14,0 %	12,9 %
Har partiell SA vid sjukskrivningens start	5,6 %	7,5 %	5,0 %	8,4 %

3.2 Försäkringskassans utredningsarbete inför gemensam kartläggning

I detta avsnitt studerar vi om gruppen som lämnar sjukförsäkringen skiljer sig från gruppen som återgår till FK med avseende på Försäkringskassans handläggning före gemensam kartläggning. Motsvarande jämförelse görs mellan män och kvinnor, liksom mellan de deltagare som bedömts ha en högre aktivitetsnivå (10 tim eller mer/vecka) och de som har bedömts ha en lägre (<10 tim/vecka). Längre fram i studien görs jämförelser utifrån bedömd aktivitetsnivå utifrån fyra grupper (Mindre än 10 tim/vecka, 10 tim/vecka, Mer än 10 tim/vecka samt en grupp där aktivitetsnivån inte går att utläsa). Även i detta avsnitt har analyser utifrån fyra grupper gjorts, men inte resulterat i några statistiskt signifikanta skillnader. Mot bakgrund av det har vi valt att i detta avsnitt redovisa resultaten utifrån de två grupperna: Låg respektive hög aktivitetsnivå.

3.2.1 Ingen skillnad utifrån enskilda moment i handläggningen...

Vi finner inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna med avseende på enskilda moment i handläggningen eller utredningsarbetet före gemensam kartläggning (GK), se tabell A2 i Bilaga 1, panel a-c). Detta gäller för följande undersökta aspekter av handläggningen:

- Hur deltagandet i gemensam kartläggning initierats.
- Om det skett konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR).
- Om följande utredningar genomförts som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför gemensam kartläggning:
 - SASSAM-kartläggning³
 - avstämningsmöte⁴
 - något annat personligt möte med den försäkrade
 - telefonkontakt med den försäkrade
 - muntlig eller skriftlig kontakt med vården
 - muntlig eller skriftlig kontakt med den försäkrades arbetsgivare
 - fördjupad medicinsk utredning (AFU, TMU eller SLU⁵).

³ SASSAM är en förkortning för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och Samordnad rehabilitering. Utredningen innebär att Försäkringskassans handläggare tillsammans med individen gör en kartläggning av bland annat hälsotillstånd, arbetsförmåga och motivation. På mötet används en så kallad SASSAM-karta som underlag för samtalet. Utredningen ska resultera i ett ställningstagande eller beslut om hur ärendet ska handläggas i fortsättningen.

⁴ Ett avstämningsmöte är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst ytterligare en part (exempelvis läkaren eller arbetsgivaren) deltar i med syfte att utreda den sjukskrivnes arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

⁵ Vid denna tidpunkt fanns det tre olika former av försäkringsmedicinska utredningar att få utlåtanden från: aktivitetsförmågeutredning (AFU), teambaserad utredning (TMU) och särskilt läkarutlåtande (SLU).

För att utreda behovet av en gemensam kartläggning behöver inte alla av de tänkbara utredningarna göras. Det kan räcka med någon av dem. Minst en av utredningarna har gjorts i 92 procent av ärendena. Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna i andelen ärenden där det gjorts en, två eller flera av de listade utredningsåtgärderna (Tabell A3 i Bilaga 1).

3.2.2 ... men personligt möte i någon form spelar roll

Däremot ser vi en skillnad mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan när vi studerar om handläggningen innehållit *någon* form av personligt möte eller inte före den gemensamma kartläggningen, se tabell 2. I gruppen som lämnar sjukförsäkringen har SASSAM-kartläggning, avstämningsmöte och/eller något annat personligt möte genomförts i större utsträckning än för gruppen som går tillbaka till Försäkringskassan.

Tabell 2 Genomfört SASSAM-kartläggning, avstämningsmöte och/eller något annat personligt möte före gemensam kartläggning (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkringen	Diff.	(p-värde)
SASSAM-kartläggning, avstämningsmöte och/eller något annat personligt möte	58	71	-13	0,00

Not: p-värdet redovisar sannolikheten för att andelarna som redovisas för de två grupperna är lika.

I metodstödet för det förstärkta samarbetet anges att ett personligt möte ska genomföras som förberedelse inför den gemensamma kartläggningen. För deltagarna i denna undersökning har detta bara gjorts i åtta procent av de granskade fallen, och i lika liten omfattning för alla jämförda grupper. Men när vi studerar om *någon* form av personligt möte, inkluderat SASSAM-kartläggning och avstämningsmöte, genomförts så finns en skillnad mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som går tillbaka till Försäkringskassan. Det talar för att personlig kontakt mellan handläggaren och den försäkrade någon gång före gemensam kartläggning kan spela roll för den fortsatta processen och resultatet.

3.2.3 Resultatet av samarbetet tycks mer beroende av agerandet i samband med GK än tidigare i sjukfallet

En annan aspekt av handläggningen som kan ha betydelse, men som inte fångas i frågor om ett visst moment i handläggningen gjorts eller om en viss utredningsåtgärd framgår av dokumentationen, handlar om aktiva ställningstaganden i handläggningen, framförhållning, planering av nästa steg och i vilken grad detta framgår i ärendet. Det är alltså en annan aspekt än kvantiteten av åtgärder i handläggningen. I granskningen har vi försökt fånga denna dimension genom att granskarna har fått göra en värderande bedömning om handläggningen före GK kännetecknats av ett passivt eller

aktivt förhållningssätt i utredningsarbetet. Det handlar inte om ett betygssättande i termer av om handläggaren har gjort rätt eller fel utan att fånga en annan dimension av handläggningen än den som ges av om olika moment gjorts.

I och med att studien baseras på deltagare som avslutat det förstärkta samarbetet under 2016 innebär det att handläggningen på Försäkringskassan har skett under en period med ett ökat inflöde av nya sjukskrivningar och ett ökat antal pågående sjukfall. Denna period kännetecknades bland annat av att en större och större andel av personalresurserna fick inriktas på handläggningen av nya sjukskrivningar vilket gav mindre tid till handläggningen av pågående sjukfall. Detta syns bland annat i nedgången av antalet bedömningar enligt rehabiliteringskedjan som utfördes i tid. Uppgången av antalet sjukskrivna påverkade förmågan och möjligheterna att bedriva en aktiv handläggning med god framförhållning och proaktivitet i relation till de pågående sjukfallen. Hur såg det ut i de sjukfall som deltagit i rehabiliteringssamarbetet och syns det i resultatet av samarbetet?

Svarsalternativen har definierats på följande sätt: Helt passivt: Inga nya utredningsinitiativ i handläggningen som framgår av och motiveras i dokumentationen, inte heller uppfattat och agerat på eventuella impulser från annan; Till större delen passivt: Inga nya egna utredningsinitiativ, men agerat på impulser från annan, ex. det är någon annan part som föreslår kartläggningen (den försäkrade, vårdgivaren, etc.) eller det tar tid innan handläggaren begär en gemensam kartläggning; Till större delen aktivt: Tar nya utredningsinitiativ, agerar på impulser från annan, men det förekommer liggtider; Mycket aktivt: Som ovan, men inga (eller få) onödiga liggtider förekommer.

Av tabell A4 a-c (Bilaga 1) framgår att granskarnas bedömning av denna dimension i handläggningen är mycket likartad mellan de studerade grupperna. Det finns inte några statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna. Det betyder att även om den handläggning som föregått en gemensam kartläggning kännetecknats av olika grad av aktivt och proaktivt utredningsarbete så tycks detta inte ha haft en avgörande betydelse för resultatet av det förstärkta samarbetet. Det tyder på att möjligheterna att lyckas i rehabiliteringen är mer beroende av agerandet från myndigheternas sida i anslutning till den gemensamma kartläggningen och under de aktiva insatserna än handläggningen under tidigare skeden av det aktuella sjukfallet.

3.2.4 Sammanfattning

I analysen av olika aspekter på handläggningen före den gemensamma kartläggningen identifierar vi en skillnad mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan. I gruppen som lämnar sjukförsäkringen har *någon* form av personligt möte genomförts i större utsträckning än för gruppen som går tillbaka till Försäkringskassan. Det talar för att personlig kontakt mellan handläggaren och den försäkrade någon gång före gemensam kartläggning kan spela roll för den fortsatta processen och resultatet. I övrigt identifierar vi inte några statistiskt

signifikanta skillnader mellan grupperna i handläggningen före den gemensamma kartläggningen.

I nästa avsnitt analyseras processen för det förstärkta samarbetets i form av ledtider, dvs. den tid som går mellan olika moment från sjukfallets start tills aktiva åtgärder inleds, för att se om det här finns skillnader mellan olika grupper som kan öka förståelsen för olika utfall av rehabiliteringen.

3.3 Ledtider från sjukfallsstart fram till aktiva insatser

Detta avsnitt undersöker ledtiderna in i det förstärkta samarbetet och fram till aktiva insatser. I avsnittet undersöks även om det finns systematiska skillnader i ledtiderna mellan de som återgår till FK och de som lämnar sjukförsäkringen; mellan kvinnor och män; och mellan individer utifrån vilken aktivitetsnivå de bedömdes ha under den gemensamma kartläggningen. Två specifika nedslag görs, i metodtrogenhet vad gäller ordningsföljden för olika moment i processen in i det förstärkta samarbetet, samt i avvikande långa ledtider. Metodtrogenhet definieras utifrån att den angivna processen för det förstärkta samarbetet följts. Processen beskrivs översiktligt i avsnitt 1.1 i rapporten, och i detalj i Arbetsförmedlingen (2014) och Försäkringskassan (2015).

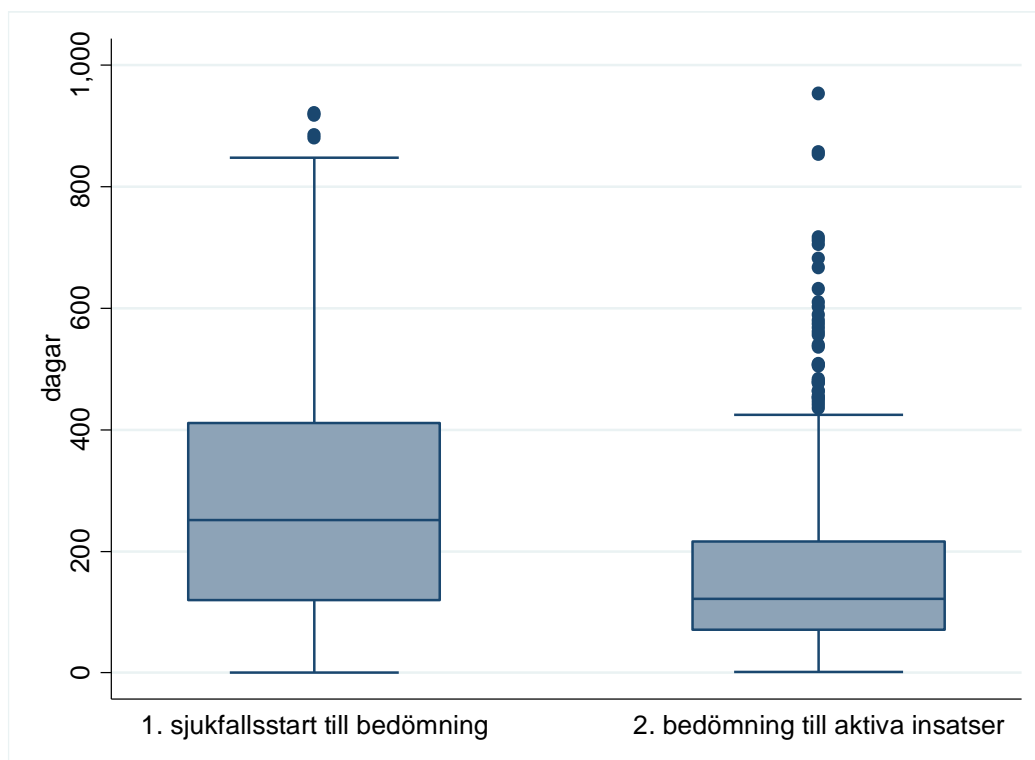
3.3.1 Övergripande om ledtiderna

Till vänster i Figur 2 visas tiden från sjukfallets start till att handläggaren gör bedömningen att deltagaren kan ha nytta av det förstärkta samarbetet. Det finns en mycket stor variation mellan individer. Om det finns en uttalad historik av tidigare sjukskrivning, exempelvis genom att individen avslutade sitt förra sjukfall på grund av att hen uppnått maxtiden, och sedan återvänt direkt då det varit möjligt, kan handläggaren omedelbart vid sjukfallsstart göra bedömningen att insatser inom det förstärkta samarbetet är aktuellt. För 16 procent av individerna skedde bedömningen inom 90 dagar från sjukfallsstart, en mycket kort tid för ett så stort rehabiliteringsbeslut. Fem procent av urvalet hade mindre än en månad mellan sjukfallets start och bedömningen. Andelen individer med mindre än 90 dagar mellan sjukfallsstart och bedömning ligger dock helt i linje med andelen återvändare i materialet (jmf. Tabell 1, "Återvändare detta sjukfall"). För de flesta individer dröjer bedömningen ett flertal månader in i sjukfallet. Det tar åtta månader för genomsnittsindividen, längre än 18 månader för 11 procent av individerna, och längre än två år för tre procent.

I Figur 2 visualiseras fördelningen av ledtider från sjukfallsstart till bedömningen att insatser inom det förstärkta samarbetet är aktuellt, och från bedömning till aktiva insatser, med hjälp av lådagran. Lådagran avläses enligt följande: Tre fjärdedelar av alla observationer ligger inom "lådan", och linjen som går genom "lådan" visar på det mittersta värdet, medianen. Extremvärden redovisas i form av fristående prickar.

På högra sidan av Figur 2 visas tiden från att bedömningen gjorts till att deltagaren skrivs in i aktiva insatser. Denna ledtid fångar alltså den sammanlagda tiden för processen att ta in en ny deltagare i det förstärkta samarbetet, från det att aktiva insatser först bedömts kunna vara aktuella, till det att deltagaren påbörjar dem. Det tar fyra månader för genomsnittsindividen, medan fem procent hade kortare än en månad och fyra procent längre än ett och ett halvt år. Endast tre personer i urvalet hade längre än två år.

Figur 2 Ledtider från sjukfallsstart till start av aktiva insatser



Not: Lådagram avläses enligt följande: Tre fjärdedelar av alla observationer ligger inom "lådan", och linjen som går genom "lådan" visar på det mittersta värdet, medianen. Extremvärden redovisas i form av fristående prickar.

