

Fördjupad analys av rehabiliteringssamverkan inom det förstärkta samarbetet

Arbetsförmedlingen

Författare: Dagmar Müller och Simona Tudor, Analysavdelningen

Datum: 2025-05-20

Diarienummer: Af-2023/0084 4670

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	8
2 Översikt över rehabiliteringssamverkan.....	10
2.1 Arbetssätt och genomförande av rehabiliteringssamverkan	10
2.1.1 Målgrupp.....	10
2.1.2 Gemensam kartläggning	10
2.1.3 Insatser hos Arbetsförmedlingen.....	11
2.1.4 Utförandet av insatser: i egen regi eller upphandlade tjänster	12
2.1.5 Avslut av rehabiliteringssamverkan.....	12
2.2 Införande och utveckling av resultat	13
2.3 Tidigare studier.....	14
3 Tillvägagångssätt	15
3.1 Data, populationen och avgränsningar.....	15
3.2 Variabler	16
3.3 Utfall och metod	17
4 Hur har sammansättningen bland deltagare i rehabiliteringssamverkan förändrats över tid?.....	18
4.1 Inga större skillnader i individegenskaper mellan olika kohorter.....	18
4.2 Begränsningar i att mäta orsaken till nedsatt arbetsförmåga.....	19
4.2.1 Avsaknaden av information om diagnoser som ligger till grund för sjukskrivningen	19
4.2.2 Förändringar i andelen med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga	20
4.3 Skillnader utifrån typ av ersättning	23
4.4 Skillnader i sammansättning utifrån kön	23
4.5 Sammanfattning av resultaten.....	24
5 Analys av insatser under samverkan.....	25
5.1 Identifiering och kategorisering av insatser under samverkan	25
5.1.1 Huvudsakliga typer av insatser	25
5.1.2 Utförande av insatser	26
5.2 En analys av insatserna i rehabiliteringssamverkan 2016–2022	27
5.2.1 KVR-beslut.....	27
5.2.2 Utförandet av beslut.....	28
5.2.3 Vanliga insatser inom olika KVR-beslut	29
5.3 Sammanfattning	31
6 Utfall som indikerar att en person har återfått eller ökat sin arbetsförmåga.....	31
6.1 Utfallsmått	32

6.1.1	Problem med datakvalitet när resultat registreras i slutet av samverkan	32
6.1.2	Alternativa mått på återvunnen eller ökad arbetsförmåga	32
6.1.3	När mäter vi utfallen?	33
6.2	Resultat vid slutet av samverkan	34
6.2.1	Den genomsnittliga tiden i rehabiliteringssamverkan har ökat	34
6.2.2	Andelen med ett positivt resultat i slutet av rehabiliteringssamverkan har minskat över tid	35
6.3	Resultat vid specifika tidpunkter upp till 36 månader efter samverkans start	36
6.3.1	Andel deltagare som är kvar i samverkan	37
6.3.2	Deltagare som inte har uppnått arbetsförmåga och återgår till Försäkringskassan	37
6.3.3	Andel deltagare som har uppnått eller ökat arbetsförmågan och som övergår till osubventionerat eller subventionerat arbete	38
6.3.4	Andel deltagare som har uppnått eller ökat arbetsförmågan och deltar i utbildningsinsatser, arbetsmarknadspolitiska program eller är öppet arbetslösa	40
6.4	Sammanfattning av resultaten	42
7	Regressionsanalys: samband mellan individegenskaper och utfall	42
7.1	Skillnader i sannolikheten att uppnå ett positivt utfall	45
7.1.1	Förväntade skillnader i utfall efter bakgrundsfaktorer	45
7.1.2	Skillnader mellan typ av insatser	46
7.1.3	Oförklarade skillnader i utfall kvarstår mellan kohorterna	47
7.2	Skiljer sig betydelsen av bakgrundsfaktorer mellan könen?	47
7.3	Hur skiljer sig utfall efter typ av ersättning?	48
7.4	Sammanfattning av resultaten	48
8	Avslutande diskussion	49
	Referenser	52

Sammanfattning

Inom ramen för rehabiliteringssamverkan samarbetar Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att stödja sjukskrivna och unga med aktivitetsersättning i att utveckla eller återfå arbetsförmågan. Personer som bedöms ha behov av stöd från Arbetsförmedlingen kan ta del av arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser. Målet när samverkan avslutas är att individen ska ha uppnått arbetsförmåga, vilket på sikt kan möjliggöra en övergång från sjukförsäkringen till arbete.

Den här rapporten följer upp de drygt 48 000 personer som deltog i rehabiliteringsinsatser på Arbetsförmedlingen mellan 2016 och 2022. Syftet är att analysera hur deltagarnas sammansättning, insatser och resultat har utvecklats över tid. Trots att deltagare i rehabiliteringssamverkan tillhör en prioriterad målgrupp, som står långt ifrån arbetsmarknaden, finns det få fördjupande analyser, både när det gäller framsteg under tiden de är inskrivna hos Arbetsförmedlingen och deltagandet i rehabiliteringsinsatser. Samtidigt har förändrade rutiner och nya upphandlade insatser på senare år påverkat målgruppen, och i 2023 infördes ett vidareutvecklat arbetssätt. Det innebär att den analyserade perioden avser ett tidigare arbetssätt, men arbetets kärna är till stor del oförändrad.

För att kunna bedöma möjliga effekter och resultat av nya rutiner och insatser är det avgörande att förstå hur tidigare arbetssätt har fungerat. Eftersom deltagare rör sig mellan olika myndigheter, försvåras en systematisk uppföljning. Arbetsförmedlingens resultatuppföljning av rehabiliteringssamverkan baseras idag på övergripande uppgifter som Försäkringskassan tar fram från den databas där deltagande i samverkan huvudsakligen registreras. I databasen registreras deltagarnas resultat direkt vid samverkans slut, men för att följa deltagarnas långsiktiga utveckling behövs det andra datakällor.

Denna rapport kompletterar myndigheternas löpande uppföljning och baseras på individdata från Arbetsförmedlingens register. Det gör det möjligt att analysera utvecklingen i deltagarnas utfall i upp till 36 månader efter samverkansstart och att få en djupare inblick i Arbetsförmedlingens rehabiliteringsprocess.

Rapporten fokuserar på:

- Hur deltagarsammansättning och resultat har förändrats mellan 2016–2022,
- vilka typer av stöd och insatser som deltagarna har fått, och
- hur resultaten har utvecklats över tid i samverkan och hur de skiljer sig åt mellan olika grupper.

Ett positivt resultat av samverkan kan se ut på olika sätt. Det främsta målet efter samverkan är att individen ska ha återfått arbetsförmåga och därmed förbättrade förutsättningar för att kunna arbeta. Eftersom det saknas tillförlitliga direkta mått på arbetsförmåga, använder vi andra resultatmått som förutsätter att

rehabiliteringssamverkans syfte har uppnåtts. Dessa omfattar övergång till osubventionerat eller subventionerat arbete samt till utbildning. Även övergång till Arbetsförmedlingens ordinarie verksamhet indikerar att arbetsförmåga har uppnåtts om individen deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller är registrerad som öppet arbetslös.

Resultaten i rapporten baseras på en deskriptiv analys. Effekterna av deltagande i det förstärkta samarbetet generellt eller i specifika rehabiliteringsinsatser utvärderas inte. Därför går det inte att dra några slutsatser om hur det skulle ha gått för deltagarna om de inte hade deltagit i rehabiliteringssamverkan.

Huvudsakliga resultat och slutsatser:

Förändringarna i deltagarsammansättningen över tid är små.

Dock har andelen med registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga minskat över tid, vilket troligen beror på registreringsrutiner. Samtidigt finns stora skillnader i bakgrundsegenskaper mellan kvinnor och män, vilket tyder på att deras behov av insatser och möjligheter att återfå arbetsförmåga kan skilja sig åt.

Rehabiliterande insatser sker oftast i egen regi – vägledning och kartläggning i upphandlad regi.

Rehabiliteringsinsatser har tre olika inriktningar: rehabilitering på en arbetsplats, kartläggning och vägledning. De flesta deltagare har fått rehabiliterande insatser i form av arbetsprövning och dessa har huvudsakligen utförts i Arbetsförmedlingens egen regi. Efter 2019 har dock andelen insatser i upphandlad regi ökat, särskilt inom kartläggning och vägledning, där mer än hälften av insatserna år 2022 utfördes via upphandlade tjänster.

Färre återfår arbetsförmåga, både vid rehabiliteringssamverkans avslut och på längre sikt.

Andelen som återfick arbetsförmåga vid avslut av samverkan minskade mellan 2016 och 2022. Samtidigt ökade den genomsnittliga tiden i samverkan. På längre sikt, 36 månader efter samverkans start, har drygt en fjärdedel övergått till arbete, i de flesta fall med stöd. Andelen som övergått till ett arbetsmarknadspolitiskt program har varit stabil runt 9 procent, men ökade i slutet av perioden till 13 procent. Runt en tredjedel har skrivits ut och sannolikt återvänt till Försäkringskassan, utan att ha uppnått arbetsförmåga. Andelen har ökat från 31 procent till 38 procent mellan 2016 och 2021.

Resultaten skiljer sig åt beroende på kön, födelseregion och ålder.

Sannolikheten att få ett subventionerat arbete är lägre för kvinnor än för män, för utrikes födda jämfört med inrikes födda och för äldre deltagare jämfört med yngre. Dessa skillnader kvarstår även när hänsyn tas till olika individegenskaper, typ av rehabiliteringsinsats eller dess anordnare. Det innebär att resultaten inte fullt ut kan förklaras av tillgängliga data, utan att andra faktorer (som vi inte kan mäta) påverkar resultaten.

Brister vid registrering och förändrade rutiner försvårar analysen.

Bristande registrering av samverkansutfall, det vill säga om individen har återfått arbetsförmåga, samt förändrade rutiner vid registrering av funktionsnedsättning försvårar analysen av rehabiliteringssamverkan över tid. Även om begränsningarna inte påverkar stödet som ges, så påverkas möjligheten att följa upp insatser och utfall för olika grupper.

Behov av fler uppföljningar med längre tidshorisont för att analysera omfattningen och varaktigheten i övergångar till arbete. För många individer med svag konkurrensförmåga kan en etablering på arbetsmarknaden ta lång tid. För att undersöka resultaten av samverkan på lång sikt krävs det uppföljning av deltagare under en betydligt längre tidsperiod än vad som varit möjligt i denna rapport. Fortsatt analys behövs, baserad på data från både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, särskilt med hänsyn till förändringar i rutiner och insatser som påverkat målgruppen.

1 Inledning

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samverkar för att individer ska kunna lämna sjukförsäkringen och komma i arbete. Samverkans benämning är *det förstärkta samarbetet* och återfinns i båda myndigheternas respektive regleringsbrev sedan införandet år 2012. Det förstärkta samarbetet omfattar två delar; rehabiliteringssamverkan för individer som har behov av rehabiliteringsinsatser för att få eller återfå arbetsförmåga och möten för omställning för individer som inte längre har rätt till sjukpenning eller får avslag på ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Den här rapporten fokuserar på rehabiliteringssamverkan och specifikt på personer som skrivs in på Arbetsförmedlingen för att delta i rehabiliteringsinsatser.¹

Försäkringskassan ska i sin ordinarie handläggning identifiera personer som sannolikt har behov av stöd och insatser från båda myndigheterna. Potentiella deltagare är huvudsakligen personer med sjukpenning, aktivitets- eller sjukersättning samt, om personer saknar en sjukpenningsgrundande inkomst, försörjningsstöd. Samarbetet inleds med en gemensam kartläggning med individen och handläggare från båda myndigheterna. Under kartläggningen utvärderas om ett deltagande i rehabiliteringssamverkans insatser hos Arbetsförmedlingen är aktuell utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Syftet med rehabiliteringssamverkan är att öka individens förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna komma i arbete eller studier.

Sedan införandet av det förstärkta samarbetet 2012 har över 100 000 personer deltagit i rehabiliteringsinsatser hos Arbetsförmedlingen. Volymerna i samverkan har minskat avsevärt i samband med en omfattande sjukförsäkringsreform under 2016. Då togs den bortre tidsgränsen för sjukskrivning bort. Nedgången i antalet gemensamma kartläggningar fortsatte dock även efter 2016. Andelen som bedöms ha förutsättningar att kunna påbörja insatser hos Arbetsförmedlingen efter gemensam kartläggning har också minskat från 78 procent 2016 till 71 procent 2022. Resultatuppföljningen i tidigare åiterrapporter tyder på att andelen deltagare som har utvecklat eller återfått arbetsförmåga efter avslutad rehabiliteringsinsats hos Arbetsförmedlingen ökade fram till 2017 och har sedan dess minskat från runt 60 procent till 50 procent under 2022 (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2023).²

De som deltar i rehabiliteringssamverkan har olika förutsättningar för att återfå arbetsförmåga och lämpliga åtgärder och insatser behöver anpassas efter individuella

¹ Vi bedömer att en rapport som omfattar båda delar av det förstärkta samarbetet är för omfattande då de olika delarna riktar sig mot olika målgrupper med potentiell olika förutsättningar att komma in i arbete. Vi kan inte heller identifiera gruppen som blir erbjuden omställningsmöten efter att ha fått avslag på sjukpenning eller aktivitets-/sjukersättning utifrån data som är tillgänglig via Arbetsförmedlingens register. Målgruppen för omställningsmöten har tidigare undersökts i Försäkringskassan (2020).

² Uppgifterna över antalet deltagarna i rehabiliteringssamverkan skiljer sig dessutom mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beroende på datakälla. Tidigare resultatuppföljningar var dessutom främst baserad på information från Försäkringskassan som inte har information om specifika beslut om insatser och anordnare eller mer långsiktiga utfall för personer som fortsätter vara inskrivna hos Arbetsförmedlingen efter slutet av rehabiliteringssamverkan

förutsättningar. Trots det varierande behovet och den konstaterade resultatförsämringen, finns ingen systematisk uppföljning av hur deltagarsammansättningen har förändrats, vilka typer av insatser deltagarna tar del av, eller i vilken utsträckning dessa insatser svarar mot målgruppens behov. Detta gör det svårt att bedöma om insatserna som erbjuds är ändamålsenliga, och om förändringar i utfall över tid återspeglar förändrade förutsättningar bland deltagarna eller förändringar i insatsernas innehåll och kvalitet.³

Det övergripande syftet med rapporten är att följa upp rehabiliteringssamverkan genom att kartlägga deltagare i insatser hos Arbetsförmedlingen. Fokus ligger på personer som deltog i samverkan och skrevs in på Arbetsförmedlingen mellan 2016 och 2022. Rapporten belyser vilka insatser deltagarna fick under samverkan samt hur deras utfall har utvecklats över tid. I rapporten analyseras följande frågeställningar:

- Hur har sammansättningen av deltagare i rehabiliteringsinsatser förändrats under perioden 2016–2022?
- Vilka rehabiliteringsinsatser har deltagare tagit del av hos Arbetsförmedlingen under tidsperioden?
- I vilken utsträckning har deltagare uppnått positiva utfall, det vill säga ökat eller återfått arbetsförmågan och hur kan detta mätas? Hur utvecklas andelen som uppnår olika specifika utfall, till exempel övergång till arbete, över tid?
- Hur påverkar olika observerbara egenskaper, såsom kön, ålder, utbildning och olika typer av insatser sannolikheten att uppnå olika positiva utfall?

Analysen i rapporten omfattar perioden 2016–2022. Detta eftersom betydande förändringarna i sjukförsäkringen gör det svårt att jämföra individer som blev anvisade till samverkan före och efter 2016. Antalet deltagare fortsatte att minska även efter 2016, men en viss ökning har skett efter 2020. Olika externa faktorer, såsom regeländringar, pandemi och lågkonjunktur, kan ha påverkat både deltagarnas sammansättning och deras utfall.

Datakällorna för analysen utgörs av Arbetsförmedlingens dataregister, vilket ger detaljerad information om insatser både under och efter samverkans gång. Studiepopulationen består av personer inskrivna hos Arbetsförmedlingen med registrerad start i rehabiliteringssamverkan mellan 2016 och 2022, och deltagarna följs upp fram till juni 2024. Uppföljningshorisonten sträcker sig därmed upp till 36 månader efter samverkans start.

För att mäta deltagarnas progression används indikatorer som avregistrering till arbete eller studier, deltagande i arbetsmarknadspolitiska program eller arbetsmarknadsutbildningar, och registreringar som öppet arbetslös. I den deskriptiva analysen belyser vi även ändringar i deltagande i insatser och följer utvecklingen av olika utfall över tid. För att undersöka hur egenskaper som kön, ålder eller födelseregion hänger ihop med sannolikheten att uppnå ett positivt utfall

³ I Socialförsäkringsrapport 2018:11 (Försäkringskassan, 2018) analyseras om skillnader i utfallen av rehabiliteringssamverkan kan förklaras av skillnader i individegenskaper bland deltagarna eller Försäkringskassans handläggnings- och utredningsarbete. Analysen omfattar däremot bara personer som avslutade deltagandet i samverkan under 2016. Se även avsnitt 2.4.

använder vi regressionsanalys. Det är en statistisk metod för att skatta samband, som samtidigt tar hänsyn till andra relevanta variabler.

Rapporten är disponerad enligt följande: I avsnitt 2 beskrivs rehabiliteringssamverkans målgrupp, arbetssätt och innehåll. Här ges också en kort sammanfattning av några övergripande resultat som rapporterats i tidigare återrapporter och analyser. Avsnitt 3 beskriver data, population och avgränsningar, samt presenterar utvalda utfallsmått och analysmetod. Avsnitt 4 innehåller en beskrivning av hur sammansättningen av deltagarna har förändrats över tid. I avsnitt 5 presenteras vilka insatser deltagare tagit del av, deras anordnare och hur dessa har förändrats över tid. Avsnitt 6 innehåller en deskriptiv analys av hur resultaten har utvecklats över tid. I avsnitt 7 redovisar vi resultat från en regressionsanalys där vi undersöker sambandet mellan olika bakgrundvariabler och utfall. I avsnitt 8 återfinns en avslutande diskussion.

