

Fyraåringskontrollens hälsopolitiska betydelse

Bengt Höjer

Charlotta Sterky

Göran Sterky

Nedanstående artikel behandlar frågor om betydelsen av besluten om allmän fyraåringskontroll i barnhälsovården samt i vilken utsträckning de hälsopolitiska målen bakom detta beslut har uppfyllts. Ett syfte med studien är att dra uppmärksamheten till betydelsen av ett statsvetenskapligt perspektiv på hälso- och sjukvården i allmänhet och barnhälsovården i synnerhet. Sammanfattningsvis konstateras att reformen trots ett omfattande förarbete kom att vila på osäker grund såväl vad gällt beslutens innebörd som tillgängliga resurser. Dessutom visar sig flertalet av de föreslagna screeningmetoder som mindre lämpade för att identifiera behandlingsbara och viktiga avvikelser. Trots detta synes reformen haft avgörande betydelse för en snabb utbyggnad av barnhälsovården med hälsoövervakning av alla fyraåringar i Stockholms läns landsting.

Bengt Höjer, med dr, är överläkare inom barnhälsovården i Stockholm, Charlotta Sterky, fil kand, informationssekreterare vid Rädda Barnen och Göran Sterky, med dr, professor vid enheten för internationell hälso- och sjukvårdsforskning, Karolinska institutet.

Få undersökningar har gjorts över i vilken utsträckning politiska mål inom svensk hälso- och sjukvård har uppfyllts. I boken "The shaping of the Swedish Health System" har dock Heidenheimer och Elvander (1980) samlat ett antal analyser av reformer inom svensk hälso- och sjukvård ur ett statsvetenskapligt perspektiv. Barnhälsovården har oss veterligen inte belysts i någon publicerad studie av denna typ.

Socialmedicinsk tidskrift nr 1 1988

Inför val av strategier för hälsovårdens utveckling är det viktigt att utreda hur en politisk intention påverkas via beslut, över genomförande och till utvärdering av effekter. Vi har valt att studera den allmänna hälsokontrollen av fyraåringar som infördes i slutet av 1960-talet, ur detta perspektiv. Skälet är dels att den syftade till en stor förändring av barnavårdscentralernas (BVC) verksamhet samt att tillräckligt lång tid gått för att en sammanfattande bedömning ska kunna göras.

Ett flertal utvärderingar av särskilda delar av fyraåringskontrollen har publicerats. De behandlar huvudsakligen någon eller några av de screeningundersökningar som använts. Rapporterna har sammanfattats i ett arbete av Mellbin, Sundelin och Vuille (1982). I deras egen studie undersöktes hela fyraåringskontrollens förmåga att förutsäga hälsoproblem vid tio års ålder. Det prediktiva värdet var dock genomgående lågt. Något försök att belysa fyraåringskontrollens betydelse för barnhälsovårdens utveckling har dock inte gjorts.

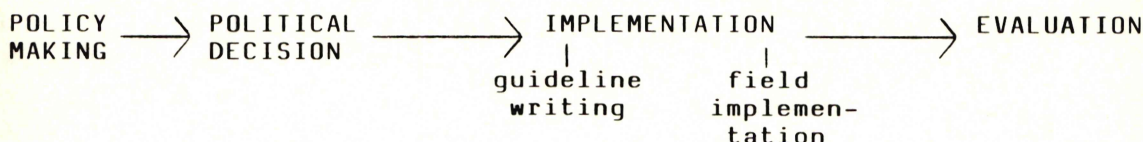
Syfte

Syftet med föreliggande undersökning var att:

- studera processen som ledde fram till beslutet om allmän fyraåringskontroll,
- studera genomförandet av detsamma samt att
- analysera i vilken utsträckning målen uppfylldes.

.....
Det är viktigt att undersöka varför politiska mål inte alltid uppfylls på det sätt som avses.
.....

Figur 1. Olika faser i policyprocessen. Se *tex Munico (1982)*.



Metod och avgränsningar

Det är viktigt att undersöka varför politiska mål inte alltid uppfylls på det sätt som avsetts. Frågan är om det beror på att själva det politiska beslutet vilat på fel premisser eller om politiken av andra skäl inte genomförts enligt de intentioner som funnits (Elmore, 1978).

Inom statsvetenskapen har man i studier av policyprocessen tidigare framför allt studerat själva det politiska beslutsfattandet. På 1960-talet ökade intresset för utvärderingsforskning och under 1970-talet kom, främst i USA, ett flertal studier om själva genomförandet. Genomförande- eller implementationsfasen är stadiet som följer efter det politiska beslutet och varar tills en reform genomförts och kan utvärderas (*Figur 1*). Under implementationsfasen omformuleras och förändras ofta politiska beslut och det kan vara av värde för beslutsfattare att få kunskap om hur politiken påverkas (Municio, 1982).

