

Hälsoeffekter av jobbgarantin för ungdomar?

Caroline Hall

Kaisa Kotakorpi

Linus Liljeberg

Jukka Pirttilä

Hälsoeffekter av jobbgarantin för ungdomar?^a

av

Caroline Hall^b, Kaisa Kotakorpi^c, Linus Liljeberg^d och Jukka Pirttilä^e

2024-09-20

Sammanfattning

Tidigare studier har indikerat att arbetsmarknadspolitiska program inte bara kan bidra till att förbättra arbetslösas möjligheter att få jobb utan också ha en positiv effekt på deltagarnas hälsa och välbefinnande. I den här studien undersöker vi potentiella hälsoeffekter av programmet *jobbgarantin för ungdomar*. För att utvärdera programmets hälsoeffekter utnyttjar vi det faktum att endast arbetsökande som ännu inte fyllt 25 år efter tre månaders arbetslöshet är berättigade att delta. Arbetssökande som har fyllt 25 år kan inte anvisas till programmet och fungerar därför som en kontrollgrupp i analysen. Som mått på hälsa använder vi registerinformation om vårdtillfällen och förskrivning av receptbelagda läkemedel, och vi särskiljer psykisk ohälsa från övriga diagnoser. Hälsoeffekter skulle kunna uppstå som en följd av förbättrade arbetsmarknadsutsikter, ökad struktur i tillvaron och mer sociala kontakter. Vi finner dock inga tydliga effekter av programmet på de arbetssökandes hälsoutfall under det första året från arbetslöshetsperiodens början.

^a Studien är också publicerad som IFAU working paper 2024:15. Författarna vill tacka Johan Vikström, Helena Svaleryd, Gerard van den Berg, Björn Öckert och Martin Lundin för värdefulla kommentarer.

^b IFAU; e-post: caroline.hall@ifau.uu.se

^c Tampere University (TAU); e-post: kaisa.kotakorpi@tuni.fi

^d IFAU; e-post: linus.liljeberg@ifau.uu.se

^e University of Helsinki (UH); e-post: jukka.pirttila@helsinki.fi

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	På vilket sätt kan programdeltagande ge förbättrad hälsa?.....	5
3	Jobbgarantin för ungdomar – utformning och innehåll	7
4	Data, utfallsmått och urval.....	11
4.1	Urval	13
5	Metod.....	15
5.1	Anvisas deltagare enligt regelverket?.....	16
6	Resultat	17
6.1	Grafisk beskrivning av effekter på hälsoutfall.....	18
6.2	Skattade effekter på hälsoutfall	21
7	Avslutande diskussion	27
	Referenser	30
	Bilaga.....	33

1 Inledning

Under de senaste decennierna har antalet unga med psykiska besvär ökat i många länder, inte minst i de nordiska.¹ Psykisk ohälsa bland unga är särskilt förekommande bland dem som saknar arbete. En förklaring till det är att personer med psykisk ohälsa har svårare att etablera sig på arbetsmarknaden (Hall m.fl. 2022). Men flera studier har också visat att arbetslöshet i sig har en negativ inverkan på individens hälsa såväl fysiskt som psykiskt (Eliason och Storrie 2009; Browning och Heinesen 2012; Sullivan och von Wachter 2009).

Arbetsförmedlingen erbjuder olika former av arbetsmarknadspolitiska insatser för att underlätta och påskynda ungas inträde på arbetsmarknaden. Det kan ske i form av exempelvis stöd och hjälp i jobbsökandet, arbetspraktik och olika utbildningsinsatser. Det huvudsakliga syftet är att förbättra de arbetsökandes kompetens, skapa kontaktytor med arbetsgivare och ge arbetslivserfarenhet. Det är också tänkbart att programdeltagande kan ha en positiv effekt på individens hälsa. Att så kan vara fallet har indikerats i flera tidigare studier.² En möjlig förklaring är att tiden i arbetslöshet kan förkortas. Det i sig minskar risken för de negativa hälsoeffekter som långvarig arbetslöshet kan medföra. Men deltagande i olika aktiviteter och program skulle också kunna påverka deltagarnas hälsa redan under tiden i arbetslöshet. Bidragande förklaringar kan då vara att de arbetssökande upplever en ökad struktur i tillvaron, får fler sociala kontakter och att perioden i arbetslöshet upplevs som mer meningsfull. Insatser som syftar till att höja de arbetssökandes kompetens kan även bidra till både upplevda och faktiskt vidgade möjligheter på arbetsmarknaden. Programdeltagande kan dessutom innebära en viss ökad ekonomisk trygghet under programperioden.³ Sammantaget kan dessa faktorer bidra till ett förbättrat psykiskt mående bland deltagarna (Coutts m.fl. 2014).

Det är dock också tänkbart att arbetsmarknadsinsatser kan ha negativa effekter på individens hälsa, till exempel om deltagandet bidrar till upplevd stress, inte känns meningsfullt eller om det finns en rädsla att förlora ekonomisk ersättning vid uteblivet deltagande (Bastiaans m.fl. 2023). Huruvida arbetsmarknadspolitiska insatser faktiskt leder till en förbättrad hälsa är således en empirisk fråga och varierar sannolikt med såväl deltagarnas egenskaper som hur väl insatsen är anpassad efter deltagarnas förutsättningar och behov.

¹ Se till exempel Blanchflower m.fl. (2024); Krokstad m.fl. (2022); Twenge m.fl. (2019); Folkhälsomyndigheten (2018) och Bor m.fl. (2014).

² Se Puig-Barrachina m.fl. (2020) för en forskningsöversikt.

³ Arbetsökande som är berättigade till a-kassa kan få aktivitetsstöd under programperioden. De som inte är berättigade till a-kassa kan ha rätt till utvecklingsersättning som är betydligt lägre.

Sedan december 2007 har *jobbgarantin för ungdomar* funnits i Sverige. Alla arbetssökande ungdomar (16–24 år) som varit inskrivna vid Arbetsförmedlingen under minst tre månader erbjuds att delta i programmet. Innehållet ska utformas individuellt men ska inledningsvis i första hand inriktas mot ett aktivt jobbsökande. Programmet kan efterhand även inkludera mer omfattande insatser såsom praktik och arbetsmarknadsutbildning.

I den här studien utvärderar vi hur *jobbgarantin för ungdomar* påverkar arbetssökande ungdomars hälsa med fokus på psykisk ohälsa. Hypotesen är att de aktiviteter, stöd och kunskaper som deltagarna får, i kombination med potentiellt förbättrade möjligheter att få ett arbete, kan förbättra deltagarnas hälsostatus både under och efter tiden i programmet.

Vår ansats för att identifiera hälsoeffekter av *jobbgarantin för ungdomar* bygger på programmets regelverk och har utnyttjats i tidigare studier av programmets arbetsmarknadseffekter (Hall och Liljeberg 2011; Hall m.fl. 2022). Enbart arbetssökande som efter 90 dagars arbetslöshet är högst 24 år gamla kan (och ska) anvisas till programmet medan arbetssökande som har hunnit fylla 25 år efter motsvarande tid inte kan anvisas. Arbetssökande som har fyllt 25 år efter tre månaders arbetslöshet har också möjlighet att delta i förmedlingsinsatser och arbetsmarknadsprogram, men i regel erbjuds programinsatser efter en betydligt längre tids arbetslöshet och de garanteras en plats i programmet *jobb- och utvecklingsgarantin* först efter omkring ett års arbetslöshet. Vi jämför därför hälsoutfall bland nästintill jämnåriga arbetssökande, men som på grund av regelverket antingen ska anvisas till *jobbgarantin för ungdomar* (de som fortfarande var 24 år efter 90 dagars arbetslöshet) eller ta del av Arbetsförmedlingens övriga utbud för inskrivna arbetssökande (de som har hunnit fylla 25 år).

Studien är registerbaserad och vi har tillgång till detaljerad information på individnivå om samtliga som sökt arbete via Arbetsförmedlingen. Våra huvudsakliga mått på hälsa är förskrivning av receptbelagda läkemedel och vårdbesök inom slutenvård och specialiserad öppenvård. Vi har också möjlighet att särskilja förskrivna läkemedel och sjukvårdsbesök som syftar till att behandla psykisk ohälsa från övriga förskrivningar och vårdbesök. Vi kombinerar dessa uppgifter och kan på så sätt observera hälsoutfall före, under och efter tiden i arbetslöshet.

Vi finner att *jobbgarantin för ungdomar* i huvudsak inte har någon mätbar effekt på andelen arbetssökande som vid något tillfälle förskrivits receptbelagda läkemedel eller uppsökt sjukvård. Detta resultat gäller både generellt (samtliga läkemedel/diagnoser) och för diagnoser som relaterar till psykisk ohälsa.

Vi finner dock en viss positiv hälsoeffekt av att vara berättigad till att delta i programmet bland arbetssökande som tidigare förskrivits läkemedel för psykisk ohälsa – sannolikheten för ett sjukvårdsbesök relaterat till psykisk ohälsa minskar något. Effekten kan dock enbart observeras under arbetslöshetsperiodens första tre månader, det vill säga *innan* de kan anvisas till jobbgarantin, och kan därför inte tolkas som en direkt effekt av innehållet i programmet. Mer sannolikt beror effekten på att jobbgarantin för ungdomar leder till en något ökad övergång till arbete före programstart.

Det är tänkbart att de positiva hälsoeffekter av programdeltagande som påvisats i tidigare studier åtminstone delvis beror på att programmen förbättrat deltagarnas arbetsmarknadssituation. Att vi inte finner några hälsoeffekter på längre sikt i vår studie kan därmed ha att göra med att programmets arbetsmarknadseffekter är små och kortvariga (Hall m.fl. 2022).

Det är inte heller uteslutet att jobbgarantin för ungdomar kan ha effekter på de arbetssökandes välbefinnande som inte fångas upp av de utfallsmått vi har tillgång till, det vill säga hälsoproblem som inte är tillräckligt allvarliga för att individen ska uppsöka sjukvård.

Rapporten är disponerad på följande sätt: I avsnitt 2 ger vi en kort översikt över tidigare relaterade studier. Avsnitt 3 beskriver programmets utformning och innehåll. I avsnitt 4 respektive 5 redogör vi för data och empirisk metod. Resultaten presenteras i avsnitt 6, och diskuteras avslutningsvis i avsnitt 7.

2 På vilket sätt kan programdeltagande ge förbättrad hälsa?

Arbetsmarknadspolitiska insatser syftar primärt till att underlätta och påskynda arbetssökandes övergång till arbete och förbättra matchningen på arbetsmarknaden. Tidigare studier har dock funnit att deltagarnas hälsa också kan förbättras (Puig-Barrachina m.fl. 2020). Det finns flera tänkbara förklaringar. Den kanske mest uppenbara förklaringen är att programdeltagande kan förbättra möjligheterna för den arbetssökande att få ett arbete. Om så är fallet förkortas tiden i arbetslöshet, individen får en mer stabil tillvaro och förbättrad ekonomi, vilket kan antas påverka hälsan positivt.