I Figur 2 framgick att processen in i det förstärkta samarbetet är tidskrävande och i snitt tar fyra månader. I nästa steg har därför ledtider för olika delmoment i processen från bedömningen till start av aktiva insatser tagits fram.⁶ Ledtiderna redovisas i Figur 3. Återigen är det generella mönstret att det är stor variation mellan individer, så stor att det är svårt att

⁶ För följande moment har vi fångat datumuppgifter med tillräckligt hög kvalitet för att kunna undersöka tiderna mellan två moment närmre:

- Handläggaren bedömer att den försäkrade kan vara aktuell för FS
- Handläggaren begär samtycke från den försäkrade
- Samtycke inkommer
- Handläggaren skickar begäran om GK till AF
- Första GK
- Aktiva insatser påbörjas.

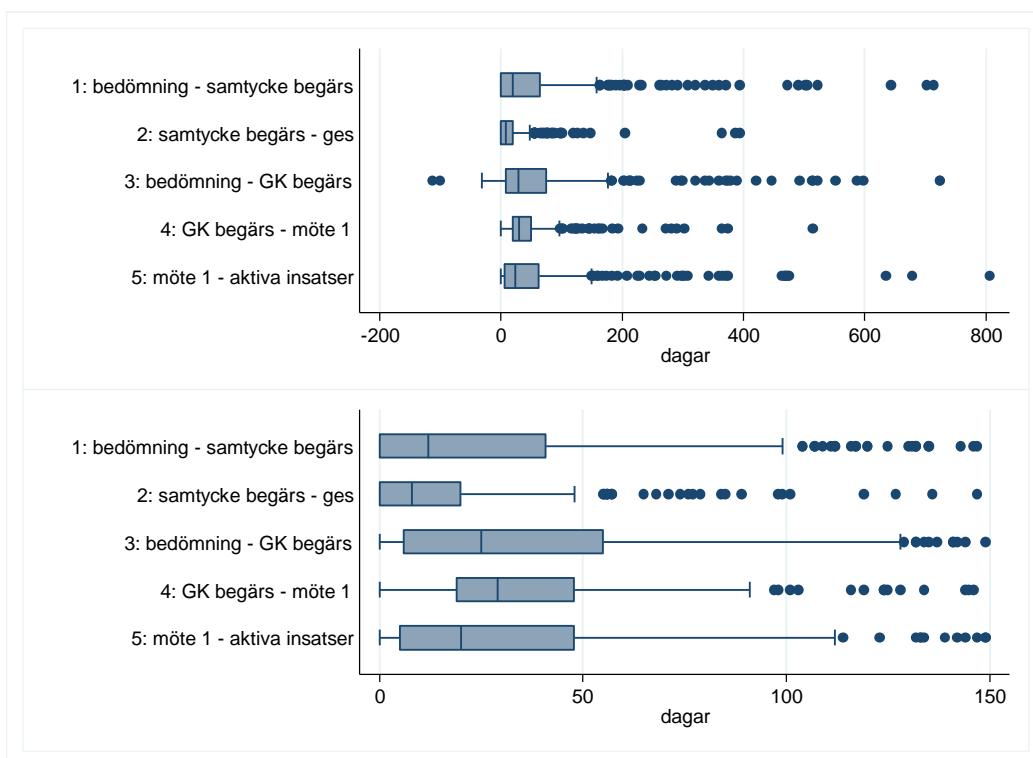
se något annat i den övre panelen, eftersom varje ledd har ett flertal extremvärden, representerade av fristående prickar, som avviker starkt från övriga observationer. För att få en tydligare bild av de vanligare förekommande ledderna har x-axeln skurits av i den undre panelen, som visar samma ledder men utan de mest extrema ledderna. Vi återkommer till den stora variationen i slutet av avsnittet.

Utifrån metodbeskrivningen finns det tydliga steg som för processen framåt, och en ordningsföljd, även om ordningsföljden inte är absolut för alla stegen.⁷ När handläggaren gjort bedömningen att insatser inom det förstärkta samarbetet ska genomföras ska hen motivera det med vad som framkommit och dokumenterats under utredningsinsatsen. Det kan vara dokumentation från en tidigare utredning, alternativt ska handläggaren initiera en ny utredning. Om utredningen stödjer bedömningen är nästa steg att inhämta samtycke från individen innan begäran skickas om gemensam kartläggning till AF. Från bedömningen till att begäran om samtycke skickas går det 20 dagar för genomsnittsindividen, men över två månader för var fjärde individ. Att det tar tid kan bero på att handläggaren utreder om det är aktuellt att gå vidare utifrån den initiala bedömningen. Men leddet kan även förlängas av att handläggaren går direkt från bedömning till begäran om gemensam kartläggning, och inhämtar samtycke först under sittande möte. Tiden från bedömning till begäran om gemensam kartläggning är 29 dagar för genomsnittsindividen, endast en dryg vecka längre än tiden till samtycke inhämtas. Tiden från att samtycke begärs in till att det lämnas är istället relativt kort, åtta dagar för genomsnittsindividen, delvis för att den för var fjärde individ (27 procent) är noll, dvs. på grund av att samtycket inhämtats under sittande möte.

Efter att begäran om gemensam kartläggning inkommit till AF bokas en tid för det första mötet i gemensam kartläggning. Här ingår inga ytterligare moment, utan leddets längd beror på hur uppbokade handläggare och arbetsförmedlare är, samt om någon ytterligare aktör ska delta på mötet. För genomsnittsindividen dröjer det en månad. Gemensam kartläggning kan ske genom ett eller flera möten. Efter eller i samband med att kartläggningen avslutas påbörjas istället aktiva insatser inom det förstärkta samarbetet. Första mötet i gemensam kartläggning kan därmed övergå i starten av aktiva insatser. Men gemensam kartläggning kan kräva djupare utredningar, eventuellt med nya aktörer närvarande, och processen tar en månad för genomsnittsindividen, medan var fjärde deltagare behöver vänta minst två månader.

⁷ De delar av processen som har en tydlig ordningsföljd har använts för att förbättra datakvaliteten inför analyserna genom att rensa data från inkonsistenta datumangivelser. Individer som har en eller ett fåtal inkonsistenta datum har fått dessa omkodade till bortfall. De 17 individer som hade ett flertal inkonsistenser i angivna datum har helt kodats om till bortfall. 234 individer (av 446) har konsistenta datum för alla identifierade moment. Olika moment har olika stort bortfall, och analysen av olika processteg baseras därför på olika antal observationer.

Figur 3 Ledtider inom inskrivningsprocessen till det förstärkta samarbetet



Not: Lådagram avläses enligt följande: Tre fjärdedelar av alla observationer ligger inom "lådan", och linjen som går genom "lådan" visar på det mittersta värdet, medianen. Extremvärden redovisas i form av fristående prickar.

3.3.2 Metodtrogenhet

Att motivera begäran om gemensam kartläggning utifrån existerande utredningsdokumentation samt att först inhämta samtycke innebär att arbeta metodtroget i denna del av processen. Andelen individer för vilka dessa moment utförts redovisas i Tabell 3. Var femte deltagare har en handläggare som arbetat helt metodenligt, medan var tredje deltagare har haft en handläggare som hoppat över eller senarelagt båda de angivna momenten. Att arbeta metodenligt innebär att det finns en dokumenterad logik och spårbarhet i processen, men det kan samtidigt medföra längre ledtider. Vi har undersökt om detta gäller genom att jämföra ledtiderna för individer med handläggare som arbetat helt metodenligt med de som inte alls arbetar metodenligt, dvs. de 122 med nej på båda frågorna jämfört med de 72 med ja på båda frågorna.

Tabell 3 Metodtrogenhet i initierandet av gemensam kartläggning (GK), Antal

Samtycke inhämtas före begäran om GK	Utredningsinsatser sker före begäran om GK	
	Nej	Ja
Nej	122	99
Ja	42	72

Ett metodtroget arbetssätt visar sig vara förenat med längre ledtider. I snitt skiljer det 67 dagar i ledtid från bedömningen till att begäran om gemensam kartläggning skickas mellan handläggare som arbetar metodenligt och de som inte arbetar metodenligt. Skillnaden är signifikant. Däremot ser vi inga skillnader i hur det går för individerna utifrån om deras handläggare arbetat metodenligt eller inte, varken i om de lämnar eller återgår till FK efter avslut i det förstärkta samarbetet eller i om de går ut i arbete eller inte. Vi ser inte heller några skillnader i om arbetssättet varit metodenligt mellan könen eller utifrån bedömningen av aktivitetsnivån. Korta ledtider är inte den enda prioriteringen, och ett metodenligt arbetssätt kan exempelvis innebära att onödiga möten med individer som inte vill delta kan undvikas. Tolkningen av våra resultat är därmed inte att alla handläggare borde avvika från processen. Däremot menar vi att resultaten kan tolkas i termer av att angivna moment har konsekvenser för den tid som en process tar i sin helhet, det vill säga metoden har kostnader i form av ökad tidsåtgång. Detta kan ses som en indikation på bedömningsutrymme för handläggaren i att styra processen, där den formella processbeskrivningen snarare bör ses som en vägledning än ett regelverk.

3.3.3 Inga gruppskillnader

I detta avsnitt undersöks systematiska skillnader i ledtider mellan olika grupper. Vi finner inga indikationer på systematiska skillnader i någon av de undersökta ledtiderna mellan någon av de undersökta grupperna. Ett undantag är gruppen som inte fått sin aktivitetsnivå bedömd, som ser ut att ha en längre väg in i det förstärkta samarbetet. Denna grupp avviker på flera sätt från övriga, och vi återkommer till dem i avsnitt 3.4.2.

Analysen har avgränsats till ledtiderna 3–5 i Figur 3 ovan: bedömning till begäran om GK, begäran om GK till första mötet i GK, första mötet i GK till start aktiva insatser. Stegen tillsammans beskriver hela inskrivningsprocessen från att det förstärkta samarbetet först aktualiseras till att det påbörjas och de är kronologiskt ordnade för den absoluta majoriteten av individerna. Stegen tar strax under en månad för genomsnittsindividens samtidigt som det finns en avsevärd spridning uppåt.

Grupperna som jämförs är de som lämnar sjukförsäkringen via det förstärkta samarbetet och de som återgår, de som lämnar för arbete och de som inte gör det, kvinnor och män, och de med låg, medel, hög, respektive okänd aktivitetsnivå vid det förstärkta samarbetets start. Resultaten redovisas i Tabell 4.

Tabell 4 Skillnader i ledtider mellan grupper av individer (dagar)

			Skillnad (standardfel)	p-värde
a) Avslut förstärkta samarbetet	Åter FK	Lämnar sjukförsäkringen		
Bedömning – GK begärs	74	67	6,8 (13)	0,589
GK begärs – möte 1	46	45	0,93 (6.2)	0,881
Möte 1 – aktiva insatser	58	62	-3,5 (11)	0,75
b) Avslut arbete	Arbete	Inte arbete		
Bedömning – GK begärs	68	75	-6,4 (14)	0,642
GK begärs – möte 1	46	44	1,4 (6.8)	0,834
Möte 1 – aktiva insatser	63	54	8,7 (12)	0,468
c) Kön	Man	Kvinna		
Bedömning – GK begärs	77	66	11 (13)	0,420
GK begärs – möte 1	44	46	-2,2 (6.3)	0,732
Möte 1 – aktiva insatser	61	59	2,2 (11)	0,840
d) Aktivitetsnivå medel	Under 10	10 timmar		
Bedömning – GK begärs	58	71	-13 (15)	0,392
GK begärs – möte 1	52	40	12 (9,1)	0,187
Möte 1 – aktiva insatser	49	77	-29 (15)	0,059
e) Aktivitetsnivå hög	Under 10	Över 10 timmar		
Bedömning – GK begärs	58	56	2,6 (14)	0,857
GK begärs – möte 1	52	34	18 (9.8)	0,069
Möte 1 – aktiva insatser	49	71	-23 (16)	0,151
f) Aktivitetsnivå okänd	Under 10	Okänd		
Bedömning – GK begärs	58	92	-34 (17)	0,050
GK begärs – möte 1	52	52	-0,29 (10)	0,977
Möte 1 – aktiva insatser	49	45	3,2 (11)	0,763

Not: p-värdet redovisar sannolikheten för att andelarna som redovisas för de två grupperna är lika.

3.3.4 Vanligt att individer har minst en ovanligt lång ledtid

I Figur 2 ovan noterade vi ett avsevärt antal individer med mycket längre tidsspann än de flesta. Bland de 238 individer som vi kan följa över alla de fem ledtider som redovisas i Figur 2 har 79 stycken, 33 procent, minst ett steg som tagit så mycket längre tid än brukligt att det redovisats som en separat prick i den övre panelen i figuren. Detta innebär att avvikande ledtider avsevärt förlänger tiden i GK för 1/3 av deltagarna. Att ha en avvikan- de lång ledtid samvarierar dock varken med utfallet i det förstärkta sam- arbetet, att ha fått arbete, kön, eller bedömningen av aktivitetsnivå. Det innebär att det är osannolikt att skillnader i förloppets hastighet är en drivande faktor bakom olika individers skilda utfall.

3.3.5 Sammanfattning

I analysen av ledtiderna in i och under tiden i det förstärkta samarbetet finner vi framför allt en stor individuell variation. En tredjedel av alla deltagare har minst en ledtid som avviker avsevärt från det förväntade. Långa ledtider är dock inte kopplade till sämre utfall, vilket vi tolkar som en indikation på bedömningsutrymme för handläggaren i att styra processen, med den formella processbeskrivningen som vägledning. Det finns inga större systematiska gruppskillnader i ledtider, men de som inte får sin aktivitetsförmåga bedömd under gemensam kartläggning har ofta haft en ovanligt lång väg in i det förstärkta samarbetet.

I nästa avsnitt beskrivs vad som sker under gemensam kartläggning och under tiden med aktiva insatser inom det förstärkta samarbetet. Syftet är som i detta avsnitt, att se om det finns skillnader mellan olika grupper som kan öka förståelsen för olika utfall av rehabiliteringen.

3.4 Gemensam kartläggning och aktiva insatser

Vi har tidigare redovisat de olika steg som tas på Försäkringskassan inför initierandet av en gemensam kartläggning och de ledtider som är förknippade med respektive steg. I detta avsnitt beskriver vi vad som sedan händer vid den gemensamma kartläggningen och i de aktiva insatserna och om vi kan se skillnader i dessa moment vad gäller våra tre analysgrupper (åter FK/lämnar sjukförsäkringen, män/kvinnor och aktivitetsnivå). Analysen utgår ifrån följande frågeställningar: Kan vi se att det vid den gemensamma kartläggningen togs fram en handlingsplan och formulerades mål för den fortsatta rehabiliteringen? Planerades de aktiva insatserna tillsammans med individen? Vilken aktivitetsnivå bedömdes individen ha? Vad hände i de aktiva insatserna, vilken kontakt hade individen med personlig handläggare och arbetsförmedlare, i vilken omfattning fick individen möjlighet till arbetsträning och stöd av Arbetsförmedlingens specialister? Hur avslutades det förstärkta samarbetet och vad blev nästa steg för individen?

De resultat och beskrivningar som redovisas nedan baseras på svar från de frågor som användes i aktgranskningen samt på information om möten från Arbetsförmedlingens registerdata. Resultat som presenteras som statistiskt säkerställda är signifikanta på fem procents nivå om inget annat anges.

