

AVSTÅND TILL AKUTSJUKHUS I SVERIGE - ANALYS OCH DISKUSSION

Anders Fredriksson

anders.fredriksson@stat.su.se

April 2026

Abstract

Hur långt är det till närmaste akutsjukhus i olika delar av Sverige? Vad händer avståndsmässigt om akuten läggs ner, och vad är effekten av regiongränser? Är en ökad centralisering i planeringen av akutsjukhus önskvärd? Frågorna är samhällsligt relevanta, omdiskuterade och aktuella. Artikeln analyserar geografisk tillgång till akutsjukhus, med en detaljerad genomgång från norr till söder, och sätter också in frågan i ett samhällsvetenskapligt sammanhang. Två viktiga diskussionsområden är frågan om effektivitet kontra jämlikhet i lokalisering, och vilken grad av centralisering som är önskvärd. Därtill diskuteras befolkningsunderlag och möjlighet till skatteuttag, och att de samhällsekonomiska kostnaderna förknippade med medborgares avstånd typiskt inte finns redovisade. Artikeln argumenterar för en ökad grad av centralisering i planering och analys av akutsjukhus, och kontrasterar delvis diskussionen mot myndighetsstudier av relaterade frågor.

Nyckelord: Lokalisering, Centralisering, Effektivitet, Jämlikhet, Befolkningsunderlag, Samhällsekonomiska kostnader

How does distance to emergency hospitals vary across Sweden? What is the effect, distance-wise, if the nearest hospital closes, and how do regional borders impact? Would emergency hospital planning benefit from increased centralization? These questions are relevant, contested and topical. The study conducts an analysis of spatial access to emergency hospitals, north to south, and situate the access question within a social science framework. Important areas of discussion are efficiency vs. equity in spatial allocation, and the appropriate degree of centralization. Additionally, catchment population and revenue-raising through taxation are discussed, alongside the observation that citizen costs associated with distance are typically unaccounted for. The study argues in favor of increased centralization in emergency hospital planning and analysis, while partially contrasting the discussion to government authority studies on related topics.

Keywords: Location-allocation, Centralization, Efficiency, Equity, Catchment population, Socioeconomic costs

Avstånd till akutsjukhus i Sverige - analys och diskussion

Sedan länge finns en nedläggningsdebatt gällande akutsjukhus. Ett av argumenten i debatten gäller avstånd och restid, att individer ska få vård i tid. Ofta fokuserar diskussionen på ett visst område eller ett visst sjukhus. Att få en övergripande och kontextualiserad bild av tillgången, inklusive medelavstånd och ojämlikhet i tillgång i olika delar av landet, kan vara en utmaning.

Ett mål med artikeln är att göra en sådan kartläggning av den rumsliga tillgången till akutsjukhus. Jag analyserar först avstånd till akutmottagningar, nationellt och regionalt. Som väntat finns stora skillnader och områden med långa avstånd diskuteras. Därefter analyseras – vilket är centralt – hur avståndet förändras om den närmaste akuten läggs ner. Skillnaderna mellan olika områden är återigen stora och en del ”näst närmaste”-avstånd är mycket långa. De flesta områden med långa avstånd finns i norra Sverige, vilket påverkar artikelns fokus, men också södra Sverige diskuteras.¹

Individer förväntas primärt söka vård inom sin region. Jag belyser avståndseffekter av denna regionalisering, det vill säga att en del individer inte har sitt närmaste sjukhus i regionen där de bor. Sådana effekter kan öka i betydelse ju färre akuter som finns. Analysen kompletterar studier av bland annat Vårdanalys (2018) och Asplund (2022, 2024).

Akutsjukhus är en samhällsresurs. Ett andra och viktigt mål är därför att placera in frågan om sjukhusen i ett samhällsvetenskapligt sammanhang. Metoder härifrån kan bidra till analys och debatt. Viktiga frågor gäller effektivitet kontra jämlikhet i lokalisering, centralisering/decentralisering, befolkningsunderlag och skatteuttag, och förhållandet mellan nyttan av att koncentrera vård på större sjukhus och de icke-redovisade och ofta icke-synliggjorda kostnader som finns av sådan koncentration. Frågorna berörs i avståndsanalysen och knyts samman i diskussionskapitlet.

Om vikten av avstånd och effektivitet kontra jämlikhet

Akutsjukhus är en offentlig tjänst som är avsedd att vara allmänt tillgänglig. Begreppet tillgänglig har flera dimensioner, en av dessa relaterar till avstånd och restid (Dahlgren 2010; de Fine Licht et al, 2024; Penchansky och Thomas 1981). Om vi tänker oss ett långt avstånd med flera timmars restid, kan en effekt vara att vården inte uppsöks, trots behov. Om individen uppsöker akutvården har långa avstånd åtminstone två effekter: dels restiden i sig, dels att något kan hända med det medicinska tillståndet under resan. Den första tidseffekten kan analyseras med alternativkostnadsresonemang, den andra effekten är mer specifik för vårdrelaterade ärenden. En ytterligare effekt av långa avstånd kan vara osäkerhet kring vad som skulle hända om man behöver söka vård, osäkerheten minskar troligen ju närmare man bor.²

Direkt förknippad med avståndsfrågan är de olika mål som kan finnas med lokalisering. För en del tjänster är det rimligt att lokalisera service så att total- och medelreseavstånd minimeras, exempelvis för distributionscenter och vissa offentliga tjänster.³ För andra tjänster är istället en ”högsta responstid” avgörande, exempelvis en maxtid för brandkår. Detsamma gäller akutvård – restiden mellan patient och vårdinrättning kan vara avgörande för det medicinska utfallet. Sådan vård är

¹ Stockholm, Göteborg och Malmö utelämnas. I urbana områden kan förhållandet mellan avstånd, restid och vilket sjukhus en individ besöker se annorlunda ut än i landsbygd. Gotland utelämnas då en avståndsanalys inte kan tolkas på samma sätt för en ö (med näst närmaste akutsjukhus på fastlandet).

² Chambers et al. (2020) är en av många litteraturstudier som diskuterar effekten av avstånd.

³ Exempelvis skulle ett mål att minimera bränsleåtgång troligen leda till en minimering av totalt reseavstånd.

tidskritisk, svår att förutsäga, med en i stunden hög samhällelig värdering. Dessa faktorer skiljer sig från flera andra samhällstjänster och bör påverka lokalisering.

Antag hypotetiskt att tio sjukhus ska byggas ("allokeras"). I lokaliseringsteori benämns en lokalisering (allokering) som minimerar individers medelreseavstånd för (lokaliseringsmässigt) effektiv. Om målet istället är att minimera reseavståndet för individen som reser längst (eller liknande mål), finns ett explicit fokus på jämlikhet. Målen kan resultera i olika sjukhuslokaliseringar. En viktig aspekt i en sådan måldiskussion – frågan om "effektivitet kontra jämlikhet" – är att medan effektivitetsmålet är väldefinierat finns inget entydigt bästa rättvisemål. Diskussionen nedan återkommer till frågan.