Utöver hälsoeffekter som kommer sig av att individen får ett arbete är det också tänkbart att programdeltagandet i sig kan ha en positiv effekt på hälsa och välmående. Att delta i ett arbetsmarknadsprogram innebär i praktiken en aktivering, vilket kan antas bidra till en mer strukturerad tillvaro och socialt stöd från handledare och andra programdeltagare. Insatser som syftar till att höja

deltagarnas kompetens kan också leda till upplevda och faktiskt vidgade möjligheter på arbetsmarknaden, vilket kan stärka självförtroendet.⁴

Det bör emellertid påpekas att det inte är uteslutet att programdeltagande kan ha en negativ inverkan på individens välbefinnande och hälsa, till exempel om deltagandet är förknippat med stress eller om innehållet inte upplevs vara meningsfullt (Bastiaans m.fl. 2023).

Puig-Barrachina m.fl. (2020) har gjort en systematisk översikt över studier som undersöker hälsoeffekter av deltagande i arbetsmarknadsprogram. De drar slutsatsen att forskningen för det mesta har funnit positiva effekter på (främst) självskattad psykisk hälsa och upplevd livskvalitet. De menar dock att det inte går att fastställa någon sammanfattande uppskattning av effekternas storlek då programmets innehåll och deltagarnas egenskaper ofta skiljer sig åt och för att olika studier har använt olika typer av hälsomått. I många av de studier som Puig-Barrachina m.fl. går igenom är det inte heller helt säkerställt att resultaten faktiskt kan tolkas som orsakssamband.

I en registerbaserad studie har Caliendo m.fl. (2022) undersökt hälsoeffekter av arbetsmarknadsprogram och av ekonomiska sanktioner i arbetslöshetsförsäkringen (a-kassan) i Sverige. De studerar personer som var inskrivna som arbetsökande vid Arbetsförmedlingen åren 2006 och 2007 och utvärderar hur deltagande i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning och sanktioner i a-kassan påverkar förskrivning av receptbelagda läkemedel och sjukfrånvaro. De finner att arbetsmarknadsutbildning har en positiv effekt på både psykisk och fysisk hälsa i form av minskad läkemedelsförskrivning och lägre sjukfrånvaro och att sanktioner i a-kassan på kort sikt medför en negativ effekt på individens psykiska hälsa.⁵

Även Bastiaans m.fl. (2023) har, baserat på data från Nederländerna, studerat psykisk hälsa via läkemedelsförskrivning. De studerar effekter av aktivering bland personer som långvarigt mottagit ekonomiskt bistånd. Författarna finner en positiv hälsoeffekt bland personer som redan före insatsen hade förskrivits läkemedel för behandling av psykisk ohälsa. Det finner dock inte några tydliga effekter på olika arbetsmarknadsutfall.

Sammanfattningsvis tyder både de studier som huvudsakligen baseras på självskattad hälsa (Puig-Barrachina m.fl. 2020) och de (få) studier som använder registeruppgifter över diagnostiserad sjuklighet (Caliendo m.fl. 2022; Bastiaans m.fl. 2023) på att deltagande i arbetsmarknadsprogram har en positiv inverkan på deltagarnas psykiska hälsa och välbefinnande.

⁴ Se till exempel Coutts m.fl. (2014) för en mer utförlig diskussion.

⁵ Fysisk hälsa mäts via förskrivning av läkemedel för hjärt- och kärlsjukdomar.

Givet dessa resultat kvarstår flera relevanta frågor som kan belysas via en utvärdering av hälsoeffekter av jobbgarantin för ungdomar. De flesta av de tidigare studierna undersöker insatser i andra länder och fokuserar inte specifikt på unga arbetslösa. Huruvida resultaten kan överföras till svenska förhållanden och unga arbetssökande behöver belysas ytterligare. I många fall har de insatser som studerats genomförts med endast ett begränsat antal deltagare. Jobbgarantin är en bred insats för alla unga som sökt arbete via Arbetsförmedlingen i minst tre månader. Resultaten i den här studien ger således en bild av hur effekterna ser ut för ett program som bedrivs i Sverige, i betydligt större skala och med fokus på unga arbetslösa. Programmets regelverk gör det också möjligt att på ett trovärdigt sätt skatta orsakssamband (se avsnitt 5).

Slutligen kan, som tidigare nämnts, hälsoeffekter av arbetsmarknadsprogram drivas av både programdeltagandet i sig och av att individen snabbare får ett arbete. Dessa effekter är i regel svåra att separera. I fallet med jobbgarantin för ungdomar vet vi från tidigare studier att arbetsmarknadseffekterna av programmet är begränsade och kortvariga (Hall och Liljeberg 2011; Hall m.fl. 2022). Eventuella hälsoeffekter av programmet kan därför på ett tydligare sätt kopplas till själva programdeltagandet.

3 Jobbgarantin för ungdomar – utformning och innehåll⁶

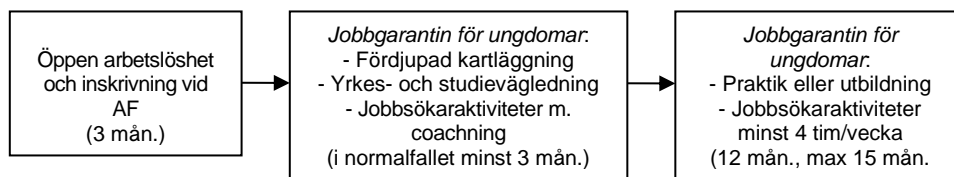
Jobbgarantin för ungdomar infördes i december 2007 och ska erbjudas till alla ungdomar (16–24 år) som har varit öppet arbetslösa och inskrivna vid Arbetsförmedlingen i tre sammanhängande månader. Programmet är obligatoriskt i meningen att alla som uppfyller åldersvillkoret och som kvarstår i arbetslöshet i 90 dagar ska anvisas. Det är tillåtet att tacka nej till en anvisning, men arbetssökande som får a-kassa förlorar då rätten till ekonomisk ersättning, vilket förstärker graden av obligatorium. Individen kan delta i programmet i maximalt 15 månader om han eller hon inte tidigare i programperioden har funnit ett arbete eller påbörjat reguljära studier. Vid fortsatt arbetslöshet efter 15 månader övergår den arbetssökande i stället till jobb- och utvecklingsgarantin.

Programmet är indelat i faser och inleds med kartläggning av individens behov av stöd och insatser samt (vid behov) yrkes- och studievägledning. Under de efterföljande tre månaderna består det huvudsakliga innehållet av jobb-

⁶ Vi beskriver här det regelverk som gällde under den period vi studerar (2008–2014).

sökaraktiviteter.⁷ De som fortsatt deltar i jobbgarantin efter tre månader kan sedan kombinera jobbsökaraktiviteter med praktik eller kortare yrkesinriktad eller teoretisk utbildning. Innehållet i programmet sammanfattas i Figur 1.⁸

Figur 1 Jobbgarantin för ungdomar



Även om programmet är indelat i faser ska innehållet vara flexibelt och individanpassat. Detta innebär exempelvis att det är möjligt att få vissa former av utbildning eller praktik även under programmets inledande fas om det bedöms vara motiverat. Tanken är att aktiviteterna i programmet ska täcka deltagarnas hela arbetsutbud, vilket i de allra flesta fall motsvarar arbete på heltid. Programdeltagarna får ersättning i form av aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning.⁹

Martinson och Sibbmark (2010) har studerat vad programmet innehåller i praktiken. De har via en enkät undersökt hur mycket tid programdeltagarna deltog i organiserade aktiviteter och eget jobbsökande under en given mätvecka.¹⁰ Studien visar att aktivitetsgraden oftast är betydligt lägre än heltid. I genomsnitt deltog individerna i organiserade aktiviteter och eget jobbsökande omkring 14 timmar per vecka. Drygt 60 procent sökte jobb och deltog i aktiviteter högst 10 timmar per vecka medan 16 procent uppgav att de deltog i aktiviteter eller sökte jobb minst 36 timmar. Författarna uppger dock att hälften av de ungdomar som deltog i praktik under mätveckan svarat att de haft noll timmar organiserade aktiviteter. Det förefaller därmed som att de har missuppfattat frågan, vilket innebär att den uppmätta aktivitetsgraden troligtvis är en underskattning av den faktiska aktiviteten.

⁷ En tanke med att inledningsvis fokusera på jobbsökaraktiviteter är att undvika inläsningseffekter, det vill säga att arbetslösheten förlängs för att deltagaren minskar sitt arbetsökande under tiden i programmet – något som har förekommit i tidigare ungdomsprogram (prop. 2009/10, s. 53). Eftersom programmet inleds redan efter 90 dagars arbetslöshet är det också troligt att många av deltagarna har relativt goda möjligheter att få ett arbete utan mer omfattande stöd och insatser.

⁸ Se Martinson och Sibbmark (2010) för en mer utförlig beskrivning av programmet.

⁹ Aktivitetsstöd ges till personer som är berättigade till a-kassa. Beloppet baseras på deras tidigare inkomst men trappas ner under arbetslöshetsperiodens gång (under dag 1–100 ges 80 procent av tidigare dagsförtjänst, dag 101–200 ges 70 procent, och från dag 201 ges 65 procent). För personer som är föräldrar trappas ersättningen ner i långsammare takt. Utvecklingsersättningen är betydligt lägre och ges till personer som inte har fyllt 25 år och som inte är berättigade till a-kassa.

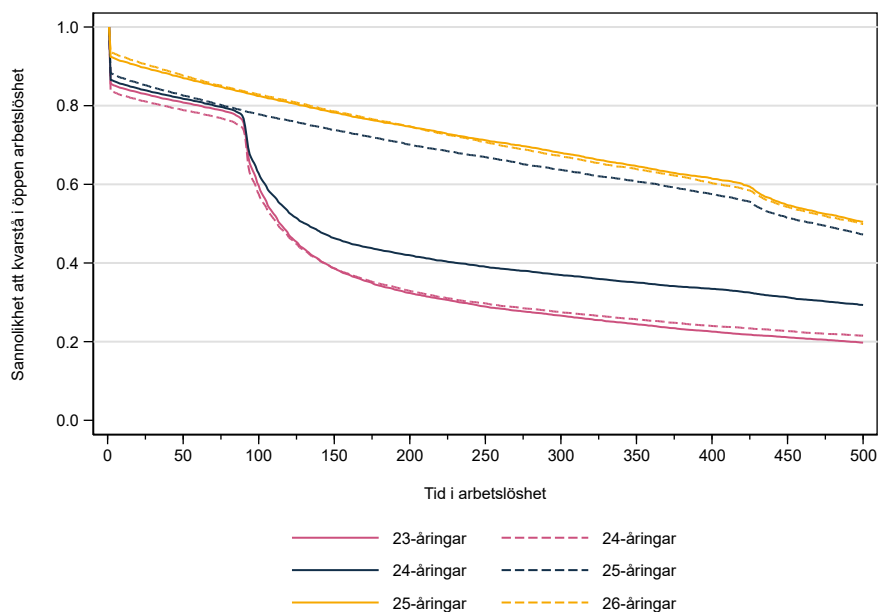
¹⁰ Enkäten riktades till deltagare i jobbgarantin för ungdomar i november–december 2010.