3.4.1 Åter Försäkringskassan och Lämnar sjukförsäkringen

I detta avsnitt undersöker vi om och i så fall hur rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt för de som senare återgick till Försäkringskassan jämfört med de som gick vidare till arbete eller andra insatser på Arbetsförmedlingen (nedan benämnda som "lämnar sjukförsäkringen").

Gemensam kartläggning

Aktgranskningen visar att processen kring gemensam kartläggning inte skiljer sig mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan (se Tabell 5). Till exempel finns inga skillnader i doku-

mentation från mötena, förekomsten av mål och delmål med rehabiliteringen, hur många möten man haft och i vilken mån extern deltagare har medverkat på mötena. Övergripande för båda grupperna ser vi att det för majoriteten av deltagarna finns dokumentation om den gemensamma kartläggningen och mål och delmål satta för rehabiliteringsprocessen. De flesta deltagarna har endast ett möte i gemensam kartläggning och det vanliga är att det inte finns med någon ytterligare aktör, förutom arbetsförmedlare och personlig handläggare, under den gemensamma kartläggningen. För de som har haft med en extern aktör är det vanligast med en läkare, arbetsgivare, vän, psykolog, kurator eller samtalsterapeut (visas ej i tabell).

I samband med gemensam kartläggning görs en bedömning av i vilken omfattning deltagaren kan delta i aktiva insatser. Detta avgör i sin tur om deltagaren ska starta i arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser. Ett arbetslivsinriktat stöd ges till deltagare som bedöms ha en aktivitetsnivå på minst tio timmar och på så vis kan möta grundläggande krav i arbetslivet och delta i aktiviteter som i huvudsak är arbetsplatsförlagda, t ex arbetsutbildning. Arbetsförberedande insatser ges till deltagare som har en instabil eller låg aktivitetsförmåga och kan till exempel vara vägledningssamtal med arbetsförmedlare eller specialist, gruppaktiviteter och psykologsamtal eller andra utredande insatser. Resultaten i Tabell 5 visar att deltagare som senare lämnar sjukförsäkringen bedöms ha högre aktivitetsnivå och startar i högre utsträckning arbetslivsinriktade insatser (signifikant på tio procents nivå). Detta indikerar att deltagarna i de två grupperna redan från början hade olika förutsättningar.

Tabell 5 Gemensam kartläggning (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Finns dokumentation	82	81	1	0,74
Mål/delmål	87	88	-1	0,72
Fler möten i GK	27	23	4	0,37
Extern deltagare på GK	26	30	-4	0,38
Aktivitetsnivå > 9 timmar	53	69	-16	0,00
Arbetslivsinriktad	67	75	-8	0,10

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Finns sammanfattande dokumentation om gemensam kartläggning i AIS? Finns det vid övergång från, eller i nära anslutning till avslut av, gemensam kartläggning en handlingsplan med mål och delmål? Finns det en daganteckning i AIS där mål och delmål framkommer? Har flera möten genomförts i den gemensamma kartläggningen? Vem eller vilka har deltagit i minst ett möte inom den gemensamma kartläggningen utöver den försäkrade, personlig handläggare och arbetsförmedlare? I vilken omfattning bedöms kunden kunna delta vid starten av aktiva insatser? Ange inriktningen på den första åtgärden efter den gemensamma kartläggningen. P-värdet redovisar sannolikheten för att andelarna som redovisas för de två grupperna är lika.

Planering och start av aktiva insatser

Efter att deltagaren bedömts redo att starta arbetsrehabilitering på Arbetsförmedlingen planeras starten av de aktiva insatserna. Resultaten i Tabell 6 visar att deltagarna i de två grupperna i lika hög grad är med och planerar de aktiva insatserna samt i lika stor utsträckning har samma arbetsförmedlare under starten av aktiva insatser som de hade under gemensam kartläggning. Granskarna bedömer dock att starten av aktiva insatser i högre grad varit

motiverad utifrån individens behov och förutsättningar för deltagare som lämnar sjukförsäkringen. Granskarna hade möjlighet att kommentera varför de svarat nej på frågan om starten av aktiva insatser varit motiverad. De två vanligaste skälen till ett negativt svar var att granskarna tycker att fler deltagare skulle fått stöd av Arbetsförmedlingens specialister samt att det varit svårt att bedöma från dokumentationen de hade tillgänglig, där det sistnämnda kan ses som ett vet ej- svarare än ett nej-svar.

Tabell 6 Start av aktiva insatser (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Samma arbetsförmedlare	91	89	1	0,60
Planering tillsammans	90	90	0	0,99
Start motiverad	79	91	-12	0,00

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Är ansvarig arbetsförmedlare vid starten av aktiva insatser densamma som under gemensam kartläggning? Har planeringen inför aktiva insatser gjorts tillsammans med kund, arbetsförmedlare och den personliga handläggaren? Har starten av aktiva insatser (utredning/insatser) varit motiverad givet vad som varit känt om den arbetssökandes behov och förutsättningar vid avslut av gemensam kartläggning? P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

De aktiva insatserna

Under de aktiva insatserna ska deltagaren ha regelbundna uppföljningsmöten med sina stödpersoner. Svaren från aktgranskningen visar att ungefär tre av fyra deltagare har regelbundna uppföljningsmöten med arbetsförmedlare och personlig handläggare (se Tabell 7). 65 procent av deltagarna har också regelbunden kontakt via telefon. Samtidigt har 90 procent av deltagarna regelbunden kontakt med sin arbetsförmedlare/specialist. För dessa moment hittar vi inga skillnader mellan de som senare lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan.

Däremot ser vi att det oftare finns en tydlig avstämning mot handlingsplan för de som lämnar sjukförsäkringen jämfört med de som går åter till Försäkringskassan. Vi ser också en skillnad i andelen som har samma personliga handläggare genom hela processen där de som lämnar sjukförsäkringen oftare byter handläggare. Det finns dock ingen skillnad mellan grupperna i andelen som har kvar samma arbetsförmedlare.

Tabell 7 Kontakt med stödperson (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Tydlig avstämning	28	39	-11	0,01
Reviderad planering	61	64	-3	0,53
Kontakt AF/FK (besök)	74	76	-2	0,59
Kontakt AF/FK (telefon)	66	64	3	0,57
Kontakt arbetsförmedlare	89	92	-3	0,34
Samma arbetsförmedlare	82	77	5	0,23
Samma personliga handläggare	72	63	9	0,05

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Finns det en tydlig avstämning mot handlingsplan i samband med uppföljningsmöten med Af och FK? Finns det en dokumentation och eventuellt reviderad planering i daganteckning i AIS vid uppföljningsmöten med Af och FK? Hur många fysiska gemensamma möten (uppföljningsmöten) har Af och FK genomfört tillsammans med kunden under perioden i aktiva insatser? Hur många fysiska gemensamma möten (uppföljningsmöten) har Af och FK genomfört tillsammans med kunden under perioden i aktiva insatser? Vilken kontakt har förekommit mellan Af och FK under kundens tid i det förstärkta samarbetet? Har arbetsförmedlare/specialist och den arbetssökande regelbundet avstämning? Har den arbetssökande haft samma arbetsförmedlare under hela perioden med aktiva insatser? P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

I de aktiva insatserna finns möjlighet till stöd från Arbetsförmedlingens specialister. Av de som fått sådant stöd är det vanligast att träffa psykolog eller arbetsterapeut medan endast ett fåtal deltagare haft kontakt med socialkonsulent. Resultaten i Tabell 8 visar att majoriteten av deltagarna, ungefär sju av tio, inte har haft kontakt med någon av Arbetsförmedlingens specialister. Vi ser inte några stora skillnader mellan grupperna men resultatet indikerar att deltagare som senare återgår till Försäkringskassan i högre omfattning fått stöd av arbetsterapeut (signifikant på tio procent nivå).

Tabell 8 Kontakt med specialist (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p -värde)
Arbetsterapeut	20	14	6	0,10
Psykolog	18	14	4	0,29
Socialkonsulent	1	2	-1	0,60
Ingen	65	72	-7	0,11

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Vilka specialister hos Af har deltagit i kundens ärende? Notera att samma deltagare kan ha träffat flera olika typer av specialister varför svaren inte behöver summera till 1. P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

Arbetsträning är en viktig del av rehabiliteringsprocessen där deltagaren får möjlighet att komma ut och testa på att arbeta på en arbetsplats. Resultaten visar att det är en större andel av de som senare lämnar sjukförsäkringen som har arbetstränat jämfört med de som senare går tillbaka till Försäkringskassan (se Tabell 9). I den sistnämnda gruppen är det också vanligare att arbetsträningen avbryts för att deltagaren vill det (visas ej i tabell). Däremot hittar vi inga skillnader mellan grupperna vad gäller att arbetsförmedlaren aktivt ackvирerat (anskaffat) en arbetsträningsplats och att deltagaren fått stöd av personligt biträde under arbetsträningen. Deltagare som återgår till

Försäkringskassan har dock inte varit lika aktiva i att själva hitta en arbetsträningsplats (visas ej i tabell).

Tabell 9 Arbetsträning (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Arbetsträning	68	87	-19	0,00
Förmedlare ackvireerat plats	48	51	-3	0,56
SPB under arbetsträning	10	10	1	0,85

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande frågor: Har kunden varit ute i arbetsträning? Har arbetsförmedlaren ackvireerat arbetsträningsplats? Har kunden haft stöd av SPB under arbetsträning/praktik? P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

Avslut av det förstärkta samarbetet

Det förstärkta samarbetet avslutas med att deltagaren antingen går vidare till arbete eller andra insatser på Arbetsförmedlingen, t ex deltagande i arbetsmarknadspolitiskt program, alternativt återgår till sjukskrivning på Försäkringskassan. För den genomsnittliga deltagaren avslutas samarbetet 319 dagar efter första möte i gemensam kartläggning. De som lämnar sjukförsäkringen är inskrivna i genomsnitt 342 dagar vilket kan jämföras med 299 dagar för de som sedan återgår till Försäkringskassan. Avslutet kan initieras av deltagaren själv, någon av stödpersonerna eller som ett gemensamt beslut. För de som återgår till Försäkringskassan har initiativet till avslut av det förstärkta samarbetet i högre utsträckning tagits av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och ansvarig vårdgivare (se Tabell 10).

Tabell 10 Initiativ till avslut av det förstärkta samarbetet (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Kunden	47	48	-2	0,75
Arbetsförmedlingen	66	56	10	0,03
Försäkringskassan	62	52	11	0,03
Ansvarig vårdgivare	12	3	9	0,00
Annat	7	12	-5	0,07

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Inför avslut av det förstärkta samarbetet. Vem/vilka/vad initierar avslut av det förstärkta samarbetet? Observera att flera svar är möjliga varför andelarna inte summerar till ett. P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

Utifrån hur de två grupperna har definierats så skiljer de sig följaktligen vad gäller orsaken till avslut av det förstärkta samarbetet. Resultaten som redovisas i Tabell 11 visar att 64 procent av de som lämnar sjukförsäkringen har orsaken jobb eller studier. Två andra vanliga avslutsorsaker är att rehabiliteringspenningen inte längre betalas ut och att målet med handlingsplanen är uppnått.

För deltagare som går tillbaka till Försäkringskassan är de vanligaste avslutsorsakerna försämrad hälsa och att deltagaren inte utvecklar sin arbetsförmåga. Det är mer än dubbelt så vanligt att försämrad hälsa ligger bakom

återgång till Försäkringskassan som att deltagaren inte utvecklar sin arbetsförmåga. Det kan tolkas som att händelser som är svåra att förutse, som en försämring av hälsotillståndet, har större påverkan på utfallet i negativ riktning än att insatserna inte har effekt. Tolkningen att det är andra faktorer än insatserna som spelar störst roll förstärks av att andra faktorer än hälsotillstånd (t.ex. familjesituation) i större utsträckning påverkar deltagarens rehabiliteringsmöjligheter i gruppen som återgår till Försäkringskassan (se Tabell 12).

Tabell 11 Orsak till avslut av det förstärkta samarbetet (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Arbete utan stöd	0	21	-21	0,00
Arbete med stöd	0	38	-38	0,00
Reguljära studier	0	3	-3	0,00
Arbetsmarknadsutbildning	0	3	-3	0,01
Start av näringsverksamhet	0	2	-2	0,03
Stopp rehabpenning	7	17	-10	0,00
Utvecklar ej arbetsförmåga	35	4	31	0,00
Vill ej ha hjälp	3	4	-1	0,48
Mål handlingsplan uppnått	2	19	-17	0,00
Försämrad hälsa (relaterad urspr. sjukfall)	78	4	74	0,00
Försämrad hälsa (ej relaterad urspr. sjukfall)	10	0	9	0,00

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Anledning till avslut av det förstärkta samarbetet? Observera att flera svar är möjliga varför andelarna inte summerar till ett. P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärden för de två grupperna är lika.

I Tabell 12 redovisas skälet till att det förstärkta samarbetet avslutades för deltagarna som återgår till Försäkringskassan mer i detalj. Även här syns det att försämring av den försäkrades medicinska tillstånd ligger bakom över hälften av återgångarna till Försäkringskassan. Därefter kommer skälet att det inte sker något framåtskridande utifrån den planering som gjorts i det förstärkta samarbetet.

I 22 procent av fallen har granskarna angett svarsalternativet ”Annat”. Vid genomläsning av svaren på den öppna frågan kopplat till detta svarsalternativ framgår att merparten av svaren trots allt kan kopplas till det medicinska tillståndet, t.ex. att det under arbetsförberedande insatser och utredning av AF-specialist framkommer fler aktivitetsbegränsningar än vad som varit känt vid starten av samarbetet. Vidare framgår bristen på framåtskridande i rehabiliteringsprocessen som en viktig faktor, t.ex. att deltagarens aktivitetsförmåga inte påverkats så mycket under arbetsförberedande insatser att hen kunnat gå vidare till arbetslivsinriktade insatser.

Här återfinns också deltagare som fött barn, beviljats sjukersättning, tagit ut tillfällig föräldrapenning under längre tid då barnet blivit allvarligt sjukt liksom inskrivning på behandlingshem p.g.a. alkoholmissbruk.

Tabell 12 Varför avslutades den försäkrades deltagande i det förstärkta samarbetet för de som återgick till Försäkringskassan? (Procent)

Försämring av den försäkrades medicinska tillstånd enligt den försäkrades uppgift	15
Försämring av den försäkrades medicinska tillstånd som styrkts i ett medicinskt underlag	42
Inget framåtskridande utifrån planeringen (t.ex. utveckling av arbetsförmågan) som inte beror på försämring av det medicinska tillståndet	14
Sociala skäl (t.ex. dyker inte upp på möten, avbokar m.m.)	1
Annat	22
Framgår inte	7

Övergripande bedömningar av processen

Aktgranskarna gjorde även några övergripande bedömningar av rehabiliteringsprocessen (se Tabell 13). De bedömde att processkartan⁸ i högre grad har följts för deltagare som sedan lämnar sjukförsäkringen. Likaså var bedömningen att de utredningar och insatser som prövats/genomförts i högre utsträckning varit motiverade utifrån den arbetssökandes behov och förutsättningar för denna grupp.