Grundläggande information, data och metod

I artiklar av Asplund (2022, 2024) diskuteras begreppet akutsjukhus, vilket inbegriper möjlighet till akut vård och inläggning dygnet runt. Jag använder primärt Socialstyrelsens (2025a) lista över "sjukhusbundna akutmottagningar med två eller fler samlokaliserade somatiska specialiteter" för år 2024. Dokumentet innehåller 61 datarapporterande enheter, från 65 akutsjukhus. Eftersom region Stockholm, Göteborg, Malmö och Gotland inte analyseras exkluderas 12 enheter. Till listan lägger jag Bollnäsakuten, vilket motiveras nedan. Vi får 54 akutsjukhus (figur 1).

För varje tätort i Sverige (ungefär 2000 tätorter år 2023) beräknas vilket akutsjukhus, inom regionen, som är närmast.⁴ På detta sätt definierar och tar jag fram akutsjukhusens upptagningsområden. För varje tätort (och upptagningsområde) beräknas också avståndet till näst närmaste akutsjukhus.⁵ Avståndsdata kommer från en databas från Tillväxtanalys år 2015, baserad på Nationella vägdatabasen. För senare tillkomna tätorter används avståndsdata från Google. Upptagningsområdets befolkning beräknas från SCB-data för år 2023 (SCB, 2025b). I en alternativ analys tas akutsjukhusens upptagningsområden och befolkning fram utan att beakta regiongränser.⁶

Är antagandet om upptagningsområdena, dvs. att individer använder sin närmaste akut, realistiskt? Figur 2 visar ett spridningsdiagram med antal akutbesök år 2024 på y-axeln (Socialstyrelsen, 2025a, 2025b) och upptagningsområdets befolkning (i december 2023) på x-axeln.⁷ Sambandet är ganska starkt, även om korrelationen inte är 1. Många faktorer kan påverka besöksantal per capita, såväl hos befolkning ("efterfrågefaktorer") som hos sjukhus ("utbudsfaktorer"), exempelvis medelålder och specifikt vårdutbud. Sammantaget ger det relativt linjära sambandet ändå stöd för att befolkningsmättet per akutsjukhus (upptagningsområdet) är av rätt storleksordning.

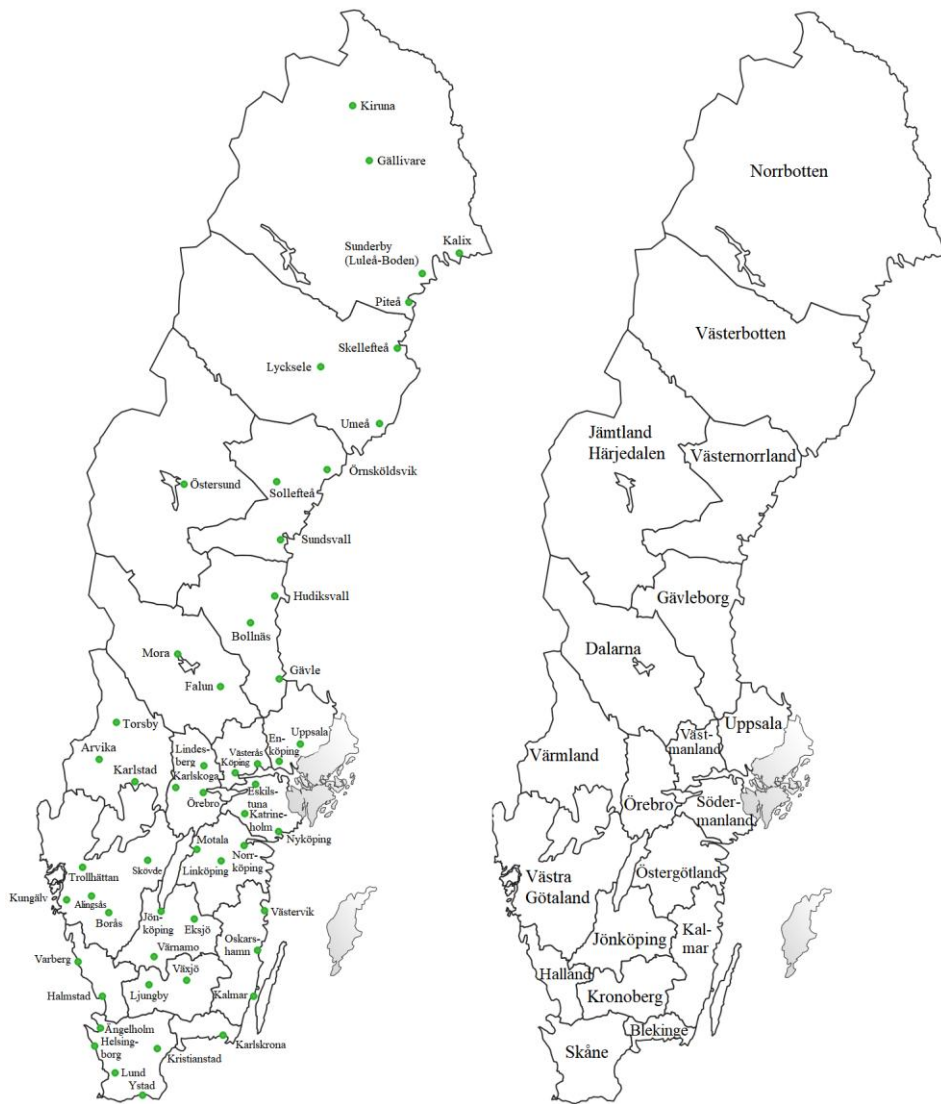
Vissa ytterligare data används (SCB, 2025b; Socialstyrelsen, 2025b). Begreppen akutsjukhus, sjukhus, akutmottagning och akut används med samma innebörd. Vidare diskuteras regioner, inte län.

⁴ En tätort är en av SCB avgränsad geografisk plats med minst 200 invånare. Data finns på SCB (2025a).

⁵ Näst närmaste-avstånden tar hänsyn till alla akuter, även om dessa i sig inte redovisas (exempel: för en tätort nära Lund kan Malmöakuten vara näst närmast, men Malmö och dess upptagningsområde redovisas inte).