Martinson och Sibbmark har också studerat fördelningen av tid mellan organiserade aktiviteter och eget jobbsökande. Huvuddelen av den aktiva tiden läggs enligt deltagarnas svar på eget jobbsökande: I genomsnitt uppgav deltagarna att de deltog i organiserade aktiviteter omkring 3,5 timmar per vecka medan eget jobbsökande uppgick till 10,5 timmar. Spridningen är dock stor. Omkring hälften av deltagarna uppgav exempelvis att de inte hade någon organiserad aktivitet alls under mätveckan, medan många som deltog i praktik har rapporterat en hög aktivitetsgrad. Det bör dock noteras att enkäten riktades till samtliga som deltog i jobbgarantin under en begränsad mätperiod (respondenterna befann sig således i olika faser i programmet) och att frågorna gäller deras aktivitet under en specifik kalendervecka. Hur mycket organiserade aktiviteter en programdeltagare deltar i kan förväntas variera över programmets olika faser. Organiserade aktiviteter såsom kartläggning och vägledning kan antas vara inslag som samtliga deltagare tar del av precis i början av programmet, medan eget jobbsökande sannolikt är ett mer bärande inslag efter hand. Först efter tre månader är programmet tänkt att innehålla praktik och utbildning. Att inte ha deltagit i organiserade aktiviteter en given vecka ska alltså inte tolkas som att man inte har deltagit i någon organiserad aktivitet alls under tiden i programmet.

Hur skiljer sig då mängden stöd och hjälp som deltagare i jobbgarantin får från Arbetsförmedlingen från situationen för något äldre arbetssökande som inte har rätt att delta i programmet? För att få en bild av det jämför vi hur vanligt förekommande programdeltagande överlag är bland arbetssökande under och över 25 år. I figuren nedan visas sannolikheten att kvarstå i öppen arbetslöshet i förhållande till att påbörja ett program (vilket som helst av tillgängliga program) efter tid i arbetslöshet bland arbetssökande som är födda samma kalenderår som hade hunnit respektive inte hunnit fylla 25 år 90 dagar efter arbetslöshetsperiodens start (streckad respektive heldragen blå linje). I figuren visas även på motsvarande sätt skattningar för arbetssökande som hade hunnit respektive inte hunnit fylla 24 (rosa linjer) samt 26 år (gula linjer).

Av figuren framgår att det är betydligt vanligare att delta i ett program bland arbetssökande under 25 år, vilket är förväntat eftersom de under 25 ska anvisas till jobbgarantin efter 90 dagar (sannolikheten att kvarstå i öppen arbetslöshet sjunker tydligt efter 90 dagars arbetslöshet för de under 25 år). Det är också tydligt att de som hunnit fylla 25 år inte vid motsvarade tidpunkt i stället anvisas till något annat program.

Figur 2 Sannolikhet att kvarstå i öppen arbetslöshet (i förhållande till att påbörja ett program) efter ålder och inskrivningstid, 2008–2014



Not: Figuren visar sannolikheten (den skattade överlevnadsfunktionen) att kvarstå i öppen arbetslöshet relativt att påbörja ett program vid olika tidpunkter i arbetslöshetsperioden. Individerna delas in i grupper utifrån både vilket kalenderår de är födda och deras ålder 90 dagar efter första dagen i arbetslöshet. Rosa linjer visar individer som blev arbetslösa det kalenderår de fyller 24; blå linjer visar de som fyller 25 under året (dvs. den grupp som berörs av åldersgränsen för att anvisas till jobbgarantin), och de gula linjerna visar individer som blev arbetslösa det kalenderår de fyller 26 år. Skattningarna är gjorda med Kaplan-Meier-estimatoren. Övriga anledningar till att en individ lämnar arbetslöshet (till exempel studier eller arbete) censureras i skattningen.

En stor del av aktiviteten inom jobbgarantin består av eget jobbsökande, men även arbetssökande som inte anvisas till programmet kan förväntas ägna tid åt att söka jobb. Arbetsförmedlingen genomför intervjuundersökningar för att få information om sökaktiviteten hos samtliga inskrivna (det vill säga bland både öppet arbetslösa och programdeltagare i alla åldrar). Resultaten från dessa undersökningar visar att arbetssökande (under samma år som Martinsons och Sibbmarks enkät genomfördes) sökte jobb på egen hand i genomsnitt 7–8 timmar per vecka (Arbetsförmedlingen 2010). Skillnaden mellan att delta respektive inte delta i jobbgarantin verkar således i huvudsak utgöras av de organiserade aktiviteter som erbjuds inom ramen för programmet. Deltagare i programmet tycks också i genomsnitt söka jobb på egen hand något mer intensivt än övriga inskrivna.

Den "behandling" som jobbgarantin består av relativt äldre arbetssökande utgörs således av att tidigt i arbetslöshetsperioden erbjudas organiserade aktiviteter (fördjupad kartläggning, yrkes- och studievägledning, jobbsökar-

aktiviteter med coachning samt, i ett något senare skede, även studier och praktik) och i viss mån ett något ökat eget jobbsökande.

4 Data, utfallsmått och urval

Studien baseras på en kombination av data från Arbetsförmedlingen, SCB och Socialstyrelsen. Vi har registeruppgifter om samtliga personer som skrivits in som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen åren 2008–2014 samt detaljerade uppgifter om deras tid i arbetslöshet. Registret innehåller datum för start och slut på individens samtliga arbetslöshetsperioder, orsak till att arbetslösheten avslutats samt information om deltagande i förmedlingsinsatser, program och olika former av arbete med stöd. I Arbetsförmedlingens register finns även uppgifter om födelsedatum (en central variabel i den här studien), kön och eventuell utländsk bakgrund. Från SCB (LISA-databasen) hämtar vi information om inkomster från arbete, sysselsättning, utbildningsnivå, civilstånd, hemmavarande barn samt mottagande av ekonomiskt bistånd.

Dessa uppgifter kombineras med *Läkemedelsregistret* och *Patientregistret*, som sammanställs och tillhandahålls av Socialstyrelsen. Läkemedelsregistret innehåller information på individnivå om alla läkemedel som hämtats ut mot recept på ett apotek. Registret innehåller bland annat datum för förskrivningen och så kallad ATC-kod som gör det möjligt att avgöra vilken övergripande orsak som föranlett förskrivningen av receptet.¹¹ Läkemedel som används för att behandla olika symptom relaterade till psykisk ohälsa är receptbelagda och kan således identifieras via Läkemedelsregistret. Patientregistret innehåller information om besöksdatum för läkarbesök inom specialiserad öppenvård och vårdtillfällen inom slutenvården med tillhörande kod för bakomliggande diagnos enligt ICD-10.¹² Besök inom primärvården ingår däremot inte.

Såväl läkemedel som vårdbesök subventioneras via skattemedel och omfattas av högkostnadsskydd. Det innebär att en privatperson får ett lägre pris på sjukvård och läkemedel och att det finns ett tak för den årliga kostnaden. Det minskar risken för att vi fångar systematiska skillnader i vård- och läkemedelskonsumtion som har att göra med individens betalningskapacitet.

¹¹ ATC-kod: *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* är ett internationellt klassifikationssystem för gruppering av läkemedel i fem nivåer. Systemet fastställs av WHO. Läkemedel delas in i olika grupper beroende på vilket organ eller system de verkar på samt deras terapeutiska, farmakologiska och kemiska egenskaper.

¹² ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* är en kod som möjliggör klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors kontakter med hälso- och sjukvården.

De data som hämtas från SCB och Socialstyrelsen täcker hela Sveriges befolkning. Vi använder fyra huvudsakliga mått på hälsa. Om individen har:

1. Förskrivits och hämtat ut något receptbelagt läkemedel.
2. Förskrivits och hämtat ut något receptbelagt läkemedel relaterat till psykisk ohälsa.¹³
3. Någon gång besökt den specialiserade öppenvården eller vårdats inom slutenvården.
4. Någon gång besökt den specialiserade öppenvården eller vårdats inom slutenvården och då fått en diagnos relaterad till psykisk ohälsa.¹⁴

De utfallsmått vi har tillgång till inkluderar både mer och mindre allvarliga hälsoproblem, även om vi inte kan observera ohälsa som inte föranlett någon kontakt med sjukvården. I Tabell 1 i nästa avsnitt ser vi att drygt hälften av individerna i vårt urval hade minst ett receptbelagt läkemedel under året före arbetslösheten och omkring 10 procent hade förskrivits läkemedel relaterat till psykisk ohälsa. Omkring 35 procent hade minst ett vårdtillfälle i specialiserad öppenvård eller inom slutenvården. Det senare, vilket indikerar mer allvarliga hälsoproblem, utgör en liten andel av vårdtillfällena för de åldersgrupper vi studerar.

Som ett komplement till hälsoutfall skattar vi även effekter på övergång till arbete. Som nämnts ovan har tidigare studier funnit att en förkortad tid i arbetslöshet kan ge positiva hälsoeffekter. Det är därför relevant att relatera eventuella hälsoeffekter till programmets effekter på övergång till arbete. För att mäta effekter på övergång till arbete använder vi uppgifter från Arbetsförmedlingen om orsaken till att en arbetssökande lämnar arbetslösheten. Vi betraktar arbetssökande som fått arbete under minst 30 dagar som sysselsatta (inklusive arbete på deltid och timanställningar). I vår huvudanalys räknar vi även så kallade *nystartsjobb* som jobb då de inte sker via anvisning utan är en rättighet för alla arbetssökande som uppfyller vissa villkor.¹⁵

¹³ ATC-kod N05 (neuroleptika, lugnande medel och sömnmedel) samt N06 (psykoanaleptika).

¹⁴ ICD-10; F00-99; Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, samt G47.0 sömnstörningar.

¹⁵ Se Förordning (2018:43) om stöd för nystartsjobb.

4.1 Urval

Vi studerar individer mellan 20 och 29 år som skrevs in som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen under perioden 2008–2014. Vi kan följa dessa personer till och med 2015.¹⁶

Vi konstruerar årliga urval av arbetssökande som var aktuella för anvisning till jobbgarantin för ungdomar ett givet år. Som exempel studerar vi för år 2008 individer som skrevs in som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen från oktober 2007 till september 2008. Eftersom en anvisning till jobbgarantin för ungdomar ska ske efter 90 dagars arbetslöshet innebär det att individer i detta urval kunde anvisas under perioden januari–december 2008 (givet att individen var fortsatt arbetslös efter 90 dagar samt inte hade fyllt 25 år vid denna tidpunkt). Vi gör på motsvarande sätt för samtliga år till och med 2014. Det ger oss en panel med arbetssökande för vilka vi kan följa arbetsmarknads- och hälsoutfall minst ett år efter arbetslöshetens början.