Granskarnas svar visar också att det för 17 procent av deltagarna har varit andra faktorer än hälsa som påverkat deltagarnas möjligheter till rehabilitering. I cirka 60 procent av dessa fall var dessa andra faktorer kända redan vid processens start, medan det för 40 procent var sådant som tillkommit under processens gång. För gruppen som sedan återgår till Försäkringskassan har i högre grad andra faktorer än hälsa påverkat möjligheterna till rehabilitering. Detta gäller specifikt för faktorer som inte var kända vid processens start. För tio procent av deltagarna som återgår till Försäkringskassan har det under processens gång uppkommit andra faktorer, t ex i deltagarens sociala situation, som påverkat möjligheten till rehabilitering. Motsvarande andel i gruppen som sedan lämnar sjukförsäkringen är fyra procent.

En djupare analys av de fritextsvar som granskarna kunde skriva som svar på frågan om andra faktorer som påverkat visar att vanligast förekommande av de andra faktorerna var att deltagaren hade en problematisk familjesituation eller sociala problem. Då denna typ av problem kan försvåra deltagarens möjlighet att lyckas med sin rehabilitering är det viktigt att dessa uppmärksammas och tas om hand så tidigt i processen som möjligt. Vi har tidigare visat att arbetsförmedlarna har kopplat in stöd från socialkonsulent för endast två procent av deltagarna vilket framstår som en låg andel med

⁸ Se Arbetsförmedlingen (2014) för en utförlig beskrivning av processkartan för det förstärkta samarbetet.

tanke på att denna typ av problem varit kända för ca 10 procent av deltagarna.

Vad gäller hur samarbetet mellan personlig handläggare och arbetsförmedlare har fungerat ser vi inga skillnader mellan grupperna.⁹

Tabell 13 Övergripande bedömningar (Procent)

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Processkartan (ja/delvis)	63	72	-9	0,05
Insatser motiverade	67	78	-11	0,01
Annat än hälsa (känt)	11	9	2	0,43
Annat än hälsa (ej känt)	10	4	7	0,01
Samarbete med FK	21	22	-1	0,79
Samarbete med AF	11	8	3	0,26

Not: Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Har processkartan följts? Har de utredningar och insatser som prövats/genomförts varit motiverade givet den arbetssökandes behov och förutsättningar? Har andra faktorer än hälsotillstånd (ex. familjesituation) påverkat den arbetssökandes möjligheter att lyckas med sin rehabilitering? Har det varit svårigheter i samarbetet eller svårigheter att få kontakt med ansvarig personlig handläggare hos FK? Har det varit svårigheter i samarbetet eller svårigheter att få kontakt med ansvarig arbetsförmedlare hos Arbetsförmedlingen? P-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

3.4.2 Resultat baserat på bedömd aktivitetsnivå

I detta avsnitt undersöker vi om rehabiliteringsprocessen ser annorlunda ut för deltagare som initialt har bedömts ha olika nivåer av aktivitetsnivå. I aktgranskningen fångas aktivitetsnivåbedömningen upp genom frågan ”I vilken omfattning bedöms kunden kunna delta vid starten av aktiva insatser?” I Tabell 14 nedan redovisas fördelningen av svaren. De två största grupperna är deltagare som bedömts ha mindre än tio timmar eller tio timmars aktivitetsnivå, 29 respektive 27 procent. 18 procent av deltagarna bedömdes ha mer än tio timmars aktivitetsnivå.

För en betydande andel, nästan var fjärde deltagare, har granskarna inte kunnat utläsa vilken aktivitetsnivå deltagaren bedömdes ha.

Tabell 14 Aktivitetsnivåbedömning

Svarsalternativ	Antal	Andel (%)
Mindre än 10 timmar	129	28,9
10 timmar	122	27,4
Mer än 10 timmar	81	18,2
Går ej att utläsa	110	24,7
[Inget svar]	4	0,9
Totalt	446	100

⁹ Viktigt att poängtera är att frågorna hade olika svarsalternativ vilket gör att resultaten på frågorna inte är direkt jämförbara. I de fall Arbetsförmedlarnas granskare kunde svara på frågan blev resultatet att samarbetet hade varit bra i 67 procent av fallen, ej existerande i 27 procent och att det förekommit samarbetsproblem med Försäkringskassan i 6 procent. Försäkringskassans granskare bedömde att samarbetsproblem med Arbetsförmedlingen förekommit i tio procent av fallen.

I analysen nedan undersöker vi om och hur rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt mellan de fyra aktivitetsnivågrupperna: mindre än tio timmar, tio timmar, mer än tio timmar och aktivitetsnivå okänd. Gruppen med mindre än tio timmars aktivitetsnivå har valts som referensgrupp mot vilka de andra gruppernas medelvärden testas. De värden som anges i kolumnen I-II i tabellerna nedan anger om medelvärdet för gruppen med tio timmars aktivitetsnivå skiljer sig från medelvärdet för de med mindre än tio timmars aktivitetsnivå, I-III om värdet för de med aktivitetsnivå på mer än tio timmar skiljer sig mot de med mindre än tio timmar och I-IV om värdet för de med okänd aktivitetsnivå skiljer sig mot de med mindre än tio timmars aktivitetsnivå. Ett värde på 0,05 eller mindre indikerar att skillnaden är statistiskt säkerställd med 95 procents säkerhet.

Resultaten i Tabell 15 visar att gruppen som initialt bedöms ha mer än tio timmars aktivitetsnivå skiljer ut sig genom att inte lika ofta ha med en extern aktör på den gemensamma kartläggningen samt oftare starta arbetslivsinriktad rehabilitering. Likt gruppen med den högsta aktivitetsnivån har gruppen med okänd aktivitetsnivå inte heller lika ofta med en extern deltagare på gemensam kartläggning. Men då gruppen med högsta aktivitetsnivån i högre utsträckning startar arbetslivsinriktad rehabilitering avviker gruppen med okänd aktivitetsnivå åt andra hållet. Andelen som startar arbetslivsinriktad rehabilitering är endast 53 procent för denna grupp att jämföra med 73-87 procent för de andra grupperna. Det är också en lägre andel deltagare i gruppen med oklar aktivitetsnivå som bedöms ha haft en start av aktiva insatser som varit motiverad utifrån deras behov och förutsättningar, 75 procent jämfört med 88 procent för de tre andra grupperna (visas ej i tabell).

Tabell 15 Gemensam kartläggning (Procent)

	Mindre än 10 tim	10 tim	Mer än 10 tim	Svårt att utläsa	I-II	I-III	I-IV
Finns dokumentation	81	85	78	81	0,33	0,62	0,99
Mål/delmål	88	90	90	83	0,52	0,58	0,35
Fler möten i GK	25	35	16	23	0,09	0,13	0,72
Extern deltagare på GK	34	33	21	21	0,86	0,04	0,02
Arbetslivsinriktad	75	73	87	53	0,67	0,04	0,00

Not: I kolumn I-II, I-III och I-IV redovisas p-värden för sannolikheten att andelarna som redovisas i kolumn I och II, I och III respektive I-IV inte skiljer sig från varandra. Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Finns sammanfattande dokumentation om gemensam kartläggning i AIS? Finns det vid övergång från, eller i nära anslutning till avslut av, gemensam kartläggning en handlingsplan med mål och delmål? Finns det en daganteckning i AIS där mål och delmål framkommer? Har flera möten genomförts i den gemensamma kartläggningen? Vem eller vilka har deltagit i minst ett möte inom den gemensamma kartläggningen utöver den försäkrade, personlig handläggare och arbetsförmedlare? Ange inriktningen på den första åtgärden efter den gemensamma kartläggningen. I kolumn I-II, I-III och I-IV redovisas p-värden för sannolikheten att andelarna som redovisas i kolumn I och II, I och III respektive I-IV inte skiljer sig från varandra.

Under aktiva insatser ser vi avvikande resultat för gruppen för vilka granskarna inte kunnat utläsa någon aktivitetsnivå. Tabell 16 visar att det för dessa deltagare inte lika ofta finns en tydlig avstämning mot och revidering av handlingsplan, dessutom har dessa deltagare inte lika regelbunden kontakt med arbetsförmedlare och personlig handläggare.

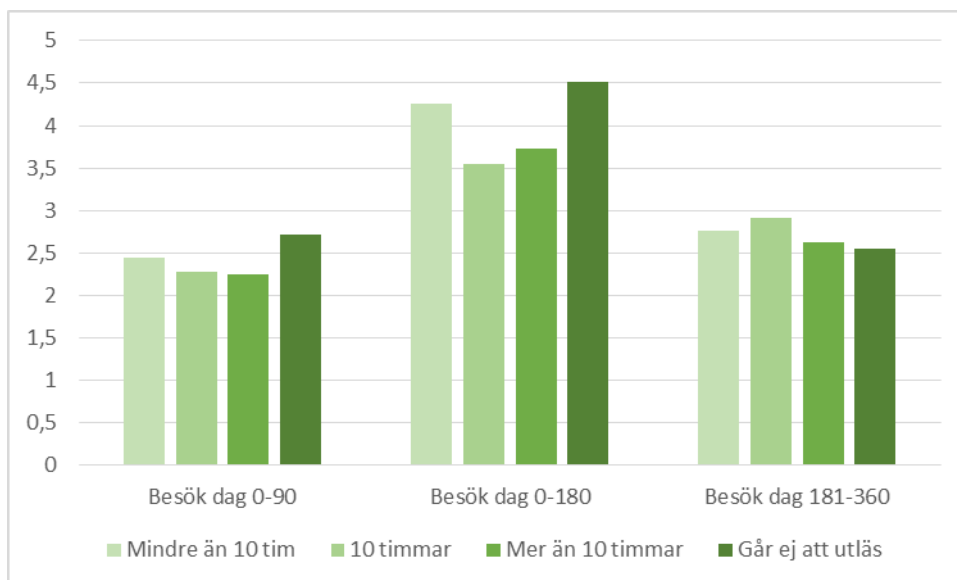
Tabell 16 Kontakt med stödperson (Andelar)

	Mindre än 10 tim	10 tim	Mer än 10 tim	Svårt att utläsa	I-II	I-III	I-IV
Tydlig avstämning	42	36	36	20	0,35	0,38	0,00
Reviderad planering	77	64	64	43	0,03	0,05	0,00
Kontakt med AF/FK (besök)	85	79	74	61	0,24	0,06	0,00
Kontakt med AF/FK (telefon)	72	63	67	59	0,13	0,48	0,04
Kontakt arbetsförmedlare	94	92	90	85	0,40	0,25	0,02
Samma arbetsförmedlare	76	75	81	88	0,86	0,38	0,02
Samma phl	65	64	72	71	0,88	0,35	0,37

Not: I kolumn I-II, I-III och I-IV redovisas p-värden för sannolikheten att andelarna som redovisas i kolumn I och II, I och III respektive I-IV inte skiljer sig från varandra. Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Finns det en tydlig avstämning mot handlingsplan i samband med uppföljningsmöten med Af och FK? Finns det en dokumentation och eventuellt reviderad planering i daganteckning i AIS vid uppföljningsmöten med Af och FK? Hur många fysiska gemensamma möten (uppföljningsmöten) har Af och FK genomfört tillsammans med kunden under perioden i aktiva insatser? Hur många fysiska gemensamma möten (uppföljningsmöten) har Af och FK genomfört tillsammans med kunden under perioden i aktiva insatser? Vilken kontakt har förekommit mellan Af och FK under kundens tid i det förstärkte samarbetet? Har arbetsförmedlare/specialist och den arbetssökande regelbunden avstämning? Har den arbetssökande haft samma arbetsförmedlare under hela perioden med aktiva insatser?

I en analys av antal besök och kontakter i Arbetsförmedlingens registerdata framkommer delvis en annan bild. Figur 5 nedan visar antal besök på Arbetsförmedlingen under olika tidsperioder. Även om skillnaderna mellan grupperna inte är signifikant säkerställda redovisas flest möten under de första 180 dagarna efter första mötet i gemensam kartläggning för gruppen med okänd aktivitetsförmåga. För perioden 180-360 dagar efter första möte i gemensam kartläggning är antalet möten jämnt fördelat mellan grupperna. Vi tolkar resultaten som att gruppen med okänd aktivitetsnivå inte fått färre möten men att svaren i granskningen tyder på att kontakten inte varit lika kvalitativ.

Figur 5 Antal besök mellan arbetsförmedlare och arbetssökande



Vad gäller stöd av Arbetsförmedlingens specialister finns inga stora skillnader mellan grupperna. Det finns indikationer på att deltagare med den lägsta aktivitetsnivån i högre grad träffar specialist, och mer specifikt psykolog, jämfört med gruppen som bedöms ha tio timmars aktivitetsnivå.

För gruppen med okänd aktivitetsnivå är det naturligt att tänka sig en ökad kontakt med specialist. Dels kan arbetsterapeut med fördel användas vid svårigheter att bedöma deltagarens aktivitetsnivå, dels kan de resultat om en avvikande rehabiliteringsprocess som vi redovisat ovan implicera extra behov av specialistkontakt. Även om vi inte finner några signifikanta resultat så har denna grupp de högsta andelarna vad gäller kontakt med arbetsterapeut och psykolog samt lägst andel som inte haft någon specialistkontakt alls.

Tabell 17 Kontakt med specialist (Procent)

	Mindre än 10 tim	10 tim	Mer än 10 tim	Svårt att utläsa	I-II	I-III	I-IV
Arbetsterapeut	17	11	19	24	0,14	0,81	0,20
Psykolog	19	11	12	22	0,08	0,22	0,52
Socialkonsulent	2	2	1	2	0,96	0,85	0,90
Ingen	67	78	72	58	0,06	0,50	0,16

Not: I kolumn I-II, I-III och I-IV redovisas p-värden för sannolikheten att andelarna som redovisas i kolumn I och II, I och III respektive I-IV inte skiljer sig från varandra. Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Vilka specialister hos Af har deltagit i kundens ärende? Notera att samma deltagare kan ha träffat flera olika typer av specialister varför svaren inte behöver summera till 1.

Andelen deltagare som varit ute i arbetsträning ligger på mellan 86-91 procent i de tre grupperna med mindre än tio, tio och mer än tio timmars aktivitetsnivå (Tabell 18). För gruppen med oklar aktivitetsnivå är motsvarande andel 42 procent. Andelen deltagare som fått hjälp av arbetsförmedlare med att hitta en arbetsträningsplats är signifikant högre för gruppen med låg aktivitetsnivå jämfört med samtliga av de andra grupperna. Deltagare i gruppen med oklar aktivitetsförmåga har i lägsta grad fått hjälp med detta.

