

# Nedläggningar av akutsjukhus tycks åter vara aktuella i Sverige

**Tidigare i år** stängdes dygnet-runtverksamheten på akutmot-tagningen vid Lidköpings sjukhus. Samtidigt kommer rapporter om utredningar av akutverksamheterna i Sollefteå, Arvika, Köping och Ljungby. Region Örebro talar om »omfördelning av uppdraget« beträffande Lindesbergs sjukhus. När nu regionernas ekonomi blir alltmer ansträngd väcks diskussioner om akutsjukhusens framtid också på andra håll i landet. Inför en möjlig ny våg av nedläggningar kan det vara nyttigt att blicka tillbaka på det sista dryga halvseklets 39 nedläggningar av svenska akutsjukhus. Hur har nedläggningarna utvecklats över tid, och hur ser deras dramaturgi ut?

I en skrift från Kungliga Medicinalstyrelsen om medicinalväsendet i Sverige finns en förteckning över akutsjukhus 1961 med en rad uppgifter om de 98 akutsjukhus som då fanns i landet [1]. Med den förteckningen som utgångspunkt finns möjlighet att jämföra med en förteckning 2018 av akutsjukhus i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [2], kompletterad med senare uppgifter från dagspress och fackpress, främst Läkartidningen. I en sammanställning i Svensk Medicinhistorisk Tidskrift [3] beskrivs hur uppgifterna hämtats in och analyserats, och där finns detaljerade uppgifter om de



**Kjell Asplund**, professor emeritus i medicin, Umeå universitet  
● kjellaspund1@gmail.com

nedlagda akutsjukhusen; dessa uppgifter har här komprimerats samt kompletterats med information från senare år.

I lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan finns en definition av akutsjukhus, dock utan uppgift om öppettider. I denna artikel har därför en enkel pragmatisk definition av akutsjukhus använts: »Dygnetruntöppen akutmottagning samt möjlighet att akut lägga in patienter på vårdavdelning.« Preciseringar, avgränsningar och mer detaljerade resultat återfinns i Asplund 2022 [3].

**Sedan 1961** har 39 akutsjukhus lagts ned, flest i Västra Götaland (8) och Stockholm (5) (Figur 1). Fyra akutsjukhus har tillkommit (Lycksele, Motala, Nacka och Skene, varav de båda sistnämnda nu hunnit lagts ned). Kvar finns 57 akutsjukhus. Enligt en inventering av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018 saknades då tillgång till akutkirurgi dygnet runt vid 18 procent av akutsjukhusen [2].

Nedläggningarna har kommit i två vågor. Den första kulminerade 1970-74, den andra, mer långdragna, kulminerade 1995-2004 (Figur 2). Innan Lidköping lades ner i år hade inget akutsjukhus stängts sedan 2010.

I landstingsprotokoll och lokalpress kan man utläsa att den första vägen i början av 1970-talet genomgående handlade om personalbrist; främst var det läkare vid de små akutsjukhusen man hade svårt att rekrytera och behålla. Med läkarbristen följde oro för vårdens kvalitet.

Skälen för nedläggning kom så småningom att svänga: problemen med landstingens ekonomi stod i centrum. Den försämrade landstingsekonomi drabbade redan på 1960- och 70-talen de fattigaste landstingen (till exempel Jämtland, där två av tre akutsjukhus stängdes), men på 1990-talet hade ekonomin blivit det helt dominerande skälet till nedläggningar av akutsjukhus över hela landet, avspeglat i den andra stora nedläggningsvågen (Figur 2).

Sjukhusets ålder tycks inte ha spelat någon större roll för besluten om nedläggning. Bland de nedlagda sjukhusen fanns

fem från 1700-talet, inklusive landets äldsta (Serafimerlasarettet). Att sjukhuset var relativt nytt skyddade inte heller mot nedläggning: sex sjukhus överlevde mindre än 50 år sedan de öppnats som akutsjukhus.