I Tabell 1 beskriver vi urvalet med avseende på individegenskaper, arbetslöshets- och arbetsmarknadshistorik samt observerade hälsoutfall året före arbetslösheten. Kolumn 1 visar samtliga arbetssökande i åldersintervallet 20–29 som skrevs in vid Arbetsförmedlingen vid något tillfälle under den studerade perioden. Kolumn 2 visar samtliga arbetssökande 20–24 år som deltagit i jobbgarantin för ungdomar. Kolumn 3–4 visar inskrivna 24- respektive 25-åringar under motsvarande tidsperiod, det vill säga de åldersgrupper som ligger precis under respektive över ålderströskeln för att kunna anvisas till jobbgarantin för ungdomar.

Åldersgrupperna 24-åringar och 25-åringar bör vara så lika som möjligt för att jämförelsen av utfall ska vara relevant. Så är också fallet när det gäller de flesta bakgrundsvariabler. Könsfördelningen är jämn, drygt 80 procent i båda grupperna har avslutat en gymnasieutbildning, omkring 30 procent är födda utanför Norden (ca 20 procent utanför Europa) och en låg andel (6 procent) har en registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Några mindre skillnader kan dock observeras. Bland 25-åringarna finns något fler med en eftergymnasial utbildning. De har också något fler registrerade arbetslöshetsdagar före den aktuella arbetslöshetsperioden. Dessa skillnader är en konsekvens av att de är något äldre. Vad som är centralt för att vår empiriska ansats ska fungera är att det inte finns några systematiska skillnader i bakgrundsegenskaper mellan de som precis fyllt respektive precis inte fyllt 25 år vid 90 dagars arbetslöshet, vilket vi återkommer till i nästa avsnitt.

¹⁶ Vi har tillgång till registeruppgifter med hälsoinformation till och med 2015. Datatillgången sätter ramen för vilka år vi valt att studera.

Tidigare hälsoindikatorer mäter vi under de 365 närmast föregående dagarna i anslutning till att individerna skrevs in som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen. 24- och 25-åringar är mycket lika även när det gäller tidigare vårdkontakter och förskrivning av receptbelagda läkemedel. 11 procent har förskrivits och hämtat ut minst ett receptbelagt läkemedel relaterat till psykisk ohälsa och 6 procent har haft en vårdkontakt relaterad till psykisk ohälsa under året före arbetslöshetsperiodens start.

Tabell 1 Genomsnittliga egenskaper för hela och delar av urvalet (andelar där enhet inte anges)

	(1) Samtliga, 20–29 år	(2) Samtliga i jobbgarantin	(3) Samtliga 24 år	(4) Samtliga 25 år
<i>Bakgrundsvariabler</i>				
Ålder 90 dagar efter inskrivning vid AF	24,31	22,05	24,50	25,50
Kvinna	0,49	0,43	0,50	0,51
Funktionsnedsättning	0,06	0,09	0,06	0,06
Högst grundskola	0,18	0,17	0,18	0,18
Högst gymnasium	0,64	0,75	0,60	0,54
Eftergymnasial utbildning	0,18	0,07	0,22	0,27
Född i Norden	0,73	0,80	0,72	0,69
Född i övriga Europa	0,08	0,07	0,08	0,09
Född i övriga världen	0,19	0,13	0,20	0,22
Gift året före inskrivning	0,10	0,04	0,10	0,12
Hemmavarande barn året före inskrivning	0,01	0,00	0,00	0,00
<i>Arbetslöshetshistoria och tidigare inkomster</i>				
Antal tidigare inskrivningsdagar	183,93	112,75	209,07	239,03
Antal tidigare inskrivningsperioder	1,36	0,79	1,52	1,77
Antal tidigare program	0,56	0,84	0,64	0,64
Ekonomiskt bistånd två år före inskrivning	0,13	0,15	0,14	0,13
Inkomst (100-tals kr), två år före inskrivning	670,98	477,55	822,71	837,51
Sysselsatt, november två år före inskrivning	0,40	0,32	0,46	0,46
<i>Hälsoindikatorer (under 365 dagar före påbörjad arbetslöshet)</i>				
Antal receptbelagda läkemedel	1,66	1,44	1,66	1,70
Minst en förskrivning av receptbelagt läkemedel	0,53	0,52	0,53	0,53
Minst en förskrivning av receptbelagt läkemedel relaterat till psykisk ohälsa	0,10	0,09	0,11	0,11
Minst ett vårdbesök i specialiserad öppenvård eller slutenvård	0,35	0,33	0,35	0,34
Minst ett vårdbesök i specialiserad öppenvård eller slutenvård relaterat till psykisk ohälsa	0,06	0,05	0,06	0,06
Antal individer	736 462	132 200	68 355	65 125

5 Metod

I det här avsnitt redogör vi kortfattat för den metod som vi använder för att identifiera hälsoeffekter av jobbgarantin för ungdomar. En mer utförlig genomgång återfinns i Hall m.fl. (2024).

En central förutsättning för analysen är den strikta utformningen och tillämpningen av ålderskriteriet för att kunna anvisas till programmet. Enbart de som är högst 24 år efter 90 dagars arbetslöshet kan (och ska) anvisas – de som hunnit fylla 25 år kan inte anvisas. Om en deltagare fyller 25 år efter det att programmet har påbörjats kan deltagandet inte avbrytas utan att rätten till ekonomisk ersättning går förlorad. Regelverket gör att vi kan jämföra arbetsökande som ligger nära (precis under eller precis över) denna åldersgräns 90 dagar efter inskrivning på Arbetsförmedlingen. Om jobbgarantin för ungdomar har betydelse för de arbetssökandes hälsa bör vi kunna se en tydlig nivåskillnad i våra utfallsmått mellan de individer som befinner sig under respektive över åldersgränsen för att kunna anvisas till programmet.

Det är förstås fullt möjligt att en individ upphör att vara arbetslös redan före 90 dagars arbetslöshet (t.ex. påbörjar arbete eller studier). Det är också möjligt att programmets existens påverkar hur arbeten söks; vetskapen om att en anvisning till programmet förväntas ske efter 90 dagar kan påskynda (eller försena) individens övergång till arbete eller studier. Hall m.fl. (2022) visar att det finns sådana mönster: sökande som åldersmässigt kan anvisas till programmet lämnar i större utsträckning arbetslösheten före förväntad programstart. Vi följer därför samtliga personer i urvalet från deras första dag i arbetslöshet och studerar hälsoutfall under olika tidsfönster under de efterföljande 365 dagarna.¹⁷ I formell mening skattar vi således inte effekter av att ha deltagit i jobbgarantin för ungdomar, utan en kombination av att *ha haft möjlighet* att delta (samtliga som inte hunnit fylla 25 år 90 dagar efter inskrivning) och att *faktiskt ha deltagit* (de som fortsatt var arbetslösa efter 90 dagar, inte hade hunnit fylla 25 år och som anvisats till programmet). Effekten vi skattar är därför en så kallad *intention to treat-effekt*, där ”behandlingen” är att den arbetssökande kan (och ska) anvisas till jobbgarantin för ungdomar. Behandlingsgruppen utgörs således

¹⁷ Om vi skulle studera 24-åringar som varit arbetslösa minst tre månader riskerar vi att få ett snedvridet urval av individer och som inte med samma trovärdighet kan sägas vara jämförbara med 25-åringar med lika lång inskrivningstid. Det är dock tänkbart att vetskapen om programmet påverkar datumet för när en individ väljer att skriva in sig som arbetssökande (för att få delta eller för att undvika att delta). Det är emellertid rimligt att anta att en individ inte medvetet styr datumet för när han eller hon blir arbetslös i förhållande till sin exakta ålder efter 90 dagars arbetslöshet. I Hall m.fl. (2024) visas formellt att det inte förekommer selektion med avseende på ålder och tidpunkt för inskrivning vid Arbetsförmedlingen.

av de som var högst 24 år dag 90, medan kontrollgruppen är de som hade hunnit fylla 25 år 90 dagar efter inskrivning.

För att få ett mått på storleken på behandlingseffekten för olika utfall skattar vi regressionsmodeller med en så kallad *regression discontinuity design*. Denna metod är särskilt lämpad för att skatta effekter av en ”behandling” som har en skarp brytpunkt, i det här fallet således individens ålder vid en given tidpunkt.¹⁸ I skattningarna av modellerna läggs störst vikt vid arbetssökande som åldersmässigt ligger nära brytpunkten och som därmed kan antas vara mest lika i termer av bakgrundsegenskaper.¹⁹

5.1 Anvisas deltagare enligt regelverket?

En förutsättning för att vi ska kunna tolka våra resultat som effekter av programmet är att regelverket tillämpas strikt, det vill säga att arbetssökande under 25 år anvisas efter 90 dagar medan de som fyllt 25 år inte anvisas. I Figur 3 nedan visas sannolikheten att påbörja jobbgarantin för ungdomar efter ålder. Enbart individer som varit arbetslösa minst 90 dagar ingår i beräkningen. Omkring 50 procent av de arbetssökande som efter 90 dagar inte hade fyllt 25 år påbörjar programmet, medan det är ytterst sällsynt att delta bland personer som hunnit fylla 25. Regelverket tycks således följas i meningen att enbart arbetssökande under 25 år anvisas. Det är dock tydligt att inte alla arbetssökande som uppfyller villkoren för ålder och inskrivningstid faktiskt deltar. En förklaring till det kan vara att en del som anvisas väljer att inte delta i programmet. Det innebär förvisso att den arbetssökande riskerar att förlora sin arbetslöshetsersättning, men då målgruppen i det här fallet är unga arbetssökande är det många som inte uppfyller villkoren för att få a-kassa, vilket gör incitamenten att delta mindre.²⁰ En ytterligare potentiell förklaring kan ha att göra med Arbetsförmedlingens tillgång till platser i programmet. Om antalet arbetssökande är stort kan det sannolikt vara svårt att erbjuda en programplats till alla behöriga efter exakt 90 dagars arbetslöshet. En del av de som är behöriga kommer i så fall att hinna lämna arbetslösheten eller fylla 25 år innan de hinner anvisas till programmet. Detta kan också vara en möjlig förklaring till varför det

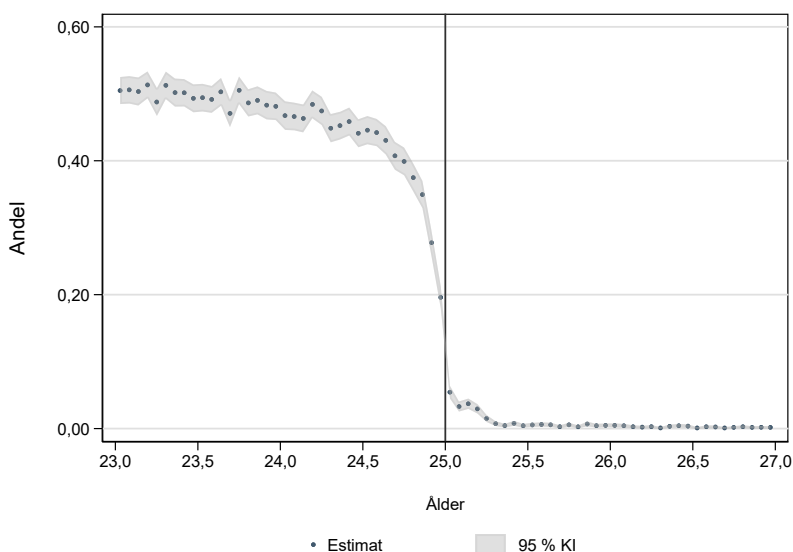
¹⁸ Samma metod har använts i Hall m.fl. (2022) för att skatta jobbgarantins effekter på inkomster och sysselsättning.

¹⁹ I Hall m.fl. (2024) återfinns ett flertal känslighetsanalyser, bland annat formella test av om det finns systematiska skillnader mellan 24- och 25-åringar som är nära brytpunkten med avseende på observerbara egenskaper. Dessa skattningar visar generellt inte statistiskt signifikanta skillnader, vilket är önskvärt. Vi undersöker också om våra resultat förändras om vi i analyserna kontrollerar för bakgrundsegenskaper. Slutsatserna förblir desamma.

²⁰ Hall och Liljeberg (2011) har visat att andelen 24- och 25-åringar som inte var berättigade till ersättning från a-kassa var 27 procent 2008 och 37 procent 2009.

finns nedgång i deltagandet bland arbetssökande som är precis under 25 år vid 90 dagars inskrivning.²¹ Den helt avgörande förutsättningen för att vår metod ska fungera är dock att enbart individer som är behöriga utifrån åldersvillkoret anvisas, vilket alltså är fallet, och att det finns en tydlig skillnad i deltagande mellan de grupper som jämförs.

Figur 3 Sannolikhet att delta i jobbgarantin för ungdomar 2008–2015



Anm: Ålder avser individens ålder vid 90 dagars arbetslöshet. Figuren baseras på arbetssökande som varit inskrivna vid Arbetsförmedlingen minst 90 dagar.

6 Resultat

Nedan redogör vi för våra resultat. Vi har skattat effekter av att vara berättigad till programmet för fyra olika hälsorelaterade utfallsmått:

1. vårdtillfällen inom specialiserad öppenvård eller slutenvård,
2. vårdtillfällen med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa,
3. förskrivning av receptbelagt läkemedel,
4. förskrivning av receptbelagt läkemedel relaterat till psykisk ohälsa.

²¹ I Hall m.fl. (2024) gör vi en känslighetsanalys där individer som ligger allra närmast gränsvärdet (och där skillnaden i programdeltagande är minst) utesluts. De skattade effekterna på hälsoutfall blir desamma, med undantag för effekter på vårdbesök relaterade till psykisk ohälsa som blir mer positiva. Den positiva effekten uppstår dock under arbetslöshetens första tre månader, det vill säga innan individen kan anvisas till jobbgarantin.

Som ett komplement till dessa hälsoutfall skattar vi även effekter på övergång till arbete. Syftet är att sätta programmets skattade hälsoeffekter i relation till hur tiden i arbetslöshet påverkas.²² Vi inleder med att illustrera våra skattningar av effekter på hälsoutfall grafiskt och visar därefter skattade effekter i tabellform.

6.1 Grafisk beskrivning av effekter på hälsoutfall

I figurerna nedan (Figur 3–6) visar vi hur de olika hälsoutfallen varierar med ålder. Vi undersöker om det finns en systematisk skillnad i förskrivning av receptbelagda läkemedel och vårdtillfällen inom specialiserad öppenvård och slutenvård mellan arbetssökande som var högst 24 år respektive hade fyllt 25 år 90 dagar efter inskrivning vid Arbetsförmedlingen. Figurerna visar genomsnittliga utfall för olika åldrar, och brytpunkten för att vara berättigad att delta i jobbgarantin för ungdomar är markerad med ett streck i figurerna. Till vänster om strecket finns således de arbetssökande som hade möjlighet att delta (och som också ofta deltog) i programmet, och till höger de som inte hade denna möjlighet.

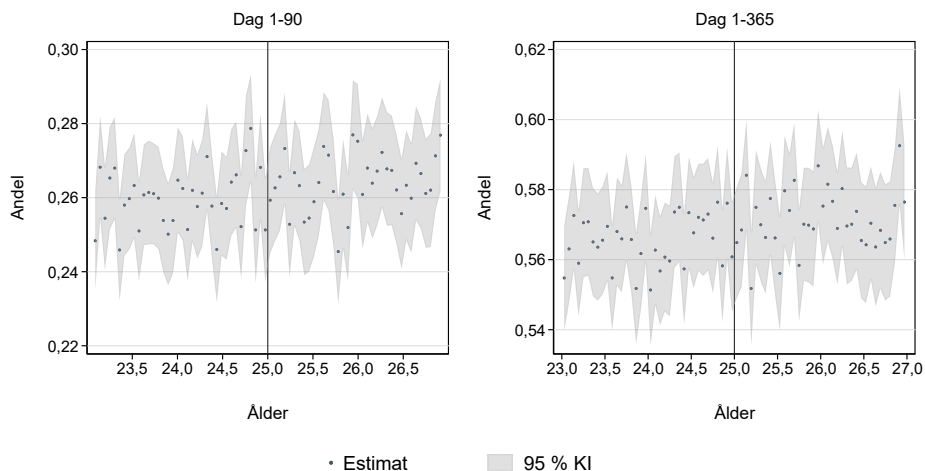
För samtliga utfall redovisar vi effektskattningar från arbetslöshetsperiodens första dag upp till tre månader senare (perioden före eventuell programstart) samt under ett år från inskrivningstillfället vid Arbetsförmedlingen.

Om vi kan observera ett ”hopp” i anslutning till den markerade brytpunkten indikerar det att utfallet skiljer sig systematiskt åt mellan 24- och 25-åringarna. Ett hopp nedåt för 24-åringar innebär att denna grupp, som var berättigad att delta i programmet, i lägre grad förskrivits receptbelagda läkemedel alternativt haft färre vårdtillfällen relativt 25-åringarna som en effekt av programmet. Ett sådant mönster antyder därmed att programmet har haft en positiv effekt på de arbetssökandes hälsa. På motsvarande sätt skulle ett observerat hopp uppåt för 24-åringarna tolkas som att programmet har bidragit till en högre läkemedelsförskrivning och fler vårdtillfällen.

Utifrån den grafiska beskrivningen kan vi inte se några tecken på skillnader mellan grupperna när det gäller förskrivning av receptbelagda läkemedel eller vårdtillfällen generellt, och inte heller för läkemedel eller vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa. I samtliga figurer ser spridningen runt åldersgränshöjningen slumpmässig ut. Den grafiska beskrivningen indikerar således att programmet inte har någon effekt (varken positiv eller negativ) på de arbetssökandes hälsa.

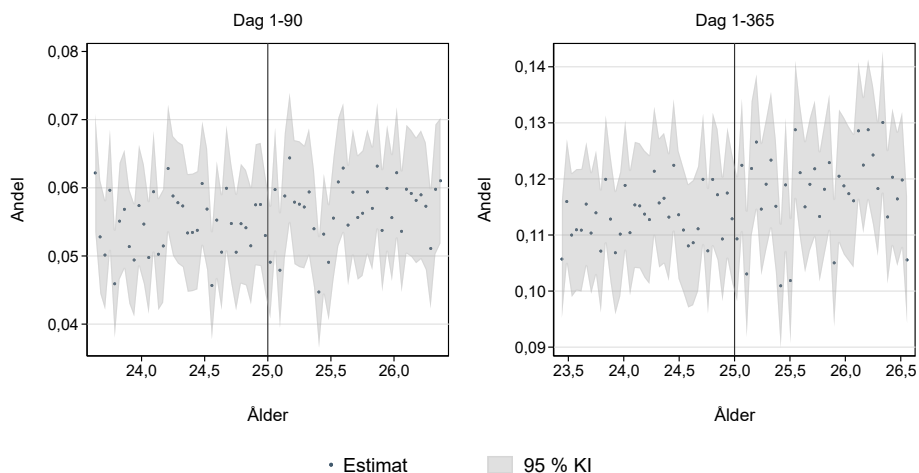
²² Jobbgarantins arbetsmarknadseffekter är utvärderade i Hall m.fl. (2022). Ett bidrag med denna kompletterande effektskattning (relativt de tidigare resultaten) är att effekten på övergång till arbete undersöks för en längre studieperiod (2008–2014 jämfört med 2008–2010 i den tidigare studien).

Figur 4 Effekt på förskrivning av (något) receptbelagt läkemedel.



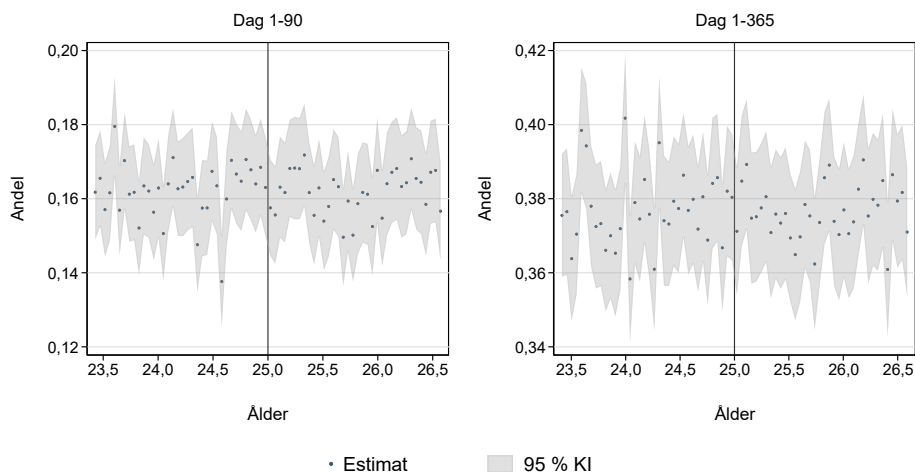
Anm: Ålder avser individens ålder vid 90 dagars arbetslöshet. Uppföljningsperiod 2008–2015.

Figur 5 Effekt på förskrivning av receptbelagt läkemedel relaterat till psykisk ohälsa.



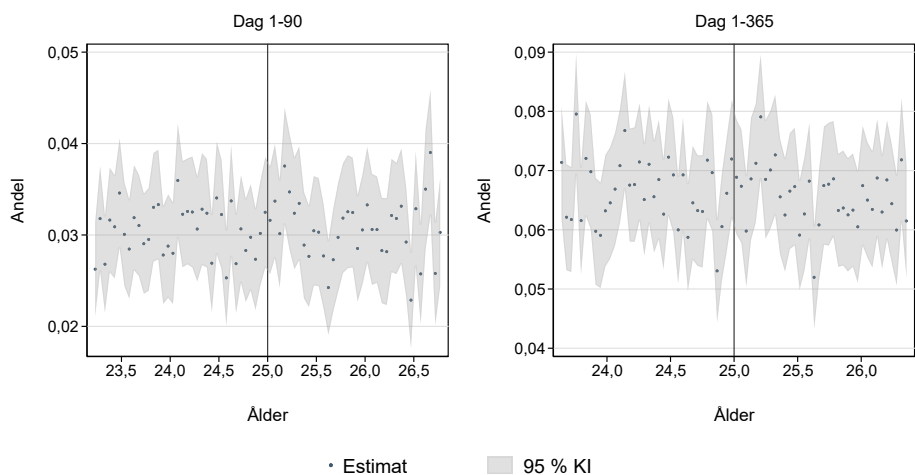
Anm: Ålder avser individens ålder vid 90 dagars arbetslöshet. Uppföljningsperiod 2008–2015.

Figur 6 Effekt på vårdtillfällen, alla diagnoser.



Anm: Ålder avser individens ålder vid 90 dagars arbetslöshet. Uppföljningsperiod 2008–2015.

Figur 7 Effekt på vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa.



Anm: Ålder avser individens ålder vid 90 dagars arbetslöshet. Uppföljningsperiod 2008–2015.

6.2 Skattade effekter på hälsoutfall

Tabell 2 anger de ovan grafiskt redovisade resultaten i tabellform.²³ Kolumn 1 och 2 visar skattade effekter av att vara berättigad till programmet på förskrivning av läkemedel/vårdtillfällen generellt, medan kolumn 3 och 4 visar effekter på förskrivning av läkemedel/vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa.

Samtliga punktskattningar är nära noll och är inte i något fall statistiskt signifikanta på konventionell nivå (5 procents signifikansnivå).²⁴ Med andra ord finns det inte någon statistiskt säkerställd skillnad mellan individer över och under 25 år när det gäller läkemedelsförskrivning eller vårdtillfällen generellt eller relaterat till psykisk ohälsa. För vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa syns dock en tendens till mer positiva utfall (dvs. färre vårdtillfällen) bland arbetssökande som var berättigade till programmet, även om skattningarna endast är marginellt signifikanta. Det innebär att vi inte helt kan utesluta att det finns positiva effekter på detta utfall. Punktskattningen innebär en minskning med 0,4 procentenheter i andelen med något vårdbesök relaterat till psykisk ohälsa under det första året efter arbetslöshetens första dag, vilket är en liten effekt i absoluta termer. Om vi relaterar skattningen till den genomsnittliga andelen 25-åringar som har minst ett vårdtillfälle relaterat till psykisk ohälsa under året (vilket är en låg andel motsvarande 6,5 procent) innebär den skattade effekten en minskning med 6,4 procent.²⁵ Tendensen till effekt på detta utfall syns dock redan under de första 90 dagarna under arbetslösheten, vilket indikerar att mönstret inte drivs av faktiskt deltagande i programmet. Mer sannolikt skulle ett sådant samband kunna bero på att jobbgarantin för ungdomar har visats leda till en något ökad övergång till arbete före programstart (Hall m.fl. 2022). Det

²³ Urvalet av individer under respektive över 25 år som ingår i skattningarna följer en princip om ”optimal bandbredd” (åldersintervall som inkluderas) utvecklad av Calonico m.fl. (2014). Åldersintervall väljs ut med en algoritm och viktas så att individer nära brytpunkten ges större betydelse i skattningen. I Hall m.fl. (2024) görs en känslighetsanalys för att kontrollera om valet av bandbredd har betydelse för resultaten. Skattningar med olika bandbredd ger punkttestimat av samma storlek och är inte statistiskt signifikanta på konventionell nivå (5 procents signifikansnivå) i någon av de varianter som testas. Resultaten är därmed inte känsliga för hur urvalet med avseende på inkluderade åldersgrupper görs.

²⁴ Estimaten som visas i tabellen ska tolkas som skillnaden förväntat värde av det aktuella utfallet mellan individer precis under respektive över ålderströskeln (dvs. inte fyllt respektive fyllt 25 år 90 dagar efter arbetslöshetsperiodens första dag). Så för exempelvis utfallet att ha förskrivits minst ett receptbelagt läkemedel under det första året efter arbetslöshetens början motsvarar skillnaden - 0,012 procentenheter (skattad effekt i kolumn 2). 0,012 procentenheter fler av 24-åringarna hade alltså (uppskattningsvis) förskrivits recept om de hade inte kunnat anvisas till jobbgarantin.

²⁵ Effektens storlek kan exemplifieras med ett räkneexempel. Av 1 000 arbetssökande 25-åringar hade 6,6 procent ett vårdtillfälle relaterat till psykisk ohälsa under året efter arbetslöshetsperiodens start. Det motsvarar 66 personer. En minskning med 6,4 procent motsvarar då 4 personer.

bör också påtalas att effekten inte framträder om vi skattar effekter separat för kvinnor och män (se Tabell A2 i Hall m.fl. 2024).

Tabell 2 Effekter av att vara berättigad till jobbgarantin för ungdomar på förskrivning av läkemedel och vårdtillfällen

A. Inköp av receptbelagt läkemedel	Minst ett receptbelagt läkemedel		Minst ett receptbelagt läkemedel relaterat till psykisk ohälsa	
	(1) Dag 1–90	(2) Dag 1–365	(3) Dag 1–90	(4) Dag 1–365
Skattad effekt	0,000612 (0,00379)	-0,000119 (0,00404)	-0,000363 (0,00232)	-0,00070 (0,00304)
Robust p-värde ^a	0,963	0,969	0,726	0,695
Antal observationer	259 706	289 988	185 544	211 496
Bandbredd (år) ^b	1,939	2,163	1,388	1,581
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,2621	0,5706	0,0564	0,1164
B. Vårdtillfällen inom specialiserad öppenvård eller slutenvård	Alla diagnoser		Diagnoser relaterade till psykisk ohälsa	
	Dag 1–90	Dag 1–365	Dag 1–90	Dag 1–365
Skattad effekt	0,00283 (0,00351)	0,00199 (0,00458)	-0,00241 (0,00156)	-0,00418 (0,00255)
Robust p-värde ^a	0,594	0,868	0,0935*	0,0741*
Antal observationer	213 299	215 352	240 286	183 958
Bandbredd (år) ^b	1,595	1,610	1,796	1,376
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,1605	0,3753	0,0308	0,0656

Anm: Tabellen redovisar resultat från skattningar av lokala linjära regressioner. ^a P-värdet indikerar statistisk signifikansnivå. ^{***} betyder att den skattade effekten är statistisk signifikant på 10% -nivå/5% -nivå.

^b Bandbredden är det åldersintervall av individer som ingår i respektive skattning. Bandbredden bestämmer hur långt från brytpunkten observationer kan vara för att inkluderas i analysen. I det här fallet är brytpunkten att vara exakt 25 år 90 dagar efter inskrivning. I skattningen för alla diagnoser dag 1–90 inkluderas således individer som var 25 år dag 90 +/- 1,595 år. Beräkningen av (optimal) bandbredd följer en princip utvecklad av Calonico m.fl. (2014).

Ovan har vi visat att programmet inte har någon tydlig effekt på *andelen* som har förskrivits minst ett receptbelagt läkemedel eller har minst ett vårdtillfälle under första året efter arbetslöshetens början. Det är dock fullt möjligt att programmet ändå kan ha haft en inverkan på *antalet* vårdbesök per person. I Tabell 3 visar vi därför resultat för motsvarande skattningar som ovan men där utfallen i stället är totalt antal vårdtillfällen per person under motsvarande period (oavsett diagnos i kolumn 1 och 2 samt vårdtillfällen med diagnoser relaterade till psykisk ohälsa i kolumn 3 och 4). Inte heller för dessa fall finner vi

systematiska skillnader mellan individer över och under ålderströskeln. Samtliga skattningar är nära noll och är inte statistiskt signifikanta.²⁶

Utifrån dessa samlade resultat ser vi alltså inte några tydliga tecken på att jobbgarantin för ungdomar har inneburit någon hälsoeffekt för de som deltagit eller som har haft möjlighet att delta.

Tabell 3 Effekter av att vara berättigad till jobbgarantin för ungdomar på antal vårdtillfällen inom specialiserad öppenvård och slutenvården

	Antal vårdbesök alla diagnoser		Antal vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa	
	(1) Dag 1–90	(2) Dag 1–365	(3) Dag 1–90	(4) Dag 1–365
Skattad effekt	0,00791 (0,00688)	0,000670 (0,0219)	-0,00129 (0,00338)	-0,00447 (0,00978)
Robust p-värde ^a	0,438	0,820	0,615	0,513
Antal observationer	277 270	230 401	229 649	264 633
Bandbredd (år) ^b	2,069	1,721	1,717	1,976
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,2642	1,0363	0,0514	0,197

Anm: Tabellen redovisar resultat från skattningar av lokala linjära regressioner. ^a P-värdet indikerar statistisk signifikansnivå. */** betyder att den skattade effekten är statistisk signifikant på 10%-nivå/5%-nivå.

^b Bandbredden är det åldersintervall av individer som ingår i respektive skattning. Beräkningen av vald (optimal) bandbredd följer en princip utvecklad av Calonico m.fl. (2014).

6.2.1 Hälsoeffekter utifrån tidigare hälsostatus

Med utgångspunkt i programmets utformning och innehåll är det rimligt att förvänta sig att det framför allt skulle kunna ha en effekt på de arbets sökandes psykiska välbefinnande; programmet innebär regelbundna aktiviteter, sociala kontakter och stöd från förmedlare (men i regel inte rehabiliteringsinsatser för att hjälpa personer med fysiska hinder). Det är möjligt att den aktivering som programmet innebär kan vara av större betydelse för personer som redan före arbetslösheten sökt vård eller använt läkemedel för psykisk ohälsa. Denna grupp utgör en mindre andel (omkring 10 procent) av samtliga arbets sökande som ingått i tidigare redovisade skattningar. Under det år som föregick arbetslöshetsperioden hade exempelvis 11 procent av samtliga 25-åringar förskrivits minst ett läkemedel relaterat till psykisk ohälsa och 6 procent hade minst ett vårdtillfälle i den specialiserade öppenvården eller slutenvården relaterat till psykisk ohälsa (se Tabell 1). Nedan visar vi därför hur effekterna ser ut uppdelat efter initial hälsostatus.

²⁶ I Hall m.fl. (2024) gör vi även separata analyser för kvinnor och män. Resultaten för såväl kvinnor som män ger samma bild, med ej statistiskt signifikanta effekter. Estimatet redovisas därför inte i denna rapport.

Tabell 4 visar skattningar på motsvarande sätt som tidigare men separat för arbetssökande som under året som föregick arbetslösheten hade förskrivits (kolumn 1 och 2) respektive inte förskrivits (kolumn 3 och 4) läkemedel med anledning av psykisk ohälsa. I tabellen visar vi endast effekter på läkemedelsförskrivning och vårdtillfällen relaterat till psykisk ohälsa. Resultat för läkemedel och vårdtillfällen av alla anledningar återfinns i Tabell A1 i bilagan.

Inte heller dessa resultatet indikerar att programmet har några tydliga effekter på de hälsoutfall vi studerar. Skattningarna förblir till stor del statistiskt insignifikanta för båda grupperna. Bland arbetssökande som tidigare förskrivits läkemedel för psykisk ohälsa finns dock en statistiskt säkerställd effekt för vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa (panel B, kolumn 1) – sannolikheten för ett vårdtillfälle relaterat till psykisk ohälsa minskar något för de individer som var berättigade till programmet under arbetslöshetens första tre månader. Skattningen visar en minskning av andelen som uppsökt vård relaterat till psykisk ohälsa med 2,4 procentenheter. Om vi relaterar det till medelvärdet för 25-åringar (20 procent av de som tidigare förskrivits läkemedel hade ett vårdtillfälle under de första tre månaderna) innebär det en minskning med 12 procent. Effekten för arbetssökande som tidigare förskrivits läkemedel för psykisk ohälsa är således inte försumbar.

Effekten uppstår alltså under arbetslöshetsperiodens första tre månader, det vill säga innan ett eventuellt programdeltagande påbörjats. Det är således inte en effekt av den aktivering som deltagande i programmet innebär. Effekten kan i stället bero på att förekomsten av programmet leder till en viss ökad övergång till arbete precis innan programmet förväntas påbörjas (Hall m.fl. 2022). Att andelen som gjort ett vårdbesök relaterat till psykisk ohälsa tycks minska något under de tre första månaderna efter arbetslöshetens början kan därför tänkas vara en effekt av en ökad övergång till arbete.

Tabell 4 Effekter av att vara berättigad till jobbgarantin för ungdomar på förskrivning av receptbelagt läkemedel och vårdtillfällen relaterade till psykisk ohälsa. Separata analyser för grupper utifrån tidigare hälsostatus.

	Personer med läkemedel för psykisk ohälsa året före arbetslöshet		Personer utan läkemedel för psykisk ohälsa året före arbetslöshet	
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Dag 1–90	Dag 1–365	Dag 1–90	Dag 1–365
<i>A. Förskrivning av läkemedel relaterat till psykisk ohälsa</i>				
Skattad effekt	-0,00387 (0,0122)	-0,0102 (0,0140)	0,000816 (0,00117)	0,00100 (0,00223)
Robust p-värde ^a	0,686	0,432	0,541	0,709
Antal observationer	30 421	22 744	209 832	191 970
Bandbredd ^b	2,108	1,577	1,758	1,609
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,3863	0,637	0,0156	0,052
<i>B. Vårdtillfällen relaterat till psykisk ohälsa</i>				
Skattad effekt	-0,0242 (0,0127)	-0,0235 (0,0147)	-0,000245 (0,000914)	-0,00141 (0,00186)
Robust p-värde ^a	0,0477**	0,0963*	0,626	0,415
Antal observationer	19 872	20 795	234 054	167 928
Bandbredd ^b	1,375	1,438	1,959	1,408
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,2005	0,3551	0,0098	0,0298

Anm: Tabellen redovisar resultat från skattningar av lokala linjära regressioner. ^a P-värdet indikerar statistisk signifikansnivå. */** betyder att den skattade effekten är statistisk signifikant på 10%-nivå/5%-nivå.

^b Bandbredden är det åldersintervall av individer som ingår i respektive skattning. Beräkningen av vald (optimal) bandbredd följer en princip utvecklad av Calonico m.fl. (2014).

6.2.2 Effekt på övergång till arbete

Jobbgarantin för ungdomar syftar till att deltagarna så snabbt som möjligt ska få ett arbete. Det i sig minskar risken för de negativa hälsoeffekter som långvarig arbetslöshet kan medföra. Att vara berättigad till programmet kan således medföra en indirekt positivt (eller negativ) effekt på individens hälsa om programmet leder till en högre (eller lägre) övergång till arbete. Jobbgarantins effekter på olika arbetsmarknadsutfall, bland annat hur tiden i arbetslöshet påverkas, har studerats i Hall m.fl. (2022). Nedan replikerar vi en av dessa analyser, men med data för en längre tidsperiod (för att få en skattning för samma tidsperiod som vi studerar ovan). Även i denna analys studerar vi utfallet både under de första tre månaderna respektive under det första året efter arbetslöshetens början. En eventuell effekt under arbetslöshetsperiodens första tre månader kan tolkas som en ”annonseringseffekt”, det vill säga att individen ändrar sitt sökbeteende utifrån vetskapen om att han eller hon kommer att anvisas till ett arbetsmarknadsprogram efter tre månaders arbetslöshet. Om en arbets-

sökande vill undvika att behöva delta i programmet kan det bidra till ett intensifierat arbetssökande med en snabbare övergång till arbete som följd redan före förväntad programstart, och på motsvarande sätt kan det leda till en långsammare övergång till arbete om det finns en vilja att få delta i programmet.²⁷ Effekten mätt under det första året blir en sammanvägd skattning av annonseringseffekten och den påverkan som själva deltagandet i programmet har på individens sannolikhet att få ett arbete under det första året efter arbetslöshetens början.

Effekter på övergång till arbete skattas för samma urval och med samma metod som för de ovan redovisade skattningarna av programmets hälsoeffekter, men utfallet är i det här fallet att få ett arbete som varar i minst 30 dagar. I linje med Hall m.fl. (2022) visar resultatet, som redovisas i Tabell 5, att det förekommer en viss annonseringseffekt av att vara berättigad till programmet: vi finner en statistiskt signifikant, men blygsam, ökning av sannolikheten att hitta arbete under de tre första månaderna räknat från arbetslöshetsperiodens start. I storleksordning motsvarar annonseringseffekten en ökning med 1 procentenhet i sysselsättningssannolikheten under de första 90 dagarna, eller en ökning med 4 procent om vi relaterar skattningen till den genomsnittliga sannolikheten att få jobb under samma period bland 25-åringar. Om vi använder en uppföljningshorisont på ett år är den uppskattade effekten nära noll och inte statistiskt signifikant. Resultatet indikerar därmed att programdeltagandet i sig inte har någon tydlig effekt på deltagarnas sannolikhet att övergå i arbete. Det kan vara en bidragande orsak till att vi inte finner några positiva långsiktiga hälsoeffekter av programmet. Om hälsoeffekter av programdeltagande i huvudsak är kopplat till förbättrade arbetsmarknadsutfall är det rimligt att vi inte finner några positiva effekter av jobbgarantin för ungdomar då vi inte finner någon effekt på sysselsättning ett år efter arbetslöshetsperiodens början.

²⁷ Att det kan förekomma positiva annonseringseffekter på övergång till arbete av obligatoriska program har visats i flera tidigare studier både i Sverige och andra länder; se till exempel Hägglund (2011); Carling och Larsson (2005); Maibom m.fl. (2014).

Tabell 5 Effekter av att vara berättigad till jobbgarantin för ungdomar på övergång till arbete inklusive nystartsjobb

	Övergång till arbete	
	(1)	(2)
	Dag 1–90	Dag 1–365
Skattad effekt	0,0123** (0,00404)	-0,0076 (0,00487)
Robust p-värde ^a	0,0145	0,179
Antal observationer	736 462	736 462
Bandbredd ^b	1,827	1,511
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,2852	0,5206

Anm: Tabellen redovisar resultat från skattningar av lokala linjära regressioner. ^a P-värdet indikerar statistisk signifikansnivå. */** betyder att den skattade effekten är statistisk signifikant på 10%-nivå/5%-nivå.

^b Bandbredden är det åldersintervall av individer som ingår i respektive skattning. Beräkningen av vald (optimal) bandbredd följer en princip utvecklad av Calonico m.fl. (2014).

7 Avslutande diskussion

Arbetsmarknadspolitiska program syftar huvudsakligen till att skapa förutsättningar för arbetssökande att få arbete, men det är också möjligt att programdeltagande kan ha en positiv effekt på deltagarnas hälsa och välmående. I den här studien undersöker vi potentiella hälsoeffekter av arbetsmarknadsprogrammet *jobbgarantin för ungdomar*.

Att deltagande i arbetsmarknadspolitiska insatser kan ha en positiv inverkan på arbetssökandes hälsa och välbefinnande har indikerats i flera tidigare studier. Flertalet av dessa studier är från andra länder, och är i många fall studier av relativt småskaliga insatser. De är i regel baserade på uppgifter om självskattad hälsa och i flera av studierna är det inte heller säkerställt att resultaten kan tolkas som orsakssamband.²⁸ I den här studien kompletterar vi bilden genom att studera ett brett och allmänt program för unga arbetssökande med ett stort antal deltagare. Vi utvärderar hälsoeffekter med hjälp av uppgifter från registerdata och kan, som en följd av regelverkets konstruktion, skatta trovärdiga orsakssamband.

För att utvärdera programmets hälsoeffekter utnyttjar vi det faktum att endast arbetssökande som ännu inte fyllt 25 år efter tre månaders arbetslöshet är berättigade att delta. Arbetssökande som är 25 år eller äldre anvisas i regel betydligt senare till arbetsmarknadsprogram och är garanterade en programplats först efter omkring ett års arbetslöshet.²⁹ Det gör att vi kan jämföra hälsoutfall

²⁸ Några undantag förekommer, se till exempel Caliendo m.fl. (2022) och Bastiaans m.fl. (2023).

²⁹ I jobb- och utvecklingsgarantin.

för arbetssökande som åldersmässigt befinner sig precis under och precis över denna ålderströskel, och tolka skillnader i utfall mellan åldersgrupperna som en effekt av programmet. Som mått på hälsa använder vi registerinformation på individnivå över förskrivning av receptbelagda läkemedel samt läkarbesök inom den specialiserade öppenvården och vårdtillfällena inom slutenvården. Vi har möjlighet att särskilja läkemedel och vårdbesök som syftar till att behandla psykiska ohälsa från övriga diagnoser.

Vår övergripande slutsats är att programmet inte har någon tydlig effekt på de utfall vi studerar: att vara berättigad att delta i programmet tycks inte leda till en minskad (eller ökad) konsumtion av receptbelagda läkemedel och inte heller påverka varken andelen som sökt vård eller antalet vårdbesök per person. Resultatet gäller både diagnoser i allmänhet och diagnoser relaterade till psykisk ohälsa.

Våra resultat tyder dock på en viss positiv hälsoeffekt av att vara berättigad till att delta i programmet för arbetssökande som före arbetslösheten förskrivits läkemedel för psykisk ohälsa – sannolikheten för ett sjukvårdsbesök relaterat till psykisk ohälsa minskar något för denna grupp. Effekten uppstår dock redan under de första tre månaderna efter att individen blev arbetslös, det vill säga *innan* han eller hon kan anvisas till programmet, och kan därför inte tolkas som en effekt av att faktiskt ha deltagit i programmet.

I linje med en tidigare studie av jobbgarantin för ungdomars sysselsättnings-effekter (Hall m.fl. 2022) finner vi att sannolikheten att hitta ett jobb ökar just under perioden innan programmet förväntas påbörjas. En förklaring kan vara att unga arbetssökande med relativt goda möjligheter att få ett arbete ökar sin sökintensitet för att inte behöva delta i programmet. Vi finner dock inga effekter på sysselsättning på längre sikt. Resultaten när det gäller programmets hälso-effekter följer samma mönster som när det gäller sysselsättning (åtminstone för personer som tidigare förskrivits läkemedel med anledning av psykisk ohälsa), med positiva, men måttliga, effekter före programstart, men där program-deltagandet i sig inte tycks ha någon effekt på de hälsoutfall som studerats.

Avsaknaden av positiva hälsoeffekter av programdeltagandet är ett resultat som skiljer sig från flertalet publicerade studier som generellt funnit positiva effekter på individers hälsa och välmående (se Puig-Barrachina m.fl. 2020), ibland även i frånvaro av positiva sysselsättningseffekter (Bastiaans m.fl. 2023; Caliendo m.fl. 2022).

Utöver svaga sysselsättningseffekter kan en potentiellt bidragande förklaring till de svaga (eller frånvarande) hälsoeffekterna av jobbgarantin för ungdomar ha att göra med programmets innehåll och relativt låga intensitet. Programmet ska under de inledande månaderna i huvudsak bestå av kartläggning, vägledning och

coaching samt jobbsökande på egen hand. En möjlig tolkning är att graden av sociala kontakter och kompetenshöjande inslag under de organiserade aktiviteterna är på en sådan låg nivå under de inledande månaderna att det inte har någon betydelse för de genomsnittliga hälsoutfall vi studerar – förskrivning av receptbelagda läkemedel och läkarbesök inom specialiserad vård. Det är tänkbart att programmet kan ha positiva effekter för de arbetssökandes välbefinnande som inte fångas upp av de utfallsmått vi har tillgång till, det vill säga påverka förekomsten av hälsoproblem som inte är tillräckligt allvarliga för att individen ska uppsöka sjukvård. I den tidigare litteraturen finns exempel på studier av insatser med ännu lägre intensitet som också fokuserat på jobbsökande, vilka funnit positiva effekter på självskattad hälsa (se t.ex. Caplan m.fl. 1989 och Vuori m.fl. 2002)

Jobbgarantin för ungdomar har också bedrivits i stor skala och innehållet behöver till viss del sannolikt erbjudas på gruppnivå. Det är rimligt att tro att det funnits begränsade möjligheter att skraddarsy ett fullt ut individanpassat innehåll. En möjlig tolkning är därför att positiva hälsoeffekter av programdeltagande kräver ett mer målgruppsanpassat innehåll och potentiellt en högre grad av aktivering och/eller kompetenshöjande inslag.

Avsaknaden av positiva hälsoeffekter av programdeltagandet är, skulle vi hävda, ett viktigt resultat givet den rådande bilden i litteraturen om att arbetsmarknadsprogram har positiva hälsoeffekter. Våra resultat visar att denna slutsats inte kan generaliseras till alla program och/eller målgrupper.

Referenser

- Arbetsförmedlingen 2010. Arbetsmarknadsrapport 2010.
- Bastiaans, Mareen, Robert Dur och Anne C. Gielen. 2023. "Activating the Long-Term Inactive: Labor Market and Mental Health Effects." IZA Discussion Paper 15891.
- Blanchflower, David G., Alex Bryson och Xiaowei Xu. 2024. "The Declining Mental Health Of The Young And The Global Disappearance Of The Hump Shape In Age In Unhappiness." Working Paper 32337. National Bureau of Economic Research.
- Bor, William, Angela J. Dean, Jacob Najman och Reza Hayatbakhsh. 2014. "Are Child and Adolescent Mental Health Problems Increasing in the 21st Century? A Systematic Review." *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48 (7): 606–16.
- Browning, Martin och Eskil Heinesen. 2012. "Effect of Job Loss Due to Plant Closure on Mortality and Hospitalization." *Journal of Health Economics* 31 (4): 599–616.
- Caliendo, Marco, Robert Mahlstedt, Gerard J van den Berg och Johan Vikström. 2022. "Side Effects of Labor Market Policies." *Scandinavian Journal of Economics* 125 (2): 339–75.
- Calonico, Sebastian, Matias D. Cattaneo och Rocio Titiunik. 2014. "Robust Nonparametric Confidence Intervals for Regression-Discontinuity Designs." *Econometrica* 82 (6): 2295–2326.
- Caplan, R. D., A. D. Vinokur, R. H. Price och M. van Ryn. 1989. "Job Seeking, Reemployment, and Mental Health: A Randomized Field Experiment in Coping with Job Loss." *The Journal of Applied Psychology* 74 (5): 759–69.
- Carling, Kenneth och Laura Larsson. 2005. "Does Early Intervention Help the Unemployed Youth?" *Labour Economics* 12 (3): 301–19.
- Coutts, Adam P., David Stuckler och David J. Cann. 2014. "The Health and Wellbeing Effects of Active Labor Market Programs." In *Interventions and Policies to Enhance Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference Guide*, Edited by Felicia A. Huppert och Cary L. Cooper. Volume VI. John Wiley & Sons, Inc.
- Eliason, Marcus och Donald Storrie. 2009. "Does Job Loss Shorten Life?," *Journal of Human Resources* 44 (2): 277–302.

Folkhälsomyndigheten. 2018. ”Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014.” <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/v/varfor-har-den-psykiska-ohalsan-okat-bland-barn-och-unga-i-sverige/>.

Förordning (2018:43) om stöd för nystartsjobb

Hall, Caroline, Kaisa Kotakorpi, Linus Liljeberg och Jukka Pirttilä. 2022. ”Screening through Activation? Differential Effects of a Youth Activation Program.” *Journal of Human Resources* 57(3): 1033–77.

Hall, Caroline, Kaisa Kotakorpi, Linus Liljeberg och Jukka Pirttilä. 2024. ”The Health Effects of a Youth Labor Market Activation Policy”, Working Paper 2024:15 IFAU.

Hall, Caroline och Linus Liljeberg. 2011. ”En jobbgaranti för ungdomar? Om Arbetsförmedlingens ungdomsinsatser.” Rapport 2011:15, IFAU.

Hägglund, Pathric. 2011. ”Are There Pre-Programme Effects of Active Placement Efforts? Evidence from a Social Experiment”. *Economics Letters* 112 (1): 91–93.

Krokstad, Steinar, Daniel Albert Weiss, Morten Austheim Krokstad, Vegar Rangul, Kirsti Kvaløy, Jo Magne Ingul, Ottar Bjerkeset, Jean Twenge och Erik R. Sund. 2022. ”Divergent Decennial Trends in Mental Health According to Age Reveal Poorer Mental Health for Young People: Repeated Cross-Sectional Population-Based Surveys from the HUNT Study, Norway.” *BMJ Open* 12 (5): e057654.

Maibom, Jonas, Michael Rosholm och Michael Svarer. 2014. ”Can Active Labour Market Policies Combat Youth Unemployment?” IZA Discussion Paper No. 7912

Martinson, Sara och Kristina Sibbmark. 2010. ”Vad gör de i jobbgarantin för ungdomar?”, Rapport 2010:22, IFAU.

Puig-Barrachina, Vanessa, Pol Giró, Lucía Artazcoz, Xavier Bartoll, Imma Cortés-Franch, Ana Fernández, Patricia González-Marín och Carme Borrell. 2020. ”The Impact of Active Labour Market Policies on Health Outcomes: A Scoping Review.” *European Journal of Public Health* 30 (1): 36–42.

Regeringens proposition (2009/10:1), 2010 års budgetproposition.

- Sullivan, Daniel och Till von Wachter. 2009. "Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data." *Quarterly Journal of Economics* 124 (3): 1265–1306.
- Twenge, Jean M., A. Bell Cooper, Thomas E. Joiner, Mary E. Duffy och Sarah G. Binau. 2019. "Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide-Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005–2017." *Journal of Abnormal Psychology* 128 (3): 185–99.
- Vuori, Jukka, Jussi Silvonen, Amiram D. Vinokur och Richard H. Price. 2002. "The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the Unemployed with Risk of Depression or Discouragement." *Journal of Occupational Health Psychology* 7 (1): 5–1

Bilaga

Tabell A1 Effekter av att vara berättigad till jobbgarantin för ungdomar på förskrivning av receptbelagt läkemedel och vårdbesök. Separata analyser för grupper utifrån tidigare hälsostatus.

	Personer med läkemedel för psykisk ohälsa året före arbetslöshet		Personer utan läkemedel för psykisk ohälsa året före arbetslöshet	
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Dag 1–90	Dag 1–365	Dag 1–90	Dag 1–365
<i>A. Förskrivning av något läkemedel</i>				
Skattad effekt	0,00513 (0,0133)	0,000772 (0,00958)	0,000107 (0,00371)	-1,96e-05 (0,00458)
Robust p-värde ^a	0,861	0,909	0,927	0,989
Antal observationer	26 435	23 109	241 613	228 482
Bandbredd ^b	1,834	1,603	2,023	1,913
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,5865	0,8776	0,222	0,5326
<i>B. Vårdtillfällen inom specialiserad öppenvård eller slutenvård</i>				
Skattad effekt	-0,00544 (0,0152)	-0,00918 (0,0124)	0,00427 (0,00374)	0,00358 (0,00490)
Robust p-värde ^a	0,601	0,379	0,272	0,580
Antal observationer	19 838	27 871	162 180	180 714
Bandbredd ^b	1,372	1,930	1,361	1,514
Medelvärde av utfallsvariabel för 25-åringar	0,3784	0,6566	0,1335	0,3406

Anm: Tabellen redovisar resultat från skattningar av lokala linjära regressioner. ^a P-värdet indikerar statistisk signifikansnivå. */** betyder att den skattade effekten är statistisk signifikant på 10%-nivå/5%-nivå.

^b Bandbredden är det åldersintervall av individer som ingår i respektive skattning. Beräkningen av vald (optimal) bandbredd följer en princip utvecklad av Calonico m.fl. (2014).

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med placering i Uppsala.

IFAU ska främja, stödja och genom forskning genomföra uppföljningar och utvärderingar.

Uppdraget omfattar effekter av arbetsmarknads- och utbildningspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen.

I rapportserien presenteras såväl IFAU:s forskning som resultat av samarbeten med andra nationella och internationella forskningsorganisationer.

IFAU delar årligen ut bidrag till olika forskningsprojekt, vars resultat publiceras i rapportserien.

Rapporterna kan vara fristående eller publiceras tillsammans med ett Working paper.

Alla IFAU:s publikationer finns på www.ifau.se