2 Översikt över rehabiliteringssamverkan

Beskrivningarna i det här avsnittet avser utformningen av rehabiliteringssamverkan från 2012 och fram till och med oktober 2023. Efter det har förändringar skett i arbetssättet inom samverkan (se fotnot 5). Dessa förändringar bedöms inte ha påverkat deltagarna som vi följer under perioden 2016–2022 i rapporten.⁴

2.1 Arbetssätt och genomförande av rehabiliteringssamverkan

2.1.1 Målgrupp

Syftet med rehabiliteringssamverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är att individer genom myndigheternas gemensamma stöd ska uppnå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller få, arbete. Målgruppen är sjukskrivna och unga med aktivitetsersättning. De kan ha en anställning eller vara arbetslösa. Myndigheterna samarbetar även kring individer som har sjukersättning eller saknar sjukpenninggrundande inkomst där Försäkringskassan identifierat behov av rehabiliteringssamverkan. Enskilda deltagare kan redan vara inskrivna som arbetslösa när deltagandet i rehabiliteringssamverkan blir aktuellt.

2.1.2 Gemensam kartläggning

Initiativet att utreda om det förstärkta samarbetet kan vara aktuellt för en person med nedsatt arbetsförmåga kan komma från de olika inblandade myndigheterna, läkare eller personen själv. Den formella processen initieras dock av Försäkringskassan. Om den potentiella deltagaren samtycker till delning av uppgifter mellan myndigheterna inleds samarbetet med en gemensam kartläggning med handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt individen. Vid

⁴ Det här avsnittet är baserat på information i handläggarstöd "Förstärkt samarbete med Försäkringskassan", diarienummer Af-2021/00683606 och Af-2023/00728186.

behov medverkar ytterligare deltagare, till exempel från sjukvården. Under kartläggningen bedöms det om ett deltagande i det förstärkta samarbetet är aktuellt utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv.⁵ Om man gemensamt kommer fram till att individen ska delta i rehabiliteringssamverkan ingår även en planering av arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser hos Arbetsförmedlingen.⁶ Om individen utan giltig anledning vägrar att delta i rehabiliteringssamverkan finns det lagligt stöd att hålla inne personens ersättning, framförallt i syfte att motivera deltagande. Sanktionen ska dock användas med stor försiktighet, och inte som ett straff. Det finns i nuläget ingen tillgänglig statistik över hur många som tackar nej till att delta i rehabiliteringssamverkan efter den gemensamma kartläggningen.

2.1.3 Insatser hos Arbetsförmedlingen

Efter den gemensamma kartläggningen påbörjas insatser för personer som bedöms ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hos Arbetsförmedlingen.⁷ Under tiden som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen pågår får deltagare, som uppfyller förutsättningarna för det, sjukpenning eller rehabiliteringspenning från Försäkringskassan. De kan också få särskilt bidrag för merkostnader under rehabiliteringen, till exempel för resor.

Arbetsförmedlingen gör en arbetsmarknadspolitisk bedömning och beslutar om insatser inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Dessa insatser tillhandahålls antingen i Arbetsförmedlingens regi eller genom upphandlade tjänster och externa leverantörer. Under rehabiliteringssamverkan ansvarar Försäkringskassan för att upprätta och följa upp rehabiliteringsplanen samt samordna insatser från Arbetsförmedlingen, vården och andra aktörer. De flesta insatserna i Arbetsförmedlingens regi delas in i två kategorier: arbetsförberedande och arbetslivsinriktade insatser.

Arbetsförberedande insatser

Arbetsförberedande insatser riktar sig till personer med låg eller instabil bedömd aktivitetsnivå. Dessa insatser har som mål att stärka individens förutsättningar att delta i arbetslivsinriktade aktiviteter. Exempel på sådana insatser är vägledningssamtal, utredande insatser och kompetenshöjande aktiviteter. Förberedande insatser kan ges både i Arbetsförmedlingens regi, till exempel genom individuella samtal med arbetsförmedlare, eller via upphandlade tjänster som erbjuder vägledningsprogram och karriärvägledning.

⁵ Ett nytt arbetssätt trädde i kraft i oktober 2023, som ändrade rutiner kring Gemensamt kartläggning. Enligt den nya rutinen består den gemensamma kartläggningen av två separata möten: informationsmöte och planeringsmöte. Dessutom avvecklades en av de vanligaste upphandlade insatserna inom det förstärkta samarbete, Introduktion till Arbete (INAB). Steg till arbete, en ny upphandlad tjänst inom arbetslivsinriktad rehabilitering, infördes i september 2023.

⁶ Om resultatet av kartläggningen är att personen inte kommer delta i rehabiliteringsinsatser hos Arbetsförmedlingen kan det i stället vara aktuellt med insatser via samordningsförbund eller ESF-projekt, vården, kommunen, arbetsintegrerade sociala företag eller annan aktör, alternativt återgång till Försäkringskassan.

⁷ Behandling eller rehabilitering som deltagaren får genom vården kan pågå samtidigt som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Arbetslivsinriktade insatser

Arbetslivsinriktade insatser kan påbörjas antingen direkt efter kartläggningen eller efter en arbetsförberedande period. Dessa insatser är ofta praktiska och syftar till att stärka arbetsförmågan genom arbetslivserfarenhet. Exempel på insatser inkluderar arbetsträning/arbetsprövning⁸ på arbetsplatser som godkänts av Arbetsförmedlingen, oavsett om insatsen sker genom Arbetsförmedlingens egna kontakter eller via upphandlade aktörer.

Särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning

För personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga erbjuder Arbetsförmedlingen särskilda stödinsatser.⁹ Dessa inkluderar stöd för hjälpmedel, personligt biträde och särskild stödperson för introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS). SIUS kan vara aktuellt för unga med aktivitetsersättning och för övriga först när individen uppnått arbetsförmåga. Arbetsprövning inför lönebidragsanställning, exempelvis hos Samhall, är en annan möjlighet för att pröva arbetsförutsättningar i en anställning.

2.1.4 Utförandet av insatser: i egen regi eller upphandlade tjänster

Insatser i egen regi utförs av Arbetsförmedlingens personal, såsom arbetsförmedlare och interna specialister inom rehabilitering. Upphandlade tjänster, å andra sidan, utförs av externa leverantörer och kan omfatta arbetsprövning samt vägledande och arbetsförberedande insatser. Det finns lokala skillnader som påverkar vilken typ av insats som kan erbjudas hos Arbetsförmedlingen. Valet mellan egen regi och upphandlade tjänster påverkas också av lokala förutsättningar, såsom tillgång till upphandlade platser, bemanning och kommunala samarbeten.

2.1.5 Avslut av rehabiliteringssamverkan

De aktiva insatserna avslutas när individen lämnar sjukförsäkringen efter att ha återuppnått arbetsförmåga och går vidare till arbete, påbörjar reguljära studier eller fortsatta insatser på Arbetsförmedlingen. Alternativt avslutas rehabiliteringen när individen återgår till Försäkringskassan, exempelvis på grund av försämrad hälsa, eller när individen av andra skäl inte önskar ett gemensamt stöd från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Bedömningen görs av Försäkringskassan, baserad på underlag från Arbetsförmedlingens motivering av arbetsförmågan.

I motsats till deltagande i specifika insatser eller program i den ordinarie verksamheten, finns det ingen gräns för hur länge personer kan delta i rehabiliteringssamverkan så länge de ansvariga handläggarna bedömer att en progression sker och att deltagarens arbetsförmåga fortsätter att öka tills den når samma nivå som innan sjukskrivningen. Deltagandet avslutas först då insatserna inte

⁸ Myndigheterna har olika benämningar på begreppen. Det som avses är när en individ tränar sin förmåga på en arbetsplats. På Försäkringskassan benämns det arbetsträning och på Arbetsförmedlingen benämns det arbetsprövning.

⁹ Stöd enligt den särskilda förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

längre ökar individens arbetsförmåga eller individen av medicinska skäl inte kan tillgodogöra sig fortsatta aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen.

2.2 Införande och utveckling av resultat

Sedan det förstärkta samarbetet infördes 2012 har över 100 000 personer deltagit i gemensamma kartläggningar inom rehabiliteringssamverkan. Figur 1 nedan visar utvecklingen över tid av antalet kartläggningar, andelen som därefter påbörjar rehabiliteringsinsatser, samt andelen av dessa som bedöms ha återfått arbetsförmågan.

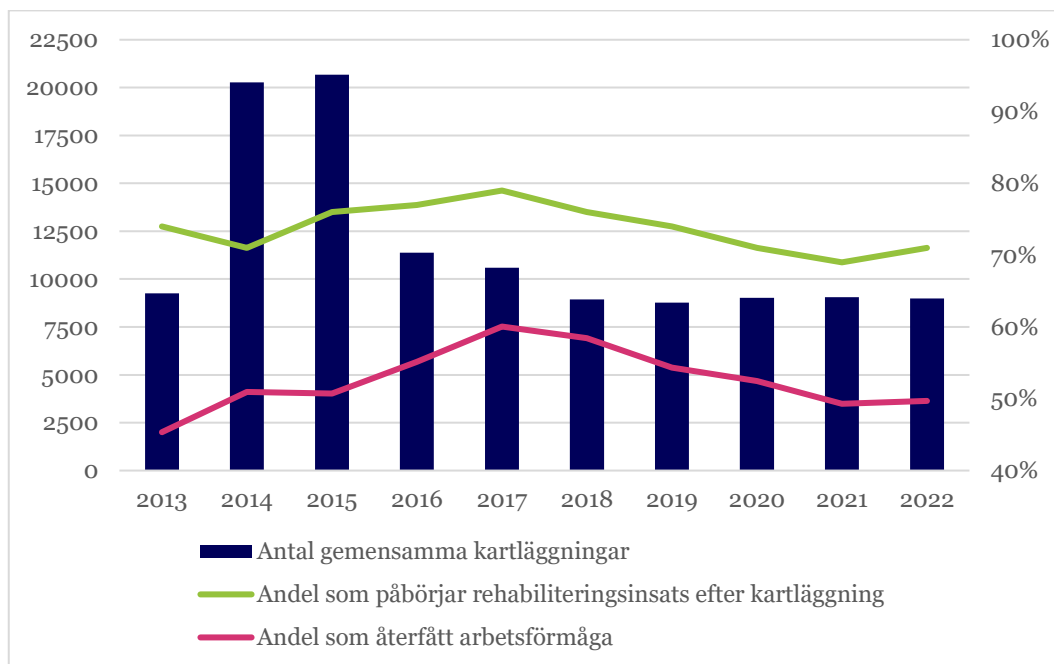
Uppgifterna bygger på SUS-databasen¹⁰ och återfinns i återrapporten för 2023 från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Antalet gemensamma kartläggningar har minskat med omkring hälften sedan 2015, i samband med att den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen avskaffades 2016.¹¹ Även om inflödet därefter har stabiliserats, har andelen som går vidare till insats minskat med 10 procentenheter mellan 2017 och 2021 (från 79 procent till 69 procent) – en trend som först bröts 2022. En liknande nedgång syns i andelen som registrerats med utvecklad eller återvunnen arbetsförmåga efter avslutad samverkan.

Det är svårt att veta exakt vad minskningen beror på, men nedgången i andelen som påbörjar rehabiliteringsinsatser sammanfaller delvis med Arbetsförmedlingens reformering, att myndigheterna börjat arbeta med ett nytt gemensamt förhållningssätt och coronapandemin. Arbetsförmedlingen har inte heller fullt ut kunnat nyttja avsatta medel då överklaganden av upphandlingar av tjänster har lett till fördröjningar (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2023). Alla dessa faktorer kan vara bidragande till resultatförsämringen under tidsperioden.

Mot denna bakgrund har Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan anpassat sitt arbetssätt i syfte att öka effektiviteten, bland annat genom ett ökat fokus på matchning i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Dessutom avvecklades en av de vanligaste insatserna inom det förstärkta samarbetet, Introduktion till Arbete, i och med införandet av Steg till arbete, som är en annan upphandlad tjänst som introducerades i september 2023. I dagsläget är det dock svårt att bedöma vilka konsekvenser utvecklingen och förändrade rutiner kommer att ha för deltagarna i samarbetet.

¹⁰ SUS var ett sektorövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet, och användes av både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i det förstärkta samarbetet. SUS avvecklades i 2023 och ersattes av ett liknande system (USA).

¹¹ Mellan den 1 juli 2008 och den 1 februari 2016 fanns det en borte gräns för hur många dagar med sjukpenning man kunde få. I vissa undantagsfall kunde sjukpenning betalas ut för obegränsad tid men normalt var antalet ersättningsdagar begränsade till maximalt 914. När sjukfallet avslutades på grund av att dagarna tog slut erbjöds ett särskilt arbetsmarknadspolitiskt program – Arbetslivsintroduktion – hos Arbetsförmedlingen. Programmet Arbetslivsintroduktion avskaffades i samband med att tidsgränsen i sjukpenningförsäkringen togs bort den 1 februari 2016 (Försäkringskassa, 2018a). Avslagsfrekvensen ökade efter 2016 vilket borde motsvaras av en ökning i antal omställningssamtal. Omställningsmöte ingår inte i denna analys.



Figur 1 Antal gemensamma kartläggningar (vänster axel) och andel som går vidare till rehabiliteringsinsatser samt återfått arbetsförmåga (höger axel). Källa: SUS

2.3 Tidigare studier

I detta avsnitt sammanfattas lärdomar från tidigare rapporter och utvärderingar med fokus på samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för personer som har behov av rehabiliteringsinsatser.

I en studie belyser Försäkringskassan (2018b) varför individer som deltog i rehabiliteringssamverkan 2016 får olika utfall. Resultaten visar skillnader i individernas bakgrund mellan de som lämnar sjukförsäkringen och de som återgår till Försäkringskassan, men att dessa skillnader inte tycks kunna förklara de olika utfallen. I stället verkar andra faktorer än individegenskaper vara avgörande för hur det går i det förstärkta samarbetet. En annan slutsats är att man utifrån registerbaserade individegenskaper inte i förväg kan identifiera de individer som har störst behov av det förstärkta samarbetet eller bäst förutsättningar att tillgodogöra sig insatserna. Studien visar inte hellre att en högre aktivitetsnivå är nödvändigt för att uppnå positiva resultat, men däremot att gruppen utan dokumenterad aktivitetsnivå behöver bättre stöd. Studien ger inte heller några insikter om vilka typer av insatser som är bäst lämpade för att uppnå positiva utfall, även om resultaten visar att en högre andel av deltagarna i arbetsprövning lämnar sjukförsäkringen.

I samarbete med Försäkringskassan genomförde Arbetsförmedlingen en pilot för att utvärdera hur det förstärkta samarbetet påverkar individernas arbetsförmåga och sjukfrånvaro under 2012–2013 (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2015). Deltagarna delades slumpmässigt in i en försöks- och i en kontrollgrupp.

Försöksverksamheten gick ut på att försöksgruppen blev kallad till en gemensam kartläggning tre månader tidigare jämfört med kontrollgruppen. Sedan utvärderades effekterna av att delta i det förstärkta samarbetet i ett tidigare skede jämfört med ett senare. Som en följd av problem med att säkerställa tidsförskjutningen mellan försöks- och kontrollgruppen är resultaten i studien osäkra, men tyder på att kvinnor som deltog i det förstärkta samarbetet tidigare övergick till arbete eller studier snabbare än kvinnor som deltog senare. Resultaten för männen pekar i motsatt riktning, men är svårtolkade då indelningen inte var helt slumpmässig.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (Arbetsförmedlingen, 2017) har genomfört en effektutvärdering av tre insatser inom det förstärkta samarbetet riktade till unga med aktivitetsersättning. Studien analyserar effekterna av en randomiserad försöksverksamhet. Unga som ingick i försöksverksamheten fick slumpmässigt delta i en av tre insatsgrupperna inom det förstärkta samarbetet. Resultaten visar att andelen som kommer i arbete var signifikant högre för personer som fick stöd av insatsen SIUS (särskild stödperson för introduktions- och uppföljningsstöd) jämfört med personer som fick stöd av en case manager från kommunen alternativt det ordinarie stödet i det förstärkta samarbetet.

3 Tillvägagångssätt

I detta avsnitt redogör vi för hur studiepopulationen har tagits fram samt vilka datakällor och variabler som ingår i analysen. Vi beskriver även val av utfallsmått och analysmetod.

3.1 Data, populationen och avgränsningar

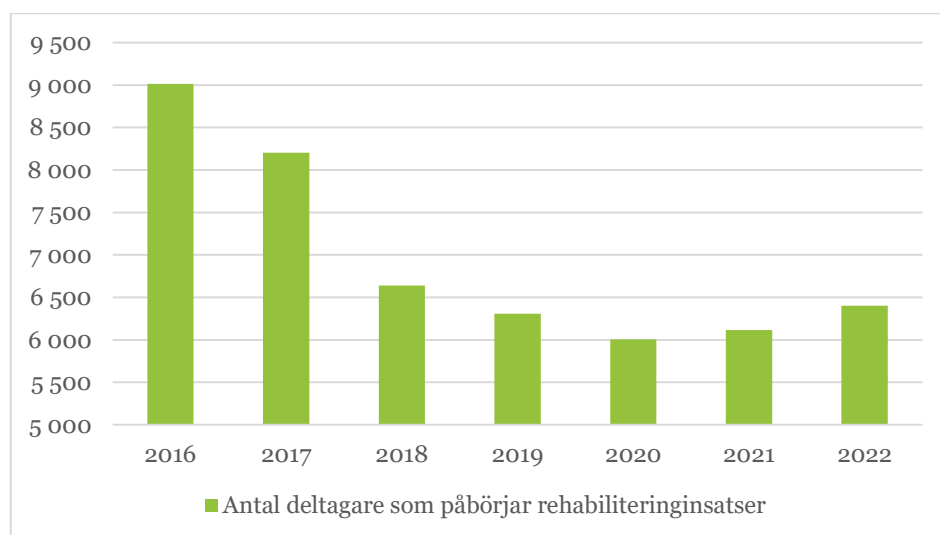
De betydande ändringarna i sjukförsäkringen 2015–2016 ledde till att antalet gemensamma kartläggningar nästan halverades. Detta innebar att individer som deltog före och efter ändringen kan skilja sig åt vad gäller sjukskrivningslängd, sjukdomshistoria och personliga egenskaper.