I och med nedläggningen blev avståndet till närmaste akutsjukhus 100 km eller mer för invånarna i fyra av de orter där akutsjukhuset varit beläget, längst när Svegs lasarett lades ned (187 km, för vissa kommuninvånare betydligt längre) [3].

**»År 1961 fanns akutsjukhus i 47 kommuner med mindre än 15 000 invånare: i 26 av dessa kommuner har akutsjukhuset lagts ned.«**

I Torsby, Lycksele, Sollefteå, Gällivare och Kiruna har avståndet till närmaste alternativa sjukhus varit ett avgörande argument för att behålla akutsjukhuset.

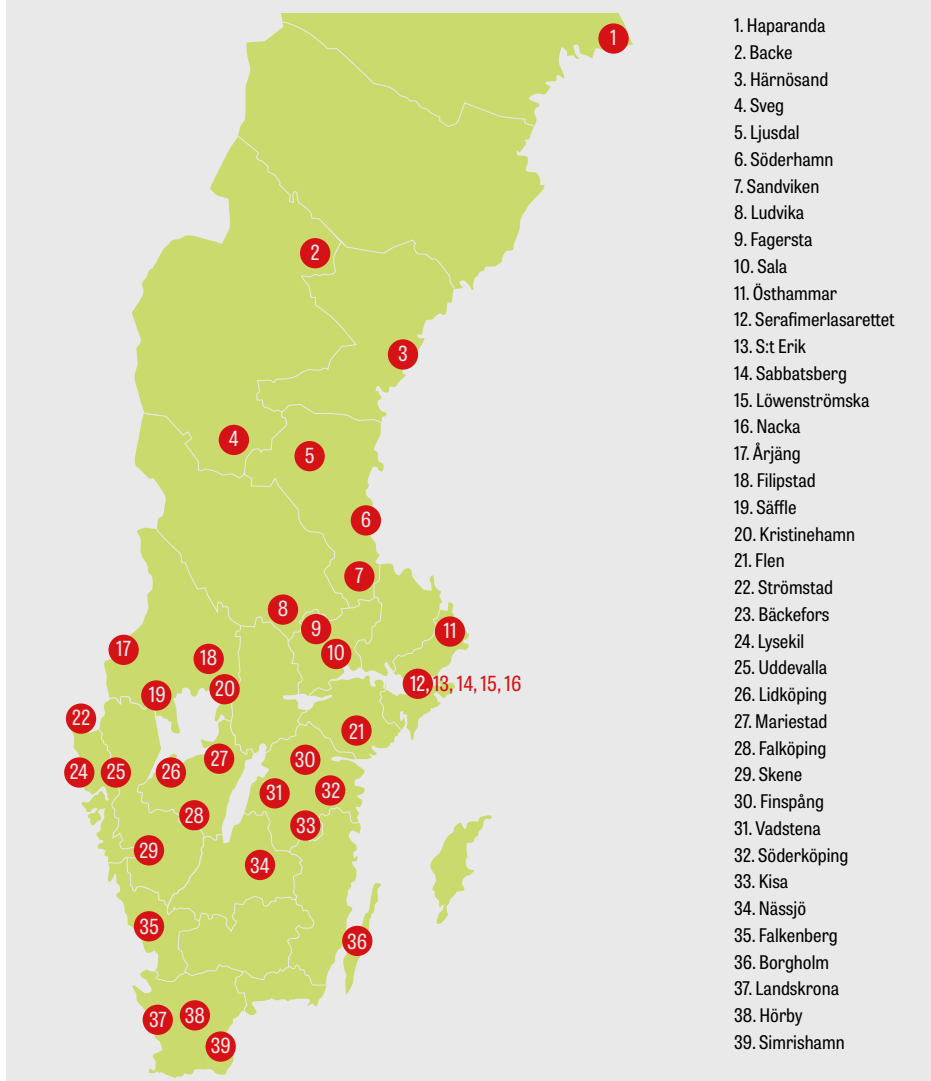
Föga överraskande var kommunstorleken en stark riskmarkör för nedläggning. År 1961 fanns akutsjukhus i 47 kommuner med mindre än 15 000 invånare: i 26 av dessa kommuner har akutsjukhuset lagts ned. I flera av de resterande 21 akutsjukhusen i mindre städer (till exempel Arvika, Sollefteå och Lindesberg) har utredningar genomförts, och offentlig debatt pågår om sjukhusens framtid.

