

Barns relativa ålder och funktionsnedsättning

Betydelsen av att vara född i slutet av året för vårdbidrag, aktivitetsersättning och assistansersättning

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Petra Ornstein
010-116 11 15
petra.ornstein@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan redovisade 2012 ett regeringsuppdrag med syftet att efter 10 år följa upp införandet av aktivitetsersättning. I en del av rapporten undersöktes om det spelar någon roll när den försäkrade är född på året, för sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning för första gången. Resultaten som endast omfattade tre enskilda år visade att det finns en överrisk för personer födda sent på året att uppbära aktivitetsersättning för förlängd skolgång.

I denna rapport görs en mer grundlig genomgång av den relativa ålderns betydelse för de med en funktionsnedsättning i relation till fyra olika socialförsäkringsförmåner: vårdbidrag, aktivitetsersättning vid förlängd skolgång, aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga och assistansersättning.

Rapporten har skrivits av Hans Goine (projektledare), Jonatan Nikander, Petra Ornstein och Patric Tirmén. Samtliga är verksamma på avdelningen för Analys och prognos vid Försäkringskassan. Professor emeritus Peter Westerholm vid Institutionen för Medicinska Vetenskaper, Arbets- och Miljömedicin, Uppsala Universitet har granskat rapporten.

Stockholm maj 2016

Elisabeth Hopkins
Tf chef för Avdelningen för analys och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	7
Inledning	9
Syfte och frågeställning	11
Regler och historik	12
Vårdbidrag.....	12
Aktivitetsersättning	14
Assistansersättning	15
Kombination av förmåner	17
Data	18
Metod	19
Resultat	20
Vårdbidrag.....	20
Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.....	20
Aktivitetsersättning (förtidspension m.m.) vid nedsatt arbetsförmåga	21
Assistansersättning	22
Regionala skillnader	22
Föräldrars utbildning	22
Känslighet.....	23
Antalet extra fall (den etiologiska fraktionen).....	23
Diskussion	24
Referenser	27
Bilaga 1 Resultattabeller	30
Bilaga 2 Variabeldefinitioner	35

Sammanfattning

I denna studie har vi jämfört sannolikheten att ha mottagit olika ersättningar inom funktionshinderområdet mellan individer födda i december respektive januari påföljande år. Den biologiska skillnaden mellan de grupper vi jämför är i princip obefintlig, medan skolstartsåldern skiljer nästan ett år. Det innebär att vi kan identifiera effekten av tidig skolstart. Undersökningens syfte är därmed att studera om förväntad skolstartsålder – och medföljande konsekvenser på skolmognad – ger utfall i termer av socialförsäkringsnyttjande.

Vi undersöker barn födda under en 20-årsperiod (1974–1994) i relation till fyra socialförsäkringar inom funktionshinderområdet. Förmånerna administreras av Försäkringskassan.

1. Vårdbidrag tilldelas föräldrar till funktionshindrade barn med särskilt omsorgsbehov och föregår ofta ett beslut om aktivitetsersättning.
2. Aktivitetsersättning för förlängd skolgång kan ges under tiden individen slutför sin grund- eller gymnasieutbildning.
3. Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (tidigare förtidspension) ska tillfalla den som under en längre tid är förhindrad att försörja sig genom arbete pga. medicinska skäl.
4. Assistansersättning är en förmån som berättigar till resurspersoner och kan kombineras med vårdbidrag och aktivitetsersättning.

Vi finner att barn födda i december har en förhöjd sannolikhet att motta ersättningar inom funktionshinderområdet. De olika förmånerna har olika utformning och är tänkta att möta olika typer av behov, men resultaten gäller för alla förmåner vi har studerat. Barn födda i slutet av året har en statistiskt säkerställd överrisk för vårdbidrag på 12 procent. De har vidare en statistiskt säkerställd överrisk för aktivitetsersättning för förlängd skolgång på 20 procent och för sjuk- och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga på 16 procent. Slutligen har decemberbarnen även 16 procent överrisk för assistansersättning, också den statistiskt signifikant. Överrisken för decemberbarnen är särskilt uttalad inom tre större områden av psykiatriska diagnoser: Diagnoser inom beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom och ungdomstid, där diagnosen ADHD ingår; Diagnoser medförande störning av psykisk utveckling, där autismspektrumdiagnoser ingår; Diagnoser inom området psykisk utvecklingsstörning, som samlar diagnoser medförande begåvningsnedsättning. Resultaten kvarstår även när vi kontrollerar för individens bakgrund samt begränsar födelseperioden allt snävare. De kan inte heller avgränsas till någon specifik del av landet. Överriskerna kopplade till att vara född sent på året är starkare för grupper med högre generell risk att motta förmåner inom funktionshinderområdet: Starkare för pojkar än för flickor, samt avsevärt starkare för barn till lågutbildade än för barn till högutbildade.

Vi bedömer att våra resultat har implikationer väsentligt större än bara gällande barn födda sent på året. Orsaken bakom skolomognad spelar sannolikt inte så stor roll för barnet som befinner sig i en allt för krävande situation. Analysen av betydelsen av födelsemånad ska snarare ses som en designfråga: En jämförelse av två grupper som endast skiljer sig åt i form av sin skolstartsålder. Resultaten kan således antas gälla konsekvenser av skolomognad generellt, oavsett det specifika barnets specifika skäl.

Vår tolkning av resultaten är att tidig skolstart har långsiktigt negativa konsekvenser för barn vars underliggande sannolikhet att klara skolan och komma in på arbetsmarknaden är låg. Att tidig skolstart leder till minskad sannolikhet för skolmognad innebär att decemberbarnen har ökad risk att inte kunna tillgodogöra sig skolans material. Detta i sin tur kan leda till en skolgång med lägre kunskaps- och förmågeutveckling, med påföljande lägre grad av vidareutbildning, och senare svårigheter med att nå upp till arbetslivets krav. Nyttan av en diagnos för att få tillgång till stöd i skolan innebär i tillägg att svårigheterna kan komma att medikaliseras, vilket i nästa steg ytterligare kan öka sannolikheten för att söka och motta ersättning från socialförsäkringarna.

Sammanfattningsvis har vi visat att det finns en klar överrisk för att uppbära någon form av funktionshinderförmån för barn födda sent på året. Vi bedömer att resultaten är generaliserbara till barn som mognar något senare än snittet. Ett antal individer kommer varje år att på grund av tidig skolstart riskera ett livslångt utanförskap och en relativ fattigdom. Socialförsäkringen ska ekonomiskt skydda i olika situationer i livet när vi har behov av det. För att försäkringen ska fungera väl och inte överbelastas krävs att andra samhällssektorer som skolan i detta fall också klarar sina uppgifter väl. Misslyckanden i skolan kan lätt resultera i kraftigt minskade möjligheter att försörja sig genom eget arbete vilket skapar behov av ersättning från socialförsäkringen.

Summary

In this report the probability to have received disability related subsidies is compared between individuals born in December and those born in January the following year. The biological difference between the groups is negligible, while school starting age differs almost a year. This implies that the effect of expected early school starting age can be identified. The aim of the analysis is thus to estimate potential effects of expected school starting age – and resulting consequences on school readiness – on social insurance uptake.

We investigate children born during a 20-year period (1974–1994) in relation to four social insurances directed towards individuals with disabilities. The benefits are administered by the Social Insurance Agency.

1. Childcare allowance provides financial assistance to parents of children who have an illness or disability and allowance often precedes an approval of activity compensation.
2. Activity compensation due to prolonged schooling can be distributed while the individual finalize her compulsory or secondary schooling.
3. To be eligible for activity compensation due to reduced ability to work (previously disability pension), the individual should be prevented to provide for herself due to medical reasons.
4. Attendance allowance, a benefit which may be used to purchase personal assistance or to pay the costs of personal assistants. The study population consists of.

We find that children born in December has an increased probability to receive disability related benefits. Even though the different benefits have different designs, and are supposed to meet different needs, our results apply to all benefits included in the study. Children born during the end of the year are significantly more likely to be the recipients of childcare allowance, a difference amounting to 12 percent. They have a statistically significant increased risk of activity compensation due to prolonged schooling of 20 percent. Their increase in risk of activity compensation due to reduced ability to work is as well statistically significant, and amounts to 16 percent. Finally the December children have a 16 percent increase in their risk of attendance allowance, also statistically significant. The risk increases are especially evident in three areas of psychiatric diagnoses: Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence, which includes the diagnose ADHD; Pervasive and specific developmental disorders, including autism spectrum disorders; Intellectual disabilities, which assembles diagnoses involving decreased intellectual ability. The results remain when we control for background characteristics as well as delimit the birth period even further, and they cannot be restricted to any specific part of the country. The risk increases are more severe for

groups with high general risk to receive disability related benefits: It is stronger for boys than for girls, and substantially stronger for children whose parents have at most secondary education than it is for children with at least one parent with higher education.