För att öka jämförbarheten över tid analyserar vi kohorter som deltar i det förstärkta samarbetet under en period utan större förändringar i regelverket för sjukförsäkringen. Analysen omfattar personer som påbörjade rehabiliteringsinsatser hos Arbetsförmedlingen mellan 2016 och 2022. Samtidigt kan deltagarna ha påverkats av förändringar i hur regelverket tillämpats, konjunkturläget, coronapandemin, Arbetsförmedlingens reformering och andra förändringar inom myndigheten och på arbetsmarknaden.

Vi definierar studiepopulationen som individer som är inskrivna på Arbetsförmedlingen och som har ett registrerat startdatum i rehabiliteringssamverkan mellan 2016 och 2022. Urvalet inkluderar endast personer som får insatser via Arbetsförmedlingen, och inte alla som har haft en gemensam

kartläggning. Detta eftersom Arbetsförmedlingens register inte omfattar personer utanför dess verksamhet. De kohorter som ingår i analysen följs med hjälp av data fram till juni 2024. Då vi fokuserar på att jämföra utfall mellan olika kohorter mäter vi utfall i analysen i avsnitt 6.2 och 6.3 upp till 36 månader efter samverkans start. Detta innebär kortare uppföljningshorisonter än 36 månader för personer som började i samverkan efter juni 2021.¹²

Figur 2 illustrerar hur antalet deltagare i rehabiliteringsinsatser har förändrats över tid. Mellan 2016 och 2022 deltog över 48 000 personer.¹³ Antalet deltagare minskade mellan 2016 och 2020, med en kraftig nedgång i antalet deltagare mellan 2017 och 2018 motsvarande 19 procent. Denna minskning berodde främst på ett lägre antal gemensamma kartläggningar under samma period.¹⁴ Efter 2020 har det skett en viss ökning i antalet deltagare. År 2022 deltog cirka 6 400 personer, vilket är en minskning med 30 procent jämfört med 2016.



Figur 2 Antal individer som påbörjar rehabiliteringsinsatser efter gemensam kartläggning, population framtagen via Arbetsförmedlingens register.

3.2 Variabler

Statistiken som presenteras i de årliga återrapporterna baseras huvudsakligen på data från den myndighetsgemensamma databasen SUS eller Försäkringskassans register. Detsamma gäller för de flesta studier som nämns i avsnitt 2.3. Dessa

¹² Dessa kan vi följa i 30 månader efter samverkans start. För personer som började 2022 kan vi mäta utfall i minst 18 månader och högst 24 månader.

¹³ Det är också viktigt att notera att valet av datakällan påverkar det exakta antalet deltagare. Antalet i rehabiliteringsinsatser enligt våra källor är inte exakt samma som i Försäkringskassans register eller enligt SUS. Avvikelseerna är dock små och vi har ingen anledning att tro att skillnaderna påverkar resultaten av vår analys. En diskussion kring olika datakällor som kan användas för att definiera populationen och skillnader mellan dem finns i Bilaga A.

¹⁴ Det lägre antalet deltagare i rehabiliteringssamverkan under 2018 kan delvis förklaras av ett internt förtydligande hos Försäkringskassan, som lyfte en möjlig regelkonflikt kring ersättning vid insatser i låg omfattning, samt av att fler individer kan ha hänvisats till samordningsförbund tidigare. För en mer utförlig redogörelse, se återrapporten för 2018 (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2019, sida 15).

databaser innehåller däremot bara begränsad information om själva rehabiliteringsperioden, vilka insatser deltagare tar del av och vilka anordnare som utför dem. I denna rapport använder vi i stället information från Arbetsförmedlingens register om inskrivningsperioder samt start- och slutdatum för deltagande i rehabiliteringssamverkan. Registret innehåller detaljerade uppgifter om beslut om deltagande i olika program och insatser, anordnare av dessa insatser, samt orsaken till att en arbetssökande skrivs ut från Arbetsförmedlingen.

En begränsning i datamaterialet är att det inte innehåller information om diagnos eller funktionsnedsättning som är orsaken till deltagande i rehabiliteringssamverkan. Denna begränsning diskuteras mer utförligt i avsnitt 4.2.2.

I analysen används även Arbetsförmedlingens registerdata med individegenskaper som ålder, kön, utbildningsnivå, bostadskommun, födelseland och registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Däremot innehåller registret ingen information om exempelvis civilstånd, antal barn eller annan information på hushållsnivå.

3.3 Utfall och metod

Då vi inte har ett tillförlitligt mått på hur hög arbetsförmågan är, eller hur den utvecklats, använder vi oss av andra mått som indikerar att det finns progression i att återfå arbetsförmågan. Dessa utfall kan vi mäta vid samverkans slutdatum, vid avregistrering och vid olika tidpunkter för de personer som är fortsatt inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Utfallen som vi använder för att indikera progression baseras på de variabler som används inom den årliga uppföljningen av det förstärkta samarbetet: avregistrering till arbete eller studier, deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program, arbetsmarknadsutbildning eller subventionerat arbete samt att vara inskriven som öppet arbetslös. Alla dessa utfall brukar förutsätta att det finns åtminstone delvis arbetsförmåga hos deltagarna. En mer detaljerad beskrivning av utfall och en diskussion kring deras fördelar och nackdelar finns i avsnitt 6.

I avsnitt 7 undersöker vi deskriptivt hur olika faktorer hänger samman med sannolikheten att uppnå något av dessa utfall efter en viss tid sedan start av samverkan. Analysen genomförs med hjälp av regressionsanalys, en statistisk metod som används för att analysera samband mellan olika faktorer. Samtidigt är det möjligt att ta hänsyn till andra skillnader som kan påverka det samband som man är intresserad av. Trots att analysen inte kan tolkas kausalt visar den viktiga samband mellan olika individegenskaper och utfallsmått, samt skillnader mellan grupper.

4 Hur har sammansättningen bland deltagare i rehabiliteringssamverkan förändrats över tid?

Under den studerade perioden har det skett vissa förändringar i både regelverket och dess tillämpning hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det är möjligt att dessa förändringar och den efterföljande minskningen i antalet deltagare har påverkat sammansättningen av personer i rehabiliteringssamverkan. Det är även möjligt att sammansättningen av sjukskrivna generellt har förändrats under perioden, vilket kan ha lett till förändringar i gruppen som tar del av rehabiliteringsinsatser. I detta avsnitt analyserar vi huruvida försämringen i resultaten sammanfaller med förändringar i individegenskaper bland deltagare i rehabiliteringssamverkan, såsom ålder, utbildningsnivå och födelseregion, för varje kohort som påbörjade samverkan från och med 2016. Analysen kan inte särskilja mellan de potentiella orsakerna till eventuella förändringar i sammansättningen av deltagare i rehabiliteringssamverkan, men belyser om, och i vilken utsträckning, dessa ändringar inträffade under analysperioden.

4.1 Inga större skillnader i individegenskaper mellan olika kohorter

Figur 2 i avsnitt 3.1 visade att antalet deltagare i rehabiliteringsinsatser minskade mellan 2016 och 2020, med en kraftig nedgång i antalet deltagare mellan 2017 och 2018 på 19 procent (se fotnot 13 för en förklaring). Efter 2020 har antalet deltagare ökat något. År 2022 deltog runt 6 400 personer, vilket är ungefär 30 procent färre än år 2016.

Det är möjligt att det finns ett samband mellan det minskade antalet deltagare och hur handläggarna bedömt vilka individer som är aktuella för en gemensam kartläggning och/eller för rehabiliteringsinsatser hos Arbetsförmedlingen. Detta kan ha resulterat i en förändrad deltagarsammansättning. Tabell 1 visar hur sammansättningen bland deltagare i rehabiliterande insatser via Arbetsförmedlingen har förändrats under åren 2016 – 2022 utifrån olika individsegenskaper som kön, ålder, utbildningsnivå, födelseregion och bostadsort.

Generellt är skillnaderna i sammansättningen mellan de olika kohorterna små. Medelåldern är omkring 40 år och över 60 procent av deltagarna är kvinnor. Majoriteten av deltagarna är födda i Sverige (drygt 85 procent). Detta indikerar en viss överrepresentation av inrikes födda, jämfört med den generella fördelningen efter födelseregion bland individer med sjuk- och rehabiliteringspenning eller aktivitets- och sjukersättning. Andelen födda utanför Europa ligger runt 6–7 procent under hela tidsperioden. Det finns dock ett intressant mönster i deltagarnas utbildningsnivå under den studerade perioden. Andelen med eftergymnasial utbildning har ökat med runt 18 procent (4,5 procentenheter) sedan 2016. Detta kan tyda på en viss positiv selektion av individer som går vidare till insatser, men

utvecklingen kan också återspegla förändringar i hela målgruppen som är inskriven hos Försäkringskassan eller i urvalet till gemensam kartläggning. Oavsett orsak borde en högre utbildningsnivå bland deltagare innebära en ökad sannolikhet att återfå arbetsförmågan i gruppen av deltagare, eftersom tidigare studier generellt hittar ett positivt samband mellan utbildningsnivå och lyckad rehabilitering (Meling et al., 2023).

Tabell 1 Individegenskaper hos individer i rehabiliteringsinsatser 2016–2022 efter startår, i procent (där inget annat anges).

Variabel	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ålder (år)	40,7	40,5	40,0	39,9	39,5	40,2	40,3
Kvinna	61,6	62,3	61,5	63,8	61,4	60,8	61,1
Utbildningsnivå							
Förgymnasial	23,0	22,7	21,7	22,1	20,7	21,0	21,0
Gymnasial	51,6	52,1	51,8	49,8	52,1	50,9	49,1
Eftergymnasial	25,4	25,3	26,6	28,2	27,2	28,1	29,9
Bostadsregion							
Stockholm	20,6	18,0	18,9	18,8	18,1	17,5	18,5
Malmö	9,4	13,0	11,9	12,4	13,0	11,6	12,2
Göteborg	14,4	13,8	15,0	14,9	15,5	16,4	16,1
Andra regioner	55,6	55,2	54,3	53,9	53,4	54,5	53,3
Födelseregion							
Sverige	85,7	86,1	86,0	86,2	86,6	86,7	87,2
Europa	7,2	7,8	7,9	7,2	7,1	6,5	5,8
Utom Europa	7,1	6,1	6,2	6,6	6,3	6,8	7,1
Antal	9031	8227	6648	6316	6007	6100	6388

4.2 Begränsningar i att mäta orsaken till nedsatt arbetsförmåga

4.2.1 Avsaknaden av information om diagnoser som ligger till grund för sjukskrivningen

Större förändringar i diagnosfördelningen i gruppen sjukskrivna kan givetvis påverka resultaten av rehabiliteringssamverkan. Exempelvis kan förändrade mönster i sjukskrivningsdiagnoser medföra att rehabiliteringsinsatser är mindre välanpassade till deltagarnas behov än tidigare. Förändringar i bakomliggande diagnoser skulle därmed kunna vara en viktig förklaring till minskningen i antalet deltagare i

rehabiliteringssamverkan och deras utfall. Det är möjligt att insatserna idag främst riktas mot personer med mer omfattande sjukskrivningsproblematik, som bedöms ha störst behov av rehabilitering. Samtidigt kan en sådan grupp ha sämre förutsättningar att återfå arbetsförmågan än grupper med mindre allvarliga, eller andra typer av, sjukskrivningsdiagnoser.

Arbetsförmedlingens register innehåller ingen information om diagnoserna som ligger till grund för deltagarnas sjukskrivning. Däremot är det relevant för handläggningen att registrera, med deltagarens samtycke, den funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Det behöver inte finnas en direkt koppling mellan funktionsnedsättningar som medför nedsatt arbetsförmåga och den diagnos som lett till sjukskrivningen och därmed deltagande i rehabiliteringssamverkan. Därför är funktionsnedsättningar och de diagnoser som föranlett sjukskrivning inte direkt jämförbara, men överlappningen bör vara stor.¹⁵

4.2.2 Förändringar i andelen med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga

Den diagnos eller funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är en viktig aspekt för att bedöma vilka insatser som kan bli aktuella och deltagarnas möjligheter att tillgodogöra sig dessa. För att vissa stödinsatser ska kunna erbjudas inom den ordinarie verksamheten krävs det, med individens samtycke, att en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga registreras. Detta är även en förutsättning för att få stöd enligt den särskilda förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. För deltagare i rehabiliteringssamverkan är dock nedsatt arbetsförmåga redan fastställd i samband med registreringen. Dessa personer har därmed rätt till rehabiliteringsinsatser även om någon separat registrering av funktionsnedsättning inte görs. Det kan bidra till en viss underrapportering av funktionsnedsättningar för deltagare i rehabiliteringssamverkan, även om andelen med registrerade funktionsnedsättningar är högre än bland övriga inskrivna arbetssökande.

Tabell 2 visar andelen deltagare med olika registrerade funktionsnedsättningar¹⁶ i början och i slutet av samverkan för varje kohort mellan 2016 och 2022. Vi väljer att redovisa funktionsnedsättningen vid båda tillfällena då det ofta kan ta tid tills en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är utredd och fastställd. Oavsett tidpunkt för mätning och kohort är psykiska funktionsnedsättningar de

¹⁵ Det är sannolikt att funktionsnedsättningen fångar upp typ av diagnos i relativ stor utsträckning då båda medför nedsatt arbetsförmåga bland de personer som ingår i rehabiliteringssamverkan. Försäkringskassan (2018) innehåller information om diagnos bland personer som avslutade rehabiliteringssamverkan 2016. Förekomsten och typ av diagnos är i samma storleksordning som förekomsten av en motsvarande typ av funktionsnedsättning. De två vanligaste diagnoserna är psykiatriska (63 %) och rörelseorganens sjukdomar (18 %), vilket är i linje med de två vanligaste registrerade funktionsnedsättningar som medför nedsatt arbetsförmåga i Arbetsförmedlingens data. Dessa är psykisk funktionsnedsättning och nedsatt eller begränsad rörelseförmåga. Bland de som började rehabiliteringssamverkan 2016 hade 50 % en registrerad psykisk funktionsnedsättning och runt 19 % hade en funktionsnedsättning som medför nedsatt eller begränsad rörelseförmåga.

¹⁶ I Arbetsförmedlingens system går det att registrera upp till tre funktionsnedsättningar. Vi redovisar alla tre samtidigt.

vanligaste funktionsnedsättningarna bland deltagarna. Även nedsatt eller begränsad rörelseförmåga och specifik kognitiv funktionsnedsättning är vanlig förekommande.

Tabell 2 Andel med olika registrerade funktionsnedsättningar som medför nedsatt arbetsförmågan, uppdelad efter typ av nedsättning, i procent.

Variabel	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inga funktionsnedsättningar, i början av samverkan	33,1	29,7	33,3	33,4	45,5	67,0	71,4
Nedsatt eller begränsad rörelseförmåga, i början av samverkan	14,1	14,7	12,8	12,2	10,2	6,6	6,2
Psykisk funktionsnedsättning, i början av samverkan	41,5	45,3	44,3	45,7	37,5	22,0	18,4
Generellt nedsatt inlärningsförmåga, i början av samverkan	3,5	3,8	4,0	3,6	3,1	2,3	1,9
Specifik kognitiv funktionsnedsättning, i början av samverkan	10,4	12,7	13,8	16,5	14,2	9,1	9,3
Övriga, i början av samverkan	12,7	11,0	9,1	8,4	7,1	4,7	4,5
Inga funktionsnedsättningar, i slutet av samverkan	20,6	16,9	17,8	18,3	26,0	36,5	41,6
Nedsatt eller begränsad rörelseförmåga, i slutet av samverkan	18,5	19,2	17,1	16,8	15,0	14,4	13,8
Psykisk funktionsnedsättning, i slutet av samverkan	49,7	53,8	55,4	56,8	51,9	44,0	39,9
Generellt nedsatt inlärningsförmåga, i slutet av samverkan	4,1	4,3	4,8	4,2	4,1	3,8	3,6
Specifik kognitiv funktionsnedsättning, i slutet av samverkan	12,9	15,9	18,4	21,2	21,0	20,2	20,4
Övriga, i slutet av samverkan	13,9	12,4	10,7	10,8	9,2	8,9	8,9

En jämförelse mellan olika kohorterna visar ett intressant mönster. Andelen deltagare utan registrerad funktionsnedsättning vid samverkans start har ökat under senare år och är ungefär dubbelt så hög 2022 jämfört med 2016. Dessutom minskar andelen med en registrerad funktionsnedsättning kopplad till psykisk hälsa och

rörelseförmåga avsevärt bland senare kohorter. Liknande trender syns även när vi använder registrerad funktionsnedsättning vid samverkans slut, men förekomsten ligger på en högre nivå eftersom en funktionsnedsättning registreras för många deltagare under samverkans gång. Dessa förändringar kan bero på en försämring av deltagarnas underliggande hälsotillstånd. Alternativt kan de, åtminstone delvis, bero på andra faktorer som inte är direkt kopplade till deltagarnas hälsa och arbetsförmåga, såsom ändrade rutiner för registrering av funktionsnedsättning. Andelen utan registrerad funktionsnedsättning i gruppen av deltagare i rehabiliteringssamverkan är, som förväntat, mycket lägre än andelen utan registrerad funktionsnedsättning generellt bland alla inskrivna arbetslösa (som under perioden fluktuerat mellan 83 och 87 %).

Ändrade rutiner för registrering av känsliga uppgifter och digitala möten under pandemin kan förklara en del av skillnaderna mellan kohorterna

Efter 2019 har det tillkommit ett arbetssätt som går ut på att minska registrering av personuppgifter, framför allt när dessa inte bedöms relevanta för handläggningen. Samtidigt gjorde övergången till digitala möten under coronapandemin det svårare att inhämta samtycke för registrering av funktionsnedsättning då detta krävde en fysisk underskrift vid registreringstillfället. Figur B.1 i bilagan visar trenderna i förekomst och typ av funktionsnedsättning. Ett trendbrott tycks inträffa efter 2019, då det sker en stor ökning av andelen utan någon registrerad funktionsnedsättning jämfört med tidigare år. Samtidigt sker en kraftig minskning i andelen för nästan alla typer av funktionsnedsättningar. Det är sannolikt att en del av minskningen i registrerade funktionshinder beror på de faktorer som tas upp ovan, men det är även möjligt att ändringar i sammansättningen av det underliggande hälsotillståndet eller av arbetsförmågan har skett parallellt.

