



FÖRVALTNINGSHÖGSKOLAN

EFFEKTER AV DECENTRALISERING INOM PSYKIATRISK VÅRD

En jämförelse mellan Sverige och Italien

DAVID YLITALO

Program:	Masterprogrammet i offentlig förvaltning, 120 hp
Kurs (kurskod):	Masteruppsats i offentlig förvaltning, 30 hp (FH2508)
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2018
Handledare:	Anna Avenborg Thomasson
Examinator:	Iwona Sobis

Sammanfattning

Program:	Masterprogrammet i offentlig förvaltning, 120 hp
Kurs (kurskod):	Masteruppsats i offentlig förvaltning, 30 hp (FH2508)
Titel (svensk):	Effekter av decentralisering inom psykiatrisk vård: En jämförelse mellan Sverige och Italien.
Titel (engelsk):	Effects of decentralization in psychiatric care: A cross-national comparison between Sweden and Italy.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2018
Handledare:	Anna Avenborg Thomasson
Examinator:	Iwona Sobis
Nyckelord:	Decentralisering, New Public Management, psykiatriska reformer, Sveriges administrativa system, Italiens administrativa system

Bakgrund	Psykiska sjukdomar har blivit, och kommer fortsätta att bli allt vanligare i framtiden, i Sverige likväl som globalt. Samtidigt har stora delar av världen genomfört decentraliseringsreformer inom den psykiatriska vården, både på huvudmannaskapsnivå och på verksamhetsnivå. Organisering och styrning av en offentlig service är avgörande för dess serviceproduktion. För att psykiatrin således ska kunna möjliggöra kvalitativ och effektiv vård i en värld präglad utökad psykisk problematik, är det fundamentalt att psykiatrin förvaltas på ett adekvat sätt.
Syfte:	Syftet med denna uppsats är att beskriva effekterna av decentralisering inom psykiatrisk vård.
Teori:	Uppsatsen utgår ifrån teorier beträffande decentralisering. Ett teoretiskt ramverk utarbetat av Pollitt (2009), grundat i decentraliseringsteori, har använts som analysverktyg i uppsatsen.
Metod:	För att uppnå syftet har vetenskaplig litteratur, vilka beskrivit effekter av psykiatriska reformer i Sverige och Italien, analyserats med hjälp av ett teoretiskt ramverk. Sverige och Italien har valts som studieobjekt eftersom båda länderna genomfört liknande psykiatriska decentraliseringsreformer, vilka liknar de reformer som präglat stora delar av världen de senaste 50 åren. En systematisk litteraturstudie valdes som metodansats i syfte att få heltäckande och systematisk översikt över studieobjekten. Jämförelsen mellan de två länderna möjliggjorde identifikation av likheter och skillnader mellan länderna, som sedermera gav en bild av generella respektive nationella decentraliseringseffekter.
Resultat:	Efter genomförd analys av de vetenskapliga studierna, har det framgått att majoriteten av de decentraliseringseffekter som framkommit i litteraturen är negativa. Effekter så som samordningsbrister och otydliga ansvarsområden mellan psykiatriska huvudmän har präglat den svenska psykiatrin, medan ojämlik serviceproduktion, både på inter- och intra-regional nivå, är den effekt som framträder mest i litteraturen rörande den italienska reformen.
Slutsats	Uppsatsen har visat på hur decentralisering av en offentlig funktion kan se ut, samt vilka effekter det kan komma att få. Uppsatsen har kunnat påvisa att det är fundamentalt att bejaka andra faktorer, så som administrativ indelning, välfärdsmodeller, politiska system samt kulturella och ekonomiska faktorer, i diskussionen gällande decentralisering och dess effekter.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND	2
1.3 PROBLEMFÖRMULERING	4
1.4 SYFTE & FRÅGESTÄLLNINGAR	4
1.5 DISPOSITION	6
2. TEORETISKT RAMVERK	6
2.1 TRE DIMENSIONER AV DECENTRALISERING	9
2.2 TEORETISK SYNTES – DIMENSIONER AV DECENTRALISERING INOM PSYKIATRISK FÖRVALTNING	11
2.3 POLLITT (2009) SAMMANFATTNING AV HUVUDARGUMENT	13
3. METOD	14
3.1 URVAL	16
3.2 DATAINSAMLING	17
3.3 DATAANALYS	19
4. SVERIGES & ITALIENS ADMINISTRATIVA INDELNING & VÄLFÄRDSSYSTEM	24
5. PSYKIATRISKA REFORMER & PSYKIATRISK FÖRVALTNING	26
5.1 1900-TALET PSYKIATRISKA REFORMER & GRUNDIDÉER	26
5.2 SVERIGE	28
5.2.1 Sveriges psykiatriska historia	28
5.2.2 Psykiatrireformen 1995	29
5.3 ITALIEN	30
5.3.1 Italiens psykiatriska historia	30
5.3.2 Psykiatrireformen 1978	31
5.4 SAMMANFATTNING	32
6. RESULTAT	33
6.1 RESULTAT – SVERIGE	33
6.1.1 Styrkor	33
6.1.2 Svagheter	34
6.2 RESULTAT – ITALIEN	40
6.2.1 Styrkor	40
6.2.2 Svagheter	41
6.3 RESULTATSAMMANFATTNING	47

7. DISKUSSION	48
7.1 RESULTATDISKUSSION.....	48
7.1.1 Positiva effekter.....	48
7.1.2 Negativa effekter.....	49
7.1.3 Fördjupade reflektioner.....	56
7.2 METODDISKUSSION.....	59
8. SLUTSATS	63
9. REFERENSER	65
9.1 BILAGA 1. SAMMANSTÄLLNING AV STUDIER – SVERIGE.....	71
9.2 BILAGA 2. SAMMANSTÄLLNING AV STUDIER – ITALIEN.....	73

Tabellförteckning

TABELL 1 DATAINSAMLING - SVERIGE.....	18
TABELL 2 DATAINSAMLING - ITALIEN.....	18
TABELL 3 DECENTRALISERINGSEFFEKTER (UTIFRÅN POLLITTS RAMVERK, 2009).....	19
TABELL 4 RESULTATTABELL - SVERIGE.....	21
TABELL 5 RESULTATTABELL - ITALIEN.....	22
TABELL 6 ADMINISTRATIV INDELNING & VÄLFÄRDSYSTEM.....	26
TABELL 7 SAMMANFATTNING AV DE PSYKIATRISKA REFORMERNA I SVERIGE & ITALIEN.....	32
TABELL 8 DAGENS PSYKIATRISKA ORGANISERING	33
TABELL 9 SAMMANSTÄLLNING AV ANTAL STUDIER SOM BENÄMNER DE OLIKA DECENTRALISERINGSEFFEKTERNA.....	47
TABELL 10 SAMMANSTÄLLNING AV STUDIER – SVERIGE.....	71
TABELL 11 SAMMANSTÄLLNING AV STUDIER – ITALIEN.....	73

Tack!

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare, Anna Avenborg Thomasson, som guidat mig och stöttat mig genom arbetets gång.

David Ylitalo

Göteborg, den 7 januari 2018

1. Inledning

På sikt kan en ökande grupp av psykiskt sjuka barn och ungdomar utgöra ett växande folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2013. s.7).

Citatet ovan kommer ifrån Socialstyrelsens (2013) underlagsrapport *Psykisk ohälsa bland unga, underlagsrapport till barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. I rapporten beskrivs hur den psykiska hälsan bland barn och ungdomar har försämrats under 90- och 2000-talet, och att en fortsatt försämring syns. Detta har inneburit att allt fler ungdomar är i behov av psykiatrisk vård, nu såväl som i framtiden. I en undersökning utförd av Folkhälsomyndigheten (2018) fastslogs att en statistiskt signifikant ökning av psykisk ohälsa ägt rum i Sverige mellan åren 2006 och 2016. Ökningen har skett för både kvinnor och män i alla åldrar och för samtliga utbildningsnivåer (Folkhälsomyndigheten, 2018). Den ökade psykiska ohälsan är dock inte enbart ett problem för Sverige. Världshälsoorganisationen (WHO, 2008) publicerade en rapport där det påvisades att depression utgör den tredje vanligaste sjukdomen i västvärlden. Rapporten fastslog även att depression kommer vara den vanligaste sjukdomen i västvärlden år 2030. Det försämrade psykiska välbefinnandet är alltså inget nationellt problem, utan ett globalt. Många utmaningar väntar den psykiatriska vården i framtiden då allt fler människor väntas behöva komma i kontakt med psykiatrin. I en värld präglad av ökad psykisk ohälsa blir det avgörande att länder kan erbjuda en adekvat psykiatrisk sjukvård. Det är därför fundamentalt att organiseringen av den psykiatriska vården är utförd på ett sådant sätt att den kan möjliggöra goda förutsättningarna att kunna bedriva en fungerande psykiatrisk vård.

Sedan slutet av 1970-talet har många OECD-länder genomfört administrativa förändringar i den offentliga sektorn (Hood, 1991). Dessa förändringar har syftat till att implementera marknadsmodeller inom den offentliga sektorn (Pollitt & Dan, 2011). Detta fenomen har fått namnet *New Public Management* (NPM). NPM är en bred term (Hood, 1991), och innefattar aspekter som skiljer NPM från en mer traditionell *Public Administration* (PA) (Hyndman, 2016). Traditionell PA har karakteriserats av bland annat: byråkrati, hierarki, regleringar, normer, medborgarfokus och tydliga gränser mellan offentliga och privata sektorer (Hood, 1992; Hyndman & Liguori, 2016). NPM har tillskillnad från detta, kretsat kring bland annat: effektivisering, flexibilitet, avreglering, resultatfokus, kund/klientfokus, kostnadsbesparingar och konkurrens (Hyndman & Liguori, 2016; Pollitt & Dan, 2011).

NPM har förändrat sättet den offentliga sektorn styrs och organiseras på, vilket i sin tur påverkar utfallet av den offentlig serviceproduktionen (Hood, 1991). Centralisering och decentralisering är två ytterligare faktorer som skiljer PA och NPM åt. Centralisering har utgjort stommen inom den traditionella PA, medan decentralisering blivit allt mer vanligt med NPM (Hyndman & Liguori, 2016). Hälso- och sjukvården i Europa (Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007), inklusive den psykiatriska vården (Högström, 2018), har kommit att påverkas av NPM- och decentraliseringsreformer i allt högre utsträckning. I denna uppsats kommer decentraliseringsperspektivet att lyftas, i syfte att belysa vilka effekter decentraliseringen har medfört på den psykiatriska vården.

1.1 Bakgrund

Sedan 60-talet har trenden i Europa varit att genomföra psykiatriska reformer, vilka fokuserat på avinstitutionalisering, decentralisering och sektorisering av den psykiatriska vården (Becker & Kilian, 2006; Becker & Vázquez-Barquero, 2001; Johnson & Thornicroft, 1993; Schene et al. 1992). Detta har ofta gjorts i hopp om att minska den stigmatisering och diskriminering som tidigare karakteriserade psykiatrisk vård (Amati, Kemali & Perris, 1981), och i syfte att göra psykiatrin mer lättillgänglig, integrerande och rehabiliterande. Den medicinska utvecklingen för psykiatrin har gått framåt sedan 1950-talet, då det ofta förekom smärtsamma och oetiska behandlingar (Melke, 2011; Wetterberg, 2012). Under 1900-talets senare hälft blomnade tankar om reformer upp, vilka grundade sig på idén om att stänga ner de stora mentalsjukhusen, och satsa på en öppen och frivillig vårdform.

Ett av de länder som har genomfört psykiatriska reformer med syfte att avinstitutionalisera, är Italien. Italien var relativt sen med att införa en sådan reform, men år 1978 stiftade landet en lag som för tiden var banbrytande och väckte stort uppseende runt om i världen. Italien blev det första landet i världen att stoppa alla nya intagningar på mentalsjukhus (Tansella & Williams, 1987), och istället enhälligt satsa på en öppen sektoriserad psykiatrisk sjukvård (Amati, Kemali & Perris, 1981). I och med att avinstitutionaliseringen av psykiatrin, sektoriserades och decentraliserades ansvaret av den psykiatriska vården till nya politiska nivåer och lokala sektorer och verksamheter. I likhet med Italien, har även Sveriges psykiatri kommit att avinstitutionaliseras, samt organiseras inom olika politiska nivåer, och delas upp i sektorer och verksamheter. I Sverige började denna process ta form under 1960-talet då det psykiatriska ansvaret decentraliserades till landstingsnivå och stora mentalsjukhus stängdes ner i förmån för

öppenvård (Socialstyrelsen, 1969). Efter decentraliseringsreformen har Sverige genomgått en rad olika reformer vilka samtliga gått ut på att avinstitutionalisera, decentralisera och sektorisera psykiatrin ytterligare (Wetterberg, 2012). År 1995 genomförde Sverige en psykiatrireform som ämnade att öka autonomi, valfrihet, samt minska stigmatisering för psykiatriska patienter. Antalet slutenvårdsplatser minskades i förmån samhällsbaserade vårdinsatser (Arvidsson & Hultsjö, 2009; Wetterberg, 2012). Utöver detta ämnade psykiatrireformen även att tydliggöra skillnaderna mellan sociala insatser och psykiatriskvård (Arvidsson 2003). Vissa har ansett att psykiatrireformen utgjort den sista pusselbiten i uppbyggandet av Sveriges moderna välfärd (Bäärnhielm, 2005).

Tidigare studier har gjorts på området rörande decentralisering och psykiatrisk vård (se ex. Frank & Huskamp, 1996; Myklebust et al. 2011; Sørgaard & Sørensen, 1994; Waraich et al. 2003). Varierande resultat har framkommit och därför behövs mer forskning. Frank & Huskamp (1996) menar att en allt mer utbredd psykiatrisk decentralisering ägt rum i västvärlden sedan 1980-talet, från centralnivå till lokalnivå (huvudmannaskapsnivå) och från sjukhusvård till samhällsvård (verksamhetsnivå). Författarna menar att decentraliseringen varierar mellan olika länder, men att i princip alla länder i västvärlden genomfört decentralisering inom den psykiatriska vården. Detta har gjorts i syfte att kontrollera kostnader, förskjuta kontroll till organisationer som innehar högre grad av kunskap och erfarenhet, möjliggöra en mer effektiv psykiatri, anpassa vården till lokala omständigheter, samt möjliggöra innovation. Dilemman rörande decentraliseringen har dock kunnat påvisas enligt författarna, i form av bristande kvalitet och tillgänglighet, samt varierande mål och arbetsmetoder mellan olika psykiatriska organisationer. Författarna menar att decentralisering av den offentliga psykiatriska vården ser ut att fortsätta långt in på detta århundrade. På verksamhetsnivå har psykiatrisk decentralisering visat sig fördelaktig gällande överföring av information (Myklebust et al. 2011), likväl som att få fler patienter att söka psykiatrisk vård (Waraich et al. 2003). Samtidigt som skillnader uppstått, vad beträffar mål, planer, regleringar och strategier, samt för metoder rörande dokumentation (Sørgaard & Sørensen, 1994). På huvudmannaskapsnivå har decentraliseringen inom den allmänna hälso- och sjukvården, gett upphov till brister beträffande vårdkvalité och koordinering mellan olika vårdgivare i Sverige, likväl som tillkomst av ojämlig vård i Italien (Maino et al. 2007).

Eftersom den psykiska ohälsan i västvärlden ökar, är det fundamentalt att den psykiatriska vården organiseras på ett sådant sätt som gör att den klarar av dagens och framtidens ökade

behov. Den psykiatriska vården bör vara organiserad på ett sätt som möjliggör en tillgänglig, effektiv och kvalitativ vård. De psykiatriska reformerna har haft stor genomslagskraft, och reformtrenderna ser ut att fortsätta i många länder. Både Sverige och Italien är exempel på länder som genomfört reformer vilka liknar de psykiatriska reformer som präglat stora delar av världen de senaste 50 åren. Italien har genomfört, i och med reformen, världens och historiens mest omfattande psykiatriska avinstitutionaliseringreform (Fioritti, 2018). Detta faktum i sig gör Italiens psykiatriska reform till ett intressant forskningsområde. I denna uppsats kommer fokus ligga på decentralisering och dess effekter på psykiatrin. Två reformer kommer att studeras: Sveriges psykiatrireform (år 1995) och Italiens psykiatrireform (år 1978).

1.3 Problemformulering

Det har gått cirka 25 år sedan psykiatrireformen genomfördes i Sverige, och 40 år sedan Italien införde sin uppseendeväckande psykiatriska reform. Frågan är dock vilka konsekvenser detta medfört. Idag står både Sverige och Italien, tillsammans med andra länder i västvärlden, inför ett vägskäl. Kritiska röster har höjts beträffande reformerna och den psykiatriska organisationen har kommit att ifrågasättas. För att en adekvat psykiatrisk vård ska bli möjlig, är det viktigt att psykiatrins styrning och organisering är adekvat. Denna uppsats ämnar undersöka vilka konsekvenser decentralisering haft på den psykiatriska vården. Studier beträffande effekterna av de psykiatriska reformerna i Sverige och Italien, kommer att studeras utifrån ett decentraliseringsperspektiv. Uppsatsen har för avsikt att bidra med kunskap kring styrkor och svagheter med dagens psykiatriska decentralisering. Författaren önskar bringa klarhet i vilka positiva och negativa effekter som framkommit, i syfte att öppna upp för diskussion angående hur psykiatrin bör organiseras och förvaltas för att möjliggöra en fungerande psykiatrisk vård.

1.4 Syfte & Frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att beskriva effekter av decentralisering inom psykiatrisk vård. För att uppnå syftet, kommer studier vilka belyser konsekvenser av Sveriges och Italiens psykiatriska reformer, att analyseras och jämföras med hjälp av ett teoretiskt ramverk grundat i decentraliseringsteori. Sverige och Italien har valts som studieobjekt eftersom att båda länderna genomfört liknande psykiatriska reformer, vilka ämnat avinstitutionalisera, decentralisera och sektorisera den psykiatriska vården. Reformerna motsvarar psykiatriska reformer som implementerats runt om i världen under senare delen av 1900-talet. Men få studier har dock undersökt effekterna av dessa reformer utifrån ett decentraliseringsperspektiv. Både Sverige

och Italien är Europeiska enhetsstater, vilket kan möjliggöra en adekvat komparativ analys då länderna är tillräckligt lika för att jämföras. Men länderna är även tillräckligt olika för att möjliggöra en utökad förståelse vad beträffar nationella respektive generella decentraliseringseffekter. Nedan ställs de frågor uppsatsen har för avsikt att besvara:

- Vilka är effekterna av de psykiatriska reformerna sett utifrån ett decentraliseringsperspektiv?
- Vilka generella respektive nationella decentraliseringseffekter framträder?

För att uppnå syftet och besvara frågeställningarna kommer en systematisk litteraturstudie att genomföras, där vetenskapliga publikationer kommer att granskas. En litteraturstudie har valts som metodansats i syfte att få en bred och systematisk översikt över vilka effekter av de psykiatriska reformerna som syns i respektive land. Uppsatsen kommer att utgå ifrån ett teoretiskt ramverk beträffande decentralisering och centralisering, framställt av Pollitt (2009). Ramverket har ett administrativt fokus och sammanfattar huvudargument för respektive system, grundad på samtida forskning och teorier. Pollitt har sammanställt huvudargumenten i sex fördelar med decentralisering samt fem fördelar med centralisering. Effekterna av de psykiatriska reformerna i Sverige och Italien kommer i denna uppsats att granskas och analyseras med utgångspunkt i dessa huvudargument. Detta görs i syfte att utifrån ett decentraliseringsperspektiv möjliggöra en strukturerad och vetenskaplig litteraturgranskning.

Genom att sedan granska effekterna av reformerna i två länder (cross-national comparison) möjliggör det för att kunna identifiera likheter och skillnader mellan länderna. Detta i sin tur gör det möjligt att urskilja effekterna utav de psykiatriska reformerna som antingen generella eller nationella. Denna kunskap kan ge en djupare förståelse för reformernas egenskaper och konsekvenser. Resultatet av en jämförande studie mellan olika länder kan även bidra med viktig kunskap för policy skapare beträffande hur praxis fungerar i andra länder och vilken praxis som är möjlig att anamma (Jones, 2000).

Conducting cross-national research places a researcher in a unique position: of questioning difference where it appears more obvious and of becoming more aware of the taken-for-granted where it was previously not questioned (Jones, 2000, s.185).

1.5 Disposition

Uppsatsen är strukturerad och uppdelad på följande sätt. Först kommer uppsatsens begreppsram och teoretiska ramverk att presenteras och definieras. Sedan följer en beskrivning av, och argumentation för, det valda metodvalet. Därefter följer *kapitel 4* som redogör för Sveriges och Italiens administrativa indelning och välfärdssystem. I *kapitel 5* kommer de psykiatriska reformernas grundidéer beskrivas, likväl som redogörelse över hur respektive land valt att implementera de psykiatriska reformerna och organisera den psykiatriska vården. I *kapitel 6* kommer reformeffekterna för respektive land att granskas och presenteras, vilket sker genom ett systematiskt översiktsarbete. Granskningen kommer att ske utifrån det teoretiska ramverket. Slutligen kommer resultatet att jämföras och diskuteras i *kapitel 7*. Uppsatsen avslutas sedan med fördjupade reflektioner kring vilka slutsatser som kan dras av resultatet och vad resultatet kan säga i bredare termer.

2. Teoretiskt ramverk

Decentralisering har präglat den offentliga förvaltningen i vår tid, och många länder har implementerat ett decentraliserat offentligt system (Pollitt 2009). Det finns mycket skrivet om decentralisering och många teorier upprättade. Därtill finns det många olika koncept och definitioner, och flera argument både för och emot decentralisering. I detta avsnitt ämnas några av dessa definitioner, teorier, och huvudargument presenteras och beskrivas. I slutet av detta avsnitt kommer vissa grundläggande huvudargument, rörande decentralisering och dess effekter, att presenteras.