Tabell 18 Arbetsträning (Procent)

	Mindre än 10 tim	10 tim	Mer än 10 tim	Svårt att utläsa	I-II	I-III	I-IV
Arbetstränat	91	86	90	42	0,22	0,89	0,00
Förmedlare ackvireerat plats	72	43	51	28	0,00	0,00	0,00
SPB under arbetsträning	13	14	10	4	0,74	0,56	0,01

Not: I kolumn I-II, I-III och I-IV redovisas p-värden för sannolikheten att andelarna som redovisas i kolumn I och II, I och III respektive I-IV inte skiljer sig från varandra. Resultaten i tabellen baseras på följande frågor: Har kunden varit ute i arbetsträning? Har arbetsförmedlaren ackvireerat arbetsträningsplats? Har kunden haft stöd av SPB under arbetsträning/praktik?

Det finns inga stora skillnader i de enkätfrågor som är tänkta att fånga upp i vilken grad individen uteblivit från möten samt varit aktiv i processen att hitta en arbetsträningsplats. Den enda signifikanta skillnaden är att deltagare i gruppen med hög aktivitetsnivå i lägre utsträckning har uteblivit från möten jämfört deltagare i de andra grupperna.

Deltagare med aktivitetsnivå under tio timmar stannar i det förstärkta samarbetet i genomsnitt 370 dagar efter första mötet i gemensam kartläggning. För de med bedömd aktivitetsnivå på tio timmar är motsvarande tid 332 dagar. För gruppen med aktivitetsnivå över tio timmar och okänd nivå är samma mått 302 respektive 260 dagar, signifikant lägre jämfört med deltagare med aktivitetsnivå under tio timmar.

Andelen deltagare som avslutat det förstärkta samarbetet till arbete med eller utan stöd är högst för gruppen med hög aktivitetsförmåga (Tabell 19). Vad gäller avslut till arbete utan stöd är andelen högre i samtliga grupper jämfört med gruppen med låg aktivitetsnivå. För arbete med stöd är andelen signifikant högre för gruppen med hög aktivitetsnivå och signifikant lägre för gruppen med oklar aktivitetsnivå. Deltagare med låg aktivitetsnivå avslutar i högre grad på grund av att arbetsförmågan inte utvecklas medan deltagare med hög aktivitetsnivå mer sällan avslutar på grund av hälsoförämring.

Tabell 19 Orsak till avslut av det förstärkta samarbetet (Procent)

	Mindre än 10 tim	10 tim	Mer än 10 tim	Svårt att utläsa	I-II	I-III	I-IV
Arbete utan stöd	4	11	16	11	0,03	0,00	0,04
Arbete med stöd	17	18	31	9	0,90	0,02	0,07
Studier (reguljära)	1	3	0	2	0,15	0,43	0,47
Studier (aub)	1	3	0	2	0,28	0,43	0,47
Start av näringsverks.	1	1	1	1	0,95	0,73	0,91
Stopp rehabpenning	14	10	9	12	0,35	0,26	0,63
Utvecklar ej arbetsförmåga	33	13	6	23	0,00	0,00	0,07
Vill ej ha hjälp	2	4	3	6	0,21	0,63	0,05
Mål hpl uppnått	7	11	13	10	0,28	0,18	0,40
Försämrad hälsa (rel)	50	41	29	45	0,15	0,00	0,45
Försämrad hälsa (ej rel)	2	10	5	4	0,01	0,30	0,55

Not: I kolumn I-II, I-III och I-IV redovisas p-värden för sannolikheten att andelarna som redovisas i kolumn I och II, I och III respektive I-IV inte skiljer sig från varandra. Resultaten i tabellen baseras på följande enkätfrågor: Anledning till avslut av det förstärkta samarbetet? Observera att flera svar är möjliga varför andelarna inte summerar till ett.

Granskarnas bedömning för om processkartan har följts, d v s att arbetsförmedlare och personlig handläggare följt de steg och riktlinjer som anges i myndigheternas handläggarstöd, visar att den inte gjort det lika ofta för deltagare med tio timmars aktivitetsnivå samt oklar aktivitetsnivå.

Aktgranskningen visar också att samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan varit sämre för gruppen med okänd aktivitetsnivå. Granskarna på Arbetsförmedlingen hittar svårigheter i samarbetet eller att det helt enkelt inte har förekommit något samarbete för 32 procent av gruppen med okänd aktivitetsnivå, vilket är signifikant högre jämfört med 15 procent för gruppen med aktivitetsnivå under tio timmar. Ett liknande mönster framkommer då Försäkringskassans granskare bedömt samarbetet med Arbetsförmedlingen, dessa skillnader är dock inte signifikanta. Notera

dock att resultaten på frågorna inte är direkt jämförbara då svarsalternativen skilde sig åt mellan granskarna på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (se fotnot 9).

3.4.3 Resultat för kvinnor och män

Resultaten visar överlag få skillnader mellan manliga och kvinnliga deltagare. Kvinnliga deltagare avslutar samarbetet i genomsnitt efter 330 dagar medan motsvarande för manliga deltagare är 300 dagar, men skillnaden är inte signifikant. De skillnader som finns är att kvinnor i högre utsträckning har fler möten i gemensam kartläggning och i genomsnitt bedöms ha lägre aktivitetsnivå jämfört med män. Dessa resultat är dock endast signifikanta på tio procents nivå. 57 procent av kvinnorna bedöms ha en aktivitetsnivå på tio timmar eller mer och 68 procent påbörjar arbetslivsinriktade insatser, motsvarande siffror för män är 67 respektive 75 procent.

Granskarna har också bedömt att processkartan har följts i fler fall för kvinnor än för män och att svårigheter i samarbetet mellan myndigheterna inte är lika vanligt för kvinnor (signifikant på tio procents nivå).

Vi hittar däremot inga skillnader mellan män och kvinnor vad gäller kontakten med stödpersoner, stöd av specialister, arbetsträning och andra viktiga delar av de aktiva insatserna. Detta talar för att män och kvinnor får ett likartat stöd i sin rehabiliteringsprocess.

3.4.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar resultaten för den gemensamma kartläggningen och de aktiva insatserna inte på några stora skillnader mellan deltagare som lämnar sjukförsäkringen och återgår till Försäkringskassan. Granskarna har dock bedömt att både starten av aktiva insatser och insatserna i stort har varit mer motiverade för deltagarna som lämnar sjukförsäkringen. Resultaten visar att deltagare med en bedömd aktivitetsnivå på mer än 10 timmar i veckan i högre grad avslutar det förstärkta samarbetet till arbete eller andra insatser på Arbetsförmedlingen. Däremot finns inte några stora skillnader mellan deltagare som bedömts ha mindre än tio timmars respektive tio timmars aktivitetsnivå. Den grupp för vilka granskarna inte hittar någon dokumenterad aktivitetsnivå avviker i flera viktiga delar av rehabiliteringsprocessen och granskarna anser att både starten av de aktiva insatserna och stödet totalt för denna grupp har varit sämre.

De resultat som presenterats i detta avsnitt tar dock inte hänsyn till andra viktiga faktorer som kan påverka rehabiliteringsprocessen. I nästa avsnitt undersöks därför om de centrala resultat som vi funnit kvarstår när vi konstanthåller för kontrollvariabler såsom kön, ålder, diagnos, utbildning m.m.

3.5 Regressionsanalyser bekräftar viktiga resultat

I tidigare avsnitt har vi påvisat ett antal skillnader i rehabiliteringsprocessen mellan olika grupper. I detta avsnitt använder vi oss av regressionsanalys¹⁰ för att undersöka vilka av dessa skillnader som kvarstår då vi i analysen också konstanthåller för andra viktiga faktorer. Genom analysen kan vi undersöka hur aktivitetsnivåbedömningen hänger ihop med sannolikheten att senare lämna sjukförsäkringen för individer som har samma kön, ålder, utbildning, medicinsk diagnos, o s v.¹¹

Resultatet i första kolumnen i Tabell 20 visar att individer som har haft någon form av personligt möte inför den gemensamma kartläggningen har 16 procentenheters större sannolikhet att lämna sjukförsäkringen i samband med avslut av det förstärkta samarbetet. I kolumn 2-4 visas motsvarande resultat för de tre olika formerna av personligt möte. Notera att vi studerat individer som haft ett personligt möte, t ex en SASSAM-kartläggning, jämfört med individer som inte haft något personligt möte alls.¹²

Resultaten i kolumn 2-4 visar ett signifikant positivt samband mellan att ha haft något av dessa möten och att sedan lämna sjukförsäkringen.

Tabell 20 Betydelsen av personligt möte för sannolikheten att lämna sjukförsäkringen

	(1)	(2)	(3)	(4)
Utfall: lämnar sjukförsäkringen				
Någon form av personligt möte	0,164*** (0,0492)			
SASSAM		0,194** (0,0825)		
Avstämningsmöte			0,154*** (0,0579)	
Annat personligt möte				0,264** (0,124)
Observationer	446	228	311	183
R ²	0,153	0,277	0,188	0,300

Not: Utfallsvariabeln i samtliga kolumner är sannolikheten för att individen lämnar sjukförsäkringen vid avslut av det förstärkta samarbetet. I samtliga skattningar konstanthålls för kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

¹⁰ Den metod vi använder oss av för att skatta sannolikheten för ett specifikt utfall är en linjär sannolikhetsmodell (OLS).

¹¹ I samtliga regressionsskattningar som presenteras kontrollerar vi för följande variabler: kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen.

¹² I annat fall hade kontrollgruppen bestått både av individer som inte haft något möte och av individer som haft någon annan form av personligt möte. Då skulle vi t ex mäta resultatet för en individ som haft en SASSAM-kartläggning jämfört med individer som haft avstämningsmöte, annat personligt möte eller inget personligt möte alls.

Separata skattningar visar att den positiva relationen mellan att genomföra någon form av personligt möte inför den gemensamma kartläggningen och att lämna sjukförsäkringen gäller både för män och kvinnor (resultat visas inte här).

3.5.2 Insatser mer motiverade för individer som lämnar sjukförsäkringen?

Granskarna bedömer att de utredningar och insatser som prövats/genomförts i aktiva insatser varit mer motiverade utifrån den arbetssökandes behov och förutsättningar för individer som senare lämnar sjukförsäkringen jämfört med individer som återgår till Försäkringskassan. Regressionsanalys bekräftar dessa resultat.

I Tabell 21 redovisas skillnader i granskarnas bedömningar av de aktiva insatserna mellan de som vid avslut av det förstärkta samarbetet lämnat sjukförsäkringen och de som återgått till Försäkringskassan. De resultat som redovisas i avsnitt 3.4 kvarstår även när vi tar hänsyn till skillnader i individernas bakgrundsegenskaper.

Resultaten i kolumn 1 visar att sannolikheten att starten av de aktiva insatserna bedömts som motiverad är nio procentenheter högre för de som lämnar sjukförsäkringen jämfört för de som återgår till Försäkringskassan. I kolumn 2 visas att sannolikheten att hela processen av utredningar och insatser som prövats/genomförts har bedömts som motiverad är 15 procentenheter högre för de som lämnar sjukförsäkringen. Slutligen visas att processkartan har följts i högre utsträckning för de som senare lämnar sjukförsäkringen, dock är denna skillnad endast signifikant på tio procents nivå.

Tabell 21 Sannolikheten att få aktiva insatser motiverade utifrån behov och förutsättningar samt att processkartan följts

	(1)	(2)	(3)
	Start motiverad	Insatser motiverade	Processkartan
Lämnar sjukförsäkringen	0,0926** (0,0441)	0,150** (0,0644)	0,0870* (0,0460)
Observationer	439	418	435
R ²	0,130	0,114	0,169

Not: Utfallsvariabeln är i kolumn (1) sannolikheten att starten av aktiva insatser bedömts som motiverad, (2) att hela processen av utredningar och insatser som prövats/genomförts bedömts som motiverade och (3) att processkartan följts. I samtliga skattningar konstanthålls för kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

3.5.3 Aktivitetsnivå och rehabiliteringsprocess

I detta avsnitt studeras två frågor. För det första undersöks om individer som i samband med gemensam kartläggning bedöms ha en aktivitetsnivå på mer än tio timmar i högre grad lämnar sjukförsäkringen alternativt går ut i arbete eller reguljär utbildning jämfört med de som bedöms ha en lägre aktivitetsnivå. För det andra undersöks hur rehabiliteringsprocessen för individer som saknar en dokumenterad aktivitetsnivå skiljer sig åt från individer som har detta.

I resultattabellerna nedan har vi valt att ha gruppen med aktivitetsnivå mindre än tio timmar som referensgrupp. Denna grupp skrivs alltså inte ut i tabellen utan det är mot denna som de andra grupperna jämförs. De koefficientestimater som redovisas för de andra grupperna visar alltså i vilken grad de avviker från de med mindre än tio timmars aktivitetsnivå.

I Tabell 22 undersöks i vilken grad aktivitetsnivå samvarierar med faktorer kopplade till gemensam kartläggning. Vad gäller dokumentation av mötena och satta mål och delmål med rehabiliteringsprocessen finns inga skillnader mellan grupperna. Deltagare som har en aktivitetsnivå på tio timmar har fler möten i gemensam kartläggning jämfört med de andra grupperna. Deltagare med okänd aktivitetsnivå och en aktivitetsnivå på mer än tio timmar har i lägre omfattning en extern deltagare på gemensam kartläggning. Dessa deltagare avviker också i andelen som startar arbetslivsinriktad rehabilitering. Jämfört med deltagare som har en aktivitetsnivå under tio timmar har de med hög aktivitetsnivå 14 procentenheters högre sannolikhet att påbörja arbetslivsinriktade insatser medan de med okänd aktivitetsnivå har 20 procentenheter lägre sannolikhet.

Tabell 22 Aktivitetsnivå och gemensam kartläggning

Variabler	(1) Dokumen- tation	(2) Mål och delmål	(3) Fler GK- möten	(4) Extern deltagare	(5) Arbetslivs inriktad
Kvinna	0,0392 (0,0406)	0,0294 (0,0345)	0,0363 (0,0447)	-0,0282 (0,0458)	-0,0428 (0,0482)
Aktivitetsnivå medel	0,0297 (0,0499)	0,0210 (0,0423)	0,0964* (0,0584)	-0,0063 (0,0614)	-0,0134 (0,0639)
Aktivitetsnivå hög	-0,0572 (0,0569)	0,0355 (0,0445)	-0,0869 (0,0569)	-0,019* (0,0611)	0,143** (0,0618)
Aktivitetsnivå okänd	0,0239 (0,0541)	-0,0405 (0,0482)	-0,0067 (0,0561)	-0,120** (0,0580)	-0,203*** (0,0688)
Observationer	446	446	445	445	403
R ²	0,153	0,131	0,154	0,160	0,160

Not: Utfallet i kolumn 1-6 svarar på följande frågeställningar: Sannolikheten att det finns sammanfattande dokumentation om gemensam kartläggning i AIS? Sannolikheten att det vid övergång från, eller i nära anslutning till avslut av, gemensam kartläggning finns en handlingsplan med mål och delmål? Sannolikheten att det genomförts fler än ett möte i den gemensamma kartläggningen? Sannolikheten att extern deltagare utöver den försäkrade, personlig handläggare och arbetsförmedlare har deltagit i den gemensamma kartläggningen? Sannolikheten att den första åtgärden efter den gemensamma kartläggningen var arbetslivsinriktad (istället för arbetsförberedande). I samtliga skattningar konstanthålls för kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tabell 23 visar att deltagare med okänd aktivitetsnivå har lägre sannolikhet att vara delaktiga i planeringen av de aktiva insatserna, att ha regelbunden kontakt med arbetsförmedlare och personlig handläggare och att arbetsträna. För denna grupp deltagare är sannolikheten också lägre att granskarna bedömer att starten av aktiva insatser har varit motiverad.