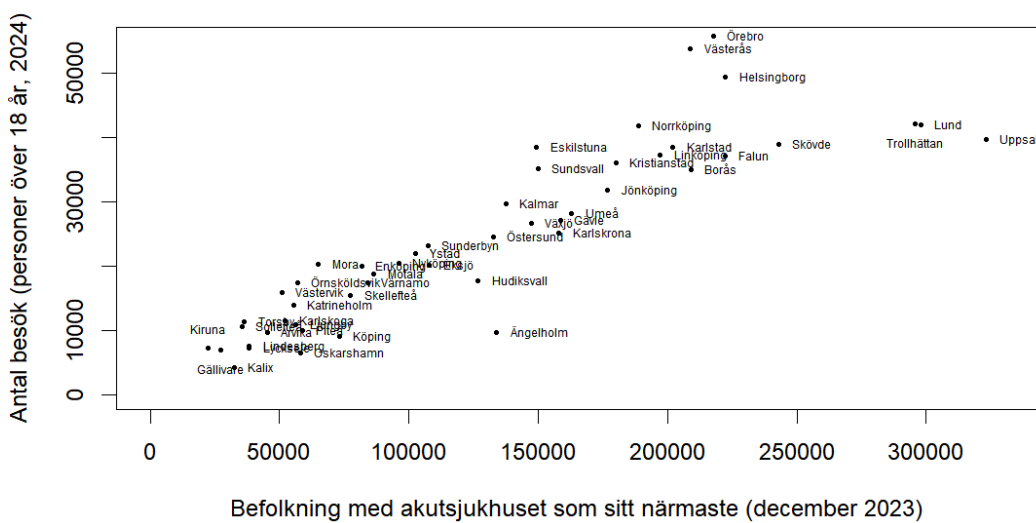
⁶ Befolkningen antas bo i tätortens centrum. Även sjukhusen antas ligga i sin tätorts centrum. De 12 procent av befolkningen som inte bor i tätort antas bo i kommunens centralort och befolkningsviktade medelavstånd tas fram under dessa antaganden. Vårdanalys (2018) använder mer granulära data med liknande resultat.

⁷ Grafen kombinerar avstånds- och befolkningsdata med besöksdata. Fem sjukhus exkluderas, då de inte har (Bollnäs) eller särredovisar besöksdata (Varberg, Halmstad; Alingsås, Kungälv). För de 49 återstående sjukhusen är totalbefolkningen i upptagningsområdena 6121325 och besöksantalet 1180491 (ca 0,19/capita).



Figur 1. (Vänster) 54 akutmottagningar, med regionindelning. Akutmottagningar i region Stockholm, Göteborg, Malmö och på Gotland (Visby) exkluderas. (Höger) Regionnamn.

Antal besök och storlek på befolkning med akutsjukhuset som sitt närmaste



Figur 2. Antal besök (individer över 18 år) och folkmängd i upptagningsområdet (från tabell 1), för 49 sjukhus.

Avstånd till närmaste akutsjukhus

Tabell 1 listar de 54 analyserade akutsjukhusen i regionordning norrifrån. Upptagningsområdets befolkning, befolkningsviktade medelavstånd samt befolkningsviktade medelavstånd till näst närmaste akutsjukhus visas också. För akutsjukhusen i tabellen är det sammantagna befolkningsviktade medelavståndet 19,1 kilometer (sista raden). Värdet kan ses som ett medelvärde för Sverige utanför storstäderna och Gotland. Stora skillnader finns, också inom regioner.⁸

En första observation gäller Blekinge och Jämtland Härjedalen. Här finns ett akutsjukhus per region (Karlskrona, Östersund) och alltså ingen näst närmaste akut. Medelavstånden (kolumn 4) är 34 respektive 42 km och båda akuterna (regionerna) har bland de längsta medelavstånden. I Blekinge finns flera större tätorter i väster⁹, och i Jämtland Härjedalen är upptagningsområdet stort. I Jämtland Härjedalen finns tre tätorter med 200 km eller mer till Östersundsakuten. Samtidigt har regionerna en liten befolkning. Asplund (2024) diskuterar de stora avståndsökningar det innebär, i nuvarande Jämtland Härjedalen med omnejd, när två akutsjukhus stängde. En debatt finns också om ambulansers placering och bemanning (SVT, 2023).

Härnäst diskuteras andra akutsjukhus med långa medelavstånd, norrifrån. Om man först jämför Kiruna och Gällivare har Gällivare större upptagningsområde, vilket kan förstås av figur 1. Dessutom har Kiruna tätort en större andel av totalbefolkningen i Kirunaakutens upptagningsområde än vad Gällivare (med Malmberget) har i Gällivareakutens upptagningsområde. Detta är två anledningar till att medelavståndet till Gällivareakuten är längre och ett av landets längsta.¹⁰ Till Kalix och Piteå är det också i medel relativt långt, för respektive upptagningsområdes befolkning. Lyckseles upptagningsområde är stort, majoriteten av Västerbotten. Invånare med Lycksele som närmaste akut har det överlägset längsta medelavståndet (73 km). Landets två tätorter med längst medelavstånd återfinns också här (Hemavan – 250 km, Tärnaby – 230 km, inte utmärkta på kartan). Liksom i Jämtland Härjedalen och Norrbotten finns glesbefolkade landsbygdsområden, utanför tätort, med 300 km till akutsjukhus.

Sollefteå i Västernorrland har debatterats flitigt, upptagningsområdet har det fjortonde längsta medelavståndet (av 54), se vidare nedan. Till Mora och Falun i Dalarna är medelavstånden långa, med befolkningen utspridd över flera stora och relativt avlägsna tätorter och i glesbygd. Gällande Gävleborg ingår Bollnäs inte i Socialstyrelsens lista för 2024 (och åren dessförinnan), eftersom sjukhuset hade "endast en somatisk specialitet". Från 2025 ingår Bollnäs och jag har valt att ta med sjukhuset. Om Bollnäs exkluderas (inte fyller en akutsjukhusfunktion) mer än fördubblas befolkningen med Hudiksvall som närmaste akut, och också det befolkningsviktade medelavståndet till Hudiksvall.¹¹ Gällande Bollnäs finns en tjugofemårig debatt (Hedbäck, 2002). Från regionens geografi och befolkningsfördelning ter sig ett sjukhus i någon inlandstätort i Gävleborg som viktigt.

Vidare söderut är det långa avstånd till Torsby i norra Värmland och till Trollhättan och Skövde i Västra Götaland. Stora delar av landskapen Bohuslän och Dalsland har Trollhättan som närmaste akut, med avstånd på upp till 140 km. Strömstad (Bohuslän) och Åmål (Dalsland) (inte utmärkta på kartan) är de två orter i landet med fler än 10000 invånare, som har längst till en akut inom sin

⁸ Vårdanalys (2018) har liknande tabeller för 68 akutsjukhus år 2016. Rapporten tar fram relevanta mått på tillgång men diskuterar inte explicit olika landsdelar och effekter vid nedläggning.

⁹ I Blekinge finns ett sjukhus i Karlshamn och en politisk diskussion kring sjukhusets vårdtjänsteutbud. Den enda generella akutmottagningen är dock Karlskrona (1177 Vårdguiden, 2025).

¹⁰ Två orter i upptagningsområdet, med totalt 9000 invånare (en tredjedel av totalen), är Jokkmokk och Pajala, med avstånd på 95 respektive 146 km (inte utmärkta på kartan).

¹¹ Uppgifter om Bollnäs bekräftade 2025-07-04 i epostkommunikation med Socialstyrelsen.

Tabell 1. Akutsjukhus, befolkning i upptagningsområdet, medelavstånd, samt medelavstånd till näst närmaste akut (inom regionen). * Ej med i Socialstyrelsens lista för 2024. ** Göteborg, Malmö (och Region Stockholm) exkluderas.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Region | Sjukhus | Befolkning | Medelavstånd (km) | Medelavstånd i regionen | Medelavstånd till näst närmaste (km) |
| Norrbotten | Gällivare | 27425 | 45,9 | 25,1 | 135,7 |
| | Kalix | 32478 | 33,9 | | 103,4 |
| | Kiruna | 22433 | 7,7 | | 119,6 |
| | Piteå | 58849 | 32,2 | | 73,9 |
| | Sunderbyn (Luleå-Boden) | 107295 | 17,0 | | 59,4 |
| Västerbotten | Lycksele | 38357 | 73,3 | 18,9 | 166,7 |
| | Skellefteå | 77469 | 7,3 | | 126,7 |
| | Umeå | 162903 | 11,6 | | 122,7 |
| Västernorrland | Örnsköldsvik | 56886 | 5,2 | 15,6 | 91,8 |
| | Sollefteå | 35356 | 24,2 | | 90,1 |
| | Sundsvall | 149906 | 17,5 | | 106,1 |
| Jämtland Härjedalen | Östersund | 132572 | 42,1 | 42,1 | |
| Gävleborg | Bollnäs* | 66636 | 25,2 | 17,8 | 73,7 |
| | Gävle | 156322 | 12,7 | | 97,2 |
| | Hudiksvall | 62324 | 22,7 | | 78,2 |
| Dalarna | Falun | 222303 | 34,6 | 35,1 | 105,8 |
| | Mora | 64950 | 36,8 | | 98,0 |
| Uppsala | Enköping | 81692 | 15,3 | 15,1 | 45,3 |
| | Uppsala | 323211 | 15,0 | | 57,2 |
| Västmanland | Köping | 73072 | 21,8 | 12,6 | 46,8 |
| | Västerås | 208863 | 9,4 | | 40,9 |
| Örebro | Karlskoga | 52171 | 14,7 | 10,5 | 49,7 |
| | Lindesberg | 38326 | 14,7 | | 42,0 |
| | Örebro | 217619 | 8,7 | | 43,4 |
| Värmland | Arvika | 45168 | 20,8 | 21,6 | 78,0 |
| | Karlstad | 202036 | 19,9 | | 76,4 |
| | Torsby | 36344 | 32,5 | | 71,6 |
| Södermanland | Eskilstuna | 149441 | 12,2 | 12,6 | 63,4 |
| | Katrineholm | 55320 | 10,7 | | 54,2 |
| | Nyköping | 96141 | 14,2 | | 66,4 |
| Östergötland | Linköping | 197141 | 8,6 | 10,4 | 44,4 |
| | Motala | 86461 | 16,5 | | 44,5 |
| | Norrköping | 188696 | 9,4 | | 45,7 |
| Västra_Götaland** | Alingsås | 78714 | 14,4 | | 38,6 |
| | Borås | 209005 | 18,0 | | 49,5 |
| | Kungälv | 192180 | 18,4 | | 30,6 |
| | Skövde | 242948 | 29,4 | | 92,8 |
| | Trollhättan | 295723 | 40,5 | | 76,4 |
| Kalmar | Kalmar | 137574 | 18,3 | 19,7 | 80,9 |
| | Oskarshamn | 58060 | 23,5 | | 65,0 |
| | Västervik | 50959 | 19,5 | | 69,1 |
| Jönköping | Eksjö | 107882 | 27,1 | 16,6 | 62,5 |
| | Jönköping | 176907 | 7,5 | | 61,1 |
| | Värnamo | 84067 | 22,4 | | 68,3 |
| Kronoberg | Ljungby | 56312 | 21,8 | 15,6 | 65,0 |
| | Växjö | 147374 | 13,3 | | 62,6 |
| Halland | Halmstad | 145312 | 11,0 | 16,4 | 70,4 |
| | Varberg | 147953 | 21,7 | | 69,9 |
| Blekinge | Karlskrona | 157961 | 34,2 | 34,2 | |
| Skåne** | Ängelholm | 133878 | 17,5 | | 33,4 |
| | Helsingborg | 222481 | 8,0 | | 28,6 |
| | Kristianstad | 180127 | 20,1 | | 74,6 |
| | Lund | 297833 | 12,3 | | 25,8 |
| | Ystad | 102704 | 19,1 | | 50,5 |
| Samtliga rapporterade enheter | | 6752120 | 19,1 | | |

region. Trollhättan och Skövde sticker också ut i meningen att de har upptagningsområden med stor befolkning, utan att själva vara bland landets största städer. I Västra Götaland fanns till 2023 ett akutsjukhus i Lidköping, ungefärligen mittemellan Trollhättan och Skövde (inte utmärkt på kartan). Stängningen, efter flera års debatt, var den första i landet sedan 2010 (Asplund, 2024; Castilla, 2024).

I övriga södra Sverige är medelavstånden kortare men enskilda områden har långa avstånd.¹² Nio av tio tätorter i söder med längst avstånd ligger i Småland. I gränslandet mellan Kalmar och Jönköping respektive Kronoberg är avstånden på flera platser 60–80 km, något jag skrivit om tidigare (Fredriksson, 2016). Norra Öland har avstånd på upp till 100 km.

Upptagningsområdenas befolkningsantal (tabell 1) är förstås relevant (hur många har ett visst medelavstånd?). Jag väljer att jämföra Lycksele, Sollefteå och Bollnäs – nordliga inlandsakuter i öster, och Mora och Torsby i väster (figur 1). Om vi antar samma besöksfrekvens per individ kan man jämföra totala reseavståndet (multiplicera befolkning med medelavstånd och besöksfrekvens). Bollnäs och Sollefteå har liknande medelavstånd (runt 25 km), men Bollnäs har större befolkning (fler som behöver resa). Torsby och Sollefteå har istället liknande befolkning (ca 35000), men avståndet är något längre för Torsby. Mora har ungefärligen Bollnäs befolkning och längre avstånd än Torsby, produkten av befolkning och avstånd blir därför högst bland de fyra orterna. Lycksele, trots mindre befolkning i upptagningsområdet, har högst totalt reseavstånd. Jämförelsen belyser situationen idag och man kan eventuellt hävda att, av de fem, är läget ”sämst” för Lyckseles upptagningsområde och ”bäst” för Sollefteås upptagningsområde.¹³

En av artikelns poänger är att resonemang som dessa, relevanta i sig, behöver kompletteras med en ”näst närmaste”-analys. Vad blir avståndseffekten om exempelvis Sollefteå, trots något mindre befolkning och kortare medelavstånd, läggs ner?

Avstånd till näst närmaste akut

Kolumn 6 i tabell 1 visar avståndet (inom regionen) till näst närmaste akut, för varje upptagningsområde. Jag väljer att använda dagens medelavstånd till Lycksele (73,3 km) som måttstock – vilka områden skulle få lika långa eller längre medelavstånd om deras akut läggs ner? För samtliga upptagningsområden från Dalarna och Gävleborg och norrut, förutom Luleå-Boden, skulle en nedläggning resultera i ett längre medelavstånd än dagens längsta. Detsamma gäller två av tre upptagningsområden i Värmland, sjukhusen i Trollhättan, Skövde och Kalmar, samt Kristianstad i Skåne. Asplund (2022, 2024) diskuterar att avstånd till närmaste alternativ har utgjort argument för att behålla bland annat Torsby, Lycksele och Sollefteå. Argumentet framstår som högst relevant.

Effekt av regiongränser

Sjukvården är i stora delar regionaliserad och individer förväntas söka vård inom regionen. Samtidigt har man rätt att söka i hela landet. Att vända sig till närmaste akut, oavsett region, kan vara nödvändigt. I tabell 2 rapporteras avstånd till närmaste (och näst närmaste) akut utan att beakta

¹² Här avses södra Västra Götaland, Småland (Jönköping, Kronoberg, Kalmar), Halland och Skåne.

¹³ Jag studerade också nordliga (Gävleborg, Dalarna och uppåt) inlandstätorter med över 10000 i befolkning och 50 km i avstånd. Orterna - Avesta, Hedemora, Ludvika (Dalarna) och Ljusdal (Gävleborg) - är centralorter och i befolkningssiffran ingår kommuninvånare utanför tätort. Utan akuter i Bollnäs och Sollefteå skulle dessa två orter tillkomma, den senare med längst avstånd av alla. Också Kramfors (Västernorrland) skulle tillkomma.

Tabell 2. Akutsjukhus, befolkning i upptagningsområdet, medelavstånd, samt medelavstånd till näst närmaste akut.

* Ej med i Socialstyrelsens lista för 2024. ** Göteborg, Malmö (och Region Stockholm) exkluderas.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|--------------------------------------|
| Region | Sjukhus | Befolkning | Medelavstånd (km) | Medelavstånd till näst närmaste (km) |
| Norrbotten | Gällivare | 27425 | 45,9 | 135,7 |
| | Kalix | 32478 | 33,9 | 103,4 |
| | Kiruna | 22433 | 7,7 | 119,6 |
| | Piteå | 56032 | 23,5 | 65,1 |
| | Sunderbyn (Luelå-Boden) | 107295 | 17,0 | 59,4 |
| Västerbotten | Lycksele | 40966 | 81,2 | 159,9 |
| | Skellefteå | 77677 | 7,5 | 81,9 |
| | Umeå | 161578 | 11,2 | 106,0 |
| Västernorrland | Örnsköldsvik | 58211 | 6,3 | 90,0 |
| | Sollefteå | 41665 | 32,1 | 92,1 |
| | Sundsvall | 149970 | 17,4 | 84,8 |
| Jämtland Härjedalen | Östersund | 119755 | 31,4 | 166,2 |
| Gävleborg | Bollnäs* | 66636 | 25,2 | 73,1 |
| | Gävle | 176163 | 15,1 | 85,3 |
| | Hudiksvall | 61988 | 22,5 | 71,4 |
| Dalarna | Falun | 202562 | 29,5 | 84,0 |
| | Mora | 71730 | 46,1 | 96,0 |
| Uppsala | Enköping | 97278 | 18,7 | 38,4 |
| | Uppsala | 332578 | 10,3 | 47,1 |
| Västmanland | Köping | 71962 | 21,9 | 41,0 |
| | Västerås | 230343 | 14,9 | 39,2 |
| Örebro | Karlskoga | 91803 | 24,3 | 50,0 |
| | Lindesberg | 42649 | 20,8 | 46,7 |
| | Örebro | 207601 | 6,6 | 41,8 |
| Värmland | Arvika | 45490 | 21,3 | 78,2 |
| | Karlstad | 176972 | 17,6 | 67,3 |
| | Torsby | 35631 | 31,3 | 71,0 |
| Södermanland | Eskilstuna | 136722 | 8,7 | 39,4 |
| | Katrineholm | 55320 | 10,7 | 52,3 |
| | Nyköping | 71323 | 5,0 | 59,9 |
| Östergötland | Linköping | 193487 | 7,2 | 42,6 |
| | Motala | 97347 | 19,7 | 45,4 |
| | Norrköping | 188930 | 9,4 | 44,1 |
| Västra Götaland** | Alingsås | 78714 | 14,4 | 38,6 |
| | Borås | 205354 | 17,4 | 45,9 |
| | Kungälv | 192180 | 18,4 | 30,6 |
| | Skövde | 240763 | 29,1 | 75,8 |
| | Trollhättan | 283731 | 38,0 | 71,9 |
| Kalmar | Kalmar | 124504 | 14,8 | 75,5 |
| | Oskarshamn | 56995 | 22,8 | 62,0 |
| | Västervik | 50948 | 19,4 | 66,5 |
| Jönköping | Eksjö | 111744 | 27,2 | 60,7 |
| | Jönköping | 177109 | 7,5 | 59,5 |
| | Värnamo | 86722 | 23,1 | 52,7 |
| Kronoberg | Ljungby | 57909 | 22,6 | 51,2 |
| | Växjö | 145330 | 12,8 | 58,2 |
| Halland | Halmstad | 140679 | 10,1 | 50,4 |
| | Varberg | 125485 | 16,0 | 55,0 |
| Blekinge | Karlskrona | 110353 | 16,6 | 77,5 |
| Skåne** | Ängelholm | 137151 | 17,7 | 32,0 |
| | Helsingborg | 222481 | 8,0 | 28,6 |
| | Kristianstad | 240637 | 26,6 | 71,0 |
| | Lund | 297833 | 12,3 | 25,8 |
| | Ystad | 102704 | 19,1 | 50,5 |
| Samtliga rapporterade enheter | | 6739326 | 18,2 | |

regiongränser. Medelavståndet blir nu 18,2 km, fem procent lägre än i tabell 1.¹⁴ Jag belyser härnäst ytterligare effekter av regiongränserna, gällande avstånd, upptagningsområde och befolkning. Dessutom diskuteras hur vårdplanering kan påverkas med mer centraliserade tillvägagångssätt, dock utan att gå in på organisatoriska och andra begränsningar.

Blekinge och Jämtland Härjedalen – regioner med varsin akut – får ganska stora förändringar. Från västra Blekinge är Kristianstad i Skåne närmast, därför sjunker befolkning och medelavstånd i Karlskronas upptagningsområde och ökar för Kristianstad (jämför tabell 1 och 2). En möjlig tolkning är behovet av en (Karlshamns-) akut i västra Blekinge, se vidare nedan. I Jämtland Härjedalen sjunker befolkning och medelavstånd för Östersund. För orter i söder är Mora närmare (ca 6800 invånare i tätorter) och i öster Sollefteå (ca 6300 invånare i tätorter). Till Mora och Sollefteå tillkommer alltså områden, därför ökar befolkning och medelavstånd för båda akuterna. Söderut ses en stor förändring för Karlskoga i region Örebro. Tätorter i östra Värmland (Filipstad, Kristinehamn m.fl., inte utmärkta) har närmare till Karlskoga än till Karlstad. Åmål i norra Västra Götaland har närmare till Karlstad och Arvika i Värmland än till Trollhättan. Medelavståndet till Trollhättan påverkas dock ganska lite på pga. upptagningsområdets stora befolkning. Vissa andra förändringar kan avläsas i tabellerna.

Som analyserats tidigare (Fredriksson, 2018) är Sollefteå något av ett specialfall, med ett läge nära regiongränsen och med Västernorrlands ”inbuktning” från öster. En del individer med Sollefteå som närmaste akut bor i en annan region. För akutvård kan det verka naturligt att planera oberoende av regiongränser, vilket i detta fall skulle innebära en centralisering i meningen att flera regioners vårdbehov och geografi betraktas sammantaget. Behovet av Mora och Sollefteå framstår då som högre. Även Asplund (2022) diskuterar Västernorrlands geografi.

Gällande begreppet centralisering skiljer de Fine Licht et al (2024, s. vii) tydligt på ansvarsmässig centralisering (centralt beslutsfattande) och geografisk centralisering (service på färre och centrala platser). Vårdanalys (2018) fokuserar främst på det senare begreppet, vilket kan vara problematiskt. En diskussion om exempelvis Sollefteå bör troligen ha fokus på centralisering av planeringen, dvs. ”Om vi planerar för Sollefteå, oberoende av regiongränser, hur ser efterfrågan då ut?” Regiongränser – i någon mening artificiella för medborgare som söker akutvård – kan försvåra en effektiv planering.

Befolkningsunderlag som förklaring till nedläggning

Akutnedläggningar förklaras ibland med minskande befolkningsunderlag. Från ett makroperspektiv, har befolkningsargumentet bäring? Jag använder här avrundade värden på antal akutsjukhus historiskt och i nutid från Asplund (2022, 2024): 100 akutsjukhus runt år 1960 och 60–65 år 2020, en nedgång med 35–40 procent.¹⁵ Under perioden ökade befolkningen från 7,5 till 10,4 miljoner. Förändringen är från i medel en akut per ungefärligen 75000 invånare till en per 160000–175000 invånare. Sammantaget ser nedläggningarna inte ut att bero på ett minskat befolkningsunderlag.

I de sex nordliga regionerna (Dalarna, Gävleborg och norrut) minskade befolkningen under de 60 åren med två procent, från 1,506 till 1,473 miljoner. Samtidigt lades sju akuter ned, tre vid kusten, tre i inlandet, samt Sandviken nära Gävle. Eftersom kustbefolkningen ökat och totalbefolkningen är nästan konstant, kan inte heller i norr befolkningstrender förklara hela förändringen i antal och lokalisering av akutsjukhus (möjligtvis så i inlandet).

¹⁴ Jag sökte på ”akutmottagning” på 1177.se (kartfunktionen), med kommunnamn som utgångsläge. I samtliga fall indikerades närmaste akut, oberoende av regiongräns.

¹⁵ Definitionsfrågor finns, gällande sammanslagningar, vilka vårdtjänster som definierar ett akutsjukhus, etc.

En annan aspekt är åldersfördelning. Från SCB-data för 2023 är andelen 65+ i norr 25 procent mot 21 procent i riket, vilket kan indikera ett högre vårdbehov (per capita).¹⁶ Åldersgruppen 20–64, ofta använd för att beräkna en "försörjningskvot", utgör 67 procent (69 i riket). Siffran indikerar en något mindre arbetskraft och möjlighet att (via arbetsmarknad och regionala skatteintäkter) finansiera sjukvård men skillnaderna är ganska små.

Jag zoomar in på Västerbotten, Västernorrland och Gävleborg. Regionerna har liknande folkmängd (summan av upptagningsområdena i tabell 1, med något lägre befolkning i Västernorrland). Varje region har tre akuter, varav en inlandsakut. I samtliga fall ligger denna i inlandstätorten med störst befolkning, vilket verkar lämpligt. Både Gävleborgs och Västernorrlands befolkning är ungefärligen konstant sedan tidigt 2000-tal (ganska konstant i Gävleborg sedan 1960, på senare år något ökande; i Västernorrland en minskning på 40000 fram till 2000, sedan ungefärligen konstant). Regionerna har samma andel i åldern 20–64 och 65+ som de sex nordliga regionerna sammantaget. Västerbotten har istället ökande befolkning (främst pga. Umeå) och en åldersfördelning som landet i stort.

Siffrorna motsäger inte att flera kommuner haft stor befolkningsminskning sedan 1960, i flera fall över 40 procent. Med vissa undantag har inlandskommuner minskat och några kustkommuner vuxit. Från ett makroperspektiv är ändå inte förändringen sedan 2000 speciellt drastisk.¹⁷

Diskussion

En entydig uppdragsbeskrivning för akutsjukhus saknas (Vårdanalys, 2018), men centrala uppgifter är att rädda liv och förbättra hälsa. En analys av hur olika hälsoutfall beror av antal och lokalisering av akuter ser inte ut att finnas men området bör kunna utvecklas, trots utmaningar med data och att belägga kausalitet.¹⁸ Ovan har jag fokuserat på en av de centrala aspekterna – avstånd.

Om vi antar att kunskap fanns om avståndseffekter på hälsoutfall, för olika medicinska tillstånd, samt hur tillstånden kan förbättras vid akutbesök, skulle en optimal akutsjukhuslokalisering (allokering) vara möjlig. Total budget, kostnad per sjukhus, fördelning av befolkning, sjukdomstillstånd och hur dessa kan påverkas (exv. mätt i levnadsår), skulle tillsammans kunna bestämma sjukhuslokaliseringar. Var sjukhusen skulle lokaliseras skulle bero på *hur* avstånd spelar roll. Antag exempelvis att det finns en tröskeleffekt, där hälsoutfallet är relativt okänsligt för korta avstånd, medan långa avstånd påverkar desto mer. Då skulle en optimal allokering innebära att akutsjukhusen sprids ut, jämfört med om tröskeleffekten inte fanns. Annorlunda uttryckt skulle allokeringen innebära ett relativt sett större fokus på (lokaliserings-) jämlikhet än effektivitet.

Ett konkret analys som bör kunna göras av en statlig myndighet är att samla in data om och analysera den rumsliga fördelningen av de som besöker akutsjukhusen (exv. med bas i vilken SCB-ruta individen bor).¹⁹ Analysen kan ge information om i vilken grad närmaste akut används, geografisk fördelning av olika sjukdomstillstånd som genererar akutbesök, huruvida långa avstånd leder till icke-besök, andel

¹⁶ Av akutbesöken i landet 2024 gällde 47% individer 65 år och uppåt (Socialstyrelsens dataportal).

¹⁷ Asplund (2022) diskuterar också befolkning och nedläggningar 1960–2020, med likartade slutsatser. Författaren matchar kommuner parvis, 29 med och 29 utan nedläggning (kommunpar om möjligt från samma region, av liknande storlek, med samma sjukhustyp). Befolkningsförändringen från tio år före till tio år efter nedläggning jämförs och konstateras ha varit liten överlag och likartad mellan grupperna (marginellt mer negativ för nedläggningsgruppen, där några kommuner sticker ut).

¹⁸ Bland annat Avdic (2016) studie om effekten av akutnedläggningar på överlevnad från hjärtinfarkt vidareutvecklar relevanta analysmetoder.

¹⁹ SCB delar in Sverige i rutor med längd 1 km respektive 250 m med befolkningsinformation.

”egen” respektive ambulansankomst, etc. Materialet kan utgöra underlag i lokaliseringsbeslut. En relaterad aspekt är att individers (tids- och andra) kostnader kopplade till avstånd typiskt inte finns med i någon budget eller samhällsekonomisk kalkyl (om inte transporten sker med ambulans). I den meningen är effekten av olika sjukhuslokaliseringar delvis ”osynlig”, trots att individkostnaderna de facto ingår i samhällets vårdrelaterade kostnader.

I en studie som delvis relaterar till Vårdanalys (2018), drar Meng et al. (2018) slutsatsen att den begränsning som regiongränser utgör inte nämnvärt påverkar medelavstånd. Om man utelämnar storstäderna, lämnar makroperspektivet och fokuserar på vissa landsbygdsområden, blir slutsatsen delvis en annan. Sollefteåexemplet ovan illustrerade. Den tillkommande folkmängden från en annan region är förvisso modest. Trots det skulle centraliserad snarare än regional planering, i vissa fall, kunna leda till andra slutsatser gällande befolkningsunderlag, avstånd och i förlängningen kunna påverka lokaliseringsbeslut (huruvida en akut ska läggas ned).²⁰

Diskussionen ovan om de sex nordliga regionerna sammantaget beaktade inte heller regiongränser. Man upptäcker exempelvis likheter mellan akuterna i Lycksele, Sollefteå och Bollnäs. En sådan analys bör vara av intresse för såväl regionala som nationella aktörer.

Ett klassiskt motiv för centralisering är om området som påverkas är större än det område för vilket beslutet fattas (vi har rumsliga ”spillovers”) (Oates, 1999). Sådan är effekten för vissa sjukhuslokaliseringar – ett sjukhus nära en regiongräns gynnar grannregionen. Även om motargument finns framstår en viss ökad centralisering av lokaliseringsbeslut som rimlig (inklusive beslut om potentiella nedläggningar). Den framväxande beredskapsdiskussionen skulle kunna stärka sådana argument. Vidare bör datainsamling, rapportering och analys kunna få ytterligare inslag av centralisering. Olika regioner och akuter rapporterar på delvis olika sätt, vilket försvårar framtagande av beslutsunderlag.²¹ I en avslutande mening skriver också Vårdanalys (2018, s. 172), att ”Analysen bör också beakta behov av ökad regional och nationell samordning.”

Stora delar av vårdprofessionen, åtminstone såsom den reflekteras i nationella studier, framstår som positiv till koncentration av högspecialiserad vård till stora sjukhus. ”Träning ger färdighet, koncentrera vården för patientens bästa” är en statlig utredning som argumenterar för koncentration (SOU, 2015). En anledning är att fler operationstillfällen och behandlingar per sjukhus och läkare uppges leda till bättre vård. Liv kan räddas. Argumentet baseras på akademiska studier och läkares erfarenheter. Utredningen (som handlar om specialist- snarare än om akutvård specifikt) diskuterar grundligt att olika hälsotillstånd och operationstyper kan vara olika vanliga, planerade eller akuta, och utföras på sjukhus med många respektive få operationer. Visserligen finns vanliga operationer som utförs (och kan utföras) med tillräcklig frekvens på små sjukhus (för kontinuerligt lärande etc.), men för vissa tillstånd, behandlingar och operationer uppnås en kritisk massa bara på stora sjukhus.²²

Flera studier hävdar att trenden är ökad koncentration, för specialist- såväl som akutvård. Men även om man tar hänsyn till att patienter kan transporteras och vårdas i ambulans och helikopter finns något av en paradox i att akutvårdskoncentration ses som närmast oundviklig. Ovan visades att befolkningsunderlag och skatteunderlag knappast är kraftigt vikande, vilket förvisso kan vara förenligt

²⁰ Intressanta analyser kan finnas även för exempelvis Skåne och Blekinge som har ett gränsområde där ”samordningsvinster” och kortare avstånd kan uppnås, liksom Västra Götaland och Värmland (Åmålområdet).

²¹ Det är intressant att den nationella myndigheten Socialstyrelsen (2025B) använder ordet ”tyvärr” gällande två regioners datarapportering. Mer generellt verkar de flesta (myndighets- och andra) rapporter ta sjukvårdens nuvarande nivåer av beslutsfattande som givna.

²² Även hos befolkningen rapporteras större stöd för koncentration av specialistvård än exempelvis skolor (de Fine Licht et al, 2024).

med att det önskvärda befolkningsunderlaget för högspecialiserad vård ökar över tid. Vidare är det tydligt att avstånd och restid är viktiga, vilket också är andemeningen (på ett av få ställen) då begreppet diskuteras i ovanstående statliga utredning: Sverige har stora avstånd och är inte jämförbart med Danmark, som har få akutsjukhus (SOU, 2015, s. 208).²³ Avdic (2016) kontrasterar, mer direkt, en svensk sjukvårdskonsolidering med den avståndsökning som uppstår därav.

En annan faktor är att akutsjukhusen är av olika typ (länsdelssjukhus, länssjukhus, regionsjukhus) med olika antal specialiteter och där sjukhustyp är korrelerad med såväl befolkningsunderlag som medelavstånd (Vårdanalys, 2018). Ett sätt att analysera dessa sjukhustyper bör kunna vara att utgå ifrån det faktum att mindre sjukhus (exempelvis länsdelssjukhuset Lycksele) kostar mindre än stora sjukhus (regionsjukhuset Umeå). Även om det finns synergier mellan vårdslag (SOU, 2015) framstår det inte som klarlagt att olika akutsjukhus inte skulle kunna ha just olika nivåer av vårdkapacitet. Akuterna hanterar ett stort antal olika hälsotillstånd. I linje med den "nivåstrukturerad" som beskrivs bör de små akutsjukhusen kunna fortbestå i någon form, också med tanke på ambulanslokalisering. De skulle behandla vissa tillstånd och omdirigera komplicerade fall till högspecialiserade sjukhus.²⁴ Utan att gå in på politiska processer finns troligen stöd (och möjlighet till skatteuttag och omfördelning) för akutvård som inte leder till för stor ojämlikhet i avstånd. Bland annat Göteborgs Universitet har intressanta opinionsstudier om beslänkade frågor.

Jag har avstått från att diskutera bland annat personalförsörjning, väntetid, betydelsen av historisk lokalisering, vårdcentraler, primär- och närakuter som alternativ, hemsjukvård, en nationell helikoptertjänst, sjukvårdsregioner, digitalisering, sjukvårdsadministration och politik, för att fokusera på avstånd. Frågorna är viktiga och föremål för andra studier.

²³ De citerade ändamålsenliga befolkningsunderlagen per upptagningsområde, för Danmark och England, överstiger folkmängden i flera svenska regioner.

²⁴ SOU (2015) beskriver hur Lycksele specialiserat sig på vissa operationer och också tilldelats sådant ansvar. Tillvägagångssättet möjliggör volym och kompetensutveckling. Tillsammans med andra åtgärder rekommenderar utredningen att arbetet intensifieras. Vårdanalys (2018) skriver att även om ambulansbaserad "prehospital direkttriagering" förekommer (patienten körs direkt till ett mer avancerat sjukhus) dominerar inte sådana fall – oftast diagnosticerar och "stabiliserar" patienten på närmaste akut.

Referenser

- 1177 Vårdguiden (2025). Akutmottagningen – vid allvarliga tillstånd. <https://www.1177.se/Blekinge/sa-fungerar-varden/varden-i-blekinge/sa-soker-du-vard-i-blekinge/akutmottagningen--vid-allvarliga-tillstand/>. [2025-06-12]
- Asplund K. (2022). Trettiofem nedlagda akutsjukhus under senaste halvsekle. Ett närhistoriskt perspektiv. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift. Årsskrift 2022: 139-52.
- Asplund, K. (2024). Nedläggningar av akutsjukhus tycks åter vara aktuella i Sverige. Läkartidningen, 121:24065.
- Avdic, D. (2016). Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. Journal of Health Economics 48: 44–60.
- Castilla, L. (2024) Ett år efter stängningen i Lidköping: "Borde ha gjort på ett annat sätt", Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/12/ett-ar-efter-stangningen-i-lidkopring-borde-ha-gjort-pa-ett-annat-satt/>. [2025-06-12]
- Chambers, D., Cantrell, A., Baxter, S., Turner, J., & Booth, A. (2020). Effects of service changes affecting distance/time to access urgent and emergency care facilities on patient outcomes: a systematic review. BMC Medicine 18:117.
- Dahl, A.S. (2025). Nedläggning av akutsjukhus. "Alla tecken tyder på en ny våg". Sjukhusläkaren. [https://www.sjukhuslakaren.se/alla-tecken-tyder-pa-en-ny-vag/#:~:text=Alla%20tecken%20tyder%20p%C3%A5%20att,motiven%20f%C3%B6r%20nedl%C3%A4gningar%20har%20skiftat](https://www.sjukhuslakaren.se/alla-tecken-tyder-pa-en-ny-vag/#:~:text=Alla%20tecken%20tyder%20p%C3%A5%20att,motiven%20f%C3%B6r%20nedl%C3%A4gningar%20har%20skiftat.). [2025-06-12]
- Dahlgren, G. (2010). Vård på lika villkor - drivkrafter och motkrafter. Socialmedicinsk tidskrift 87(1):5-48.
- de Fine Licht, J., Karlsson, D., & Skoog, L. (2024). Location of public services: Legitimacy, challenges, and solutions in Sweden. Springer Nature.
- Fredriksson, A. (2016). Servicekontorens rumsliga fördelning: Kan operationsanalys bidra till en effektiv lokalisering av offentliga tjänster? Ekonomisk Debatt 44(3): 49–61.
- Fredriksson, A. (2018). Vilka orter bör ha förlossningskliniker? Ekonomistas. <https://ekonomistas.se/2018/02/13/vilka-orter-bor-ha-forlossningskliniker/#more-28352>. [2025-06-12]
- Hedbäck, S. (2002) "Bästa förslaget" säger läkarföreningen. Tre akutsjukhus i Gävleborg blir två. Läkartidningen 99(12): 1304.
- Meng, X., Carling, K., Håkansson, J., & Rebreyend, P. (2018). How do administrative borders affect accessibility to public services? The International Journal of Health Planning and Management 33(3): 696–710.
- Oates, W. (1999). An essay on fiscal federalism. Journal of Economic Literature, 37(3): 1120–1149.
- Penchansky, R. & Thomas, J. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Customer Satisfaction, Medical Care 19: 127–140.
- SCB. (2025a). Geodata. <https://www.scb.se/hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/geodata/>. [2025-06-12]

SCB. (2025b). Statistikdatabasen. <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>. [2025-06-12]

Socialstyrelsen. (2025a). Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2024. Sveriges officiella statistik, Hälsa- och sjukvård, ISSN 1400-3511.

Socialstyrelsen. (2025b). Kvalitet i statistikdatabasen "Väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar". Avdelningen för register och statistik, Kvalitetsdeklaration.

SOU (2015). Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/11/sou-201598/>. [2025-06-12]

SVT. (2023). Hede får behålla sin ambulans dygnet runt. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/jamtland/hede-far-behalla-sin-ambulans-dygnet-runt--296h4j>. [2025-06-12]

Trafikverket. (2025). Sveriges vägar på karta via NVDB. <https://www.trafikverket.se/e-tjanster/sveriges-vagar-pa-karta-via-nvdb/>. [2025-06-12]

Vårdanalys. (2018). En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. Rapport 2018:13.