Decentralisering bygger på idén om att mindre organisationer är mer flexibla och anpassningsbara än större organisationer (Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007). Saltman, Bankauskaite och Vrangbaek (2007) menar att i ett samhälle som är kontrollerat av större organisationer, i både privata och offentliga sektorer, har idén om att inrätta mindre lokalt styrda organisationer, blivit allt mer populär. Decentralisering har dock en lång historia, och argumenten beträffande decentralisering är nästan lika gammal som studiet av offentlig förvaltning (Pollitt, 2009). Kända filosofer och nationalekonomer som Adam Smith och John Stuart Mill var starka förespråkare för decentralisering, på 1700- och 1800-talet. Medan politiska ledare så som Napoleon Bonaparte och Lenin, snarare var förespråkare för det motsatta – centralisering (Pollitt, 2009). Under 1800-talets England uppstod debatter om det

centraliserade systemet i landet, och röster som både var för och emot centraliseringen höjdes (Pollitt, 2009). Efter andra världskriget, och som en konsekvens av omstruktureringsprocesser som ägt rum inom det institutionella landskapet, har många länder valt att implementera olika varianter av offentligt decentraliserade system. Denna utveckling syns tydligt i hälso- och sjukvårdssystem runt om i Europa, där förvaltningen sker i ett decentraliserat flernivåsystem (Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007).

Decentralisering och skiftet från ”governing to governance”, är kopplat till samtida idéer om New Public Management (NPM). NPM kom att influera den offentliga sektorn i Sverige på 80- och 90-talet, vid ungefär samma tidpunkt då stora psykiatriska avinstitutionaliseringar genomfördes (Bergmark, Bejerholm & Markström, 2017). NPM syftar till att göra den offentliga sektorn billigare och mer effektiv, genom att imitera den privata sektorns metoder och modeller (Pollitt & Dan, 2011). NPM-reformer behöver dock inte se likdana ut, överallt, utan kommer att påverkas av kontextuella faktorer. NPM-reformer kommer speglas av tidigare offentliga system och organisering (Hyndman & Liguori, 2016), samt faktorer så som befolkning, geografi, politiska system, institutionella och kulturella strukturer (Pollitt & Dan, 2011). Högström (2018) menar att det nya psykiatriska landskapet i Sverige kan ses som ett resultat av NPM, där fokus på effektivitet och kostnadsbesparingar präglade den offentliga sektorn. Brunsson (2000) menar att den offentliga sektorn, sedan 1980-talet, ägnat mycket tid åt att förändra offentliga organisationer, så som sjukhus, skolor etc. Lundquist (1998) menar dock att den offentliga sektorns inkorporering av marknadsmodeller, riskerat att påverka de demokratiska värdena inom den offentliga sektorn negativt.

Många forskare har förespråkat ett decentraliserat system då det kan vara ett sätt att motverka stora byråkratiska processer. Därav har många länder i Europa valt att implementera decentralisering i dess offentliga system (Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007). Pollitt (2009) menar att många definitioner av vad decentralisering innebär exciterar. Han menar dock att, trots de skilda åsikterna, brukar de flesta definitioner sammanfattas som: ifrån det centrala till mindre centrala aktörer, och när auktoritet spridas ut och delas upp från ett mindre till ett större antal aktörer. Det motsatta, centralisering, definierar han som: koncentration av makt till en plats eller färre platser. Det är viktigt att poängtera att det finns många olika sätt att decentralisera ett system på. Pollitt (2009) gör fem olika distinktioner:

1. *Politisk och administrativ decentralisering*: Politisk decentralisering innebär att det politiska ansvaret flyttas över från den centrala politiska nivån till andra förtroendevalda, inom andra politiska nivåer. Administrativ decentralisering innebär att ansvaret för förvaltningen av en offentlig funktion överförs från den centrala politiska nivån till lägre nivåer, lokala myndigheter, administrativa enheter eller statliga företag. Politisk och administrativ decentralisering samexisterar med varandra, där den första upprättar ramverket för den andra. Det är möjligt att både decentralisera politiskt och administrativt samtidigt, och ifall en kraftig politiskt centralisering kombineras med en administrativ decentralisering, kan problem uppstå. Enligt Pollitt kan decentralisering av ansvar både anses vara demokratiskt likvärdigt som odemokratiskt. När exempelvis ansvaret decentraliseras till lokala politiska nivåer och folkvalda politiker, anses decentraliseringen ofta vara demokratisk. Medan när ansvaret decentraliseras till myndigheter eller till enheter som inte styrs av förtroendevalda, anses decentraliseringen vara mindre demokratisk, eller till och med odemokratisk. Detta eftersom de som bär huvudmannskapet för den offentliga funktionen då inte är förtroendevalda av folket.
2. *Territoriell decentralisering* - Innebär att makt och ansvar sprids ut från större till mindre territorium. Exempelvis när ansvar över en viss serviceproduktion styrd från ett statligt territorium, förskjuts till regionala eller kommunala territorium. Decentralisering behöver dock inte alltid vara en territoriell uppdelning. Exempelvis när departement överlåter det administrativa ansvaret till en statlig myndighet, kan detta göras utan att nya territorium uppstår, varifrån beslut fattas. Decentraliseringen blir då enbart funktionell och inte territoriell.
3. *Konkurrensdriven och icke konkurrensdriven decentralisering* - Berör hur uppdelningen av ansvar bör gå till. Antingen utefter en rättvisefördelning, eller utefter konkurrensdrivande faktorer. Den konkurrensdrivna decentraliseringen är inspirerat av marknadsvärden, vilka blivit allt vanligare i offentlig serviceproduktion.
4. *Intern och extern decentralisering* – Ansvarsfördelningen kan antingen ske inom organisationer eller utöver organisationsgränser. Staten kan exempelvis överföra ansvaret beträffande en viss serviceproduktion till en myndighet inom den egna politiska nivån (intern), eller till en ny politisk nivå (extern).
5. *Vertikal och horisontell decentralisering* – Den vertikala ansvarsfördelningen är den decentralisering som ofta refereras till. Det vill säga då ansvaret fördelas från den centrala och högre makten. En horisontell decentralisering innebär att uppdelning av

ansvar är utförd på basis av samarbete, snarare än hierarki, och utan ett styrande överhuvud.

2.1 Tre dimensioner av decentralisering

Schneider (2003) menar att tre olika dimensioner av decentralisering brukar nämnas: ekonomisk, administrativ och politisk decentralisering. Nedan följer en redogörelse för respektive dimension.

Två vanliga sätt att dela upp decentralisering, burkar vara politisk respektive administrativ decentralisering. Triesman (2007) nämner, förutom politisk och administrativ decentralisering, ytterligare en definition av begreppet: ekonomisk decentralisering. Han menar att ekonomisk decentralisering är en form av decentralisering som beträffar skatter och kostnader. I ett ekonomiskt decentraliserat land har exempelvis regioner eller kommuner möjlighet att sätta sin egen skattenivå och bestämma för de egna offentliga utgifterna.

Politisk decentralisering görs i syfte att ge medborgare eller deras förtroendevalda inflytande och makt över offentliga beslutsprocesser. Politisk decentralisering innebär att beslutande auktoritet överläggs på regionala eller lokala självstyrande enheter (Triesman, 2007). Schneider (2003) menar att representation, i form av lokala val på regional eller kommunalnivå, är en viktig indikator för ett politiskt decentraliserat system. Även om det finns fler politiska funktioner, menar han att val är en central aspekt för politik auktoritet. Därtill menar Schneider att det är vanligt att medborgare i ett politiskt decentraliserat system formar identiteter utifrån lokala angelägenheter. I ett politiskt decentraliserat system konkurrerar lokala partier och sociala rörelser i lokala val och inom det lokal territoriet, beträffande lokala frågor (Schneider, 2003). Beslut som tas av den lokala nivån, i ett politiskt decentraliserat system, är svåra för den centrala makten att ändra på. Politisk decentralisering kan även innebära att lokala nivåer har möjlighet att stifta nya lagar (Triesman, 2007). Politisk decentralisering gör att den politiska makten kommer närmare folket, och gör politiker mer synliga och mindre distanserade från medborgarna (Pollitt, 2009). Därtill kan politisk decentralisering bidra till att göra invånare mer politiskt aktiva och öka det demokratiska deltagandet. Politisk decentralisering kan även bidra till att göra regionala och lokala skillnader mer tydliga (Pollitt, 2009).

Som nämnts tidigare innebär administrativ decentralisering att huvudmannskapet för förvaltning, så som planering, styrning och finansiering av en offentlig funktion, överförs på lägre administrativa enheter eller lokala myndigheter. Det går att dela upp den administrativa decentraliseringen i tre delar:

- Dekoncentrering – Innebär att ansvar för en offentlig funktions överförs till underordnande lokala enheter, styrd av den centrala politiska nivån (Schneider, 2003). Detta kan anses vara den svagaste och minst effektiva form av administrativ decentralisering. Ansvar för en viss typ av serviceproduktion överförs på en lokal enhet eller myndighet, men är fortfarande styrd och kontrollerad av samma centrala nivå (UNDP, 1997).
- Delegering – Innebär att ansvaret över en offentlig funktion förflyttas till en semi-autonom offentlig organisation (Schneider, 2003). Organisationen kan vara självständig från centralstyrningen, men måste fortfarande rapportera till den (UNDP, 1997). Ett exempel på delegering är när ett statligt företag får huvudmannskapet över en viss service.
- Devolution – Är en form av administrativ decentralisering som kan anses vara den starkaste. När devolution genomförs förflyttas styrning och kontroll av en offentlig funktion över till en kvasi-autonom administrativ enhet (Schneider, 2003). Denna typ av administrativ decentralisering innebär större autonomi för den lokala enheten. Några fundamentala karaktärsdrag för devolution är: Den centrala makten har begränsad kontroll över den lokala nivån. Det finns tydliga geografiska gränser i vilka den lokala enheten ansvarar för den offentliga funktionen. Den lokala enheten har möjlighet att styra över egna resurser (UNDP, 1997). Den lokala enheten är enbart underordnad den centrala makten i den mån att den centrala makten kan hota med att dra tillbaks resurser eller befogenheter från den lokala enheten (Schneider, 2003). Schneider (2003) menar att de flesta definitioner av devolution innefattar en politisk aspekt, i form av representation. Det vill säga att mottagaren av decentraliseringen är demokratiskt valda och lokala organ. Han menar att en sådan definition inkluderar representation inom den administrativa decentraliseringen, vilket är menat att fungera som en indikator för självständighetsnivå. Ett exempel på devolution är när den svenska staten överlägger det psykiatriska ansvaret på landstingen.

Det är viktigt att poängtera att innebörden i dessa dimensioner skiljer sig åt i litteraturen, och att det inte finns en sammanhållen och enhetlig definition av begreppen. Saltman, Bankauskaite och Vrangbaek (2007) menar att devolution oftast beskrivs i termer som att ansvar överförs till en lägre politisk nivå, medan delegation innebär att ansvar läggs över på en lägre nivå inom organisationen och att dekoncentration innebär att ansvar förskjuts till en administrativ underordnad enhet. Så långt överensstämmer detta med den generella beskrivningen. Men författarna menar även att vissa forskare anser att dekoncentration inte bör räknas som en decentralisering i och med att det inte inbegriper någon möjlighet för den lokala enheten att fatta egna beslut. Därtill menar de att vissa forskare även anser devolution inte heller bör anses vara decentralisering, utan snarare bör klassas som en form av separation av ansvar, eftersom centralregeringen inte har direktkontroll att påverka de beslut som fattas på den lokala nivån. De menar att decentralisering ibland enbart beskrivs som maktrelationer inom en intra-organisering, medan devolution snarare kan ses som inter-organisering.

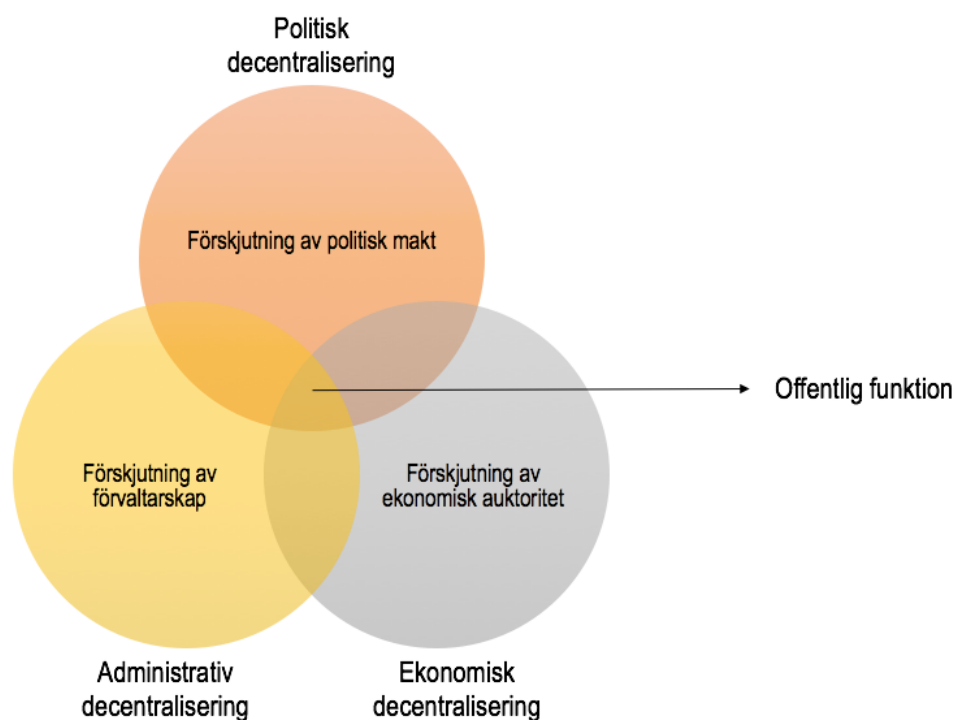
Att begreppsdefinitionerna skiljer sig åt mellan forskare påvisas även av Pollitt (2009). Han menar att devolution ibland används för att beskriva extern decentralisering, vilket han definierar som politisk, snarare än administrativ decentralisering. Detta går i linje med Triesmans (2007) redogörelse för skillnaden mellan politisk och administrativ decentralisering. Han menar att om huvudmannskapet av en offentlig funktion flyttas över till en statligt underordnande administrativ enhet, är systemet administrativt och inte politiskt decentraliserat. Men om den administrativa enheten inte skulle vara underordnad den högre centrala makten, utan istället lokalt självstyrande, är systemet snarare politiskt decentraliserat (Triesman, 2007). Saltman, Bankauskaite och Vrangbaek (2007) menar dock att devolution, ifall det förknippas med politisk decentralisering, automatiskt följs av administrativ decentralisering. Även Pollitt (2009) menar att de båda dimensionerna ofta är inkorporerade i varandra, och att det därför är viktigt att vara medveten om politisk decentralisering när man studerar administrativ decentralisering.

2.2 Teoretisk syntes – Dimensioner av decentralisering inom psykiatrisk förvaltning

Som ovan beskrivit är det inte helt enkelt att utkristallisera definitionen av decentralisering. Eftersom begreppen och definitionerna överlappar med varandra och ibland går isär, kan det därför vara svårt att analysera decentraliseringen och dess effekter. Det är således viktigt att konkretisera definitionerna, för att möjliggöra analys av decentraliseringseffekter i denna

uppsats. Det som framgår av litteraturen är att de tre dimensionerna av decentralisering utmärker sig på olika sätt. Ekonomisk decentralisering innehar en finanspolitisk aspekt, i form av förskjutning av ekonomisk styrning och kontroll. Politisk decentralisering kan sammanfattas som förskjutning av politisk makt till underordnade självständiga enheter. Administrativ decentralisering kan beskrivas som förskjutning av förvaltning av en offentlig funktion, till lägre administrativa enheter. Det bör dock tas i beaktning att de tre dimensionerna inte alltid utgör tre separata och frångående dimensioner av decentralisering, utan kan samexistera och överlappa varandra.

Den psykiatriska organisationen i Sverige och Italien används som exempel för att illustrera detta. Den psykiatriska vården i respektive land är *politiskt decentraliserad*, i den bemärkelse att den politiska auktoriteten förskjutits till förtroendevalda på regionala/lokala politiska nivåer. Samtidigt är den psykiatriska vården *administrativt decentraliserad*, eftersom förvaltningen över psykiatrin och dess verksamheter, förskjutits till regionala/lokala nivåer, sektorer och verksamheter. Utöver detta har även en *ekonomisk decentralisering* ägt rum, i den mening att de regionala/lokala nivåerna mottagit den ekonomiska auktoriteten över psykiatrin.



Figur 1. Decentraliseringsdimensioner och deras samexistens runt en offentlig funktion

I figur 1 illustreras hur ett sådant dimensionellt samband kan se ut, med utgångspunkt i psykiatrins styrning och organisation som den offentliga funktionen. Utifrån denna syntes, går

det lättare att förstå sambandet mellan de tre dimensionerna, hur de samexisterar och hur de överlappar varandra. Syntesen ger en förståelsen i hur decentralisering av en offentlig funktion kan inneha nyanser av olika decentraliseringsdimensioner, vilket är fallet med den psykiatriska vården i Sverige respektive Italien.

I denna uppsats kommer främst den administrativa decentraliseringen rörande den psykiatriska vården att studeras. För att möjliggöra detta, kommer ett ramverk utarbetat av Pollitt (2009) att användas som verktyg i arbetet med att analysera effekterna av den psykiatriska decentraliseringen. I nästa avsnitt följer en beskrivning av det valda ramverket.

2.3 Pollitt (2009) sammanfattning av huvudargument

I boken *Decentralisation. A Central Concept in Contemporary Public Management* av Pollitt (2009) sammanställs huvudargument beträffande fördelar med decentralisering och centralisering. Denna sammanställning är grundad på samtida teorier och forskning beträffande de två olika systemen. I denna sammanställning definieras sex fördelar med decentralisering, respektive fem fördelar med centralisering, utifrån ett administrativt perspektiv. Argumenten för centralisering har i denna uppsats omarbetats för att istället definiera nackdelar med decentralisering (se tabell 3). Huvudargumenten kommer att användas som ett instrument i arbetet med att granska, kategorisera och analysera decentraliseringseffekterna. Huvudargumenten har valts ut för detta ändamål för att möjliggöra en strukturerad och vetenskaplig granskning och analys, vad beträffar effekterna av den decentraliserade psykiatriska vården i Sverige och Italien. När sedermera resultatet presenteras i denna uppsats, kommer det att utgå ifrån dessa huvudargumenten, i syfte att få en tydlig och strukturerad överblick över vilka positiva och negativa decentraliseringseffekter som framkommit. Pollitt gör ingen distinktion mellan politiska och administrativa fördelar av centralisering i sammanfattningen av huvudargumenten. I denna uppsats kommer därför argumenten för centralisering att både ha en politisk och administrativ karaktär, medan argumenten för decentralisering enbart kommer utgå ifrån ett administrativt perspektiv.

Argument för administrativ decentralisering (Pollitt, 2009)

1. Beslutsfattande blir snabbare (både vertikalt och horisontellt) genom att minska långa hierarkiska beslutsprocesser. Snabbare beslutsfattande är mer effektivt.

2. Beslutsfattande fattas närmare nyttjaren av en organisations service/produkt. Detta kan innebära att besluten anpassas bättre till den som ska nyttja servicen/produkten.
3. Servicen som erbjuds av en organisation kan anpassas till lokala behov.
4. Decentralisering kan användas som ett sätt att minska den politiska inblandningen i frågor som bäst behandlas utan politiska ingripanden.
5. Innovation kan komma att gagnas av decentralisering, eftersom nya idéer inte blir tvungna leta sig hela vägen upp i höga hierarkier.
6. Decentralisering kan öka motivationen och identifikation bland personal. Detta eftersom en mindre organisation kan möjliggöra känslan av tillhörighet och delaktighet, istället för att vara en del av ett gigantiskt byråkratiskt maskineri.

Argument för politisk och administrativ centralisering (Pollitt, 2009)

1. Möjligheter för organisationer att dra nytta av stordriftsfördelar.
2. Centralisering möjliggör en bredd av expertis, vilket inte små organisationer har resurser till.
3. Centralisering kan resultera i en ökad rättvisa genom möjlighet till standardisering. Alla medborgare med samma omständigheter får likvärdig service. Serviceproduktion som är lokalt styrd, är mer benäget att skapa ojämlikheter, både medvetet och omedvetet.
4. Koordinering och samordning av policys och program är enklare med ett centraliserat system. Speciellt de policys och program som går över sektors- och organisationsgränser.
5. I ett centraliserat system blir ansvarsförhållanden mer tydliga för medborgare, vilket i sin tur möjliggör och förenklar för medborgares ansvarsutkrävande. I ett decentraliserat system är ansvarsförhållanden mer komplext.

3. Metod

Denna uppsats var ämnad att beskriva effekterna av decentralisering inom psykiatrisk vård. Svenska och italienska psykiatriska reformer valdes som studieobjekt för att uppnå detta syfte. Detta eftersom att båda länderna genomfört psykiatriska reformer vilka ämnat avinstitutionalisera, decentralisera och sektorisera den psykiatriska vården. Dessa reformer liknar psykiatriska reformer som implanterats runt om i världen de senaste 50 åren, och få studier har undersökt effekterna av reformerna utifrån ett decentraliseringsperspektiv. Därtill är

både Sverige och Italien länder i Europa och enhetsstater, vilket innebär att de är tillräckligt lika för att möjliggöra en adekvat komparativ analys. Sverige och Italien skiljer sig dock något från varandra, vad gäller administrativ indelning och välfärdsmodell (för en utökad beskrivning, var god se *kapitel 4 - Sveriges & Italiens administrativa indelning & välfärdssystem*). Länderna lämpar sig bra för jämförelse i detta avseende, eftersom två identiska stater skulle spegla en bild av decentraliseringseffekterna i en viss typ av offentlig struktur. Det skulle således inte gå att erhålla information om hur den psykiatriska decentraliseringen utspelar sig i länder med andra system och modeller. Följaktligen kan den diskrepans som råder mellan länderna, erbjuda möjligheten att tydliggöra skillnader mellan generella och nationella effekter.

Uppsatsen ämnar bidra med kunskap gällande fördelar- och nackdelar med dagens decentraliserade förvaltning av den psykiatriska vården, i syfte att öppna upp för diskussion beträffande hur den psykiatriska vården bör organiseras och styras för att möjliggöra en adekvat psykiatrisk vård. De reformer som har studerats är Sveriges psykiatrireform (år 1995), och Italiens psykiatrireform (år 1978). De psykiatriska reformerna har främst analyserats utifrån en administrativ synvinkel beträffande decentralisering. Decentraliseringen har studerats utifrån två olika perspektiv: 1) Överföring av förvaltningsansvaret från den centrala politiska nivån till lokala nivåer (huvudmannaskapsnivå). 2) Decentralisering av centralt lokaliserade institutioner till lokalt placerade och uppdelade vårdenheter (verksamhetsnivå). För att uppnå syftet och besvara frågeställningarna har en systematisk litteraturstudie valts som metodansats. En litteraturstudie har valts som metod i syfte att få en bred och systematisk översikt över vilka decentraliseringseffekter som syns i respektive land. Vetenskapliga artiklar har i denna uppsats lästs och sedan analyserats och tolkats utifrån Pollitts (2009) ramverk beträffande positiva och negativa decentraliseringseffekter (se tabell 3).