Tolkning av information om registrerad funktionsnedsättning

Givet hur ändringar i handläggningsrutiner har påverkat registrering av funktionsnedsättningar är det svårt att dra några slutsatser om skillnader mellan olika kohorter. Samtidigt finns det anledning att tro att registreringen har påverkats i mindre utsträckning åren 2016–2019 innan trendbrottet. De flesta deltagare, drygt 80 procent, hade minst en registrerad funktionsnedsättning under denna period. Utvecklingen mellan 2016–2019 tyder på en ökning av andelen med psykisk eller specifik kognitiv funktionsnedsättning, och en mindre nedgång i andelen med nedsatt eller begränsad rörelseförmåga.

En ytterligare konsekvens av det förändrade arbetssättet där färre personuppgifter registrerades – och därmed en risk för underregistrering av funktionsnedsättningar i rehabiliteringssamverkan – kan vara att det i dag finns ett positivt samband mellan registrerad funktionsnedsättning och ett positivt utfall i samverkan. Detta kan vara fallet om handläggare i högre grad registrerar funktionsnedsättningar för personer som bedöms ha bättre förutsättningar att återfå arbetsförmågan, i syfte att möjliggöra tillgång till insatser som riktas mot personer med nedsatt arbetsförmåga – exempelvis SIUS eller lönebidrag. Vår data visar dock inga statistiskt säkerställda skillnader i andelen med registrerade funktionsnedsättningar mellan grupper med

olika utfall efter samverkan. Det tyder på att registreringen av funktionsnedsättningar inte är systematiskt kopplad till utfallen.

4.3 Skillnader utifrån typ av ersättning

Personer som deltar i rehabiliteringssamverkan har olika typer av ersättning inom sjukförsäkringen. Utöver sjukpenning kan deltagare till exempel få aktivitetsersättning avsett för unga som har nedsatt arbetsförmåga under minst ett år eller sjukersättning som riktar sig till personer som, oavsett ålder, antas ha en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 3 visar hur andelen med olika typer av ersättning har utvecklats över tid. Över 80 procent av deltagarna får sjukpenning (60–68 procent) och/eller är anställda med ersättning från sjukförsäkringen (14–21 procent) vid början av samverkan.¹⁷ I den mån som andelen anställda med ersättning minskar över tid ökar andelen med sjukpenning. Andelen som får aktivitets- eller sjukersättning är relativt konstant runt 15 procent respektive 3 procent över tidsperioden. Andelen som inte får ersättning från sjukförsäkringen är under 2 procent.

Tabell 3 Typ av ersättning bland personer i rehabiliteringsinsatser 2016–2022 efter startår, i procent.

Typ av ersättning	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anställd med sjukpenning/sjuk- eller aktivitetsersättning	21,2	20,6	17,6	17,1	15,8	14,4	14,6
Sjukpenning	59,9	60,1	61,7	64,4	65,3	68,0	67,2
Aktivitetsersättning	14,1	16,3	17,1	15,5	15,8	14,6	14,7
Sjukersättning	3,0	2,6	2,9	2,3	2,1	2,2	2,2
Ej ersättning från sjukförsäkringen	1,8	0,4	0,7	0,7	1,0	0,8	1,4

4.4 Skillnader i sammansättning utifrån kön

Tabell C1 och C2 i Bilaga C redovisar deltagarnas individegenskaper, registrerade funktionsnedsättningar vid avslutad samverkan och typ av ersättning från Försäkringskassan, uppdelat på kvinnor och män, för att belysa könsspecifika skillnader i deltagarsammansättning.

Kvinnor har en betydligt högre utbildningsnivå än män. Nästan en tredjedel av kvinnorna i rehabiliteringssamverkan har en eftergymnasial utbildning, jämfört med

¹⁷ Deltagandet i samverkan förutsätter som regel att deltagaren inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare även om deltagaren var anställd vid början av samverkan. Däremot kan en anställning vid början av samverkan tyda på att deltagaren stod närmare arbetsmarknaden.

knappt en femtedel av männen. Dessutom har andelen kvinnor med eftergymnasial utbildning ökat markant mellan 2016 och 2022, medan ökningen för män varit mer blygsam. Varken nivåer eller trender i utbildning per kön bland deltagare i rehabiliteringssamverkan återspeglar utbildningsnivån i befolkningen.

Fördelningen av deltagare per arbetsmarknads- eller bostadsregion är likartad mellan könen, men en större andel män är födda utanför Europa jämfört med kvinnor. När det gäller registrerade funktionsnedsättningar har en betydligt högre andel av kvinnorna psykiska funktionsnedsättningar, medan män i högre grad har specifika kognitiva funktionsnedsättningar.

Könsskillnader framträder också tydligt i typen av ersättning från sjukförsäkringen. En mindre andel kvinnor än män har aktivitetsersättning (12 procent jämfört med 20 procent), medan en större andel kvinnor har sjukpenning och/eller är anställda med ersättning från sjukförsäkringen (85 procent jämfört med 75 procent).

4.5 Sammanfattning av resultaten

Avsnitt 4 innehåller en beskrivning av hur sammansättningen av deltagare har förändrats över tid. Generellt tyder resultaten inte på större förändringar i individegenskaper även om andelen högutbildade är högre bland personer som påbörjar samverkan under senare år. Resultaten tyder inte heller på större förändringar i andelen med olika typer av ersättning.

Avsaknaden av tillgång till information om diagnoser och funktionsnedsättning som ligger till grund för deltagandet i samverkan gör det dock svårt att bedöma huruvida deltagarnas förutsättningar har försämrats under den studerade perioden. Dessutom är förekomsten av funktionsnedsättningar som medför nedsatt arbetsförmåga sannolikt underregistrerade under slutet av den studerade perioden. Trender i förekomsten av olika typer av funktionsnedsättningar innan 2019 tyder dock på en minskning i andelen med nedsatt rörelseförmåga och en ökning i andelen med psykisk funktionsnedsättning. Resultatet bör dock tolkas med försiktighet, eftersom vi ser en motsatt trend efter 2019. Det är omöjligt att säga i vilken utsträckning detta beror på ändringar i regelverk för registreringar av funktionsnedsättningar, coronapandemieffekter, eller en faktisk förändring i deltagarnas underliggande hälsotillstånd under den här perioden.

Det är däremot tydligt att det finns generellt stora skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor har i genomsnitt högre utbildning än män och skillnaden ökar över tid. De har också i högre utsträckning en registrerad psykisk funktionsnedsättning än män. Bland männen är däremot andelen som har en specifik kognitiv funktionsnedsättning högre och en större andel har aktivitetsersättning.

5 Analys av insatser under samverkan

Detta avsnitt innehåller en beskrivning och kategorisering av besluten och insatserna inom rehabiliteringssamverkan och dess anordnare. Avsnittet belyser även hur deltagandet och genomförandet har förändrats mellan 2016 och 2022.

5.1 Identifiering och kategorisering av insatser under samverkan

En central del i rapporten är att kartlägga vilka typer av insatser deltagare i det förstärkta samarbetet får ta del av för att öka eller återfå sin arbetsförmåga. Vi identifierar insatserna genom att anta att alla beslut mellan registrerat start- och slutdatum för rehabiliteringssamverkan ingår i samverkan.¹⁸ För detta används information om programbeslut och aktiviteter.

5.1.1 Huvudsakliga typer av insatser

De huvudsakliga typerna av insatser inom samverkan registreras som kartläggnings-, väglednings- och rehabiliteringsinsatser (KVR-beslut). KVR-beslut har tre olika inriktningar:

- **Kartläggning (KVR-K):** Kartlägger deltagarens förutsättningar och kompetens för att matcha dem mot lämpliga arbetsprövningsplatser.
- **Vägledning (KVR-V):** Erbjuder ett mer systematiskt och processinriktat stöd och vägledning för att hjälpa deltagaren identifiera sina intressen och styrkor samt planera för återgång i arbete med fokus på var på arbetsmarknaden deltagaren har bäst förutsättningar att uppnå arbetsförmåga.
- **Rehabilitering på en arbetsplats (KVR-R):** Arbetsprövning på arbetsplatser är den huvudsakliga insatsen som syftar till att stärka eller återställa deltagarens arbetsförmåga. Kan ske på ordinarie arbetsplatser, eller på arbetsintegrerade sociala företag¹⁹. Arbetsgivarkontroll genomförs, men arbetsgivarna får ingen ersättning för att täcka de kostnader som kan uppstå under sökandes arbetsprövning.²⁰

Deltagare kan också få stöd enligt förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Dessa registreras i regel parallellt till ett KVR-beslut. Vi kategoriserar dessa som:

¹⁸ Detta antagande har bedömts vara korrekt/rimligt av handläggare som arbetar med det förstärkta samarbetet. En individ kan inte få insatser utanför samverkan medan de är inskrivna som deltagare i det förstärkta samarbetet.

¹⁹ Exempel på verksamheter som drivs av arbetsintegrerade sociala företag är caféer, second-hand butiker, städ- och fastighetsskötsel, bed & breakfast, hunddagis. Företagen har både sociala och ekonomiska mål, men eventuell ekonomisk vinst återinvesteras i verksamheten. Deras mål är att integrera arbetslösa människor i arbetsmarknaden och samhället.

²⁰ Denna aspekt skiljer arbetsprövning inom rehabiliteringssamverkan från aktiviteterna arbetsträning eller förstärkt arbetsträning där anordnaren får ersättning i form av merkostnadsersättning. Då arbetsgivarna som anordnar arbetsprövning inom det förstärkta samarbetet inte får ersättning är dessa anordnares organisationsnummer inte registrerat i AIS i samband med ärendet, vilket innebär att vi inte kan matcha deltagare till arbetsplatser.

- **Parallella beslut till KVR:** Särskilt bidrag för personligt biträde, Bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen, Särskild stödperson för introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS), eller Arbetsprövning inför lönebidrag för anställning hos Samhall.²¹

I vissa fall kan deltagare inom rehabiliteringssamverkan också få insatser utanför KVR-ramarna. Dessa klassificeras som:

- **Icke-KVR beslut:** till exempel specialistinsatser, dvs stöd från arbetsterapeuter, sjukgymnaster, audionomer, dövkonsulenter, eller psykologer.²²

Deltagare utan registrerade insatser

Det är också möjligt att deltagare i rehabiliteringssamverkan har tagit del av aktiviteter som enbart registreras i daganteckningar. Detta gäller individer i samverkan med en aktivitetsnivå under 25 procent av sin sjukpenninggrundande inkomst, vilket innebär att Arbetsförmedlingen inte kan fatta programbeslut. Aktiviteter som endast registreras i daganteckningar kan inte observeras i vår data, vilket innebär att deltagare som enbart får denna typ av aktiviteter framstår som om de är "utan insatser". Kategorin "Utan insatser" kan dock även inkludera individer som inte får några insatser alls under samverkan. I nuläget kan vi dock inte särskilja dessa grupper.

5.1.2 Utförande av insatser

Insatserna i rehabiliteringssamverkan kan utföras i egen regi, eller via upphandlade tjänster. Insatser kan också ha ett parallellt beslut enligt den särskilda förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga, som vi redovisar i egen kategori eftersom det kan innebära, åtminstone teoretiskt, ett mer omfattande stöd för deltagare under samverkan.

I den vidare analysen klassificerar vi de huvudsakliga insatserna utifrån anordnare (egen regi eller upphandlad regi) och om det huvudsakliga KVR-beslutet pågår parallellt med ett annat beslut, enligt följande:

- **Egen regi:** Arbetsförmedlingens personal ansvarar för KVR-insatserna, som anpassas efter deltagarens individuella behov. Arbetsprövningsplatser ackvireteras av handläggare och stöds av professioner som arbetsterapeuter och psykologer.
- **Egen-plus regi:** En insats i egen regi enligt ovan och ett parallellt beslut enligt den särskilda förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. I praktiken innebär denna kombination mer stöd och individanpassning för deltagaren än de enskilda

²¹ Deltagare inom rehabiliteringssamverkan kan också få insatser utanför KVR-ramarna, till exempel kan de bli inskrivna i ett ramprogram (JOB eller UGA) om de tillhör målgruppen/uppfyller kravet för respektive ramprogram. Detta skulle ge dessa individer möjlighet att delta i insatser som är bara tillgängligt via ramprogram, till exempel aktiviteterna Arbetsträning och Förstärkt arbetsträning, med merkostnadsersättning för anordnare. I praktiken är det ovanligt att deltagare i samverkan får ett ramprogrambeslut.

²² Deltagare i rehabiliteringssamverkan kan bli inskrivna i ett ramprogram (JOB eller UGA) om de tillhör målgruppen/uppfyller kravet för respektive ramprogram. Detta skulle ge dessa individer möjlighet att delta i några insatser som bara är tillgängligt via ramprogram, till exempel aktiviteterna Arbetsträning och Förstärkt arbetsträning, med merkostnadsersättning för anordnare. I praktiken är det ovanligt att deltagare i samverkan får ett ramprogrambeslut.

insatserna i egen regi. Till exempel medför ett beslut för Särskilt bidrag för personligt biträde (SBP) att deltagare får hjälp under arbetsprövning av en utsedd person, som stödjer deltagare att utföra arbetsuppgifter eller hantera arbetssituationer. Det innebär betydligt mer stöd för individen jämfört med arbetsprövning utan beslut om SBP.

- **Upphandlad regi:** Insatser utförs av en upphandlad leverantör. Arbetsförmedlingen ansvarar för myndighetsutövning, medan leverantören ansvarar för genomförandet av insatsen samt för underlag baserat på den arbetssökandes prestation och progression i förhållande till arbete. Upphandlade tjänster som var tillgängliga under (åtminstone delar av) analysperioden var Introduktion till arbete (INAB), Aktivitetsbaserade utredningsplatser (AUP) och Arbetsintegrerade övningsplatser (AÖP).²³ Generellt är tiden för en upphandlad tjänst begränsad. Om behovet kvarstår efter att tiden har löpt ut, kan individen fortsätta arbetsträna, förutsatt att det sker en progression i utvecklingen av arbetsförmågan. I sådana fall kan Arbetsförmedlingen besluta om arbetsprövning med samma anordnare och individen kan fortsätta sin rehabilitering på samma arbetsplats.
- **Upphandlad-plus regi:** Insatser utförs av en upphandlad leverantör, enligt tidigare beskrivning, samt som har ett parallellt beslut enligt den särskilda förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga eller en specialistinsats.

En detaljerad beskrivning av metoden för klassificering av insatser finns i Bilaga A, Tabell A 1.

5.2 En analys av insatserna i rehabiliteringssamverkan 2016–2022

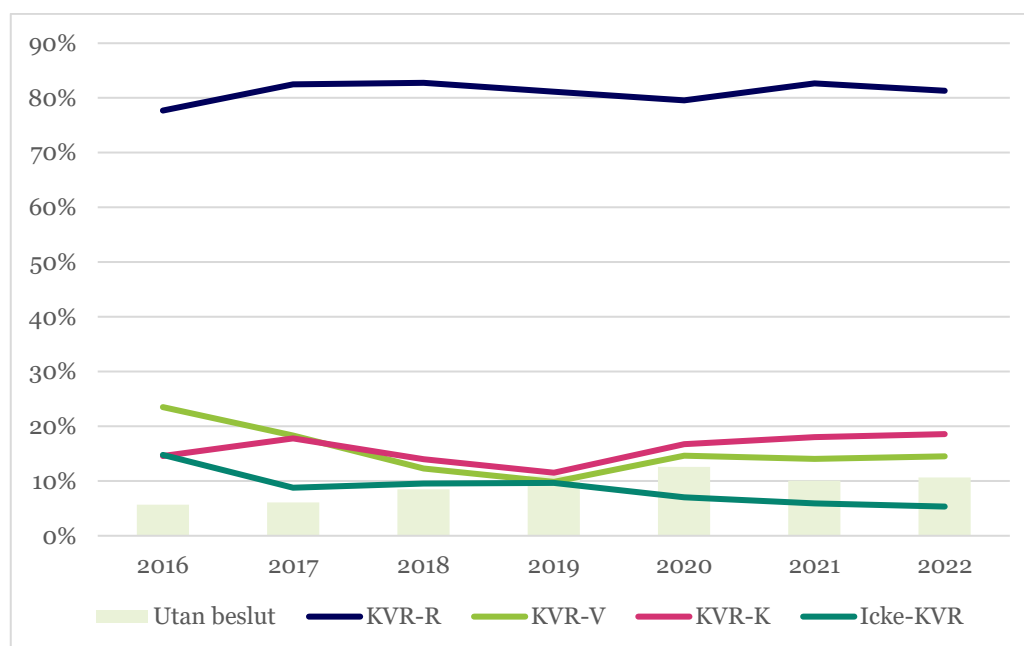
5.2.1 KVR-beslut

Figur 3 visar andelen deltagare i rehabiliteringssamverkan som fått olika typer av KVR-beslut under perioden 2016–2022. Majoriteten av deltagarna, cirka 80 procent, har fått ett rehabiliteringsinriktat beslut (KVR-R) under sin tid i samverkan. Andelen deltagare som fått ett vägledningsinriktat beslut (KVR-V) har däremot minskat från cirka 23 procent till 14 procent, med en bottennotering på 9 procent bland personer som påbörjade rehabiliteringssamverkan 2019. För kartläggningsinriktade beslut (KVR-K) har andelen ökat något, från 14 procent för deltagare som började 2016 till 18 procent för de som påbörjade samverkan 2022. Det är dock viktigt att tolka dessa resultat med viss försiktighet, eftersom gränserna mellan olika KVR-inriktningar inte alltid är tydliga, och handläggare kan registrera KVR-beslut på olika sätt.

Figur B.2 i bilaga B visar dock att det inte är ovanligt att en deltagare får flera olika typer av KVR-beslut under rehabiliteringsperioden, även om de flesta deltagare (66 procent) endast får ett rehabiliteringsinriktat KVR-beslut. KVR-insatser och icke-

²³ I september 2023 infördes Steg till arbete (STA) som en ny upphandlad tjänst för målgruppen, men volymerna i tjänsten har varit låga i den inledande perioden.

KVR insatser kan pågå parallellt (detta återspeglas i kategorin ”Eget-plus” i Figur 4 nedan), men inte nödvändigtvis. Andelen deltagare som får beslut utanför KVR har minskat från 15 procent bland dem som började 2016 till cirka 7 procent bland dem som började 2022. Samtidigt har andelen deltagare som inte fått något programbeslut alls under samverkan ökat betydligt, från cirka 6 procent i kohorten 2016 till 10 procent i kohorten 2022. En trolig förklaring till detta är att dessa deltagare har en aktivitetsnivå under 25 procent, vilket innebär att vi saknar information om huruvida de har deltagit i insatser och i så fall vilka.