We assess that our results have considerably broader implications than just regarding children born late in the calendar year. For a child finding herself in a too demanding situation, the cause behind her insufficient maturity is likely not of vital importance. The analysis of the effects of relative age at school start should rather be seen as a question of design: A comparison of two groups who only differ in terms of their relative age. The results can therefore be interpreted in terms of school un-readiness in general, irrespective of the particular reasons of a particular child.

Our interpretation of the results is that early school start has long term negative consequences for children with low latent probability to succeed in school and enter the labor market. The fact that early school start involves reduced probability for school readiness implies that the December children have increased risk of failing to incorporate the school curriculum. That in turn may lead to a schooling involving reduced ability development, and subsequently less further education, and later difficulties with meeting the demands of the labor market. A medical diagnose can be a key factor in receiving support in school. This in turn entails that difficulties at young age risk becoming medicalized and remaining, increasing the probability to apply for and receive benefits from the social insurances.

In summary we have shown a clear risk increase in uptake of disability related benefits driven by birth month. We appraise that the results are generalizable to children who develop later than average. A number of individuals will each year risk a lifelong alienation and relative poverty because of early school start. Social insurance aims to support the individual financially through difficult life situations. For the insurance system to work well, it is vital that other sectors of society, in this case the school system, also work well. School failures could easily result in substantial reductions in an individual's ability to provide for herself through own work, rendering the individual in need for support for the social insurances.

Inledning

När på året ett barn är fött avgör barnets relativa ålder jämfört med övriga barn födda samma år. Barnets relativa ålder har i sin tur visat sig medföra konsekvenser inom flera områden av barnets liv. Inom idrotten är det känt att det sker en selektion så att ungdomar födda i slutet av året är under-representerade i elitsammanhang (Baker m.fl., 2014; Bruner m.fl., 2011; Julin, 1982; Nolan m.fl., 2010). Flera studier visar på en relativ ålderseffekt för såväl diagnosticering som för behandling av ADHD (Elder, 2010; Evans m.fl., 2010; Morrow m.fl., 2012). I en nyligen publicerad svensk studie dras slutsatsen att barn födda i slutet av året har förhöjd sannolikhet att diagnostiseras med ADHD samt att erhålla medicin för tillståndet (Halldner m.fl., 2014). Resultaten i skolan påverkas också av när på året barnet är fött (Andersson m.fl., 2008; Svensson, 1993). Barnets relativa ålder avgör barnets förväntade skolstartsålder, och detta har visat sig ha livslånga konsekvenser. I en rapport från IFAU konstateras att barn som börjar skolan vid en högre ålder lär sig mer i skolan och skaffar sig en längre utbildning än sina relativt yngre kamrater (IFAU, 2006).

Tidigare¹ i svensk skola användes skolmognadsprov för att avgöra skolstartsålder. Syftet var att genom en tidig differentiering åstadkomma mer homogena undervisningsgrupper (Marklund, 1982). I mitten av 1970-talet avskaffades skolmognadsproven; den svenska skolan skulle istället utformas efter barnens förutsättningar. Barn mognar fortfarande olika fort, och trots försök till individuell anpassning vet vi att en del barn kan ha svårare för klassrumssituationen och det teoretiska materialet än andra. Samband mellan ålder och skolprestationer visar att relativt unga barn presterar sämre än äldre barn födda samma år².

Inom socialförsäkringen finns ett antal förmåner som är direkt kopplade till en funktionsnedsättning. Andelen individer med en sådan förmån har ökat avsevärt under de senaste åren. Att förstå vad som ligger bakom individers behov av dessa förmåner är därför av stor vikt. Bland förmåner som vårdbidrag och aktivitetsersättning dominerar numera psykiska funktionsnedsättningar som orsak (Försäkringskassan, 2012, 2013). Orsakerna till denna utveckling är fortfarande oklara. En fråga som kommer att diskuteras mer på senare tid är utredning, diagnostisering och behandling av individer med vissa diagnoser och skolans roll att ge stöd åt dessa elever. En sådan diagnos som särskilt studerats är Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (Socialstyrelsen, 2014).

¹ Sedan 1962 års skollag.

² Ålder och skolstartsålder är linjärt beroende, så dessa faktorerers respektive effekt kan inte särskiljas. Att det finns ett positivt samband mellan ålder och prestation framgår dock tydligt från bl.a. nationella proven (IFAU, 2006).

Kan barnets relativa ålder påverka sannolikheten att barnet får stöd från socialförsäkringarna? I denna studie undersöker vi betydelsen av relativ ålder, dvs. när under ett kalenderår en individ är född, för utfall inom fyra socialförsäkringsförmåner som är direkt kopplade till en funktionsnedsättning. Vi jämför barn födda i december med barn födda i januari påföljande år. Först studerar vi den relativa ålderns betydelse för vårdbidrag, som många gånger föregår ett beslut om aktivitetsersättning. Inom aktivitetsersättningen finns två delvis olika förmåner som vi undersöker separat, aktivitetsersättning för förlängd skolgång och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (tidigare förtidspension). Slutligen studerar vi effekter på assistansersättning som kan kombineras med vårdbidrag och aktivitetsersättning.

Vi har lagt upp rapporten på följande sätt. Först redovisas syftet med studien. Vi beskriver sedan kortfattat regelverk, reformarbete över tid och tidigare studier för de olika förmånerna. Därefter presenterar vi data och de metoder vi använt. Rapporten avslutas med en redovisning av resultat och diskussion.

Syfte och frågeställning

Att vara född i slutet av året och därmed ha en låg ålder vid förväntad skolstart har visats öka risken att inte arbeta alls för barn till föräldrar med låg utbildning (IFAU, 2006). Om tidig skolstart har långsiktigt negativa konsekvenser för barn vars underliggande sannolikhet att klara skolan och komma in på arbetsmarknaden är låg, är detta en särskilt aktuell fråga för de barn som är mottagare av socialförsäkringar med grund i funktionsnedsättning.

I denna text undersöker vi om en tidig skolstart, och medföljande minskade sannolikhet för att vara skolmogen, ger konsekvenser längre fram i livet i termer av socialförsäkringsnyttjande.

Vi studerar årskullar födda mellan 1974 och 1994. Studien omfattar effekter på fyra olika socialförsäkringsförmåner: vårdbidrag, aktivitetsersättning för förlängd skolgång, aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) för nedsatt arbetsförmåga, samt assistansersättning. Utifrån antagandet att tidig skolstart borde vara särskilt problematisk för grupper med jämförelsevis hög andel barn som har svårare för att klara skolans krav undersöker vi även skillnader mellan barn till låg- respektive högutbildade, samt mellan pojkar och flickor. Vi studerar även om det finns skillnader mellan olika diagnoser inom aktivitetsersättningen och personkretsar enligt LSS som legat till grund för förmånen.

Regler och historik

Vårdbidrag

En orsak till att studera förmånen vårdbidrag är att förmånen många gånger föregår ett beslut om aktivitetsersättning och att en hel del av stödbehoven utifrån funktionsnedsättningen visar sig vid skolstart eller tidiga skolår. För barn som exempelvis har medfödda och omfattande funktionsnedsättningar beviljas ofta vårdbidrag till en av föräldrarna i tidiga barnår³ och när barnet senare fyller 19 år beviljas som regel aktivitetsersättning. I dessa och andra fall kan även aktivitetsersättning vid förlängd skolgång bli aktuellt för att därefter följas av aktivitetsersättning och sjukersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Även assistansersättning kan i vissa fall vara aktuell. Ingen av förmånerna är knuten till speciella diagnoser.

Vårdbidraget infördes redan 1964 som en form av invaliditetsersättning till barn som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har behov av särskild tillsyn eller vård. Vårdbidraget har utvecklats i flera led sedan dess införande. Bidraget reformerades 1974 och utformades som en viss kompensation för inkomstbortfall och samtidigt höjdes nivån från 60 till 105 procent av prisbasbeloppet. Vårdbidrag kan också beviljas om sjukdomen eller funktionsnedsättningen medför merkostnader och 1983 infördes en skattefri merkostnadsdel. I juli 1988 infördes möjligheten till en fjärdedels vårdbidrag. Den fjärde och sista nivån av dagens nivåer infördes i juli 1992 och innebar att helt vårdbidrag utgjorde 250 procent av prisbasbeloppet. Vårdbidrag som baseras enbart på merkostnader infördes i januari 1998. Fortfarande kan förmånen beviljas som 100 %, 75 %, 50 % eller 25 %.