En systematisk litteraturstudie är en systematisk och objektiv översikt över ett forskningsområde (Jesson, Matheson & Lacey, 2011). Syftet med en litteraturstudie är att sammanställa befintlig forskning på ett område eller ämne som ämnas undersökas. Fördelen med en litteraturstudie är att objektiva riktlinjer upprättas, där sedermera studier väljs ut systematiskt (Jesson, Matheson & Lacey, 2011). Jesson, Matheson och Lacey (2011) har i boken *Doing your literature review: Traditional and systematic techniques*, redogjort för processen över hur en systematisk litteraturstudie genomförs. De menar att en systematisk litteraturstudie ska inneha ett specificerat syfte och fokus, en transparent process, samt tydligt upprättade inklusions- och exklusionskriterier. Författarna menar även att det är viktigt att

dokumentera sökningsprocessen. Bland annat ska namnet på databasens nämnas, likväl som vilka år som sökningarna täcker, vilka sökord som använts, de språk som studierna är skrivna på, samt antal träffar för varje sökning som framkommer. I följande avsnitt kommer uppsatsens urval och datainsamlingsprocess att redogöras för, med utgångspunkt i dessa kriterier.

3.1 Urval

Den söktjänst som användes i denna uppsats var GU-supersök. GU-supersök användes i syfte att få en heltäckande sökning, där studier från många olika databaser kunde hittas. Därtill innehåller GU-supersök funktioner vilka möjliggör en avgränsad litteratursökning. De sökord som användes var: *mental health reform OCH Sweden (Italy)*, *psychiatric reform OCH Sweden (Italy)*, och *mental health care reform OCH Sweden (Italy)*. Dessa sökord och fraseringar valdes med ändamålet att få en bred sökning, för att kunna hitta så många artiklar som möjligt, vilka berörde psykiatireformerna. Dessa sökord och fraseringar valdes även eftersom det på engelska existerar ett antal synonymer för ordet psykiatri. De olika synonymerna kan bäst summeras på följande vis: *mental health*, *mental health care* och *psychiatry*. För att täcka in samtliga synonymer i sökningen valdes därför de olika ovanstående fraseringarna i kombination med namnet på det land som skulle undersökas.

För att vara försäkrad om att studien upprätthöll en vetenskaplig standard och objektivitet användes *peer reviewed* under sökprocessen. Utöver detta användes avgränsningsfunktionerna *vetenskapliga tidskrifter*, samt *tidskriftsartiklar*, i syfte att vara förvissad om att artiklarna var accepterade och att de uppnådde en vetenskaplig nivå. Därtill var det viktigt att artiklarna fanns tillgängliga för läsning, och därför användes funktionen *fulltext online*. För att möjliggöra läsning var det även viktigt att artikeln var skriven på antingen engelska eller svenska. I och med att reformerna i respektive land genomfördes under olika årtal, var avgränsning i tidsperiod nödvändig. Detta innebar att artiklar exkluderades om de inte hade publicerats mellan åren 1995 och 2018 (Sverige), samt mellan 1978 och 2018 (Italien). Inga brev eller kommentarer på en annan studie inkluderades. För att fånga in så många artiklar som möjligt, vilka berörde effekterna av reformerna, kunde studierna vara av både kvalitativ och kvantitativ karaktär. Även litteraturstudier och reviewartiklar inkluderades. Ett annat viktigt inklusionskriterium var att studierna specifikt skulle ha som syfte att beskriva effekter av de psykiatriska reformerna, alternativt effekter vilka tydligt kunde relateras till de psykiatriska reformerna. Detta innebar att studier inkluderades och valdes ut för läsning ifall studierna exempelvis syftade till att

beskriva vårdpersonals, tjänstemäns eller politikers subjektiva upplevelser av att arbeta i eller med den förnyade psykiatrin. Alternativt ifall studien syftade till att beskriva generella (eller specifika) konsekvenser av psykiatrireformerna, så som lokala eller nationella, medicinska eller organisatoriska faktorer. Nedans sammanfattas de olika inklusions- och exklusionskriterier som användes:

Inklusionskriterier

- Studiens syfte var att beskriva effekterna av de psykiatriska reformerna, alternativt effekter som var relaterade till de psykiatriska reformerna
- En eller flera av Pollitts (2009) decentraliseringseffekter (se tabell 3) kunde identifieras.
- Studien var en tidskriftsartikel och publicerad i en vetenskaplig tidskrift
- Studien var peer reviewed
- Studien fanns tillgänglig online
- Studien var skriven på engelska eller svenska
- Studien var gjord mellan åren 1995 och 2018 (Sverige), respektive 1978 och 2018 (Italien)

Exklusionskriterier

- Studien syftade inte till att beskriva effekterna av de psykiatriska reformerna eller effekter som var relaterade till de psykiatriska reformerna
- Ifall ingen av Pollitts (2009) decentraliseringseffekter (se tabell 3) kunde identifieras.
- Studien var inte en tidskriftsartikel och inte publicerad i vetenskaplig tidskrift
- Ifall studien inte var peer reviewed
- Studien var inte tillgänglig online
- Studien var varken skriven på engelska eller svenska
- Ifall studien var ett brev eller en kommentar på en annan studie
- Studien var inte publicerade efter år 1995 (Sverige), respektive 1978 (Italien)

3.2 Datainsamling

I den första databassökningen användes sökorden *mental health reform AND Sweden (Italy)*, vilket gav totalt 126 träffar för Sverige och 165 träffar för Italien, efter att vissa inklusions/exklusionskriterier använts (fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed, språk – engelska eller svenska, publicerad efter år 1995/1978).

Den första screeningen utfördes genom att läsa titeln och abstraktet, med utgångspunkt i att syftet med studien skulle vara att beskriva effekterna av psykiatrireformen, alternativt effekter som relaterar till psykiatrireformen. Efter det första urvalet kvarstod sedan 17 artiklar för Sverige och 18 artiklar för Italien, vilka lästes igenom i fulltext. Efter att ha läst igenom artiklarna gjordes sedan det andra urvalet, baserat på ifall minst en av Pollitts (2009) decentraliseringseffekter kunde identifieras. Utifrån denna relevansbedömning var det sex (Sverige) respektive åtta (Italien) artiklar som uppnådde samtliga inklusionskriterier. För att få fler träffar gjordes sedan ytterligare två sökningar, genom sökorden: *psychiatric reform AND Sweden (Italy)*, samt *mental health care reform AND Sweden (Italy)*. Dessa gav 108 (410 för Italien) respektive 78 (47 för Italien) träffar (se tabell 1 och 2). Samma urvalsprocess och relevansbedömning som användes under den första sökningen tillämpades. Dessa sökningar resulterade i ytterligare fem studier från Sverige och 12 från Italien, uppnådde inklusionskriterierna. Efter urval och relevansbedömning av samtliga studier i sökningarna var det totalt 11 studier för Sverige-delen, respektive 20 studier för Italien-delen, som kom att utgöra resultatet till denna uppsats. I bilaga 1 och 2 presenteras en sammanställning över de artiklar som valdes ut efter genomförd relevansbedömning.

Tabell 1 Databasinsamling - Sverige

GU-supersök	Sökord	Inklusions/ exklusionskriterier	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
#1	Mental health reform AND Sweden	Fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed, språk – engelska eller svenska, publicerad mellan åren 1995 och 2018	126	17	6
#2	Psychiatric reform AND Sweden	Fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed språk – engelska eller svenska, publicerad mellan åren 1995 och 2018	108	8	3
#3	Mental health care reform AND Sweden	Fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed, språk – engelska eller svenska, publicerad mellan åren 1995 och 2018	78	8	2

Tabell 2 Databasinsamling - Italien

GU-supersök	Sökord	Inklusions/ exklusionskriterier	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
#1	Mental health reform AND Italy	Fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed, språk – engelska eller	165	18	8

		svenska, publicerad mellan åren 1978 och 2018			
#2	Psychiatric reform AND Italy	Fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed språk – engelska eller svenska, publicerad mellan åren 1978 och 2018	410	39	12
#3	Mental health care reform AND Italy	Fulltext online, vetenskapliga tidskrifter, tidskriftsartiklar, peer reviewed, språk – engelska eller svenska, publicerad mellan åren 1978 och 2018	47	3	0

3.3 Dataanalys

För att analysera det insamlade materialet utifrån ett decentraliseringsperspektiv valdes Pollitts (2009) ramverk som analysverktyg. Pollitt definierar 11 argument som talar för respektive mot ett decentraliserat system. En begreppssammanfattning och översättning av dessa argument skapades (se tabell 3), där både för- och nackdelar med decentralisering definierades. Pollitts definiering av fördelar med centralisering har omarbetats till att definiera nackdelar med decentralisering, i syfte att möjliggöra analys av både styrkor och svagheter i denna uppsats.

Tabell 3 Decentraliseringseffekter (utifrån Pollitts ramverk, 2009)

<i>Styrkor</i>	<i>Svagheter</i>
1. Snabbare beslutsfattande	1. Färre stordriftsfördelar
2. Lokalt anpassningsbara beslut	2. Begränsad tillgång till expertkunskap
3. Lokalt anpassad service	3. Ojämlig serviceproduktion
4. Ökad professionell handlingsfrihet	4. Försvårad samordning över sektor- och organisationsgränser
5. Ökad innovation	5. Otydliga ansvarsförhållanden
6. Ökad motivation och identifikation bland personal	

I syfte att få en tydlig översikt över de insamlade artiklarna användes en artikelmatris. I matrisen definierades titel, författare, syfte, metod och resultat från varje artikel. Artiklarna analyserades utefter Pollitts ramverk, och resultatet från varje artikel sammanfattades sedan i resultatcolumnen. De studier som granskades lästes igenom ett antal gånger, och under olika tillfällen för att få en klar uppfattning om att det som analyserats stämde och att inget missats.

De principer som styrde presentationen av resultatet i denna uppsats var Pollitts ramverk och strukturen som återfinns i tabell 3. Varje decentraliseringseffekt utgjorde en rubrik, och beroende på vilken/vilka effekter som framkom i artiklarna, kategoriserades de under respektive decentraliseringseffekt. Eftersom vissa studier beskrev fler än en effekt, kom dessa att kategoriseras under fler rubriker.

I tabell 4 respektive 5 presenteras en sammanställning över de studier som valdes ut efter genomförd relevansbedömning. Tabellerna illustrerar vilka decentraliseringseffekter som benämnts i respektive studie, vilket sedermera utgör resultatet i denna uppsats. En mer genomgående översikt över studierna finns i bilaga 1 och 2.

Tabell 4 Resultattabell - Sverige

	Snabbare beslutsfattande	Lokalt anpassningsbara beslut	Lokalt anpassad service	Ökad professionell handlingsfrihet	Ökad innovation	Ökad motivation & identifikation bland personal	Färre stordriftsfördelar	Begränsad tillgång till expertkunskap	Ojämlig serviceproduktion	Försvärad samordning över sektor- & organisationsgränser	Otydliga ansvarsförhållanden
Allebeck, 2008										X	
Arvidsson & Ericson, 2005									X	X	
Eklund & Rahm – Hallberg, 1999				X							
Kristiansen, Hellzén & Asplund, 2010				X			X	X			
Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011										X	X
Malm, Jacobsson & Larsson, 2002									X		X
Maycraft, 2014								X			X
Silfverhielm & Kamis-Gould, 2000									X	X	X
Stefansson & Hansson, 2001									X	X	X
Wilhelmsson & Berge, 2013							X	X		X	X
Åberg, 2005										X	

Tabell 5 Resultattabell - Italien

	<i>Snabbare beslutsfattande</i>	<i>Lokalt anpassningsbara beslut</i>	<i>Lokalt anpassad service</i>	<i>Ökad professionell handlingsfrihet</i>	<i>Ökad innovation</i>	<i>Ökad motivation & identifikation bland personal</i>	<i>Färre stordriftsfördelar</i>	<i>Begränsad tillgång till expertkunskap</i>	<i>Ojämlig serviceproduktion</i>	<i>Försvärad samordning över sektor- & organisationsgränser</i>	<i>Otydliga ansvarsförhållanden</i>
<i>Amaddeo, Barbui & Tansella, 2012</i>									X		
Barbui, Papola & Saraceno, 2018									X		
<i>Bollini, Reich & Muscettola, 1988</i>									X		
Burti, 2001									X		
Burti, 2016								X			
Burti & Benson, 1996								X	X	X	
Crepet, 1990									X	X	
De Girolamo, 1989									X		
De Girolamo & Cappiello, 1989				X					X		
De Girolamo & Cozza, 2000									X		
Ferrannini, et al. 2014									X		
Jones, 1996							X		X		
Lora, Starace, Di									X		

Munzio & Fioritti, 2014											
Mezzina, 2018									X	X	
Maj, Starace & Kemali, 1989							X		X		
Mangen, 1989									X	X	
Pirella, 1987									X		
Tognoni & Saracena, 1989									X		
Tranchina, Archi & Ferrara, 1981									X		
Vita et al. 2016				X							

4. Sveriges & Italiens administrativa indelning & välfärdssystem

I detta avsnitt kommer Sveriges och Italiens administrativa indelning att redogöras för. Därefter följer en beskrivning gällande de olika välfärdssystemen som brukar förknippas med länderna. Dessa båda system kan tydliggöra bilden över hur välfärden produceras i respektive land och ifrån vilka nivåer.

Både Sverige och Italien är enhetsstater (Sellers & Lidström, 2007) vilket innebär att makten utgår ifrån den centrala nivån, och sedermera decentraliseras till lägre regionala och lokala nivåer. I en federal stat har delstaterna mer makt än de politiska nivåerna i en enhetsstat. I en enhetsstat är staten mer involverad i utvecklingen av välfärdsproduktionen, medan de subnationella nivåerna i en federal stat förväntas ansvara för välfärden i större utsträckning (Berg, 2007). Men i både Sverige och Italien har stora delar av välfärden förskjutits till de decentraliserade regionala och lokala nivåer. Nedan följer en redogörelse för hur respektive land valt att organisera och producera välfärden.

Lidström (2003) har gjort en indelning av länderna i Europa utifrån administrativa system. Sverige kategoriseras i det system som kallas för *nordeuropeiskt*, tillsammans med Danmark, Finland och Norge. Det nordeuropeiska systemet består oftast av stora kommuner, vilka innehar mycket makt. Kommunerna styr stora delar utav välfärden och innehar möjligheten till skatteuttag, och kommunerna blir i detta system ekonomiskt starka och självständiga. Kommunerna är dock styrda av staten genom lagar och genom statens tillsyn och granskning. Staten har även möjlighet att dela ut statsbidrag till kommunerna. I Sverige är kommunerna självstyrande och producerar stora delar utav välfärden. Systemet kan i många aspekter ses som något unikt utifrån en internationell jämförelse (Lidström, 2003). Det kommunala självstyret är grundlagsskyddat, och utgör två delar: Kommuner (primärkommuner) och landsting/regioner (sekundärkommuner). Kommunerna har stort handlingsutrymme och kan bedriva politik för egna lokal intressen. Kommunerna och landstingen styrs av en fullmäktige och väljs via direkta val. Kommunerna ansvarar för bland annat för socialtjänsten, äldreomsorg, barnomsorg, skolor och avfallshantering, medan landstingen ansvarar för bland annat sjukvård, tandvård och kollektivtrafik.

Italien karakteriseras av ett *napoleonskt system*, tillsammans med sju andra länder: Belgien, Frankrike, Nederländerna, Grekland, Portugal, Spanien och Frankrike (Sellers & Lidström,

2007). Vad som karakteriserar det napoleonska systemet är regionernas relativt starka makt, samtidigt som kommunerna ofta är små och innehar begränsad makt (Lidström, 2003). Systemet är administrativt centraliserat men utgörs samtidigt av politisk decentralisering (Sellers & Lidström, 2007). I Italien, precis som i många andra länder med ett napoleonska administrativt system, existera tre nivåer under staten (se tabell 6): regioner, provinser och kommuner (Ciaffi, 2001). Dessa nivåer har tillskillnad från Sveriges varierande auktoritet, och innehar en mer hierarkisk relation till varandra. Kommunerna i Italien har inte samma starka auktoritet som i Sverige, men regionernas makt är starkare än de svenska landstingens. De 20 regionerna i Italien har rätt att stifta lagar rörande sjukvård, jordbruk och kollektivtrafik, så länge dessa inte kolliderar med den statliga lagstiftningen. Regionerna i Italien innehar egna parlament samt en regional president som är folkvald (Ciaffi, 2001). Både Italiens regioner och Sveriges landsting har möjlighet till skatteuttag. Regionerna, provinserna och kommunerna i Italien ansvarar för olika offentliga funktioner, och styrs av folkvalda presidenter och borgmästare (Ciaffi, 2001).

Utöver de administrativa systemen som beskrivits ovan, går det även att dela upp länderna utifrån välfärdssystem. Sellers och Lidström (2007) redogör för de olika välfärdssystemen i Europa, vilka baseras på Huber and Stephens (2001) indelning. Sellers och Lidström (2007) anser att denna indelning är den mest aktuella och omfattande. Sverige tillsammans med de övriga nordiska länderna anses utgöra ett *socialdemokratiskt välfärdssystem*. Detta system utmärks av ett starkt offentligt välfärdssystem, med en universalistisk och jämlik välfärd som täcker hela landet. Länderna i detta system kännetecknas ofta av ett starkt lokalt självstyre, i kombination med en effektiv och måttlig central tillsyn (Sellers & Lidström, 2007). Författarna menar att kombinationen av en central tillsyn, i syfte att uppnå universell välfärd, i kombination med ett lokalt självstyre, möjliggjort för det välfärdssystem vi har i Sverige idag. Författarna menar även att de socialdemokratiska länderna präglas av homogenitet beträffande kultur och religion, vilket get upphov till mindre splittring och uppdelning rörande policyer. Denna kulturella enhet skiljer sig från många andra länder i Europa menar Sellers och Lidström (2007).

Italien utgörs av ett *kristdemokratiskt välfärdssystem*, utifrån Huber and Stephens (2001) indelning. Detta system kännetecknas av en stark nationell välfärdspolitik, men saknar den universalistiska välfärd som det socialdemokratiska systemet karakteriseras av. Detta välfärdssystem innehar ofta även en låg grad av lokal autonomi och kapacitet. Bambra (2007) menar att många olika indelningar av välfärdssystem existerar, och att olika länder har delats

in i olika välfärdsmodeller av olika forskare. Förutom det kristdemokratiska välfärdsystemet, har Italien placerats i ett *konservativt system* (Esping-Andersen, 1990) samt i ett *korporatoriskt välfärdssystem* (Korpi & Plame, 1998). Bambra (2007) menar att Italien även brukar föras samman med tre andra sydeuropeiska länder: Grekland, Portugal och Spanien, som då brukar utgöra ett *sydeuropeiskt välfärdsystem* (Bonoli, 1997; Ferrera, 1996). Länderna som ingår i detta system brukar kännetecknas av en fragmenterad välfärd, som varierar mellan olika delar av landet, och där kvalitén rörande bland annat sjukvården brukar vara skiftande. I detta välfärdsystem blir familjen och ideella organisationer viktiga aspekter för välfärdens fungerande.

Tabell 6 Administrativ indelning & Välfärdsystem

	Invånare (miljoner)	Regioner /landsting	Provinser	Kommuner	Administrativt system	Välfärdsystem
Sverige	10	20	-	290	Nordeuropeisk	Socialdemokratisk
Italien	60	20	107	7978	Napoleansk	Kristdemokratisk (Sydeuropeisk)

5. Psykiatriska reformer & psykiatrisk förvaltning

5.1 1900-talets psykiatriska reformer & grundidéer

Psykiatriska reformer har kommit och gått genom historien. I hela världen har psykiatriska reformer genomförts på 1900-talet, vilka syftat till att förbättra omständigheterna för psykiatriska patienter (Arvidsson & Hultsjö, 2009). Implementeringen av sådana reformer har sett olika ut och organisering och serviceproduktion av psykiatrisk vård har skiljt sig mellan länder. Dock har den gemensamma faktorn rörande 1900-talets psykiatriska reformer kretsat kring avinstitutionalisering, decentralisering och sektorisering av den psykiatriska vården (Becker & Kilian, 2006; Becker & Vázquez-Barquero, 2001; Johnson & Thornicroft, 1993; Schene et al. 1992).

Tankar om att avinstitutionalisera vården dök upp under senare delen av 1900-talet som en reaktion mot det slutna och den ofrivilliga vård som bedrevs på mentalsjukhus. Men redan innan dess fanns det exempel på psykiatrisk avinstitutionalisering. Den person som skulle kunna åtdra

sig äran av att vara först med att stänga ett mentalsjukhus var Napoleon Bonaparte. År 1814 gav han order om att tömma mental sjukhuset i Bryssel på alla sina 300 patienter, i syfte att ge plats åt skadade soldater (Corbascio & Henry, 1994). De tidigare inlåsta patienterna placerades i familjer i den belgiska jordbruks byn Gheel. Dokumentation från byn, av den franske psykiatern Jean-Étienne Esquirol, sex år senare, påvisade att majoriteten av de tidigare patienterna hade lyckats bli en del av samhället och levde fria tillsammans med de övriga invånarna. Händelsen var extra uppseendeväckande då detta hade ägt rum utan någon hjälp av psykiatrisk expertis (Corbascio & Henry, 1994). Denna händelse blev kallad ”miraklet i Gheel”, och vittnade om en lyckad, om än ofrivillig, samhällsrehabilitering. Händelsen fick dock utstå kritik under tiden, då röster höjdes vilka menade att slumpen och tur förmodligen hade spelat en avgörande roll, och att det därför inte skulle gå att upprätta en ny psykiatrisk behandlingsmodell baserad på enbart denna händelse (Corbascio & Henry, 1994).

Dagens moderna tankar om att avinstitutionalisera vården dök upp på 1960-talet i Frankrike, där psykiatrins grundläggande idéer ifrågasattes. Tankarna kom att få spridning runt om i Europa, och hade kopplingar till de anti-psykiatriska rörelser i Europa (Amati, Kemali & Perris, 1981). I Sverige och Italien har fokus legat på att avveckla den institutionaliserade vården i förmån för frivilliga och öppna psykiatriska vårdformer (Becker & Vázquez-Barquero, 2001). Becker och Kilian (2006) har definierat några generella principer för de psykiatrireformer som ägt rum i Europa under 1900-talets senare hälft:

1. Avinstitutionalisering genom avveckling av mentalsjukhus
2. Införande av frivilliga, öppna och lokala samhällsbaserade vårdformer.
3. Integrering av den psykiatriska vården med övrig sjukvård och sociala vårdinsatser.

Syftet med dessa reformer har varit att öka valfrihet, frivillighet och samhällsintegrationen. Sektorer med specifika upptagningsområden har upprättats, och den psykiatriska förvaltningen har decentraliserats från den centrala politiska nivån till regionala och lokala nivåer. Därtill har den tidigare centraliserade och institutionaliserade vården decentraliserats till ett fler antal lokala vårdenheter (Mangen, 1994). Syftet med decentraliseringen av psykiatrin har varit att göra psykiatrin mer effektiv, begränsa kostnader, göra psykiatrin mer innovativ samt möjliggöra en närhet till befolkningen (Frank & Huskamp, 1996). Decentraliseringen av psykiatrin har ägt rum i hela västvärlden, både på huvudmannaskapsnivå och verksamhetsnivå (Frank & Huskamp, 1996). I kommande avsnitt kommer Sveriges och Italiens implementering

av de psykiatriska reformerna att beskrivas. Därtill kommer den psykiatriska vårdens historia samt den psykiatriska förvaltningen i respektive land att redogöras för.

5.2 Sverige

5.2.1 Sveriges psykiatriska historia

Sveriges psykiatriska vård har en lång och brokig historia. Upplandslagen från 1296, är en av de första lagarna vilken berör psykiatrisk vård i Sverige. I lagen framhävs framförallt vikten av att beskydda samhället från människor med psykisk sjukdom (Wetterberg, 2012). Under 1200-talet uppfördes de första institutionerna vilka fick ansvaret för personer med psykisk sjukdom. De hanterades av kristna ordnar som byggde hospital, så som Helgeandshusen. Under 1500-talet flyttades psykiskt sjuka personer till statliga sjukhus och under 1600-talet etablerades sjukhus som specifikt riktade sig till patientgruppen. Sjukhusen var dock ofta små och fuktiga och i dåligt skick. På 1800-talet byggdes statliga mentalsjukhus, vilket kan ses som en brytpunkt för den svenska psykiatriska vården. Vården blev nu något mer human (Wetterberg, 2012). Mentalsjukhusen byggdes på geografiskt distanserade platser, i syfte att separera de psykiatriska patienterna från samhället. Där kombinerades vård, boende och sysselsättning, men patienterna fick inte lämna anstalterna (Melke, 2011). Mentalsjukhusen, och den vård som föregicks på dem kom dock att ifrågasättas. Effektiv psykosmedicin utvecklades under mitten på 1900-talet, vilket kombinerades med psykoterapibehandlingar. Detta ledde till att patienter ökade sin funktion och återrehabilitering till samhället möjliggjordes (Melke, 2011). Tankar om att psykiatrin skulle närma sig övrig sjukvård och bygga på frivillighetsprincipen blommade upp.

Decentraliseringen tog sin början år 1967 när det psykiatriska ansvaret decentraliserades till landstingen (Socialstyrelsen, 1969). Ett skifte i synen på den psykiatriska vården tog även form. Den överbeskyddande, exkluderande och isolerande vården byttes ut mot en vård som byggde på självständighet, inkluderande, frihet och egenansvar (Melke, 2011). Mentalsjukhusen började att stängas ner på 1970-talet, i utbyte mot öppna vårdformer, placerade i lokalt sektoriserade områden (Bäärnhielm, 2005; Högström, 2018). En rapport av Sagens Offentliga Utredningar (SPU 1992:73) fastslog dock år 1992, att personer med psykiska sjukdomar i regel behandlades sämre än personer med somatiska sjukdomar, vilket sedermera skulle leda fram till 1995 års psykiatrireform.

5.2.2 Psykiatrireformen 1995

Psykiatrireformen syftade till att öka integration, autonomi, valfrihet, samt minska stigmatisering för psykiatriska patienter. För att lösa detta valde man att minska antalet slutenvårdsplatser, fortsätta stänga ner mentalsjukhus, och satsa på samhällsbaserade vårdinsatser (Arvidsson & Hultsjö, 2009; Wetterberg, 2012). Vissa ansåg att psykiatrireformen var viktig då den representerade den sista pusselbiten i uppbyggandet av Sveriges moderna välfärd (Bäärnhielm, 2005).

Genom 1995 års psykiatrireform utökades decentraliseringen och avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården ytterligare. Sverige hade under ett tag, som i många andra länder, genomfört psykiatriska reformer ämnade att avinstitutionalisera psykiatrin. Men psykiatrireformen hade för avsikt att tydliggöra skillnaderna mellan sociala insatser och psykiatriskvård (Arvidsson, 2003). De sociala tjänsterna skulle se till så att psykiatriska patienter fick stöd utanför institutionerna, medan den psykiatriska vården skulle syfta till att vårda och behandla psykiatriska patienter (Arvidsson, 2003). Kommunerna fick huvudmannaskapet för socialpsykiatrin och landstingen behöll sitt huvudmannaskap över den psykiatriska vården. Kommunen hade sedan 1982, i och med socialtjänstlagen, varit ansvariga för sociala insatser, men fick nu ett utökat funktionellt och ekonomiskt ansvar. Detta innebar att de skulle ansvara för boende och sysselsättning för psykiskt sjuka patienter (Högström, 2018). Patienter fick nu rätt till boende och sysselsättning i deras hemkommuner, vilket gjorde att många patienter lämnade de geografiskt distanserade mentalsjukhusen och flyttade hem till sina hemkommuner (Högström, 2018).

Dagens psykiatriska vård i Sverige är sektoriserad, vilket innebär att olika sektorer har ansvar för befolkningen i uppdelade upptagningsområden. Olika verksamheter erbjuder psykiatrisk vård i Sverige, dessa är: vårdcentraler, lokala psykiatriska öppenvårdsmottagningar, psykiatriska kliniker placerade vid allmänna sjukhus, samt socialtjänsten som ansvarar för socialpsykiatriska vårdinsatser så som boende, sysselsättning och samhällsrehabilitering (Bäärnhielm, 2005). Vårdcentralen är ämnade att vara den första kontakten i den psykiatriska kedjan, men patienter kan söka vård direkt hos de andra aktörerna (Bäärnhielm, 2005).

Det går att konstatera att en kombination av olika faktorer, så som decentralisering/centralisering, ekonomiska besparingar och vårdideologier, präglade det svenska vårdssystemet, inklusive den psykiatriska vården (Högström, 2018).

5.3 Italien

5.3.1 Italiens psykiatriska historia

Under 1900-talet, och fram till psykiatrireformen 1978, har en psykiatrisk lag från 1904 styrt den psykiatriska vården i Italien. Psykiatrin infann sig länge under samma kategori som kriminalvården, vilket innebar att fokus hamnade på övervakning istället för på vård (Giordano, 2018). Psykiatriska patienter inackorderades även ibland på neurologiska enheter, på grund av ekonomiska eller administrativa skäl (Amati, Kemali & Perris, 1981). Lagen från 1904 innebar att landets provinser fick ansvaret för mentalsjukhusen och tvångsvården. Under detta system var det provinsernas skyldighet att se till så att invånarna fick nödvändig psykiatrisk vård, genom exempelvis förbund med andra provinser (Amati, Kemali & Perris, 1981). Under denna tid fanns det runt 60 mentalsjukhus i Italien. Utöver mentalsjukhusen existerade det psykiatriska avdelningar placerade vid allmänna sjukhus, som främst användes i utredningssyfte. Enligt lagen från 1904, kunde frivilliga intagningar ske inom den psykiatriska vården. Detta hände dock mycket sällan, vården var i princip helt sluten och ofrivillig (Amati, Kemali & Perris, 1981).

De moderna reformtankarna blomrade upp under 1960 och 70-talet av den Italienske psykiatrikern Franco Basaglia, som var en av huvudmännen bakom psykiatrireformen (Giordano, 2018). Han var en förespråkare för samhällsbaserade vårdinsatser, etablerade på lokala öppenvårdskliniker. Han menade att en person med en psykisk sjukdom enbart kan bli fullt botad, utanför de institutioner som diagnostiserar dem (Giordano, 2018). Innan 1978 års reform togs det första steget mot att reformera psykiatrin i Italien. År 1968 beslöts det att psykiatrin skulle sektoriseras och att frivillig vård skulle lagstadgas. Problem kvarstod dock, bland annat rörande det faktum att provinserna fortfarande hade huvudmannskapet över psykiatrin, vilket hade skapat stora lokala variationer (Amati, Kemali & Perris, 1981). Mellan åren 1968 och 1978 höjdes fler kritiska röster, bland annat från Franco Basaglia och dennes progressiva påtryckningsgrupp. En reform och två lagar förberedes, vilka skulle komma att förändra psykiatrin i dess grundvalar.

5.3.2 Psykiatireformen 1978

År 1978 trädde en ny lag i kraft, vid namn lag n.180. Syftet med lagen var att avinstitutionalisera psykiatrin, i kombination med decentralisering och sektorisering. Tansella och Williams (1987) beskriver de fem viktigaste punkterna i reformen:

1. Inga fler nya inskrivningar på mentalsjukhus
2. Slutenvårdsmottagningar ska etableras på allmännas sjukhus
3. Lokala samhällsbaserade öppenvårdskliniker ska etableras
4. Tvångsinläggningar kan enbart genomföras i specifika fall
5. Nuvarande psykiatrisk personal skall placeras på de nuvarande psykiatriska enheterna

I och med detta blev Italien det första land i världen att stoppa alla nya intagningar på mentalsjukhus (Tansella & Williams, 1987). Mentalsjukhusen skulle stängas ner stegvis, och vården skulle bygga på öppenhet och frivillighet. Lagen ämnade till att göra psykiatrin lättillgänglig och mindre stigmatiserande. Psykiatrin skulle normaliseras och erbjudas på samma premisser som all annan hälso- och sjukvård. Lagen var en ramlag som senare skulle ingå i den mer övergripande hälso- och sjukvårdslagen, *lag n.833*, vilket trädde i kraft året därpå. Lag n.833 ämnade att statuera regler för all typ av sjukvård i landet, och tillförde vissa premisser till lag n.180, vilka tillsammans reglerade den psykiatriska vården i Italien (Amati, Kemali & Perris, 1981).

Reformen hade stor påverkan på psykiatrins organiseringen och styrningen. Ansvaret hade tidigare innehaft av landets provinser, men genom lag n.833 fick regionerna ansvaret över den psykiatriska vården (Amati, Kemali & Perris, 1981; Ferrannini & Peloso, 2016). I och med detta fick regionerna fullt ansvar för implementering av reformen. Enbart generella ”guidelines” fanns till förfogande, och inga specifika regler om hur reformen skulle implementeras på existerade (Lora 2012). Sjukvården delades upp i sektorer, vilka fångade upp invånare i avgränsade upptagningsområden, och nya psykiatriska verksamheter och hälsodistrikt etablerades (Amati, Kemali & Perris, 1981). På 1990-talet fick regionerna utökat ansvar för ekonomi och förvaltning av hälso- och sjukvården (Maino et al. 2007). På 1990-talet genomfördes även ytterligare administrativ decentralisering, genom förskjutning av ansvar till offentliga sjukhus, och till upprättade nya regionala hälsodepartement och lokala hälsoföretag (Maino et al. 2007). År 1994 och 1998 etablerades två nationella hälsoplaner, vilka hade som övergripande syfte att etablera nationella standarder för den psykiatriska vården (Ferrannini & Peloso, 2016). Men år 1999 beslutades, efter ändringar i konstitutionen, att landets regioner

skulle få fullt mandat för sjukvården, vilket försvårade arbetet med framställandet av de gemensamma och rikstäckande psykiatriska regleringarna (Ferrannini & Peloso, 2016).

5.4 Sammanfattning

De psykiatriska reformerna i respektive land syftade till att öka valfrihet, integritet och autonomi för patienter, samt stärka samhällsintegrering och minska stigmatisering. Italien hade dock ett ytterligare fokus på frivillighetsaspekten, då landet inte tidigare genomfört en avinstitutioniseringsreform. Psykiatrireformen i Sverige kan snarare ses som en påbyggnad på tidigare genomförda reformer. Båda reformerna hade dock fokus på att avveckla sjukhusvården, utveckla den samhällsbaserade vården och minska slutenvårdsintagningar (se tabell 7). Utöver detta låg decentralisering och sektorisering i fokus. I Sverige tydliggjordes separationen mellan den landstingsstyrda psykiatrin och den kommunalstyrda socialpsykiatrin, där den sistnämnda även fick utökade befogenheter. För Italiens del innebar reformen att psykiatrin centraliserades från provinsnivå till regionalnivå. Psykiatrins förvaltning blev dock kraftigt regionalt decentraliserad, i och med att regionerna fick fria tyglar att forma och administrera den nya psykiatriska vården, utefter eget tycke och utan statlig inblandning. Utöver detta upprättades, i båda länderna, territoriellt decentraliserade och sektoriserade lokala verksamheter, så som öppenvårdsmottagningar, psykiatrisk boendevård, sysselsättningsenheter etc.

Tabell 7 Sammanfattning av de psykiatriska reformerna i Sverige & Italien

	<i>Sveriges psykiatrireform</i>	<i>Italiens psykiatriska reform (Lag n.180/Lag n.833)</i>
<i>Syfte</i>	Öka valfrihet, integritet, autonomi, samhällsintegrering & minska stigmatisering.	Öka valfrihet, integritet, autonomi, frivillighet, samhällsintegrering & minska stigmatisering.
<i>Åtgärder</i>	-Avinstitutionisering (avveckling av sjukhusvård, i förmån för samhällsbaserad vård). -Decentralisering & Sektorisering (utökade befogenheter för kommuner samt tillväxt av lokala verksamheter)	-Avinstitutionisering (avveckling av sjukhusvård, i förmån för samhällsbaserad vård). -Decentralisering & Sektorisering (regionalstyrning samt tillväxt av lokala verksamheter)
<i>Huvudmannaskap innan reform</i>	-Landsting (psykiatrin) -Kommuner (socialtjänsten)	Provinser
<i>Huvudmannaskap efter reform</i>	-Landsting (psykiatrin) -Kommuner (socialpsykiatrin, med ökade befogenheter)	Regioner

Sverige och Italien har idag en liknande psykiatrisk uppdelning av psykiatriska verksamheter (se tabell 8). Båda länderna har utvecklat samhällsbaserade kliniker, i form av allmänpsykiatriska öppenvårdsenheter (APÖE). Dessa är ofta lokalt placerade och har som syfte att hjälpa patienter med samtlig psykiatrisk problematik. Utöver detta innehar båda länderna slutenvårdspsykiatri, beläget på allmänpsykiatriska sjukhusenheter (APSE), vid allmänna sjukhus. Den sociala rehabiliteringen i Sverige utgår ifrån kommunens socialtjänst, medan de sociala insatserna i Italien är placerade på de lokala öppenvårdsenheterna. Italien har utöver detta, egenstyrd psykiatrisk boendevård (PBV). Rättspsykiatrin i respektive land skiljer sig åt. Italien har stängt sina rättspsykiatriska sjukhus, och rättspsykiatriska patienter vårdas numer på enheter vid allmänna sjukhus. I Sverige existerar fortfarande specifika rättspsykiatriska sjukhus som bedriver rättspsykiatrisk vård.

Tabell 8 Dagens psykiatriska organisering

	Sjukvårdssystem	Huvudmannaskap	Psykiatriska verksamheter	Sektoriserat upptagningsområde
Sverige	NHS (skattebaserat)	Landsting/regioner (psykiatri), kommuner (SP)	APÖE, APSE, PV, RPV & SP	100.000-200.000
Italien	NHS (skattebaserat)	Regioner	APÖE, APSE, PBV, RPVS	25.000-200.000

APÖE, Allmänpsykiatrisk öppenvårdsenhet; APSE, Allmänpsykiatrisk sjukhusenhet; NHS, Nationellt hälso- och sjukvårdssystem; PBV, Psykiatrisk boendevård; PV, Primärvård; RPV, Rättspsykiatrisk vård; RPVS, Rättspsykiatrisk vård vid sjukhusenhet; SP, socialpsykiatri

6. Resultat

Resultatet som presenteras i detta kapitel är strukturerat utifrån Pollitts (2009) ramverk, som använts som analysverktyg i denna uppsats (se tabell 3, s. 19).

6.1 Resultat – Sverige

6.1.1 Styrkor

1. Snabbare beslutsfattande

N/A

2. Lokalt anpassningsbara beslut

N/A

3. Lokalt anpassad service

N/A

4. Ökad professionell handlingsfrihet

Ett mål med psykiatrireformen var att utveckla samhällsbaserade vårdinsatser, genom att utöka och skapa nya kommunala socialpsykiatriska verksamheter. Kristiansen, Hellzén och Asplund (2010) intervjuade 13 sjuksköterskor och skötare beträffande deras upplevelser av att arbeta på de nya socialpsykiatriska verksamheterna. Personalen inom den kommunala psykiatrin, upplevde stor handlingsfrihet där de själva fick planera och stätta upp egna mål, och organisera sitt arbete. De uttryckte känslan av mer frihet och självständighet på sin nuvarande arbetsplats, tillskillnad från arbetet inom landstingens psykiatriska sjukhusvård. En liknande studie vars resultat går i linje med denna, är en studie av Eklund och Rahm-Hallberg (1999). Författarna genomförde en enkätstudie beträffande den nya psykiatriska arbetssituationen för arbetsterapeutisk personal, inom landsting (264 stycken) och kommunen (50 stycken). Arbetsterapeuterna på kommunen tenderade till att vara mer involverad i patienternas vårdplaner, tillskillnad från arbetsterapeuterna inom landstinget. Författarna tolkar detta som en eventuell effekt av att det kommunala systemet är mindre hierarkiskt än den landstingstyrda vården.

5. Ökad innovation

N/A

6. Ökad motivation och identifikation bland personal

N/A

6.1.2 Svagheter

1. Färre stordriftsfördelar

Kristiansen, Hellzén och Asplund (2010) menar att personalen inom den kommunala socialpsykiatrin upplevde att kommunen genomförde stora ekonomiska besparingar. Detta

visade sig i att de var tvungna att arbeta många timmar i sträck, få utbildningstillfällen erbjuds, personalbrist och mindre resurser fanns tillhands. De upplevde att de moraliska värdena fick stå åtsidan för ekonomiska värden, så som konkurrens och resultatfokus, vilket fick konsekvenser för personalen och deras välmående. Wilhelmsson & Berge (2013) hade som syfte med en studie att utreda effekterna av psykiatrireformen, generella effekter, likväl som effekter utifrån ett anhörigperspektiv. Studien innehåller resultat både från intervjuer angående anhörigas upplevelser, och statistik från nationell data beträffande effekterna av den psykiatriska reformen. Beträffande stordriftsfördelar, uttryckte en familjemedlem att denne upplevde att landstinget och kommunen inte hade tillräckligt med resurser till förfogande för att möjliggöra en kvalitativ psykiatrisk vård. Eftersom resultatet från dessa studier är baserade på subjektiva åsikter angående begränsad psykiatrisk ekonomi, är det svårt att verifiera ifall så faktiskt är fallet. Ingen studie som granskats i denna uppsats påvisade någon objektiv data beträffande ekonomiska brister för psykiatrin inom landningen eller kommunerna.

2. Begränsad tillgång till expertkunskap

Kristiansen, Hellzén och Asplund (2010) fick fram i sin studie att den psykiatriska personalen inom kommunen upplevde att kommunens ledning saknade kunskap och tydlighet. Detta visade sig genom otydliga mål, informationsbrister, få arbetsbeskrivningar och oklara förväntningar. Författarna jämförde deras resultat med en nationell rapport och fann likheter med personalens upplevelser. Rapporten menade att cheferna på kommunen och kommunala politiker saknade relevant kunskap för psykiatrisk vård. Även i en komparativ studie av Maycrafts (2014), som syftade till att beskriva psykiatrireformen och handikappreformen, fann att kommuner hade bristfällig kunskap i psykiatriska frågor. Författaren hänvisar till en rapport från socialstyrelsen från år 2005, där det beskrivs att kommunerna saknar psykiatrisk kunskap, och att patienter fick begränsad vård, där vården utgick ifrån organisationens behov istället för patienternas behov. Wilhelmsson och Berge (2013) hänvisar till en utredning av socialstyrelsen från 1999 där det framkom att beslutsfattare på kommunal nivå hade otillräcklig kunskap beträffande hur de skulle tolka de nya psykiatriska lagarna. Serviceproduktionen var därför inte i linje med vad reformen från början ämnade uppnå.

3. Ojämlig serviceproduktion

En studie av Arvidsson och Ericson (2005) syftade till att beskriva volymen och effekterna av den psykiatriska vården och den psykiatriska reformen. Författarna hänvisar i sin diskussionsdel till en utredning av socialstyrelsen från 2003, som fastställde att det fanns

skillnader i implementeringen av reformen i olika delar av landet. Mest lyckad implementering kunde ses i medelstora samhällen. Författarna tar dock upp att resultatet av reformerna i princip såg likadant ut i olika delar av landet, och liknande förändringar i vårdkvaliteten kunde ses i många delar av landet. Därtill refererar författarna till samma utredning av socialstyrelsen när de menar att socialpsykiatrin i de större kommunerna hade svårigheter att erbjuda kvalitativa boenden för patientgruppen. Detta resulterade i att många patienter i dessa kommuner blev tvungna att bo på i institutionsliknande boenden, långt ifrån sina hemorter.

Malm, Jacobsson och Larsson (2002) genomförde en studie som syftade till att beskriva den psykiatriska vården i Sverige, i ett historiskt-, samtids- och framtidsperspektiv. Studien fokuserar även på psykiatrireformen och dess effekter. Författarna menar att det fanns stora skillnader i hur den psykiatriska vården praktiskt genomförts inom och mellan olika landsting i Sverige. Detta är dock inget unikt för Sverige, utan lokala och regionala skillnader syns även i andra Europeiska länder och i USA (Malm, Jacobsson & Larsson, 2002).

Stefansson och Hansson (2001) genomförde en studie som syftade till att utreda den kommunala samhällsbaserade psykiatriska vården efter genomförandet av psykiatrireformen. De fann efter analys av nationell data att det fanns uttalade regionala variationer mellan samordning och samarbete mellan psykiatrin och socialpsykiatrin. Samordningen var svårare och mindre effektiv i stora och små kommuner, och mer effektiv i de medelstora kommunerna:

”There are however, significant regional variations. Inter-organizational collaboration functions more effectively in medium-sized municipalities than in large cities or the smallest municipalities. (Stefansson & Hansson 2001, s.86)

I många lokala upptagningsområden fanns det heller ingen överenskommelse beträffande samarbetet mellan kommunen och landstingen i vissa frågor. Detta var ett extra stort problem för in- och utskrivningar av slutenvårdspatienter, unga nyligen diagnostiserade patienter och tvångsvårdspatienter (Stefansson & Hansson, 2001). En annan studie som också tar upp de regionala variationerna beträffande samordning mellan olika aktörer är Silfverhielm och Kamis-Gould (2000). Deras studie syftade till att beskriva och analysera det svenska psykiatriska systemet, inklusive psykiatrireformen. Författarna menar att det finns uttalade regionala skillnader i samordning och samarbete mellan olika huvudmän. Även denna studie beskriver att samordningen var mer fungerande i medelstora kommuner, tillskillnad från i

mindre och större kommuner. Utöver detta beskriver författarna att det även fanns regionala skillnader angående tillgång till resurser, utnyttjande av service och vårdmetoder. Författarna menar att detta troligen berodde på skillnad i hur man valde att administrera och utveckla den psykiatriska servicen runt om i landet, och inte effekter utav åtgärder anpassade utefter lokala behov eller omständigheter, även om detta inte helt och hållet kunde uteslutas (Silfverhielm & Kamis-Gould, 2000).

4. Försvårad samordning över sektor- & organisationsgränser

Silfverhielm och Kamis-Gould (2000) menar att det fanns stora brister beträffande samarbete mellan olika psykiatriska vårdgivare. Arvidsson & Ericson (2005) hänvisar till en utredning av socialstyrelsen från år 2003 där de menar att psykiatrin och socialpsykiatrin hade svårt att samarbeta rörande vård i patienternas hem. I en studie av Åberg (2005), som syftade till att utreda vilka hinder det fanns för implanteringen av psykiatrireformen. De fann att den bristande informationsspridningen mellan landstingsstyrd psykiatri och kommunernas socialpsykiatri var ett av de stora problemen:

The expanded theory states that the psychiatric reform in Sweden is slowed down by obstacles preventing the transfer of information: 1) between staff in the mental health services and staff in the social services (Åberg, 2005, s.522).

Allebeck (2008) genomförde en studie som syftade till att definiera arbetet med att förbättra samordningen mellan sektorer och huvudmän efter genomförandet av olika psykiatriska reformer, där ibland psykiatrireformen. Det framkom att det fanns problem med samarbete och integration mellan socialtjänsten och den psykiatriska landstingsvården. Detta totts att ansträngningar i form av samordningsförbund upprättats. Wilhelmsson & Berge (2013) hänvisar till en SOU rapport från 2006, när de menar att ett av de största problemen med psykiatrireformen var av administrativ karaktär. Detta i form av problem rörande samordning mellan de olika aktörerna:

Thus, the main problems are described not as political problems but as problems with cooperation, collaboration and coordination (Wilhelmsson & Berge, 2013, s.715)

I Lindqvists, Rosenbergs och Fredéns (2011) studie diskuteras den svenska psykiatrireformen utifrån ett nordisk perspektiv. Även de menar att det i Sverige finns stora brister i samverkan mellan olika psykiatriska aktörer:

I Sverige finns samverkansproblem på flera nivåer: mellan specialistpsykiatrin och primärvården, där det är svårt att i praktiken dra tydliga gränser mellan organisationernas uppgifter, mellan psykiatrin och socialtjänsten och mellan socialtjänsten, socialförsäkringsmyndigheterna och arbetsförmedlingen (Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011, s.528).

Författarna menar att många olika försök till att förbättra en bristande samordning har gjorts, vilket har lyckats på lokal nivå men misslyckats på ett nationellt plan. De anser att ett problem med den psykiatriska organiseringen i Sverige är att psykiatrin på policynivå inte har lyckats fånga ett helhetsperspektiv, utan att psykiatrin istället är uppdelad i många olika delar (Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011). Författarna menar att den uppdelade psykiatrin skapat komplex och svårhanterad samverkan mellan vårdgivare, vilket resulterat ibland annat i brist i vårdens kontinuitet uppstår.

Även Stefansson & Hansson (2001) menar att det fanns stora sprickor och barriärer mellan psykiatrin och socialpsykiatrin. De menar att problematiken med samordning delvis är orsakat på grund av olika intressen på kulturella och strukturella nivåer. Wilhelmsson & Berge (2013) understryker också att de olika aktörerna har utvecklat olika intressen vilket utökat glappet mellan olika landsting och kommuner. Luckan mellan den institutionella vården och den avinstitutionella vården är stor. Några av de familjemedlemmar de intervjuade i sin studie kunde bekräfta bristerna med samordningen mellan kommunen och landstinget. Författarna hänvisar till en SOU rapport från år 1992 där det redan där framkom problematik med decentraliseringens negativa påverkan på samarbete och ansvarsförhållanden mellan kommuner och landsting:

(...) where it was stated that decentralization had led to deficiencies in coordination and responsibility between municipalities and county councils (Wilhelmsson & Berge, 2013, s.713).

5. Otydliga ansvarsförhållanden

Stefansson och Hansson (2001) fann att det fanns många psykiatriska områden där ett tydligt ansvarsförhållande var bristfälligt. Områden så som social rehabilitering, psykiatrisk rehabilitering och arbetsträning är alla under olika huvudmän, vilket resulterar i otydliga ansvarsförhållanden beträffande de psykiatriska patienterna. Stefansson och Hansson (2001) menar att den uppdelade psykiatriska vården innebär att den vård som erbjuds patienterna inte möjliggör för en effektiv vård.

Wilhelmsson och Berge (2013) hänvisar till en utredning av socialstyrelsen från år 1999, där det påvisas att avvecklingen av mentalsjukhusen skedde för fort. Ansvarsförhållandena för den nya uppdelade psykiatrin har blivit oklar och otydlig. Administrationen över de nya vårdformerna har varit bristfällig, och det finns inte en tydlig fördelning av ansvarsområden mellan landstingen och kommunerna. Författarna menar att detta uppstått trots att socialstyrelsen tydligt i en rapport från 1999 understrukt vikten av samordning av bland annat resurser, speciellt eftersom antalet personer med psykisk sjukdom ökat sedan 1990. De anser att det idag finns en uttalad otydlighet beträffande ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna. Även en anhörig till en person med psykisk sjukdom uttryckte brister av en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner beträffande, prevention, planering och rehabilitering (Wilhelmsson & Berge, 2013).

Silfverhielm och Kamis-Gould (2000) menar att trots anvisningar beträffande ansvarsförhållanden och uppdelningen av psykiatriska och socialpsykiatriska vården, är ansvarsfördelningen oklara för vissa områden. Detta blir ett extra påtagligt problem för patienter som har behov av både samhällsbaserad rehabilitering och öppen psykiatrisk vård. Psykiatrin är uppdelad mellan många olika huvudmän, och ingen huvudman har möjlighet att ta på sig fullt ansvar:

Social, psychiatric, and vocational rehabilitation are within the purview of different authorities, and no single authority has the capacity to assume total responsibility for meeting the needs of the mentally ill (Silfverhielm & Kamis-Gould, 2000, s.305).

Maycraft (2014) beskriver utifrån en rapport från socialstyrelsen år 1999, att gränserna mellan den landstingsstyrda och kommunala psykiatriska servicen ofta var otydliga och överlappande. Detta skapade i sin tur en situation där varken kommunerna eller landstingen ville ta på sig

ansvar för den psykiatriska servicen. Den överlappande och uppdelade psykiatrin skapade förvirrade aktörer med oklara relationer och ansvarsförhållanden. Malm, Jacobsson och Larsson (2002) menar att det uppdelade psykiatriska landskapet i Sverige resulterar i många negativa konsekvenser för patienterna, bland annat gällande samhällsintegration, som var ett av psykiatrireformens huvudmål. Därtill menar författarna att landstingen snabbt vill reducera kostnader genom att skriva ut patienter till den kommunala socialpsykiatrin. Malm, Jacobsson och Larsson (2002) hänvisar till en rapport från socialstyrelsen genomförd år 1999, där psykiatrireformens effekter utvärderades. Rapporten beskriver tydliga oklarheter angående ansvarsförhållandena mellan staten och kommunerna beträffande rehabiliteringsprogram. Men även intra-regionala otydligheter beträffande ansvarsområden har setts. Lindqvist, Rosenberg och Fredén (2011) menar att det i Sverige varit svårt att urskilja ansvarsområden mellan olika psykiatriska vårdgivare.

6.2 Resultat – Italien

6.2.1 Styrkor

1. Snabbare beslutsfattande

N/A

2. Lokalt anpassningsbara beslut

N/A

3. Lokalt anpassad service

N/A

4. Ökad professionell handlingsfrihet

Vita et al. (2016) genomförde en ”academic position paper” främjad av Italian Society for Psychosocial Rehabilitation, som ämnade att beskriva den psykosociala rehabiliteringen i Italien, efter införandet av psykiatrireformen. Författarna menar att anställda inom allmänna psykiatriska öppenvårdsenheter (APÖE) arbetar självständigt och implementerar sina egna interventioner för rehabilitering. Samtidigt saknas det en nationell koordinering och kontroll över dessa interventioner. De Girolamo och Cappiello (1989) genomförde en fallstudie som

ämnade beskriva konsekvenserna av den psykiatriska reformen i staden Cremona. De fick fram att skillnader rörande patientinläggningar på allmänna psykiatriska sjukhusenheter (APSE) existerar mellan olika städer inom regionen Lombardiet. Staden Cremona hade exempelvis en 2,3 gånger högre inläggningsstatistik än staden Gallarate. Författarna diskuterar detta resultat och menar att variationen skulle kunna bero på skillnad i personal, arbetssätt och arbetsmetoder.

5. Ökad innovation

N/A

6. Ökad motivation och identifikation bland personal

N/A

6.2.2 Svagheter

1. Färre stordriftsfördelar

I en reviewartikel av Jones (1996), som ämnade beskriva och jämföra konsekvenserna av den italienska psykiatriska reformen med Storbritanniens psykiatriska reform, framkom att vårdvariationer mellan södra och norra Italien beror på skillnader i resurser och ekonomisk utveckling mellan regionerna. Norra/centrala Italien har alltid haft en bättre ekonomisk situation, och har i och med det haft mer resurser att lägga på hälso- och sjukvården, menar författarna. De menar att de olika regionerna haft olika förutsättningar inför implementeringen av reformen. I en artikel av Maj, Starace och Kemali (1989) som syftade att beskriva effekterna av den psykiatriska reformen i Campania, fick fram genom att analysera empirisk data, att Campanias finansiella problematik varit en huvudfaktor till varför stora begränsningar i den psykiatriska vården existerat i regionen.

2. Begränsad tillgång till expertkunskap

Burti och Benson (1996) ämnade beskriva konsekvenserna av den psykiatriska reformen i en reviewartikel. Författarna menar att personal på APÖE ofta innehar bristfällig psykiatrisk kunskap, där de primärt använder ett biomedicinskt förhållningsätt. I en annan reviewartikel av Burti (2016), som hade i syfte att beskriva det Italienska psykiatriska systemet efter psykiatrireformen, framkom det kritik rörande att personalen i de lokala psykiatriska verksamheterna inte haft tillräckligt med kunskap beträffande rehabilitering:

A frequent criticism of community mental health centers is that staff lacks specific training in rehabilitation (Burti, 2016, s.11).

3. Ojämlig serviceproduktion

Mangen (1989) ämnade beskriva strukturella problem med den psykiatriska reformen och Italiens välfärdssystem. Författaren menar att den regional uppdelningen av Italiens psykiatriska vård har skapat uttalade regionala skillnader i vårdkvalité. Författaren beskriver att detta beror på decentraliseringen, och att skillnader i hälsokvalité är oundvikligt i dagens system. Författaren menar därtill att de olika hälsodistrikten haft olika budgetar och policyer vilka skapat olika förutsättningar för vård. Även Maj, Starace och Kemali (1989) menar att en ojämn regional psykiatrisk utveckling ägt rum. Författarna analyserar nationell och regional data från Campania i syfte att jämföra den södra regionen, Campania, med norra regioner. Författarna diskuterar sedan den psykiatriska reformen, och menar att reformen "fångade" alla regioner i olika stadium i deras psykiatriska kultur och utveckling, vilket var en bidragande faktor till den regionala variation som uppstått. En annan studie som också hade Campania i fokus, var studien av Lora, Starace, Di Munzio och Fioritti (2014). De studerade regional kvantitativ statistik från tre olika regioner, i syfte att beskriva och jämföra reformens implementering och effekterna av detta i de olika regionerna. De fann att Lombardiet hade dubbelt så många APSE-platser än Campania, samtidigt som fler psykiatriska patienter behandlades i Campania än i Lombardiet. Fler inskrivningar av nya patienter i Emilia-Romagna kunde ses, medan Lombardiet hade flest patienter på sjukhus och boendevård. Regionala skillnader i ekonomi, administration och sociala faktorer har präglat psykiatrin menar författarna, där 30 års regional autonomi orsakat växande regionala skillnader. Författarna anser att det är dags för en nationell standard rörande, service, faciliteter och kvalité.

Amaddeo, Barbui, och Tansella (2012) genomförde en kvantitativ epidemiologisk studie där de ämnade att beskriva reformens implementering och dess konsekvenser. Författarna kom fram till att i de regioner med lägre psykiatriska resurser tillhands, har familjer och anhöriga fått ta över mycket av det psykiatriska ansvaret. Därtill syntes regionala skillnader rörande antal privata verksamheter. Ferrannini et al. (2014) hade även de ett epidemiologiskt perspektiv i sin granskning av kvalitén inom APÖV samt effekterna av reformen. Studien granskade regional psykiatrisk statistik från sex regioners informationssystem. Författarna konstaterar att det trots vissa synliga förbättringar i utjämnandet av vårdvariationen i landet, kvarstår problem med

regionala ojämlikheter i den psykiatriska serviceproduktionen. Uttalade regionala skillnader kunde ses gällande interventionsplaner för neuropsykiatrisk vård.

De Girolamo (1989) genomförde ett översiktsarbete där nationella och internationella artiklar studerades i syfte att beskriva konsekvenserna av psykiatireformen. Efter genomgång av artiklarna konstaterade författaren att olika regioner utvecklade olika vårdmodeller, som en konsekvens av regionernas självstyre. Denna skillnad har resulterat i en ojämlig vård i landet, där skillnader i vårdkvalité och tillgänglighet uppkommit. Regionerna i de södra delarna av landet präglas av för få sjukhus, inadekvata APÖE och personalbrister. Exempelvis saknade 14 procent av invånarna i norra Italien tillgång till APÖE, medan denna siffra låg på mer än 30 procent i södra Italien. De Girolamo fick fram att fler tvångsintagningar skedde i södra regioner, och författaren menar att skillnader i organisationsstil och implementering av reformen varit den avgörande faktorn för denna skillnad. Detta kunde De Girolamo fastställa efter granskning av studier vilka jämförde tvångsintagningar i områden med olika vårdmodeller, men vilka utgjordes av liknande sociodemografiska karaktärer. I centrala och norra delarna av landet har psykiatrin fungerat bättre, med vissa brister rörande rehabiliterande insatser. De Girolamo anser att staden Trieste bör vara en symbol för hela landet, då staden lyckats implementera reformen fullt ut. Författaren diskuterar resultatet, och menar att den ojämlika vården är ett av reformens största problem. Författaren anser att det var negativt att ge regionerna full kontroll över implementering och utformning av reformen, vilket han menar var extra bekymmersamt eftersom en minimal nationell standard saknades. Författaren avslutar med att konstatera att det på grund av ovanstående faktorer, inte införts en Italiensk psykiatrisk reform, utan lika många psykiatriska reformer som det finns regioner:

This situation, together with the lack of national minimum standards, has led to very different results, so that today we could really speak not about one reform, but about as many reforms as there are regions (De Girolamo, 1989, s.30)

De Girolamo och Cozza (2000) analyserade data från hälsoministeriet samt från nationella undersökningar, i syfte att beskriva effekterna av reformen utifrån ett 20-års perspektiv. Författarna hänvisar till en undersökning som genom semistrukturerade intervjuer, studerade 48 psykiatriska hälsodepartement, där det framkom skillnader i departementens vårdmetoder. Bland annat hade hälften av de undersökta departementen inga tydliga och dokumenterade rutiner för varken behandling eller administrativa processer. De Girolamo och Cozza beskrev

även hur evidensbaserade modeller för psykosocial service, varierade mellan olika verksamheter. Författarna menar att vårdskillnader mellan norra/centrala och södra Italien avtagit en aning, medan ojämlikhet och variation mellan olika sjukvårdsenheter och verksamheter istället blivit mer vanligt. Burti (2001) ämnade att redogöra för den psykiatriska situationen i Italien genom ett översiktsarbete. Författaren menar att ojämlik vård och regionala skillnader existerar, men att tendenser till en mer jämlik vård börjat synas, beträffande bland annat tillgänglighet. Detta kan förstås av de mer effektivare hälsodepartementen menar han.

Tognoni och Saraceno (1989) ämnade, i en reviewartikel, beskriva regionernas implementering av reformen. De hänvisar till nationella undersökningar och statistik när de menar att regionerna i norr och centrala Italien har varit mer effektiva i sin implementering av reformen, i jämförelse med södra delen av landet. Minskad tvångsinläggning kunde ses i norra och centrala Italien, vilket inte kunde ses lika tydligt i syd. Skillnader mellan platser på APSE varierade även, dock inte mellan nord/centrala och södra Italien. Tranchina, Archi och Ferrara (1981) beskriver också psykiatriska vårdvariationer mellan olika landsdelar. Studien redogör för reformen och dess konsekvenser, där författarna får fram att reformens implementering har varierat mellan regioner, och att speciellt tydliga skillnader ses mellan de norra och södra delarna av landet. Även Pirella (1987) fann skillnader mellan södra och norra Italien i sin studie. Författaren fann att många regioner fortsatte att finansiera mentalsjukhus efter reformen, vilket var ett extra stort problem i södra Italien. Författaren hänvisar till staden Turin, i norra Italien, där en snabb avveckling av mentalsjukhusen ägt rum, för att istället utveckla APÖE.

En annan studie som beskriver skillnaderna mellan de norra och södra delarna av landet är en studie gjord av Bollini, Reich och Muscettola (1988). Studien syftade till att beskriva och identifiera negativa effekter av reformen. Studien var en tvärsnittsstudie där 49 olika psykiatriska vårdenheter analyserades, i 7 regioner (två i norr och fem i syd) under året 1984. Författarna fann att uttalade regional skillnader beträffande implementering av reformer hade ägt rum. De södra regionerna hade generellt en sämre utvecklad APÖE, och fler privata vårdalternativ fanns i de södra regionerna i jämförelse med de norra. Därtill fanns det skillnader i betalningsalternativ mellan olika regioner. Burti och Benson (1996), vilka genom en reviewartikel undersökte effekterna av reformen, fick fram att processen rörande avinstitutionalisering utvecklades ett decennium senare i södra delen av landet, vilket varit en av anledningarna till att ojämlikheter mellan norr och syd uppstått.

Burti och Benson (1996) hänvisar till en undersökning utförd av "Central Statistics Institute National Research Council" (CENSIS) från 1985. I undersökningen framgår det att APSE är ojämnt fördelad i landet, och att de södra delarna har betydligt färre APSE-platser. Även APÖE är underrepresenterade i syd, och har färre öppettimmar. Författarna hänvisar till samma undersökning när de menar att uttalade regionala skillnader i personaltäthet existerar.

Jones (1996) menar att stora variationer beträffande psykiatrisk vård inte enbart existerar mellan olika regioner och landsdelar, utan även mellan städer inom samma region, och mellan verksamheter inom samma stad. Författaren beskriver att staden Verona är indelad i tre sektorer, vilka samtliga utgått ifrån olika vårdmodeller. Vissa sektorer har utgått ifrån ett sjukhusbaserat system och andra utifrån ett samhällsbaserat system. De olika sektorerna har även olika vårdutbud. Jones konstaterar att detta enbart kan betyda en sak, vilket är att patienter kommer få olika typer av vård, med varierande kvalitet, beroende på var i staden patienterna bor. En studie vilket också påvisade intra-regionala skillnader, är en fallstudie av De Girolamo och Cappiello (1989). Författarna beskriver att skillnader i inläggningarna mellan staden Cremona och Gallarate i Lombardiet existerar. Detta tror författarna kan bero på att det funnits en variation i utveckling av öppenvårdsmottagningar mellan städerna. Även Crepet (1990) hävdade i en reviewartikel från 1990, att både inter- och intra-regionala variation existerar. Författaren menar de att det funnits en obalans mellan södra och norra regioner, samt intra-regional obalans mellan städer och glesbygden, och därtill mellan stora och små städer. Crepet menar även att stora regionala skillnader beträffande tillgänglighet till psykiatriska insatser existerar. Författaren diskuterar detta och menar att det skulle kunna bero på regionala skillnader gällande personaltäthet. Författaren menar även att de nya psykiatriska enheterna sprids och utvecklas olika snabbt i landet.

Barbui, Papola och Saraceno (2018) analyserade kvantitativ data från The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organization (WFO) och Italian Central Institute of Statistics (ISTAT), i syfte att beskriva konsekvenserna av den psykiatriska reformen i Italien. Författarna menar att den ojämlika vården mellan norra/centrala och södra Italien inte är lika tydliga idag (2018), utan att en generell regional variation är mer synlig idag. Dock existerar fortfarande skillnader mellan rika och fattiga regioner beträffande den psykiatriska serviceproduktionen, rörande bland annat tillförsel av vård. Speciellt oroande skillnader sågs i den variation rörande utskrivningar av patienter. Författarna menar att detta kan bero på skillnader i personaltäthet. Mer forskning behövs dock för att förklara varför

skillnaderna uppstår menar författarna. Andra regionala skillnader som kunde ses beträffade tvångsintagningar, samt inskrivningar på boendevård. Författarna menar att det är svårt att via kvantitativ data undersöka kvalitet på vården, men att det i slutet på 1990-talet samlades in en mängd nationell data via två nationella projekt, rörande boendevård och akutvård. Kritiska regionala skillnader kunde då påvisas, gällande vårdkvalité mellan verksamheterna, samt skillnader i tillgänglighet av boendevårdsplatser och akutvårdsvårdsplatser.

Mezzina (2018) genomförde en studie där litteratur och nationell data beträffande den psykiatrisk reformen i Italien studerades, i syfte att beskriva framsteg, utmaningar och långsiktiga effekter. Författaren fick fram att mental sjukhusen i de olika regionerna stängt ner i olika hastighet. Författarna kunde konstatera att det idag (2018) fortfarande existerar regionala ojämlikheter, där bristfällig och ospecificerad vård kunde ses i många regioner. Antalet APÖE ansågs vara adekvat, men kvalitén i många regioner var bristfällig. Vissa regioner arbetar tillsammans med ideella organisationer för att upprätta individuella budgetplaner som ska hjälpa patienter att integreras i samhället. I vissa regioner har ett centraliserat system införts på grund av ekonomiska problem. Detta har inneburit att färre vårdenheter upprättats, och där nya upptagningsområden etablerats, vilka täckt upp till en miljon invånare. Författarna menar att utökade regionala skillnader kan komma att prägla den psykiatriska vården i framtiden. Detta eftersom många regioner har ekonomiska svårigheter och egna budgetar, i samband med att psykiatrin saknar en adekvat nationell kontroll.

4. Försvårad samordning över sektor- & organisationsgränser

Burti och Benson (1996) refererar till en undersökning utförd av CENSIS när de menar att brister i samarbete mellan APÖE och APSE existerat. Mangen (1989) menar att centrala och lokala samarbeten förändrats i och med det decentraliserade välfärdssystemet i Italien. Det finns brister i både koordinering och samarbete påstår författaren. Därtill har brister i samverkan mellan privata, offentlig och ideella organisationer uppstått, då alla strävat efter att behålla sina territorium. Crepet (1990) menar att vårdens kontinuiteten påverkas av brister i samordning och samverkan mellan olika typer av psykiatrisk service. Brister i tydliga samverkansplaner finns, och ofta läggs samordningsarbetet på individuella personer. Även Mezzina (2018) kunde påvisa att samordning mellan olika verksamheter varit bristfällig inom vissa regioner.

5. Otydliga ansvarsförhållanden

N/A

6.3 Resultatsammanfattning

Det som framkommer efter granskning och analys av studier gällande den svenska psykiatrireformen, är att den effekt som var mest förekommande i litteraturen var *försvårad samordning över sektor- och organisationsgränser*, följt av *otydliga arbetsförhållanden* (se tabell 9). Få positiva decentraliseringseffekter hittades, med undantag från två studier vilka benämnde *ökad professionell handlingsfrihet*. Effekter så som *färre stordriftsfördelar*, *begränsad tillgång till expertkunskap* samt *ojämlig serviceproduktion* kunde även ses. I likhet med Sverige var det enbart två positiva effekter som framkom efter granskning av de Italienska artiklarna, och även dessa belyste effekten av en *ökad professionell handlingsfrihet*. Därtill framkom det att två artiklar beskrev effekten av *färre stordriftsfördelar*. Två studier benämnde *begränsad tillgång till expertkunskap*, och fyra studier beskrev effekten *försvårad samordning över sektor- och organisationsgränser*. Den decentraliseringseffekt som förekom flest gånger i de Italienska artiklarna var *ojämlig serviceproduktion*. I tabell 9 syns en sammanställning av hur många studier som benämner de olika decentraliseringseffekterna.

Tabell 9 Sammanställning av antal studier som benämner de olika decentraliseringseffekterna.

	Sverige	Italien
1. Snabbare beslutsfattande	N/A	N/A
2. Lokalt anpassningsbara beslut	N/A	N/A
3. Lokalt anpassad service	N/A	N/A
4. Ökad professionell handlingsfrihet	2	2
5. Ökad innovation	N/A	N/A
6. Ökad motivation och identifikation bland personal	N/A	N/A
7. Färre stordriftsfördelar	2	2
8. Begränsad tillgång till expertkunskap	3	2
9. Ojämlig serviceproduktion	4	18
10. Försvårad samordning över sektor- & organisationsgränser	7	4
11. Otydliga ansvarsförhållanden	6	N/A

7. Diskussion

Syftet med denna uppsats var att beskriva effekterna av decentralisering inom psykiatrisk vård. Två psykiatriska reformer, från två olika länder, har analyserats med hjälp av ett teoretiskt ramverk. Det mest framträdande resultatet, är den överväldigande majoritet av negativa decentraliseringseffekter som framkommit i studierna från respektive land. Det kanske mest utmärkande resultat som framkommit, är de flertal studier som benämnt den psykiatriska vårdens regional och intra-regionala ojämlikheter i Italien. För Sveriges del har samordning och ansvarsförhållanden mellan de olika huvudämnena visat sig vara bristfällig. I detta kapitel kommer resultatet att diskuteras och jämföras, för att sedan avslutas med fördjupade reflektioner rörande vad resultaten kan säga i bredare termer. Kapitlet innehåller även ett avsnitt där metodvalet diskuteras och problematiseras.

7.1 Resultatdiskussion

7.1.1 Positiva effekter

Det som tydligt framgår av resultatet är att betydligt fler studier beskrivit negativa effekter än positiva effekter. För både Sverige och Italien var det enbart två artiklar som benämnde en positiv effekt, samtidigt som de negativa effekterna nämndes 22 (Sverige) respektive 26 (Italien) gånger. Det är dock viktigt att poängtera att flera studier beskrev positiva effekter av reformerna, men vilka dock inte kunde kopplas till decentralisering. Några av dessa effekter var: ökat välmående, ökad patientautonomi, ökad livskvalité och förbättrad samhällsintegrering (Arvidsson, 2008; Burti & Benson, 1996). Eftersom dessa effekter inte kunde härledas till någon av Pollitts (2009) decentraliseringseffekter, och inte heller beskrevs som en konsekvens av en decentraliseringseffekt, kunde de inte inkluderas i resultatet.

Ökad professionell handlingsfrihet var en positiv effekt som beskrevs i båda länderna. Båda studierna som redogjorde för denna effekt rörande Sveriges psykiatrireform, handlar om psykiatrisk personals egna upplevelser beträffande sin nya arbetssituation. Den handlingsfrihet som personalen inom den kommunala psykiatriska vården upplevde, behöver dock inte betyda att effekterna är ett resultat av decentralisering, utan kan likaväl vara orsakat av den friare vårdform som karakteriserar den socialpsykiatriska vården. Dock är det värt att ta upp dessa resultat då det inte går att utesluta sambandet.

Ökad professionell handlingsfrihet beskrevs likväl rörande den italienska reformen, av en ”academic position paper” respektive av en fallstudie. I studierna beskrevs hur anställda inom APÖE arbetar under stor autonomi och hur skillnader mellan vårdinsatser inom olika APSE inom samma stad kan bero på skillnader i hur lokal personal väljer att styra och organisera vården. Både psykiatrireformen i Sverige och i Italien har benämnts som ”bottom-up”-reformer (Jones, 2000; Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011; Malm, Jacobsson & Larsson, 2002). De psykiatriska reformerna har utvecklats utifrån ett underifrånperspektiv, och lokala projekt, kliniker och personal har haft relativt stort inflytande. Ett decentraliserat system kan enligt Pollitt (2009) användas för att öka en professionell handlingsfrihet, och minska den politiska inblandningen i frågor som inte kräver det:

Decentralization may be used as one way to reduce political intervention in matters that are best managed without political interference in details (e.g. case work with individual citizens; regulatory functions, etc.) (Pollitt, 2009, s.11).

De positiva decentraliseringseffekterna som inte nämndes i studierna var: *Snabbare beslutsfattande, lokalt anpassningsbara beslut, lokalt anpassad service, ökad innovation samt ökad motivation och identifikation bland personal*. Utifrån resultat i denna uppsats är svårt att få svar på varför så få decentraliseringseffekter syntes. Det kan mycket väl vara så att de positiva medicinska effekterna som framkommit, är ett resultat av någon/några decentraliseringseffekter, men som inte beskrivits på ett sådant sätt. Det kan också vara så att dessa effekter är svåra att mäta, eller inte varit betydelsefulla nog för att framhållas. Det kan dock anses vara uppseendeväckande att inte fler positiva effekter nämndes.

7.1.2 Negativa effekter

Majoriteten av studierna som granskats i denna litteraturstudie beskrev negativa konsekvenser av decentralisering. Nedan diskuteras de effekter som framkommit utifrån respektive decentraliseringseffekt.

Färre stordriftsfördelar

Ett fåtal studier benämnde effekten av *färre stordriftsfördelar*, i både Sveriges och Italien. Eftersom resultatet från de svenska studierna som beskrev effekten, är baserade på subjektiva åsikter, är det svårt att verifiera den objektiva realiteten. Ingen studie som granskats påvisade

dock någon objektiv data rörande ekonomiska begränsningar på landsting/kommunalnivå. Pollitt (2009) menar dock att organisationer i ett centraliserat system drar nytta av stordriftsfördelar, vilket organisationer i ett decentraliserat system har svårare för att göra:

*Centralization enables organizations to benefit from economies of scale
(Pollitt, 2009, s.12).*

För Italiens del beskrevs de ekonomiska svagheter mer objektivt och generellt. Skillnader mellan nord och syd, beskrevs som ett eventuellt problem orsakat av finansiella skillnader mellan regionerna i de olika landsdelarna. I en annan studie framkom det även att Campanias psykiatriska brister, bland annat orsakats av regionens svaga ekonomiska situation.

I både Sverige och Italiens har regionerna/landstingen innehaft det ekonomiska ansvaret för den psykiatriska vården. I Sveriges fall har de socialpsykiatriska insatserna styrts och kontrollerats av kommunerna, vilket inte är fallet i Italien. I vilket utsträckning de decentraliserade huvudmannens ekonomi påverkat psykiatrin är svårt att fastställa, eftersom få studier beskrivit detta fenomen. Utifrån de svenska studierna, har det framgått att kommunen är den huvudman som innehaft störst ekonomisk problematik, vilket dock är svårt att determinera utifrån de tillgängliga studierna. I Italiens fall verkar regionernas finansiella situation, utökat, alternativt varit med att skapa brister inom den psykiatriska vården, så som bristande vårdkvalité och regional ojämlikvård.

Begränsad tillgång till expertkunskap

När det gäller effekten *begränsad tillgång till expertkunskap*, har tre studier från Sverige, respektive två studier från Italien beskrivit denna effekt. Det som framkommit rörande Sveriges psykiatrireform är kritik mot kommunens bristande psykiatriska kunskap, både på huvudmannaskapsnivå och verksamhetsnivå. Då kritiken i Sverige både kommer uppifrån (rapporter från socialstyrelsen) och nerifrån (intervjustudie), blir det enklare att anta att den psykiatriska kompetensen på den kommunala nivån varit bristfällig. Ifall kommunerna haft tillgång till mer expertkunskap, hade eventuellt de brister som beskrivits kunnat undvikas. Enligt Pollitt (2009) har större organisationer mer tillgång till expertkunskap, vilket mindre organisationer inte har resursers till:

Centralization enables organizations to retain a critical mass of experts (in central think tanks and the “technostructure”). Small organizations do not have the resources to do this (Pollitt, 2009, s.12).

Varken studier från Sverige eller Italien har dock beskrivit att den regionala politiska nivån präglats av kunskapsbrister. I Italiens fall beskrevs kunskapsbrister gällande psykiatrisk rehabilitering hos personal i de decentraliserade APÖE-verksamheterna. Detta kan vara oraskt av decentraliseringen, men skulle också kunna vara ett resultat av det nya arbetssätt som introducerades i samband med installationen av APÖE-verksamheterna. Rehabilitering var en ny form av vård och den medicinska personal som överfördes från mentalsjukhusen till APÖE var inte vana med detta arbetssätt. Det är således möjligt att liknande problem hade kunnat uppstå, även ifall vården inte decentraliserats till lokala platser.

Ojämlig serviceproduktion

Ojämlig serviceproduktion var en decentraliseringseffekt som framgick av studierna från respektive land. Fyra studier från Sverige och 18 studier från Italien berörde denna effekt. För Sveriges del framkom att ojämlikheter i implementering av reformen existerat i olika delar av landet. Medelstora samhällen i Sverige tycktes hantera reformerna bäst, medan större kommuner, i vissa fall, hade svårt att implementera en adekvat socialpsykiatri. Även skillnader i samordning mellan psykiatri och socialpsykiatri sågs. För Italiens del, beskrev många studier uttalade regionala och intra-regionala variationerna, bland annat gällande vårdutbud, vårdkvalité, arbetsmetoder, in/utskrivningar och personaltäthet. Studier från båda länderna redogjorde för regionala och lokala olikheter, beträffande den psykiatriska vården. Enligt Pollitt (2009) leder ett centraliserat system till mer jämlik serviceproduktion, medan decentralisering kan leda till en ojämlik service:

Centralization, in the form of standardization, leads to greater equity. All citizens in similar circumstances receive the same service. Autonomous local services are more prone to inequities—both intentional and unintentional (Pollitt, 2009, s.12).

Tillskillnad från Italien, framgick det att reformen och vårdkvalitén i Sverige har sett liknande ut i stora delar av landet. Men regionala skillnader gällande resurser, utnyttjande av service och vårdmetoder har framkommit. I Italiens fall verkar både inter- och intra-regionala ojämlikheterna vara mer utbredd. Både mellan städer och mellan verksamheter inom

regionerna. Många olika förklaringar ges till varför ojämlikheterna uppstått, så som finansiella, administrativa, strukturella och kulturella skillnader. Studier från både Sverige och Italien beskrev att de vårdvariationer som existerade, var orsakade av huvudmännens olika sätt att administrera, implementera och styra reformerna och den psykiatriska vården på. De Girolamo (1989) beskrev bland annat att skillnader i organisationsstil gav upphov till vårdvariationer. Lora, Starace, Di Munzio och Fioritti (2014) uttryckte behov av en nationell psykiatrisk standard i Italien, för att komma itu med den skiftande servicen och vårdkvalitén i landet. I Sveriges fall, beskrev Silfverhielm och Kamis-Gould (2000), att skillnaderna angående bland annat vårdmetoder, troligen var orsakat av skillnader i administrering, snarare än åtgärder som anpassats utifrån lokala behov eller omständigheter, även om detta inte helt kunde uteslutas. Det decentraliserade psykiatriska landskapet verkar ha skapat ojämlikheter i länderna. Italien verkar dock ha drabbats hårdare än Sverige, och De Girolamo (1989) beskriver exempelvis att den ojämlika vården är ett av psykiatrireformens största problem. De Girolamo (1989) menar att landet under en lägre tid präglats av regionala variationer beträffande ekonomi, administrationsmodeller och kulturella faktorer. Dessa regionala skillnader är inte lika påtaglig i Sverige och skulle eventuellt kunna fungera som en förklaring till varför den ojämlika vården varit mer utbredd i Italien. Det skulle kunna gå att tolka detta som att ett decentraliserat system, kommer att skapa fler ojämlikheter inom offentlig service, i ett land präglat av större regionala skillnader. Italiens intra-regionala skillnader skulle kunna bero på Italiens kraftigt uppdelade psykiatriska landskap. Psykiatrin inom varje region i Italien har varit uppdelad i hälsodistrikt och senare hälsodepartement, som på eget bevåg kunnat utforma egna vårdrutiner utefter regionala riktlinjer. Därtill har de olika psykiatriska verksamheterna och de lokala hälsoföretagen haft stor autonomi i styrandet av vården (Maino et al. 2007).

Ojämlik serviceproduktion mellan norra och södra delen av Italien, existerade redan innan den psykiatriska reformen, och under tiden då provinserna hade huvudmannskapet över psykiatrin (Amati; De Girolamo, 1989). Den ojämlika vården kvarstår dock i Italiens regionalt decentraliserade system, och De Girolamo (1989) menar därför att det var negativt att ge regionerna full kontroll över psykiatrin. De regionala skillnaderna i Italien tycks även se ut att kunna öka. Enligt Mezzina (2018) kan ekonomiska svårigheter på regionalnivå och regionala budgetar, i kombination med en begränsad statlig kontroll, orsaka utökade skillnader i framtiden.

För att möjliggöra en förklaring till varför effekten *ojämlika serviceproduktionen* är mer påtaglig i Italien till skillnad ifrån Sverige, bör ländernas välfärdsystem analyseras. Italiens välfärdsystem, vilka av vissa forskare ansetts vara ett *sydeuropeiskt välfärdsystem*, karakteriseras av en fragmentarisk välfärd. Välfärden tenderar att skifta mellan olika delar av landet, och sjukvårdens kvalitet anses vara varierande (Bambra, 2007). Karaktärsdragen för Italiens välfärdssystem stämmer överens med det resultat som framkommer i denna uppsats, gällande den ojämlika psykiatriska vården som existerar i landet. Sveriges välfärdsystem, den *socialdemokratiska*, kännetecknas av en mer universell och jämlik välfärd, där en utvecklad central tillsyn och övervakning existerar (Sellers & Lidström, 2007). Staten i den sydeuropeiska modellen är ofta mindre synlig rörande policyer och implementering av välfärd (Melke, 2011). Många studier berörde problemet med en bristande centrala kontroll och avsaknad av nationella standarder i Italien, som en av huvudorsakerna till den regionala variationen (De Girolamo, 1989; De Girolamo & Cappiello, 1989; Mezzina, 2018). De länder som anses inneha ett *socialdemokratisk välfärdsystem* är i regel även kulturellt homogena, vilket i sin tur minskar risken för splittring i landet (Sellers & Lidström, 2007). Dessa faktorer kan vara avgörande i förståelsen kring varför den ojämlika vården är mer utbredd i Italien. Men även ländernas administrativa system kan utgöra en förklaring till skillnaderna. Italien utgörs av ett *napoleonskt system*, vilket innebär att regionerna ofta har en starkt autonomi (Lidström, 2003). I Italiens fall utspelar sig detta genom att regionerna har möjlighet att stifta lagar, innehar egna parlament och presidenter. Regionerna i Italien har i många avseenden en mer utpräglad auktoritet än landstingen i Sverige. Därtill kan även de Italienska regionernas skilda ekonomiska förutsättningar vara en bidragande faktor till vårdens variation.

Således kan den differens rörande effekten *ojämlik serviceproduktion* mellan Sverige och Italien, vara orsakat av ett antal olika faktorer. Italiens starka regionala autonomi, kulturella och ekonomiska faktorer, det fragmenterade välfärdsystemet samt brister i central tillsyn och övervakning, kan vara några förklaringar till varför Italiens psykiatriska vård tenderar att variera mer än i Sverige.

Försvårad samordning över sektor- & organisationsgränser

Det framgår av studierna från Sverige att samordning och samarbete, mellan främst den kommunalstyrda socialpsykiatrin och den landstingsstyrda psykiatrin, varit bristfällig. Det var totalt sju artiklar som belyste brister gällande samordning mellan de olika psykiatriska huvudmännen. Wilhelmsson & Berge (2013) beskrev den bristande samordningen som

psykiatrireformens största problem. Samverkansproblematiken mellan framförallt socialpsykiatrin och psykiatrin verkar vara ett större dilemma i Sverige än i Italien. Detta kan bero på skillnader rörande den psykiatriska organiseringen i respektive lands administrativa system. I Italien innehar regionerna det yttersta ansvaret över både psykiatrin och de socialpsykiatriska insatserna. Denna indelning innebär att ingen intressekonflikt skapas mellan olika huvudmän. Sverige har ett administrativt system där de två självstyrande nivåer (kommuner och landsting) innehar hög grad av autonomitet (Lidström, 2003). I Sverige är landstingen ansvariga för psykiatrin, medan kommunerna ansvarar för socialpsykiatrin. Denna indelning innebär att två skilda huvudmän ansvarar för en och samma patientgrupp. Detta har gett upphov till en uppdelad psykiatri, där policyer inte lyckats skapa ett helhetsperspektiv över den psykiatriska vården. En spricka mellan huvudmännen har uppstått, där olika intressen på kulturella och strukturella nivåer existerar. Därutöver har de statliga myndigheterna, så som socialförsäkringsmyndigheterna och arbetsförmedlingen, bidragit till att ytterligare en huvudman ingått i samarbetet rörande de psykiatriska patienterna.

Det går således att spekulera i huruvida samordningsproblematiken hade kunnat undvikas, ifall en och samma huvudman haft ansvaret över de psykiatriska insatserna. Vi kan använda Italien som exempel för att diskutera detta. I Italien är de sociala insatserna och den psykiatriska vården styrda av regionerna. Men trots detta har studier beskrivit samordningsproblematik mellan sjukhusvården (APSE) och den öppna samhällsbaserade vården (APÖE). Bland annat syntes brister i koordinering och samarbeten mellan dessa verksamheter. Samordningsproblematik har alltså uppstått mellan olika verksamheter, inom en och samma huvudman. Men även i Sverige har det rapporterats om intra-regional problematik, angående samordning mellan två verksamheter inom landstingen: specialistpsykiatrin och primärvården. Därtill har bristande samordningen mellan olika psykiatriska verksamheter skapat problem för vårdens kontinuitet både i Sverige och Italien (Crepet, 1990; Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011). Allt detta kan tyda på att samordningsproblematiken mellan psykiatrin och socialpsykiatrin i Sverige, hade uppstått även i det fall då det psykiatriska ansvaret legat under samma huvudman.

Med utgångspunkt i ovanstående exempel, verkar det som att brister rörande samordning kan vara svåra att undvika i ett decentraliserat system. Pollitt (2009) menar att ett centraliserat system gör det enklare att samordna policyer och program mellan olika aktörer:

Centralization makes the coordination of policies and programs (especially those

which cross sectoral or organizational boundaries) easier to accomplish. "Joined-up" government can be substituted for "hollowed-out" government (Pollitt, 2009, s.12).

Otydliga ansvarsförhållanden

Trots att vissa studier belyste samordningssvårigheter mellan olika intra-regionala verksamheter i Italien, var det ingen studie som beskrev *otydliga arbetsförhållanden* mellan verksamheter, regioner eller politiska nivåer. I Sverige däremot, var detta ett uttalat problem. Otydliga ansvarsförhållanden rapporterades mellan socialrehabilitering (kommunal huvudman), psykiatrisk rehabilitering (regional huvudman) och arbetsträning (statlig huvudman), vilket fick negativa konsekvenser för vårdkvalitén. Situationen skapade förvirrade aktörer, med överlappande och otydliga ansvarsområden, där aktörer antingen inte ville ta på sig ansvar, sköt ifrån sig ansvar, eller inte kunde ta på sig ansvar. Utöver brister på huvudmannanivå, var det en studie som belyste problem med otydliga gränser mellan intra-regionala verksamheter i Sverige. Svårigheterna i Sverige beträffande otydliga ansvarsroller går i linje med ett av Pollitts (2009) huvudargument, i den mening att ett decentraliserat system gör ansvarsförhållanden otydliga och ökar risken för "blame-shifting":

Centralization makes the line of accountability clearer and more easily understood by citizens. In highly decentralized systems patterns of accountability are complex, and there are too many opportunities for blame-shifting (Pollitt, 2009, s.12).

Problemet med de otydliga ansvarsförhållandena i Sveriges psykiatriska system, kan ses som problem orsakat av den psykiatriska uppdelningen i det administrativa systemet. I Sverige förväntas tre olika huvudmän arbeta mot gemensamma mål, för samma patientgrupp. Citatet nedan belyser den situation som uppstått i Sveriges decentraliserade psykiatriska vård:

Mångfalden av organisationer skapar ett komplext välfärdslandskap med ett virrvarr av gränser (Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011, s.528).

I Italiens fall styrs den psykiatriska vården och rehabiliteringen av den regionala nivån, vilket gör att regionerna inte behöver konsultera eller samarbeta med andra huvudmän. Detta system gör huvudmännens ansvarsområden enklare att uttyda. Italiens psykiatri är dock intra-regionalt decentraliserat, i den mening att hälsodepartement, lokala hälsoföretag och ett antal

verksamheter är i behov av att samordna och ha tydliga uppdelade ansvarshållanden sinsemellan. Ingen artikel belyste dock *otydliga ansvarsförhållanden* mellan de intra-regionala aktörerna.

7.1.3 Fördjupade reflektioner

I de studier som granskats i denna uppsats har det framkommit att decentralisering, på både huvudmannaskapsnivå och verksamhetsnivå, medfört negativa effekter. För Sveriges del var bristfällig samordning och otydliga arbetsförhållanden de effekter som var mest förekommande, samtidigt som effekten ojämlik serviceproduktion förekom flest gånger i litteraturen rörande Italiens reform. Dessa effekter har även beskrivits som huvudanledningarna till varför bristerna inom den psykiatriska vården uppstått i respektive land. Samordningsproblematiken och de otydliga ansvarsförhållandena i Sveriges, har lett till att patienter ”hamnat mellan stolarna” och slussats runt mellan olika huvudmän och verksamheter. Därtill har kommunala och regionala särintressen uppstått, vilket skapat sämre förutsättningar för vårdens kontinuitet. Italiens ojämlika vård har skapat en situation där patienter boendes i regioner eller satsdelar med en mindre utvecklad psykiatri, erhållit sämre vård än patienter boendes i andra regioner eller områden. Utifrån ovanstående beskrivning är det inte svårt att tänka sig att ett centraliserat system skulle kunna komma i bukt med dessa problem. Lösningen på dessa problem är dock mer komplicerat än så, och en mer djupgående analys är nödvändig för att möjliggöra en bredare förståelse över de resultat som framkommit i denna uppsats.

Till att börja med är det av vikt att ta avstamp och jämföra resultatet med tidigare litteratur. I likhet med resultatet från denna uppsats har Maino et al. (2007) kunnat påvisa att det decentraliserade sjukvårdslandskapet i Sverige gett upphov till brister i vårdkvalité samt koordinering mellan olika huvudmän. Likt denna uppsats menar författarna även att decentraliseringen inom hälso- och sjukvården i Sverige, skapat otydliga ansvarsförhållanden mellan olika huvudmän. Likt Maino et al. har många studier som granskats i denna uppsats även kunnat påvisa regionala ojämlikheter rörande ekonomi och sjukvårdskapacitet i Italien. Därtill har några av de studier som granskats även beskrivit intressekonflikter mellan olika nivåer i Sverige, vilket går i linje med Frank & Huskamp (1996) studie. Skilda mål och arbetsmetoder har även framkommit, likväl som variationer och brister i vårdkvalité hos decentraliserade verksamheter i Sverige och Italien. Frank & Huskamp (1996) menar att dessa dilemman kan uppstå i ett decentraliserat psykiatriskt system. Likt Sørgaards och Sørensens (1994) studie påvisade många av de studier som granskats, att intra-regionala skillnader mellan

olika psykiatriska verksamheter existerar. Denna effekt var tydligast i Italien. Myklebust et al. (2011) kunde påvisa att små lokala vårdenheter kan möjliggöra en mer effektiv överföring av information, tillskilland från större och mer centraliserade verksamheter, så som sjukhusenheter. En sådan effekt har dock inte påträffats i de studier som granskats i denna uppsats.

De negativa effekterna som kunnat påvisas i denna uppsats överensstämmer med några av de negativa effekterna som framkommit i den tidigare forskningen. Detta kan således stärka ett generellt antagande gällande att decentralisering kommer medföra negativa konsekvenser inom psykiatrisk vård. Men trots att få positiva decentraliseringseffekter beskrivits i de granskade studierna, likväl som i den tidigare litteraturen, är det viktigt att bejaka de positiva decentraliseringseffekter som beskrivits av Pollitt (2009). Den positiva effekt som framkommit i de studier som granskats i denna uppsats, är ökad professionell handlingsfrihet. Även om inga fler positiva effekter beskrivits i de analyserade studierna, går det inte att bortse från decentraliseringens positiva effekter. Ökad innovation samt motivation och identifikation bland personal kan möjliggöras i ett decentraliserat system. Beslutsprocesser blir snabbare, och psykiatrins beslutsprocesser kommer närmare befolkningen. Beslutsprocesserna och servicen kan därmed anpassas till lokala omständigheter så att mottagarna blir mer mottagliga för besluten och servicen. I och med att fler lokala verksamheter uppstod med reformerna, var det inte enbart beslutsprocesserna som kom närmare befolkningen, utan även faciliteterna. Zulian et al. (2011) menar att geografisk placeringen av psykiatriska öppenvårdsmottagningar, eventuellt spelat en avgörande roll för antalet patienter som erhållit psykiatrisk vård i Italien. Författarna menar att patienter som lever närmare de psykiatriska anläggningarna, är mer benägna att använda dem. Författarna menar även att distansen till en psykiatrisk anläggning, kan ha en avgörande roll för hur många personer som tar beslutet att söka psykiatrisk vård. Tidigare forskning genomförd av Waraich et al. (2003) går i linje med Zulian et al. (2011), då författarna menar att geografiskt decentraliserade verksamheter kan göra att fler personer söker psykiatrisk vård. Om då centraliserade åtgärder skulle genomföras på huvudmannaskapsnivå eller verksamhetsnivå, skulle antingen beslutsprocesser eller vårdfaciliteter riskera att komma allt längre ifrån stora delar av befolkningen.

Utöver diskussionen om decentraliseringens positiva fördelar, är det även viktigt att föra en diskussion kring de psykiatriska reformernas vaga och odefinierbara riktlinjer. Wilhelmsson och Berge (2013) menar att det främsta problemet med den psykiatriska reformen i Sverige,

inte har varit den politiska ideologin eller idén rörande avinstitutionalisering, utan snarare problem som uppstått på grund av policy-dokument och administrativa processer. Vad som karakteriserat reformen i Sverige är bristande riktlinjer i hur reformen ska implementeras i praktiken, otydliga lagar, bristande direktiv och strategier i hur arbetet ska utföras på lokalnivå, och otydlig koordinering ifrån den centrala nivån (Wilhelmsson och Berge, 2013). Detsamma syns i Italien, då de lagar som skulle reglera reformen var otydliga gällande vad som förväntades av respektive region (De Girolamo, 1989). Regionerna fick fria tyglar att implementera reformen (Jones, 1996; Lora, 2012), och Mezzina (2018) menar att en adekvat nationell kontroll saknades. Mezzina (2018) påvisar att det funnits brister rörande ”proper governance” inom den decentraliserade regionalstyrda psykiatrin. Författaren menar att brister inom psykiatrin uppstått på organisationsnivå, där implementering av policyer, i kombination med ekonomiska kriser i Italien, skapat stora problem för den psykiatriska vården. Kanske skulle den decentraliserade psykiatrin haft möjlighet att fungera adekvat ifall de policyer och lagar som styrde dem, varit tydliga och implementerats på rätt sätt. Kanske hade då möjligheten att åtnjuta positiva decentraliseringseffekter möjliggjorts, samtidigt som de negativa konsekvenserna hade kunnat begränsas.

Det är också viktigt att bejaka en annan dimension utav implementeringen av decentraliseringsreformer. Decentralisering har blivit allt mer förekommande i och med New Public Management (NPM), och dess fokus på marknadsidéer (Pollitt & Dan, 2011). NPM-reformer kan dock komma att påverkas av tidigare kontexter och offentlig förvaltning. Hyndman och Liguori (2016) menar att NPM-reformer kan påverkas av tidigare förvaltning och organisering av den offentliga sektorn. Författarna menar att NPM-reformer inte står frångående från exempelvis mer traditionella Public administration- (PA) system, utan snarare samexisterar och fungerar som ett komplement till dem. I linje med detta, menar Pollitt och Dan (2011) att NPM-reformer kommer att påverkas av den kontext de befinner sig i. Vilket utfall en reform har, påverkas av exempelvis befolkning, geografi, politiska system och institutionella och kulturella strukturer. Kontextuella faktorer kan alltså komma att förbättra effekterna av reformer, likväl som de kan komma att hämma dem. Utifrån vad Hyndman och Liguori (2016) samt Pollitt och Dan (2011) framhåller, kommer offentliga förvaltningsreformer att ta olika skepnad och resultera i olika utfall, beroende på i vilken kontext och offentligt system de implementeras i. Detta är ett ytterligare argument för att en decentraliserad psykiatri kan fungera effektivt, i rätt miljö och med de rätta omständigheterna. Resultatet i denna uppsats bekräftar även ovanstående resonemang, utifrån ett administrativt och välfärdsperspektiv.

Sverige och Italiens administrativa system och välfärdsmodeller ser ut att ha haft verkan på psykiatrireformernas utfall. Sveriges administrativa indelning, i form av jämbördiga och självstyrande nivåer, har skapat en situation där bristande samordning och samverkan mellan nivåerna uppstått. I Italien verkar landets fragmentariska välfärdsystem, regionernas starka självstyre och bristande central tillsyn, gett upphov till uttalade ojämlikheter för den psykiatrisk vårdkvalitén och serviceproduktionen. Ländernas skilda administrativa system samt välfärdsmodeller, ser alltså ut att ha haft inverkan på den psykiatriska vården vi ser idag i respektive land. Utöver detta har även ländernas politiska system och strukturer, i form av otydliga psykiatriska lagar och riktlinjer, problematiserat implementeringen av reformerna i båda länderna.

Det är således inte helt enkelt att fastställa, utifrån resultatet från denna uppsats, att decentralisering kommer medföra negativa konsekvenser för psykiatrisk vård, oavsett miljö och omständighet. Resultatet kan ge en indikation på att decentralisering av den psykiatriska vården i Sverige och Italien, bidragit med negativa konsekvenser inom vissa områden. Men dessa negativa effekter har troligtvis förstärkts av andra faktorer, så som administrativ indelning, organisering av välfärden samt politiska system. I likhet med vad Hood (1991) menar, har uppsatsen kunnat påvisa att förvaltningen och organiseringen av en offentlig funktion, kommer att påverka utfallet av dess serviceproduktion. Jämförelsen mellan Sveriges och Italiens psykiatriska reformer, har bidragit med en djupare förståelse för decentraliseringens konsekvenser inom den offentliga sektorn. Resultatet från uppsatsen kan bidra till diskussionen beträffande hur den offentliga psykiatriska vården bör organiseras och styras, och hur effekterna av decentralisering kan förefalla. Utifrån bredare termer kan resultatet från denna uppsats bidra med förståelse för hur decentralisering av en offentlig service och politikområde kan se ut, vilka konsekvenser det kan medföra, samt vilka omkringliggande faktorer som kan komma att påverka utfallet. För att verkligen komma i bukt med decentraliseringens inverkan på psykiatrin, bör framtida forskning använda andra metodansatser samt undersöka och jämföra decentraliseringseffekterna mellan fler länder, i olika delar av världen.

7.2 Metoddiskussion

En systematisk litteraturstudie valdes som metodansats i denna uppsats. Metodvalet har möjliggjort en bred och systematisk insyn beträffande decentraliseringens effekter inom den psykiatriska vården i Sverige och Italien. Jämförelse mellan två länder (cross-national

comparison) har möjliggjort en utökad förståelse rörande reformernas konsekvenser för psykiatrin i respektive land. Genom jämförelsen har likheter och skillnader mellan länderna kunnat urskönjas, där generella och nationella decentraliseringseffekter kunnat påvisas. Det teoretiska ramverket som använts som analysverktyg, har möjliggjort en strukturerad och vetenskapligt förankrad litteraturgranskning, grundad i decentraliseringsteori.

Vissa svagheter med metodvalet har dock funnits. Eftersom resultatet i denna uppsats bygger på analys av tidigare genomförda studier, är således uppsatsens resultat färgat av studiernas metodval, disposition och resultatuttolkning. En medvetenhet kring detta faktum har funnits, och redogörelser för artiklarnas metodval och undersökningsområde har beskrivits i text samt i bilaga (1 & 2). Därtill har diskussion förts gällande det framtagna resultatets trovärdighet, i resultatdiskussionen. Det är även viktigt att vara medveten om att resultatet från uppsatsen enbart speglar studier som inkluderats i denna uppsats. Följaktligen kommer uppsatsens urval och datainsamling att påverka resultatet. Tre sökord med tillhörande fraseringsvaldes i syfte att söka efter studier i söktjänsten. Dessa sökord kom att avgöra vilka studier som inkluderades i uppsatsen. Artiklar som inte hamnade inom ramen för dessa sökord och fraseringsvaldes kom sålunda inte att granskas. Författaren har varit medveten om detta, och har därför använt breda termer och sökalternativ, i syfte att finna så många studier på området som möjligt. Tolkningen av resultatet bör dock göras med tillförsikt, och läsaren bör ha detta i åtanke. Ytterligare forskning, med andra sökord och metodval skulle kunna vara nödvändig, för att bekräfta resultatet.

Resultatet kom även att påverkas av den söktjänst som valdes för litteratursökningen. GUL-supersök valdes eftersom söktjänsten samlar studier från många olika databaser, vilket gör litteratursökningen bredare. Fler studier gällande Italiens psykiatrireform framkom under sökningsprocessen, i jämförelse med studier beträffande Sveriges psykiatrireform. Detta kan ha att göra med den skillnad i tidsspann som existerar mellan de båda reformerna. Italiens reform ägde rum 17 år tidigare än Sveriges psykiatrireform, och kan vara en av anledningarna till att fler studier rörande Italiens psykiatrireform existerar. Detta ledde sedermera till att fler artiklar kunde, efter genomförd relevansbedömning, inkluderas i Italiens resultatdel. Resultatdelen rörande decentraliseringseffekterna i Italien är således mer omfattande än resultatet från Sverige, då den byggs upp av fler studier. Sverige-delen består av 11 artiklar, medan Italien-delen består av 20 artiklar. Det ska även tas i beaktning att språket i studierna var på engelska (med vissa undantag), vilket då kan ge upphov till felöversättning. Författaren har

dock försökt motverka detta genom att noggrant och under flera tillfällen läsa igenom studierna, för att vara försäkrad om att inget översättningsfel gjorts.

För att vara försäkrad om att de studier som skulle granskas upprätthöll en vetenskaplig nivå, inkluderades enbart artiklar vilka var tidskriftsartiklar, peer reviewed, och publicerade i en vetenskaplig tidskrift. För att få en så heltäckande bild som möjligt inkluderades även osystematiska reviewartiklar. Det blev dock nödvändigt att ställa dessa studier i kontrast med resultatet från andra, mer strukturerade studier, för att få ett tillförlitligt resultat. Författaren valde att ha med dessa artiklar då de överensstämde med inklusionskriterierna i uppsatsen, samt eftersom de tillförde en djupare bild och ytterligare dimensioner beträffande konsekvenserna av reformerna. I syfte att undvika egna tolkningar och felaktiga antaganden av resultatet var det fundamentalt att enbart inkludera artiklar vilka beskrev effekter som tydligt gick att härleda till någon av Pollitts (2009) decentraliseringseffekter. Det var således viktigt att analysera studierna utifrån det teoretiska ramverket på ett strukturerat sätt. Det är även av vikt att diskutera det valda analysverktyget, och dess påverkan på det framtagna resultatet. Analysen av studierna genomfördes med hjälp av Pollitts (2009) ramverk. Verktyget möjliggjorde en bred och omfattande analys av decentralisering, grundad i samtida decentraliseringsteorier. Användning av andra analysverktyg och teorier, hade eventuellt speglat resultatet av reformerna på ett annat sätt och visat på andra resultat. De flesta studier som framkommit i sökningarna var publicerade i medicinska journaler, eller i hälso- och sjukvårdsrelaterade journaler. Genom att analysera artiklarna utifrån decentraliseringsteori, har en *cross-disciplinary systematic review* (Jesson, Matheson & Lacey, 2011) genomförts. Dessa studier har således fått ”nytt liv” genom att de studerats och analyserats utifrån ett nytt akademiskt och teoretiskt perspektiv.

Valet av att använda psykiatrireformerna i Sverige och Italien som studieobjekt, i arbetet med att undersöka och beskriva effekterna av decentralisering inom psykiatrisk vård, bör även diskuteras. Sverige och Italien valdes i och med att båda länderna genomfört likande psykiatriska decentraliseringsreformer, som därmed lämpar sig för jämförelse. Sverige och Italien är därtill båda europeiska enhetsstater, vilket innebär att länderna varit tillräckligt lika för att möjliggöra en adekvat jämförelse. Dock, eftersom reformerna inte har implementerats på identiska sätt, eller i liknande administrativa system och välfärdsmiljöer, har jämförelsen mellan länderna komplicerats. Det har följaktligen varit fundamentalt att studera ländernas och reformernas nationella omständigheter, i syfte att förstå resultatet som framkommit. Jämförelsen hade förenklats om två stater med identisk implementering och organisering av

psykiatriska decentraliseringsreformer studerats. Därtill hade jämförelsen även förenklats ifall två nordiska länder, med liknande administrativ indelning och välfärdsmodell, studerats. Skillnaderna gällande administrativ indelning och välfärdssystem, möjliggjorde dock för en djupare förståelse kring nationella faktorer inverkan på reformerna, och hur dessa faktorer kom att påverka den psykiatriska serviceproduktionen och decentraliseringen av psykiatrin. Diskrepansen mellan länderna har även öppnat upp för möjligheten att utesluta generella effekter från mer nationella effekter.

8. Slutsats

Denna uppsats ämnade beskriva effekter av decentralisering inom psykiatrisk vård. För att möjliggöra detta analyserades och jämfördes psykiatriska reformer i Sverige och Italien med hjälp av ett teoretiskt ramverk utarbetad Pollitt (2009). I stil med stora delar av världen har båda länderna under senare delen av 1900-talet genomfört psykiatriska reformer. Dessa reformer har syftat till att avinstitutionalisera, decentralisera och sektorisera den psykiatriska vården, i hopp om att uppnå en mer fri och samhällsintegrerad psykiatri. Genom att analysera psykiatrireformen i Sverige (år 1995) och i Italien (år 1978), ämnade denna uppsats öppna upp för diskussion över hur psykiatrin bör styras och organiseras för att möjliggöra en adekvat psykiatrisk vård. En litteraturstudie valdes som metodansats i syfte att få en bred och systematisk översikt över decentraliseringens effekter. Två frågeställningar ställdes i inledningen av uppsatsen: 1) *Vilka är effekterna av de psykiatriska reformerna sett utifrån ett decentraliseringsperspektiv?* 2) *Vilka generella respektive nationella decentraliseringseffekter framträder?*

Beträffande den första frågeställningen, kan följande konstateras. Det mest påfallande resultatet från denna uppsats är den majoritet negativa effekter som framkommit i litteraturen. De mest framträdande effekterna var: *Ojämlig serviceproduktion, försvårad samordning över sektor- och organisationsgränser samt otydliga ansvarsförhållanden*. I Sverige har det uppdelade psykiatriska landskapet skapat otydliga ansvarsförhållanden, samt brister i samordning och samverkan mellan kommunala, regionala och statliga aktörer. I Italien har decentraliseringen gett upphov till en utbredd, ojämlig vård i landet. Ojämligheter kunde ses på både inter-regional- och intra-regionalnivå.

Följande slutsatser kan dras beträffande den andra frågeställningen. Liknande tendenser rörande decentraliseringseffekter har kunnat påvisas i respektive land. Detta faktum kan stärka argumentet för att effekterna som framkommit i denna uppsats, beskriver en generaliserad bild över decentraliseringens effekter inom psykiatrisk vård. Vissa av dessa effekter styrks även av tidigare forskning som finns att tillgå. Konsekvenser gällande bristande koordinering, vårdkvalité samt varierande vårdutbud, arbetsmetoder, mål och tillgång till resurser mellan olika decentraliserade huvudmän och verksamheter, är faktorer som både framkommit i tidigare forskning (Frank & Huskamp, 1996; Maino et al. 2007; Sørgaards & Sørensens, 1994), likväl

som i de granskade studierna gällande Sveriges och Italiens psykiatriska reformer. Men skillnader i effekter har även framkommit mellan länderna, bland annat rörande ansvarsförhållanden och samordning mellan huvudmän, omfånget av ojämlikvård samt rörande stordriftsfördelar. Det har följaktligen varit fundamentalt att studera ländernas nationella omständigheter, i syfte att förstå de resultatvariationer som uppstått mellan Sverige och Italien. De resultatskillnader som framträder mellan länderna kan bero på skillnader i implementering av reformerna, likväl som faktorer kopplade till divergens rörande administrativa system och välfärdsmodeller. Nationella decentraliseringseffekter kan på så sätt bekräftas, och uppsatsen har därmed kunnat påvisa kontextens betydelse för reformernas utgång. Vikten av att ta hänsyn till kontextuella faktorer i studiet av decentralisering, styrks även av tidigare forskning på området. Tidigare forskning har kunnat påvisa att NPM-reformer kommer resultera i olika utfall beroende på vilken miljö de implanteras i (Hyndman & Liguori, 2016; Pollitt och Dan, 2011). Faktorer så som tidigare offentliga system, institutionella och kulturella strukturer, politiska system, geografi och befolkning, kommer att påverka reformernas påföljd. Detta innebär att decentraliseringsreformer kommer betingas av nationella och lokala omständigheter, vilket i sin tur kommer leda till varierande utfall. Resultatet i denna uppsats bekräftar dessa belägg, då nationellt förankrade faktorer, spelat en avgörande roll för utfallet av de psykiatriska decentraliseringsreformerna i Sverige och Italien.

Organiseringen och styrningen av den psykiatriska vården är fundamental för vårdens kvalitet och effektivitet. Att organisera den offentliga sektorn genom decentralisering är en ide sprungen ur NPM, och psykiatrin likt annan offentlig service, har genomgått en decentraliserad förvandling. Resultatet från denna uppsats har visat på hur decentralisering kan komma att påverka en offentlig funktion och politikområde. I diskussionen gällande hur psykiatrin bör organiseras för att tillhandahålla en adekvat vård i en värld präglad av utökad psykisk sjukdom, är det fundamentalt att förstå konsekvenserna av dagens organisering och styrning av psykiatrin. Det första steget mot en förbättrad offentlig sjukvård, är att förstå den. Denna uppsats har förhoppningsvis lyckats bidra med kunskap beträffande vilken inverkan decentralisering kan ha på den psykiatriska vården. I bredare termer har uppsatsen bidragit med kunskap kring hur decentralisering inom offentlig sektor kan se ut, vilka effekter det kan få, samt vilka omkringliggande faktorer som kan komma att ha effekt på utfallet. Denna uppsats har kunnat påvisa att det är fundamentalt att bejaka andra faktorer, så som administrativ indelning, välfärdsmodeller, politiska system samt kulturella och ekonomiska faktorer, i diskussionen gällande decentralisering och dess effekter.

9. Referenser

- Allebeck, P. (2008). Mapping Household-Based Health Security – The Case of Sweden. *Social Theory & Health*, 6(1), 60-73.
- Amaddeo, F., Barbui, C., & Tansella, M. (2012). State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data. *International Review of Psychiatry*, 2012, Vol.24(4), P.314-320, 24(4), 314-320.
- Amati, A., Kemali, D., & Perris, C. (1981). Den Psykiatriska Reformen I Italien. Dess Historik. Dess Förverkligande Och Dess Problematik. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 35(5-6), 338-347.
- Arvidsson, H. (2003). Met and unmet needs of severely mentally ill persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(7), 373-379.
- Arvidsson, H. (2008). The development of needs in a group of severely mentally ill - A 10-year follow-up study after the 1995 Swedish mental health care reform. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 2008, Vol. 43, Iss. 9, Pp. 705-713, 43(9), 705-713.
- Arvidsson, H., & Ericson, B. (2005). The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(3), 186-192.
- Arvidsson, H., & Hultsjö, S. (2009). Needs and care of migrants considered as severely mentally ill – cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample. *European Psychiatry*, 24(8), 533-539.
- Bambra, C. (2007). Going beyond The three worlds of welfare capitalism: Regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1098-1102.
- Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1-9.
- Becker, T., & Kilian, R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: What can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(S429), 9-16.
- Becker, T., & Vázquez-Barquero, J. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(S410), 8-14.
- Berg, L. (2007). *Multi-level Europeans: The influence of territorial attachments on political trust and welfare attitudes* (Göteborg studies in politics, 104). Göteborg: Department of Political Science, Göteborg University.
- Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (2017). Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years. *Social Policy & Administration*, 51(1), 95-113.

- Bollini, P., Reich, M., & Muscettola, G. (1988). Revision of the Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies. *Social Science and Medicine*, 27(1988), 1327-1335.
- Bonoli, G. (1997). Classifying Welfare States: A Two-dimension Approach. *Journal of Social Policy*, 26(3), 351-372.
- Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(S410), 41-46.
- Burti, L. (2016). Thirty-Five Years of Psychosocial Rehabilitation in Italy. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 7-14.
- Burti, L., & Benson, P. (1996). Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(3), 373-390.
- Bäärnhielm, S., Ekblad, S., Ekberg, J., & Ginsburg, B. (2005). Historical Reflections on Mental Health Care in Sweden: The Welfare State and Cultural Diversity. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 394-419.
- Ciaffi, A. (2001). Multi-Level Governance in Italy: The Case of Marche. *Regional & Federal Studies*, 11(2), 115-146.
- Corbascio, G., & Henry, P. (1994). How can psychiatry survive without psychiatric hospitals? the Italian experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(4), 269-275.
- Crepet, P. (1990). A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 156, 27-36.
- De Girolamo, G. (1989). Italian psychiatry and reform law: A review of the international literature. (The Italian Psychiatric Experience: The First Ten Years). *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(1), 21-37.
- Girolamo, G., & Cappiello, V. (1989). The psychiatric services in cremona: A case study of the Italian reform law. *Community Mental Health Journal*, 25(1), 60-70.
- De Girolamo, & Cozza. (2000). The Italian Psychiatric Reform: A 20-Year Perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3), 197-214.
- Eklund, M., & Rahm-Hallberg, I. (1999). Work Situation of Psychiatric Occupational Therapists in Sweden: Differences Between County Council and Municipality Employees. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(4), 147-156.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: John Wiley & Sons.
- Ferrannini, L., Ghio, L., Gibertoni, D., Lora, A., Tibaldi, G., Neri, G., & Piazza, A. (2014). Thirty-Five Years of Community Psychiatry In Italy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 432-439.

- Ferrannini, L., & Peloso, P. (2016). The Closure of the Psychiatric Hospital as an Original Feature of Rehabilitation in Italy. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 1-6.
- Ferrera, M. (1996). The 'southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37.
- Fioritti, A. (2018). Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 319-323.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Nedsatt psykiskt välbefinnande. Hämtad 2018-09-10 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>
- Frank, R., & Huskamp, H. (1996). Shaping national policy: Delegation and decentralization of mental health care. *Current Opinion in Psychiatry*, 9(2), 171-174.
- Giordano, C. (2018). Political Therapeutics: Dialogues and Frictions Around Care and Cure. *Medical Anthropology*, 37(1), 32-44.
- Huber, E., & Stephens j. (2001). *Development and Crisis of the Welfare State*. Chicago: University of Chicago Press.
- Högström, E. (2018). 'It used to be here but moved somewhere else': Post-asylum spatialisations – a new urban frontier? *Social & Cultural Geography*, 19(3), 314-335.
- Jesson, J., Matheson, L., & Lacey, F. (2011). *Doing your literature review : Traditional and systematic techniques*. Los Angeles, Calif. ; London: SAGE.
- Johnson, S., & Thornicroft, G. (1993). The sectorisation of psychiatric services in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(1), 45-47.
- Jones, J. (1996). Community-based mental health care in Italy: Are there lessons for Britain? *Health and Place*, 2(2), 125-128.
- Jones, J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: A cross-national comparative study. *Health and Place*, 6(3), 171-187.
- Korpi, W., & Palme, J. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63(5), 661-687.
- Kristiansen, L., Hellzén, O., & Asplund, K. (2010). Left alone – Swedish nurses' and mental health workers' experiences of being care providers in a social psychiatric dwelling context in the post-health-care-restructuring era. A focus-group interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 427-435.
- Lidström, A. (2003). *Kommunsystem i Europa*. Malmö: Liber
- Lindqvist, R., Rosenberg, D., & Fredén, L. (2011). Den svenska psykiatireformen i nordisk belysning. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 88(6), 524-533.

- Lora, A., Starace, F., Di Munzio, W., & Fioritti, A. (2014). Italian Community Psychiatry in Practice: Description and Comparison of Three Regional Systems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 446-450.
- Maino, F., Blomqvist, P., Bertinato, L., Santasusagna, L., Garrido, R., & Shishkin, S. (2007). *Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems. I: Saltman, R., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (2007). Decentralization in health care : Strategies and outcomes* (European Observatory on Health Systems and Policies series). Maidenhead, Berkshire, England ; New York: McGraw Hill ; Open University Press.
- Maj, M., Starace, F., & Kemali, D. (1989). Implementing psychiatric reform in Southern Italy: The case of Campania. (The Italian Psychiatric Experience: The First Ten Years). *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(1), 46-53.
- Malm, U., Jacobsson, L., & Larsson, N. (2002). Psychiatry in Sweden: Values, system, and evidence for a reform in progress. *International Journal of Mental Health*, 31(4), 50-65.
- Mangen, S. (1989). The politics of reform: Origins and enactment of the Italian 'experience.' (The Italian Psychiatric Experience: The First Ten Years). *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(1), 7.
- Mangen, S. (1994). 'Continuing care': An emerging issue in European mental health policy. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(4), 235-245.
- Maycraft, W. (2014). Same law—same rights? Analyzing why Sweden's disability legislation failed to create equal rights in mental health. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 609-618.
- Melke, A. (2011). Mental health policy and the welfare state. A study on how Sweden, France and England have addressed a target group at the margins Göteborg. *Intellecta Infolog AB*
- Mezzina, R. (2018). Forty years of the Law 180: The aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 336-345.
- Myklebust, L., Olstad, R., Bjorbekkmo, S., Eisemann, M., Wynn, R., & Sørgaard, K. (2011). Impact on continuity of care of decentralized versus partly centralized mental health care in Northern Norway. *International Journal of Integrated Care*, 11, E142.
- Pirella, A. (1987). The implementation of the Italian psychiatric reform in a large conurbation. *The International Journal of Social Psychiatry*, 33(2), 119-31.
- Pollitt, C. (2009). Decentralization: A Central Concept in Contemporary Public Management. In *The Oxford Handbook of Public Management* (p.). Oxford University Press.
- Saltman, R., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (2007). *Decentralization in health care : Strategies and outcomes* (European Observatory on Health Systems and Policies series). Maidenhead, Berkshire, England ; New York: McGraw Hill ; Open University Press.

- Schene, A., Henderson, J., Knudsen, H., Rijkschroeff, R., & Thornicroft, G. (1992). The Evaluation of Mental Health Care Transformation in the Cities of Europe. *International Journal of Social Psychiatry*, 38(1), 40-49.
- Schneider, A. (2003). Decentralization: Conceptualization and measurement. *Studies In Comparative International Development*, 38(3), 32-56.
- Sellers, J., & Lidström, A. (2007). Decentralization, Local Government, and the Welfare State. *Governance*, 20(4), 609-632.
- Silfverhielm, H., & Kamis-Gould, E. (2000). The Swedish Mental Health System: Past, Present, and Future. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3), 293-307.
- Socialstyrelsen. (1969). *Allmän hälso- och sjukvård 1967*. Civiltryck. Stockholm.
 Hämtad från:
http://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Halso_sjukvard/Allman-halsovard-och-sjukvard-1967.pdf
- Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga, underlagsrapport till barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet service, stöd och vård för psykiskt störda: Slutbetänkande av psykiatriutredningen*. Stockholm: Nordstedts tryckeri AB.
- Stefansson, C., & Hansson, L. (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(S410), 82-88.
- Sørgaard, K., & Sørensen, T. (1994). Decentralizing psychiatry in a rural area ; changes in patterns of care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 193-202.
- Tansella, M., & Williams, P. (1987). The Italian experience and its implications
 1. *Psychological Medicine*, 17(2), 283-289.
- Tognoni, G., & Saraceno, B. (1989). Regional analysis of implementation. *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(1), 38.
- Tranchina, P., Archi, G., & Ferrara, M. (1981). The new legislation in Italian psychiatry: An advanced law originating from alternative practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 4(1), 181-190.
- Treisman, D. (2007). *The Architecture of government. Rethinking political decentralization* Cambridge: Cambridge University Press.
- United Nations Development Programme (UNDP). (1997). *Decentralized Governance Programme: Strengthening Capacity for People-centred Development*. Management Development and Governance Division, Bureau for Development Policy, September 1997
- Vita, A., Corrivetti, G., Mannu, J., Semisa, D., & Viganò, C. (2016). Psychosocial Rehabilitation in Italy Today. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 15-23.

Waraich, B., Raj, L., Chavan, B., Badhan, R., & Panda, S. (2003). Decentralisation of Mental Health Services under DMHP. *Indian Journal of Psychiatry*, 45(3), 161-5.

Wetterberg, L. (2012). History of psychiatry in Sweden during a millennium. *Nordic journal of psychiatry*, 66(S1), pp. 42-53.

Wilhelmsson, A., & Berge, B. (2013). Swedish State Politics Meets Experiences Among Relatives of Persons with Mental Disability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 711-718.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease. 2004 update*. Hämtad från: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Åberg, J. (2005). Communication problems in Swedish mental health reform. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 522-527.

9.1 Bilaga 1. Sammanställning av studier – Sverige

Tabell 10 Sammanställning av studier – Sverige

<i>Författare, år</i>	<i>Studie</i>	<i>Syfte</i>	<i>Metod</i>	<i>Resultat</i>
<i>Allebeck, 2008</i>	Mapping Household-Based Health Security – The Case of Sweden	Beskriva och jämföra samarbetet mellan olika aktörer inom b.l.a genomförandet av psykiatrireformen	Reviewartikel	Problematik rörande samordning och integration mellan psykiatrin och socialpsykiatrin
<i>Arvidsson & Ericson, 2005</i>	The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study	Följa upp volymen och beskrivna effekterna av den psykiatriska vården efter införandet av psykiatrireformen	Kvalitativ deskriptiv forskning	I studien lyfts att reformen implementerades på olika sätt i olika delar av landet.
<i>Eklund & Rahm –Hallberg, 1999</i>	Work Situation of Psychiatric Occupational Therapists in Sweden: Differences Between County Council and Municipality Employees	Beskriva arbetsterapeuters syn på att arbeta inom landstingen respektive inom kommunerna, efter genomförandet psykiatrireformen	Kvantitativ enkätstudie	Kommunanställd personal var mer involverad i upprättandet av vårdplaner i jämförelse med landstingsanställda
<i>Kristiansen, Hellzén & Asplund, 2010</i>	Left alone – Swedish nurses' and mental health workers' experiences of being care providers in a social psychiatric dwelling context in the post-health-care-restructuring era. A focus-group interview study	Kartlägga vårdpersonals upplevelser av arbete inom den kommunala psykiatrin efter genomförandet av psykiatrireformen	Fokusgrupp	Personal uttryckte frustration kring bristande kommunikation, feedback och kunskap på kommunnivå. Personal upplevde dock motivation i och med utökat egenansvar och frihet
<i>Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011</i>	Den svenska psykiatrireformen i nordisk belysning	Beskriva psykiatrireformen och kartlägga dess effekter, utifrån ett nordiskt perspektiv	Reviewartikel	Samverkansproblem mellan olika nivåer och aktörer
<i>Malm, Jacobsson & Larsson, 2002</i>	Psychiatry in Sweden: Values, System, and Evidence for a Reform in Progress	Beskriva Sveriges psykiatri, inklusive psykiatrireformen, och dess effekter i ett historiskt samt samtidsperspektiv	Deskriptiv metod. Decision-setting analysis	Otydliga ansvarsförhållanden mellan landsting och kommuner. Ett splittrat psykiatriskt system. Regionala skillnader i vårdutövning
<i>Maycraft, 2014</i>	Same law–same rights? Analyzing why Sweden's disability legislation failed to create equal rights in mental health	Beskriva och jämföra handikappreformen och psykiatrireformen	Komparativ metod & Process tracing methodology	Otydliga ansvarsförhållanden och relationer mellan landsting och kommuner. Kommuner har brister i psykiatrisk kunskap
<i>Silfverhielm & Kamis-Gould, 2000</i>	The Swedish Mental Health System: Past, Present, and Future	Beskriva effekterna av Sveriges olika psykiatriska reformer, däribland psykiatrireformen	Reviewartikel	Regionala skillnader angående samverkan, resurser och vårdmetoder. Otydlig ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommuner

<i>Stefansson & Hansson, 2001</i>	Mental health care reform in Sweden, 1995	Beskriva kontentan av psykiatrireformen	Kvantitativ data, register, enkäter, fallstudie och intervjuer	Sprickor mellan psykiatri och socialpsykiatri. Regionala skillnader i samarbete och samordning. Oklara ansvarsförhållanden
<i>Wilhelmsson & Berge, 2013</i>	Swedish State Politics Meets Experiences Among Relatives of Persons with Mental Disability	Beskriva effekterna av psykiatrireformen, både i ett generellt- och anhörig-perspektiv	Kvalitativ intervjustudie samt explorativ, deskriptiv studie	Svårigheter med samordning och otydliga ansvarsförhållanden mellan landsting och kommuner. Olika aktörer uppges ha olika intressen
<i>Åberg, 2005</i>	Communication problems in Swedish Mental Health reform	Kartlägga vilka hinder som uppstått under psykiatrireformens implementering	Intervjustudie GT	Svårigheter med informationsspridning mellan aktörer, i kommuner och landsting

9.2 Bilaga 2. Sammanställning av studier – Italien

Tabell 11 Sammanställning av studier – Italien

<i>Författare, år</i>	<i>Studie</i>	<i>Syfte</i>	<i>Metod</i>	<i>Resultat</i>
<i>Amaddeo, Barbui & Tansella, 2012</i>	State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data	Beskriva reformens implementering och dess konsekvenser	Kvantitativ epidemiologisk studie & analys av nationell/lokal data	I regioner med lägre psykiatriska resurser, har familjer blivit tvungna att ta över de psykiatriska ansvaret
<i>Barbui, Papola & Saraceno, 2018</i>	Forty years without mental hospitals in Italy	Beskriva konsekvenserna av reformen, i områden rörande vård, personal och faciliteter	Analys av kvantitativ data från OECD, WHO & ISTAT	Skillnader mellan fattiga och rika regioner existerar
<i>Bollini, Reich & Muscettola, 1988</i>	Revision of the Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies	Beskriva och identifiera negativa effekter av reformen.	Tvärsnittsstudie	Uttalade regionala skillnader rörande implementering av reformen. Skillnad mellan norra/centrala och södra Italien
<i>Burti, 2001</i>	Italian psychiatric reform 20 plus years after	Beskriva den psykiatriska situationen i Italien och reformens implementering	Översiktsarbete	Ojämlig vård och regionala skillnader
<i>Burti, 2016</i>	Thirty-Five Years of Psychosocial Rehabilitation in Italy	Beskriva det psykiatriska systemet och psykiatrireformen i Italien	Reviewartikel	Psykiatrisk personal i lokala verksamheter (APÖE) saknar kunskap angående rehabilitering
<i>Burti & Benson, 1996</i>	Psychiatric Reform in Italy: Developments Since 1978	Beskriva konsekvenserna av den psykiatriska reformen	Reviewartikel	Kunskapsbrister hos psykiatrisk personal. Södra delen av landet såg en långsam implementering av reformen. Försvårad samordning mellan APÖE & APSE
<i>Crepet, 1990</i>	A Transition Period in Psychiatric Care in Italy Ten Years after the Reform	Beskriva Italiens psykiatriska system efter införandet av psykiatrireformen	Reviewartikel	Regionala skillnader rörande personaltätet och tillgänglighet. Svårigheter med samordning
<i>De Girolamo, 1989</i>	Italian Psychiatry and Reform Law: A Review of the International Literature	Beskriva konsekvenserna av psykiatrireformen genom internationell litteratur	Översiktsarbete	Regionala ojämlikheter gällande tvångsintagningar, personal, vårdkvalité och tillgänglighet.
<i>De Girolamo & Capiello, 1989</i>	The Psychiatric Services in Cremona: A Case Study of the Italian Reform Law	Beskriva konsekvenserna av den psykiatriska reformen i staden Cremona	Fallstudie	Skillnad gällande inskrivningar mellan Cermona och Gallarate.

<i>De Girolamo & Cozza, 2000</i>	The Italian Psychiatric Reform A 20-Year Perspective	Beskriva effekterna av reformens implementering	Analys av data från hälsoministeriet & nationella undersökningar	Regionala skillnader beträffande vårdmetoder. Ojämlig vård mellan sjukvårdsenheter
<i>Ferrannini, et al. 2014</i>	Thirty-Five Years of Community Psychiatry In Italy	Beskriva kvalitén inom APÖV samt effekterna av reformen utifrån ett epidemiologiskt perspektiv	Analys av statistik från sex regioners informations-system	Interventionsplaner skiljer sig åt mellan regioner
<i>Jones, 1996</i>	Community-based mental health care in Italy: are there lessons for Britain?	Beskriva och jämföra konsekvenserna av den italienska psykiatriska reformen med Storbritanniens psykiatriska system	Reviewartikel	Ekonomiska begränsningar har påverkat psykiatrin i vissa regioner. Vårdskillnader mellan regioner, inom regioner och inom städer
<i>Lora, Starace, Di Munzio & Fioritti, 2014</i>	Italian Community Psychiatry in Practice: Description and Comparison of Three Regional Systems	Beskriva och jämföra implementeringen och effekterna av reformen i tre olika regioner.	Analys av regional kvantitativ data	I regionerna Campania, Lombariet och Emilia-Romagna syns skillnader gällande tillgängliga platser & inskrivningar
<i>Maj, Starace & Kemali, 1989</i>	Implementing psychiatric reform in southern Italy: The case of Campania	Beskriva effekterna av den psykiatriska reformen i Campania	Analys av nationell & regional data.	Finansiell problematik har påverkat den psykiatriska våden i Campania
<i>Mangen, 1989</i>	The politics of reform: Origins and enactment of the Italian experience	Beskriva strukturella problem med den psykiatriska reformen och Italiens välfärdssystem	Reviewartikel	Regional autonomi har skapat uttalade skillnader i vårdkvalité, samt skapat problem för kordenering och samarbete
<i>Mezzina, 2018</i>	Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need	Beskriva framsteg, utmaningar och långsiktiga effekter av reformen	Reviewartikel	Bristfällig och ofokuserad vård i många regioner. Samordning har i vissa fall inte fungerat
<i>Pirella, 1987</i>	The implementation of the Italian psychiatric reform in a large conurbation	Beskriva effekterna av den psykiatriska reformen	Analys av kvantitativ och kvalitativ data från staden Turin	Regionala variationer rörande avveckling av mentalsjukhus
<i>Tognoni & Saracena, 1989</i>	Regional analysis of Implementation (The Italian Psychiatric Experience: The First Ten years)	Beskriva regioners implantering av reformen	Reviewartikel	Norra/centrala Italien har varit mer effektiva i sin implementering av reformen än södra delen av landet
<i>Tranchina, Archi & Ferrara, 1981</i>	The New Legislation in Italian Psychiatry: An Advanced Law Originating from Alternative Practice	Beskriva reformens implementering och problemområden	Beskrivning & diskussion av reformen	Implementering av reformen varierar mellan olika regioner
<i>Vita et al. 2016</i>	Psychosocial Rehabilitation in Italy Today	Beskriva psykosocial rehabiliteringen i Italien efter införandet av reformen	Academic position paper	Personal inom APÖE arbetar självständigt och använder sig av egna interventioner