I många mindre kommuner har akutsjukhuset varit en viktig arbetsgivare - för kvinnor den dominerande arbetsgivaren - och man har fruktat att nedläggningen skulle leda till ökad arbetslöshet och utflyttning. När befolkningsutvecklingen i kommunen de tio åren före nedläggning jämfördes med de tio åren efter saknades tydliga knickar i kurvorna efter nedläggningen [3]. Däremot hade de flesta av dessa kommuner en negativ befolkningsutveckling under åren före sjukhusnedläggningen. Att akutsjukhuset stängts förefaller ha

## HUVUDBUDSKAP

- Sedan 1961 har 39 akutsjukhus lagts ned i Sverige.
- Nedläggningarna har skett i två större vågor, en 1970-1974 (på grund av kompetens- och kvalitetsbrister) och en 1995-2004 (ekonomiska drivkrafter).
- Nedläggningarna följs sällan av stora befolkningstapp i kommunerna.
- Efter en extern konsultrapport följer processen mot sjukhusnedläggning en obehaglig dramaturgi.
- Lokalbefolkningen brukar uppfatta nedläggningen som ett svek från en samhällssektor man har haft stor tillit till.
- En genomförd nedläggning 2024 och flera utredningar har på nytt aktualiserat frågan om nedläggningar av akutsjukhus.

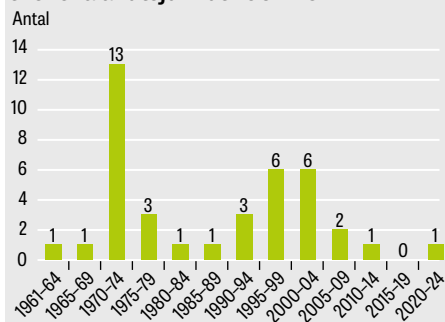
**FIGUR 1.** Nedlagda akutsjukhus i Sverige under åren 1961–2024.



kommit som en bekräftelse på ortens tidigare bekymmersamma utveckling. Gemensamt för dessa kommuner är ändå att befolkningsantalet stagnerat under en tid då befolkningen i övriga Sverige ökat. Ett förbehåll: Bakom oförändrat totalt invånarantal kan dölja sig annan påverkan på lokalsamhället, som åldersförskjutningar, ökande arbetslöshet och lägre inkomster.

**De vanligaste argumenten** som i dag används för och emot koncentration av akutsjukvården till färre sjukhus redovisas i Tabell 1. Medan den första vågen av nedläggningar av akutsjukhus på 1970-talet framför allt drevs av problem med kompetensförsörjning och vårdkvalitet och den andra vågen 1995–2004 hade ekonomiska drivkrafter, har de båda typerna av argument kombinerats i dagens debatt om de små akutsjukhusens vara eller inte.

**FIGUR 2.** Tidpunkt för nedläggning av svenska akutsjukhus 1961–2024.



Efter att under några decennier ha legat i träda har beredskapsfrågor återuppstätt som argument för att behålla vissa av de nedläggningshotade sjukhusen [4]. För-

## »Mindre akutsjukhus ... kan bidra till totalförsvaret genom att ge vård för andra akutpatienter och därigenom frigöra vårdplatser på de större sjukhusen.«

svarsberedningen ansåg i sin stora rapport i december 2023 att det enskilt viktigaste för hälso- och sjukvården vid höjd beredskap och krig var förmåga att uthålligt öka antalet vårdplatser, särskilt för akutkirurgi och intensivvård [5]. Mindre akutsjukhus kan knappast bidra med avancerad traumavård, men, menar de som försvarar de mindre akutsjukhusen, de kan bidra till totalförsvaret genom att ge vård för andra akutpatienter och därigenom frigöra vårdplatser på de större sjukhusen.