Figur 3 Andel deltagare i rehabiliteringssamverkan 2016–2022 efter typ av beslut.

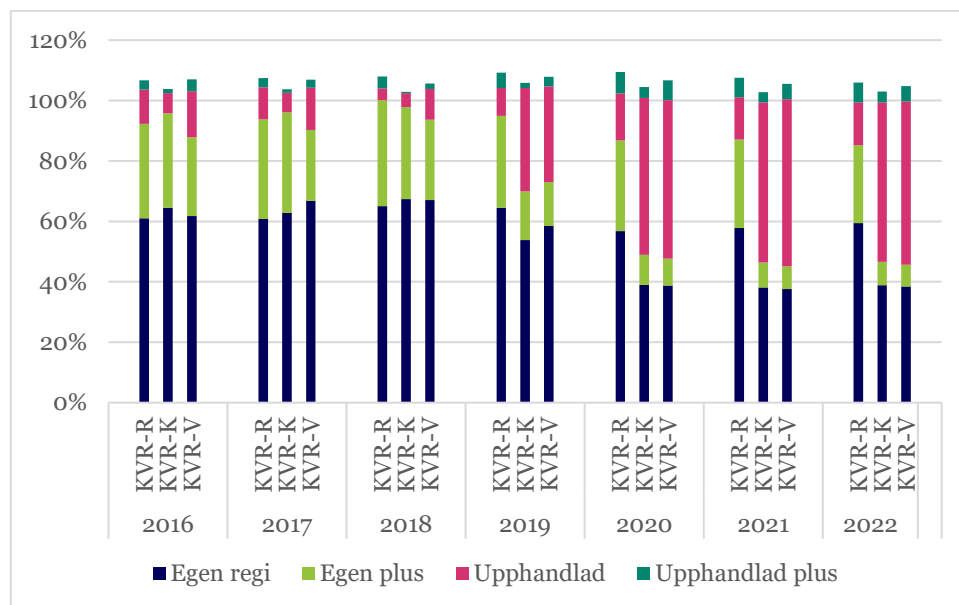
5.2.2 Utförandet av beslut

Figur 4 illustrerar hur andelen KVR-beslut utförda i egen regi, egen plus, upphandlad regi och upphandlad-plus regi har förändrats under perioden 2016–2022.

Andelen rehabiliteringsinriktade beslut som utfördes i upphandlad och upphandlad-plus regi, ökade sammanlagt från cirka 14 procent år 2016 till 20 procent år 2022. En ännu tydligare trend syns för beslut med inriktning vägledning eller kartläggning i upphandlad eller upphandlad-plus regi. Fram till 2019 låg den sammanlagda andelen på cirka 7 procent respektive 15 procent, men efter 2019 skedde en markant ökning till 35 procent för båda typerna. Denna trend fortsatte sedan fram till 2022, där mer än hälften av alla beslut med inriktning kartläggning eller vägledning utfördes i upphandlad eller upphandlad-plus regi. Trendbrottet sammanfaller med reformeringen av Arbetsförmedlingen som medförde att tjänster i större utsträckning upphandlades via privata leverantörer.

Den allra största andelen av beslut som utförs av upphandlade leverantörer har inga parallella beslut. Detta innebär att andelen i upphandlad-plus regi har legat på

relativt låga nivåer för alla typer av KVR beslut, med som mest 7 procent av respektive typ av KVR beslut, men oftast på lägre nivåer.



Figur 4 Utförandeformer av KVR beslut 2016–2022, i andelar²⁴

Det är tydligt att KVR-beslut med inriktning vägledning eller kartläggning oftare utförs i upphandlad regi jämfört med KVR-beslut med inriktning rehabilitering. Detta tyder på att leverantörer specialiserar sig på förberedande delar av rehabiliteringsprocessen, medan arbetsplatsnära rehabiliteringsinsatser fortsatt främst utförs i egen regi. I antal är det ändå fler rehabiliteringsinriktade beslut som utförs i upphandlad regi än väglednings- och kartläggningsinriktade beslut, eftersom rehabilitering är den vanligaste typen av KVR-beslut.

Andelen KVR-beslut i så kallad "egen plus"-regi, det vill säga egen regi kombinerat med en parallell insats enligt den särskilda förordningen (2017:462) för personer med funktionsnedsättning, var relativt stabil för KVR-beslut med inriktning rehabilitering, med en andel på runt 30 procent. Däremot minskade andelen "egen plus" för väglednings- och kartläggningsinriktade beslut från cirka 25 procent respektive 30 procent år 2016 till runt 7 procent respektive 8 procent år 2022.

5.2.3 Vanliga insatser inom olika KVR-beslut

Som vi beskrev i avsnitt 5.1.1 är de huvudsakliga besluten för rehabiliteringsinsatser inom det förstärkta samarbetet inriktade på kartläggning, vägledning eller rehabilitering. Tabell 4 sammanfattar vilka specifika insatser och upphandlade tjänster som är vanligast inom olika typer av beslut som fattats inom

²⁴ Staplarna summerar till mer än 100 procent eftersom det är möjligt att en person får samma typ av KVR beslut två gånger under samma samverkan. Detta kan hända när beslutet utförs i olika regioner, till exempel två KVR-R beslut, en gång i egen regi, och en gång i egen-plus regi.

rehabiliteringssamverkan 2016–2022. För KVR-beslut i "ren" upphandlad regi genomförs över 90 procent via Introduktion till Arbete (INAB), oavsett inriktning inom KVR-beslutet. För insatser i upphandlad-plus regi är det vanligast med en kombination mellan INAB och en specialistinsats för beslut med inriktning vägledning eller kartläggning, medan en majoritet av upphandlade-plus insatser med inriktning rehabilitering är en kombination av Arbetsintegrerade övningsplatser (AÖP) och specialistinsatser, följt av en kombination mellan INAB och en specialistinsats.

Tabell 4 Mest frekventa insatser i kategorierna "upphandlad", "upphandlad-plus" och "egen-plus" kategorin, i procent.

	Insats	Andel
Upphandlade KVR-R	INAB	94,8
Upphandlade KVR-K	INAB	98,7
Upphandlade KVR-V	INAB	92,5
Upphandlade-plus KVR-R	AÖP + Specialistinsats	51,3
	INAB + specialistinsats	39,8
Upphandlade-plus KVR-K	INAB + Specialistinsats	91,7
Upphandlade-plus KVR-V	INAB + Specialistinsats	80,7
Egen-plus regi KVR-R	Särskilt bidrag för personligt biträde	52,9
	Specialistinsats	47,5
Egen-plus regi KVR-K	Specialistinsats	72,2
	Särskilt bidrag för personligt biträde	14,8
Egen-plus regi KVR-V	Specialistinsats	62,6
	SIUS	23,4
Insatser utanför KVR	Specialistinsats	42,3
	Subventionerat arbete	20,4

I "egen-plus"-regi, där insatser kombineras med beslut enligt den särskilda förordningen om stöd för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga, är kombinationen rehabiliteringsinriktat beslut och Särskilt bidrag för personligt biträde (SPB) den vanligaste. Hälften av alla rehabiliteringsinriktade beslut i egen regi inom denna kategori är parallella med ett SPB-beslut. För beslut med inriktning vägledning eller kartläggning i "egen-plus"-regi är det däremot vanligast att de pågår parallellt med specialistinsatser, vilket sker i 60–70 procent av fallen.

Bland insatser som inte är kopplade till något KVR-beslut (icke-KVR-insatser) är specialistinsatser vanligast, och de utgör 40 procent av samtliga icke-KVR-beslut. Subventionerade anställningar är näst vanligast, med en andel på cirka 20 procent.

5.3 Sammanfattning

De huvudsakliga typerna av insatser inom rehabiliteringssamverkan är kartläggnings- (KVR-K), väglednings- (KVR-V) och rehabiliteringsinriktade (KVR-R). Majoriteten av deltagarna, cirka 80 procent, får ett rehabiliteringsinriktat beslut, vilket innebär att arbetsprövning på en arbetsplats utgör den mest centrala insatsen i rehabiliteringssamverkan. Andelen deltagare som får de andra typerna av KVR-beslut, vägledningsinriktade eller kartläggningsinriktade, är betydligt lägre och har antingen minskat (KVR-V) eller legat kvar på relativt konstanta nivåer (KVR-K).

Insatser inom rehabiliteringssamverkan kan utföras antingen i egen regi eller via upphandlade tjänster. Andelen rehabiliteringsinriktade beslut som utförs i upphandlad regi har ökat från 14 procent till 20 procent, medan andelen väglednings- och kartläggningsinriktade beslut som utförs i upphandlad regi har ökat markant, från 7 procent respektive 15 procent, till 35 procent. KVR-beslut kan också kombineras med ett parallellt beslut enligt den särskilda förordningen (2017:462) om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. För dessa insatser, så kallad "plus"-regi, är det vanligast att den arbetsplatsförlagda arbetsprövningen i egen regi pågår parallellt med Särskilt bidrag för personligt biträde (SPB), medan väglednings- och kartläggningsinriktade insatser ofta sker parallellt med specialistinsatser.

Deltagare i samverkan kan även ta del av insatser utanför KVR, eller sakna insatser registrerade via beslut. Andelen utan några registrerade insatser ökade från cirka 6 procent i kohorten 2016 till 10 procent i kohorten 2022. Den mest sannolika förklaringen till detta är förändringar i tillämpningen av regelverket inom sjukförsäkringen.

6 Utfall som indikerar att en person har återfått eller ökat sin arbetsförmåga

Rehabiliteringssamverkans övergripande mål är att individer ska öka eller återfå arbetsförmåga efter en ofta långvarig sjukskrivningsperiod. I detta avsnitt diskuterar vi olika sätt att mäta deltagarnas progression mot återvunnen arbetsförmåga. Vi presenterar först olika utfallsmått vid slutet av samverkan i avsnitt 6.2, och sedan utfall som mäts vid olika tidpunkter efter samverkans start, mellan 18 och 36 månader, i avsnitt 6.3. I redovisningen tar vi inte hänsyn till skillnader i individegenskaper mellan kohorterna, vilket kan innebära att skillnader över tid till viss del kan förklaras av förändringar i sammansättningen.

6.1 Utfallsmått

6.1.1 Problem med datakvalitet när resultat registreras i slutet av samverkan

Vid avslut av samverkan registrerar ansvarig handläggare på Arbetsförmedlingen utfallet både i Arbetsförmedlingens interna system (källan till den data som vi använder i analysen), och i det gemensamma systemet SUS. I Arbetsförmedlingens interna system kan avslutsorsaken registreras som antingen "Återfått arbetsförmåga" eller "Lämnar samverkan". Uppgifterna i Arbetsförmedlingens register är dessvärre inte helt tillförlitliga på grund av inkonsekventa registreringsrutiner²⁵, vilket leder till betydande problem med datakvaliteten. I bilaga B, Figur B.2 visas skillnaderna mellan detta mått och motsvarande uppgifter från de årliga återrapporterna baserade på SUS-data. Dessa två mått, som borde återspegla samma utfall, skiljer sig markant både i nivå och trend.

Detta understryker behovet av förbättrad datakvalitet och tydligare rutiner för registrering av resultat. Med bättre rutiner kan data i Arbetsförmedlingens system bli mer pålitliga för att utvärdera och följa upp samverkansutfall.

6.1.2 Alternativa mått på återvunnen eller ökad arbetsförmåga

Eftersom uppgifterna om individens arbetsförmåga som registreras efter avslutad samverkan inte är tillförlitliga, behöver vi använda andra indikatorer som kan signalera att arbetsförmågan sannolikt har återfåtts. Den tydligaste indikationen är att individen har fått arbete. Andra indikatorer kan också signalera att arbetsförmåga har uppnåtts. Exempel på sådana indikatorer är att individen deltar i utbildning eller arbetsmarknadspolitiska program, eller är inskriven som arbetssökande. Dessa aktiviteter förutsätter generellt viss arbetsförmåga. Enligt det gemensamma arbetssättet för rehabiliteringssamverkan för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kan progression i arbetsförmåga mätas på följande sätt:

- Rehabiliteringssamverkan har resulterat i arbete: personen har skrivits ut till osubventionerat arbete, har fått ett subventionerat arbete eller arbete hos Samhall.
- Rehabiliteringssamverkan har inte resulterat i arbete, men deltagaren avregistreras till reguljär utbildning, deltar i arbetsmarknadsutbildning eller andra arbetsmarknadspolitiska program under den reguljära verksamheten, eller registreras som öppet arbetslös.

Vi analyserar dessa utfall separat.²⁶ Utöver de positiva utfallen redovisar vi även andelen som är kvar i samverkan, samt andelen som har avregistrerats av känd orsak.

²⁵ Ett vanligt exempel på inkonsekvent registrering av resultat inom rehabiliteringssamverkan är när två individer avslutar sin medverkan och båda fortsätter som inskrivna på Arbetsförmedlingen med en anställning med lönebidrag. Trots att deras situation är likadan registreras det olika: den ena individen får avslutsorsaken "Lämnar samverkan" och sysselsättning "Ingen", medan den andra registreras med avslutsorsaken "Återfått arbetsförmåga" och sysselsättning "Subventionerat arbete".

²⁶ Vi väljer att inte presentera ett aggregerat mått genom att summera andelar med de olika positiva utfallsmåtten, eftersom vi använder en lång uppföljningsperiod, vilket diskuteras i 6.3.1. Vid långa

Avregistrering av känd orsak förekommer mer frekvent inom rehabiliteringssamverkan än i ordinarie verksamhet, och innebär i de flesta fall att individen sannolikt har återgått till Försäkringskassan. För att skapa utfallsmått använder vi data om programbeslut, sökandekategorier (SKAT-koder) och orsaker till avregistrering. En mer detaljerad beskrivning av de olika utfallsmåtten finns i bilaga A.²⁷

6.1.3 När mäter vi utfallen?

I den här rapporten mäter vi utfall vid olika tidpunkter:

- 1) Vid rehabiliteringssamverkans slut.²⁸
- 2) Vid fasta tidpunkter (18, 24, 30 och 36 månader) efter påbörjad rehabiliteringssamverkan.

Att mäta utfallen vid samverkans slut har fördelen att vi kan göra en direkt bedömning av rehabiliteringssamverkans resultat efter att deltagaren inte längre får ta del av insatser inom samverkan. Nackdelen är att utfallen då mäts vid olika tidpunkter efter samverkans start, eftersom tiden i samverkan skiljer sig mellan deltagarna, utifrån deras individuella behov. Måttet säger inte heller något om hur länge personer deltagit i samverkan eller om hur snabbt arbetsförmågan har ökat.

Likt andra grupper som står långt ifrån arbetsmarknaden tar ett (åter-)inträde på arbetsmarknaden ofta tid, vilket kräver att utfall kan följas upp under en längre tid. En inventering av olika utfallsmått vid fasta tidpunkter gör det således möjligt att få en bättre bild av hur andelen deltagare med progression har ändrats och vid vilka tidpunkter progressionen har resulterat i övergång till arbete eller fortsatta insatser. Dessutom är risken för återfall i sjukskrivning hög inom gruppen, vilket gör det relevant att närma sig frågan om varaktigheten av ett eventuellt positivt resultat vid samverkans slut.

En annan anledning till att mäta utfall vid specifika tidpunkter efter samverkans start är att det är lättare att jämföra utfall för olika kohorter, då vi kan mäta utfall som andelen av alla deltagare och inte bara för dem som har avslutat samverkan. Den senaste kohorten som vi kan följa i 36 månader är personer som påbörjade rehabiliteringsinsatser före juni 2021.

uppföljningstider mäts positiva utfall som förutsätter att individen har skrivits ut (exempelvis avregistrering för arbete, reguljära studier eller arbete hos Samhall) vid utskrivningstillfället, vilket kan inträffa innan referensperioden. Samtidigt mäts positiva utfall som kräver att individen fortfarande är inskriven (såsom subventionerat arbete, deltagande i arbetsmarknadsutbildning eller andra arbetsmarknadspolitiska program, eller registrering som öppet arbetslös) vid den exakta referensperioden. Att kombinera dessa mått vid slutet av samverkan är däremot inte problematiskt (vilket görs i återrapporteringar baserade på SUS-data), eftersom alla då har samma referenstidpunkt, det vill säga månaden efter utskrivning. Däremot blir det svårare att tolka ett sådant aggregerat mått ju längre uppföljningsperioden är.

²⁷ I avsnitt 6.3.3 redovisar vi även ett neutralt eller negativt utfallsmått som indikerar att arbetsförmågan inte har uppnåtts eller att det är osäkert huruvida arbetsförmåga har uppnåtts, vilket är avregistrering av känd orsak.

²⁸ Alla avregistreringar eller beslut som registreras inom en kalendermånad efter det registrerade slutdatum för rehabiliteringssamverkan klassificeras som "vid slutet av samverkan". På det sättet undviker vi underskattningar av vissa (positiva) utfall eftersom det kan ta tid att flytta deltagare från rehabiliteringssamverkan till den ordinarie verksamheten, eller att avregistrera deltagaren.

Eftersom alla utfallsmått är baserade på information från Arbetsförmedlingens egna register kan vi följa upp personer så länge de är inskrivna eller återinskrivna. Om en individ har skrivits in och ut från Arbetsförmedlingen flera gånger under uppföljningstiden redovisar vi deras sista orsak till avregistrering. Om de är inskrivna vid den specifika tidpunkten, använder vi deras dåvarande registrering (till exempel deltagande i arbetsmarknadspolitiska program, subventionerad anställning, registrering som öppet arbetslös osv), oavsett om de hade skrivits ut någon gång sedan samverkans slut. En begränsning är att vi inte kan observera om en person har fått ett osubventionerat arbete vid en viss tidpunkt efter att de har avregistrerats från Arbetsförmedlingen, om det inte var orsaken till avregistreringen. Vi kan inte heller observera hur varaktig en osubventionerad anställning är då vi inte har information om individen lämnar anställningen och blir sjukskriven igen vid en senare tidpunkt. På grund av dessa begränsningar är det svårt att följa upp den här typen av utfall över längre perioder med hjälp av Arbetsförmedlingens data, även om det vore önskvärt.

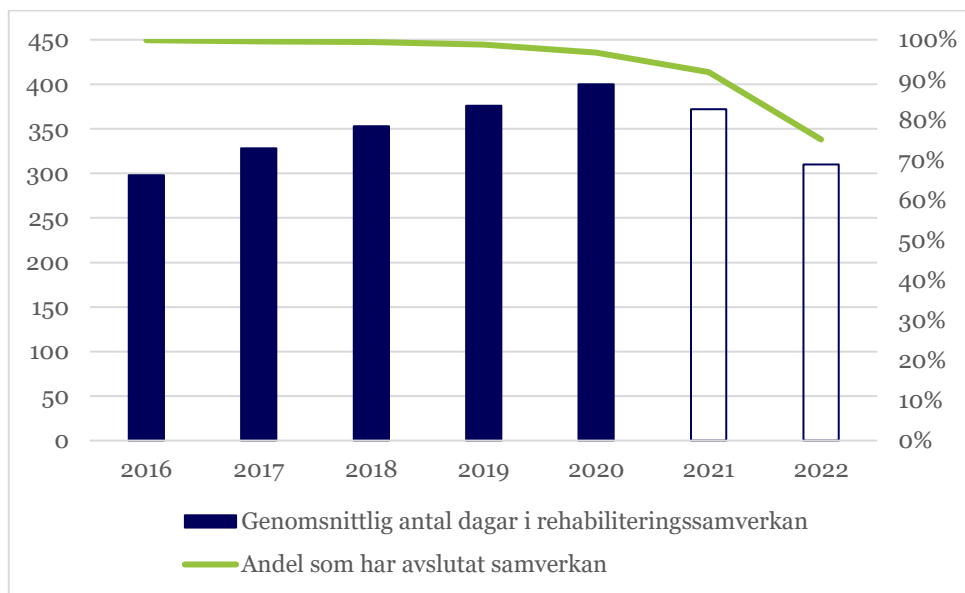
6.2 Resultat vid slutet av samverkan

6.2.1 Den genomsnittliga tiden i rehabiliteringssamverkan har ökat

Till skillnad från många specifika insatser och arbetsmarknadspolitiska program är deltagandet i rehabiliteringssamverkan inte tidsbegränsat. Vissa insatser som individer får under samverkan kan dock vara tidsbegränsade, till exempel deltagandet i upphandlade insatser. Generellt är deltagandet i samverkan möjligt så länge individen fortsätter att utveckla sin arbetsförmåga och har behov av samordnad rehabilitering.

Den gröna linjen i figur 5 visar hur stor andel av varje kohort som har avslutat rehabiliteringssamverkan i juni 2024 (den sista månaden vi använder i analysen), vilket innebär att vi följer upp personer över olika långa tidsperioder. Nästan alla (över 97 procent) som påbörjade samverkan mellan 2016 och 2020 har avslutat den vid mättillfället. Av dessa avslutade över 90 procent samverkan inom 36 månader. Bland dem som började samverkan 2021 respektive 2022 är andelen som har avslutat samverkan vid mättidpunkten lägre, 92 procent respektive 75 procent. Detta innebär att den genomsnittliga tiden i samverkan kommer att öka när samtliga i dessa kohorter avslutat sitt deltagande. Det är viktigt att komma ihåg att slutet av rehabiliteringssamverkan inte nödvändigtvis innebär att deltagare lämnar Arbetsförmedlingen. Det är också möjligt att deltagare övergår till Arbetsförmedlingens ordinarie verksamhet.

Figur 5 visar även det genomsnittliga antalet dagar i rehabiliteringssamverkan vid avslut. De som startade samverkan under 2016 deltog i genomsnitt i 297 dagar och längden har ökat kontinuerligt sedan dess. Personer som påbörjade rehabiliteringsinsatser under 2020 deltog i genomsnitt cirka tre månader längre i samverkan än dem som började 2016.



Figur 5 Genomsnittligt antal dagar i rehabiliteringssamverkan (vänster axel), samt andel som avslutat samverkan (höger axel), uppdelat per startår.

Anm: Vita staplar indikerar att en lägre andel av kohorten har avslutat samverkan vid mätillfället och att den genomsnittliga tiden kommer öka när fler betydligt avslutar samverkan.

6.2.2 Andelen med ett positivt resultat i slutet av rehabiliteringssamverkan har minskat över tid

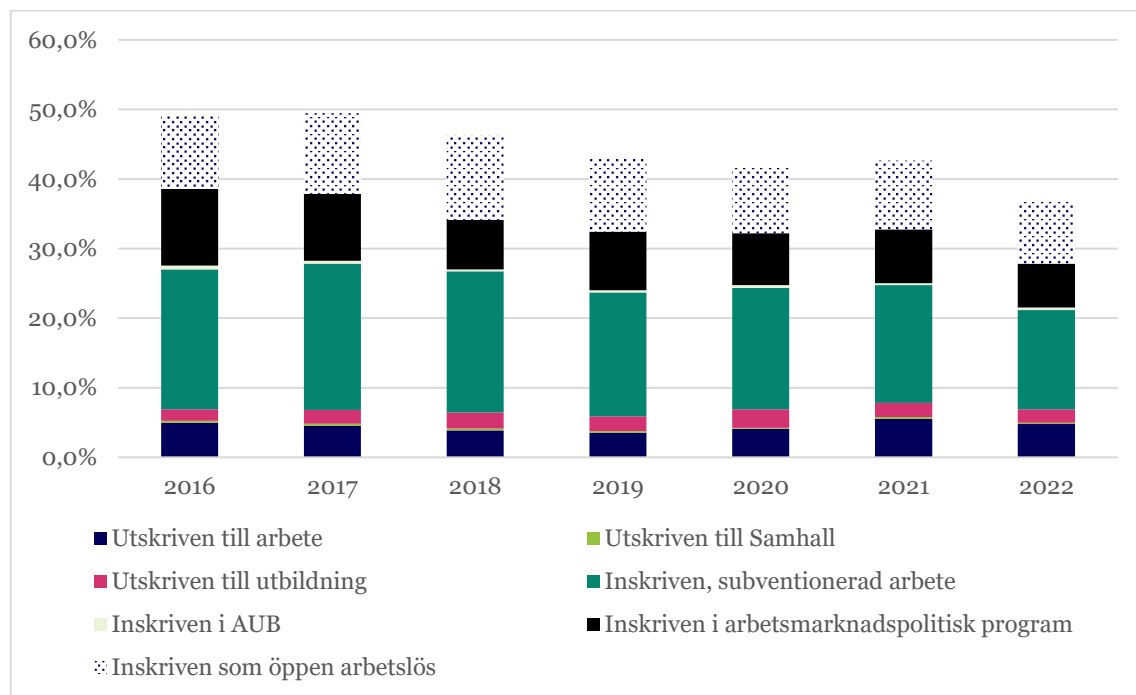
Figur 6 visar andelen med ett positivt utfall i slutet av samverkan för deltagare som påbörjade rehabiliteringssamverkan samma år. Andelen är uppdelad efter de olika mått som signalerar att arbetsförmåga har uppnåtts. Det är dock viktigt att komma ihåg att vi bara redovisar andelen för de personer i varje kohort som har avslutat rehabiliteringssamverkan. För deltagare som inte har avslutat samverkan kan vi fortfarande mäta förekomsten av positiva utfall vid olika intervaller räknade utifrån datumet de började samverkan. Dessa resultat presenterar vi i avsnitt 6.3.

Figuren visar att andelen deltagare som uppnår ett positivt resultat vid slutet av rehabiliteringssamverkan har minskat över tid. Bland deltagare som påbörjade samverkan under 2016 uppnådde närmare 50 procent ett positivt utfall, jämfört med 41 procent för dem som inledde samverkan under 2020²⁹.

Cirka 5 procent av deltagarna övergår direkt till osubventionerat arbete efter avslutad samverkan, medan en ännu mindre andel lämnar till subventionerade anställningar hos Samhall, eller till reguljära utbildningar. Majoriteten av deltagarna fortsätter till en anställning med stöd, men andelen som övergår till subventionerade anställningar har minskat något, från 20 procent till 17 procent under perioden 2016–2021.

²⁹ Då det är en mindre andel av deltagarna som startat samverkan 2022 som avslutar samverkan vid mättidpunkten i juni 2024 jämfört med andelen bland deltagare som börjar samverkan 2016. Eftersom det kan bli en negativ selektion bland individer som slutar samverkan tidigare jämfört med de som slutar det senaste året är det sannolikt att det sämre resultatet för kohorten 2016 delvis förklaras av den här negativa selektionen.

Andelen som fortsätter i arbetsmarknadspolitiska program inom den reguljära verksamheten har varierat mellan 7 procent och 11 procent. Andelen som registrerats som öppet arbetslösa en månad efter avslutad rehabiliteringssamverkan har dock varit relativt stabil, runt 10–11 procent.



Figur 6 Positivt utfall vid slutet av samverkan, uppdelat per startår, bland deltagare som avslutar samverkan.

Figur C.1 i bilaga C visar andelen med positivt utfall vid slutet av samverkan, uppdelat per startår och kön. I alla kohorter är det en större andel män än kvinnor som uppnår ett positivt utfall vid slutet av samverkan, trots kvinnornas högre utbildningsnivå, vilken utifrån tidigare studier, skulle förbättra deras chanser till rehabilitering. Skillnaden drivs av att en större andel män får en subventionerad anställning direkt efter avslutad rehabiliteringssamverkan. Att proportionellt fler män än kvinnor med svagare konkurrensförmåga får anställning med stöd ligger i linje med resultat i övriga delar av verksamheten (Arbetsförmedlingen, 2022), och lyfter fram samma frågor kring möjligheter att uppnå jämställdhetsmålen inom arbetsmarknadspolitiken.

6.3 Resultat vid specifika tidpunkter upp till 36 månader efter samverkans start

Detta avsnitt beskriver i vilken utsträckning olika kohorter har uppnått olika resultatmått 18, 24, 30 eller 36 månader efter de påbörjade rehabiliteringssamverkan. På grund av gruppens oftast svåra sjukskrivningshistorik är det viktigt att målet att återfå arbetsförmågan följs långsiktigt, då risken för återfall

i sjukdom är stor inom målgruppen. Alla tabeller i detta avsnitt finns även uppdelad per kön i Bilaga C.

6.3.1 Andel deltagare som är kvar i samverkan

Figur 5 visade att tiden i rehabiliteringssamverkan ökade från cirka 10 månader 2016 till runt 13 månader för dem som började 2020. Detta återspeglas i tabell 5, som visar att andelen deltagare som är kvar i rehabiliteringssamverkan vid olika uppföljningstidpunkter ökade mellan 2016 och 2020.

Trots ökningen avslutade majoriteten av deltagarna 2016–2022 (över 70 procent) sitt deltagande inom 18 månader. Efter 36 månader pågår rehabiliteringssamverkan fortfarande för mindre än 10 procent av deltagarna. Andelen som är kvar i samverkan har ökat stadigt mellan 2016 och 2021 och vid alla uppföljningstidpunkter. Andelen som är kvar i samverkan är ungefär dubbelt så stor för personer som började samverkan 2020 jämfört med dem som började 2016. En del av ökningen kan sannolikt förklaras av att personer som deltog efter 2019 drabbades av coronapandemin, vilket påverkade framför allt möjligheten till att genomföra arbetsprövning. För dem som påbörjade samverkan 2022 ligger andelen som är kvar i samverkan efter 24 månader på liknande nivåer som 2016.

Tabell 5 Andel deltagare i pågående rehabiliteringssamverkan vid olika mätningstidpunkter (X antal månader efter samverkans start), uppdelad per startår, i procent.

Startår	Vid 18 månader	Vid 24 månader	Vid 30 månader	Vid 36 månader
2016	13,2	7,4	5,5	4,6
2017	16,5	9,9	6,5	5,3
2018	21,8	12,7	8,8	7,2
2019	26,0	16,0	10,7	7,6
2020	29,8	18,3	12,0	7,0
2021	26,2	13,5	5,6	2,3
2022	13,9	5,7		

6.3.2 Deltagare som inte har uppnått arbetsförmåga och återgår till Försäkringskassan

Tabell B.1 i bilagan visar andelen deltagare i rehabiliteringssamverkan som avregistrerades vid olika tidpunkter efter samverkans start. Efter 18 månader har runt 40 procent av deltagarna lämnat Arbetsförmedlingen och andelen ökar till strax över 50 procent efter 36 månader. Den vanligaste orsaken till avregistrering är ”känd

orsak”³⁰. Utvecklingen av denna avregistreringsorsak över kohorter och tidshorisonter presenteras i Tabell 6. I Arbetsförmedlingens register finns det ingen information om vad ”känd orsak” innebär, men givet målgruppen är det troligt att de flesta som avregistrerats av känd orsak inte har uppnått arbetsförmåga och återgått till Försäkringskassan.³¹ Cirka 30 procent av deltagarna avslutade samverkan inom 18 månader och återgick till Försäkringskassan. Vid alla uppföljningstidpunkter låg andelen konstant runt 30 procent för personer som började rehabiliteringsinsatser 2016. Bland grupper som påbörjade samverkan senare har andelen ökat mer över tid: andelen som avregistrerades av känd orsak efter 36 månader låg runt 31 procent bland dem som startade 2016, jämfört med 38 procent bland de som startade 2021.

Tabell 6 Andel deltagare ej inskriven på Arbetsförmedlingen vid olika mätningstidpunkter (X antal månader efter samverkans start), med sista avregistreringsorsak ”känd orsak”, uppdelad per startår, i procent.

Startår	Vid 18 månader	Vid 24 månader	Vid 30 månader	Vid 36 månader
2016	30,8	31,2	30,9	30,9
2017	29,9	31,4	32,3	31,4
2018	30,1	31,7	31,9	32,0
2019	31,1	34,0	35,0	35,4
2020	30,8	34,1	35,2	36,5
2021	31,3	35,3	36,9	38,0
2022	33,7	37,4		

6.3.3 Andel deltagare som har uppnått eller ökat arbetsförmågan och som övergår till osubventionerat eller subventionerat arbete

Tabell 7 visar andelen som har avregistrerats för osubventionerat arbete eller arbete hos Samhall. Mellan 4 procent och 7 procent av deltagarna (åter)inträder på arbetsmarknaden 18 månader efter samverkans start. Efter 36 månader ligger denna andel betydligt högre, mellan cirka 10–13 procent. Sedan 2016 finns det en lätt nedåtgående trend i andelen som avregistreras till arbete eller Samhall med en viss ökning för de som påbörjade rehabiliteringssamverkan under 2020 och 2021. Övergången till arbete är lägst vid de uppföljningstillfällen när arbetsmarknaden påverkades som mest av coronapandemin, vilket tyder på att en del av skillnaderna mellan personer som påbörjade samverkan under olika år kan förklaras av en försämrad arbetsmarknad när utfallet mäts.

³⁰ Väldigt få deltagare i samverkan avregistreras på grund av ”okänd orsak” jämfört med andra delar av Arbetsförmedlingens verksamhet. Vid 18 månader efter samverkans start är det under 2 procent av deltagarna i samverkan som har avregistrerats av okänd orsak.

³¹ Siffrorna kan jämföras med information från åiterrapporten (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2021) som visar att nästan hälften av deltagarna återgår till Försäkringskassan efter avslutad rehabiliteringssamverkan.

Tabell 7 Andel som har avregistrerats för osubventionerat arbete eller arbete hos Samhall upp till en viss mätningstidspunkt, i procent.

Startår	Vid 18 månader	Vid 24 månader	Vid 30 månader	Vid 36 månader
2016	7,0	9,1	11,4	13,2
2017	6,5	8,5	10,1	11,1
2018	5,7	7,1	8,2	9,5
2019	4,2	6,0	8,1	9,9
2020	5,0	6,9	8,7	10,0
2021	6,0	7,9	9,2	11,4
2022	5,1	6,8		

När det gäller subventionerade anställningar visar Tabell 8 att andelen med en sådan anställning efter 18 månader har minskat över tid. Denna utveckling ligger i linje med en generell nedgång i antalet deltagare i subventionerade anställningar mellan 2017 och 2022 (Riksrevisionen, 2023).³² Efter 36 månader är skillnaderna mellan kohorter däremot betydligt mindre än efter 18 månader. Sammantaget tyder resultaten på en förändring sedan 2016 i tidpunkten för övergång till subventionerat arbete.

Tabell 8 Andel deltagare inskriven på Arbetsförmedlingen vid mätningstidspunkt, med subventionerad anställning, i procent.

Startår	Vid 18 månader	Vid 24 månader	Vid 30 månader	Vid 36 månader
2016	17,6	19,1	19,1	18,3
2017	17,5	19,3	19,0	17,9
2018	16,1	17,5	17,7	17,6
2019	12,1	14,8	16,0	16,7
2020	11,2	14,3	16,1	16,5
2021	11,6	14,7	16,0	15,4
2022	10,8	13,3		

³² Enligt Riksrevisionen (2023) beror neddragningarna i antal subventionerade anställningar på arbetsmarknadsläget, att Arbetsförmedlingen inte har hunnit med att handlägga ärenden på grund av personalbrist, samt på coronapandemin som försämrade möjligheter till att identifiera behov för arbetssökande med funktionsnedsättning eller ohälsa eftersom det inte var möjligt att mötas fysiskt. Under 2022 förbättrades arbetsmarknadsläget något, samtidigt som ersättningen höjdes i nystartsjobben, vilket bidragit till att antalet deltagare ökat.

6.3.4 Andel deltagare som har uppnått eller ökat arbetsförmågan och deltar i utbildningsinsatser, arbetsmarknadspolitiska program eller är öppet arbetslösa

I detta avsnitt redovisas olika positiva utfall för deltagare i samverkan 18, 24, 30 och 36 månader efter rehabiliteringssamverkans start, där deltagarna övergått till utbildningsinsatser, arbetsmarknadspolitiska program eller är inskrivna som öppet arbetslösa på Arbetsförmedlingen vid mättillfället.

Deltagande i utbildning

Ett positivt utfall är deltagande i utbildning, antingen som reguljär utbildning efter avregistrering från Arbetsförmedlingen eller som del av en fortsatt inskrivningsperiod, som till exempel arbetsmarknadsutbildning. Generellt är det enbart en liten andel som går vidare till utbildning. Figur B.4 i bilaga B visar andelen som avregistrerats till reguljär utbildning vid olika uppföljningshorisonter. Andelen är låg och ökar marginellt över tid till cirka 2–3 procent efter 36 månader. Inga tydliga skillnader syns mellan de olika kohorterna. Tabell B.2 i bilaga B visar även andelen deltagare i arbetsmarknadsutbildning vid olika uppföljningshorisonter. Jämfört med andra utfall är andelen mycket låg, under 0,6 procent, oavsett uppföljningstidpunkt eller kohort.

Deltagande i arbetsmarknadspolitiska program

Tabell 9 visar andelen deltagare som deltar i arbetsmarknadspolitiska program vid olika uppföljningstidpunkter. Bland personer som påbörjade samverkan innan 2020 är det runt 8–10 procent som deltar i ett program efter 24 månader och andelen ligger på samma nivå efter 36 månader. Under 2021 ökade andelen som deltar i program och nådde högsta nivån bland dem som påbörjade samverkan 2022 då 17 procent deltog i ett arbetsmarknadspolitiskt program 24 månader efter samverkans start.

Tabell 9 Andel deltagare inskriven på Af vid mätningstidpunkt och som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program, efter avslutat samverkan, i procent.

Startår	Vid 18 månader	Vid 24 månader	Vid 30 månader	Vid 36 månader
2016	9,7	10,1	9,1	8,6
2017	7,9	7,5	8,0	8,8
2018	5,7	7,7	9,1	9,5
2019	6,9	8,6	9,0	9,0
2020	6,9	7,7	8,8	9,9
2021	9,4	11,1	13,4	13,0
2022	20,0	17,4		

Samtidigt som andelen i program ökar bland senare kohorter, har andelen med subventionerad anställning utvecklats i motsatt riktning (se tabell 8). Sammantaget tyder detta på en förändring i tidpunkten för när deltagare i rehabiliteringssamverkan deltar i program och när en eventuell övergång till subventionerat arbete sker. Personer som deltar i samverkan efter 2021 har i större utsträckning övergått till arbetsmarknadspolitiska program efter 24 månader och i mindre utsträckning till subventionerad anställning jämfört med tidigare kohorter. Utifrån tillgängliga data går det dock inte att avgöra om denna trend kommer att hålla i sig.

Deltagare som registrerats som öppet arbetslösa

Eftersom målet för personer i rehabiliteringssamverkan är att uppnå eller förbättra arbetsförmågan kan registrering som öppet arbetslös betraktas som ett positivt delmål. Detta indikerar att individen bedöms ha tillräckliga förutsättningar för att stå till arbetsmarknadens förfogande och eventuellt åter delta på arbetsmarknaden. Det krävs dock mer långsiktiga uppföljningar för att kunna avgöra i vilken utsträckning dessa personer etablerar sig varaktigt på arbetsmarknaden.

Tabell 10 visar andelen av varje kohort som är inskrivna som öppet arbetslösa upp till 36 månader efter starten av rehabiliteringssamverkan. Vid varje uppföljningstidpunkt är andelen öppet arbetslösa lägre bland dem som påbörjade rehabiliteringssamverkan under senare år. År 2019, som sammanfaller med reformeringen av Arbetsförmedlingen, framstår som en brytpunkt. Efter 36 månader är andelen öppet arbetslösa bland deltagarna från 2019–2021 cirka 7 procent, en liknande nivå jämfört med efter 24 månader.

Tabell 10 Andel deltagare inskrivna på Arbetsförmedlingen vid mätningstidpunkt och som är registrerad som öppet arbetslös.

Startår	Vid 18 månader	Vid 24 månader	Vid 30 månader	Vid 36 månader
2016	7,8	7,7	8,0	7,8
2017	7,8	8,3	9,2	9,1
2018	7,8	8,8	7,9	7,1
2019	6,6	6,0	5,7	5,1
2020	4,2	4,9	4,6	4,3
2021	3,2	4,1	4,5	4,1
2022	3,6	4,8		

6.4 Sammanfattning av resultaten

I avsnitt 6 analyserade vi andelen i olika kohorter som uppnår progression vid olika tidpunkter. I avsnitt 6.2 analyserades andelen med ett positiv utfall vid slutet av samverkan och i avsnitt 6.3 redovisades hur andelen med progression förändrats över tid efter inskrivning i samverkan. De viktigaste slutsatserna från analysen är att:

- Andelen som har uppnått ett positivt resultat vid avslut av samverkan minskar över tid samtidigt som den genomsnittliga tiden i samverkan ökar.
- Cirka en tredjedel av deltagarna avregistreras av känd orsak inom 36 månader. De flesta återgår sannolikt till Försäkringskassan, till följd av försämrad hälsa eller utebliven progression i rehabiliteringsprocessen. Andelen som avregistrerats av denna orsak har ökat med 22 procent mellan 2016 och 2021.
- Mellan 2016 och 2022 har i genomsnitt 28 procent av deltagarna övergått till subventionerat eller osubventionerat arbete inom 36 månader efter samverkans start. Majoriteten av dessa har fått ett arbete med stöd. Trenden över tid är nedåtgående och motsvarar en minskning med runt 8 procent. Övergången till arbete tar längre tid för personer som påbörjade samverkan under senare år.
- Bland deltagarna som är fortsatt inskrivna hos Arbetsförmedlingen efter 36 månader, utan att ha subventionerat arbete, deltar de flesta i arbetsmarknadspolitiska program (cirka 10 procent av alla deltagare). En lägre andel är kvar i rehabiliteringsinsatser eller är inskrivna som öppet arbetslösa (cirka 6 procent vardera).

7 Regressionsanalys: samband mellan individegenskaper och utfall

I detta avsnitt undersöker vi hur utfallen skiljer sig mellan olika grupper. För att undersöka dessa skillnader används regressionsanalys. Det är en statistisk metod för att undersöka hur olika faktorer samvarierar med sannolikheten att uppnå ett visst utfall, till exempel avregistrering till arbete eller Samhall. Det är dock viktigt att betona att regressionsanalysen utan andra antaganden enbart kartlägger statistiska samband. I den här analysen kan vi alltså inte fastställa orsaksförhållanden.

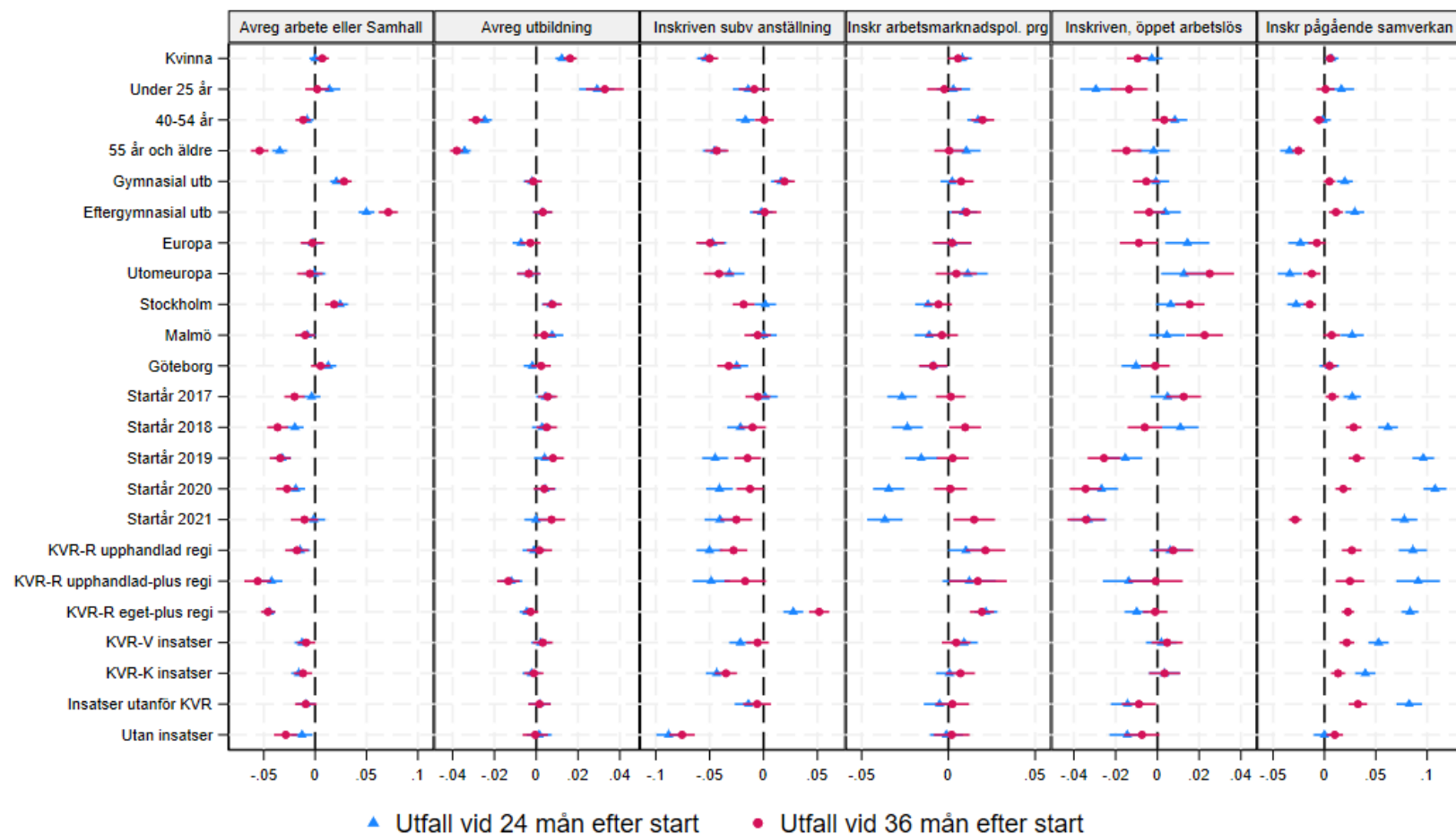
En fördel med regressionsanalys är att man kan undersöka hur olika faktorer påverkar ett visst utfall, samtidigt som man kan kontrollera för andra relevanta faktorer. Detta hjälper till att isolera det specifika sambandet som är av intresse. En viktig styrka med regressionsanalys är dess förmåga att hantera flera faktorer samtidigt. Om det finns en variabel som potentiellt påverkar både den faktor man undersöker och utfallet, kan analysen ta hänsyn till denna variabel. På så sätt kan risken att förväxla indirekta samband med direkta minskas. Det är dock viktigt att vara medveten om begränsningarna. Om det finns viktiga faktorer som inte har inkluderats i analysen, kan resultaten fortfarande påverkas av dessa exkluderade variabler.

Resultaten av analysen redovisas i figur 7 och kan tolkas som de betingade skillnaderna mellan en grupp och dess referenskategori vad gäller sannolikheten att uppnå ett specifikt utfall. I modellen har en rad kontrollvariabler inkluderats: kön, ålder, utbildning, storstadsregion, året där personen började samverkan, samt variabler som speglar vilken typ av insatser de har fått inom samverkan. Dessa är indikatorvariabler för KVR-R insatser uppdelat efter regi, KVR-V och KVR-K insatser, icke-KVR insatser, samt en indikator om de inte har fått några insatser alls inom samverkan. Vi jämför hur utfallen skiljer sig med avseende på dessa kategorier mot en referenskategori. Referenskategorierna som är exkluderade från skattningen är: man, 26–39 år med förgymnasial utbildning, född i Sverige, började samverkan 2016, har tagit del av KVR-R insatser i egen regi. Vi börjar med att inte inkludera registrerad funktionsnedsättning på grund av problematiken som diskuterades i avsnitt 4.2.2, men i avsnitt 7.2 visar vi att de skattade korrelationerna mellan utfall och olika individegenskaper är lika stora även om vi kontrollerar för registrerad funktionsnedsättning. Att ta hänsyn till typ av funktionsnedsättning är möjligt när vi begränsar analysen till tidsperioden där registrering av funktionsnedsättning bedöms vara mindre problematisk.

Vi analyserar skillnader (i) i sannolikheten för avregistrering till arbete, (ii) sannolikheten för avregistrering till reguljär utbildning, (iii) sannolikheten att ha en subventionerad anställning, (iv) sannolikheten att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program, (v) sannolikheten att vara inskriven som öppet arbetslös och (vi) sannolikheten att vara kvar i samverkan.

I figur 7 representerar blå trianglar skillnader i utfall efter 24 månader, medan röda prickar visar skillnader efter 36 månader. Skillnaderna uttrycks i procentenheter (observera att skalan på x-axeln i figur 7 behöver multipliceras med 100 för att representera procentenheter). Konfidensintervallen visas som streck genom prickarna. Om ett streck korsar den vertikala linjen vid "0" innebär det att det inte finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan den aktuella gruppen och referensgruppen.

Fördjupad analys av rehabiliteringssamverkan
inom det förstärkta samarbetet



Figur 7 Skillnader i sannolikheten att bli avregistrerad till 1) arbete eller Samhall, 2) utbildning, eller vara inskriven 3) med subventionerad anställning, 4) i arbetsmarknadspolitiskt program, 5) som öppet arbetslös, 6) i pågående samverkan 24 eller 36 månader efter rehabiliteringssamverkans start.

Anm: Referenskategori: Man, 26–39 år med förgymnasial utbildning, född i Sverige, började samverkan 2016, KVR-R insatser i egen regi, Utan KVR-V insatser, Utan KVR-K insatser, Utan insatser utanför KVR, Med registrerade insatser.

7.1 Skillnader i sannolikheten att uppnå ett positivt utfall

I figur 7 visas de skattade skillnaderna mellan olika grupper i sannolikheten att uppnå olika positiva utfall 24 eller 36 månader efter samverkans start.

7.1.1 Förväntade skillnader i utfall efter bakgrundsfaktorer

När vi tar hänsyn till olika demografiska bakgrundsfaktorer visar analysen att det finns könsskillnader i sannolikheten att uppnå olika utfall. Kvinnor övergår i lägre utsträckning än män till subventionerade anställningar, men avregistreras i högre grad till reguljär utbildning. Dessa resultat är i linje med de könsskillnader som finns i andra delar av verksamheten. Skillnaderna kan inte förklaras av de variabler som vi tar hänsyn till i modellen, såsom utbildningsnivå, ålder, födelseregion eller typ av insats eller anordnare. Eftersom vi inte inkluderar information om typ av funktionsnedsättning är en möjlig förklaring att könsskillnaderna hänger samman med skillnader i typ av funktionsnedsättning. Vi analyserar denna fråga i bilagan i avsnitt A.3, men hittar inget stöd för denna tolkning.³³ En annan möjlig förklaring kan vara att sannolikheten att anställa med stöd skiljer sig mellan olika branscher, vilket hänger samman med könssegregationen på arbetsmarknaden. Om mansdominerade branscher i högre grad är benägna att anställa med stöd än kvinnodominerade branscher, kan detta leda till olika sannolikheter för en subventionerad anställning efter rehabiliteringssamverkan mellan män och kvinnor.

Vidare visar analysen på tydliga skillnader i sannolikheten att uppnå ett positivt utfall mellan åldersgrupper. Deltagare mellan 40–54 år har en lägre sannolikhet att övergå till osubventionerat arbete eller studier än dem i åldern 26–39 år. Den negativa skillnaden i sannolikheten att avregistreras till osubventionerat arbete eller studier är ännu större för personer som är 55 år och äldre och den negativa skillnaden i övergång till arbete ökar över tid. Dessutom övergår åldersgruppen i mindre utsträckning till subventionerat arbete än yngre deltagare. Samtidigt som personer över 55 år har en lägre sannolikhet att övergå till arbete eller utbildning är de i mindre utsträckning kvar i samverkan efter 24 eller 36 månader, vilket antagligen speglar att gruppen avbryter rehabiliteringsinsatser tidigare än andra åldersgrupper och återgår till Försäkringskassan eller går i pension i högre utsträckning. Deltagare under 25 år avregistreras däremot i högre utsträckning till utbildning än äldre deltagare och de har en lägre sannolikhet att vara inskrivna som öppet arbetslösa, vilket är i linje med hur myndigheten jobbar med denna målgrupp.

Analysen visar även andra samband som överensstämmer med tidigare kunskap om gruppskillnader i arbetsmarknadsutfall. Att ha en högre utbildningsnivå är positivt korrelerat med sannolikheten att avregistreras till arbete och skillnaderna är stora jämfört med personer med förgymnasial utbildning. För deltagare med eftergymnasial utbildning ökar den positiva skillnaden ytterligare mellan 24 och 36 månader efter samverkans start. Personer födda i Europa eller utanför Europa har en

³³ För att testa hur viktig det är att kontrollera för olika funktionsnedsättningar genomför vi samma regressionsanalys som i figur 7, med skillnaden att vi begränsar vår studiepopulation till deltagare som började rehabiliteringssamverkan mellan 2016 och 2019. För dessa deltagare bör registreringen av funktionsnedsättning vara mer heltäckande. Resultaten visar att typ av funktionsnedsättning inte påverkar de skattade skillnaderna för övriga kontrollvariabler och borde inte påverka tolkningen av våra resultat i avsnitt 7.1. Se diskussionen i avsnitt A.3 i bilaga A.

lägre sannolikhet än inrikes födda att ha en subventionerad anställning efter 24 eller 36 månader.

Det finns vissa skillnader mellan arbetsmarknadsregioner, men det är svårt att dra några slutsatser kring vad det kan bero på. Det finns inget enhetligt mönster mellan att bo i en storstadsregion eller utanför. I stället indikerar analysen att utfallen är mer positiva för dem som bor i Malmö, men mer negativa för dem som bor i Göteborg jämfört med regioner utanför storstäderna.

7.1.2 Skillnader mellan typ av insatser

När det gäller typ av insatser och anordnare visar analysen i figur 7 att personer som deltog i KVR-R insatser i upphandlad regi uppnår olika specifika utfall: dessa deltagare hade en lägre sannolikhet att ha en osubventionerad eller subventionerad anställning, men en högre sannolikhet att fortsatt vara inskrivna i pågående samverkan än personer i KVR-R insatser i egen regi. Skillnaderna minskar dock över tid. En möjlig förklaring är att arbetsgivare som har direkt kontakt med Arbetsförmedlingen i rollen som anordnare av arbetsträning har bättre kunskap om möjliga subventioner som kan leda till en fortsatt anställning, jämfört med arbetsgivare som endast har kontakt via upphandlade leverantörer.

Resultaten skiljer sig också för deltagare i parallella insatser och/eller specialistinsatser ("plus"-insatser) utöver rehabiliteringsinsatser i egen eller upphandlad regi. Personer i insatser i upphandlad-plus regi hade generellt en lägre sannolikhet att övergå till osubventionerat arbete eller utbildning jämfört med personer i insatser i egen regi eller enbart i upphandlad regi.

Övergång till osubventionerat arbete var även lägre bland personer i egen-plus regi jämfört med de som bara fick insatser i egen regi. Däremot hade personer som deltog i rehabiliteringsinsatser i egen-plus regi en högre sannolikhet att vara inskrivna med en subventionerad anställning eller i ett program än de som enbart deltog i insatser i egen regi. I avsnitt 5 beskrev vi att insatser i egen-plus eller upphandlad-plus regi i regel riktas till personer med behov av utökad stöd, exempelvis i form av anställningsstöd eller stödinsatser som personligt biträde eller specialistinsats för personer med funktionsnedsättning. Detta kan vara en förklaring för det positiva sambandet mellan egen-plus insatser och subventionerade anställningar, särskilt eftersom den parallella insatsen vanligtvis är ett beslut för personligt biträde. Den vanligaste typen av subvention, lönebidrag, är riktad mot personer med funktionsnedsättningar. Vi ser dock inte samma positiva samband för upphandlad-plus-regi. En möjlig förklaring är att parallella insatser i upphandlad regi oftare är specialistinsatser, som kan ge ett mindre omfattande stöd än ett personligt biträde.

Sannolikheten att vara kvar i samverkan efter 24 eller 36 månader var lägre bland personer i KVR-R insatser i egen regi jämfört med upphandlad regi eller i väglednings- eller kartläggningssinriktade insatser. Det är svårt att veta vad detta kan bero på utifrån analysen och det är viktigt att komma ihåg att resultaten inte visar kausala effekter av olika typer av insatser och anordnare på utfallen. Det är även möjligt att icke-observerade skillnader mellan deltagare i olika insatser ligger bakom skillnaderna i utfall. Vidare finner vi även små positiva skillnader i sannolikheten att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program bland personer som också deltog i

vägledningsinsatser och/eller kartläggningsinsatser jämfört med individer som inte gjort det. Deltagande i kartläggningsinsatser medförde däremot en lägre sannolikhet att ha en subventionerad anställning.

7.1.3 Oförklarade skillnader i utfall kvarstår mellan kohorterna

Analysen tyder på skillnader i sannolikheten att uppnå positiva utfall för de som började samverkan efter 2019 jämfört med de som började 2016. Figur 7 visar att personer som började samverkan efter 2019 hade en lägre sannolikhet att ha en subventionerad anställning 24 månader efter samverkans start, men en högre sannolikhet att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Skillnaderna minskar efter 36 månader, men är fortsatt statistisk säkerställda. Personer som deltog efter 2019 har även en lägre sannolikhet att vara inskrivna som öppet arbetslösa. Dessutom är sannolikheten att vara kvar i samverkan efter 24 eller 36 månader högre för personer som började i samverkan 2017–2020 jämfört med 2016.

Baserat på vår analys är det svårt att avgöra exakt vad skillnaderna mellan kohorterna beror på. Vår analys visar dock att sammansättningseffekter med hänsyn till de demografiska faktorer som vi inkluderar i modellen inte driver de negativa trenderna som framkommer i resultaten. Inte heller typ av insatser eller anordnare verkar helt kunna förklara skillnaderna mellan kohorterna. En möjlig förklaring är att personer som deltog efter 2019 i högre utsträckning påverkats av coronapandemin. Till exempel kan coronapandemin ha påverkat möjligheten att genomföra insatser, speciellt arbetsprövning, vilket i sin tur kan ha förlängt tiden i samverkan. Den högre sannolikheten att vara kvar i samverkan bland dessa grupper kan tyda på att det behövdes mer tid i samverkan för att kunna genomföra planerade insatser. Det är också möjligt att coronapandemin kan ha förvärrat deltagarnas underliggande hälsa. Coronapandemin kan även ha påverkat arbetsmarknadssituationen när utfallen mäts för vissa kohorter. En sådan tolkning stöds av mönstret i sannolikheten att ha avregistrerats till arbete: Den är lägre för deltagare som började 2018–2020, med störst negativa skillnader för dem som började 2018 och 2019. Eftersom vi mäter utfall efter 24 och 36 månader är det främst dessa kohorter som berörs av coronapandemin. Däremot finner vi inga skillnader i sannolikheten till arbete för deltagare som började 2021 jämfört med de som började 2016.

Det som talar emot coronapandemin som den huvudsakliga förklaringen är att den negativa trenden i de övergripande resultaten tycks ha hållit i sig även bland personer som började samverkan 2021, och som borde ha påverkats av coronapandemin i mindre utsträckning.³⁴ En alternativ förklaring till skillnaderna i utfall mellan olika kohorter kan vara att tillgången till insatser har varierat mellan åren eller att insatsernas effektivitet har förändrats över tid, även efter vi tar hänsyn till individers egenskaper och typ av insats.

7.2 Skiljer sig betydelsen av bakgrundsfaktorer mellan könen?

Figur 7 visar hur olika individegenskaper och institutionella faktorer påverkar sannolikheten att uppnå olika positiva utfall. De skattade skillnaderna bör tolkas som marginaleffekter, vilket innebär att de representerar den genomsnittliga förändringen

³⁴ De som påbörjade samverkan 2021 kan däremot ha påverkats av försämrad konjunktur som inleddes 2023.

i sannolikheten för att uppnå ett visst utfall, givet att alla andra faktorer i modellen hålls konstanta. Dessa effekter är därmed justerade för de variabler som vi kontrollerar för i modellen och drivs inte av skillnader i sammansättningen av dessa faktorer inom studiegruppen.

Vi har även undersökt om dessa marginella effekter skiljer sig mellan kvinnor och män. Det är möjligt att effekterna kan vara större eller mindre för respektive grupp beroende på hur individegenskaper, som utbildningsnivå, interagerar med sannolikheten att exempelvis övergå till arbete.

I figur B.5 och B.6 presenterar vi samma analys som i figur 7, men separat för kvinnor och män. Resultaten visar att det inte finns några systematiska skillnader mellan könen i hur de olika variablerna påverkar sannolikheten att uppnå positiva utfall. Detta indikerar att sambanden mellan de inkluderade faktorerna och de olika utfallen är relativt lika för både kvinnor och män.

7.3 Hur skiljer sig utfall efter typ av ersättning?

I figur B.7 i bilagan undersöker vi även hur typ av ersättning korrelerar med utfallen. Modellen inkluderar olika indikatorer för typ av ersättning. Då vi inte kan skilja på typ av ersättning för personer i kategorin ”med ersättning från sjukförsäkringen” väljer vi att inte redovisa dessa resultat som huvudmodell. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Att inkludera typ av ersättning som kontroll verkar inte heller påverka storleken på de övriga skattade effekter.

Resultaten visar att personer med aktivitetsersättning har en lägre sannolikhet att avregistreras till arbete än de med sjukpenning, men en högre sannolikhet att ha en subventionerad anställning efter 24 och 36 månader. Resultaten är i linje med att målgruppen oftare får anställningsstöd. Vi ser ett liknande mönster för personer med sjukersättning, men skillnaderna är mindre. Personer med sjukersättning deltar även i lägre utsträckning i ett arbetsmarknadspolitiskt program än personer med sjukpenning.

7.4 Sammanfattning av resultaten

I avsnittet analyserades hur olika bakgrundsvariabler hänger samman med sannolikheten att uppnå positiva utfall. De viktigaste slutsatserna är:

- Sannolikheten att nå ett positivt utfall är lägre för deltagare över 55 år jämfört med yngre. Utrikes födda övergår i lägre utsträckning till subventionerat arbete jämfört med inrikes födda. Kvinnor har en lägre sannolikhet att ha en subventionerad anställning 24 eller 36 månader efter samverkans start än män, men övergår i högre grad till utbildning. Detta är i linje med resultat från resten av verksamheten. Resultaten kan inte förklaras av observerbara skillnader i sammansättningen.
- Typ av insats och anordnare spelar roll: Deltagare i insatser i upphandlad och upphandlad-plus regi har en lägre sannolikhet att ha en osubventionerad eller subventionerad anställning, men en högre sannolikhet att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program än deltagare i insatser i egen regi. Dock

minskar skillnaderna över tid. Resultaten kan inte tolkas kausalt, eftersom det fortfarande kan finnas icke-observerad heterogenitet som korrelerar både med utfall och med sannolikheten att få insatser i egen eller upphandlad regi.

- För ett begränsat urval mellan 2016–2019 kan vi även mäta sambandet mellan funktionsnedsättning och utfall. Personer med en registrerad funktionsnedsättning har en lägre sannolikhet att ha ett osubventionerat eller subventionerat arbete 24 och 36 månader efter rehabiliteringssamverkans start. Att inkludera typ av funktionsnedsättning som kontrollvariabel i regressionen påverkar inte de övriga samband som beskrivs ovan.

8 Avslutande diskussion

Rehabiliteringssamverkan inom det förstärkta samarbetet riktar sig till personer som är i behov av samordnade insatser från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att öka eller uppnå arbetsförmågan. I denna rapport analyserar vi hur deltagarsammansättningen i samverkan har utvecklats över tid, vilka typer av insatser deltagarna har tagit del av och hur andelen som har uppnått olika positiva utfall har förändrats. Vi skattar också sambandet mellan individens egenskaper och dessa positiva utfall, samt utveckling över tid.

Analysen av sammansättningen bland deltagare visar att det finns stora skillnader i individegenskaper bland kvinnor och män. Kvinnor är i högre utsträckning högtbildade och har oftare en psykisk funktionsnedsättning än män. Män får i högre utsträckning aktivitetsersättning än kvinnor. Generellt tyder dock inte resultaten på stora förändringar i deltagarnas individegenskaper över tid. Ett undantag är att andelen med högre utbildning har ökat under den studerande perioden.

Avsaknaden av tillgång till information om diagnoser som ligger till grund för deltagandet i samverkan och begränsningar i möjligheten att mäta andelen med funktionsnedsättning gör det svårt att bedöma huruvida sammansättningen i typ av diagnos eller funktionsnedsättning som har föranlett deltagandet har förändrats under hela den studerade perioden. Trender i förekomsten av olika typer av funktionsnedsättningar innan 2020 tyder dock på en minskning i andel med nedsatt rörelseförmåga och en ökning i andel med psykiska funktionsnedsättning, vilket kan påverka möjligheterna till rehabilitering.

Analysen av insatser visar en tydlig ökning av andelen upphandlade insatser efter 2019. Majoriteten av dessa genomfördes via tjänsten Introduktion till Arbete (INAB). Framför allt har utförandet av kartläggnings- och vägledningsinsatser i upphandlad regi ökat markant, medan rehabiliteringsinsatser fortsatt till största delen utförs i egen regi. Det indikerar ett tydligt samband mellan typ av anordnare och vilken typ av KVR-insats som genomförs.

En uppföljning av individer i slutet av rehabiliteringssamverkan visar att runt hälften av deltagarna uppnår utfall som indikerar att arbetsförmågan har ökat eller återvunnits. Samtidigt har den genomsnittliga tiden i samverkan ökat med tre månader mellan 2016 och 2022. Andelen som uppnår positiva resultat har dessutom

minskat över den studerade tidsperioden. Om vi fokuserar enbart på övergång till arbete visar resultaten att andelen som har avregistrerats för arbete eller som har en subventionerad anställning 36 månader efter samverkans start har minskat med cirka 10 procent mellan 2016–2018. Sedan dess har andelen varit relativt stabil, runt 27–28 procent.

Vid en fördjupad analys av hur olika bakgrundsfaktorer samvarierar med olika typer av positiva utfall som förutsätter att arbetsförmågan har uppnåtts framkommer det vissa skillnader. Vi hittar även könsspecifika skillnader i utfall som är i linje med tidigare resultat från verksamheten: kvinnor har en lägre sannolikhet än män att ha en subventionerad anställning, men övergår i högre utsträckning till utbildning. Det finns inga statistisk signifikanta skillnader mellan könen i sannolikheten att bli utskriven till osubventionerat arbete, att delta i arbetsmarknadspolitiskt program eller att vara inskriven som öppet arbetslös vid olika tidpunkter efter samverkans start. Sannolikheten att bli avregistrerad för osubventionerat arbete eller arbete på Samhall, av att bli utskriven för utbildning eller att bli inskriven med en subventionerad anställning är lägre för äldre deltagare än för yngre. Utrikes födda, jämfört med inrikes födda, har en lägre sannolikhet att få en subventionerad anställning, men det finns inga signifikanta skillnader i deras sannolikhet att avregistreras för osubventionerade anställningar eller för utbildning, och inte heller för sannolikheten att delta i arbetsmarknadspolitiskt program vid olika tidpunkter efter samverkans start.

Analysen visar även ett samband mellan utfall och typ av anordnare av insatser: Deltagare i KVR-R insatser i upphandlad eller upphandlad-plus regi har en lägre sannolikhet att övergå till osubventionerat eller subventionerat arbete inom 36 månader efter samverkans start, men en högre sannolikhet att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program än deltagare i KVR-R insatser i egen regi. Deltagare som fick ta del av insatser i egen-plus regi har däremot en större sannolikhet att ha ett subventionerat arbete och en mindre sannolikhet att ha ett reguljärt arbete vid olika uppföljningstider, jämfört med deltagare som har insatser i egen regi.

En begränsning av analysen i denna rapport är att vi inte kan tolka de observerade sambanden som effekter. Vi vet till exempel inte hur det hade gått för deltagare om de inte hade deltagit i det förstärkta samarbetet. Vi kan inte heller dra slutsatser om att en viss typ av anordnare eller insatser leder till bättre eller sämre utfall än andra anordnare eller insatser utifrån regressionsanalysen. Samtidigt har nästan inga av de insatser som individerna tar del av i rehabiliteringssamverkan effektutvärderats.

Under 2023 avvecklade Arbetsförmedlingen tjänsten Introduktion till Arbete (INAB). En annan tjänst, Steg till Arbete, infördes stegvis efter oktober 2023 och riktade sig bland annat mot deltagare inom det förstärkta samarbetet. På grund av den korta uppföljningstiden sedan införandet och hur införandet har gått till finns det begränsade möjligheter att utvärdera hur detta kan ha påverkat deltagare i rehabiliteringssamverkan. Vår bedömning är att resultaten och analysen i denna rapport kan utgöra ett viktigt kunskapsunderlag för utvecklingen av framtida tjänster inom det förstärkta samarbetet. I den mån det är möjligt bör det skapas förutsättningar för att kunna utvärdera effekterna av nya insatser när de införs.

En viktig slutsats för att kunna genomföra sådana utvärderingar är att det finns ett behov av förbättrad datakvalitet och tillgång till data från Försäkringskassan för att systematisk kunna analysera målgruppen utifrån rehabiliteringsbehov och utfall. Trots att det finns ett direkt mått för att ha uppnått arbetsförmåga som registreras vid slutet av deltagandet visar vår analys att det finns tydliga brister i hur detta registreras. Till exempel är måttet negativt korrelerat med utfallsmåttet som Försäkringskassan registrerar. På individnivå är måttet i många fall oförenligt med andra utfall som visar att arbetsförmågan har uppnåtts, som övergång till arbete.

På grund av dessa begränsningar är det viktigt att poängtera att vi inte kan mäta arbetsförmåga direkt. I stället använder vi olika utfall som vi kan mäta vid avregistrering och för de personer som är fortsatt inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Dessa utfall, avregistrering till arbete eller studier, deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller subventionerad arbete samt att vara inskriven som öppet arbetslös, brukar förutsätta att det finns arbetsförmåga hos deltagarna. Dock finns det uppenbara nackdelar med att definiera ett positivt utfall, eller mäta progression, på detta sätt -till exempel tycks det inte vara självklart att det kan ses som ett positivt utfall att vara öppet arbetslös. Däremot är definitionen ändamålsenlig eftersom målet med samverkan i första hand är att återfå arbetsförmåga och utfallet av deltagandet kan ha varit positivt även om det inte har resulterat i arbete direkt efter deltagandet.

Analysen av andra grupper som står långt ifrån arbetsmarknaden, till exempel nyanlända, visar också att etablering på arbetsmarknaden kan ta många år. Givet den ofta svåra hälsoproblematiken inom målgruppen för rehabiliteringssamverkan är det därför inte orimligt att ett (åter-)inträde på arbetsmarknaden kan ta tid. På grund av begränsningar i våra utfallsmått har vi valt att begränsa uppföljningshorisonten till 36 månader. En rekommendation för framtida analyser är således att följa upp deltagare under en betydligt längre tidsperiod och med hjälp av externa registerdata för att undersöka varaktigheten och omfattningen av arbetsmarknadsdeltagandet på lång sikt.

Referenser

- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2015). Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter – Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete, uppföljning nr 2, 2015-05-31. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2012. Dnr: Af – 2011/414101, FK 005433-2012.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019). Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018. Dnr: Af-2019/0017 6633.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2023). Insatser för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2022. Diarienummer: Af- 2023/0000 3819.
- Arbetsförmedlingen (2017). Effekttutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning. Dnr: Af-2023/0082 7824, WP 2017:2.
- Arbetsförmedlingen (2022), Jobbchansen 2010–2021 – Chansen att få ett arbete för olika grupper av inskrivna vid Arbetsförmedlingen, Arbetsförmedlingen analys 2022:6
- Försäkringskassan (2018a). Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall. Rättslig uppföljning 2018:1.
- Försäkringskassan (2018b). Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna. Socialförsäkringsrapport 2018:11.
- Försäkringskassan (2020). Att bli arbetssökande efter att ha nekats sjukpenning. Vilka är de som skriver in sig på Arbetsförmedlingen? Socialförsäkringsrapport 2020:6.
- Meling HM, Ruths S, Baste V, Hensing G, Haukenes I (2023). Level of education and sustainable return to work among long-term sick-listed workers with depression: a register-based cohort study (The Norwegian GP-DEP Study). *BMJ Open*. 2023 Jul 27;13(7):e072051. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072051. PMID: 37500268; PMCID: PMC10387658.
- Riksrevisionen (2023). Subventionerade anställningar – att motverka fel i ett system med allvarliga risker. RiR 2023:17.