Tabell 23 Aktivitetsnivå och aktiva insatser

Variabler	(1) Planering	(2) Kontakt AF/FK	(3) Specialist	(4) Arbetsträ ning	(5) Start motiverad
Kvinna	-0,0407 (0,0470)	0,121 (0,0766)	0,00574 (0,0482)	0,175*** (0,0628)	0,0264 (0,0447)
Aktivitetsnivå medel	-0,017 (0,0590)	-0,0624 (0,0943)	-0,0761 (0,0569)	-0,0897 (0,0770)	0,0155 (0,0549)
Aktivitetsnivå hög	-0,128* (0,0678)	-0,134 (0,108)	-0,0672 (0,0661)	0,0249 (0,0853)	0,0101 (0,0617)
Aktivitetsnivå okänd	-0,173*** (0,0616)	-0,430*** (0,0999)	0,0381 (0,0627)	-0,697*** (0,0831)	-0,121** (0,0612)
Observationer	446	433	443	441	439
R ²	0,132	0,177	0,191	0,277	0,120

Not: Utfallet i kolumn 1-5 svarar på följande frågeställningar: Sannolikheten att planeringen inför aktiva insatser gjorts tillsammans med kund, arbetsförmedlare och den personliga handläggaren? Sannolikheten att det funnits regelbunden kontakt mellan deltagaren, arbetsförmedlaren och personligt handläggare? Sannolikheten att deltagaren träffat en av Arbetsförmedlingens specialister? Sannolikheten att deltagaren har arbetstränat? Sannolikheten att starten av de aktiva insatserna varit motiverad utifrån deltagarens behov och förutsättningar. I samtliga skattningar konstanthålls för kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Det finns flera anledningar till att det förstärkta samarbetet avslutas. I Tabell 24 nedan har vi valt att fokusera på sannolikheten att samarbetet avslutats på grund av att deltagaren lämnar sjukförsäkringen istället för att återgå till Försäkringskassan, att deltagaren går ut i arbete eller reguljär utbildning samt att samarbetet avslutas på grund av försämring av deltagarens hälsotillstånd. Resultaten visar att det för dessa tre avslutsanledningar inte finns några skillnader mellan de med aktivitetsnivå på mindre än tio timmar, tio timmar och okänd aktivitetsnivå. Deltagare med aktivitetsnivå på mer än tio timmar har dock högre sannolikhet att avsluta på grund av att de lämnar sjukförsäkringen och att de fått jobb. De har också lägre sannolikhet att avsluta på grund av sämre hälsa.

Tabell 24 Sannolikheten att lämna samverkan, att lämna samverkan till någon form av arbete samt att avsluta samverkan på grund av sämre hälsa

Variabler	(1) Lämnar samverkan	(2) Avslut jobb	(3) Avslut sämre hälsa
Kvinna	-0,0618 (0,0511)	-0,0430 (0,0470)	0,0347 (0,0528)
Aktivitetsnivå medel	0,0776 (0,0664)	0,0891 (0,0605)	-0,0458 (0,0669)
Aktivitetsnivå hög	0,293*** (0,0732)	0,252*** (0,0711)	-0,223*** (0,0715)
Aktivitetsnivå okänd	0,0538 (0,0665)	-0,00157 (0,0583)	-0,0568 (0,0682)
Observationer	446	446	446
R ²	0,131	0,118	0,094

Not: I samtliga skattningar konstanthålls för kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

I de övergripande bedömningar som granskarna gjort framkommer återigen en avvikande rehabiliteringsprocess för deltagare med okänd aktivitetsnivå. Denna grapps rehabilitering har i lägre utsträckning följt processkartan och granskarna bedömer också att de inte lika ofta fått insatser som varit motiverade givet deras behov och förutsättningar (Tabell 25).

Tabell 25 Aktivitetsnivå och övergripande bedömningar om rehabiliteringsprocessen

Variabler	(1) Processkartan	(2) Insatser motiverade	(3) Annat än hälsa
Kvinna	0,148* (0,0832)	0,0467 (0,0674)	0,0468 (0,0370)
Aktivitetsnivå medel	-0,154 (0,104)	0,0906 (0,0733)	0,0367 (0,0520)
Aktivitetsnivå hög	-0,0840 (0,113)	0,0614 (0,0899)	-0,0462 (0,0516)
Aktivitetsnivå okänd	-0,211* (0,109)	-0,168* (0,0968)	0,0114 (0,0506)
Observationer	435	418	446
R ²	0,173	0,101	0,113

Not: Utfallet i kolumn 1-5 svarar på följande frågeställningar: Sannolikheten att processkartan har följts? Sannolikheten att de aktiva insatserna varit motiverade utifrån deltagarens behov och förutsättningar? Sannolikheten att andra faktorer än hälsotillstånd (ex. familjesituation) påverkat den arbetssökandes möjligheter att lyckas med sin rehabilitering? I samtliga skattningar konstanthålls för kön, ålder, diagnos, utbildning, SGI, civilstånd, barn 0-17 år, utrikesfödd och om individen är en återvändare, d v s tidigare uppnått maxgränsen i sjukförsäkringen. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Sammanfattningsvis finner vi att deltagare som initialt bedöms ha en aktivitetsnivå på över tio timmar i högre grad avslutar det förstärkta samarbetet till arbete eller utbildning samt i lägre grad återgår till Försäkringskassan.

Generellt finner vi inga stora skillnader i det stöd deltagarna fått när vi jämför de med låg, medel och hög aktivitetsnivå.

Vi finner dock flera resultat som visar på en avvikande rehabiliteringsprocess för den grupp deltagare för vilka granskarna inte kunnat hitta någon information om aktivitetsnivå. Detta pekar på att det finns mycket att förbättra för deltagare som saknar dokumentation om bedömd aktivitetsnivå.

3.5.4 Vilka individer saknar dokumenterad aktivitetsnivå?

Resultaten visar att individer som saknar dokumenterad aktivitetsnivå i genomsnitt får sämre stöd i rehabiliteringsprocessen. En hypotes är att avsaknaden av aktivitetsnivå är ett tecken på att personlig handläggare och arbetsförmedlare har haft svårt att bedöma individens förutsättningar och därmed en relevant rehabiliteringsprocess. På så vis kan det vara av värde att undersöka om det finns ett samband mellan att inte få aktivitetsnivå dokumenterad och individens bakgrundsegenskaper, vilket kan ge indikationer på om personlig handläggare/arbetsförmedlare har svårare att identifiera relevant rehabiliteringsprocess för vissa typer av deltagare.

Tabell A5 i Bilaga 1 visar hur sannolikheten att inte ha någon dokumenterad aktivitetsnivå beror på ett antal bakgrundsegenskaper som alla är kända innan deltagaren kommer till gemensam kartläggning. Resultaten visar att sannolikheten att tillhöra gruppen som saknar dokumenterad aktivitetsnivå är högre för deltagare som vid sjukskrivning har diagnosen rörelseorganens sjukdomar jämfört med referensgruppen med psykisk diagnos. Detta skulle kunna tyda på att handläggarna har svårare att identifiera en relevant rehabiliteringsprocess för denna typ av problematik. Sannolikheten är också högre för deltagare som inte är återvändare, d v s de som inte någon gång tidigare nått maxgränsen i sjukförsäkringen. En tänkbar förklaring till detta är att det för individer som varit inskrivna en längre tid och kanske tidigare varit inskrivna på Arbetsförmedlingen, t ex i arbetslivsintroduktion, redan finns dokumentation om individens förutsättningar och behov. Slutligen finner vi att sannolikheten är högre för individer med civilstånd ogift jämfört med referensgruppen med civilstånd gift.

4 Diskussion och slutsatser

Studiens resultat leder fram till ett antal slutsatser som vi diskuterar i detta avslutande kapitel. I diskussionen identifierar vi delar i samarbetet som myndigheterna gemensamt eller var för sig behöver uppmärksamma och förstärka.

4.1 Skillnader i individernas bakgrundsegenskaper är inte så stora att de kan förutsäga resultatet för deltagaren

Det finns skillnader i individkaraktäristika mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan. Det är t.ex. en större andel individer med utländsk bakgrund i gruppen som återgår jämfört med de som lämnar. De som återgår har också en högre medelålder, fler sjukdagar före det aktuella sjukfallet, var i högre grad arbetslösa vid sjukfallets start och hade i genomsnitt en lägre utbildningsnivå.

Men de skillnader som finns mellan grupperna är inte så starka eller entydiga att de kan användas för att på förhand avgöra om en individ bör delta eller inte i det förstärkta samarbetet för återgång i arbete. Som exempel kan tas individerna med utländsk bakgrund. De utgör 20,8 procent i gruppen som återgår till Försäkringskassan, men samtidigt utgör de 17,6 procent av de som lämnar sjukförsäkringen efter det förstärkta samarbetet. Inga av de resultat vi ser tyder på att man, baserat på de individkaraktäristika vi studerat här, i förväg kan identifiera individer som inte kan nå positiva resultat i det förstärkta samarbetet.

4.2 Stärk de personliga handläggarnas förberedelser med individen inför gemensam kartläggning

Vi finner inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de som lämnar sjukförsäkringen respektive återgår till Försäkringskassan med avseende på enskilda moment i handläggningen eller utredningsarbetet före gemensam kartläggning (GK). Detsamma gäller för kvinnor och män, liksom deltagare med olika aktivitetsnivå. Granskarna har också gjort en kvalitativ bedömning av huruvida handläggningen tidigare i sjukfallet kännetecknats av olika grad av proaktivitet och framförhållning. Inte heller här finns det några statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna.

Däremot ser vi en skillnad mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan när vi studerar om handläggningen innehållit någon form av personligt möte eller inte före den gemensamma kartläggningen. I gruppen som lämnar sjukförsäkringen har SASSAM-

kartläggning, avstämningsmöte och/eller något annat personligt möte genomförts i större utsträckning än för gruppen som går tillbaka till Försäkringskassan.

Resultaten ger olika delar av samverkansprocessen olika vikt, där framför allt ett ordentligt utredningsarbete av individens förutsättningar framstår som centralt. Tidpunkten för när olika moment i processen sker framstår däremot som mindre avgörande. Det innebär att utfallet av det förstärkta samarbetet inte samvarierar med hur snabb eller långsam rehabiliteringsprocessen varit.

Skillnaden i utfall för de som haft någon form av personligt möte före gemensam kartläggning jämfört med de som inte haft det skulle ju kunna bero på att dessa i högre utsträckning genomförts med sjukskrivna som har bättre förutsättningar att lämna sjukförsäkringen. Men eftersom resultaten kvarstår när vi kontrollerar för ett stort antal individkaraktäristika tyder det på att det snarare är mötet i sig som är det avgörande. Det talar för att personlig kontakt mellan handläggaren och den försäkrade före gemensam kartläggning kan spela roll för den fortsatta processen och resultatet. Därför bör Försäkringskassan se över möjligheterna att stärka de personliga handläggarnas förberedelser tillsammans med de försäkrade inför den gemensamma kartläggningen. Dessa förberedelser kan då flytta fokus från frågan om rätten till ersättning till hur medicinska, sociala och andra faktorer påverkar förutsättningarna för rehabiliteringen för att se vilket stöd individen kan behöva i rehabiliteringsprocessen. Detta kan möjliggöra att individen tidigt i processen får rätt typ av stöd, t ex att Arbetsförmedlingens specialister deltar redan i den gemensamma kartläggningen.

4.3 Välj inte bort deltagare med bedömd lägre aktivitetsnivå

Deltagare som initialt bedömdes ha en hög aktivitetsnivå avslutar i högre grad det förstärkta samarbetet till arbete eller andra insatser på Arbetsförmedlingen. Denna grupp deltagare har också mycket lägre sannolikhet att avsluta samarbetet på grund av försämrad hälsa. Däremot ser vi inte några stora skillnader mellan deltagare som bedömts ha mindre än tio timmars respektive tio timmars aktivitetsnivå. För dessa två grupper skiljer sig inte sannolikheten att avsluta det förstärkta samarbetet till arbete, reguljär utbildning eller annan insats på Arbetsförmedlingen, inte heller sannolikheten att avsluta p.g.a. försämrat hälsotillstånd.

Utifrån resultaten ser det inte ut som att deltagare med hög aktivitetsnivå fått mer stöd, om något ser vi snarare tecken på att deltagare med låg aktivitetsnivå haft mer kontakt med stödpersoner och i högre grad fått hjälp att hitta en arbetsträningsplats.

Andelen som börjar arbetsträna är hög även för de med låg aktivitetsnivå och för de som startar i arbetsförberedande insatser. I gruppen där deltagarens aktivitetsnivå bedöms vara mindre än 10 timmar i veckan startar 25 % en arbetsförberedande åtgärd, och 75 % en arbetslivsinriktad åtgärd. Av de

som startar en arbetsförberedande åtgärd går 93 % av deltagarna vidare ut i arbetsträning.

Även om resultatet med avseende på arbete, studier och fortsatta insatser från Arbetsförmedlingen är sämre för gruppen med en bedömd aktivitetsnivå på mindre än 10 timmar per vecka jämfört med de på mer än 10 timmar så talar inte resultaten för att välja bort dem från att få tillgång till insatser. Våra resultat kan inte tolkas som att dessa individer får ut mindre av insatserna, endast att de inte i samma utsträckning ”kommer ikapp” från sitt sämre utgångsläge och lämnar sjukförsäkringen.