Vårdbidrag utbetalas längst till och med juni månad det år barnet fyller 19 år. Vårdbidraget är vidare en bosättningsbaserad förmån som innebär att den försäkrade bor i Sverige och beräknar göra det minst ett år framöver. I december 2015 utbetalades ersättning i form av vårdbidrag till förälder för sammanlagt 59 911 pojkar och för 20 071 flickor.

I en tidigare studie av Försäkringskassan ”Vårdbidraget – utvecklingen fram till idag och försörjningssituationen i morgon” framgår att antalet mottagare av vårdbidrag stadigt ökat de senaste decennierna. (Försäkringskassan, 2012). I rapporten redogörs även för tidigare studier om vårdbidrag genomförda av Riksförsäkringsverket där olika förklaringar till ökningen diskuterats. En sådan förklaring till ökningen från 1990 och framåt är det fokus som varit kring barn med diagnoser som autism, ADHD, DAMP och Aspergers syndrom (Riksförsäkringsverket, 2002).

³ Förälder kan söka vårdbidrag för ett barn som behöver mer tillsyn och vård än ett barn utan funktionsnedsättning och kommer behöva det i minst sex månader.

”En ökad kännedom om dessa barngrupper har inneburit att fler barn utreds och erbjuds stöd vilket i sin tur genererar ökad information om exempelvis vårdbidrag. Införandet av en fjärdedels nivå har medfört att en ny grupp barn, som tidigare inte varit berättigade till vårdbidrag, fick rätt till förmånen. Denna grupp består i huvudsak av barn med diagnoserna ADHD och DAMP. Det framgår att i gruppen Psykiska sjukdomar och syndrom är det bland flickor vanligast med psykisk utvecklingsstörning medan bland pojkar är det vanligast med hyperaktivitetsstörningar, där diagnosen ADHD ingår. Nästan två tredjedelar av de nybeviljade vårdbidragen gick till pojkar 2001. En förklaring rapporten tar upp är att flickornas symptom misstolkas eller förblir osynliga och att deras föräldrar med stor sannolikhet har svårare att få vårdbidrag.” (Riksförsäkringsverket, 2002)

I en annan studie av Riksförsäkringsverket (Riksförsäkringsverket, 2003) fördjupades kunskapen om de faktorer som ligger bakom ökningen av antalet vårdbidragsärenden. Utifrån analys av Försäkringskassornas beslutsunderlag och data från två enkätundersökningar, dels med fokus på kompetensinsatser, och dels från barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter samt en sammanställning av telefonrådgivning vid Handikappombudsmannen, framkom ett antal samverkande faktorer som förklaring till ökningen av diagnoser som ADHD och DAMP. En faktor är att kunskapen om dessa grupper ökar och att metodiken att diagnostisera dessa förbättras. En annan faktor är ökad kunskap om samhällets stödformer. En tredje bidragande faktor var ett ökat tryck på barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter, vilket kan tolkas som att den psykiska ohälsan hos barn ökar. Alternativt kan det vara en effekt av nedskärningar i barnrelaterade verksamheter.

Ytterligare en förklarande faktor från rapporten var att det kan finnas svårigheter att få stöd i skolan och där en diagnos kan öka förståelsen för barnens svårigheter och därmed också öka möjligheter att få stöd. Att möjligheterna att hjälpa barn inom ramen för de generella resurserna har minskat fördes också fram som en möjlig förklaring. I rapporten förklaras också att anledningen till att flickor med ADHD och DAMP förekommer i lägre utsträckning är att de diagnostiseras i lägre utsträckning på grund av brist på kunskap om flickors symptom. Ytterligare en faktor som nämns i studien är att införandet av en fjärdedels nivå gjort att en ny grupp barn som tidigare inte varit berättigade till vårdbidrag nu får det, inklusive barn med ADHD och DAMP.

Vid nybeviljande av vårdbidrag 2011 inom gruppen psykiska sjukdomar och syndrom var pojkar betydligt yngre än flickor i genomsnitt. Pojkar var vanligtvis mellan 9 och 11 år och flickor mellan 15 och 18 år. Ett försök till förklaring av utvecklingen som tas upp i rapporten (Försäkringskassan, 2012) var att ”att pojkar oftare blir diagnostiserade än flickor med exempelvis ADHD eller autism”.

Aktivitetsersättning

Förtidspension till unga med funktionsnedsättning ersattes i Sverige av ett helt nytt system med aktivitetsersättning i samband med introduktionen av ett nytt ålderspensionssystem 2003. Aktivitetsersättningen blev en del av sjukförsäkringen i stället för pensionssystemet. Ingen skulle kunna beviljas en ersättning i form av livslång pension före 30 års ålder. Ett viktigt syfte med reformen var att skapa aktiviteter som skulle stimulera personer med funktionsnedsättning att utveckla sin förmåga till att komma ett steg närmare arbetsmarknaden eller åtminstone uppnå en förbättrad funktionsförmåga. I aktivitetsersättningen finns därför möjligheter för Försäkringskassan att ersätta vissa kostnader i samband med aktiviteter.

Aktivitetsersättningen är en tidsbegränsad förmån och kan beviljas för högst tre år i taget mellan 19 och 29 år. Arbetsförmågan måste vara nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år i relation till samtliga arbeten på arbetsmarknaden, inklusive den skyddade arbetsmarknaden. Förmånen kan beviljas som 100 %, 75 %, 50 % eller 25 %. Aktivitetsersättning kan beviljas som bosättningsbaserad och inkomstbaserad förmån. Att förmånen är bosättningsbaserad betyder att den kan beviljas för alla som är bosatta i Sverige och beräknas vara det minsta ett år framöver. Det finns inget krav på att ha arbetat innan funktionsnedsättningen. Den inkomstrelaterade aktivitetsersättningen baseras på inkomster före sjukdom, skada eller nedsättning av funktionsförmågan. Av de personer i åldrarna 19–29 som inledde en period med aktivitetsersättning 2011 hade 72 procent aldrig haft en inkomst (Försäkringskassan, 2013).

Aktivitetsersättning kan beviljas på två olika grunder. För det första kan ersättningen beviljas vid förlängd skolgång med syfte att kunna slutföra studier på grundskole- eller gymnasienivå för individer med funktionsnedsättning. För det andra kan man beviljas aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. I det första fallet görs ingen bedömning av arbetsförmågan i förhållande till funktionsnedsättningen. I det andra fallet är bedömningsgrunderna i princip desamma som gällde i systemet med förtidspension och sjukbidrag med undantag för att bedömning görs mot samtliga arbeten i det nya systemet. I det tidigare systemet gjordes bedömningen mot arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. En annan viktig skillnad mellan systemen är dock att Försäkringskassan i det nya systemet med aktivitetsersättning har en aktiv och samordnade roll för individen. Det nya systemet med aktivitet under tid med ersättning har nyligen kritiserats av Riksrevisionen. Syftet med aktivitetsersättningen uppnås inte, utbudet av insatser för de unga motsvaras inte av behovet och Försäkringskassan har inte fullgjort sitt samordningsuppdrag (Riksrevisionen, 2015). Det finns förhållandevis få vetenskapliga studier om vilka insatser som är verkningsfulla för den här gruppen (Försäkringskassan, 2015b)

Från det man fyller 30 år kan sjukersättning beviljas den som stadigvarande har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom. Fram till 2008 kunde även tidsbegränsad sjukersättning beviljas. Det nya systemet med Aktivitetsersättning föregicks av en måttfull ökning av antalet mottagare av

förtidspension och sjukbidrag redan från mitten av 1990-talet för den aktuella åldersgruppen. Förmånerna kunde före 2003 beviljas redan för den som fyllt 16 år (Försäkringskassan, 2013). En stor del av den ökning som skett från mitten av 1990-talet och som fortfarande sker kan tillskrivas individer med olika typer av psykiska funktionsnedsättningar (SOU, 2008). I december 2015 utbetalades aktivitetsersättning för sammanlagt 37 597 unga kvinnor och unga män.

Tabell 1 Antal kvinnor och män som i december 2015 uppbar aktivitetsersättning

Förmån	Kvinnor	Män
Aktivitetsersättning för Förlängd skolgång	2 627	3 162
Aktivitetsersättning för Nedsatt arbetsförmåga	14 980	16 828
Totalt	17 607	19 990

Ökningen under de senaste två decennierna är dock inte unik för Sverige (Kaltenbrunner Bernitz m.fl., 2013). Utvecklingen gör det angeläget att söka efter orsaker.

Nyligen presenterades en undersökning om vilken betydelse kognitiv förmåga och utbildningsnivå har för att få aktivitetsersättning (ISF, 2015). Undersökningen genomfördes för att testa om en förklaring till ökningen av antalet förtidspensioner kunde vara ökade krav i arbetslivet. En av slutsatserna i undersökningen var dock att den ökade förekomsten av aktivitetsersättning troligtvis inte beror på dålig överensstämmelse mellan arbetslivets krav och kognitiv förmåga. Undersökningen visade vidare på att högre utbildning minskar sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning för män oavsett kognitiv förmåga.

Försäkringskassan har tidigare visat att sannolikheten att nybeviljas aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång är förhöjd för individer som är födda i slutet av året jämfört med individer födda i början av året. Nybeviljade aktivitetsersättningar för åren 2004, 2007 och 2011 studerades. Barn födda i slutet av respektive år (november/december) hade för åren 2007 och 2011 en klart förhöjd risk jämfört med att vara född i januari/februari samma år att nybeviljas aktivitetsersättning. Överrisken gällde särskilt för män och för aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång. (Försäkringskassan, 2013). Studien var begränsad till nya fall av aktivitetsersättning för några enstaka år och gav inga svar på om det fanns skillnader för olika diagnosgrupper.

Assistansersättning

Assistansreformen trädde i kraft 1994 och gav människor med omfattande funktionsnedsättningar rätt till en personlig assistans.

Assistansen lämnas till personer som ingår i någon av de fördefinierade personkretsarna i Lagen om stöd och service till viss funktionshindrade (LSS). Kravet för den statliga ersättningen är ett behov av minst 20 timmar per vecka för att tillgodose grundläggande behov i den dagliga livsföringen. De tre personkretsarna är:

- Personkrets 1: Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
- Personkrets 2: Personer med betydande begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranled av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Personkrets 3: Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed omfattande behov av stöd och service.

Under våren 1996 beslutade riksdagen om vissa ändringar inom den statliga assistansersättningen. Syftet var att få en bättre kostnadskontroll utan att grundprinciperna för personlig assistans påverkades. I det ursprungliga förslaget stod staten för alla kostnader gällande personlig assistans. I september 1997 genomfördes förändringen. De första 20 timmarna skulle fortsättningsvis finansieras av kommunerna och i regeringens vårproposition fanns även ett förslag om att assistansersättningen skulle schabloniseras och fastställas till ett visst belopp per timme.

Den 1 januari 2011 genomfördes en lagändring som möjligen kan tänkas påverka utfallet av antalet timmar. När en person har behov av mer än en personlig assistent samtidigt, får detta beviljas endast under förutsättning att möjligheterna att tillgodose behovet genom bostadsanpassning eller andra hjälpmedel har utretts (Socialdepartementet, 2009).

Sedan 2012 använder Försäkringskassan ett särskilt behovsbedömningsstöd i utredningar av assistansbehov. Instrumentet togs fram av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen. Enligt uppdraget skulle myndigheterna tillsammans utforma ett vetenskapligt beprövat instrument som skulle användas när behovet av personlig assistans ska utredas och bedömas. Instrumentet och en slutrapport överlämnades till regeringen 2011 (Socialstyrelsen, 2011).

Assistansersättningen är liksom vårdbidraget en bosättningsbaserad förmån inom socialförsäkringarna.

I en nyligen publicerad rapport från Försäkringskassan ”Assistansersättningens utveckling” (Försäkringskassan, 2015a) analyseras ökningen av antalet mottagare av ersättningen och antalet ersatta timmar från 1994–2014.

Antalet personer som får assistansersättning har ökat från 6 100 till 16 400 personer mellan åren 1994 och 2014. Under samma period har genomsnittligt antal timmar per person och vecka har ökat från 67 till 124. Det innebär att det totala antalet assistanstimmar ökat från 21 till 100 miljoner timmar på 20 år.

Ökningen av antalet personer har över tid sett olika ut för olika personkretsar och åldersgrupper. Personkrets 1 har ökat kontinuerligt. Personkrets 3 ökade fram till år 2009 och har därefter minskat, åtminstone bland vuxna upp till 64 år.

Två lagändringar har särskilt bidragit till att fler får assistansersättning: (1) införandet av ett femte grundläggande behov år 1996: *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, (2) borttagandet av en övre åldersgräns år 2001.

Det femte grundläggande behovet, förklarar till viss del ökningen av personkrets 1. Det är framför allt barn som beviljas tid för ”ingående kunskaper”. Ingående kunskaper har sedan år 1996 preciserats genom rättspraxis och normering så att det är liktydigt med ”aktiv tillsyn”. Det handlar om behov av övervakning på grund av psykiskt tillstånd, vilket innebär att det krävs ett utåtagerande aggressivt beteende samt en risk för allvarliga konsekvenser. Det har också, fram till 2015, handlat om övervakande karaktär på grund av medicinsk problematik.

En viss del av antalsökningen beror enligt analysen på att allt fler personer ansöker om assistansersättning. De diagnoser som ökat mest i personkretsen är autismliknande tillstånd (F84) och utvecklingsstörning (F70–F79).

Andelen personer som har en fysisk funktionsnedsättning har minskat från 90 till 80 procent. Bland barn är motsvarande andel ungefär 70 procent. Samtidigt ökar andelen personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Kombination av förmåner

Att beviljas aktivitetsersättning från juli det år man fyllt 19 har ofta föregåtts av andra stödformer. Såväl vårdbidrag som assistansersättning har ingen nedre åldersgräns och den statliga assistansersättningen kan i vissa fall betalas ut samtidigt med vårdbidrag (Försäkringskassan, 2012). Vårdbidrag betalas ut till en förälder med ett barn som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning är i behov av särskild tillsyn och vård. Vårdbidrag och aktivitetsersättning kan inte kombineras. I en tidigare undersökning av Försäkringskassan visade det sig att tre av fyra individer som beviljades aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga 2011 när de var 19–21 år hade minst en funktionshinderförmån innan. Av de individer som i oktober 2011 uppbar aktivitetsersättning hade 18 procent minst en parallell funktionshinderförmån (Försäkringskassan, 2013). För våra analyser innebär detta att det till viss del är samma individer som studeras ur olika aspekter.

Data

Studien är baserad på individdata från Försäkringskassans register, med uppgifter om alla som är födda i Sverige⁴. Vår population är uppbyggd på samma sätt för alla utfall, men de specifika kohorterna som studeras beror av hur länge förmånen ifråga har funnits. Vi definierar kohorten 93 som inbegripande de individer som fötts antingen 2–31 december 1993 eller 2–31 januari 1994.⁵ Vidare avgränsas populationen till födda i Sverige och samt folkbokförda i Sverige vid minst ett tillfälle under perioden 2003 till 2014. Valet av period är definierat utifrån när förmånen aktivitetsersättning existerat, så att födelseår inte ska påverka exponeringstid. Populationerna överlag har anpassats till förmånen aktivitetsersättning. Tabell 2 nedan anger vilka kohorter som ingår i populationen för respektive utfall. I tabellens högra kolumn anges hur utfallen har definierats.

Tabell 2 **Beskrivning av populationer**

Utfall	Populationsavgränsning (kohorter)	Utfallet mätt under perioden
Vårdbidrag	84–93	Fr.o.m. 1993-09-01 ⁶
Aktivitetsersättning för förlängd skolgång	84–93	Positivt utfall om individen någonsin beviljats förmånen
Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga	74–93	Positivt utfall om individen någonsin beviljats förmånen
Förtidspension, sjukersättning eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga	74–93	Positivt utfall om individen innehaft förmånen efter 19 års ålder
Assistansersättning	74–93	Positivt utfall om individen någonsin beviljats förmånen

I vidare analyser studeras utfallen uppdelat utifrån orsak till förmånen, eller någon indikation på orsaken. Aktivitetsersättning studeras utifrån de fem vanligaste diagnosgrupperna och assistansersättningen analyseras utifrån sin

⁴ I Försäkringskassans datalager finns uppgifter om Sveriges befolkning samt omfattande information över Försäkringskassans förmåner. Våra analyser utgår främst från analysdatabasen MiDAS men i de fall förmånerna saknas (exempelvis uppgifter om assistansersättning och vårdbidrag) har vi bearbetat grunddata.

⁵ I våra grunddata finns problem med att 1:a januari som födelsedag innehåller fler observationer än vad som är rimligt. En trolig anledning är att ett okänt födelsedatum kodas om till just 1:a januari, samt att uppgifter om födelseland inte är helt korrekta. För att inte detta ska påverka resultaten exkluderas individer födda denna dag.

⁶ Begränsning pga. datatillgång.

tre delade orsaksangivelse. För vårdbidraget kan vi inte se barnets diagnos, men om förmånen betalats ut motsvarande deltid, heltid, eller mer än heltid. Populationen delas i tillägg upp utifrån kön, region, samt föräldrarnas högsta utbildningsnivå. Detaljerad information över de olika indelningarna redovisas i Bilaga 2.

Metod

Vi jämför individer födda på var sin sida av ett årsskifte. Studien är upplagd som en epidemiologisk studie där exponeringen är tidig skolstart och jämförs med senare skolstart. Biologiskt sett finns i princip ingen skillnad mellan grupperna vi jämför. De som föds under januari kommer dock att börja skolan ett år senare. De som är födda i december kommer att börja skolan ett år tidigare och därmed vara relativt unga i förhållande till läroplan och skolkamrater.

För varje förmån har Odds kvoter (OR) beräknats. Oddskvoten och Relativa Risken (RR) är i princip helt jämförbara med varandra när prevalensen för utfallet är lågt, vilket gäller i detta sammanhang. Av en årskull på 100 000 barn beräknas mindre än 3 procent av barnen beviljas aktivitetsersättning, den vanligaste av de studerade förmånerna. Barn födda i januari har använts som referens med värdet 1,0. Värdet över 1,0 för barn födda i december innebär att de som exponerats för tidig skolstart har en överrisk för att ha mottagit förmånen.

Alla analyser är gjorda både med och utan kontroll för födelseår och moderns respektive faderns utbildningsnivå. Notera att födelseår kontrolleras för genom att lägga in kontroller för individens kohort definierad som beskrivs i dataavsnittet, så att december och januari påföljande år kategoriseras till samma kohort, medan januari och december samma kalenderår kategoriseras som olika kohorter. Detta för att undvika att årskullskontrollerna ska plocka upp skillnaden vid årsskiftet. Vidare har analyserna även gjorts uppdelat på region, samt genom att jämföra barn födda under januari och december samma kalenderår.

Slutligen försöker vi beräkna hur många ”extra fall” som händelsen tidig skolstart kan medföra. Inom epidemiologin kallas detta för beräkning av den etiologiska fraktionen. För vanliga händelser blir antalet ”extra fall” stor även om den relativa risken är liten. För ovanliga händelser blir antalet ”extra fall” litet trots att den relativa risken kan vara stor. Antalet ”extra fall” är beräknat genom: $(OR * \text{Incidensen i januari}) - \text{incidensen i januari}$ (s.k. bakgrundsincidens).⁷

⁷ Eftersom våra resultat sannolikt gäller barn födda sent på året i bredare termer än just december medan vi baserar denna analys på specifikt decemberbarnen innebär beräkningarna en viss underskattning av problemet.

Resultat

Huvudresultatet i denna undersökning är att barn födda mellan den 2 och 31 december har en överrisk senare i livet att behöva stöd från socialförsäringen jämfört med barn födda månaden efter samma årsskifte. När vi kontrollerar för kohorteffekter och föräldrars utbildning påverkas inte resultaten (se Bilaga 1). Resultaten kan inte heller avgränsas till en specifik geografiskt eller ekonomiskt definierad del av landet.

Vårdbidrag

Relativa risken (OR) för vårdbidrag till föräldrar för barn födda i slutet av året jämfört med barn födda efter årsskiftet var 1,12 (1,07–1,18). Den var signifikant högre för pojkar, 1,15 (1,08–1,21) och marginellt förhöjd för flickor, 1,09 (1,01–1,17). För partiella vårdbidrag var relativa risken signifikant förhöjd 1,11 (1,06–1,17)

Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång

Relativa risken, (OR) för barn, födda i december att beviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång var 1,20 (1,13–1,28). Risken var något högre för unga män 1,23 (1,13–1,34) än för unga kvinnor 1,17 (1,06–1,29) .

Relativa risken (OR) för olika diagnoser vid förlängd skolgång framgår av tabellen nedan. Högst var den för män med beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom, ungdomstid, F 90–98, där diagnosen ADHD ingår. För män var den 1,47 (1,11–1,93) och för kvinnor något lägre och inte signifikant förhöjd 1,10 (0,80–1,52). Även för diagnoserna F 70–79 samt F 80–89 uppvisade decemberbarnen avsevärda och signifikanta överrisker oavsett kön. Där diagnos saknas i registren, vilket är vanligt när barnet går i särskola fanns ingen skillnad mellan att vara född i januari eller december. Detta gäller för både kvinnor och män.

Tabell 3 Relativ risk för olika diagnosgrupper att ha aktivitetsersättning för förlängd skolgång

Födda 1984–1994	Kvinnor OR (95 % KI)	Män OR (95 % KI)
F 70–79 Psykisk utvecklingsstörning	1,45* (1,19–1,75)	1,35* (1,15–1,59)
F 80–89 Störning av psykisk utveckling	1,42* (1,11–1,82)	1,42* (1,19–1,71)
F 40–48 Neurotiska, stressrelaterade och som autoforma syndrom	1,41 (0,85–2,36)	0,46 (0,20–1,04)
F 90–98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom, ungdomstid	1,10 (0,80–1,52)	1,47* (1,11–1,93)
F 30–39 Förstämningssyndrom	1,62 (0,81–3,21)	0,83 (0,39–1,79)
Diagnos saknas (unga i särskola)	0,86 (0,71–1,04)	0,99 (0,83–1,18)

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari) samma år. Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Aktivitetsersättning (förtidspension m.m.) vid nedsatt arbetsförmåga

Även för dessa stödformer finns en överrisk för unga vuxna födda i december att behöva stöd från socialförsäkringen. Relativa risken för barn födda i december att ha uppburit någon form av förtidspension var 1,16 (1,11–1,20). Marginellt högre för män 1,17 (1,11–1,23) än för kvinnor 1,14 (1,08–1,20). OR enbart för aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga var lika för kvinnor och män 1,14 (1,08–1,21).

Relativa risken för enbart aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga inom olika diagnoser framgår av tabellen nedan. Något överraskande var den högst för kvinnor med beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom, ungdomstid, F 90–98, där diagnosen ADHD ingår. För kvinnor var den 1,36 (1,11–1,66) och för män 1,20 (1,02–1,43)

Tabell 4 Relativ risk (OR) för olika diagnosgrupper att ha aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Födda 1974–1994	Kvinnor OR (95 % KI)	Män OR (95 % KI)
F 70–79 Psykisk utvecklingsstörning	1,11 (0,95–1,30)	1,27* (1,10–1,47)
F 80–89 Störning av psykisk utveckling	1,13 (0,96–1,33)	1,25* (1,10–1,41)
F 40–48 Neurotiska, stressrelaterade och som autoforma syndrom	1,11 (0,95–1,30)	0,98 (0,80–1,19)
F 90–98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom, ungdomstid	1,36* (1,11–1,66)	1,20* (1,02–1,43)
F 30–39 Förstämningssyndrom	1,32* (1,11–1,56)	0,89 (0,70–1,13)

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari kommande år). Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Assistansersättning

Slutligen har vi även funnit en överrisk för barn födda i slutet av året att beviljas assistansersättning 1,16 (1,01–1,32) jämfört med barn födda direkt efter årsskiftet. Skillnaden kan i princip helt tillskrivas män 1,26 (1,06–1,51).

Regionala skillnader

För att studera eventuella regionala skillnader har vi dels använt län som indelning dels SKL:s regionindelning. Vi kan inte se några systematiska skillnader vid dessa genomgångar. Resultaten redovisas i bilaga 2.

Föräldrars utbildning

När det gäller föräldrars utbildningsnivå och relativa risker för barn födda i december att uppbära en socialförsäkringsförmån är det framförallt barn till föräldrar med högst gymnasial utbildning som har signifikanta överrisker. Detta gäller för samtliga förmåner. Överriskerna för decemberbarnen bland barn till lågutbildade motsvarar 18 procent för vårdbidrag (OR 1,18; KI 1,11–1,25), 24 procent för aktivitetsersättning för förlängd skolgång (OR 1,24; KI 1,14–1,34), 16 procent för aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (OR 1,16; KI 1,10–1,22) och 30 procent för assistansersättning (OR 1,30; KI 1,09–1,55). För barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning var överriskerna för decemberbarnen genomgående lägre, och signifikant skilda från noll enbart för aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (OR 1,10; CI: 1,03–1,18)

Känslighet

För att försöka utesluta att någon annan faktor än den förväntade skolstartsåldern kan ligga bakom resultaten har vi genomfört analyserna med lite olika specifikationer. Vi har kontrollerat för barnets födelsekohort, samt för moderns samt faderns utbildning (se Bilaga 1). Vi har avgränsat tidsperioden ytterligare och jämfört barn födda i andra halvan av december med barn födda i första halvan av januari påföljande år. Slutligen har vi jämfört barn med olika biologisk ålder, men födda samma kalenderår. Ingen av dessa specifikationsförändringar har lett till kvalitativt annorlunda resultat än de redovisade.

Antalet extra fall (den etiologiska fraktionen)

Vi antar att den enda skillnaden mellan barn födda mellan den 2 och 31 december och barn födda mellan den 2 och 31 januari är den relativa ålderskillnaden vid skolstart. Den beräkning vi gör av antalet ”extra fall” per år är enbart för 2–31 december och är naturligtvis en underskattning av den sammanlagda omfattningen för ett helt år.

För aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång motsvarar den skattade överrisken cirka 30 individer per födelsekohort. För Aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga (inklusive förtidspension, sjukbidrag, tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning) och vårdbidrag är motsvarande siffra cirka 35 individer per kohort. För assistansersättningen avslutningsvis resulterar överrisken i cirka 2 extra individer per kohort.⁸

⁸ Notera att siffrorna inte kan adderas, eftersom samma individ kan vara föremål för flera ersättningar.

Diskussion

Barn har olika behov av stöd under uppväxten och de behöver olika lång tid för övergången till att bli självförsörjande vuxna. I den övergången kan socialförsäkringen fungera som stöd. Ersättning för ett funktionshinder kan samtidigt ses som en indikation på att något är mindre bra. Skillnader i ersättningssannolikhet mellan olika grupper säger därmed något om gruppernas livssituation. I denna studie har vi jämfört sannolikheten att ha mottagit olika ersättningar inom funktionshinderområdet mellan individer födda i december och individer födda i januari påföljande år. Den biologiska skillnaden mellan de grupper vi jämför är i princip obefintlig, medan skolstartsåldern skiljer nästan ett år. Den stora majoriteten svenska barn startar skolan året de fyller sju.⁹ För barn födda i januari betyder det en skolstart vid sju och ett halvt års ålder, medan barn födda i december startar skolan vid sex och ett halvt års ålder. I denna text undersöker vi om en tidig skolstart, och medföljande minskade sannolikhet för att vara skolmogen, ger konsekvenser längre fram i livet.

Vi finner att barn födda i december har en förhöjd sannolikhet att motta ersättningar inom funktionshinderområdet. De olika förmånerna har olika utformning och är tänkta att möta olika typer av behov, men resultaten gäller för alla förmåner vi har studerat. Barn födda i slutet av året har en överrisk för vårdbidrag (OR 1,12), aktivitetsersättning för förlängd skolgång (OR 1,20), sjuk- och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (OR 1,16), samt assistansersättning (OR 1,16). Resultaten är robusta och kvarstår även när vi kontrollerar för individens bakgrund samt när vi avgränsar födelseperioden allt snävare. Resultaten kan inte avgränsas till någon specifik del av landet.

Hur kan våra resultat förklaras? Att vara född i slutet av året och alltså ha relativt låg ålder vid skolstart har tidigare visats ha negativa effekter för utbildning, särskilt för barn till föräldrar med låg utbildning (IFAU, 2006). Effekten går via att tidig skolstart ökar risken att inte arbeta alls. Trots försök till individuell anpassning vet vi att en del barn har svårare för klassrumssituationen och det teoretiska materialet än andra. En tolkning är att tidig skolstart har långsiktigt negativa konsekvenser för barn vars underliggande sannolikhet att klara skolan och komma in på arbetsmarknaden är låg.

⁹ Bland decemberbarnen startar 0,02 procent skolan ett år tidigare än förväntat och 8,84 procent startar ett år senare. Bland januaribarnen startar 2,58 procent skolan ett år tidigare än förväntat och 0,79 procent startar ett år senare (IFAU, 2006). Att det finns en viss flexibilitet drar sannolikt våra resultat mot 0, dvs. vi underskattar effekten av tidig skolstart. Våra resultat är dock i överrensstämelse med de-facto effekten för decemberbarnen, dvs. effekten av *förväntad* tidig skolstart.

Nytan av en diagnos för att få tillgång till stöd i skolan innebär att svårigheterna kan komma att medikaliseras, vilket i nästa steg kan öka sannolikheten för att söka och motta ersättning från socialförsäkringarna. Den relativa åldern vid skolstart har visats ha betydelse för såväl diagnostisering som för behandling av ADHD (Elder, 2010; Evans, m.fl., 2010; Halldner, m.fl., 2014; Morrow, m.fl., 2012). Även våra resultat visar att överrisken för decemberbarnen är särskilt uttalad för diagnoser inom beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom, ungdomstid, F 90–98, där diagnosen ADHD ingår. Individer med ADHD-diagnos har också högre sannolikhet att senare i livet beviljas förtidspension (Mordre m.fl., 2012). En historik av att ha mottagit ersättning från socialförsäkringarna kan i nästa steg öka sannolikheten att fortsättningsvis söka och erbjudas ersättning och därmed skapa en slags inläsningseffekt.

Att tidig skolstart leder till minskad sannolikhet för skolmognad innebär att decemberbarnen har ökad risk att inte kunna tillgodogöra sig skolans material. Detta i sin tur kan leda till en skolgång med lägre kunskaps- och förmågeutveckling, och därför lägre grad av vidareutbildning, och större svårigheter med att nå upp till arbetslivets krav. Det är nära till hands att tro att denna mekanism kan vara en del bakom resultaten som Fredriksson och Öckert (2006) redovisar (IFAU, 2006). Skolmognad lyfts fram inom den pedagogiska litteraturen som central för att barnet ska kunna tillgodogöra sig skolmaterialet framgångsrikt (Duncan m.fl., 2007; Ramey m.fl., 2004; Romano m.fl., 2010). Om skolmognad ligger bakom brister i lärandet har skolan misslyckats inte bara med att ge barnen bästa möjliga förutsättningar för lärande, utan även med de utjämnande mål som skolan har. De svagaste eleverna får en sämre kunskapsutveckling än de hade kunnat få i en mer individanpassad skola.

Båda dessa potentiella mekanismer indikerar att konsekvenser av relativ ung ålder borde vara som störst just för barn som är på gränsen till att vara i behov av ersättningar från socialförsäkringarna inom funktionshinderområdet. En följd borde vara att överriskerna är extra tydliga för grupper av barn med lägre generell sannolikhet för skolmognad. Våra resultat pekar också i denna riktning. Överriskerna är starkare för pojkar samt för barn till lågutbildade. Dessa grupper är även de med högst generell risk att motta förmåner inom funktionshinderområdet.

Sammanfattningsvis har vi visat att det finns en klar överrisk för att uppbära någon form av funktionshinderförmån på grund av att vara född i slutet av året jämfört med i början av året. Ett antal individer kommer varje år på grund av sitt födelsedatum riskera ett livslångt utanförskap och en relativ fattigdom. Vi har beräknat antalet ”extra” individer födda i december som direkt på grund av relativt tidig skolstart i dagläget är i behov av ersättningar från Försäkringskassan. Vi vill dock framhålla att frågan om effekter av skolmognad är en väsentligt större fråga än bara gällande barn födda sent på året.

Av skolans portalparagraf framgår att hänsyn ska tas till barns olika behov:

” ... (Skolan) ska främja alla barns och elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära. (...) hänsyn (ska) tas till barns och elevers olika behov. Barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens och elevernas förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen.

Socialförsäkringen ska ekonomiskt skydda i olika situationer i livet när vi har behov av det. För att försäkringen ska fungera väl och inte överbelastas krävs att andra samhällssektorer som skolan i detta fall också klarar sina uppgifter väl. Misslyckanden i skolan kan lätt resultera i kraftigt minskade möjligheter att försörja sig genom eget arbete vilket skapar behov av ersättning från socialförsäkringen.

I en nyligen publicerad kartläggning av folkhögskolornas lärmiljöer för deltagare med funktionsnedsättningar redovisas en kraftig ökning av antalet deltagare med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning de senaste åren. Totalt har andelen som studerar på folkhögskola med någon form av funktionsnedsättning ökat från 19 procent vårterminen 1997 till 33 procent vårterminen 2013 (Nylander m.fl., 2015). Det är naturligtvis positivt att folkhögskolorna på detta sätt kan ge unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar en ny chans att fullgöra sina studier. Frågan är dock om inte en mer individanpassad skola är ett bättre alternativ.

Vi vill betona att orsaken bakom relativ skolomognad sannolikt inte spelar så stor roll för barnet som befinner sig i en allt för krävande situation. Analysen av betydelsen av relativ ålder vid skolstart ska snarare ses som en designfråga, ett försök att jämföra två grupper som endast skiljer sig åt i form av sin relativa mognad. Resultaten kan således antas gälla relativt skolomogna barn generellt, oavsett det specifika barnets skäl till skolomognaden.

Referenser

Andersson, D., & Gustafsson, P. (2008). *Född i december – född förlorare? : en studie om elevers betyg i idrott och hälsa i relation till födelsedatum och kön*. C-uppsats, Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm.

Baker, J., Janning, C., Wong, H., Cobley, S., & Schorer, J. (2014). Variations in relative age effects in individual sports: Skiing, figure skating and gymnastics. *European Journal of Sport Science*, 14(sup1), S183–S190.

Bruner, M. W., Macdonald, D. J., Pickett, W., & Côté, J. (2011). Examination of birthplace and birthdate in world junior ice hockey players. *Journal of sports sciences*, 29(12), 1337–1344.

Duncan, G. J., Dowsett, C. J., Claessens, A., Magnuson, K., Huston, A. C., Klebanov, P., . . . Brooks-Gunn, J. (2007). School readiness and later achievement. *Developmental psychology*, 43(6), 1428.

Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of health economics*, 29(5), 641–656.

Evans, W. N., Morrill, M. S., & Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of health economics*, 29(5), 657–673.

Försäkringskassan. (2012). Vårdbidraget. Utvecklingen fram till i dag och försörjningssituationen i morgon *Socialförsäkringsrapport* (Vol. 2012:8). Stockholm.

Försäkringskassan. (2013). Tio år med aktivitetsersättning *Socialförsäkringsrapport* (Vol. 2013:2). Stockholm.

Försäkringskassan. (2015a). Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar *Socialförsäkringsrapport* (Vol. 2015:13). Stockholm.

Försäkringskassan. (2015b). Evidence-based methods for enhancing the labourforce entrance of people with mental disabilities (Vol. Socialförsäkringsrapport 2015:10). Stockholm.

Halldner, L., Tillander, A., Lundholm, C., Boman, M., Långström, N., Larsson, H., & Lichtenstein, P. (2014). Relative immaturity and ADHD: findings from nationwide registers, parent-and self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 897–904.

- IFAU. (2006). Är det bättre att börja skolan tidigare? (Vol. 2006:12). Uppsala: IFAU (Institutet för Arbetsmarknads- och Utbildningspolitisk Utvärdering).
- ISF. (2015). Kognitiv förmåga och aktivitetsersättning (Vol. Arbetsrapport 2015:2): ISF (Inspektionen för Socialförsäkringen).
- Julin, A. L. (1982). Den okända utslagningen. *Friidrott, 4/1982*.
- Kaltenbrunner Bernitz, B., Grees, N., Jakobsson Randers, M., Gerner, U., & Bergendorff, S. (2013). Young adults on disability benefits in 7 countries. *Scandinavian journal of public health, 41*(12 suppl), 3–26.
- Marklund, S. (1982). *Skolsverige 1950–1975. D. 2, Försöksverksamheten*. Stockholm: Liber/Utbildningsförl.
- Mordre, M., Groholt, B., Sandstad, B., & Myhre, A. M. (2012). The impact of ADHD symptoms and global impairment in childhood on working disability in mid-adulthood: a 28-year follow-up study using official disability pension records in a high-risk in-patient population. *BMC psychiatry, 12*(1), 1.
- Morrow, R. L., Garland, E. J., Wright, J. M., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C. R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal, 184*(7), 755–762.
- Nolan, J. E., & Howell, G. (2010). Hockey success and birth date: The relative age effect revisited. *International Review for the Sociology of Sport, 45*(4), 507–512.
- Nylander, E., Bernhard, D., Rahm, L., & Andersson, P. (2015). oLikaTillSAMmanS: En kartläggning av folkhögskolors lärmiljöer för deltagare med funktionsnedsättningar.
- Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (2004). Early learning and school readiness: Can early intervention make a difference? *Merrill-Palmer Quarterly, 50*(4), 471–491.
- Riksförsäkringsverket. (2002). Vårdbidragen ökar – en kartläggning av orsakerna (Vol. RFV Analyserar 2002:10).
- Riksförsäkringsverket. (2003). Ökning av antalet vårdbidrag – perspektiv från flera myndigheter (Vol. ANSER 2003:2).
- Riksrevisionen. (2015). Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? (Vol. RiR 2015:7).
- Romano, E., Babchishin, L., Pagani, L. S., & Kohen, D. (2010). School readiness and later achievement: Replication and extension using a nationwide Canadian survey. *Developmental psychology, 46*(5), 995.

Socialdepartementet. (2009). *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet.*

Socialstyrelsen. (2011). Behov av personlig assistans. Ett instrument som stöd vid bedömning. (Vol. 2011-8-15, pp. 30). Stockholm.

Socialstyrelsen. (2014). Utredning och diagnostik av adhd hos barn och ungdomar.

SOU. (2008). *Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen.* Stockholm: Fritzes.

Svensson, A. (1993). HAR ÅLDERN NÅGON BETYDELSE? Skolanpassning och skolframgång bland elever födda i början respektive slutet av året (Vol. Rapport nr 1993:04, pp. 45). Göteborg: Institutionen för pedagogik, Göteborgs universitet.

Bilaga 1 Resultattabeller

Tabell 1 Relativ risk att ha erhållit vårdbidrag

	Andel med ersättning	Antal med ersättning	I OR (95 % KI)	II OR (95 % KI)	III OR (95 % KI)	IV OR (95 % KI)
Totalt	0,0438	7 231	1,12* (1,07–1,18)	1,12* (1,07–1,17)	1,11* (1,06–1,17)	1,12* (1,07–1,18)
Män	0,0531	4 521	1,15* (1,08–1,22)	1,14* (1,08–1,21)	1,14* (1,07–1,21)	1,14* (1,07–1,21)
Kvinnor	0,0338	2 710	1,09* (1,01–1,17)	1,09* (1,01–1,17)	1,08* (1,00–1,17)	1,10* (1,01–1,18)
Föräldrars utbildning						
Låg	0,0501	4 400	1,18* (1,11–1,25)	1,17* (1,11–1,25)		
Hög	0,0367	2 830	1,03 (0,96–1,11)	1,03 (0,95–1,11)		
Partiell	0,0385	6 359	1,11* (1,06–1,17)	1,11* (1,06–1,17)	1,10* (1,05–1,16)	1,11* (1,06–1,17)
100 procent	0,0093	1 542	1,07 (0,97–1,19)	1,07 (0,97–1,18)	1,07 (0,96–1,18)	1,07 (0,97–1,18)
Över hundra procent	0,0017	289	1,41* (1,12–1,77)	1,40* (1,11–1,76)	1,38* (1,10–1,74)	1,38* (1,10–1,74)

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari kommande år). Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Modell I är en jämförelse av individer födda december mot individer födda januari påföljande år. Modell II innehåller kontroller för individens födelsekohort. Modell III innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns utbildning. Modell IV innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns och två för faderns utbildning. Antalet individer som kan inkluderas i analysen minskar något när kontrollvariabler med bortfall används, minskningen av individer som erhållit förmånen understiger 0.4 procent vid kontroll för moderns utbildning och 1.9 procent vid kontroll för både moderns och faderns utbildning. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Tabell 2 Relativ risk att ha erhållit aktivitetsersättning för förlängd skolgång

	Andel med ersättning	Antal med ersättning	I OR (95 % KI)	II OR (95 % KI)	III OR (95 % KI)	IV OR (95 % KI)
Totalt	0,0231	3 822	1,20* (1,13–1,28)	1,20* (1,13–1,28)	1,19* (1,11–1,27)	1,20* (1,13–1,28)
Män	0,0257	2 189	1,23* (1,13–1,34)	1,22* (1,12–1,33)	1,21* (1,11–1,31)	1,22* (1,12–1,33)
Kvinnor	0,0204	1 633	1,17* (1,06–1,29)	1,17* (1,06–1,29)	1,17* (1,06–1,29)	1,19* (1,07–1,31)
Föräldrars utbildning						
Låg	0,0292	2 563	1,24* (1,14–1,34)	1,24* (1,14–1,34)		
Hög	0,0163	1 257	1,11 (0,99–1,24)	1,10 (0,99–1,24)		
Diagnos Saknas	0,0057	939	0,93 (0,82–1,06)	0,92 (0,81–1,05)	0,91 (0,80–1,04)	0,91 (0,80–1,04)
F80–F89	0,0043	718	1,42* (1,23–1,64)	1,42* (1,22–1,64)	1,41* (1,22–1,63)	1,43* (1,23–1,66)
F70–F79	0,0061	1 013	1,39* (1,23–1,57)	1,39* (1,23–1,57)	1,37* (1,21–1,55)	1,38* (1,22–1,56)
F40–F48	0,0005	88	0,99 (0,66–1,52)	0,99 (0,66–1,52)	0,98 (0,65–1,50)	1,03 (0,67–1,57)
F90–F98	0,0021	354	1,30* (1,05–1,60)	1,29* (1,05–1,60)	1,29* (1,04–1,58)	1,34* (1,09–1,66)
F30–F39	0,0004	60	1,20 (0,72–1,99)	1,20 (0,72–1,99)	1,20 (0,72–1,99)	1,16 (0,70–1,94)

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari kommande år). Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Modell I är en jämförelse av individer födda december mot individer födda januari påföljande år. Modell II innehåller kontroller för individens födelsekohort. Modell III innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns utbildning. Modell IV innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns och två för faderns utbildning. Antalet individer som kan inkluderas i analysen minskar något när kontrollvariabler med bortfall används, minskningen av individer som erhållit förmånen understiger 0,3 procent vid kontroll för moderns utbildning och 2,5 procent vid kontroll för både moderns och faderns utbildning. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Tabell 3 Relativ risk att ha erhållit aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

	Andel med ersättning	Antal med ersättning	I OR (95 % KI)	II OR (95 % KI)	III OR (95 % KI)	IV OR (95 % KI)
Totalt	0,0298	9 073	1,14* (1,10–1,19)	1,15* (1,10–1,20)	1,14* (1,10–1,19)	1,15* (1,10–1,20)
Män	0,0284	4 438	1,14* (1,08–1,21)	1,15* (1,08–1,22)	1,14* (1,07–1,21)	1,15* (1,08–1,22)
Kvinnor	0,0314	4 635	1,14* (1,08–1,21)	1,15* (1,08–1,22)	1,15* (1,08–1,21)	1,15* (1,08–1,22)
Föräldrars utbildning						
Låg	0,0354	5 956	1,16* (1,10–1,22)	1,16* (1,10–1,22)		
Hög	0,023	3 105	1,10* (1,03–1,18)	1,11* (1,03–1,19)		
Diagnos Saknas	0,0005	156	1,1 (0,81–1,51)	1,10 (0,81–1,51)	1,11 (0,81–1,52)	1,06 (0,77–1,46)
F80–F89	0,0052	1 583	1,20* (1,09–1,32)	1,21* (1,09–1,33)	1,20* (1,09–1,33)	1,20* (1,09–1,33)
F70–F79	0,0045	1 361	1,19* (1,07–1,33)	1,20* (1,08–1,34)	1,19* (1,06–1,32)	1,20* (1,07–1,33)
F40–F48	0,0034	1 042	1,06 (0,94–1,20)	1,06 (0,94–1,20)	1,07 (0,95–1,21)	1,08 (0,96–1,23)
F90–F98	0,003	913	1,26* (1,11–1,44)	1,27* (1,12–1,45)	1,26* (1,10–1,43)	1,27* (1,11–1,45)
F30–F39	0,0027	815	1,16* (1,01–1,33)	1,16* (1,02–1,34)	1,16* (1,01–1,33)	1,18* (1,03–1,36)

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari kommande år). Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Modell I är en jämförelse av individer födda december mot individer födda januari påföljande år. Modell II innehåller kontroller för individens födelsekohort. Modell III innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns utbildning. Modell IV innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns och två för faderns utbildning. Antalet individer som kan inkluderas i analysen minskar något när kontrollvariabler med bortfall används, minskningen av individer som erhållit förmånen understiger 1,6 procent vid kontroll för moderns utbildning och 4,3 procent vid kontroll för både moderns och faderns utbildning. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Tabell 4 Relativ risk att ha erhållit förtidspension eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

	Andel med ersättning	Antal med ersättning	I OR (95 % KI)	II OR (95 % KI)	III OR (95 % KI)	IV OR (95 % KI)
Totalt	0,0384	11 678	1,16* (1,11–1,20)	1,16* (1,11–1,20)	1,15* (1,11–1,19)	1,16* (1,11–1,20)
Män	0,0364	5 703	1,17* (1,11–1,23)	1,17* (1,11–1,24)	1,17* (1,11–1,23)	1,17* (1,11–1,24)
Kvinnor	0,0405	5 975	1,14* (1,08–1,20)	1,14* (1,08–1,20)	1,14* (1,08–1,20)	1,14* (1,08–1,20)
Föräldrars utbildning						
Låg	0,0461	7 753	1,16* (1,11–1,21)	1,16* (1,11–1,21)		
Hög	0,0289	3 903	1,13* (1,06–1,21)	1,13* (1,06–1,21)		

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari kommande år). Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Modell I är en jämförelse av individer födda december mot individer födda januari påföljande år. Modell II innehåller kontroller för individens födelsekohort. Modell III innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns utbildning. Modell IV innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns och två för faderns utbildning. Antalet individer som kan inkluderas i analysen minskar något när kontrollvariabler med bortfall används, minskningen av individer som erhållit förmånen understiger 1,1 procent vid kontroll för moderns utbildning och 4,6 procent vid kontroll för både moderns och faderns utbildning. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Tabell 5 Relativ risk att ha erhållit assistansersättning

	Andel med ersättning	Antal med ersättning	I OR (95 % KI)	II OR (95 % KI)	III OR (95 % KI)	IV OR (95 % KI)
Totalt	0,0028	842	1,16* (1,01–1,33)	1,16* (1,01–1,33)	1,15* (1,00–1,32)	1,15* (1,00–1,32)
Män	0,0031	495	1,26* (1,06–1,51)	1,26* (1,06–1,51)	1,25* (1,05–1,50)	1,24* (1,04–1,49)
Kvinnor	0,0024	347	1,02 (0,83–1,26)	1,02 (0,83–1,27)	1,02 (0,83–1,26)	1,04 (0,84–1,29)
Föräldrars utbildning						
Låg	0,003	503	1,30* (1,09–1,55)	1,30* (1,09–1,55)		
Hög	0,0025	336	0,96 (0,77–1,19)	0,96 (0,78–1,19)		
Saknas/okänd	0,0001	19	0,69 (0,27–1,76)	0,69 (0,27–1,75)	0,75 (0,29–1,93)	0,65 (0,24–1,74)
Personkrets 1	0,0019	585	1,17 (0,99–1,38)	1,17 (0,99–1,38)	1,17 (0,99–1,38)	1,16 (0,99–1,37)
Personkrets 2	0,0001	21	1,31 (0,56–3,08)	1,29 (0,55–3,05)	1,29 (0,55–3,05)	1,44 (0,60–3,47)
Personkrets 3	0,0007	217	1,16 (0,89–1,51)	1,16 (0,89–1,51)	1,12 (0,86–1,47)	1,16 (0,88–1,52)

Notis: Uppföljningstiden är 2003–2015. Relativt yngre (födda i december) jämförda med relativt äldre (födda i januari kommande år). Ingen överrisk motsvarar OR = 1. 95 % konfidensintervall inom parentes. Modell I är en jämförelse av individer födda december mot individer födda januari påföljande år. Modell II innehåller kontroller för individens födelsekohort. Modell III innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns utbildning. Modell IV innehåller kontroller för födelsekohort samt två dummyvariabler för moderns och två för faderns utbildning. Antalet individer som kan inkluderas i analysen minskar något när kontrollvariabler med bortfall används, minskningen av individer som erhållit förmånen understiger 5,3 procent vid kontroll för moderns utbildning och 10,6 procent vid kontroll för både moderns och faderns utbildning. Resultat signifikanta på 95 %-nivå är markerade med *.

Bilaga 2 Variabeldefinitioner

Tabell 1 Variabeldefinitioner

	Kod
Diagnosgrupp (Aktivitetsersättning)	
Psykisk utvecklingsstörning	F70–F79 (icd-10)
Störning av psykisk utveckling	F80–F89 (icd-10)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	F40–F48 (icd-10)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut under barndom, ungdomstid	F90–F98 (icd-10)
Förstämningssyndrom	F30–F39 (icd-10)
Personkrets (Assistansersättning)	
Utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.	Personkrets 1
Betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder. Skadan ska ha uppstått genom yttre våld eller kroppslig sjukdom.	Personkrets 2
Andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, som inte beror på normalt åldrande. Funktionshindren ska vara så pass stora att de orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.	Personkrets 3
Förälders högsta utbildning (heterogenitet)	
Låg	Gymnasium eller lägre
Hög	Eftergymnasial utbildning
Moders/Faders utbildning (kontrollvariabler)	
Ej gymnasium	0/1
Gymnasium	referenskategori
Eftergymnasial utbildning	0/1
Regionindelning	
Länsindelning	
SKL:s kommungruppsindelning	http://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungr uppsindelning.2051.html

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2016:

- 2016:1 Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkringsprocessen
- 2016:2 Nöjd eller missnöjd med Försäkringskassan? Problem, styrkor och de viktigaste förbättringsområdena
- 2016:3 Barns relativa ålder och funktionsnedsättning. Betydelsen av att vara född i slutet av året för vårdbidrag, aktivitetsersättning och assistansersättning