**Läsning av landstingsprotokoll** och uppgifter i medierna visar att en nedläggning av akutsjukhus följer ett och samma, närmast stereotypiska mönster [3]:

- **En utredning tillsätts.** Säkrast är att anlita en extern konsult som levererar det som uppdragsgivaren tänkt sig. Utredningen föreslår nedläggning av akutverksamheten eller delar av den.
- **BB läggs ned.** Finns BB vid sjukhuset, är förlossningsverksamheten det första som läggs ned. Där behöver man inte tillgripa ekonomiska argument, det räcker med att fokusera på personalbrist och vårdkvalitet. Föga överraskande börjar de stora folkliga protesterna i detta steg - lokalbefolkningen inser vart det hela är på väg.
- **Protesterna växer.** Det arrangeras protestmöten, man skriver protestlistor och debattartiklar och arrangerar demonstrationer som ofta mobiliserar stora delar av den vuxna befolkningen. Regionerna uppvakts. Motståndet organiseras, aktionsgrupper bildas, sjukhusokkupationer kan dra i gång. I mycket handlar protesterna om avstånd: geografiskt avstånd, socialt avstånd och politiskt avstånd [6].
- **Sjukvårdspartier bildas.** När nedläggning av akutsjukhus hotar bildas ofta lokalt förankrade sjukhuspartier med väljare som är besvikna på «sina» partier. Eftersom inga akutsjukhus lades ner under åren 2011–2023 har många sjukvårdspartier tynat bort. Efter valet 2022 finns de dock representerade i sju regi-

Baserad på figur i referens [3], modifierad och kompletterad

Modifierad från referens [3] och kompletterad

**TABELL 1.** Sex vanliga argument för respektive mot nedläggning av mindre akutsjukhus

Domän	För koncentration/nedläggning av mindre akutsjukhus	Mot nedläggning av mindre akutsjukhus
Vårdkvalitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bättre vårdkvalitet vid stora patientvolym (hänvisning till Utredningen om högspecialiserad vård)</li> <li>● Anpassning till den medicinska utvecklingen och att akutsjukvården kräver alltmer specialisering</li> <li>● Svårt upprätthålla kompetensen dygnet runt vid mindre sjukhus</li> <li>● Mindre enheter mer sårbara vid personalbrist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utredningen om högspecialiserad vård inte relevant för »vanlig» akut-sjukvård</li> <li>● Konsultrapporter som rekommenderar nedläggning, vanligtvis av undermålig kvalitet</li> <li>● Många mindre sjukhus hävdar sig väl vid nationella kvalitetsjämförelser</li> <li>● Mindre personalomsättning än vid stora och medelstora sjukhus = bättre vårdkvalitet</li> </ul>
Tid till behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Numera snabbare transporter och förbättrad prehospital vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tid till behandling kritisk vid allvarliga akuta tillstånd</li> </ul>
Kostnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reducerade kostnader</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● »Besparingarna» överskattade i konsultrapporter</li> </ul>

Argumenten återfinns bland annat i en statlig utredning [8], i en rapport från Vårdanalys [2] samt i debattartiklar i fackpress, andra tidskrifter och tidningar, t ex [4, 9, 10]. Argumenten har formulerats som de uttryckts av proponenter för respektive kritiker mot nedläggning/koncentration av den akuta sjukhusvården.

## »Forskare har beskrivit hur känslan av tillhörighet och trygghet bryts sönder när ett samhälle drabbas av stora nedläggningar ...«

onfullmäktige (Västernorrland, Sörmland, Jönköping, Norrbotten, Dalarna, Gävleborg och Värmland).

- **Akuten stängs, hybridmodeller skapas.** Ett beslut fattas om att stänga akutmottagningen för dygnetruntverksamhet. Här följer en fas när man prövar olika hybridmodeller med begränsad öppetid, olika varianter av närakut, överföring till akutvård på entreprenad, etcetera. Få av dessa hybrider blir bestående.

Det är något särskilt med nedläggning av akutsjukhus. Över partigränserna sluter lokalbefolkningen upp till stöd för sitt sjukhus. Forskare har beskrivit hur känslan av tillhörighet och trygghet bryts sönder när ett samhälle drabbas av stora nedläggningar [7]. Gäller det akutsjukhus på mindre orter berörs medborgarna ofta alldeles särskilt socialt och emotionellt – sjukhuset har stått för trygghet och gemenskap, många har en nära anhörig som vårdats eller de har själva vårdats där, och de känner personligen åtminstone några i sjukhuspersonalen.

Akutsjukhusen har dessutom ett fysiskt symbolvärde: sjukhusbyggnaden har rest

sig över staden som ett monument för den trygghet som funnits i Välfärdssverige. Nedläggningen uppfattas som ett svek från en samhällssektor man haft så stor tillit till och blir en bekräftelse på att man hamnat utanför den trygghet som närheten till akutsjukhuset inneburit. Nedläggningen blir också till något av en slutlig bekräftelse på lokalsamhällets tillbakagång eller stagnation i jämförelse med större orter.

Det förlopp som slutar i nedläggning av ett akutsjukhus är ofta smärtsamt. Ekonomi, vårdkvalitet, hälso- och sjukvårdens utveckling, kompetensförsörjning, lokal- och regionalpolitik, samhällsutveckling och befolkningens tillit till vården vävs samman i en komplex process. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2024;121:24065*

## REFERENSER

1. Kungl Medicinalstyrelsen; Kock W (redaktör). Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962. Stockholm: AB Nordiska Bokhandels Förlag; 1963.
2. En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018. Rapport 2018:13.
3. Asplund K. Trettiofem nedlagda akutsjukhus under senaste halvsekl. Ett närhistoriskt perspektiv. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift. Årsskrift 2022. p. 139–52.
4. Dovstad K. »Akutsjukhus läggs ner på bristande underlag«. Svenska Dagbladet. 7 maj 2024.
5. Ds 2023:34. Kraftsamling. Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret. Stockholm: Försvarsdepartementet; 2023.
6. Larsson E. Risky distances: peripheralisation and normalisation in the case of a maternity ward closure in Sweden [avhandling]. Sundsvall: Mittuniversitetet; 2021.
7. Emery J. Belonging, memory and history in the North Nottinghamshire coalfield. J Hist Geogr. 2018;59:77–89.
8. SOU 2015:98. Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2015.
9. Tröeng, T, Haglund U. »En dålig utredning som ledde till dåliga beslut«. Dagens Medicin. 23 maj 2018.
10. Torkelsson AC. »Stora brister« i rapport om framtiden för Sollefteå sjukhus. Läkartidningen. 17 apr 2024.

## SUMMARY

### Closure of emergency hospitals – a reemerging issue in Sweden

As the finances of health care providers are increasingly strained, discussions about the closure of some of the emergency hospitals in Sweden have reemerged. I have reviewed the 39 closures that have occurred over the last half century. The closures have come in two distinct waves. The first wave, peaking in 1970–74, was driven by staffing problems with concerns about the quality of care. The second, more prolonged wave occurred in 1995–2004, caused by healthcare providers' strained economy. In 2024, the first closure of an emergency hospital since 2010 occurred and the future of several emergency hospitals is being investigated. A low population in the hospital catchment area has been a strong predictor of hospital closure, but the closure has seldom been followed by a marked population drop. Major arguments in the current debate on emergency hospital closures are listed. The process from a first external evaluation to final closure has followed a stereotypic, often dramatic pattern.