4.4 Deltagare utan dokumenterad aktivitetsnivå behöver ett bättre stöd i rehabiliteringsprocessen

För en fjärdedel av deltagarna i urvalet hittar granskarna inte någon dokumenterad aktivitetsnivå. Denna grupp har avvikande resultat i flera viktiga delar av rehabiliteringsprocessen och granskarna anser att både starten av de aktiva insatserna och stödet totalt för denna grupp har varit sämre. Till skillnad från de andra grupperna börjar de oftare i arbetsförberedande insatser. De har också mindre regelbunden kontakt med sina stödpersoner vilket troligen också förklarar varför det inte lika ofta finns en tydlig avstämning mot handlingsplan och reviderad planering för dessa individer. Anmärkningsvärt är att endast 42 procent av gruppen har arbetstränat vilket kan jämföras med 86-91 procent i de tre grupperna med låg, medel och hög aktivitetsnivå. Att denna grupp har högre sannolikhet att gå vidare till arbete utan stöd men lägre sannolikhet att gå till arbete med stöd, jämfört med deltagare med aktivitetsnivå under tio timmar, pekar också på en bristfällig kontakt mellan deltagare och stödpersoner. Aktgranskningen visar också att samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan varit sämre för denna grupp deltagare.

Utifrån resultaten i denna studie kan vi inte förklara varför denna grupp deltagare får ett sämre stöd i sin rehabiliteringsprocess men det är tydligt att myndigheterna behöver agera gemensamt för att undersöka varför dessa deltagare får ett stöd som i lägre grad anses motiverat utifrån deras behov och förutsättningar och vilka möjligheter det finns att förbättra stödet till denna grupp. Till exempel kan ett personligt möte mellan personlig handläggare och den försäkrade ge bättre underlag för bedömning på gemensam kartläggning. Det kan också vara motiverat att utreda om handläggare/arbetsförmedlare har svårare att identifiera relevant rehabiliteringsprocess för vissa typer av deltagare, t ex när det finns behov av specialistkontakt. Detta skulle i så fall motivera kompetensutvecklingsinsatser liksom möjligen utvecklingsinsatser för att tydligare lyfta fram det stöd som deltagarna kan behöva från arbetsförmedlarens och handläggarens sida under rehabiliteringsprocessen.

4.5 Använd Arbetsförmedlingens specialister i större omfattning

Drygt 60 procent av de som efter gemensam kartläggning går in i det förstärkta samarbetet bedöms ha minst tio timmars aktivitetsnivå. Detta innebär att en relativt stor andel av deltagarna har en aktivitetsnivå som inte bedöms räcka till för att påbörja arbetslivsinriktade insatser som t ex arbetsträning. Detta är en bedömning tidigt i processen och vi kan anta att den görs med viss försiktighet. Det visar sig också att något fler, drygt 70 procent av deltagarna, sedan påbörjar arbetslivsinriktade insatser.

Den stora majoriteten deltagare har efter genomgången gemensam kartläggning en planering med mål och delmål satta för rehabiliteringsprocessen.

Över 90 procent av deltagarna har varit med i planeringen av de aktiva insatserna och de flesta deltagare har regelbundna möten med arbetsförmedlare och personlig handläggare, vilka vanligtvis är desamma under hela processen. Tre av fyra deltagare har arbetstränat minst en period och i hälften av fallen är det arbetsförmedlaren som rekviderat en arbetsplats att träna på. Det är dock få av deltagarna som varit i kontakt med Arbetsförmedlingens specialister. Granskarna bedömer starten av de aktiva insatserna som motiverad för 85 procent av deltagarna. När bedömningen görs totalt för stödet i de aktiva insatserna anser granskarna att detta har varit motiverat för 72 procent av deltagarna.

Överlag ser vi inga stora skillnader i det stöd som getts till de som sedan lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan. Aktgranskarna anser dock att stödet till deltagare som sedan lämnar sjukförsäkringen varit mer motiverat utifrån individens behov och förutsättningar jämfört med gruppen som senare återgår till Försäkringskassan. På frågan vad som fattats i de fall där stödet upplevts mindre motiverat uppger granskarna att det främst har handlat om att Arbetsförmedlingens specialister inte har kopplats in där granskarna ansett att det funnits behov av detta. Arbetsförmedlingen bör undersöka vad detta beror på och om det t.ex. finns behov av att öka arbetsförmedlarnas kunskaper och förståelse för när specialistkompetens bör kopplas in.

4.6 Försämrad hälsa och deltagarnas sociala situation främsta skälen bakom återgången till Försäkringskassan

Av de som går in i det förstärkta samarbetet så går ungefär hälften av deltagarna tillbaka till Försäkringskassan medan den andra hälften lämnar sjukförsäkringen. Av de som lämnar sjukförsäkringen är det ungefär 60 procent som går vidare till arbete eller reguljära studier, resterande 40 procent är arbetssökande eller i annan insats på Arbetsförmedlingen.

Orsaken till att deltagaren går tillbaka till Försäkringskassan är främst försämrad hälsa. Detta är mer än dubbelt så vanligt som att deltagaren inte

utvecklar sin arbetsförmåga. Det kan tolkas som att händelser som är svåra att förutse har större påverkan på utfallet i negativ riktning än att insatserna inte har effekt. Denna tolkning förstärks av att andra faktorer än hälsotillstånd (t.ex. familjesituation) i större utsträckning påverkat deltagarens rehabiliteringsmöjligheter i gruppen som återgår till Försäkringskassan.

Det faktum att problem i deltagarnas sociala situation påverkat möjligheten att tillgodogöra sig rehabiliteringen för en relativt stor andel av deltagarna leder till frågan om dessa problem hade kunnat upptäckas och på så vis undanröjas tidigare i processen. Detta är något som talar för vikten av stärkta förberedelser tillsammans med individen inför den gemensamma kartläggningen. En annan fråga är om Arbetsförmedlingens specialister har utnyttjats i tillräckligt hög grad, t ex har stöd av socialkonsulent endast kopplats in för två procent av deltagarna när resultaten visar att problem i deltagarnas sociala situation varit ett hinder för betydligt fler.

Referenser

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2015) Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter – Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete, uppföljning nr 2, 2015-05-31. Återrapportering enligt regleringsbrevet för 2012. Dnr: Af – 2011/414101, FK 005433-2012.

https://www.arbetsformedlingen.se/download/18.2cf1aa7114db3ebf558220a/1433316584771/%C3%85terrappport_-_Effektutv%C3%A4rdering_av_det_f%C3%B6rst%C3%A4rkte_rehabiliteringsarbetet1.pdf
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/9c5be13d-50aa-477d-aa56-b336b870341a/det_forstarkta_rehabiliteringssamarbetets_effekter_slutgiltig.pdf?MOD=AJPERES&CVID=

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017) Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning. Af – Working paper 2017:2, FK – Socialförsäkringsrapport 2017:5.

<https://www.arbetsformedlingen.se/download/18.46cdd9c615af2e63aa18d6fc/1491294911793/effektutvardering-av-insatser-for-unga-med-aktivitetsersattning-wp.pdf>
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d37af317-9573-4e13-8621-8e0cd025b629/socialforsakringsrapport-2017-05.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

Arbetsförmedlingen (2014) Processkarta över det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

http://vis.arbetsformedlingen.se/download/18.6a5b453a14838c55dd813573/1411125226815/Beskrivning_processkarta2.pdf

Försäkringskassan (2015) Vägledning 2015:01: Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning.

<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/cf72dfa7-713b-4211-96f6-dc07daf289e6/vagledning-2015-01.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

Bilaga 1. Tabellbilaga

Tabell A1 Jämförelse mellan populationerna och urvalen

	Grupp: Lämnar sjukförsäkringen			Grupp: Åter FK		
	Popula- tion	Urval	p-värde	Popula- tion	Urval	p-värde
Antal	3 087	221		2 964	225	
Kvinna	62,2 %	56,1 %	0,07	67,1 %	63,1 %	0,22
Utländsk bakgrund	17,6 %	14,5 %	0,24	20,8 %	24,0 %	0,26
Försäkradtyp vid sjukfallets start						
Anställd	56,8 %	56,6 %	0,94	52,0 %	51,1 %	0,81
Arbetslös	38,8 %	37,6 %	0,72	43,6 %	44,0 %	0,91
Egenföretagare	2,6 %	3,6 %	0,36	2,5 %	3,6 %	0,32
Kombinator	0,4 %	0,5 %	0,88	0,4 %	1,3 %	0,04
Övriga	1,4 %	1,8 %	0,64	1,6 %	0,0 %	0,05
Civilstånd						
Efterlevande	1,0 %	1,4 %	0,58	0,8 %	0,4 %	0,52
Gift/Reg. partner	31,5 %	28,5 %	0,36	32,4 %	28,9 %	0,28
Ogift	49,4 %	54,3 %	0,16	46,0 %	48,0 %	0,56
Skild/Skild partner	17,4 %	15,4 %	0,45	20,1 %	21,3 %	0,65
Saknas/Ej tillämplig	0,7 %	0,5 %	0,62	0,7 %	1,3 %	0,33
Medel av sjukpenninggrundande inkomst (SGI)	255 429 (92 471)	254 396 (86 983)	0,88	248 750 (91 172)	246 299 (88 101)	0,69
Medel av ålder	41,4 (10,2)	40,4 (10,6)	0,17	43,0 (10,2)	43,1 (10,4)	0,89
Medel av historiska sjukdagar, 24 mån	157 (222)	157 (226)	1,00	200 (249)	198 (246)	0,91
Medel av historiska inskrivningsdagar AF, 24 mån	66 (143)	85 (154)	0,08	68 (149)	74 (151)	0,57
Medel av historiska inskrivningsdagar AF, 60 mån	276 (404)	299 (404)	0,41	295 (424)	317 (421)	0,45
Har hemmavarande barn 0 –17 år	19,0 %	19,0 %	0,99	16,1 %	14,7 %	0,58
Återvändare detta sjukfall	13,0 %	15,4 %	0,31	19,9 %	21,8 %	0,49
Återvändare någonsin	25,4 %	30,3 %	0,11	31,7 %	33,3 %	0,62
Utbildningsnivå						
Förgymnasial utbildning kortare än 9 år	3,2 %	4,1 %	0,48	5,6 %	6,2 %	0,68
Förgymnasial utbildning 9 (10) år	12,4 %	14,0 %	0,47	15,8 %	13,8 %	0,42
Gymnasial utbildning	51,5 %	52,5 %	0,77	49,6 %	50,2 %	0,86
Eftergymnasial utbildning, kortare än två år	9,5 %	7,2 %	0,26	8,0 %	9,3 %	0,48
Eftergymnasial utbildning, två år eller längre	22,4 %	21,3 %	0,71	19,3 %	17,3 %	0,48
Forskarutbildning	0,6 %	0,5 %	0,80	0,3 %	0,4 %	0,72
Saknas/Okänd	0,5 %	0,5 %	0,95	1,5 %	2,7 %	0,15
Huvuddiagnos vid sjukskrivning						
Psykiatrisk	65,2 %	67,0 %	0,59	60,1 %	64,4 %	0,20
Rörelseorganens sjukdomar	16,0 %	14,0 %	0,44	19,3 %	17,8 %	0,58

	Grupp: Lämnar sjukförsäkringen			Grupp: Åter FK		
	Population	Urval	p-värde	Population	Urval	p-värde
Skador	2,9 %	5,0 %	0,07	3,2 %	4,9 %	0,16
Övriga	16,0 %	14,0 %	0,45	17,4 %	12,9 %	0,08
Har partiell SA vid sjukskrivningens start	5,6 %	5,0 %	0,68	7,5 %	8,4 %	0,62

Not: p-värdet redovisar sannolikheten för att medelvärdet för de två grupperna är lika.

Tabell A2 Genomförda utredningar från Försäkringskassans sida före deltagande i gemensam kartläggning (Procent)

a) Utifrån Åter FK/Lämnar sjukförsäkringen

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr	Diff.	(p-värde)
Initierats av FK	65	64	0	0,91
Initierats av AF	3	2	1	0,62
Initierats av den försäkrade (d.f.)	12	10	2	0,56
Initierats av sjukskrivande läkare	15	20	-5	0,15
Initierats av annan	6	4	2	0,62
Konsultation med FMR	5	1	3	0,05
SASSAM-kartläggning	21	26	-5	0,23
Personligt möte	7	8	-1	0,79
Avstämningsmöte	41	46	-5	0,31
Telefonkontakter med d.f.	40	40	0	0,92
Kontakter med vården	33	38	-5	0,23
Kontakter med arbetsgivaren	7	8	-1	0,79
Försäkr.med. utredning (FMU)	5	3	2	0,33

b) Utifrån Låg aktivitetsnivå/Hög aktivitetsnivå

	Låg akt.nivå	Hög akt.nivå	Diff.	(p-värde)
Initierats av FK	61	68	-7	0,18
Initierats av AF	4	2	2	0,30
Initierats av den försäkrade (d.f.)	11	11	0	0,89
Initierats av sjukskrivande läkare	19	13	6	0,15
Initierats av annan	5	5	0	1,00
Konsultation med FMR	4	3	1	0,65
SASSAM-kartläggning	22	24	-2	0,61
Personligt möte	9	8	0	0,96
Avstämningsmöte	45	45	0	0,98
Telefonkontakter med d.f.	37	42	-5	0,40
Kontakter med vården	36	36	-1	0,88
Kontakter med arbetsgivaren	10	5	5	0,11
Försäkr.med. utredning (FMU)	5	2	3	0,16

c) Utifrån Kön

	Kvinna	Man	Diff.	(p-värde)
Initierats av FK	67	62	5	0,29
Initierats av AF	2	3	-1	0,53
Initierats av den försäkrade (d.f.)	11	11	0	0,91
Initierats av sjukskrivande läkare	15	21	-6	0,10
Initierats av annan	6	4	2	0,47
Konsultation med FMR	2	5	-3	0,06
SASSAM-kartläggning	24	23	2	0,69
Personligt möte	8	7	2	0,53
Avstämningsmöte	45	41	4	0,40
Telefonkontakter med d.f.	40	40	0	0,96
Kontakter med vården	33	38	-4	0,35
Kontakter med arbetsgivaren	9	4	5	0,07
Försäkr.med. utredning (FMU)	4	5	-1	0,52

Not: p-värdet redovisar sannolikheten för att de andelar som redovisas för de två grupperna är lika.

Tabell A3 Antalet utredningsåtgärder från Försäkringskassan före gemensam kartläggning (Procent)

a) Utifrån Åter FK/Lämnar sjukförsäkringen

Antal utredningsåtgärder	Samtliga	Åter FK	Lämnar SF	Diff.	(p-värde)
0	8	10	6	4	0,11
1	44	46	42	4	0,38
2	31	29	34	-5	0,25
3	12	11	13	-2	0,43
4	4	3	5	-2	0,37
6	0	1	0	1	0,18

b) Utifrån Låg aktivitetsnivå/Hög aktivitetsnivå

Antal utredningsåtgärder	Samtliga	Låg akt.nivå	Hög akt.nivå	Diff.	(p-värde)
0	8	8	8	0	0,97
1	44	45	44	1	0,84
2	30	30	31	0	0,95
3	13	12	13	-2	0,65
4	4	5	4	1	0,75
6	1	1	0	0	0,75

c) Utifrån Kön

Antal utredningsåtgärder	Samtliga	Kvinna	Man	Diff.	(p-värde)
0	8	8	9	-2	0,47
1	44	43	45	-2	0,71
2	31	33	29	4	0,39
3	12	11	13	-1	0,63
4	4	5	3	2	0,43
6	0	0	1	0	0,78

Not: p-värdet redovisar sannolikheten för att andelarna som redovisas för de två grupperna är lika.