Implementationsforskningen är relativt ung och det finns ännu ingen klar teoribildning på området. Idag inriktas studierna på främst tre områden (Moore och Allison, 1978; Premfors, 1984):

- 1) Fallstudier – studier av specifika politiska beslut, hur de genomförs och eventuellt vilka effekter de får.
- 2) Forskning kring teoribildning. Här görs försök att koppla samman erfarenheterna från fallstudier med framför allt de teorier som finns om organisationer och hur de fungerar. Intresset fokuseras på hur organisationers uppbyggnad kan påverka olika politiska besluts genomförande.
- 3) Normativ forskning. Forskarna försöker ge politikerna underlag för att bedöma konsekvenserna av alternativa beslut.

Själva implementationsfasen kan delas upp i två stadier. Första stadiet kallas *guideline writing*, vilket innebär att konkreta riktlinjer och anvisningar

för genomförandet utfärdas och resurser ställs till förfogande. Andra stadiet kallas för *field implementation* och utgör själva genomförandet (Municio, 1982).

Den utvärdering av en reform som kan göras sedan implementationsfasen avslutats innebär vanligen någon form av bedömning av graden av måluppfyllelse. En förutsättning är dock att reformen haft explicita målformuleringar som kan utgöra en grund för senare utvärdering. I den process som föregår ett beslut förs ofta fram förhoppningar om positiva effekter som dock inte uttrycks direkt i målbeskrivningen. Denna typ av förhoppningar kan också finnas som en sorts implicita mål, t ex rörande effekter på folkhälsan. En fullständig utvärdering av en reform bör också beskriva icke-önskvärda effekter, effekter på närliggande områden samt reformens ekonomiska konsekvenser.

I föreliggande arbete har vi valt att göra en fallstudie av fyraåringskontrollen i Stockholms stad/län. Vi beskriver först bakgrunden till det politiska beslutet på riksnivå. Därefter analyseras implementationsfasen i Stockholm. De olika organisationsstrukturer och aktörer, som kan ha påverkat reformens utformning och genomförande, behandlas endast ytligt. Detta innebär att vi inte kan få en fullständig uppfattning om i vilken utsträckning dessa har påverkat måluppfyllelsen. Avslutningsvis diskuteras de effekter reformen kom att få för barnhälsovården inom landstinget i stort.

Med utgångspunkt från de explicita mål som kunat återfinnas har vi valt två mätbara resultatvariabler, nämligen täckningsgraden, uttryckt som antalet övervakade fyraåringar under olika tidsperioder,

.....
Andra stadiet kallas field implementation och utgör själva genomförandet av reformen.

Det ansågs att det fanns en risk att ett barn med ett handikapp som gav symptom efter de första levnadsåren inte identifierades och fick den vård det behövde i tid.

samt antalet BVC-enheter i landstinget.

RESULTATREDOVISNING

Vägen till det politiska beslutet

Bakom förslaget till en allmän hälsokontroll av barn i förskoleåldern låg framför allt två problem – den låga anslutningen till BVC hos äldre förskolebarn och det faktum att många barn med handikapp inte var kända av samhällets vårdinstanser.(1). Mer än 94% av alla barn under 2 års ålder kontrollerades 1964 vid någon av landets barnavårdscentraler (2). Anslutningen minskade med barnets ålder (*tabell 1*) fram till det obligatoriska deltagandet i skolhälsovårdens undersökningar i första klass. Anledningen till att besöken minskade ansågs vara att resurserna i form av t ex läkare och sjuksköterskor var mycket knappa och att föräldrarnas intresse för hälsokontroller minskade ju äldre barnen blev (3). Det ansågs alltså att det fanns en risk att ett barn med handikapp som gav symptom efter de första levnadsåren inte identifierades och fick den vård det behövde i tid. En möjlighet att komma tillrätta med problemet skulle vara att genomföra en hälsokontroll samt registrera alla barn med handikapp (4). En sådan obligatorisk kontroll hade föreslagits i riksdagen i en interpellation (c) år 1960 (5). Obligatoriet avvisades av statsrådet (s) som inte ville göra något avsteg från den frivilliga princip som tillämpats inom barnhälsovården. Han angav även att bristen på läkare och sjuksköterskor begränsade möjligheterna att utvidga hälsokontrollprogrammet (6). Våren 1964 kom Handikapporganisationernas Centralkommitté och Riksförbundet Sveriges Föräldraföreningar för CP-barn med framställningar till socialministern (s) om att en allmän hälsokontroll av barn

i förskoleåldern skulle införas samt att barn med handikapp skulle förtecknas i ett centralt register (7).

Tabell 1: Den förebyggande barnavårdens omfattning i Sverige. Andel övervakade barn i olika åldrar (procent av alla barn i årsklassen). Övervakad innebär att barnet kontrollerats vid barnavårdscentral minst en gång under det aktuella året. Källa: 2)

	0 år	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år
1942–45	75	35	10	3	2	1	1
1946–50	87	68	38	19	11	6	4
1951–55	93	80	53	30	19	13	9
1956–60	96	87	64	44	32	24	18
1964	97	94	77	58	49	39	30

I riksdagen 1965 togs frågan ånyo upp i samband med behandlingen av betänkandet "Barn på anstalt" där man ägnat ett helt kapitel åt frågan om hälsokontroll i 3–4 årsåldern, eventuellt med till denna kopplad registrering av handikappade barn (8). Förslaget om registreringsplikt fann socialministern (s) "mindre tilltalande" och "kanske ineffektivt", men han ansåg att man borde pröva möjligheten att införa en allmän hälsokontroll av småbarn för att på den vägen spåra upp barn med handikapp. Han meddelade att han uppdragit åt särskild sakkunnig att göra en förberedande undersökning av bl a förutsättningarna för att organisera en sådan hälsokontroll (9). Av utredningens direktiven framgår att man tänkte sig en obligatorisk hälsokontroll (10). Efter knappt 8 månader överlämnade enmansutredaren sitt betänkande (11).

Med utgångspunkt från detta förarbete utarbetades på Socialdepartementet 1966 en promemoria. I denna definieras målsättningen med fyraåringskontrollen. De målformuleringar som uttrycks är att a) hälsokontroll skall anordnas vid den förebyggande barnavårdens institutioner under det kalenderår då barnet uppnår 4 års ålder. Vidare att b) ansträngningarna bör "... inriktas på en kvantitativ och en kvalitativ utbyggnad av barnhälsovården ..." och att c) "den största vikten bör tillmätas strävandena att få alla fyraåringar att delta i undersökningen" (12). Promemorian innehöll en rad förslag på screeningundersökningar – från syn- och hörselunder-

¹ Sifferhänvisningar i resultatredovisningen avser separat notförteckning med referenser till källmaterialet.

Statens handikappsråd påpekade att man måste klargöra att kontrollen skulle bli obligatorisk så snart det fanns resurser till detta.

sökningar till laboratorieprov och psykologiska kontroller (13). Tanken på ett obligatorium avvisas dock framför allt pga att en obligatorisk kontroll ansågs kräva mer resurser än man skulle kunna skaffa fram (14).

Promemorian sändes ut på remiss till landsting, sjukvårdsstyrelser och vissa organisationer. Remissinstanserna var genomgående positiva, men i åtskilliga fall uttrycktes oro för möjligheterna att finna de nödvändiga resurserna. Programmet ansågs mycket omfattande, och man undrade om laboratorieundersökningarna och den psykologiska undersökningen skulle bli möjliga att genomföra utan mycket stora resurstillskott (15). Statens Handikappsråd påpekade att man måste klargöra att kontrollen skulle bli obligatorisk så snart det fanns resurser till detta (16). Remissinstanserna räknade med att hälsokontrollen skulle finansieras med statsbidrag, vilket dock inte hade föreslagits i departementets promemoria. Tvärtom antydde det där att de riktade statsbidragen som tidigare utgått för barnhälsovården skulle komma att ersättas med generella bidrag (17).

Inom medicinska kretsar kom diskussionen att kopplas till en debatt om barnläkaren och hans roll inom barnhälsovården och då framför allt handikappvården. I Läkartidningen infördes under 1966 ett flertal artiklar i ämnet och i flera av dessa underströks vikten av en satsning på barnhälsovården och införandet av en hälsokontroll av 3–4-åringar. I några av artiklarna framhölls även betydelsen av att BVC-arbetet mer orienterades till psykologiska problem hos barn (18). Läkarförbundet ställde sig också bakom reformen (19).

Hälsokontroll av fyraåringar diskuterades således i riksdagen 1960 och 1965. Den nämns också i statsverkspropositionerna 1966 (20), 1967 (21), 1968 (22) och 1969 (23). I riksdagsdebatterna tycks inte oppositionspartierna ha riktat någon kritik mot de planer som tagits in i nämnda statsverksproposi-

tioner vilka presenterades av den socialdemokratiska regeringen. Emellertid tycks frågan aldrig ha varit föremål för någon separat riksdagsbehandling och det finns heller inte något formellt riksdagsbeslut om införandet av allmän fyraåringskontroll. I ett brev från Kungl Majt den 30 juni 1967 uppdrogs emellertid åt dåvarande Medicinalstyrelsen (from 1968 slogs Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen ihop till den nya Socialstyrelsen) att utfärda riktlinjer för anordnandet av en hälsokontroll av fyraåringar (24). Inga speciella statliga bidrag fanns för verksamheten. Däremot togs de riktade statsbidrag som ditills utgått för BVC-programmen bort samma år (25).

Fyraåringskontrollen skulle aktualiseras i riksdagen vid ytterligare tre tillfällen, i motioner (c) 1971, 1972 och 1973 (26). Motionärerna hade noterat att endast en mindre del av landets barn genomgick kontrollen, att orsaken var resursbrist och de förordade därför en obligatorisk kontroll. Socialutskottet avvisade förslaget med motivering att en successiv utbyggnad borde öka deltagandet (27). Socialstyrelsen stödde detta ställningstagande (28). Det kan i detta sammanhang nämnas att Socialstyrelsen också avvisade ett förslag från Stockholms barnavårdsnämnd som önskade göra alla BVC-kontroller obligatoriska för att på så vis kunna förebygga misshandel av barn (29).

Utformningen av fyraåringskontrollen — guideline writing

Socialdepartementets promemoria uttrycker den policy som reformen grundas på. Nästa fas är implementeringen. Inom Medicinalstyrelsen tillsattes åtta arbetsgrupper och en samordningsgrupp, i vilken även landstingsförbundet och kommunförbundet var representerade. Med utgångspunkt från detta utredningsarbete och erfarenheter från försöksverksamhet i Stockholm, Göteborg och Dalby redovisade Socialstyrelsen i maj 1968 ett förslag till en

Det finns heller inte något formellt riksdagsbeslut om genomförandet av allmän fyraåringskontroll.

allmän hälsokontroll för fyraåringar. Förslaget sändes till huvudmännen för barnhälsovården med en rekommendation om att kontrollen skulle införas vid den förebyggande barnavårdens organ. Den uttalade målsättningen med fyraåringskontrollen var enligt Socialstyrelsens chef Bror Rexed: "... att klarlägga förekomsten av de sjukdomar och handikappande tillstånd i vidaste bemärkelse som förekommer i förskoleåldern ..." och den "... utgör en viktig utbyggnad av verksamheten såväl kvantitativt som kvalitativt. Slutmålet är en fullständig hälso- och handikappövervakning av alla barn i förskoleålder" (30).

Av Socialstyrelsens förslag framgick att fyraåringskontrollen skulle vara frivillig och kostnadsfri för familjen. Från BVC skulle inbjudan gå ut till samtliga fyraåringar vilka skulle nås med hjälp av uppgifter från länsstyrelsernas datacentralen. Undersökningen skulle omfatta:

1. Hembesök med ett omfattande intervjuformulär om barnets beteende och utveckling,
2. Hørselkontroll,
3. Synkontroll,
4. Tandkontroll,
5. Utvecklingsbedömning,
6. Urin- och blodprov,
7. Lärkarkontroll.

Sjuksköterskan vid den central inom vars område barnet bodde skulle ansvara för att barnet kallades och kunde i allmänhet genomföra punkterna 1, 3 och 5. Man räknade med att varje fyraåringskontroll skulle ta drygt 2 arbetstimmar för sjuksköterskan i anspråk och 1/2 timme för läkaren (31). Dokumentationen för varje undersökning omfattade cirka 10 A4-sidor (32)! Ett nytt journalsystem med möjlighet att överföra information från mödravårdscentral, förlossning och BB till BVC och skolhälsovård skulle införas och handikappregister skulle upprättas i varje landstingsområde. Behovet av ökade läkar- och sjuksköterskeresurser poängterades och det framfördes förslag om att en överordnad barnläkare inom varje landstingsområde skulle tillsättas (barnhälsovårdsöverläkare) (33).

Genomförandet i Stockholms län/stad – field implementation

Före 1971 sköttes barnhälsovården inom Stockholms stad av dess barnavårdsnämnd och inom Stockholms län av dess sjukvårdsstyrelse. År 1971

Det framfördes förslag om att en överordnad barnläkare inom varje landstingsområde skulle tillsättas (barnhälsovårdsöverläkare).

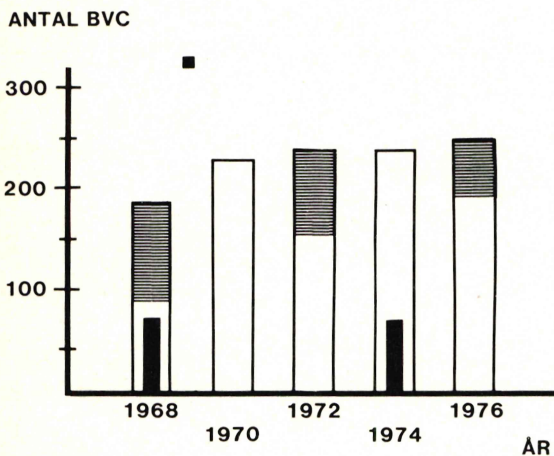
etablerades det nya "storlandstinget" i och med att staden och länet slogs ihop. Barnhälsovården inordnades under Hälso- och sjukvårdsnämndens ledning. De planer för genomförandet av fyraåringskontrollen inom staden respektive länet som utarbetades skilde sig markant.

Inom staden var barnhälsovården väl utvecklad. Det fanns redan 1950 totalt 63 BVC, alla bemannade med sjuksköterska som endast arbetade med förskolebarn. 1968 fanns 70 BVC och de hade i genomsnitt knappt 600 inskrivna barn vardera. Efter en försöksverksamhet över 3 månader vid ett litet antal BVC ansåg man det möjligt att genomföra kontrollen med endast ett mindre personellt tillskott. Sjunkande barnantal och omdisponering av arbetsuppgifter ansågs kunna underlätta genomförandet. Vilka som skulle tas bort definierades dock inte (34).

Inom länet, å andra sidan, var barnhälsovården svagt utvecklad. Trots att fyra av fem BVC sköttes av distriktssköterska som även ansvarade för vuxenvården var medeltalet barn per enhet år 1968 cirka 900. Planen kom därför att omfatta en mycket kraftig upprustning (35). Normer för lokaler uppställdes, ett behov av närmare 50 nya BVC-sjukskötersketjänster angavs liksom flera tjänster för pediatriker och en barnhälsovårdsöverläkartjänst. Landstingets förvaltningsutskott antog planen 1969 (36). Detta principbeslut följdes under de kommande åren upp med årliga beslut om nya lokaler och tjänster. Under åren 1972–1977 beslutades varje år om inrättandet av cirka 10 tjänster som BVC-sjuksköterska inom det nya storlandstinget (38), se *figur 2*.

Det ursprungliga, omfattande undersökningsprogrammet kom bara att användas vid ett litet antal BVC-enheter. Enligt rapporter till Socialstyrelsen genomgick 1970 55 % av de cirka 7000 4-åringarna i Stockholms stad och 2 % av de cirka 15000 4-åringarna i länet den fullständiga kontrollen (39). Året därpå redovisades att 11,5 % av det nya storlandstingets 4-åringar undersökts (40). 1974 hade

Figur 2. Antal BVC-enheter inom nuvarande Stockholms län. Fyllda staplar = Stockholms stad/kommun (uppgift saknas för 1970, 1972 och 1976). Streckade områden = BVC integrerade i distriktssköterskans verksamhet (uppgift saknas för 1970 och 1974). Tidpunkten för beslut om genomförande av fyraåringskontrollen har markerats med en svart kvadrat. Källor: se not 37.

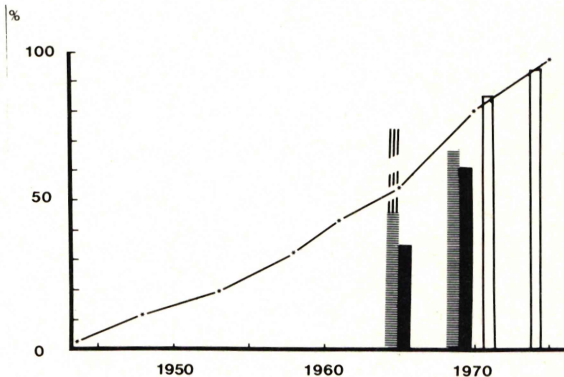


siffran sjunkit till 8,5 % (41). Någon senare sammanställning har inte påträffats.

En uttalad målsättning var att BVC skulle etablera kontakt med så stor andel av 4-åringarna som möjligt – även om inte hela fyraåringskontrollen genomfördes. En uppfattning om hur många barn som nåddes får man av de sk övervakningstalen som anger andelen barn som kontrollerades minst en gång under det aktuella året. Som framgår av figur 3 var andelen övervakade fyraåriga barn i länsdelen år 1965 långt under riksgenomsnittet. På mitten av 1970-talet hade dock cirka 95 % kontakt med BVC. Syn- och hörselprövning angavs vara inarbetat i programmet, liksom den förebyggande tandhålsövården. Orsaken till att programmet ej kunnat genomföras i önskad omfattning angavs 1974 vara brist på kompetenta läkare. Några svårigheter att rekrytera sjuksköterskor angavs inte vid detta tillfälle (43).

I en interpellation (vpk) och en motion (vpk) (44) i landstinget 1976 aktualiserades frågan om fyraåringskontrollen igen. I svaret (fp) på motionen (46) framhölls följande: "Enligt förvaltningens synsätt är fyraåringskontrollen numera ett led i den totala

Figur 3. Övervakningstal – dvs andel av alla barn som kontrollerats vid BVC minst en gång under redovisningsåret – för fyraåringar. Kurvan avser hela riket, streckade staplar Stockholms stad, fyllda staplar Stockholms län och ofyllda staplar det 1971 etablerade nya storlandstinget. För Stockholms stad föreligger olika uppgifter för år 1965, vilket indikerats i figuren. Källor: se not 37.



hälsoövervakningen av samtliga barn och betydelsen av den särskilda punktkontroll som utformats under de förhållanden som rådde i mitten av 60-talet har förlorat en del av sitt värde. En aktiv barnhälsovård som är utformad på ett sådant sätt att alla föräldrar stimuleras att utnyttja dess möjligheter torde vara den bästa garantin för väl genomförd hälsoövervakning av förskolebarn. Den under 1970-talet successiva förstärkningen inom barnhälsovården beräknas medge en fortsatt utveckling i denna riktning. Inom den sociala nämndens verksamhetsområde krävs ökade resurser inom den psykiska barna- och ungdomsvårdens BVC-verksamhet." Detta svar (46) är det senaste från politisk håll i frågan om en allmän hälsokontroll av 4-åringar i Stockholms läns landsting. 1977 presenterade barnhälsovårdsöverläkaren en reviderad manual för kontrollen (45). Syn-, hörsel- och tandkontroll kom i stort sett att behållas enligt planen medan utvecklingsbedömningen och läkarkontrollen förenklades och hembesöket togs bort.

DISKUSSION

Implementationsfasen av fyraårsreformen kan för Stockholms läns landstings del sägas omfatta tidsperioden 1966–1977. Årtalen markerar de tidpunkter då socialministern beslutade att ge Socialstyrelsen i

.....
Socialstyrelsens rekommendationer: "Slutmålet är en fullständig hälso- och handikappövervakning av alla barn i förskoleålder".
.....

uppdrag att utarbeta rekommendationer respektive det år då sjukvårdslandstingsrådet lämnade ovan citerade svar på en året tidigare framställd motion (46).

Den politiska målsättningen med fyraårskontrollen är vagt formulerad. Den omfattande reformen blev inte föremål för någon riksdagsbehandling. Socialministerns uppdrag åt Socialstyrelsen utgör således det enda rikspolitiska beslut som kan redovisas. Utgångspunkten för Socialstyrelsens arbete var den promemoria som utarbetats i Socialdepartementet. De tidigare redovisade målformuleringarna från promemorian får därför beteckna den politiska målsättningen. Av denna framgår att fyraåringskontrollens syfte var vidare än att endast införa de screeningundersökningar som senare rekommenderas av Socialstyrelsen. Enligt departementets promemoria eftersträvades en fullständig hälsoövervakning av alla fyraåringar, samt en kvantitativ och kvalitativ utbyggnad av barnhälsovården i stort. I förordet till Socialstyrelsens rekommendationer fastslog också Socialstyrelsens generaldirektör att: "Slutmålet är en fullständig hälso- och handikappövervakning av alla barn i förskoleålder".

Enligt de ursprungliga utredningsdirektiven hade socialministern (s) tänkt sig en obligatorisk kontroll. Detta ansågs kunna ersätta den registreringsplikt för barn med handikapp som önskats, men som ansetts mindre tilltalande. Vid beredningen i departementet gjorde man dock bedömningen att tillräckliga resurser inte kunde tillskjutas, varför man lät tanken på en obligatorisk kontroll falla. Av de centerpartistiska motionerna från 1971–1973 framgår dock att man ville använda ett obligatorium som ett medel just för att tvinga sjukvårdshuvudmännen till snabbare utbyggnad. Socialutskottet, Socialdepartementet och Socialstyrelsen har dock alla i olika sammanhang värnat om den frivillighet på vilken barnhälsovården i Sverige av tradition vilat.

Genomförandets första fas (guideline writing) ka-

raktäriseras av ett intensivt arbete inom Socialstyrelsen där olika arbetsgrupper koncentrerade sig på delundersökningar med vilkas hjälp hälsoproblem av betydelse skulle kunna spåras. Man kan i efterhand konstatera att arbetet med att utforma rekommendationerna präglades av en övertro på betydelsen av screeningundersökningar. Bristen på dokumentation rörande de föreslagna kontrollernas värde som delar i en allmän hälsokontroll är uppenbar. En senare långtidsuppföljning av fyraåringskontrollens prognostiska värde (Mellbin, Sundelin och Vuille, 1982) kommer till resultatet att endast mycket begränsade delar av fyraåringskontrollen har ett prognostisk värde. Dessa författare bedömer att längd- och viktkontroll bör bibehållas, synprovningen bibehållas – men eventuellt tidigareläggs, samt att talbedömningen bör bibehållas men metoden vidareutvecklas. Övriga screeningundersökningar måste, hävdar man, ifrågasättas. De avvikelser som med nuvarande kunskaper effektivt kan åtgärdas borde kunna uppmärksammas i de regelbundet återkommande kontakterna mellan familjen och sjuk-sköterska/läkare, inte minst om föräldrarnas egna iakttagelser beaktas.

Resurstilldelning och budgetering är en viktig del av genomförandefasen. Från statligt håll anvisades inga direkta medel för den rekommenderade reformen. Riktade statsbidrag för barnhälsovården hade tidigare funnits, men inga statsbidrag infördes för fyraåringskontrollen och ingen ekonomisk överenskommelse med huvudmännen gjordes. Rekommendationerna var dock förankrade genom att representanter för landsting- och kommunförbunden fanns med i Socialstyrelsens ledningsgrupp. Genom att inga medel anvisades för att stimulera införandet av kontrollen blev genomförandet beroende på de enskilda landstingens välvilja. Förfaringssättet kan sägas förebåda den typ av genomföranden som kommit att karaktärisera 1970- och 80-talets hälso- och sjukvårdsreformer. Dessa har vanligen grundats på centrala rekommendationer eller ramlagar. I den

.....
Från statligt håll anvisades inga direkta medel för den rekommenderade reformen.
.....

Införandet av kontrollen blev beroende av de enskilda landstingens välvilja. Förfaringssättet kan sägas förebåda 1970- och 1980-talets hälsoreformer.

mån ekonomisk ersättning från statliga medel har utgått för förebyggande insatser har denna bakats in i generell ersättning för hälso- och sjukvård. Några riktade bidrag har inte tillhandahållits varför finansieringen blivit beroende på huvudmännens möjligheter att skaffa fram eller omdisponera resurser. I en situation med krympande ekonomiska resurser blir det sannolikt svårare att genomföra riksomfattande förebyggande insatser med fullgod täckning utan ekonomiskt stöd från statsmakterna, (Höjer, 1986). Det har vidare visat sig svårt att påvisa ekonomiska fördelar även med program om vars värde det råder medicinsk enighet (Jönsson, 1985), vilket ytterligare understryker betydelsen av att finansieringssättet tydligt anges i det politiska beslutet.

Fyraåringskontrollens införande i Stockholms stad och län kom att sammanfalla med etablerandet av det nya storlandstinget. Omkring 1970 skedde dessutom en inflyttning till förorter, till stor del belägna inom den tidigare länsdelen. Antalet barn under 5 års ålder inom Stockholms stad minskade stadigt från 1968 och framåt medan antalet i länsdelen ökade till 1973, varefter man fick en långsam minskning även där – fram till 1980-talets början då antalet nyfödda i hela länet började öka igen. Dessa förhållanden, liksom det faktum att hälsovården i länsdelen var mycket dåligt utbyggd bidrog med säkerhet till den snabba utbyggnaden av barnhälsovården som beskrivits (figur 2). Även om det således fanns andra starka motiv för den satsning på barnhälsovården som gjordes var planeringen och besluten kopplade till Socialstyrelsens rekommendation om fyraåringskontrollen. Ett indirekt belägg för kontrollens betydelse för utbyggnaden av barnhälsovården kan sägas vara att hälso- och sjukvården för vuxna i de nya förortsområdena inte på allvar sköt fart förrän ungefär 10 år efter fyraåringskontrollens genomförande.

Två variabler har valts för att söka kvantifiera de explicita målen: andelen övervakade fyraåringar och antalet BVC-enheter. Som framgår av figur 3 hade andelen fyraåringar i Sverige som i denna ålder hade haft kontakt med barnhälsovården stadigt ökat. Före kontrollens införande var skillnaderna mellan Stockholms stad och län mycket stora. I samband med fyraåringskontrollen lyckades man etablera kontakt med praktiskt taget alla fyraåringar inom länet. Denna goda anslutning har fortsatt. År 1985 hade barnhälsovården kontakt med närmare 100 % av alla fyraåringar, medan siffran för tre- respektive femåringar var cirka 80 %. Man erhöll således en frivillig hälsoövervakning av nästan alla fyraåringar, vilket var en av de uttalade målsättningarna. Att reformen verksamt bidrog till en kvantitativ uppbyggnad är sålunda uppenbart, men det är inte möjligt att bedöma i vilken takt detta skett utan kontrollen. Inom ramen för vår studie är det heller inte möjligt att göra någon bedömning av vilken kvalitet som uppnåddes.

Sammanfattningsvis kan man säga att fyraåringsreformen, trots ett omfattande förarbete, beslutsfattning och resursmässigt vilade på osäker grund. Dessutom visade sig flertalet av de screeningmetoder som föreslogs ingå mindre lämpade för att identifiera behandlingsbara eller prognostiskt viktiga avvikelser. Trots detta vill vi göra gällande att reformen blev av avgörande betydelse för en snabb utbyggnad av barnhälsovården med hälsoövervakning av alla fyraåringar i Stockholms landsting. Den kan därigenom sägas ha nått de mål som från politiskt håll uttrycktes. Huruvida detta kunnat ske på något annat, och möjligen mindre kostsamt sätt, går inte att bedöma med utgångspunkt från vårt material.

Under den organiserade barnhälsovårdens 50-åriga existens har verksamhetens mål och innehåll vid flera tillfällen varit föremål för politisk diskussion och statliga direktiv har utfärdats. Det råder dock en anmärkningsvärd brist på studier över om hur

År 1985 hade barnhälsovården kontakt med närmare 100 procent av alla fyraåringar.

reformer genomförts. Det saknas därför ett bra underlag vid val av strategier för barnhälsovårdens utveckling. Som nyligen visats av Höjer (1986) är det svårt att omfördela resurser redan i ett läge när sjukvården tillåts expandera, varför politiskt styrning sannolikt behövs än mer i tider av ekonomisk stagnation.

Med vår studie vill vi också dra uppmärksamheten till betydelsen av att ha ett statsvetenskapligt perspektiv på barnhälsovården. Vi instämmer därför med en initiativgrupp i Delegationen för social forskning som i en rapport (1985) prioriterade studier kring utvärdering av effekterna av hälso- och sjukvårdspolitiska reformer, organisationens inre liv samt planeringsprocessen.

REFERENSER

- Delegationen för social forskning: Att forska om hälsa och vård. DSF, Stockholm, 1985.
- Elmore, R: Organizational models of social program implementation. Public Policy 1978; vol 26, no 2.
- Heidenheimer A J, Elvander N (red): The shaping of the Swedish health system. Croom Helm, London, 1980.
- Höjer B: Sjuksköterskan i barnhälsovården. Akademisk avhandling, Pediatriska institutionen, Huddinge, Karolinska institutet. Stockholm, 1986.
- Jönsson B: The value of prevention: Economics aspects. In: Evered D, Whelan J (red): The value of preventive medicine. CIBA-Foundation-Symposium 110, Pittman, London, 1985.
- Mellbin T, Sundelin C, Vuille J C: Från 4 till 10 år. (Socialstyrelsen redovisar 1982: 10), Liber, Stockholm, 1982.
- Moore M, Allison G: Introduction. Public Policy 1978; vol 26, no 2.
- Municio I: Implementationsforskning. En litteraturoversikt. Statsvetenskaplig tidskrift 1982; 96: 183–190.
- Premfors R: Higher education organization: Conditions for policy implementation. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1984.
- En fullständig referenslista kan erhållas från författarna (BH).

Svenska läkaresällskapet i samverkan med Örebro läkaresällskap arrangerar kurs i ämnet

Medicinsk sexologi

LÄKARDAGARNA I ÖREBRO

11–13 april 1988

Kursen är upptagen i Landstingsförbundets förteckning över kurser med externa kursgivare. SPRI svarar för tryckning av kurssammanfattningen.

Kursavgiften, 900:– för ledamöter av SLS och 1 100:– för övriga, betalas då den sökande antagits till kursen. Sökande uppmanas att samtidigt med ansökan till kursen insända ev ansökan till arbetsgivaren om ledighet, kursavgift m m.

I kursavgiften ingår kostnader för kaffe samt lunch 11 och 12 april. Kursledningen ombesörjer hotellbokning men hotellkostnaden betalas av kursdeltagaren.

Kursansökan insändes senast den 31 jan 1988 till LÄKARDAGARNA I ÖREBRO. Regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

Vidare information om kursen lämnas av Svenska Läkaresällskapet kansli, Box 558, 101 27 STOCKHOLM, tfn 08-24 33 50

eller av exp förest Lillian Olsson, Läkardagarna i Örebro, tfn 019-15 11 92.