Tabell A4 Har handläggningen kännetecknats av ett aktivt eller passivt utredningsarbete från Försäkringskassans sida? (Procent)

a) Utifrån Åter FK/Lämnar sjukförsäkringen

	Åter FK	Lämnar sjukförsäkr.	Diff.	(p-värde)
Helt passivt	4	1	3	0,11
Till större delen passivt	33	31	2	0,79
Till större delen aktivt	48	51	-3	0,57
Mycket aktivt	15	16	-1	0,78

b) Utifrån Låg aktivitetsnivå/Hög aktivitetsnivå

	Låg akt.nivå	Hög akt.nivå	Diff.	(p-värde)
Helt passivt	1	3	-2	0,18
Till större delen passivt	33	30	3	0,56
Till större delen aktivt	53	48	5	0,43
Mycket aktivt	14	19	-5	0,22

c) Utifrån Kön

	Kvinna	Man	Diff.	(p-värde)
Helt passivt	3	3	0	0,93
Till större delen passivt	31	34	-3	0,50
Till större delen aktivt	52	47	4	0,37
Mycket aktivt	15	16	-1	0,76

Not: p-värdet redovisar sannolikheten för att andelarna som redovisas för de två grupperna är lika.

Tabell A5 Sannolikhet att inte ha någon dokumenterad aktivitetsnivåbedömning

	Aktivitetsnivå saknas
Kvinna	0,0663 (0,0471)
Ålder	0,000960 (0,00248)
Diagnos (referensgrupp: psykiska)	
Rörelse	0,255*** (0,0682)
Skador	0,109 (0,103)
Övriga	0,0371 (0,0642)
Utbildning (referensgrupp: förgymnasial)	
Gymnasial utbildning	-0,0871 (0,0625)
Eftergymnasial utbildning	-0,0999 (0,0648)
Utbildning saknas/okänd	0,166 (0,195)
SGI	0,0000000541 (0,000000273)
Civilstånd (referensgrupp: gift)	
Ogift	0,145*** (0,0550)
Skild	0,0829 (0,0636)
Annat	0,127 (0,264)
Barn 0 –17år	0,000940 (0,0590)
Utrikesfödd	0,0917 (0,0587)
Återvändare någonsin	-0,103** (0,0450)
Konstant	0,213 (0,263)
Observationer	446
R ²	0,094

Not: Den beroende variabeln antar värdet 1 om deltagaren saknar dokumenterad aktivitetsnivå och annars 0. Robusta standardfel i parentes, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Bilaga 2. Frågor i formulären för aktgranskningen

Granskningsfrågor i Arbetsförmedlingens formulär

af1. Begäran inkom, datum

af2. Finns sammanfattande dokumentation om gemensam kartläggning i AIS?

af3. Har kunden anställning?

af4. Hade arbetsgivaren fullföljt sina rehabiliteringsskyldigheter?

af5. Finns det vid övergång från, eller i nära anslutning till avslut av, gemensam kartläggning en handlingsplan med mål och delmål?

af6. Finns det en daganteckning i AIS där mål och delmål framkommer?

af7. Har planeringen inför aktiva insatser gjorts tillsammans med kund, arbetsförmedlare och den personliga handläggaren?

af8. Första möte i anslutning till start av aktiva insatser, datum.

af9. Har starten av aktiva insatser (utredningsinsatser) varit motiverad givet vad som varit känt om den arbetssökandes behov och förutsättningar vid avslut av gemensam kartläggning?

af10. Är ansvarig arbetsförmedlare vid starten av aktiva insatser densamma som under gemensam kartläggning?

af11. I vilken omfattning bedöms kunden kunna delta vid starten av aktiva insatser?

af12. Hur många fysiska gemensamma möten (uppföljningsmöten) har Af och FK genomfört tillsammans med kunden under perioden i aktiva insatser?

af13. Finns det en tydlig avstämning mot handlingsplan i samband med uppföljningsmöten med Af och FK?

af14. Finns det en dokumentation och eventuellt reviderad planering i daganteckning i AIS vid uppföljningsmöten med Af och FK?

af15. Vilken kontakt har förekommit mellan Af och FK under kundens tid i det förstärkta samarbetet (Fysiska möten, telefon, e-post)?

- af16. Har det varit svårigheter i samarbetet eller svårigheter att få kontakt med ansvarig personlig handläggare hos FK?
- af17. Kontaktsvårigheterna har berott på följande (Fel kontaktuppgifter, Ej anträffbar, byte av handläggare, ej tid för möte/behövs ej).
- af18. Har arbetsförmedlare/specialist och den arbetssökande regelbunden avstämning?
- af19. Vilka specialister hos Af har deltagit i kundens ärende (Arbetsterapeut/fysioterapeut, psykolog, socialkonsulent, synspecialist, dövkonsulent, audionom, ingen).
- af20a. Vilka metoder och/eller insatser har använts när arbetsterapeut/fysioterapeut har deltagit i kundens ärende?
- af20b. Antal möten med arbetsterapeut/fysioterapeut.
- af21a. Vilka metoder och/eller insatser har använts när psykolog har deltagit i kundens ärende?
- af21b. Antal möten med psykolog.
- af22a. Vilka metoder och/eller insatser har använts när socialkonsulent har deltagit i kundens ärende?
- af22b. Antal möten med socialkonsulent.
- af23a. Har kunden avbokat eller uteblivit från bokade besök under perioden i aktiva insatser?
- af23b. Antal uteblivna bokade besök.
- af24. Av vilken orsak ställdes mötet/mötena in (Kundens sjukdom, kundens barn sjukt, kommunikationsmiss, annat)?
- af25. Har kunden anvisats till kompletterande aktör?
- af26. Har kunden haft stöd av flexibla anpassningsmoduler (FAM)?
- af27. Har kunden varit aktiv och deltagit i rehabprocessen genom att fråga/ leta arbetsträningsplats, lämnat förslag på plats till Af, deltagit i vägledningsgrupp, gjort "hemuppgifter", sökt arbete?
- af28. Har kunden varit ute i arbetsträning?
- af29. Har arbetsförmedlaren ackvирerat arbetsträningsplats?
- af30. Om kunden avbrutit arbetsträning. Vad var anledningen?
- af31. Har kunden deltagit i praktikantprogrammet?
- af32. Har kunden haft stöd av SPB under arbetsträning/praktik?

af33. Har den arbetssökande haft samma arbetsförmedlare under hela perioden med aktiva insatser?

af34. Hur många byten av arbetsförmedlare har skett?

af35. Den eller de arbetsförmedlare som arbetat med den arbetssökande har varit (man/kvinna):

af36. Vem/vilka/vad initierar avslut av det förstärkta samarbetet (Kunden, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, ansvarig vårdgivare, annan)?

af37. Anledning till avslut av det förstärkta samarbetet (Arbete utan stöd, arbete med stöd, reguljära studier, arbetsmarknadsutbildning, start näringsverksamhet, stopp rehabiliteringsersättning, utvecklar inte sin arbetsförmåga, målet i handlingsplanen uppnått, försämrat hälsotillstånd).

af38. Finns det slutdokumentation?

af39. Vid avslut av det förstärkta samarbetet har arbetsförmågan bedömts vara i antal timmar/vecka.

af40. Vid avslut av det förstärkta samarbetet anvisas kunden till ett arbetsmarknadspolitiskt program.

af41. Har processkartan följts?

af42. Har de utredningar och insatser som prövats/genomförts varit motiverade givet den arbetssökandes behov och förutsättningar?

af43. Har andra faktorer än hälsotillstånd (ex. familjesituation) påverkat den arbetssökandes möjligheter att lyckas med sin rehabilitering (faktorer som redan fanns med vid starten av det förstärkta samarbetet, faktorer som tillkommit efter start av det förstärkta samarbetet)?

Granskningsfrågor i Försäkringskassans formulär

fk2. Sjukfallets startdatum:

fk3. Är den sjukskrivne ”återvändare”?

fk4. Kundflöde i den initiala behovsbedömningen (IBB:n).

fk5. Datum för byte av kundflöde.

fk6. Datum då det i journalen framgår att den försäkrade kan vara aktuell för det förstärkta samarbetet.

fk7. Hur har deltagandet i gemensam kartläggning initierats?

fk8. Har initierandet till gemensam kartläggning föregåtts av muntlig eller skriftlig konsultation med FMR?

- fk9. Datum då samtyckesblankett skickats eller lämnats till den försäkrade.
- fk10. Datum då samtycke inkommit från den försäkrade.
- fk11. Datum då begäran om gemensam kartläggning skickats till Arbetsförmedlingen.
- fk12. Är den försäkrade anställd när begäran om gemensam kartläggning skickades?
- fk13. Har arbetsgivaren fullföljt sin rehabiliteringsskyldighet?
- fk14. Har det genomförts en SASSAM som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?
- fk15. Datum för denna SASSAM.
- fk16. Har det genomförts ett personligt möte (INTE SASSAM) som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?
- fk17. Datum för detta personliga möte.
- fk18. Har det genomförts ett avstämningsmöte som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?
- fk19. Datum för detta avstämningsmöte.
- fk20. Har handläggaren haft telefonkontakter med den försäkrade som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?
- fk21. Datum för telefonkontakten.
- fk22. Har handläggaren haft muntlig eller skriftlig kontakt med vården (sjukskrivande läkare eller annan personal inom vården) som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?
- fk23. Datum för denna kontakt med vården.
- fk24. Har handläggaren haft muntlig eller skriftlig kontakt med den försäkrades arbetsgivare som bidragit till att identifiera behovet av gemensam kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?
- fk25. Datum för denna kontakt med arbetsgivaren.
- fk26. Har det genomförts en fördjupad medicinsk utredning (AFU, TMU eller SLU) som bidragit till att identifiera behovet av gemensam

kartläggning eller som kan ses som direkt förberedande inför den gemensamma kartläggningen?

fk27. Datum för det fördjupade medicinska utlåtandets ankomst till handläggaren.

fk28. Har handläggningen, från det att ärendet blivit ett K3-ärende, kännetecknats av ett aktivt eller passivt utredningsarbete från Försäkringskassans sida?

fk29. Datum det första mötet i gemensam kartläggning.

fk30. Har det funnits tidigare inställda möten?

fk31. Av vilken orsak ställdes mötet/mötena in (Tillfällig sjukdom för den försäkrade, familjeskäl, FK:s handläggare ställde in, arbetsförmedlaren ställde in, kommunikationsmiss, annat)?

fk32. Beskriv ”Annat” skäl till att tidigare möte/möten ställts in.

fk33. Har flera möten genomförts i den gemensamma kartläggningen?

fk34. Datum för det sista mötet i den gemensamma kartläggningen:

fk35. Vem eller vilka har deltagit i minst ett möte utöver deltagaren, handläggaren och arbetsförmedlaren (Ingen, Af-specialist, läkare, arbetsgivare, facklig part, anhörig/god vän, boendestödjare, annan)?

fk36. ”Annan” deltagare vid möte/n i gemensam kartläggning.

fk37. Har den gemensamma kartläggningen genomförts med stöd av tolk?

fk38. Vilken slags tolk?

fk39. Utfall av gemensam kartläggning.

fk40. Datum för avslut i det förstärkta samarbetet.

fk41. Resultat efter avslut i det förstärkta samarbetet (Arbete, subventionerat arbete, studier, arbetssökande, arbetsmarknadspolitiskt program, ALI, åter FK (helt eller delvis), framgår inte).

fk41. Resultat efter avslut i det först... Subventionerat arbete

fk42. Fanns det en gemensam planering?

fk43. Hur många uppföljningsmöten (där minst den försäkrade, handläggaren och arbetsförmedlaren deltagit) har genomförts under den försäkrades tid i det förstärkta samarbetet (fysiskt möte, telefon, e-post)?

fk45. Har det varit svårigheter i samarbetet eller svårigheter att få kontakt med ansvarig arbetsförmedlare hos Arbetsförmedlingen?

fk46. Svårigheterna har berott på (Fel kontaktuppgifter till arbetsförmedlaren, arbetsförmedlaren har ej varit anträffbar, byte/avbokning/ombokning/ej tid för möte/möte behövs ej av arbetsförmedlare, annat).

fk47. Beskrivning av ”Annat”.

fk48. Har den försäkrade haft samma personliga handläggare under hela tiden från den gemensamma kartläggningen till avslutet i det förstärkta samarbetet?

fk49. Hur många byten av personlig handläggare har skett?

fk50. Den eller de personliga handläggare som arbetat med den försäkrade under tiden i det förstärkta samarbetet har varit (man/kvinna).

fk51. Har ett möte genomförts i och med att den försäkrades deltagande i det förstärkta samarbetet avslutades?

fk52. Varför avslutades den försäkrades deltagande i det förstärkta samarbetet?

fk53. Kommentar till varför ärendet avslutades i samarbetet.

fk54. Omfattningen på ersättningen från FK efter avslut i det förstärkta samarbetet.

fk55. Åtgärder efter att den försäkrade kommit tillbaka (Initiativ till utbyte till SE, Utredning om avslag/indrag, Start av ny medicinsk utredning, Fortsättning av tidigare startad medicinsk rehabilitering, Start av ny eller förändrad medicinsk rehabilitering, Initiativ till AFU/TMU/SLU, Förebyggande sjukpenning, Ny planering med arbetsgivaren).

fk56. Om medicinsk rehabilitering startats eller fortsatt efter att ärendet avslutades i samarbetet. Vilken typ av medicinsk rehabilitering?

fk57. Har handläggningen efter avslutet ”Åter FK (helt eller delvis)” kännetecknats ett aktivt eller passivt agerande?

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2018:

- 2018:1 Felaktiga utbetalningar av tillfällig föräldrapenning. Hur utbrett är problemet, vad beror det på och vad kan Försäkringskassan göra för att motverka de felaktiga utbetalningarna?
- 2018:2 Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken
- 2018:3 Föräldraskapsideal och deras förverkligande. En forskarrapport om föräldrars uppfattning om vad som underlättar och förhindrar ett delat föräldraskap i Sverige
- 2018:4 Barn och föräldrar i socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 17–18 januari 2018
- 2018:5 Anhöriga till personer med statlig assistansersättning. En beskrivning av anhöriga som personliga assistenter, mottagare av personlig assistans och assistansersättningen
- 2018:6 Utvärdering av omorganisationen av Försäkringskassans kundcenterverksamhet
- 2018:7 Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. En fördjupad bild av utvecklingen över tid och Försäkringskassans handläggning
- 2018:8 Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365
- 2018:9 Familj och arbete under småbarnsåren. Hur använder föräldrar förskola och föräldraförsäkring?
- 2018:10 Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa
- 2018:11 Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna