

En förändrad abortlag

– för en god, säker och tillgänglig abortvård

*Betänkande av Utredningen om
förändringar i abortlagstiftningen*

Stockholm 2025



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2025:10

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2025

ISBN 978-91-525-1135-0 (tryck)

ISBN 978-91-525-1136-7 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Acko Ankarberg

Regeringen beslutade den 15 juni 2023 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att se över frågan hur abortlagstiftningen kan ändras för att anpassas till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov.

Barnmorskan och medicine doktorn Inga-Maj Andersson förordnades att från och med den 16 juni 2023 vara särskild utredare.

Den 15 december 2023 beslutades att sakkunniga från och med 20 december 2023 ska vara departementssekreterare Evelina Norell och kansliråd Marie Ek. Samma dag beslutades att experter från och med den 20 december 2023 ska vara professor i kirurgi Jan Brynhildsen (SFOG), utredare Lars-Gunnar Engström (Jämställdhetsmyndigheten) specialistläkare Emilie Hultberg (Läkarförbundet), handläggare Kajsa Jansson (Sveriges Kommuner och Regioner), utredare Elin Linnarsson (Socialstyrelsen) senior policyrådgivare Kristina Lod Castell (RFSU) barnmorska Eva Nordlund (Barnmorskeförbundet) specialistläkare Sofia Persson (Läkemedelsverket), utredare Kalle Röcklinger (Folkhälsomyndigheten) och barnmorska Carita Stureson (Vårdförbundet).

Den 16 maj 2023 entledigades kansliråd Marie Ek från uppdraget att vara sakkunnig i utredningen. Den 11 september 2023 entledigades, med verkan från och med den 23 september samma år, departementssekreterare Evelina Norell från uppdraget att vara sakkunnig i utredningen. Samma dag förordnades, med verkan från den 23 september 2023 departementssekreteraren Sara Salomonsson att vara sakkunnig i utredningen.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 oktober 2023 Linda Hindberg med en tjänstgöringsgrad motsvarande 50 procent av en heltid och med 100 procent från och med den 1 november 2023. Den 1 januari 2024 anställdes utredaren Sara Lundgren som sekreterare i utredningen. Den 15 januari anställs juristen Hanna

Jarvad som sekreterare i utredningen med en anställningsgrad som motsvarar 25 procent av en heltid till och med den 30 juni 2024. Den 5 augusti 2024 anställdes Sara Platten Bäckström som sekreterare i utredningen med en anställningsgrad som motsvarar 20 procent av en heltid.

Utredningens experter och sakkunniga har under hela utredningens gång bidragit med mycket värdefulla synpunkter och inspel till utredningen. När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilde utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensamt för innehållet i betänkandet.

I och med detta slutbetänkande (SOU 2025:10) är uppdraget om *En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård* avslutad.

Vi vill tacka alla medarbetare, verksamhetsföreträdare, organisationer och forskare som har bidragit med kunskap och erfarenhet till utredningens arbete.

Stockholm i februari 2025

Inga-Maj Andersson

Linda Hindberg
Sara Lundgren
Sara Platten Bäckström

Innehåll

Sammanfattning	13
1 Författningsförslag.....	23
1.1 Förslag till lag om ändring i abortlagen (1974:595)	23
1.2 Förslag till abortförordning	27
2 Uppdraget och dess genomförande.....	29
2.1 Utredningens direktiv.....	29
2.2 Utredningens arbete	30
2.2.1 Expertgrupp	30
2.2.2 Sammanställning och analyser av utredningar, rapporter, registerdata och statistik	30
2.2.3 Möten med relevanta myndigheter och andra organisationer	31
2.2.4 Möten med andra statliga utredningar	31
2.2.5 Möten med forskare på området	32
2.2.6 Internationella kontakter	32
2.2.7 Kartläggning av abortvården.....	32
3 Gällande rätt.....	37
3.1 Generell lag, speciallag och ramlag	37
3.2 Hälso- och sjukvård.....	38
3.3 God vård.....	40
3.3.1 Om begreppet vård som inte kan anstå.....	40
3.4 Rätt till integritet, självbestämmande och delaktighet	41

3.5	Särskilda skyldigheter när det gäller barn i hälso- och sjukvården	42
3.6	Dokumentation	42
3.7	Patientsäkerhet	43
3.7.1	Vårdskada	44
3.7.2	Anmälan och register över verksamheterna	44
3.7.3	Tillsyn över hälso- och sjukvårdsverksamheter	45
3.8	Regionens ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården	45
3.8.1	Abort som en del av hälso- och sjukvårdens ansvar	46
3.9	Abortlagen	47
3.9.1	Abort utförs på kvinnans begäran	47
3.9.2	Ansvar för att en abort genomförs	48
3.9.3	Genomförandet av abort	49
3.9.4	Stödsamtal	49
3.9.5	Rätten till abort	49
3.9.6	För aborter efter utgången av artonde graviditetsveckan krävs särskilda skäl	50
3.9.7	Avbrytande av havandeskap	50
3.9.8	Minderåriga som vill få en abort utförd	51
3.9.9	Straffrättslig reglering	51
3.9.10	Abort för utländska kvinnor	52
3.10	Socialstyrelsens föreskrifter om abort	53
3.11	Yrkesreglering för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	54
3.12	Högscoleförordningen	55
3.13	Förskrivningsrätt	56
3.14	Hälsodata	57
3.14.1	Hälsodatalagen	57
3.15	Mänskliga fri- och rättigheter	58
3.15.1	Regeringsformen	58
3.15.2	Europakonventionen	59

4	Historisk tillbakablick på abort i Sverige	61
4.1	Abort ansågs vara en kriminell handling som bestraffades hårt	62
4.2	1938 års lag om avbrytande av havandeskap.....	63
4.2.1	Fortfarande straffbart med abort i andra situationer	64
4.2.2	1941 års befolkningskommission och frågan om en socialmedicinsk indikation	64
4.2.3	En socialmedicinsk indikation införs i lagen	65
4.2.4	Utredning SOU 1953:29 Abortfrågan	66
4.2.5	Fosterindikation införs i lagen.....	67
4.3	Synen på abort under 1960-talet	67
4.3.1	Svenska kvinnor åker till Polen för att genomgå abort under 1960-talet.....	68
4.4	Tillsättandet av en parlamentarisk kommitté.....	69
4.5	En ny abortlag med en förändrad syn på abort.....	69
4.5.1	Förändringar som skett i nuvarande abortlag.....	70
4.5.2	Utveckling av barnmorskans roll.....	72
4.5.3	Vårdvägran på grund av samvetsbetänkligheter	74
5	Om medicinsk abort	75
5.1	Abortprocessen i dag	75
5.2	Kirurgisk abort.....	76
5.3	Innan aborten	77
5.4	Väntetider för att få en abort utförd.....	79
5.5	Ultraljud	79
5.6	Tidsgränser för aborter.....	80
5.7	Medicinsk abort	82
5.7.1	Misoprostol intas i hemmet	83
5.8	Läkemedel för abort.....	85
5.8.1	Mifepriston	86
5.8.2	Misoprostol.....	87

5.9	Uppföljning efter aborten.....	88
5.10	Preventivmedelsrådgivning i samband med abort	89
5.11	Komplikationer i samband med abort.....	90
5.12	Minderåriga som genomför abort.....	91
5.13	Telemedicin.....	91
5.14	Förändring av arbetsuppgifternas fördelning	92
5.15	Barnmorskors utbildning och kompetensutveckling	93
5.16	Statistik kring abortvården.....	93
5.17	Upplevelser av att genomgå en abort i hemmet	94
5.18	Nationell styrning	95
5.18.1	Socialstyrelsens föreskrifter	95
5.18.2	SFOG råd för inducerad abort	95
5.19	Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.....	96
5.20	Internationella riktlinjer.....	96
5.20.1	WHO:s Riktlinjer för abort	96
5.20.2	FIGO	97
5.20.3	ICM.....	97
5.21	Om verksamheter som utför abort	97
5.21.1	Vad krävs för att få bedriva abortverksamhet?	98
6	En förändrad abortlag.....	99
6.1	En förändrad abortlag	99
6.1.1	Vårt uppdrag.....	100
6.1.2	Om förslaget och skäl för förslaget	100
6.2	Straffbestämmelserna i lagen	106
6.2.1	Skäl för förslaget	106
6.2.2	Skäl för bedömningen.....	109

6.3	Socialstyrelsens rättsliga råds roll bör ses över	110
6.3.1	Reglering av aborter efter utgången av vecka 18	110
6.3.2	Om Socialstyrelsens rättsliga råd	111
6.3.3	Skäl för vår bedömning	111
7	Rätt till abort ska tydliggöras i lagen.....	115
7.1	Rätt till abort ska tydliggöras.....	115
7.1.2	Om förslaget	116
7.1.3	Skäl till förslaget	118
7.2	Den abortsökande har rätt att välja behandlingsalternativ vid en medicinsk abort	126
7.2.1	Om bedömningen.....	126
7.2.2	Skäl för bedömningen	127
7.3	Abortsökande har rätt till ett adekvat och gott bemötande	128
7.3.1	Skäl för bedömningen	128
8	Hälso- och sjukvårdens ansvar för abortvården.....	131
8.1	Hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla abort tydliggörs.....	131
8.1.1	Bakgrund till förslaget.....	132
8.1.2	Skäl för förslaget.....	133
8.2	Abort ska tillhandahållas av verksamheter särskilt anpassade för ändamålet	135
8.2.1	Skäl för förslaget.....	135
8.3	Alla verksamheter ska ha tillgång till läkare med rätt kompetens	137
8.3.1	Skäl för förslaget.....	137
8.4	Vad abortvården ska erbjuda till abortsökande i samband med abort.....	138
8.4.2	Skäl för förslaget.....	139

8.5	Alla verksamheter som tillhandahåller abort ska vara anmälningspliktiga.....	143
8.5.1	Bakgrund till förslaget	143
8.5.2	Skäl för förslagen.....	146
9	Abort i hemmet	151
9.1	Abort ska få genomföras utanför en sjukvårdsinrättning..	152
9.1.1	Vårt uppdrag.....	152
9.1.2	Om förslaget	152
9.1.3	Skäl för förslaget	153
9.2	Förskrivning av läkemedel för abort kan bli tillåten men bör ske restriktivt	158
9.2.1	Bakgrund till bedömningen och förslaget	158
9.2.2	Om bedömning och förslag.....	159
9.2.3	Skäl för bedömningen och förslaget	163
9.2.4	Sammanfattande slutsatser kring förskrivning....	167
9.3	Abortlagstiftningen kommer att möjliggöra handläggning av aborter via telemedicin	169
9.3.1	Om bedömningen och förslaget	169
9.3.2	Skäl för bedömningen och förslaget	172
9.4	Analys och anpassning av uppföljning efter en abort i hemmet.....	176
9.4.1	Inga särskilda krav på uppföljning behövs efter en abort i hemmet	176
9.4.2	Om bedömningen	176
9.4.3	Skäl för bedömningen	177
10	Barnmorskors ansvar för aborter	179
10.1	Barnmorskor ska få ett utökat ansvar för abortprocessen.....	179
10.1.1	Om förslaget	180
10.1.2	Skäl för förslaget	183

10.2	Ansvariga myndigheter ska utreda barnmorskors förordningsrätt	188
10.2.1	Bakgrund till förslaget.....	188
10.2.2	Om förslaget.....	191
10.2.3	Skäl för förslaget.....	194
11	Uppföljning av abortvården.....	201
11.1	SOU 2024:57 Ett nytt regelverk för hälsodataregister	201
11.1.1	Om nuvarande abortstatistik.....	202
11.1.2	Om utredningen om hälsodataregister	203
11.1.3	Skäl för vår bedömning	205
11.2	Uppdrag att följa upplevelsen av hemaborter	208
11.2.1	Om förslaget.....	208
12	Konsekvenser.....	211
12.1	Konsekvenser för abortsökande	212
12.1.1	Skäl för våra bedömningar	212
12.2	Konsekvenser för regionerna	224
12.2.1	Skäl för vår bedömning	224
12.3	Konsekvenser för profession.....	226
12.3.1	Skäl för bedömningen	226
12.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service	228
12.4.1	Skäl för bedömningen	228
12.5	Konsekvenser för företag	228
12.5.1	Skäl för bedömningen	229
12.6	Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration	229
12.6.1	Skäl för vår bedömning	230
12.7	Sveriges internationella åtaganden	230
12.7.1	Skäl för vår bedömning	231
12.8	Kommunala självstyrelsen.....	231
12.8.1	Skäl för vår bedömning	231

12.9	Kostnaderna för staten.....	232
12.9.1	Skäl för bedömningen.....	232
12.10	Kostnader för regionerna.....	236
12.11	Sammanfattande samhällsekonomisk analys	239
12.11.1	Skäl för bedömningen.....	239
13	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	241
13.1	Ikraftträdande.....	241
13.1.1	Skäl för förslag och bedömning.	241
14	Författningskommentar	243
14.1	Förslaget till lag om ändring i abortlagen (1974:595)	243
14.2	Förslaget till abortförordning.....	248
	Referenser.....	251
	Bilaga	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2023:89.....	259

Sammanfattning

Utredarens inledande ord

Sveriges abortvård har sedan abortlagen skrevs 1974 utvecklats till att i dag vara en tillgänglig och säker abortvård. Professionell vård, förfinade abortmetoder och minskat stigma kring abort gör Sverige till ett av de länder som är föredömen för länder med ingen eller restriktiv tillgång till abort. Rätten till en säker och tillgänglig abortvård är centralt för att värna mänskliga rättigheter, jämställdhet och individens självbestämmande.

Vår utgångspunkt är att en förändring av den svenska abortlagen ska leda till förbättringar för den som önskar göra abort och får inte leda till någon försämring när det gäller patientsäkerhet och kvalitet.

För att abortlagen ska vara anpassad till dagens medicinska utveckling och abortsökandens behov lägger vi i detta betänkande ett antal förslag och bedömningar som syftar till att stärka abortsökandes rätt till en god, tillgänglig och säker abortvård som värnar om den enskildes självbestämmande. Kärnan i våra förslag på förändringar är en modern abortlag som är anpassad till både nuvarande abortvård och framtida förändringar.

Uppdraget och dess genomförande

Vårt uppdrag har varit att se över hur abortlagstiftningen kan ändras för att anpassas till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov. I vårt uppdrag har det ingått att föreslå hur medicinsk abort kan genomföras i hemmet samt att analysera och bedöma om det finns förutsättningar för att ge barnmorskor ett större ansvar för medicinsk abort. Vidare har det i vårt uppdrag ingått att föreslå hur de förslag som lämnas kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vi har även haft i uppdrag att föreslå hur

abortlagen kan moderniseras språkligt samt lämna nödvändiga författningsförslag.

Vi har under utredningens gång strävat efter att arbeta utåtriktat och inkluderande. Detta innebär att vi under arbetet med utredningen har haft många kontakter med myndigheter, forskare och intresseföreningar. Det har varit viktigt för oss att ha en dialog med de verksamheter som i dag genomför aborter. Vi tog därför kontakt med de verksamheter vi kunde identifiera och har haft ett 40-tal dialogmöten med företrädare på olika nivåer i verksamheterna. Våra analyser, förslag och bedömningar har dessutom löpande stämts av med den expertgrupp som utsetts av regeringen.

Några av de viktigaste förändringarna vi föreslår

I centrum för förändringarna står några kärnförslag som lägger grunden för en modern abortvård som är av god kvalitet, har hög tillgänglighet och är säker för den abortsökande.

- Rätt till att abort tydliggörs i lagen: Rätten för en abortsökande att göra abort till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar skrivs uttryckligen in i lagen. Samtidigt tydliggörs hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla aborter skyndsamt.
- Hemaborter som en självklar del av vården: Möjlighet att genomföra hela den medicinska aborten utanför en vårdinrättning, vilket kräver tydlig information och säker uppföljning.
- Stärkt roll för barnmorskor: I lagen ska inte anges vilka yrkeskategorier som får genomföra aborter, utan det ska vara kunskap och kompetens som avgör. Barnmorskor kan därför få ett större formellt ansvar i abortvården.
- Ökade möjligheter till telemedicin och digital vård: Det kommer vara möjligt med digitala lösningar för konsultation, uppföljning och stödsamtal, vilket ökar tillgängligheten i hela landet.
- Modernisering av abortlagen: En språklig och juridisk uppdatering som tydliggör individens rättigheter och vårdens skyldigheter.

Dessa förslag är utformade för att förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet samtidigt som de stärker individens rätt att fatta beslut om sin reproduktiva hälsa. Vidare föreslås att vårdens ansvar att tillhandahålla abort skyndsamt tydliggörs. Fokus ska vara patientsäkerhet och kvalitet i stället för detaljstyrning, vilket bidrar till att vården kan anpassas till individuella behov och moderna vårdmodeller.

Våra förslag och bedömningar

En förändrad abortlag

Vi föreslår att ett antal förändringar i abortlagen ska genomföras. Den förändrade abortlagen ska innehålla tydligare bestämmelser om rätten för den som är gravid att göra abort samt om hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillhandahålla abort skyndsamt. Den förändrade abortlagen ska innehålla ett modernare språkbruk och vara anpassad till både nuvarande abortvård och framtida förändringar.

Abortlagen ska innehålla så lite detaljstyrning som möjligt men ändå säkerställa en hög grad av patientsäkerhet. Lagen innehåller i sig inte nya krav på hälso- och sjukvården eller utökade rättigheter för den enskilde, utan det är endast förtydliganden av hur nuvarande abortlag tillämpas.

I lagstiftningen ska begreppet *den som är gravid* användas

När abortlagen skrevs var det endast kvinnor som hade möjlighet att bli gravida och de enda som hade möjlighet att kräva att en abort skulle utföras. I dag ser situationen annorlunda ut då även personer som har juridiskt kön man, kan bli gravida och behöver därför ha möjligheten att få göra abort.

Vi föreslår att det i lagtexten ska uttryckas som att *den som är gravid* har rätt att göra abort. Detta då rätten till abort ska gälla alla i Sverige som är gravida, oavsett könstillhörighet. Vi har provat olika vägar för att möta den medicinska och juridiska verkligheten kopplat till könstillhörighet. För att den förändrade abortlagen ska vara korrekt, ändamålsenlig och språkligt moderniserad krävs att

alla som är gravida och som önskar göra abort ska omfattas av lagen. Därför har vi landat i förslaget att byta *kvinn*a mot *den som är gravid* i abortlagen.

Bedömning av frågor som är utanför vårt direktiv

I några enstaka fall har vi valt att göra en bedömning där vi pekar på behovet av en översyn trots att frågorna inte ryms inom vårt direktiv. Det rör sig dels om straffbestämmelserna i abortlagen, som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal (i nuvarande lagstiftning läkare) kan straffas för överträdelse mot bestämmelserna i lagen, dels kring Socialstyrelsens rättsliga råds (Rättsliga rådet) roll. När det gäller Rättsliga rådet har vi, utifrån synpunkter som delgivits oss när vi samlat in kunskap och information under arbetet med utredningen, gjort bedömningen att det finns behov av en översyn av Rättsliga rådet.

Rätt till abort tydliggörs i lagen

Rätt till abort skrivs ut i abortlagen. Där ska det framgå att den gravida alltid har rätt att göra abort till och med utgången av 18:e graviditetsveckan (graviditetsvecka 18 + 0 dagar), eller senare om tillstånd har getts av Socialstyrelsens rättsliga råd. Det kommer inte längre finnas någon möjlighet för hälso- och sjukvården att neka den gravida abort före graviditetsvecka 18 + 0 dagar. Abort fram till denna tidpunkt har endast kunnat nekas på grund av sjukdom hos kvinnan som kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa om en abort utförs. En reglering vi förslår ska utgå. Skälet till det är att det inte finns situationer där en abort innebär en större risk än en fortsatt graviditet och det därför inte finns skäl att neka abort av dessa skäl.

Även om rätt till abort tydliggörs i lagstiftningen kommer samma regelverk gälla som för övrig hälso- och sjukvård vad gäller rätt till överklagande, det vill säga att rättigheten inte är utkrävbar i domstol.

Den abortsökande har i enlighet med bestämmelserna i patientlagen (2014:821) som regel rätt att välja behandlingsalternativ för den medicinska aborten. För självbestämmande (autonomi) krävs att den abortsökande har fått och förstått information om vilka

behandlingsalternativ som finns att välja på samt riskerna och fördelarna med respektive behandling. Den abortsökande ska även fortsättningsvis erbjudas abort utifrån egna val av metod. Även om det inte bedöms vara medicinskt olämpligt med hemabort ska hälso- och sjukvården fortsätta erbjuda medicinsk abort på vårdinrättningen.

Rätt till abort innefattar även en rätt till ett professionellt och icke-dömande bemötande. När det kommer till sexuell och reproduktiv hälsa samt rättigheter kan ett gott och icke-dömande bemötande vara av särskild vikt. Om personal vårdvägrar vid exempelvis abort, insättning av kopparspiral eller utdelning av dagen efter-piller, riskeras att den som söker vård kan känna sig ifrågasatt i sitt beslut. Det finns ingen samvetsklausul i svensk hälso- och sjukvård. Det är således inte en rättighet att arbeta på en arbetsplats eller i ett yrke där arbetstagaren vägrar vissa moment. Utifrån den abortsökandes perspektiv är det viktigt att inte behöva känna sig ifrågasatt i sitt beslut genom att möta personal som arbetsvägrar.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för abortvård

Vi föreslår att hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla aborter skyndsamt tydliggörs i lagen. Det är regionerna som ytterst ansvarar för att aborter tillhandahålls skyndsamt till den som önskar göra en abort. Genom bestämmelsen tydliggörs både ansvaret för att tillhandahålla abort och skyldigheten att den genomförs så snart det är möjligt efter att den abortsökande har fattat beslut om det, eller efter att tillstånd har getts i de situationer där tillstånd krävs. Vidare föreslår vi att aborter ska tillhandahållas av verksamheter som är särskilt anpassade för ändamålet. Med *särskilt anpassade för ändamålet* avses bland annat att det ska finnas de resurser och den kompetens som behövs för att kunna erbjuda en patientsäker vård. Vad som anses vara särskilt anpassat för ändamålet skiljer sig utifrån vilken metod som ska användas och när i graviditeten aborten genomförs. Att ha rätt förutsättningar innebär även att verksamheten ska ha resurser och kompetens för att kunna erbjuda den vård som krävs enligt abortlagen, abortförordningen samt övrigt regelverk på hälso- och sjukvårdens område.

Det godkännande som i dag enligt abortlagen krävs för andra verksamheter än allmänna sjukhus ska utgå ur lagen. Vi bedömer

att alla verksamheter som bedriver abortverksamhet är anmälningspliktiga till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med bestämmelserna i patientsäkerhetslagen. På så sätt får IVO kännedom om de verksamheter som tillhandahåller abort och kan bedriva tillsyn som den gör med andra verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvård. En riktad tillsyn av abortvården föreslås för att säkerställa att förändringarna implementeras korrekt och att patientsäkerheten upprätthålls. IVO ska under en femårsperiod ha ett särskilt fokus på abortvården genom ett riktat tillsynsuppdrag till myndigheten.

I förordningen till abortlagen ska det regleras att alla verksamheter som tillhandahåller aborter ska ha tillgång till läkare i den utsträckning som behövs i verksamheten. Det huvudsakliga skälet till förslaget är att det kan uppstå situationer där en bedömning av läkare behövs, även om det från början har bedömts vara en tidig, okomplicerad graviditet. I abortlagen och den nya abortförordningen ska det även regleras vilka övriga vårdinsatser som ska erbjudas i samband med abort. I lagen ska fortsatt regleras att stödsamtal ska erbjudas före och efter en abort. Vi föreslår att det är verksamhetschefens ansvar att se till att detta erbjuds alla abortsökande. I förordningen ska det regleras att verksamhetschefen i samband med abort ska kunna erbjuda saklig information, preventivmedelsrådgivning och uppföljning efter en abort.

Abort utanför en vårdinrättning blir tillåtet

Ett av de mest centrala förslagen är att medicinska aborter ska kunna genomföras helt i hemmet. Utifrån befintlig lagstiftning krävs att den första dosen läkemedel tas på en sjukvårdsinrättning, vilket skapar onödiga hinder för abortsökande som bor långt från en abortverksamhet eller som föredrar att hantera processen i hemmet. Hemaborter skulle möjliggöra att båda läkemedlen tas utanför en vårdinrättning. Hemaborter förutsätter att den abortsökande får saklig information.

Detta förslag bygger på forskning som visar att medicinska aborter i hemmet är säkra och har likvärdiga medicinska resultat som de som genomförs på en vårdinrättning. Det är ett steg mot att ge den abortsökande större kontroll och frihet i abortprocessen.

Förskrivning blir sannolikt lagligt men läkemedel vid abort rekommenderas även fortsatt delas ut på vårdinrättning

När kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning tas bort behöver Läkemedelsverket se över föreskriften där mifepriston undantas förskrivningsrätt. Grunden till undantaget i föreskriften är att en abort måste ske på en vårdinrättning enligt abortlagen och har inte grundat sig i att mifepriston skulle vara ett läkemedel med stora risker och som därför inte skulle lämpa sig för förskrivning. I dialog med Läkemedelsverket framgår att det är sannolikt att de kommer landa i att förskrivning blir tillåten.

Även om det blir möjligt att förskriva mifepriston bedömer vi att det som regel även fortsättningsvis bör hanteras så att läkemedel för abort delas ut på vårdinrättning. Skälen till det handlar bland annat om förpackningsstorlekar, kostnader för individen och off label-användningen av läkemedel för abort.

Vi lämnar ett uppdrag att Läkemedelsverket, under förutsättningen att de landar i att mifepriston får förskrivas, att på övergripande nivå följa förskrivningen av mifepriston och misopristol.

Ökade möjligheter till telemedicin och digital vård

Om bestämmelsen att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning tas bort innebär det en öppning för att abortprocessen kan handläggas via telemedicin. När vi skriver om telemedicin inom ramen för abortvården i den här utredningen så avser vi en abortprocess där det inte sker något fysiskt vårdbesök på vårdinrättning.

Att något blir teoretiskt möjligt genom en förändrad reglering betyder inte nödvändigtvis att det är lämpligt i praktiken. Till skillnad från många andra länder finns i Sverige tillgång till säkra aborter och en abortvård av god kvalitet. För att säkerställa att aborter kan handläggas via telemedicin utan risker för patientsäkerheten, behöver metoden utvecklas i svensk kontext. Därför föreslås att staten avsätter medel för utveckling av abortvården med särskilt fokus på metoder som ytterligare ökar tillgängligheten till abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer samt för implementering av förändringarna i abortlagen som vi föreslår ska genomföras.

Utökat ansvar för barnmorskor

Förslaget att ge barnmorskor rätt att självständigt genomföra medicinska aborter syftar till att effektivisera vården och utnyttja resurserna bättre. I dag hanterar barnmorskor redan stora delar av processen, men lagstiftningen begränsar deras möjligheter att ansvara för samtliga delar av abortprocessen. Genom att ändra detta och låta kompetens snarare än yrkestitel avgöra vem som får genomföra aborter, kan fler patienter få snabb och tillgänglig vård.

Förslaget inkluderar också krav på att barnmorskor får adekvat utbildning och stöd för att hantera det utökade ansvaret. I den nya förordningen ska det ställas krav på att läkare finns tillgängliga vid behov exempelvis vid komplikationer eller när den abortsökande har någon bakomliggande sjukdom.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska utreda förutsättningarna för en utökad förordningsrätt för barnmorskor

Vi föreslår att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska få i uppdrag att utreda om barnmorskor ska ha rätt att förordna läkemedel som används vid abort. Om myndigheterna bedömer att det är en lämplig metod för att bidra med kunskapsunderlag till uppdraget kan även ett pilotprojekt genomföras inom ramen för uppdraget.

Uppdraget bör bland annat klargöra om det är möjligt och i så fall lämpligt att ge barnmorskor utökad rätt att förordna läkemedel som används vid en abort, vilka läkemedel som förordningsrätten ska omfatta och vilka krav på utbildning som bör kopplas till förordningsrätten.

Förbättrade möjligheter för uppföljning av abortvården behövs

Vi bedömer att det är av stor vikt att förslagen i utredningen om hälsodataregister *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) genomförs. Utredningen föreslår bland annat att det ska införas en ny lag för behandlingen av personuppgifter i hälsodataregister. De övergripande uppgiftskategorier som utredningen föreslår ska få behandlas i hälsodataregister är uppgift om en patient och om en

vårdåtgärd som patienten har fått eller ska få. Vi tolkar det som att förslagen, om de genomförs, möjliggör att aborter kommer registreras och på så sätt kommer kunna följas upp, oavsett vilken vårdnivå och profession som ansvarar för att utföra aborten.

Modernisering av abortlagen

Svensk abortlag har varit oförändrad i stora delar sedan 1974. Förslaget innebär en genomgripande modernisering av språket och strukturen i lagen för att spegla samtida värderingar och rättigheter. Ord som *havandeskap* och *kvinna* föreslås ersättas med *graviditet* och *den som är gravid*. Lagen ska tydligt uttrycka att abort är en rättighet fram till graviditetsvecka 18 + 0 dagar.

Konsekvenser av förslagen

Vi bedömer att samtliga av våra förslag i huvudsak har positiva konsekvenser för abortsökande, för regionerna, för professionen samt för jämlikhet och jämställdhet.

Svåra komplikationer i samband med abort är ovanligt i Sverige. De risker som vi har identifierat med anledning av våra förslag bedömer vi som små och flera av riskerna förekommer redan i dag när en abort avslutas i hemmet. Antalet telefonkontakter kan komma att öka när båda läkemedlen som används för abort intas i hemmet eftersom möjlighet till samtal och stöd vid fysiska besök minskar. Färre fysiska besök kan innebära färre möjligheter att diskutera preventivmedel för att undvika fler oönskade graviditeter. Färre fysiska besök kan även minska möjligheten att upptäcka våld i nära relation. Det är därför av stor vikt att vården har tydliga rutiner och strategier för hur det ska upptäckas och hanteras.

Förslagen leder endast till tillfälligt ökade kostnader för staten för ett antal uppdrag till myndigheter som vi föreslår ska lämnas samt för medel till regionerna för utveckling och utvärdering inom abortvården med särskilt fokus på metoder som ökar tillgängligheten i abortvården.

Sammantaget anser vi att våra förslag kommer leda till förbättringar för de abortsökande. Den svenska abortlagen ska även fortsatt säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet i abortvården men

bättre överensstämma med den medicinska utvecklingen och abort-sökandes behov.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i abortlagen (1974:595)

1 §¹

Begär en kvinna att hennes havandeskap skall avbrytas, får abort utföras om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Den som är gravid har rätt att göra abort om det sker före utgången av artonde graviditetsveckan (graviditetsvecka 18+0 dagar).

2 §²

Om en kvinna begärt abort eller om fråga uppkommit om avbrytande av havandeskapet enligt 6 § skall hon erbjudas stödsamtal innan åtgärden utförs.

Stödsamtal ska erbjudas före och efter en abort eller avbrytande av graviditet.

3 §

Efter utgången av artonde havandeskapsveckan får abort utföras endast om socialstyrelsen lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl föreligger för aborten.

På begäran av den som är gravid ska Socialstyrelsen lämna tillstånd till abort efter utgången av artonde graviditetsveckan om det finns synnerliga skäl för aborten och under förutsättning att det inte

¹ Senaste lydelse 1995:660.

² Senaste lydelse 1995:660.

Tillstånd enligt första stycket får ej lämnas, om det finns anledning antaga att fostret är livsdugligt.

finns anledning att anta att fostret är livsdugligt.

Den som är gravid har efter tillstånd av Socialstyrelsen rätt att göra abort efter utgången av artonde graviditetsveckan.

4 §³

Vägras abort i fall som avses i 1 §, skall frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning.

5 §⁴

Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §.

Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt.

Abort och avbrytande av graviditet får endast tillhandahållas inom ramen för en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet.

En abort ska skyndsamt tillhandhållas av hälso- och sjukvården efter att den som är gravid har bestämt sig för att göra abort före utgången av artonde graviditetsveckan eller efter att Socialstyrelsen lämnat särskilt tillstånd enligt 3 §.

6 §⁵

Kan det antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får Socialstyrelsen lämna tillstånd

Socialstyrelsen får lämna tillstånd till avbrytande av graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravidas liv eller hälsa. Ett sådant till-

³ Senaste lydelse 1995:660.

⁴ Senaste lydelse 2012:936.

⁵ Senaste lydelse 2007:998.

till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit.

Om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan inte kan anstå utan fara för kvinnan får åtgärden utföras utan hinder av bestämmelserna i första stycket och 5 § andra stycket.

stånd får lämnas oavsett hur långt graviditeten har framskridit.

Om det inte går att avvakta Socialstyrelsens beslut utan att riskera den gravidas liv eller hälsa får avbrytande av graviditet utföras utan hinder av bestämmelserna i första stycket.

7 §⁶

Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort eller avbrytande av *havandeskap* enligt 6 § får inte överklagas.

Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort *enligt 3 §* eller avbrytande av *graviditet* enligt 6 § får inte överklagas.

8 §⁷

Efter en abort eller ett avbrytande av havandeskap enligt 6 § skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Den som ansvarar för verksamheten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden utförts skall tillse att ett sådant erbjudande lämnas.

9 §

Den som utan att vara behörig att utföra abort på annan, dömes för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

Är brott som avses i första stycket grovt, dömes till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida

Den som, utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonal, utför abort på annan än sig själv döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

Är brott som avses i första stycket grovt, döms till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida

⁶ Senaste lydelse 1995:660.

⁷ Senaste lydelse 1995:600.

brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemäsigst eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för *kvinnans* liv eller hälsa.

För försök till illegal abort dömes till ansvar enligt 23 kap. brotts balken.

brottet är grovt ska särskilt beaktas, om gärningen skett vanemäsigst eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för *den gravidas* liv eller hälsa.

För försök till illegal abort döms till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

10 §

Åsidosätter läkare uppsåtligen föreskrift i 4 § eller, om ej annat följer av 6 § andra stycket, i 3 eller 5 §, dömes till böter eller fängelse i högst sex månader.

Bryter hälso- och sjukvårdspersonal uppsåtligen mot 3 § och inte annat följer av 6 § andra stycket, döms till böter eller fängelse i högst sex månader.

1.2 Förslag till abortförordning

1 § Denna förordning ska tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av abortlagen (1974:595).

2 § Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamheten finns tillgång till läkare i den utsträckning som behövs.

3 § Verksamhetschefen ansvarar för att saklig information lämnas till den som avser att göra en abort eller avbryta en graviditet.

4 § Verksamhetschefen ansvarar för att det, i samband med en abort eller avbrytande av graviditet, erbjuds

1. Preventivmedelsrådgivning,
2. Uppföljning efter en abort och avbrytande av graviditet,
3. Stödsamtal enligt 2 § abortlagen (1974:595).

2 Uppdraget och dess genomförande

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir 2023:89) beslutades vid regeringssammanträdet den 15 juni 2023 (bilaga). Enligt direktiven ska utredningen bland annat:

- föreslå hur medicinsk abort kan genomföras i hemmet och vid behov lämna förslag på anpassning av eftervården vid medicinsk abort i hemmet,
- bedöma om det finns förutsättningar för att ge barnmorskor ett större ansvar för medicinsk abort, och om så är fallet, föreslå vilka åtgärder som behöver vidtas,
- föreslå hur de förslag som lämnas kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv,
- föreslå hur abortlagen kan moderniserad språkligt.

Under genomförandet av uppdraget ska utredaren i den utsträckning som behövs inhämta synpunkter från berörda myndigheter, huvudmän, professions- och patientorganisationer samt Sveriges Kommuner och Regioner. Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som bedrivs inom Regeringskansliet, utredningsväsendet och andra myndigheter. Uppdraget ska redovisas senast den 3 februari 2025.

2.2 Utredningens arbete

I utredningen har vi så långt möjligt arbetat utåtriktat och inkluderande. Under utredningsarbetet har utredningens sekretariat därför träffat ett stort antal myndigheter, organisationer, forskare och verksamheter. Utredningen har varit mån om att lyssna av de som hört av sig till utredningen med synpunkter och tankar.

2.2.1 Expertgrupp

Utredningen fick under våren 2024 en av regeringen utsedd expertgrupp. Vi har genomfört fem möten under 2024. Under våren 2024 fick expertgruppen ta del av ett inriktningsdokument där vi presenterade utkast på förslag och bedömningar. Vi har också löpande stämt av texter av särskilt intresse med berörda myndigheter och organisationer.

2.2.2 Sammanställning och analyser av utredningar, rapporter, registerdata och statistik

Vi har inom ramen för uppdraget tagit del av och sammanställt tidigare utredningar, rapporter, tillgängliga registerdata och statistik samt vetenskaplig litteratur och forskning. Källorna redovisas i första hand i samband med att vi beskriver skälen till våra bedömningar och förslag. Uppgifter från Socialstyrelsen hälsodataregister har vi hämtat från publicerade rapporter och statistik. Vi har även tagit del av vissa rådata från Socialstyrelsen angående komplikationer relaterade till abort vid akutmottagningar.

Som stöd för beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna som redovisas i kapitel 12 har vi bland annat gjort analyser av data från SCB:s statistik om Räkenkapssammandrag för kommuner och regioner och statistik från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) Kostnad per patient (KPP).

2.2.3 Möten med relevanta myndigheter och andra organisationer

Under utredningens gång har vi haft möten med ett antal myndigheter som är centrala på området. Det gäller Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har bidragit med underlag och tillhandahållit expertkunskap kring abortvården samt kommit med synpunkter gällande de uppdrag utredningen föreslår ska läggas på respektive myndighet.

Vi har haft dialog med IVO gällande abortverksamheterna och anmälningsplikt, tillstånd och tillsyn. UKÄ om frågor kring barnmorskeutbildningen. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har vi träffat för att diskutera etiska aspekter av tidiga aborter i hemmet.

Utredningen bjöd även in samtliga lärosäten som anordnar barnmorskeutbildningen för att stämma av tankar kring behov av ett förändrat innehåll i utbildningen i och med en förändrad abortlagstiftning.

När det gäller användningen av begreppet *den gravida eller den abortsökande* i stället för kvinna har vi särskilt haft kontakt med Sveriges kvinnoorganisationer som framfört att de är emot en sådan förändring. Vi har också haft kontakt med Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL), socionom, genusvetare och docent i socialt arbete Tina Mattsson och genusvetare och docent i historia Sara Edenheim. De har gett inspel till resonemanget kring vilket begrepp som kan användas i lagstiftningen. Läs mer om utredningens slutsatser i den här frågan i avsnitt 6.1.2.

2.2.4 Möten med andra statliga utredningar

Under arbetet har utredningen haft kontakt med hälsodatautredningen (SOU 2024:33), vars förslag utredningen stödjer, läs mer om detta i kapitel 11.

Vi har även haft löpande dialog med 2023 års fri- och rättighetskommitté (Ju 2023:05) som bland annat har i uppdrag att titta på att grundlagsskydda aborträtten. Läs mer under avsnitt 7.1.1.

2.2.5 Möten med forskare på området

Under arbetet med utredningen har vi haft kontakt med flera forskare på området som bidragit med kunskap om abortvården i världen och Sverige och tagit fram litteratur och studier som bidragit till innehållet i utredningen. Bland annat har vi träffat Professor och överläkare i obstetrik och gynekologi Kristina Gemzell Danielsson, docent och överläkare i obstetrik och gynekologi Helena Kopp Kallner samt docent i folkhälsovetenskap, universitetslektor och barnmorska Marlene Makenzius.

2.2.6 Internationella kontakter

Inom ramen för utredningens har vi haft samtal med svenska medarbetare på WHO som bidragit med ett internationellt perspektiv på frågan och stöttat oss i läsningen av WHO:s riktlinjer på abortområdet.

Utredningen besökte även den norska abortutredningens kansli för en dialog om vilka frågeställningar och perspektiv som varit centrala under deras utredning.

2.2.7 Kartläggning av abortvården

Vi skickade ut en förfrågan om att träffa oss för att diskutera uppdraget till alla regionala och privata abortverksamheter som vi identifierat.

Det har funnits svårigheter att identifiera verksamheterna, särskilt de privata samt vem som är rätt person att kontakta. Oftast har det varit verksamhetschef eller liknande när vi hittat en sådan kontakt. Som regel har vi bjudit in till ett digitalt möte men vi har även genomfört fysiska besök i Stockholm och Malmö.

Våra intervjuer ska inte ses som ett vetenskapligt underlag men det kan ändå ge en bra bild av abortvården i Sverige i nuläget. Vi har utgått ifrån ett antal frågor, som anges nedan, men vilka frågor som ställts har varierat något mellan verksamheterna.

Sammanlagt har vi intervjuat 44 verksamheter varav fem privata. Den minsta mottagningen utförde ett 50-tal aborter om året och de största runt 3 000.

**Vid mötet med verksamheterna
har vi bland annat ställt följande frågor:**

- Antal anställda som arbetar med abort inom olika personalkategorier?
- Hur många aborter genomförs per år?
- Hur stor andel är medicinska aborter?
- Hur stor andel är hemaborter?
- Hur stor andel av patienter där det är möjligt med hemabort, väljer att stanna på kliniken?
- Vilken vård erbjuds i samband med abort?
- Hur ordineras och delas läkemedlen ut i dag?
- Vilken eftervård erbjuds?
- Väntetider till en medicinsk abort?
- Vem gör vad inom abortvården?
- Hur många tackar ja till erbjudande om psykosocialt stöd inför eller efter en abort?
- Om en region, finns privata verksamheter i närområdet och hur fungerar i så fall samarbetet med dessa?
- Hur arbetar ni med att särskilt hjälpa grupper som nämns i SRHR-strategin?
- Hur ser ni på Socialstyrelsens roll? Hade ni behövt något ytterligare när det gäller föreskrifter eller stöd från myndigheten?
- Vad har kliniken för rutiner för när en hemabort är lämpligt i dag?
- För privata verksamheter; ser ni några särskilda svårigheter för privata verksamheter?
- Hur ser kliniken på en förändring som innebär att det kommer vara möjligt att även ta första läkemedlet hemma? Risker/fördelar?
- Behöver eftervården anpassas i så fall?
- Behöver kriterier för när en hemabort är lämplig styras genom författning eller är riktlinjer från professionsföreningar bättre?

- Hur ser kliniken på telemedicin?
- Bör det regleras i författning eller av professionen när telemedicin ska vara tillåtet vid aborter?
- Hur ser kliniken på en förändring som innebär att även barnmorskor ska få utföra aborter? Risker/fördelar.
- Bör det regleras att det är specifikt barnmorskor och läkare som ska få utföra aborter i så fall?
- Behöver barnmorskor ytterligare utbildning i så fall och vem ska i så fall ansvara för en sådan utbildning?

Slutsatser från kartläggningen

I praktiken ansvarar barnmorskor redan för delar av abortverksamheterna

I normalfallet är det redan i dag så att barnmorskan ansvarar för abortprocessen givet att ett antal villkor uppfylls. Majoriteten av de verksamheter vi pratat med använder de villkor som Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) rekommenderar och som avser att barnmorskor kan ansvara för aborter till och med graviditetsvecka 10 + 0 dagar, givet att kvinnan är över 18 år och inga andra sjukdomar eller försvårande omständigheter föreligger. Många regionala och vissa större privata verksamheter hanterar utdelning av abortläkemedel enligt generella direktiv¹ vilket möjliggör att barnmorskor självständigt hanterar utdelningen av abortläkemedel.

Verksamheterna är positiva till att abortlagen möjliggör att även barnmorskor formellt ska kunna ansvara för att genomföra aborter men flera lyfter att det är viktigt att det finns tillgång till läkare i verksamheten.

Samtliga följer SFOG:s råd för när det är lämpligt med hemabort, det vill säga misoprostolbehandling utanför sjukvårdsinrättning, även om vissa gjort anpassningar genom att ta fram information på fler språk, lagt till förutsättningar gällande närhet till sjukhus etcetera.

¹ HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Det är korta väntetider för att få genomföra abort

De flesta verksamheter har inga eller korta väntetider till abort. Abortverksamheterna är prioriterade av regionerna och de som vi intervjuat upplever att de får de resurser som de behöver för att hålla ner väntetiderna. Några av de privata lyfter att de ibland får signaler om att väntetiderna under någon period ökat i regionen och att de då får fler förfrågningar.

Positiva till att kunna ta båda läkemedlen i hemmet

I princip alla verksamheter anser att det vore positivt att båda läkemedlen får tas utanför en vårdinrättning. Framför allt för att det ökar flexibiliteten för den som ska genomföra aborten och att den abortsökande inte behöver komma tillbaka på ännu ett besök om de vill vänta någon dag med att ta det första läkemedlet.

Verksamheterna är splittrade i sin inställning till telemedicin

Verksamheterna är splittrade angående om telemedicin vore positivt eller negativt. Det skiljer sig mycket mellan klinikerna hur mycket de funderat över den här frågan. Några har redan diskuterat för- och nackdelar med telemedicin och är nyfikna på vad framtida studier kan visa. Andra har inte berört tanken och betraktar det som uteslutet. Generellt är man mer positiv till detta i glesbygdsregioner där de ser fler uppenbara fördelar.

Stödsamtal och efterkontroll erbjuds

Samtliga verksamheter erbjuder stödsamtal och har rutiner för efterkontroll. Väldigt få av de som ska utföra abort utnyttjar möjligheten till stödsamtal. I huvudsak är det vid abort senare i graviditeten som det är aktuellt, särskilt i de fall när det krävs en kuratorsutredning till ansökan om abort till Socialstyrelsens rättsliga råd. Tidigare kallades kvinnor till ett besök för efterkontroll. Eftersom många kvinnor inte önskade göra ett fysiskt besök har majoriteten av alla verksamheter i dag gått över till att skicka med graviditetstest hem och ett erbjudande om att boka in en efterkontroll.

Socialstyrelsens rättsliga råds roll ifrågasätts

Många verksamheter önskade att utredningen även hade granskat Rättsliga rådets roll. Detta trots att vi inte ställde frågor om Rättsliga rådet, eftersom det inte ingick i utredningens direktiv. Framför allt har många av de läkare vi intervjuat lyft svårigheterna med Rättsliga rådets roll i relation till sin egen professions kompetens att göra bedömningar. De menar att Rättsliga rådet inte har den kompetens eller förståelse för individens situation som skulle krävas för att ta ett så avgörande beslut.

3 Gällande rätt

Abort regleras framför allt i abortlagen (1974:595) samt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Socialstyrelsen har även utfärdat föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15). Hälso- och sjukvårdsregleringen består av ett flertal lagar samt ett större antal förordningar, föreskrifter och allmänna råd. I detta kapitel fokuseras på de delar av hälso- och sjukvårdslagstiftningen som har bäring på aborter och verksamheter som utför aborter. Det ska således inte ses som en uttömmande beskrivning av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

3.1 Generell lag, speciallag och ramlag

Speciallag (lex specialis) är en juridisk term som innebär en lag som reglerar ett visst område. I lagtolkning har en speciallag företräde framför en lag som reglerar mer allmänna frågor (lex generalis). Till exempel räknas HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som generella lagar inom hälso- och sjukvårdsregleringen. Abortlagen är en speciallag som särskilt reglerar aborter. Den generella lagstiftningen gäller även när aborter utförs men är underordnad speciallagen. Det innebär att om det finns bestämmelser i abortlagen som står i konflikt med bestämmelser i till exempel HSL, så ska bestämmelserna i abortlagen tillämpas.

HSL är en så kallad målinriktad ramlag. Lagen innehåller övergripande mål, reglerar ansvarsförhållanden och drar upp riktlinjer för hälso- och sjukvårdens verksamhet. Att lagen konstruerades som en ramlag motiverades framför allt med att en detaljerad lag skulle försvåra för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Vården ska dock ha en likvärdig kvalitet.¹

¹ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 17.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i första hand en skyldighetslagstiftning

De generella lagarna inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen (främst HSL, PSL och patientdatalagen (2008:355), PDL är framför allt uppbyggda kring skyldigheter för både huvudmän, vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal, och innebär inte några direkta rättigheter för enskilda personer.

Det har funnits diskussioner kring en rättighetslag på hälso- och sjukvårdens område till exempel i SOU 1997:154 *Patienten har rätt*. Utredningen föreslog dock att lagstiftningen även fortsättningsvis bör bygga på skyldigheter för huvudmän, vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen instämde i denna bedömning.² Regeringen framförde i propositionen flera skäl emot en rättighetslag inom hälso- och sjukvårdens område. Däremot framhöll regeringen att en skyldighetslagstiftning inte innebär att krav som enskilda har rätt att ställa på hälso- och sjukvården inte behöver respekteras. Utifrån det perspektivet är det ingen skillnad mellan en skyldighets- och en rättighetslagstiftning. Regioner har oavsett lagstiftningens karaktär ett ansvar att tillämpa lagstiftningen på avsett sätt.³

3.2 Hälso- och sjukvård

PSL innehåller bestämmelser om vårdgivarens ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. PSL innehåller också bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar, begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, bestämmelser om Inspektionen för vård- och omsorgs (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården samt om hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

HSL innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.

² Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*, s. 16.

³ Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*, s. 17.

Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL:

1. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador,
2. sjuktransporter, och
3. omhändertagande av avlidna.

Målet med hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § första stycket HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Av 3 kap. 1 § andra stycket framgår att vården ska ges med respekt för alla människor lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Prioriteringar i hälso- och sjukvården utgår från den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen. Plattformen bygger på tre grundläggande etiska principer:

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- behovs- och solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov
- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principerna är rangordnade i relation till varandra så att människovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna.⁴

⁴ Betänkande 1996/97:SoU *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

3.3 God vård

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet

bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårds-personalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Närmare specificerat vad som avses med god vård finns i 5 kap. 2 § HSL:

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 5 kap. 4 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3.3.1 Om begreppet vård som inte kan anstå

Inom gällande rätt för den offentliga vården används olika begrepp för att beskriva omfattningen av en viss vårdskyldighet. Dessa begrepp är fullständig vård, omedelbar vård och vård som inte kan anstå. Fullständig vård avser tillgång till all vård som tillhandahålls.⁵ I 8 kap. 4 § HSL används begreppet omedelbar hälso- och sjukvård, och bestämmelsen styr vilken skyldighet regionen har för att erbjuda vård till dem som vistas i regionen utan att vara bosatta där. Med omedelbar vård avses akuta vårdbehov som inte kan vänta till dess patienten kan få vård i sin hemregion.⁶

Uttrycket vård som inte kan anstå avser en utvidgning av begreppet omedelbar vård.⁷ Av förarbetena framkommer att det omfattar vård och behandling där även en måttlig fördröjning bedöms

⁵ Se bl.a. prop. 2012/13:109 *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd*.

⁶ Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 119 f.

⁷ Socialstyrelsen, hämtad 2025-01-03, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikellatalog/ovrigt/2024-2-8962-bilaga09.pdf>.

kunna medföra allvarliga följder för patienten.⁸ Uttrycket vård som inte kan anstå används även i prop. 2020/21:30 Totalförsvaret 2021–2025. Regeringen anger att den civila hälso- och sjukvården vid krig bör ha kapacitet att utföra sådan vård, vilket ska säkerställas för såväl civila som för militär personal.

3.4 Rätt till integritet, självbestämmande och delaktighet

Patientlagen (2014:821), PL, syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 § PL). Den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerar en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt hälsotillstånd anses vara patient.⁹ Merparten av bestämmelserna i PL gäller för all hälso- och sjukvård, men vissa bestämmelser är endast tillämpliga när regionen eller kommunen är huvudman.

Enligt 1 kap. 7 § PL ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.¹⁰

Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, vilket innefattar till exempel geografiska förhållanden, öppettider och väntetider.¹¹ Av 2 kap. 2 § PL framgår att patienten ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

I 3 kap. PL finns ett antal bestämmelser om information till patienten. Lagstiftaren har menat att en informerad patient också är en förutsättning för en effektiv vård.¹² Informationsplikten gäller också barn och deras vårdnadshavare. Enligt 3 kap. 3 § PL ska även barnets vårdnadshavare få information om vården. Av 3 kap. 5 § PL följer dock generellt att information inte får lämnas om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta. Särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till vårdnadshavare finns i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

⁸ Prop. 2007/08:105 *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*, s. 37 f.

⁹ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 110.

¹⁰ Jämför med 5 kap. 1 § HSL om vård som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

¹¹ Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 117.

¹² Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 47.

I 7 kap. 1 § PL anges följande:

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

3.5 Särskilda skyldigheter när det gäller barn i hälso- och sjukvården

När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Sedan den 1 januari 2020 gäller även Barnkonventionen som svensk lag. Med barn avses personer under 18 år. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall. Utöver de uttryckliga reglerna om barnets bästa har det tillkommit bestämmelser i PL om barns inflytande över sin egen vård och behandling. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska så långt det är möjligt ta reda på vad barnet anser om den aktuella vården eller behandlingen. Barnets inställning ska vägas in utifrån barnets ålder och mognad. Det blir hälso- och sjukvårdspersonalen som får avgöra om barnet är tillräckligt moget för att kunna ta ställning till den specifika vårdfrågan.¹³

3.6 Dokumentation

Patientdatalagen (2008:355), PDL, innehåller bestämmelser om patientjournal och vem som är skyldig att föra en sådan. En patientjournal ska enligt 3 kap. 1 § PDL föras vid vård av patienter. Den får inte vara gemensam för flera patienter, utan ska föras enskilt för varje patient. Enligt 3 kap. 2 § PDL är syftet med att föra patientjournal i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal verkar även som informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav för uppgiftsskyldighet enligt lag och för forskning.

¹³ Jämför med 5 kap. 1 § HSL om vård som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 3 kap. 3 § PDL är följande skyldiga att föra patientjournal:

1. den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnade att utöva ett visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, och
3. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför samma slags arbetsuppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården som en hälso- och sjukvårdskurator, och
4. den som utför insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

”En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.” (3 kap. 6 § PDL).

3.7 Patientsäkerhet

Syftet med patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, är enligt 1 kap. 1 § PSL ”att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet”. Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § PSL bland annat ”verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)”.

Med vårdgivare avses ”statlig myndighet, region och kommunen i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård” (1 kap. 3 § PSL).

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 § PSL bland annat

1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Med legitimerad yrkesutövare jämställs den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet.

Med patientsäkerhet avses i PSL skydd mot vårdskada (se 1 kap. 6 § PSL). Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren ”planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls”. Vidare ska vårdgivaren ”vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador” och ”utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada” (3 kap. 2 och 3 §§ PSL).

3.7.1 Vårdskada

Med vårdskada avses i 1 kap. 5 § PSL

lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller har avlidit.

3.7.2 Anmälan och register över verksamheterna

Enligt 2 kap. 1 § PSL ska den som ”avser att bedriva verksamhet som omfattas av Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn enligt PSL anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas”. Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta också anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. ”Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till inspektionen” (2 kap. 2 § PSL).

Enligt 2 kap. 4 § PSL ska Inspektionen för vård och omsorg (IVO) föra ett automatiserat register över de anmälda verksamheterna. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik.

3.7.3 Tillsyn över hälso- och sjukvårdsverksamheter

All hälso- och sjukvård och dess personal står under IVO:s tillsyn enligt 7 kap. 1 § PSL. Tillsyn innebär granskning av att den verksamhet och den personal som avses i PSL uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (se 7 kap. 3 § PSL).

IVO ska enligt 7 kap. 4 § även bland annat lämna råd och ge vägledning samt informera och ge råd till allmänheten. IVO ska även utreda klagomål från patienter och närstående (se 7 kap. 10 §).

3.8 Regionens ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården

Enligt 7 kap. 1 § HSL ska ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725).

Enligt 7 kap. 2 § HSL ska regionen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Enligt 7 kap. 2 a § HSL ska regionen organisera vården så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. För hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus enligt 7 kap. 4 § HSL.

Regionen ska enligt 8 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Enligt 8 kap. 2 § ska regionen även erbjuda god hälso- och sjukvård till bland annat den som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Det finns även sär-

skilda bestämmelser om hälso- och sjukvård ”i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd” (8 kap. 10 § HSL).

Enligt 10 kap. 1 § HSL ska regionen bland annat ”ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i [...] patientlagen”.

Enligt 9 kap. 1 § PL ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård [...] inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

3.8.1 Abort som en del av hälso- och sjukvårdens ansvar

Abort var fram till 1982 ett frivilligt åtagande för regionerna (då benämnda landsting). I prop. 1981/82:97 s. 40 framfördes att den verksamhet som bedrevs inom den allmänna hälso- och sjukvården med stöd av abort- och steriliseringslagarna då inte omfattades av landstingskommunernas ansvar enligt sjukvårdslagen, utan utgjorde ett frivilligt åtagande från huvudmännens sida. Att ombesörja abort och sterilisering borde enligt propositionen ingå i landstingskommunernas ansvar enligt den nya ramlagen. Det motiverades bland annat med att det är särskilt angeläget när det gäller abort att ingreppet kan utföras utan onödigt dröjsmål, vilket också framhölls i prop. 1974:70 med förslag till abortlag med mera.

I specialmotiveringen till den numera upphävda hälso- och sjukvårdsvårdslagens 1 §¹⁴ anges följande:

Till skillnad mot förebyggande åtgärder har sjukvård under lång tid varit en obligatorisk uppgift för landstingskommunerna. Vad som avses med sjukvård har fått en tämligen enhetlig betydelse i praxis. Anledning saknas därför att här mera utförligt behandla innebörden av begreppet. I 3 § första stycket sjukvårdslagen definieras den sjukvård som det åligger landstingskommunerna att ombesörja. Sjukvården anges där omfatta såväl öppen som sluten vård vid sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd. Den nya lagen avser inte att göra någon materiell ändring av innebörden i den del av hälso- och sjukvården som alltjämt kommer att kunna avgränsas som mer renodlad sjukvård. Åtgärder med anledning av kroppsfel och barnsbörd innefattas i begreppet hälso- och sjukvård trots att de

¹⁴ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 111.

inte uttryckligen nämns i den föreslagna lagen. Detsamma gäller åtgärder i samband med abort och sterilisering.

Detta innebär således att abort är hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen, och därför ett ansvar för regionerna. Därav följer att samma regler som gäller för annan hälso- och sjukvård också gäller för abortverksamhet, så länge det inte finns en specifik bestämmelse i abortlagen som reglerar något annat.

3.9 Abortlagen

Abortlagen (1974:595) trädde i kraft den 1 januari 1975 och behandlas i prop. 1974:70 och bet. 1974:SoU21. Samtidigt upphävdes lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap. Lagen har i stora drag varit oförändrad sedan dess, även om vissa förändringar skett genom åren. Abortlagen reglerar både abort och avbrytande av havandeskap. Under åren har några förändringar skett i abortlagen – bland annat har antalet veckor där fri abort är tillåten utökats – men i stora drag är den oförändrad sedan 1974. Förändringarna som skett i 1974 års abortlagstiftning beskrivs närmare i kapitel 4.

3.9.1 Abort utförs på kvinnans begäran

Enligt 1 § abortlagen får abort utföras om kvinnan begär det och det sker före utgången av 18:e havandeskapsveckan. Abort får inte utföras om den på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Den kommitté som förelåg den nuvarande abortlagen föreslog att det skulle införas en rättighet för kvinnan att få abort utförd.¹⁵ En sådan rätt skulle föreligga när det kan antas att hennes hälsa skulle råka i fara eller hennes krafter allvarligt nedsättas om havandeskapet fortsätter, när det kan antas att barnet kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte eller när det av annan anledning är oskäligt betungande för kvinnan att havandeskapet fortsätter.¹⁶

¹⁵ SOU 1971:58 *Rätten till abort*.

¹⁶ SOU 1971:58 *Rätten till abort*.

I förarbetena framfördes att en ny lagstiftning borde bygga på tilltro till kvinnans förmåga att själv träffa avgörandet.¹⁷ Vidare framhölls att

kvinnans principiella bestämmanderätt [inte får] tolkas så att [lagstiftaren] är beredd att förordna en lösning som innebär att kvinnan alltid ska ha en ovillkorlig rätt att få abort utförd när hon begär det. Tillbörlig hänsyn måste [...] tas både till det förhållandet att varje abortingrepp är förenat med vissa mer eller mindre allvarliga risker kvinnan och till att fostret under graviditeten successivt utvecklas till en livsduglig varelse vars rätt till liv måste respekteras.

Enligt förarbetena till lagen skulle som kontraindikation [...] inte kunna åberopas enbart de normala risker som är förenade med ett abortingrepp utan att förhållandena i det enskilda fallet är sådana, att åtgärden på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara hennes liv eller hälsa.¹⁸

I prop. 1994/95:142 s. 14 uttrycks rättigheten att få genomgå en abort på följande sätt:

Enligt abortlagen (1974:595) har kvinnan rätt att till och med den 18:e graviditetsveckan själv avgöra om hon vill fullfölja graviditeten eller avbryta den. Den rätten har kvinnan utan att behöva ange vilka hennes skäl är. Detta gäller naturligtvis oavsett om hon fått besked om fosterskada eller inte.

3.9.2 Ansvar för att en abort genomförs

Enligt 8 kap. 1 § HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen. I första hand är det därför den region där kvinnan är skriven som kan anses ha ansvar för att utföra ett abortingrepp för kvinnor som begär det. Abortkommittén föreslog att det skulle införas en särskild skyldighet för sjukvårdsstyrelsen, det vill säga det organ som leder hälso- och sjukvården i en region (då kallad landsting), att ombesörja att aborten utförs.¹⁹ I förarbetena framfördes att man inte såg ett sådant behov.²⁰ Lagstiftaren betonade dock vikten av att abortverksamheten skulle hanteras på ett sådant sätt att den kvinna som uppfyllde förutsätt-

¹⁷ Prop. 1974:70 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m.m.*, s. 62.

¹⁸ Prop. 1974:70 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m.m.*, s. 63.

¹⁹ SOU 1971:58. *Rätten till abort.*

²⁰ Prop. 1974:70 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m.m.*, s. 76.

ningarna för abort enligt den nya lagstiftningen alltid skulle kunna räkna med att få ingreppet utfört utan onödigt dröjsmål.

3.9.3 Genomförandet av abort

Enligt 5 § abortlagen får endast den som är behörig att utöva läkar-yrket utföra abort eller avbryta havandeskap.

Abort eller avbrytande av havandeskap ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård- och omsorg har godkänt (se 5 § abortlagen).

3.9.4 Stödsamtal

Enligt 2 § abortlagen ska en kvinna erbjudas stödsamtal före en abort, och enligt 8 § abortlagen gäller motsvarande efter en abort. Den som ansvarar för verksamheten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden är utförd är ansvarig för att ett sådant erbjudande lämnas. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnan erbjuds stödsamtal före och efter en abort.

Rätten till stödsamtal före vecka 12 infördes genom lag (1995:660) om ändring i abortlagen (1974:595). 1995 års ändring innebär att stödsamtal ska erbjudas oavsett när under graviditeten aborten är aktuell. Stödsamtalet ersätter den särskilda utredningen I förarbetena till lagändringarna framfördes att det visserligen redan fanns en bestämmelse i Socialstyrelsens föreskrifter om att kvinnor bör erbjudas kuratorssamtal även vid ansökan om en abort före utgången av tolfte graviditetsveckan, men man menade att samtalen fyller en så viktig funktion att det bör vara obligatoriskt att det erbjuds och att detta ska regleras i lag.²¹

3.9.5 Rätten till abort

En läkare som arbetar i en abortverksamhet kan inte neka en kvinna abort om förutsättningarna i 1 § abortlagen är uppfyllda. Dessa är att kvinnan begär abort före utgången av artonde havandeskapsveckan

²¹ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*, s. 38.

och att aborten inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Detta innebär således att enda skälet till att neka om kvinnan begär en abort före utgången av artonde graviditetsveckan är att aborten kan innebära en allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. Om en läkare vägrar utföra en abort ska frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning (4 § abortlagen). Socialstyrelsens beslut kan inte överklagas (7 § abortlagen).

3.9.6 För aborter efter utgången av artonde graviditetsveckan krävs särskilda skäl

Efter utgången av artonde havandeskapsveckan får abort endast utföras om Socialstyrelsen lämnar tillstånd till åtgärden. Sådant tillstånd för lämnas endast om synnerliga skäl föreligger. Tillstånd får inte lämnas om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Aborter efter utgången av artonde graviditetsveckan regleras i 3 § abortlagen.

3.9.7 Avbrytande av havandeskap

Med avbrytande av havandeskap avses enligt lagen situationen då det kan antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. I dessa situationer får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit (6 § abortlagen). Avbrytande av havandeskap får således ske oavsett hur många veckor graviditeten har pågått och oavsett om fostret kan antas vara livsdugligt.

I paragrafen ersätts uttrycket abort med det övergripande uttrycket avbrytande av havandeskapet. Härigenom markeras att fostret om möjligt ska räddas till livet, eftersom ett ingrepp enligt denna paragraf skulle avse ett foster som är livsdugligt.²² I propositionen framhålls att det är därför är skillnad på abort som görs på grund av att graviditeten inte är önskvärd och graviditet som måste avbrytas på grund av att den hotar kvinnans liv eller hälsa. För att

²² Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*, s. 40.

tydliggöra den annorlunda karaktären bör det därför benämnas avbrytande av havandeskap.²³

3.9.8 Minderåriga som vill få en abort utförd

Barns rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården är inte helt tydlig. Enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken (1949:381) har vårdnadshavaren rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, men i takt med stigande ålder och mognad ska barnet få sina synpunkter och önskemål beaktade. Motsvarande framkommer av till exempel 4 kap. 3 § patientlagen.

Enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort ansvarar vårdgivaren för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida information ska lämnas till vårdnadshavare när den som begär abort är under 18 år. En bedömning behöver således ske i varje enskilt fall.

Enligt 3 kap. 4 § SOSFS 2009:15 ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida en anmälan ska göras till socialnämnden eller motsvarande när den som begär abort är under 18 år. Enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) ska en anmälan göras till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa.

3.9.9 Straffrättslig reglering

Enligt 9 § första stycket abortlagen döms den som utför abort på annan utan att vara behörig läkare till böter eller fängelse i högst ett år för illegal abort. Är brottet grovt döms personen till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt ska särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa. För försök till illegal abort döms till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

En behörig läkare som inte följer bestämmelserna i abortlagen döms till böter eller fängelse i högst sex månader (se 10 § abortlagen).

²³ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*, s. 37.

Utbyte av brott enligt abortlagen (det vill säga eventuell ersättning som en person erhållit genom brott mot lagen) ska förklaras förverkat om det inte är uppenbart oskäligt (se 11 § abortlagen).

För all hälso- och sjukvårdspersonal gäller även bestämmelserna i patientsäkerhetslagen, vilket bland annat innebär att de står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om IVO anser att det finns skäl för beslut om prøvotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt enligt 8 kap., ska [IVO] anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (7 kap. 30 § PSL).

3.9.10 Abort för utländska kvinnor

Före 2006 fick abort eller avbrytande av havandeskap endast utföras om kvinnan var svensk medborgare eller bosatt i riket, eller om Socialstyrelsen i annat fall av särskilda skäl lämnade kvinnan tillstånd till åtgärden. Detta ändrades i och med en lagändring som trädde i kraft 14 juni 2007.²⁴ Främsta skälet till lagändringen var att förbudet kunde anses strida mot den fria rörligheten inom EU.

Den fria rörligheten för tjänster regleras i EG-fördraget, avdelning III kapitel 3, artikel 49 och 50, och innebär i första hand att var och en ska kunna erbjuda sina tjänster i ett annat land inom EU, men innebär också att var och en inom EU ska kunna ta del av de tjänster som erbjuds i andra EU-länder. Hälso- och sjukvård undantas inte, vilket i princip innebär att personer från ett annat land ska kunna ta del av hälso- och sjukvårdstjänster på samma villkor. I nuvarande abortlag gäller rätten att få en abort utförd för alla kvinnor som befinner sig i Sverige.

Regionerna är skyldiga att erbjuda abort till asylsökande och papperslösa eller på annat sätt saknas tillstånd att vistas här

Asylsökande barn och papperslösa barn under 18 år har rätt till samma sjukvård och tandvård som personer som är permanent bosatta i landet. Asylsökande barn eller papperslösa barn har rätt till preventivmedelssubventioner.

²⁴ Prop. 2006/07:124 *Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter*.

Vuxna asylsökande och vuxna papperslösa har rätt till hälso- och sjukvård som inte kan anstå. Bestämmelserna om regionernas ansvar för att erbjuda vård till asylsökande och papperslösa finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera samt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Av förarbetena framgår att vuxna personer som vistas i landet utan tillstånd ska erbjudas vård som inte kan anstå inklusive bland annat vård vid abort.²⁵ Vuxna asylsökande har även rätt till preventivmedelsrådgivning men inte preventivmedelssubventioner, om inte preventivmedlet skrivs ut av legitimerad läkare i samband med vård som inte kan anstå.

3.10 Socialstyrelsens föreskrifter om abort

I 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort erinras om vårdgivarens ansvar för att det ledningssystem som ska finnas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i föreskrifterna om abort.

Av föreskrifterna framgår att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner kring information, preventivmedelsrådgivning, stöd-samtal och för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida en anmälan ska göras till socialnämnden eller motsvarande när kvinnan som begär abort är under 18 år (se 3 kap. 1–3 §§).

I 4 kap. 1 § anförs följande:

Vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att en abort utförs snarast möjligt

1. efter det att en kvinna har bestämt sig för att genomgå aborten, och
2. efter det att tillstånd till abort enligt 3 § abortlagen (1974:595) har lämnats.

Enligt 4 kap. 2 § ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnans behov av hjälp och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen med anledning av en abort blir tillgodosett, oavsett tid på dygnet.

²⁵ Prop. 2006/07:124 *Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter*, s. 38.

I 4 kap. 3 § finns kompletterande bestämmelser för medicinsk abort:

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer

1. att kvinnan vid en medicinsk abort genomgår den inledande läkemedelsbehandlingen på en sjukvårdsinrättning, och
2. att en bedömning görs huruvida det är lämpligt att kvinnan, om hon så önskar, fullföljer den medicinska aborten i hemmet.

Vårdgivaren ska vidare ansvara för att det finns rutiner för efterkontroll (se 4 kap. 4 §). I 5 kap. finns särskilda bestämmelser om sen abort eller avbrytande av havandeskap.

3.11 Yrkesreglering för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer (yrkeskvalifikationsdirektivet) innebär en skyldighet för medlemsstaterna att bedöma proportionaliteten i de krav som begränsar tillträdet till eller utövandet av reglerade yrken. Europaparlamentets och rådets direktiv 2018/958/EU om proportionalitetsprövning före antagandet av ny reglering av yrken (proportionalitetsdirektivet) har genomförts i Sverige genom förordningen (2020:757) om proportionalitetsprövning vid nya eller ändrade krav på yrkeskvalifikationer. Enligt förordningen ska den myndighet som utarbetar ett förslag till föreskrifter som innehåller nya eller ändrade krav för ett reglerat yrke genomföra ett inremerkadstest, vilket innebär en proportionalitetsbedömning.

Inom hälso- och sjukvårdsområdet består yrkesregleringen vanligtvis av legitimation. I prop. 1997/98:109 s. 78 f anges vilka förutsättningar som bör vara uppfyllda för att en yrkesgrupp ska komma i fråga för legitimation. Kriterierna utgår bland annat från yrkesgruppens betydelse och ansvar för patientsäkerhet, yrkesrollens innehåll och utbildningsnivå, varav patientsäkerheten ska vara överordnad övriga kriterier. Vid en bedömning av yrkesrollens innehåll bör en viss bredd krävas, och likaså ett visst mått av självständighet. Yrkesrollen bör vidare innefatta ett direkt patientansvar med ansvar för diagnostiska och terapeutiska förfaranden. Det finns 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

En förteckning över legitimationsyrkena finns i 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Av dessa yrkesgrupper är det fem som dessutom har ensamrätt till yrket. Det betyder att endast den som har legitimation för yrket apotekare, barnmorska, läkare, receptarie eller tandläkare, eller som särskilt förordnats att utöva det, är behörig att utöva yrket (4 kap. 4 § PSL).

Utöver den reglering som finns om legitimation har några yrken specialistkompetens som regleras i författning. 4 kap. 8–9 §§ PSL har reglering kring specialistkompetens. Det gäller läkare, sjukhusfysiker och tandläkare, där personen efter viss vidareutbildning och efter ansökan ska få bevis om specialistkompetens. Vidare får en sjuksköterska, om inte annat särskilt föreskrivs, använda en titel som motsvaras av en specialistsjuksköterskeexamen endast om han eller hon har avlagt en sådan examen. Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om läkares och tandläkares specialiseringstjänstgöring. Specialistsjuksköterskeexamen är en examen på avancerad nivå som har en omfattning på 60 till 75 högskolepoäng beroende på inriktning, enligt bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100).

3.12 Högskoleförordningen

I högskoleförordningen finns det i anslutning till högskolelagen (1992:1434) bestämmelser om universitet och högskolor som staten är huvudman för (1 kap. 1 § högskoleförordningen). Av bilaga 2 till högskoleförordningen framgår vilka examina som får avläggas på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå samt vilka krav som ska uppfyllas för respektive examen (examensbeskrivning).

Barnmorskeexamen uppnås när studenten fullgjort kursfordringar om 90 högskolepoäng, efter att först ha fått legitimation som sjuksköterska, utfärdad av Socialstyrelsen. Målet med utbildningen är att studenten ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som barnmorska.

För barnmorskeexamen ska studenten bland annat

- visa såväl bred som fördjupad kunskap inom området reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa,
- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sam-

bandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,

- visa fördjupad förmåga att självständigt och i samverkan med patienten planera och genomföra undersökningar och behandlingar utifrån patientens behov och förutsättningar.

Respektive högskola har även rätt att precisera krav, inom ramen för examensbeskrivningen, som ska uppfyllas för barnmorskeexamen.

3.13 Förskrivningsrätt

Det är endast legitimerade läkare som har en generell rätt att förskriva läkemedel. Rätten att förskriva läkemedel regleras framför allt av Läkemedelsverkets föreskrifter. Enligt 1 kap. 1 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit ska dessa föreskrifter

tillämpas vid förordnande och utlämnande från förskrivare och vid utlämnande från öppenvårdsapotek av:

1. läkemedel som omfattas av 2 kap. § lagen (2009:366) om handel med läkemedel,
2. andra läkemedel när de förordnas samt
3. teknisk sprit när den förordnas.

Tandläkare, tandhygienister, barnmorskor och vissa sjuksköterskor får förskriva ett begränsat antal läkemedel. Enligt 2 kap. 9 § är en barnmorska som uppfyller Socialstyrelsens fastställda krav på utbildning och övriga villkor [...] behörig att förordna vissa läkemedel för behandling av människa. Behörigheten är begränsad till de läkemedel som framgår av bilaga 3 till [föreskrifterna]. Barnmorskors förskrivningsrätt är enligt vad som framgår av bilagan begränsad till så kallade antikonceptuella läkemedel²⁶ och medel för behandling av verifierad klamydiainfektion. Enligt Läkemedelsverkets vägledning till föreskrifterna är barnmorskors rätt att förskriva läkemedel begränsad till de indikationer som anges vid respektive läkemedel i

²⁶ I vanligt tal kallade preventivmedel.

bilaga 3. Till exempel får antikonceptuella läkemedel endast förskrivas i födelsekontrollerande syfte, inte på andra indikationer.²⁷

Enligt föreskrifterna SOSFS 1996:21 kan en barnmorska få behörighet att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte under förutsättning att

1. barnmorskan har barnmorskeexamen efter den 1 januari 1974 eller genomgått fastställd fortbildning i preventivmedelsrådgivning samt att
2. barnmorskan har genomgått adekvat inskolning under minst 30 timmar i preventivmedelsrådgivning inom offentlig eller enskild verksamhet på *mödravårdscentral*, *ungdomsmottagning*, *gynekologisk mottagningsavdelning*, *mottagning för preventivmedelsrådgivning* eller annan särskild mottagning såsom *RFSU-klinik*.

3.14 Hälsodata

Med hälsodata avses en dokumenterad personuppgift som rör en persons fysiska eller psykiska hälsotillstånd i bred bemärkelse och som utgör känsliga personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

3.14.1 Hälsodatalagen

Enligt 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister får en central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregier. Enligt 3 § får personuppgifter i hälsodataregister behandlas för följande ändamål:

1. framställning av statistik,
2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, och
3. forskning och epidemiologiska undersökningar.

²⁷ Förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit, Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (dnr 3.2.1-2021-081333).

I 12 § anges att regeringen bland annat får meddela föreskrifter om vilka myndigheter som får föra hälsodataregister enligt 1 §.

Förordningen (2010:707) om patientregister

Enligt 1 § förordning (2021:707) om patientregister hos Socialstyrelsen får Socialstyrelsen för hälsodataregister i form av ett patientregister. Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård, samt forskning och epidemiologiska undersökningar (se 3 §). Enbart de insatser om abort som genomförts av läkare ska därför rapporteras in till patientregistret.

3.15 Mänskliga fri- och rättigheter

3.15.1 Regeringsformen

Regeringsformen, RF, fastslår vissa rättigheter för medborgarna gentemot staten. Enligt 1 kap. 2 § ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska, enligt 1 kap. 2 § andra stycket, vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska den allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Enligt 1 kap. 2 § fjärde stycket ska det allmänna värna den enskildes privatliv och familjeliv.

Skyddet för rättigheterna enligt 2 kap. får enligt 2 kap. 20 § begränsas genom lag. Begränsningar får endast ske om det görs för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar (2 kap. 21 §). Lag eller föreskrift får inte heller meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättig-

heterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som gäller som svensk lag (se 2 kap. 19 §).

3.15.2 Europakonventionen

Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonvention) gäller sedan den 1 januari 1995 som svensk lag. Konventionen syftar till att stärka de enskilda medborgarnas rättigheter. Enskilda medborgare skyddas av både Europakonventionen och svensk grundlag, och kan åberopa den rättighet som ger det starkaste skyddet.

I artikel 8 stadgas att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Inskränkningar i rätten till privat- och familjeliv får endast göras genom lag och bara om det är nödvändigt bland annat med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

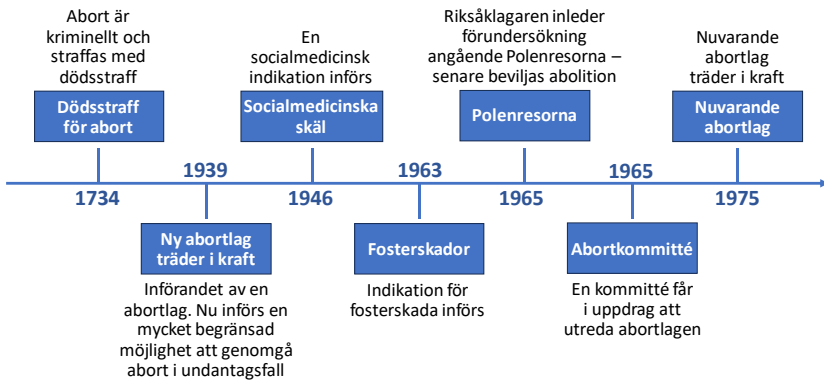
Om en persons fri- och rättigheter enligt konventionen har kränkts eller åsidosatts ska denne ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet (artikel 13). Enligt artikel 19 finns även en permanent inrättad europeisk domstol för att säkerställa att staterna följer konventionen. Denna domstol kallas Europadomstolen. Domstolen har rätt att pröva mellanstatliga konflikter (artikel 33), enskilda klagomål (artikel 34) och under vissa omständigheter avge yttranden i rättsfrågor som berör tolkningen av konventionen och dess principer (artikel 47).

4 Historisk tillbakablick på abort i Sverige

I detta kapitel gör vi en kortfattad historisk tillbakablick på inducerad abort i Sverige, både legal och illegal abort. Som regel används samma begrepp som i respektive lagstiftning och propositioner, vilket medför att begrepp kan uppfattas som ålderdomliga och i vissa fall till och med kränkande. Vi har ändå valt att använda begreppen för att spegla den tidens syn på kvinnlig reproduktiv hälsa och rätten till abort.

Före införandet av *lagen om avbrytande av havandeskap* 1939 var det inte möjligt att genomgå en legal abort i Sverige. Kvinnor som av olika skäl behövde eller önskade genomföra abort fick vända sig till personer utan yrkeskompetens eller läkare som utförde illegala aborter. Det hindrade inte kvinnor från att genomgå aborter. Enligt en uppskattning i SOU 1935:15 *Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap* utfördes mer än 20 000 illegala aborter per år i början av 1930-talet, och uppskattningsvis 75 kvinnor dog årligen till följd av illegala aborter som ofta utfördes med osäkra metoder.¹ I detta kapitel går vi kortfattat igenom utvecklingen från att abort var kriminaliserat till nuvarande abortlagstiftning.

¹ SOU 1935:15 *Betänkande med förslag om avbrytande av havandeskap*.

Figur 4.1 Abort i Sverige fram till 1975

4.1 Abort ansågs vara en kriminell handling som bestraffades hårt

Som beskrivits var abort kriminellt fram till 1939, då 1938 års abortlag trädde kraft. Den innebar att abort kunde utföras legalt i vissa undantagssituationer. Abort var under mycket lång tid straffbelagt i Sverige, och redan i de gamla svenska landskapslagarna från 1200-talet nämndes abort som en kriminell handling.²

I 1734 års lag utdömdes dödsstraff vid abort (då kallad fosterutdrivning) då det likställdes med barnamord. Detta gällde oavsett i vilken vecka det gjordes och även försök som misslyckades straffades. Mellan åren 1759 och 1778 halshöggs 2 017 kvinnor för barnamord i Sverige, och det är rimligt att anta att ett stort antal av dessa så kallade barnamord var aborter.³

Att straffas med döden för fosterutdrivning kvarstod ända till 1864 år strafflag, då straffskalan ändrades till mellan två och sex års straffarbete. I slutet av 1800-talet mildrades straffet ytterligare till som lägst ett års straffarbete, och samtidigt höjde man straffet för dem som utförde aborterna. 1921 infördes en betydligt mildare reglering för kvinnor som genomgick en abort. Straffskalan bestämdes då till böter eller fängelse i högst sex månader.

² Davidson B, Forsling C, 1982, Abort förr och nu: en bok om aborträtten och synen på kvinnan.

³ Davidson B, Forsling C, 1982, Abort förr och nu: en bok om aborträtten och synen på kvinnan.

Under åren 1929 till 1933 straffades cirka 20 kvinnor per år för abort, och det vanligaste utdömda straffet var då villkorlig dom.⁴ Under denna tid ökade antalet aborter kraftigt, och även om straffen kraftigt hade mildrats var det fortfarande kriminellt att genomgå en abort. Detta innebar att kvinnor många gånger nödgades till aborter som utfördes utan medicinsk kompetens, vilket inte sällan ledde till komplikationer för kvinnorna. Detta ledde till att lagen om avbrytande av havandeskap stiftades, vars primära syfte var att minska antalet illegala aborter, som riskerade kvinnors liv och hälsa.

4.2 1938 års lag om avbrytande av havandeskap

Den 1 januari 1939 trädde lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap i kraft. Lagen innebar ett undantag från strafflagarna men betydde inte att abort blev lagligt som handling. Under förutsättning att lagens villkor var uppfyllda fick abort utföras. Intentionen var att lagen skulle tillämpas restriktivt, vilket också skedde, och antalet gravida kvinnor som beviljades abort enligt lagen var ytterst få.

Abortlagen fastslog att legal abort skulle kunna beviljas utifrån tre olika undantag:

- Medicinsk indikation tillämpades ifall barnets ankomst skulle leda till allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan.
- Humanitär indikation förelåg när kvinnan blivit gravid under straffbelagda förhållanden, såsom vid våldtäkt, incest eller utnyttjande av barn under 15 år.
- Den eugeniska indikationen tillämpades ifall det förelåg en risk för att moderns eller faders arvsanlag kunde medföra sinnessjukdom, sinnesslöhet eller svår kroppslig sjukdom hos barnet. Vid tillämpning av detta kriterium följde även sterilisering av kvinnan i ett så kallat "rashygieniskt" syfte för att förhindra undermåliga individer, vilket ansågs vara ett påkallat samhällsintresse.⁵

⁴ SOU 2005:90 *Abort i Sverige*.

⁵ SOU 1935:15 *Betänkande med förslag om avbrytande av havandeskap*.

Utgångspunkten var att abort endast kunde genomföras på kvinnans begäran. Undantag ansågs vara då samtycke inte kunde inhämtas från kvinnan på grund av så kallad rubbad själsverksamhet. Två läkare bedömde om lagens förutsättningar var uppfyllda, och fler än kvinnan hade i vissa fall rätt att yttra sig under prövningen. Det kunde till exempel vara den framtida fadern, vårdnadshavare för kvinnor under 21 år, förmyndare ifall hon var omyndigförklarad och hennes man ifall hon var gift.⁶

4.2.1 Fortfarande straffbart med abort i andra situationer

Strafflagen ändrades inte i samband med införandet av lagen om avbrytande av havandeskap. Det innebar att det fortsatt var straffbart att utföra och genomgå aborter på andra grunder än de som angavs i lagstiftningen. Detta skilde sig från vad som föreslogs i SOU 1935:15 *Betänkande med förslag om avbrytande av havandeskap*. Utredningen föreslog att kvinnan inte skulle straffas om omständigheterna var synnerligen mildrande. I de fall aborten hade utförts av en legitimerad läkare skulle kvinnan också vara strafffri. Många remissinstanser motsatte sig en förändring av strafflagen. Aborter skulle endast kunna utföras i undantagsfall och det ansågs nödvändigt att avskräcka med stränga straff för aborter som utfördes på andra grunder än vad lagen tillät.

4.2.2 1941 års befolkningskommission och frågan om en socialmedicinsk indikation

Frågan om införande av en socialmedicinsk indikation fortsatte väcka stort motstånd under kommande år. 1941 års befolkningskommission, som bland annat hade i uppgift att utreda denna fråga, föreslog inga ändringar i abortlagen eller strafflagen.⁷ Utredningen framförde att rättsligt medgiven abort på sociala indikationer skulle innebära en inkompetensförklaring från samhällets sida att komma till rätta med uppenbara och allmänt erkända svåra sociala förhållanden.

⁶ SFS 1938:318 *Lag om avbrytande av havandeskap*.

⁷ SOU 1944:51 *Betänkande i Abortfrågan avgivet av 1941 års befolkningsutredning*.

Utredningen riktade i stället in sig på sociala reformer som till exempel syftade till att ge kvinnor en starkare ställning på arbetsmarknaden. Utredningen gjorde även ett försök att beräkna antalet illegala aborter, trots mycket bristfällig statistik på området.

År 1939 utfördes 523 legala aborter med stöd av lagen, och denna siffra ökade till 990 år 1943. Det ska ställas i relation till att mellan 10 000 och 20 000 illegala aborter utfördes per år.

4.2.3 En socialmedicinsk indikation införs i lagen

Redan i 1934 års utredning föreslogs en socialmedicinsk indikation.⁸ Utredningen föreslog att havandeskap skulle kunna avbrytas på medicinska och sociala indikationer: ”när barnets tillkomst skulle ådraga kvinnan varaktig nöd och ofärd som finnes icke kunna på annat sätt avvärjas”. Merparten av remissinstanserna var liksom Lagrådet kritiska till en sådan indikation. Man befarade att det skulle leda till en ökning av antalet aborter.

1946 infördes till slut ett ytterligare kriterium för att bevilja abort: en socialmedicinsk indikation. I och med det nya kriteriet kunde en kvinna beviljas abort på grund av att hennes kroppsliga och själsliga krafter riskerade att nedsättas av en förlossning. I och med denna förändring kunde mer avseende fästas vid kvinnans egna levnadsförhållanden, psykosociala förhållanden och omständigheterna i övrigt. Hänsyn kunde tas både till förhållanden under graviditeten och till omständigheter efter, ifall graviditeten skulle fullföljas. Samtidigt infördes även möjlighet att undgå straff vid illegal abort om det fanns förmildrande omständigheter.⁹

Beslut om ändring i lagen motiverades med att lagen tolkades mer restriktivt än vad som varit avsett. Under år 1939 till 1943 hade abort endast beviljats i 55 fall utifrån indikation om socialmedicinska skäl.

Beslutet om lagändringen infördes trots att det fortfarande förelåg ett motstånd i samhället. Många remissinstanser, däribland Lagrådet och Medicinalstyrelsen, var fortsatt starkt negativa till utvidgade indikationer för abort. Förespråkare för vidgade indika-

⁸ SOU 1935:15 *Betänkande med förslag om avbrytande av havandeskap*.

⁹ SFS 1946:210 *Lag angående ändring i lagen den 17 juni 1938 (nr 318) om avbrytande av havandeskap*.

tioner för legal abort och en avkriminalisering var främst kvinnoorganisationer.

4.2.4 Utredning SOU 1953:29 Abortfrågan

Utredningen hade inte i uppdrag att föreslå ändringar i 1938 års lag, utan skulle redovisa statistik kring de legala aborterna och granska förebyggande verksamhet inom bland annat mödrahälsovården. Utredningen för ett resonemang kring diskussionen om abort och konstaterar att debatten under denna tid var livlig.

Som i så många andra diskussioner i abortfrågan kunde även här konstateras att många av de genmälen som följde, och de slutsatser som drogs på skilda håll, alldeles uppenbart dikterades mer av polemiskt intresse än av vilja att sakligt och i samförstånd söka uppnå bättre förhållanden för kvinnorna.¹⁰

De legala aborterna hade ökat från drygt 1 000 år 1944 till 5 300 år 1952. År 1951 var antalet 6 300, och anledningen till det lägre antalet 1952 var en mer restriktiv prövning från Medicinalstyrelsens sida. Utredningen uppskattade vidare att cirka 10 000 illegala aborter genomfördes år 1949.

De flesta som genomgick aborter (både legala och illegala) bedömdes i utredningen vara 20–30 år gamla. Gifta kvinnor uppskattades avbryta havandeskap genom abort i 5 procent av havandeskapen, medan motsvarande siffra för ogifta kvinnor var 46 procent.¹¹ I början av 1950-talet dog en kvinna av tusen i samband med legal eller illegal abort.

Utredningen kartlade också samhällets stödåtgärder som syftade till att förhindra abort, framför allt genom att underlätta för kvinnan att föda och ta hand om sitt barn.

¹⁰ SOU 1953:29 *Abortfrågan*.

¹¹ SOU 1953:29 *Abortfrågan*.

4.2.5 Fosterindikation införs i lagen

År 1963 infördes ett femte kriterium i 1938 års abortlag: en foster-skadeindikation. Det innebar att havandeskapet kunde avbrytas om fostret till följd av skada framkallad under graviditeten riskerade att lida svårartad sjukdom eller svårt lyte. En viktig anledning till införandet av kriteriet var den så kallade neurosedynskandalen, där barn föddes med stora missbildningar efter att mödrarna intagit läkemedlet Neurosedyn under graviditeten.¹² Syftet med indikationen var enligt förarbetena att kvinnor skulle kunna genomgå aborter i de fall där fostret kommit att skadas under graviditeten, exempelvis på grund av att kvinnan tagit något läkemedel.¹³ I praktiken utfördes aborter redan på denna grund, så lagändringen syftade snarast till att återspegla hur det fungerade i praktiken.¹⁴

4.3 Synen på abort under 1960-talet

Som vi beskrivit ovan tillkom 1938 års lag i syfte att motverka illegala aborter, som många gånger innebar stora risker för kvinnorna. Dock var lagen fortfarande en undantagslagstiftning som tillämpades restriktivt, vilket innebar att majoriteten av de kvinnor som önskade genomgå abort riskerade straff.

I den debatt som fördes under denna tid ansågs abort inte försvarbart i andra fall än de som lagen medgav. Det gällde till exempel situationer där kvinnor önskade genomgå abort av ekonomiska eller sociala skäl.

Att kvinnan själv skulle få bestämma om abort var en mycket kontroversiell fråga i Sverige. Företrädare för kyrkan och andra kristna samfund var starka motståndare till fri abort, medan både Folkpartiets och Socialdemokraternas ungdomsförbund började driva frågan om fri abort.

Under denna tid var tillgången och möjligheten till abort både ojämlikt fördelad över landet och godtycklig. På vissa ställen var det i praktiken knappt möjligt att genomgå abort. Handläggningen var omständlig och kunde fördröjas avsiktligt för att förhindra att en abort skulle kunna ske inom tidsgränserna. För dem som hade

¹² Se till exempel <https://www.vardfokus.se/nyheter/kvinnor-fick-skulden/>.

¹³ Prop. 1963:100 *Knngl. Mci j. ts proposition nr 100 år 1963*.

¹⁴ SOU 1971:58 *Rätten till abort*.

god ekonomi fanns det medicinskt säkra illegala aborter, medan de som hade det sämre ställt var hänvisade till oseriösa aktörer eller fortsatt önskad graviditet.¹⁵

4.3.1 Svenska kvinnor åker till Polen för att genomgå abort under 1960-talet

Hösten 1964 tog Sveriges liberala studentförening, SLS, ställning för fri abort. Dess lokala Stockholmsförening anordnade konferensen Sex och samhälle. På konferensen framkom att kvinnor som blivit nekade abort i Sverige i stället åkte till Polen och genomgick abort där. I Polen var det lagligt med abort till och med vecka 12, och det gällde även kvinnor som inte var från Polen. Konferensen och en efterföljande artikel i den liberala studentföreningens tidning *Nota Bene* rönt stor uppmärksamhet i media. Efter konferensen kontaktades journalisten Hans Nestius, som var en av arrangörerna för konferensen och aktiv i föreningen, av kvinnor som önskade genomgå en abort i Polen. Biträdda av Hans Nestius och kvinnor som deltagit på konferensen uppskattas 1 000 kvinnor ha fått hjälp med att genomföra abortresor till Polen.

I februari 1965 beslutade Riksåklagaren att inleda en förundersökning mot Hans Nestius och de kvinnor som förmodades ha genomgått abort i Polen. Riksåklagaren motiverade beslutet med att handlingen utgjorde ett brott mot svenska intressen och att åtal skulle väckas på samma grunder som om gärningen företagits i Sverige. Detta trots att det under denna tid endast var de som utförde aborterna på kvinnorna som dömdes för illegal abort om ingreppet hade genomförts i Sverige. Riksåklagaren ansåg att det fanns särskilda skäl till åtal mot kvinnorna för gärningsmannaskap, och menade att den som främjar fosterutdrivning borde straffas för anstiftan av eller medhjälp till brott.

Förundersökningen fick stort genomslag i media. Kvinnor klev fram och beskrev hur de upplevde abortprocessen i Sverige som förnedrande, förödmjukande och godtycklig.¹⁶ Den mediala uppmärksamheten och kvinnorna som vågade kliva fram och berätta

¹⁵ SOU 2005:90 *Abort i Sverige*.

¹⁶ SOU 2005:90 *Abort i Sverige*.

sin historia ledde till att den allmänna opinionen på mycket kort tid svängde till förmån för en friare syn på abort.¹⁷

Abolition

I och med att opinionen svängde blev den dåvarande socialdemokratiska regeringen hårt ansatt för vad som ansågs vara en omänskligt hård abortlag. Regeringen beviljade Nestius och kvinnorna abolition den 25 februari 1965, vilket innebär att den rättsliga processen mot dem avbröts.

Abolition sker med stöd av grundlagen (regeringsformen 12 kap. 9 §), vilket betyder att regeringen får besluta att en fortsatt utredning eller lagföring av en brottslig gärning inte ska ske. Abolition har endast beslutats i ett fåtal fall under 1900-talet.¹⁸

4.4 Tillsättandet av en parlamentarisk kommitté

Efter den mediala bevakningen av kvinnors resor till Polen för att genomgå abort svängde opinion snabbt till förmån för fri abort.

Förändringar i synen på abort i samhället medförde att regeringen tillsatte en parlamentarisk kommitté 1965 med uppdraget att förändra abortlagstiftningen. Utredningen redovisades 1971 och ledde fram till den nya lagen, som trädde i kraft den 1 januari 1975.

4.5 En ny abortlag med en förändrad syn på abort

Den nya abortlagen (1974:595) ger uttryck för en annan syn på abort och kvinnors rättigheter än tidigare lagstiftning. 1974 års abortlag ger kvinnor rätten att själva bestämma om abort fram till utgången av 18:e graviditetsveckan. Fokus i förarbetena och i lagen är att den som är gravid är bäst lämpad att avgöra om graviditeten ska avbrytas, vilket skiljer sig väsentligt från tidigare lagstiftning.

¹⁷ SOU 2005:90 *Abort i Sverige*.

¹⁸ Ett exempel är där abolition beviljades för de så kallade Spanienkämparna som återkom efter spanska inbördeskrigets slut.

4.5.1 Förändringar som skett i nuvarande abortlag

Nuvarande abortlag har i stora drag varit oförändrad sedan den trädde i kraft år 1975. Förutom följdändringar som skett på grund av ändringar i annan lag har två ändringar skett i sak. Dels trädde en lagändring i kraft 1995 som innebar att alla som ville genomgå en abort skulle erbjudas stödsamtal innan och efter en abort, dels trädde en lagändring i kraft 2008 som innebar att utländska kvinnor fick rätt att genomgå abort i Sverige.

Stödsamtal ska erbjudas för alla

I prop. 1994/95:142 behandlades vissa frågor om fosterdiagnostik, sena aborter och stödsamtal i samband med abort. I propositionen föreslogs att abortlagen skulle ändras så att alla kvinnor som begärde abort skulle erbjudas stödsamtal före och efter aborten. Tidigare var det i princip obligatoriskt med en så kallad kuratorsutredning om kvinnan begärde abort efter utgången av 12:e graviditetsveckan. Utredningen kunde underlåtas om läkaren fann det uppenbart att det inte fanns hinder mot aborten. Skälet till att detta krav infördes var bland annat att man i allmänhet måste tillgripa en mer ingripande och riskfylld abortmetod i detta skede, samt att det många gånger ansågs svårare för kvinnan att ta ställning till abort så pass sent i graviditeten.¹⁹

För kvinnor som begärde abort före utgången av 12:e graviditetsveckan var det frivilligt om man ville ha kontakt med kurator. Nästan en tredjedel av de kvinnor som begärde abort före utgången av 12:e graviditetsveckan valde att ha samtal med kurator. Trots att en kuratorsutredning enligt lagen i princip var obligatorisk, hade endast mindre än hälften av kvinnorna en sådan när aborten utfördes mellan graviditetsvecka 13 och 18. I övriga fall konstaterade läkare att det uppenbart inte fanns hinder mot aborten. Vidare konstaterade lagstiftaren att det ofta inte var fråga om någon egentlig utredning, utan att kontakten med kurator snarare rörde sig om samtal.²⁰

I propositionen konstaterades att fosterdiagnostiken hade utvecklats sedan 1974 års abortlag tillkom. En kvinna som får ett

¹⁹ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*.

²⁰ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*.

besked om till exempel en kromosomrubbning före utgången av 12:e graviditetsveckan befinner sig i en lika svår situation som om hon fått beskedet efter denna tidpunkt. Dessutom konstaterades att en mycket stor andel av de aborter som genomfördes efter utgången av 12:e graviditetsveckan gjordes i 13:e till 14:e veckan, och med i stort sett samma metoder som för de tidigare aborterna.

Sammantaget ansågs det inte längre finnas anledning att ha kvar ett krav på en särskild utredning efter 12:e graviditetsveckan, utan i stället borde kvinnor erbjudas stödsamtal oavsett tidpunkt för aborten. Samtalen skulle regleras i lag, eftersom de ansågs fylla en så viktig funktion. Kravet knöts inte till en särskild profession utan stödsamtal skulle kunna utföras av den som var bäst lämpad.²¹

Även utländska kvinnor får rätt till abort i Sverige

Före lagändringen fick abort eller avbrytande av havandeskap endast utföras om kvinnan var svensk medborgare eller bosatt i Sverige, eller om Socialstyrelsen lämnade tillstånd till åtgärden. Ett sådant tillstånd fick endast lämnas om det fanns synnerliga skäl. I och med lagändringen ströks kravet i abortlagen på att kvinnan skulle vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige.

I prop. 2006/07:124 konstaterades att Sverige genom sitt medlemskap i EU förbundit sig att anpassa svensk lagstiftning till EG-fördraget och andra EG-regler.

EG-domstolen har slagit fast att hälso- och sjukvård är att betrakta som en tjänst i EG-fördragets mening och att vården därmed omfattas av reglerna om fri rörlighet för tjänster enligt artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget. EG-domstolen har konstaterat att nationella bestämmelser som avhåller vårdsökande från att söka hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat utgör ett hinder för den fria rörligheten och att de således är i strid med EG-fördraget.²²

Abort utförs inom ramen för hälso- och sjukvården, och därför konstaterades att bestämmelsen i abortlagen om att kvinnan skulle vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige stod i strid med EG-fördraget. Vidare angav regeringen att det inte heller fanns tillräck-

²¹ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*.

²² Prop. 2006/07:124 *Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter*.

liga skäl att kräva tillstånd från Socialstyrelsen för utländska kvinnor från länder utanför EU som önskade genomgå abort i Sverige.

I likhet med annan hälso- och sjukvård som ges till utländska personer kommer regionens kostnader för vården att ersättas av kvinnans sjukvårdsförsäkring, via Försäkringskassan eller av kvinnan själv, beroende på vilka regler som gäller i det enskilda fallet.

I betänkandet Abort i Sverige (SOU 2005:90) gjordes bedömningen att det troligtvis inte skulle vara något större antal utländska kvinnor som skulle genomgå abort i Sverige om lagändringen genomfördes. Utredningen anförde som exempel att det i Danmark, som ändrade sin abortlag år 2004, inte hade skett någon ökning av antalet utländska kvinnor som har genomgått abort i landet.

I samband med lagändringen fick Socialstyrelsen i uppdrag att till regeringen redovisa konsekvenserna av den föreslagna lagändringen. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i rapporten Utländska kvinnors aborter i Sverige under 2009. Enligt Socialstyrelsens rapport hade 132 kvinnor som inte hade svenskt medborgarskap eller inte var bosatta i Sverige genomgått en abort i Sverige under 2009. Detta kan sättas i relation till att cirka 35 000 kvinnor genomgår en abort årligen i Sverige.

4.5.2 Utveckling av barnmorskans roll

Bredare kompetens

Sverige är ett av de länder som har lägst mödra- och barnadödlighet. Det finns naturligtvis flera orsaker, förutom hög generell levnadsstandard, förbättrad folkhälsa och ökad jämställdhet. Ökade medicinska kunskaper med större förutsättningar och möjligheter till diagnostik och behandling vid komplikationer under graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod är självklara faktorer. Mödrahälsovårdens uppbyggnad och organisation har också en stor del i att mödradödligheten 2022 i Sverige var under 5 per 100 000 levande födda barn.

I dag kan kvinnor i Sverige under hela livet få rådgivning, vård och behandling inom sexuell och reproduktiv hälsa av utbildade barnmorskor. Barnmorskans kompetens har vidgats från att enbart

handla om förlossningskonst till att i dag även inkludera bland annat preventivmedelsrådgivning och abortvård.

Barnmorskeutbildning startade redan på 1700-talet

Den första utbildningen för barnmorskor gavs redan på 1700-talet, och den första regleringen av barnmorskeyrket i Stockholm trädde i kraft 1711. Den innebar en tvåårig utbildning med examination hos Collegium Medicum (nuvarande Socialstyrelsen), och utbildade barnmorskor fick svära en ed inför sitt utövande. Utbildningen utökades 1757 till att bli ett nationellt utbildningsprogram så att utbildade barnmorskor skulle kunna bistå vid hemförlossningar ute i landet. Så småningom ledde det till att varje socken 1819 blev skyldig att anställa en utbildad barnmorska. Barnmorskeeden avskaffades 1887 när yrkesbenämningen blev examinerad barnmorska och benämningen legitimerad barnmorska infördes 1938 i barnmorskereglementet. En mer omfattande så kallad dubbelutbildning till barnmorska startades på försök 1944. För att bli barnmorska krävdes först två års utbildning till sjuksköterska och därefter 18 månaders specialutbildning. Detta upplägg permanentades 1953 och i dag är legitimerad sjuksköterska ett behörighetskrav för att påbörja barnmorskeutbildning.²³

Mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och abortvård

Fokus var enbart på förlossningsvård och barnafödande i barnmorskeyrkets begynnelse även om det i samhället fanns misstankar om att barnmorskor utförde eller var behjälpliga vid aborter.

En satsning på gratis mödrahälsovård och upphävande av förbud mot preventivmedelsrådgivning 1938 bidrog troligen till att barnmorskans kompetensområde började vidgas till att omfatta mer än enbart förlossningsvård. Samma år kom även en ny lag som tillät abort på medicinsk, humanitär eller eugenisk indikation.

I spåren av att p-piller och spiral blev tillåtna preventivmedel 1964 respektive 1966 fick barnmorskor 1972 rätt att ge preventivmedelsrådgivning. År 1976 fick de rätt att förskriva p-piller efter att

²³ Svenska barnmorskeförbundet, 2011, 300 år i livets tjänst.

ha genomgått särskild utbildning. Sedan 2003 ingår förskrivningsrätt för preventivmedel i barnmorskeutbildningen.

När abortlagen (1974:595) började tillämpas 1975 hade redan barnmorskornas roll inom preventivmedelsrådgivning och reproduktiv hälsovård tagit fart. Det skulle dock dröja till 1992, när den medicinska abortmetoden infördes i Sverige, innan barnmorskor fick en mer förändrad och mer självständig roll i abortvården.

4.5.3 Vårdvägran på grund av samvetsbetänkligheter

Vid införandet av abortlagen (1974:595) valde lagstiftaren att inte skriva in rätt till vårdvägran på grund av samvetsskäl. I propositionen står det att verksamheten ska organiseras så att personal som av exempelvis moraliska eller religiösa skäl har svårt att acceptera sådant arbete inte ska knytas till abortverksamheten, av hänsyn till den abortsökande kvinnan.²⁴

Frågan om samvetsbetänkligheter kopplat till abort och vissa preventivmedel, samt dispens från moment i utbildningen, har varit föremål för debatt ett antal gånger även sedan abortlagen infördes.²⁵

Sverige har vägt den enskildes rätt till samvetsfrihet mot en fungerande och patientsäker hälso- och sjukvård, där en tillgänglig och patientsäker abortvård anses överordnad. Frågan om vårdvägran är en arbetsrättslig konflikt i svenskt rättssystem, då det är en arbetstagare som vägrar utföra arbetsuppgifter som hör arbetsplatsen och yrket till, och det är arbetsgivarens rätt att leda och fördela arbetet. Läs mer om detta i kapitel 7.

²⁴ Prop. 1974:70 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m.m.*

²⁵ Betänkande 1986/87:SoU5 *Om familjeplanering och abort.*

5 Om medicinsk abort

I detta kapitel beskriver vi hur abortprocessen, huvudsakligen gällande medicinska aborter, ser ut i dag. Det omfattar såväl *hemaborter* som medicinska aborter på vårdinrättning. Under utredningen har vi intervjuat företrädare för ett 40-tal abortverksamheter för att säkerställa att beskrivningen av abortprocessen stämmer överens med den kliniska verkligheten.

5.1 Abortprocessen i dag

I dag används två metoder för inducerad abort i Sverige: medicinsk och kirurgisk. När den nuvarande abortlagstiftningen tillkom fanns enbart kirurgisk metod. För att säkerställa att aborterna sker på ett hygieniskt och patientsäkert sätt innehåller abortlagen (1974:595) bestämmelsen att en abort ska utföras på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning med tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och att det endast är den som är behörig att utöva läkaryrket som får utföra abort (5 § abortlagen). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om abort ansvarar vårdgivaren för att aborten utförs snarast möjligt efter det att kvinnan har bestämt sig för att genomgå aborten.¹

Sedan abortlagen skrevs har medicinsk abort utvecklats, och det är i dag den metod som den absoluta majoriteten väljer.² Medicinsk metod användes i över 97 procent av de rapporterade aborterna under 2023, och allt fler medicinska aborter avslutas i hemmet. Under 2023 rapporterades cirka 35 550 aborter till Socialstyrelsen, vilket motsvarar drygt 18 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. De flesta,

¹ 4 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

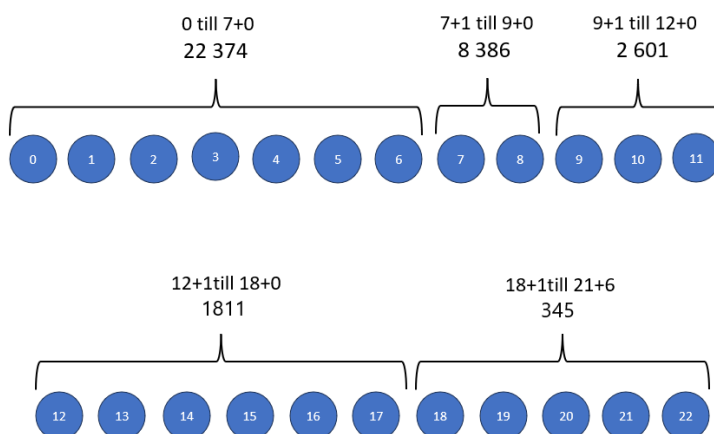
² SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

63 procent, utfördes före graviditetsvecka 6 + 6 dagar, 94 procent av alla aborter sker innan graviditetsvecka 12.

Av de aborter som utfördes före graviditetsvecka 7 var drygt 90 procent medicinska aborter som fullföljdes i hemmet. Vid aborter senare i graviditeten är det vanligare att de fullföljs på sjukhus. Av aborterna under 2023 som utfördes från vecka 9 och senare var andelen hemaborter drygt 13 procent. Totalt fullföljdes 76 procent av alla aborter under 2023 i hemmet.³

Både det totala antalet aborter och antal aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder har varit relativt konstant sedan mitten av 1980-talet. Utvecklingen har dock varierat beroende på åldersgrupp, med en särskilt kraftig minskning bland tonåringar under senare år.⁴

Figur 5.1 Bild över antalet aborter i olika graviditetsveckor



Källa: Socialstyrelsens abortstatistik för 2023.

5.2 Kirurgisk abort

Kirurgisk abort var den dominerade abortmetoden fram till tidigt 1990-tal. Då introducerades medicinsk abort som metod vilket har medfört att antalet kirurgiska aborter har minskat avsevärt. I början av 1990-talet gjordes mellan 31 000 och 37 000 kirurgiska aborter

³ Socialstyrelsen, 2024, Statistik om aborter 2023.

⁴ Socialstyrelsen, 2024, Statistik om aborter 2023.

årligen. Under 2023 gjordes ungefär 1 250 kirurgiska aborter. Kirurgisk abort kan göras upp till graviditetsvecka 12 eller 13, dock föreligger en ökad risk för ofullständig abort innan graviditetsvecka 7 med denna metod. Vid kirurgisk abort används en vakuumsug för att avlägsna graviditeten från livmodern. Ingreppet tar cirka 10 minuter och utförs av en läkare under lokalbedövning eller narkos. De allra flesta åker hem samma dag. Efter aborten kan man få mensliknande smärtor, men hur ont det gör är individuellt.

Även om medicinsk abort är den överlägset vanligaste metoden så kan det finnas skäl att använda en annan metod, det är därför viktigt att den abortsökande får vara delaktig i att välja abortmetod.⁵

5.3 Innan aborten

När en abortverksamhet kontaktas för att boka tid eller rådgivning inför en abort är det vanligtvis en barnmorska som tar emot samtalet. Vid den första telefonkontakten tas en anamnes inför aborten, den abortsökande får information om abortmetoderna, erbjudande om tid till samtal med kurator eller annan beteendevetare samt tid för ett fysiskt besök till läkare eller barnmorska beroende på den abortsökandes anamnes samt graviditetslängd. Samtalet innehåller även information, frågor och råd gällande preventivmedel.

Vid det fysiska besöket är det i de allra flesta fall en barnmorska eller läkare som den abortsökande träffar. Det finns ett antal barnmorskeledda abortmottagningar där en abortsökande aldrig träffar en läkare, förutsatt att personen är frisk och att kriterier som ålder och graviditetsvecka är uppfyllda.

Vid besöket tas en noggrann anamnes, om det inte redan gjorts via telefon, för att säkerställa att aborten kan genomföras så tryggt och säkert som möjligt. Anamnesen omfattar eventuella sjukdomar, ärftliga faktorer, allergier och läkemedelsanvändning. Den insamlade informationen möjliggör att abortmetoden kan anpassas utifrån den abortsökandes individuella behov och önskemål.⁶

Inför en inducerad abort utförs en gynekologisk undersökning som vanligtvis inkluderar en ultraljudsundersökning. Ultraljud används för att fastställa graviditetens längd samt för att säkerställa

⁵ SFOG ARG familjeplanering, 2018, Inducerad abort.

⁶ SFOG, 2024, FARG Medicinska råd Inducerad abort.

eventuella avvikelser, exempelvis utomkvedshavandeskap, det vill säga att graviditeten sitter utanför livmodern. Ultraljud anses vara en mer tillförlitlig metod för att bestämma graviditetslängd än att enbart utgå från datum för senaste menstruation. Att säkerställa graviditetslängd är relevant för att exempelvis få rätt dos läkemedel eller för att utesluta att en abort i hemmet är lämplig. Det är dock inte obligatoriskt att genomgå en ultraljudsundersökning för att få genomföra en abort.⁷

Abortsökande erbjuds också provtagning för klamydia och bakteriell vaginos eftersom eventuella infektioner behöver behandlas för att undvika komplikationer. Vid behov tas även prov för andra infektionssjukdomar: Även ett cellprov ska erbjudas till dem som inte gått enligt screening.⁸

Preventivmedelsrådgivning är en viktig del i abortvården och ges huvudsakligen av barnmorskan vid telefonrådgivning/tidsbokning, eller av den läkare eller barnmorska som tar emot den abortsökande vid det första besöket och/eller efter aborten.

Abortrådgivning innefattar muntlig och skriftlig information om behandlingen, blödningens förväntade mängd och varaktighet samt förväntade biverkningar. Information ges också om vilka symptom som inte hör till det normala och som ger anledning att söka vård.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om abort ska den abortsökande även erbjudas rådgivning och förskrivning av preventivmedel, samt informeras om rätten till stödsamtal i anslutning till aborten.⁹

Den som genomfört en abort har också rätt till stödsamtal efter aborten. En abortverksamhet ska således ha tillgång till kuratorer eller annan beteendevetare som via stödsamtal kan ge råd och stöd till den abortsökande och eventuellt dess partner.

Hur abortvården organiseras beror på storleken på vårdinrättningen, bemanning och antal abortsökande, men den ska vara jämlik med så korta väntetider som möjligt. Den ansvariga läkaren eller verksamhetschefen kan fördela arbetsuppgifter inom abortverksamheten. Därför kan barnmorskor med adekvat utbildning självständigt handlägga friska abortsökande som söker tidig medicinsk abort.¹⁰

⁷ SFOG, 2014, Obstetriskt Ultraljud, rapport nr 73.

⁸ SFOG, 2024, FARG Medicinska råd Inducerad abort.

⁹ 3 kap. 2 § SOSFS 2009:15.

¹⁰ SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

5.4 Väntetider för att få en abort utförd

Väntetider för att få en abort utförd har varit och är en central fråga. Den som önskar genomgå en abort ska få den genomförd skyndsamt. I en rapport från Socialstyrelsen som kom år 2007 rapporteras långa väntetider, särskilt under sommaren, och stora skillnader över landet.¹¹ I rapporten skriver Socialstyrelsen att abort är att betrakta som akut vård vilket innebär att den ska prioriteras. Där konstateras också att väntetiderna är kortare om den gravida genomför andra steget i hemmet snarare än på en vårdinrättning. När vi talat med representanter för verksamheter som tillhandahåller abort över landet är bilden en annan. Majoriteten beskriver att de inom en vecka kan erbjuda en tid för abort. Efter att Socialstyrelsen kom med sin rapport har andelen medicinska aborter som avslutas i hemmet ökat och barnmorskor är i allt större utsträckning ansvariga för abortprocessen. Dessa faktorer kan ha bidragit till att väntetiderna minskat.

5.5 Ultraljud

Obstetriskt ultraljud har en förhållandevis kort historia och det var först under 1970-talet som ultraljud introducerades inom gynekologin och obstetrikerna på bred front i Sverige. För att kunna erbjuda en effektiv och säker abortmetod behöver vården veta graviditetslängden när en abort planeras. Ultraljudsundersökning för att bestämma graviditetslängd är inte ett krav inför abort men är i dag standard i Sverige.

Tidigare var det alltid en läkare som genomförde den gynekologiska undersökningen inklusive ultraljudsundersökningen. I dag kan även specialutbildade barnmorskor genomföra undersökning och ultraljud om det handlar om tidiga och okomplicerade graviditeter. Det handlar om att dels kunna datera graviditeten och utesluta allvarliga missförhållanden, dels ge korrekta och rätt doserade läkemedel och att informera om abortprocessen och kunna utvärdera resultatet. Ett särskilt utbildningsprogram för barnmorskor inom abortvården har utarbetats i samarbete mellan Svensk före-

¹¹ Socialstyrelsen, 2007, Abortverksamheten till och med vecka 12.

ning för obstetrik och gynekologi (SFOG)¹² och Svenska barnmorskeförbundet.

En svensk studie har utvärderat om effektiviteten hos medicinsk abort eller kvinnornas acceptans påverkas av om en barnmorska eller läkare utför såväl undersökning som farmakologisk behandling, och inte funnit några skillnader.¹³

5.6 Tidsgränser för aborter

Fri abort, vilket innebär att den som är gravid själv får bestämma om abort, gäller till och med vecka 18 + 0 dagar. När det gäller medicinsk abort innebär det att aborten ska vara påbörjad innan utgången av graviditetsvecka 18 + 0 dagar men den behöver inte ha hunnit slutföras. Det innebär att första läkemedlet ska intas innan graviditetsvecka 18 + 0 dagar. I Sverige får abort efter utgången av den 18:e graviditetsveckan endast utföras om Socialstyrelsen lämnar tillstånd för åtgärden. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl för abort föreligger och fostret inte bedöms vara livsdugligt. I dag anses gränsen för livsduglighet vara graviditetsvecka 21 + 6 dagar, enligt den praxis som tillämpas av Socialstyrelsens rättsliga råd. Om fostret har en skada som medför livsoduglighet kan en abort genomföras senare.¹⁴

Tidsgränserna har varit föremål för debatt i perioder. Enligt 1938 års lag fick abort utföras före utgången av den 20:e graviditetsveckan. Om det förelåg synnerliga skäl kunde dock Socialstyrelsen ge tillstånd till ingrepp fram till utgången av vecka 24. Syftet med tidsgränsen var att det skulle finnas en klar säkerhetsmarginal för när ett foster kunde anses vara livsdugligt. I förslaget om ny lagstiftning från 1965 års abortkommitté föreslogs inga tidsgränser. Kommittén föreslog att det i lagen skulle anges att kvinnor hade rätt att bli opererade i ett så tidigt graviditetsstadium som möjligt och med skonsammast möjliga metod.¹⁵

Socialutskottet framförde i betänkande SoU 1986/87:5 om familjeplanering och abort att den medicinska utvecklingen inne-

¹² SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund.

¹³ Sjöström, Kopp Kallner et.al, 2016, Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis.

¹⁴ SFOG, 2018, ARG familjeplanering Inducerad abort.

¹⁵ SOU 1972:39 *Abortfrågan, remissyttranden över 1965 års abortkommittés betänkande Rätten till abort* (SOU 1971:58).

burit förbättrade förutsättningar för att rädda mycket tidigt födda barn, och att prövning av tidsgränsen för abort borde ske så att en sen abort inte kom för nära tidpunkten för livsduglighet.

Regeringen gav utredningen om det ofödda barnet i uppdrag att utreda frågan.¹⁶ Utredningen landade dock i att det inte fanns tillräckliga skäl för att fastslå en övre tidsgräns.

Tidsgränsen på graviditetsvecka 18 + 0 dagar för fri abort ansågs ge en betryggande säkerhetsmarginal till gränsen för livsduglighet, och för sena aborter. Socialstyrelsens Rättsliga råd, som behandlar ansökningar om att få göra en sen abort, ska följa den medicinska utvecklingen av neonatalvården. Vid behov kan rådet sänka gränsen för den praxis som gäller för sena aborter. Riksdagen fattade beslut om detta i prop. 1994/95:142.

Antalet ansökningar till Rättsliga rådet om sen abort visar en ökande trend och har de senaste åren legat mellan 550 och 600 per år. År 2023 inkom det något färre ansökningar, 533. Abortstatistiken innehåller ingen fördelning av ansökningar fördelat över veckor. I Smers rapport kan vi dock läsa att majoriteten gäller perioden graviditetsvecka 18 + 1 dagar till 21 + 6 dagar. Den sista veckan före Rättsliga rådets gräns vid 21 + 6 inkommer årligen uppskattningsvis 130–140 ansökningar.

Ett mindre antal gäller graviditetsvecka 22 + 0 dagar och senare. I Smers rapport från 2019 anges att åtta ansökningar under 2018 gällde graviditetsvecka 22 + 0 dagar eller senare, varav tre bifölls.¹⁷ De ansökningar som rör abort efter vecka 22 + 0, handlade om avbrytande av havandeskap enligt 6 § abortlagen. Tillstånd till avbrytande av havandeskap får ges om det kan antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Rättsliga rådet skiljer i sin statistik mellan fyra typer av skäl för sen abort: fosterskada, sociala skäl, psykisk sjukdom hos kvinnan samt kroppslig sjukdom hos kvinnan. Ökningen av antalet sena aborter förklaras av att ansökningarna om abort på grund av fosterskada ökar i och med att metoderna för fosterdiagnostik har utvecklats. Dessa utgör numera cirka två tredjedelar av alla ansökningar.¹⁸

¹⁶ SOU 1989:51 *Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter.*

¹⁷ Socialstyrelsen, 2024 Socialstyrelsens statistik om aborter 2023.

¹⁸ Smer, 2019, Livstecken efter sen abort rapport 2019:1.

Tekniska framsteg och ökad kunskap har gjort att möjligheterna att upptäcka fosterskador med ultraljud blivit allt bättre. Samtidigt har det skett en senareläggning av den ultraljudsundersökning som alla gravida kvinnor i Sverige erbjuds i andra trimestern, det vill säga mellan vecka 15 och vecka 28, den utfördes tidigare i vecka 17+ eller 18+, men utförs numera som regel i vecka 19+. Ju senare undersökningen görs desto fler skador kan upptäckas. Den sammantagna effekten av dessa två faktorer är att allt fler fosterskador upptäcks.¹⁹

5.7 Medicinsk abort

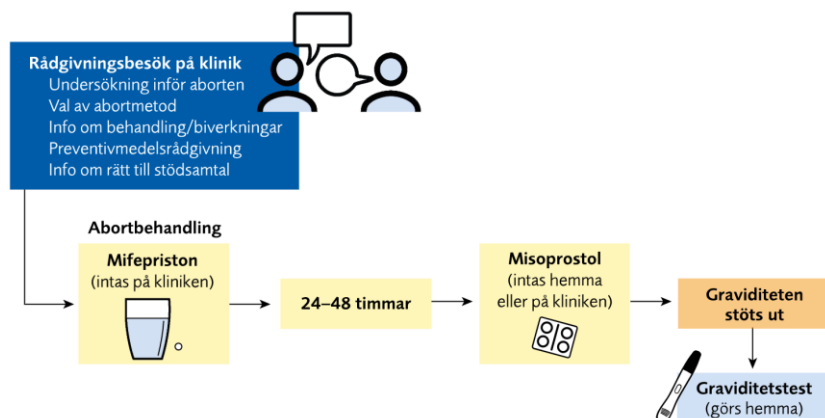
Vid medicinsk abort avbryts graviditeten genom läkemedelsbehandling i två steg. Först får den abortsökande en tablett som innehåller mifepriston som hämmar effekten av progesteron, som är det graviditetsbevarande hormonet. Det gör livmodern mer mottaglig för den fortsatta läkemedelsbehandlingen. Den abortsökande får ta det första läkemedlet, med den aktiva substansen mifepriston, på abortmottagningen i enlighet med gällande lagstiftning. Efter cirka två dagar tar sedan den abortsökande prostaglandinanalogen misoprostol, som framkallar livmodersammandragningar och blödningar som leder till att graviditeten stöts ut. Metoden används vid alla graviditetslängder då abort är tillåten.

Det första läkemedlet ges alltid på en sjukvårdsinrättning medan behandlingen med läkemedel som framkallar livmodersammandragningar kan ske antingen på sjukvårdsinrättningen eller i hemmet, det som i dag kallas hemabort. Om gynekologen eller barnmorskan bedömer att det är lämpligt har en kvinna i tidig graviditet möjlighet att välja om hon vill ta misoprostol och fullfölja aborten i hemmet.²⁰

¹⁹ Smer, 2019, Livstecken efter sen abort rapport 2019:1.

²⁰ Socialstyrelsen, 2008, Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk.

Figur 5.2 Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför en vårdinrättning vid medicinsk abort



Källa: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

5.7.1 Misoprostol intas i hemmet

Under 2023 var 76 procent av samtliga aborter så kallade *hem-aborter*.²¹ Det innebär det andra steget av aborten sker i hemmet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om abort ska abortbehandlingen utföras på en godkänd sjukvårdsinrättning. Det innebär i praktiken att det första läkemedlet, mifepriston, ges på en vårdinrättning, men sedan 2004 är det tillåtet att ta misoprostol själv i hemmet.

Hembehandling med misoprostol har visat sig vara säker, effektiv och väl tolererad. Ett stort antal studier har visat att detta är ett säkert och effektivt sätt att genomföra medicinsk abort och att det accepteras väl av kvinnan.²²

I Socialstyrelsens föreskrifter framgår att vårdgivaren är skyldig att tillse att graviditeten verkligen har avslutats. Tidigare innebar det oftast ett inplanerat återbesök men i dag är det vanligare att den abortsökande får med sig ett graviditetstest hem för att själv kontrollera att graviditeten upphört. Denna rutin används eftersom majoriteten av de som genomfört en abort avbokade tiden eller inte dök upp på återbesöket.

²¹ Socialstyrelsen, 2024, Statistik om aborter 2023.

²² SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

Vården ställer upp ett antal kriterier för att den abortsökande ska få genomföra en hemabort. Det skiljer sig mellan olika vårdinrättningar men innefattar faktorer som graviditetslängd och att den abortsökande ska vara frisk.

SFOG har utarbetat råd för en abort som inleds på vårdinrättning med intag av mifepriston och fullföljs hemma med administration av misoprostol. Enligt råden bör den som ska fullfölja en abort i hemmet

- vara frisk – det vill säga ha adekvat fysisk och psykisk hälsa och inga medicinska tillstånd som kan öka risken för akut komplikation
- ha någon myndig närstående med under aborten
- kunna förstå instruktioner och göra sig förstådd per telefon.

Av våra dialoger med verksamhetsföreträdare framkommer att SFOG:s råd följs i stor utsträckning. Abortverksamheterna kan också ha kriterier för hemabort som handlar om ålder eller avstånd mellan hemmet och en vårdinrättning.

Ungefär hälften av alla som genomgår medicinsk abort börjar blöda efter behandlingen med mifepriston och 2–3 procent aborterar redan innan misoprostol tagits. Misoprostolbehandlingen innebär i de flesta fall blödningar, sammandragningar och smärtor, och det är därför viktigt att den som genomgår abort får tillgång till adekvat smärtlindring. Blödningens varaktighet efter abortbehandlingen varierar. Den är direkt relaterad till graviditetslängd vid aborten och kan variera mellan 4 och 14 dagar. Den totala genomsnittliga blödningsmängden skiljer sig inte mellan medicinsk och kirurgisk abort.²³

Andelen fullständiga aborter vid medicinsk abortbehandling upp till graviditetsvecka 12 + 0 dagar är 95–99 procent. Ofullständig abort, det vill säga att det finns kvar rester av graviditeten, inträffar i 1–5 procent av fallen och kräver ofta ingen ytterligare behandling. I vissa fall kan det dock krävas ytterligare behandling med misoprostol eller kirurgisk intervention. Cirka 0,5–1 procent av behandlingarna misslyckas och graviditeten fortsätter. Vid kirurgisk abort

²³ SFOG, 2024, FARG Råd för Inducerad abort.

är andelen fullständiga aborter liknande eller lägre än vid medicinsk abort.²⁴

SFOG ger också råd för vilken smärtlindring som den som genomgå en abort ska få med sig hem beroende på graviditetslängd.²⁵

5.8 Läkemedel för abort

I Socialstyrelsens rapport från 2008 gällande regelverket kring medicinska aborter konstateras att utföra abort är en regelstyrd uppgift som är förbehållen läkare. I begreppet *utföra* ryms, när det gäller medicinska aborter, ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Alla abortläkemedel kan i nuläget inte förskrivas. Mifepriston kan endast rekvireras till den vårdinrättning där abortverksamhet bedrivs. Det innebär att läkemedlet endast kan delas ut på en vårdinrättning och inte kan hämtas ut på apotek med ett recept.

I enlighet med Socialstyrelsens rapport kan verksamhetschefer i abortverksamheter med ordinationer enligt generella direktiv ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.²⁶

Utifrån de uppgifter vi har fått från verksamheter är *generella direktiv* för ordinerande av abortläkemedel vanligt inom den offentliga vården. Det innebär att en läkare har utfärdat ett generellt direktiv om att ordinera och administrera läkemedel. Det betyder att läkemedel kan ges av, i det här fallet en barnmorska, till en abortsökande utan att en individuell ordination behövs. Innan ett läkemedel ges till en patient med stöd av ett generellt direktiv ska en sjuksköterska/barnmorska ha gjort en bedömning av behovet och kontrollerat läkemedlets indikation och kontraindikationer.

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att generella direktiv utfärdats på ett patientsäkert sätt. Innan ett läkemedel ges till en patient ska en sjuksköterska göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet och kontrollerat läkemedlets indikation och kontra-

²⁴ SBU, 2023. Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

²⁵ SFOG, 2024, FARG Råd för Inducerad abort.

²⁶ Socialstyrelsen, 2008, Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk.

indikationer. Vid en behovsbedömning är det särskilt viktigt att kontrollera eventuell överkänslighet och interaktioner med övriga läkemedel som patienten är ordinerad. Bedömningen ska dokumenteras.

Det finns ingen tydlig reglering för när generella direktiv kan utfärdas men av Socialstyrelsens föreskrift framkommer att det ska användas restriktivt.²⁷ Vi har varit i kontakt med Socialstyrelsen för att få mer information om hur *restriktiv* ska förstås men myndigheten hänvisar till att de inte kan tolka föreskriften utan att det är tillsynsmyndigheten som kan klargöra vad restriktiv innebär. Vad vi känner till så har IVO inte fattat några beslut som klargör praxis för när generella direktiv får användas.

5.8.1 Mifepriston

Särskilda bestämmelser om begränsningar av utlämnande av mifepriston från apotek finns i Läkemedelsverket föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel. Enligt 4 § får ett läkemedel som innehåller mifepriston endast lämnas ut till ett allmänt sjukhus eller sådan annan vårdinrättning som IVO godkännt i enlighet med abortlagen. Läkemedlet får alltså inte lämnas ut från ett apotek till en enskild patient.

Föreskriften är från 2017, då man samlade ihop flera olika restriktioner av förskrivning till samma föreskrift. Den initiala föreskriften kom till 1992.

Den abortsökande får således ta den första tabletten med den aktiva substansen mifepriston på abortmottagningen i enlighet med gällande lagstiftning.

Det vanligaste läkemedlet i dag är Mifegyne som är ett registrerat läkemedel för medicinsk abort, upp till 63 dagars amenorré (graviditetsvecka 9 + 0 dagar). Det används dock för att utföra aborter även efter 63 dagar, det används då off-label. Läs mer om vad det är i avsnitt 5.8.2 och utredningens resonemang kring off-label-användning av läkemedel för abort i avsnitt 9.2.

²⁷ HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Utvärdering av att ta mifepriston utanför vårdinrättning vid medicinsk abort

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, fick 2021 ett regeringsuppdrag att utvärdera det vetenskapliga stödet för att vid en medicinsk abort ta läkemedlet mifepriston i hemmet. I utvärderingen definieras hemmet som en plats utanför vårdinrättning som den abortsökande själv väljer, och detta jämförs med att ta mifepriston på en vårdinrättning. SBU utvärderade hur detta påverkar effektiviteten av abortbehandlingen, det vill säga att aborten genomförs utan ytterligare behov av åtgärder. I rapporten bedöms även komplikationer, behovet av vård, efterlevnad av behandlingens råd, kvinnors upplevelse av aborten och praktiska konsekvenser av att kunna anpassa platsen och tiden för aborten, samt etiska aspekter.

Sammanfattningsvis konstateras i rapporten att det inte är någon skillnad i abortbehandlings effektivitet då mifepriston tas i hemmet jämfört med på en vårdinrättning (hög tillförlitlighet). Det är inte heller någon skillnad i hur behandlingens råd efterlevs (måttlig tillförlitlighet). Komplikationer relaterade till aborten är ovanliga, och det finns ingen påvisbar skillnad mellan grupperna.²⁸

5.8.2 Misoprostol

Misoprostol, som är ett syntetiskt prostaglandin, är den aktiva substansen i läkemedel som ordineras för att intas i det andra steget i en medicinsk abort. Misoprostol kan redan i dag förskrivas på recept och lämnas ut till patient på apotek, till skillnad från mifepriston. Det sker dock inte i praktiken utan den abortsökande får i dag båda läkemedlen ordinerade och utdelade vid sitt besök på vårdinrättningen.

Det vanligaste läkemedlet med misoprostol som används vid medicinsk abort är Cytotec, som i dag är registrerat med indikationen ventrikelsår, det vill säga magsår. När ett läkemedel används för något annat än det som är den godkända indikationen kallas det *off label-användning*. Läkemedel som innehåller misoprostol används i hög grad inom obstetrik och gynekologi på andra indikationer än de som finns registrerade. Ett problem med off label-användning,

²⁸ SBU, 2023. Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

som beskrivs i en artikel i Läkartidningen är att det då saknas riktlinjer för korrekt användning från företaget som tillverkar medicinen. I artikeln lyfts också att evidensbaserade medicinska riktlinjer därför blir extra viktiga.²⁹

För off label-förskrivning gäller att dokumenterad vetenskap och beprövad erfarenhet ska ligga till grund för användning av ett godkänt läkemedel på icke-godkänd indikation. Behandlingen sker på den ordinerande läkarens ansvar. Läkemedelsverkets uppfattning är att godkänt läkemedel med godkänd indikation bör vara förstahandsval vid ordination och förskrivning. Läs mer om utredningens resonemang kring off label-användning av läkemedel för abort i avsnitt 9.2.

Misoprostol har upptagits på WHO:s lista över ”essential medicines” med fyra indikationer:

- inducerad abort efter förbehandling med mifepriston där detta är legalt
- inkomplett abort
- förlossningsinduktion
- behandling av postpartumblödning.

5.9 Uppföljning efter aborten

En okomplicerad abortbehandling har ingen negativ effekt på den framtida fertiliteten och ägglossning kan ske redan inom en vecka efter aborten. Preventivmedel bör därför börja användas av den som önskar detta utan onödigt dröjsmål efter aborten och kompletterande skydd kan behövas om preventivmetoden påbörjas mer än fem dagar efter aborten. Det finns god evidens för att långtidsverkande preventivmedel som hormonspiral, och implantat (p-stav) har många fördelar för att minska risken för en ny oplanerad graviditet.³⁰ P-stav kan med fördel appliceras redan i samband med intag av mifepriston enligt en svensk studie.³¹

²⁹ Gemzell, 2013, Misoprostol off label avgörande för kvinnors hälsa, Läkartidningen. 2013;110:CIPL.

³⁰ SFOG, 2024, FARG Råd för Inducerad abort.

³¹ Egardt, et al, 2020, Adherence to Swedish national recommendations for long acting reversible contraceptive provision at the time of medical abortion.

En uppföljning ska erbjudas cirka 1 till 3 veckor efter abort-behandlingen. Syftet med detta är framför allt att utesluta fortsatt graviditet. Komplikationer bör föranleda kontakt oavsett den planerade uppföljningen. Den som genomgått abort kan själv göra uppföljning med ett lågkänsligt urin-hCG test.³²

Merparten av de verksamhetsföreträdare vi har intervjuat har beskrivit att den vanligaste formen av kontroll efter en abort är att ett graviditetstest skickas med hem och den som genomfört aborten återkommer om det skulle visa sig vara positivt. Ett viktigt skäl till detta var enligt verksamhetsföreträdarna att de som genomfört abort som regel tackade nej till ett fysiskt återbesök. Det kunde även vara svårt att få tag på dem via telefon efter genomförd abort i hemmet. Verksamheterna har därför ansett att det är en mer effektiv användning av resurser att skicka med graviditetstest och att uppmäna till ny kontakt med abortverksamheten vid frågor. Av våra intervjuer framkommer även att få utnyttjar möjligheten till ett stödsamtal efter genomförd abort.

5.10 Preventivmedelsrådgivning i samband med abort

Preventivmedelsrådgivning är en central del av abortvården. Redan i samband med första samtalet informeras ofta kvinnan om vilka preventivmedel som finns. Studier har visat att 30–50 procent av de som söker abort har genomgått en eller flera aborter tidigare. År 2023 hade 45 procent av de kvinnor som genomgick abort gjort en eller flera aborter tidigare. Den som genomgår en abort har således hög risk för upprepade oönskade graviditeter. Preventivmedelsrådgivning och frågor om nuvarande preventivmedel ingår också i SFOG:s råd för anamnesen.

I en stor studie fann man att kvinnor som blev erbjudna preventivmedel direkt vid aborten var betydligt mer benägna att välja en hormonspiral eller en p-stav jämfört med kvinnor som inte genomgått abort. Rekommendationen är därför att kvinnan i första hand ska rekommenderas en långtidsverkande metod för antikonception efter en abort.³³

³² SFOG, 2024, FARG Råd för Inducerad abort.

³³ SFOG, 2018, ARG familjeplanering Inducerad abort.

Tidigare sattes ett långtidsverkande preventivmedel sattes in vid en uppföljningskontroll flera veckor efter att aborten genomförts. Det finns det dock ett antal studier som visat effektivitet vid insättning av långtidsverkande preventivmedel redan vid det besök på kliniken då det första läkemedlet tas.³⁴

Vid de intervjuer som genomförts med abortmottagningar lyfts det här som en särskilt viktig del av abortvården. Minskad kontakt med vården kan innebära färre chanser att informera om preventivmedel.

5.11 Komplikationer i samband med abort

När vi tittar på registreringen av komplikationer efter en abort kan vi konstatera att det är svårt att tolka statistiken och dra några slutsatser. I regionernas riktlinjer för komplikationer vid abort kan vi läsa att det inte finns någon konsensus kring hur registrering ska ske och att det finns regionala riktlinjer som skiljer sig åt. Då det i dag inte finns kompletta register över abortvården så kan vi inte garantera att vi har hela bilden av komplikationer i samband med abort.

Vi har försökt samla in statistik över de komplikationer som registrerats kring aborter. Vi har dels tittat på komplikationer registrerade i Patientregistret, PAR, begärt ut lex Marior och enskilda klagomål från IVO, dels kontaktat Lof Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Lof) gällande ärenden som de handlagt.

Lof är ett rikstäckande försäkringsbolag som har till huvuduppgift att försäkra vårdgivare som finansieras av regionerna. Deras uppdrag är att utreda och lämna ersättning till patienter som skadas i vården. 2019–2023 inkom drygt 96 000 anmälningar. Av dessa gällde 91 abort, varav hälften var medicinska aborter och hälften kirurgiska aborter. I 40 av dessa ärenden betalades ersättning ut. Hälften av dessa 40 gällde medicinska aborter.

Totalt 19 lex Maria har inkommit till IVO mellan 2018–2023. Under samma period inkom 129 enskilda klagomål enligt patientsäkerhetslagen. Den sammantagna bilden visar att kraftiga blödningar är den vanligaste komplikationen.

³⁴ Sothornwith, Eamudonkarn, et al, 2022, Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implant.

I relation till det genomförs cirka 35 000 aborter om året i Sverige kan vi konstatera att det är en behandling/ingrepp som mycket sällan leder till komplikationer.

5.12 Minderåriga som genomför abort

Under 2022 stod kvinnor som var 18 år eller yngre för 6,6 procent av aborterna som utfördes. En större andel än för de äldre åldersgrupperna fullföljdes på sjukhus, cirka 80 procent jämfört med 50 procent för de äldre åldersgrupperna.³⁵

Många av abortverksamheterna har ålder som ett kriterium för att genomföra hemabort. Det kan exempelvis innebära att aborten alltid genomförs på sjukhus för den som är under 15 år. Här är det också viktigt att vården fångar upp barn som eventuellt far illa och anmäler det till socialtjänsten. Det är också extra viktigt med en bra preventivmedelsrådgivning för att minska risken för fler oplanerade graviditeter.

5.13 Telemedicin

Varje år genomförs 25 miljoner osäkra aborter och upp till 47 000 kvinnor och flickor dör som en följd av dessa, enligt Världshälsoorganisationen (WHO). Orsaken kan vara bristande resurser, stigma kring abort eller restriktiva abortlagar. En studie som publicerades 2022 i *The Lancet* visade att medicinsk abort kan genomföras både säkert och effektivt på distans, utan rutinmässig ultraljudsundersökning. Studien omfattade 900 kvinnor från fyra kliniker i Kapstaden, Sydafrika. Kvinnorna var i graviditetsvecka 9 eller tidigare och sökte vård för abort.

Forskarna jämförde två grupper: för den ena genomfördes aborten enligt dagens rutiner, och för den andra gruppen användes telemedicin utan något fysiskt besök. I studien jämfördes sedan andelen fullständig abort, fortsatt graviditet, biverkningar och hur nöjda deltagarna var med behandlingen. Man fann att de kvinnor som genomfört aborten via telemedicin följde instruktionerna väl och

³⁵ Socialstyrelsen, 2024, Statistik om aborter 2023.

uppnådde lika bra och säkra behandlingsresultat som de kvinnor som fått standardvård.³⁶

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare framkommer att de är splittrade i frågan om det är lämpligt att erbjuda medicinsk abort via telemedicin eller inte. Som skäl emot har bland annat framkommit att värdet i ett land som Sverige, där tillgången till abortkliniker är god, är begränsat och att fördelarna med att datera med ultraljud väger tyngre. Flera har också uttryckt en oro för att det blir svårare att ge råd om preventivmedel om besöket endast sker digitalt.

5.14 Förändring av arbetsuppgifternas fördelning

Även om läkare i dag har det övergripande ansvaret för genomförandet av medicinska aborter har en förskjutning av arbetsuppgifter i abortverksamheten skett sedan lagstiftningen tillkom. Många arbetsuppgifter som tidigare utfördes av gynekologer utförs i dag av barnmorskor, vilket beskrivits ovan.

I takt med att medicinsk abort utvecklades uppstod behov att anpassa organisationen av aborter för att förbättra effektiviteten. Enligt rapporten från Socialstyrelsen³⁷ bör barnmorskor kunna få en större roll under abortprocessen än i dag, vid okomplicerade graviditeter. Det poängteras att det är en fördel för såväl patient som yrkesutövare om en barnmorska kan följa kvinnan från gynekologisk undersökning (med bland annat vaginalt ultraljud) till abortens genomförande och efterkontroll. Det kan kännas tryggare för kvinnan att träffa en och samma person under hela abortprocessen.

Vid intervjuer med landets abortmottagningar framkommer att majoriteten har helt barnmorskeledda avdelningar. De abortsökande som har en kortare graviditetslängd (gränsen varierar mellan graviditetsvecka 9 + 0 dagar och graviditetsvecka 12 + 0 dagar) och som i övrigt är friska hanteras endast av barnmorskor och har ingen personlig kontakt med läkare.

Det konstateras också i Socialstyrelsens rapport att läkare behövs inom abortverksamheten för att säkerställa patientsäkerheten och

³⁶ Endler, et al, 2022, A telemedicine model for abortion in South Africa: a randomised, controlled, non-inferiority trial.

³⁷ Socialstyrelsen, 2008, Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk.

för att kunna ta hand om komplicerade fall, men även för att kvinnan har rätt att träffa en läkare om hon så önskar. Till sist framhålls dock att ansvaret för att utföra aborter, såväl medicinska som kirurgiska, bör ligga kvar hos läkare.³⁸

5.15 Barnmorskors utbildning och kompetensutveckling

Barnmorskor som i dag arbetar inom abortvården i Sverige kan efter särskild utbildning inom ultraljudsdiagnostik självständigt utföra samtliga delmoment vid tidiga medicinska aborter på friska abortsökande. I abortvård ingår förutom att bestämma graviditetslängd med hjälp av ultraljud även telefonrådgivning och tidsbokning, information om hur aborten går till, administrering av abortläkemedlen och smärtlindring, preventivmedelsrådgivning samt uppföljning.³⁹

5.16 Statistik kring abortvården

Socialstyrelsen samlar in statistik kring abort, det är dock enligt nuvarande regelverk förbjudet att registrera personuppgifter vid aborter. Socialstyrelsens uppgifter bygger i stället på frivillig insamling från kliniker som utför aborter. Insamlingen är anonym och det går därmed inte att kontrollera och justera eventuella fel och dubbelrapportering. Skälet är att lagstiftarna ansåg att kvinnor som gjort abort måste skyddas från anklagelser och påverkan från abortmotståndare. Den statistik som Socialstyrelsen har över aborter innehåller därför väldigt lite information jämfört med vad som registreras för all annan vård. I en idépromemoria som överlämnades till 2009⁴⁰ föreslogs ett nationellt abortregister. Förslaget förkastades dock av alla partier utom Kristdemokraterna och kom att kallas för ett ”skuld- och skamregister” i debatten.⁴¹

³⁸ Socialstyrelsen 2008, Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk.

³⁹ SBU, 2023. Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

⁴⁰ S 2008/3709/HS, 2009, Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet – idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter.

⁴¹ <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/utredare-vill-registrera-aborter-1>. Hämtad 2024-10-30.

All slutenvård ska rapporteras till patientregistret (PAR), det gäller dock endast läkarkontakter inom somatisk specialiserad öppenvård samt vårdkontakter med andra yrkeskategorier om det är inom psykiatrisk specialiserad öppenvård. Eftersom det är barnmorskor som i många fall är ansvariga för aborter så blir inte heller denna statistik komplett. Uppgifter om aborter registrerades fram till och med 2016 men innehöll då inga personuppgifter. Under 2016 skickade Socialstyrelsen en begäran till regeringen om att ändra förordningen om patientregister. Anledningen var att flera aktörer framfört till Socialstyrelsen att de uppgifter som fanns registrerade inte räckte för att på ett systematiskt sätt följa upp och utveckla kvaliteten på abortvården. Från 2017 ingår även personnummer i de uppgifter om aborter som registreras i PAR.

5.17 Upplevelser av att genomgå en abort i hemmet

Det finns mycket forskning som tittar på hur den psykiska hälsan påverkas av att genomföra en abort. Kvinnor som genomgått en inducerad abort innan vecka 18 har inte någon särskild påverkan på den psykiska hälsan kopplat till själva aborten.⁴²

När det gäller specifikt upplevelsen av hemaborter finns det en internationell genomgång av 36 studier om kvinnors upplevelser av att själv administrera läkemedel vid abort visar att de flesta kvinnor rapporterade en stark känsla av tillfredsställelse med valet att få sköta sig själv. Att kunna vara hemma under aborten gav en känsla av tystnad, avskildhet, säkerhet och komfort. Vissa uttryckte dock önskemål om mer medicinsk vård på grund av osäkerhet kring korrekt administrering av medicinen, förmåga att hantera komplikationer samt att få stöd under process.⁴³ Realistisk information inför hemabort är viktigt för att inte orsaka obehagliga och oväntade överraskningar för den som genomgår aborten. Olika behandlingsalternativ med dess för- och nackdelar samt information om effektivitet, säkerhet och hälsorisker behöver ges till den abortsökande för att kunna fatta ett informerat beslut inför aborten.⁴⁴

⁴² Wallin Lundell, 2014, Induced Abortions and Posttraumatic Stress – Is there any relation?

⁴³ Wainwright et al, 2016, Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis.

⁴⁴ Baratitser et al, 2022, Improving experience of medical abortion at home in a changing therapeutic, technological and regulatory landscape: a realist review.

Vid medicinsk abort är smärta en del i processen även om smärta är en subjektiv upplevelse och upplevelsen skiljer sig mellan olika personer. Realistisk information innan aborten om smärtans typ och intensitet tillsammans med tillräcklig smärtbehandling är avgörande för en högkvalitativ abortvård.⁴⁵

5.18 Nationell styrning

5.18.1 Socialstyrelsens föreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2009:15 ska tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av abortlagen. I föreskrifterna anges att det är fri abort till graviditetsvecka 18 + 0 dagar och att det där efter krävs tillstånd från Socialstyrelsens rättsliga råd. Här anges också krav på information, stödsamtal, genomförande av abort, efterkontroll med mera. Enligt föreskrifterna ska det första läkemedlet vid en medicinsk abort tas på en sjukvårdsinrättning, medan det andra läkemedlet kan intas i hemmet om det bedöms lämpligt och den abortsökande så önskar.

5.18.2 SFOG råd för inducerad abort

Det finns råd för inducerad abort som tagits fram av SFOG:s arbetsgrupp för familjeplanering. SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) är en sammanslutning av svenska gynekologer-obstetriker och andra läkare som är intresserade av obstetrik och gynekologi, och där samordnas landets regionala gynekologiska sällskap. SFOG har ett stort antal arbets- och referensgrupper som bevakar utvecklingen inom specialiteten. Arbetsgrupperna tar fram skrifter med senaste rön och rekommendationer, och kan utarbeta nationella råd och riktlinjer inom sina områden.

Råden innehåller vad som är viktigt att belysa i anamnesen: antal graviditeter och utfall, vissa sjukdomar och känslighet, livsstil, behov av psykosocialt stöd med mera. Där listas också vilka undersökningar som bör göras och hur medicinering och förfarande bör se ut beroende på graviditetslängd. Dessutom anges de kriterier som

⁴⁵ Röseth et al, 2023, "Out of This World": Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain.

bör vara uppfyllda för att en hemabort ska bli aktuell och om preventivmedelsrådgivning.⁴⁶

5.19 Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Folkhälsomyndigheten är ansvarig för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Under 2019 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram en nationell strategi för området. Det övergripande målet för strategin är en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Ett av strategins delmål, reproduktion och reproduktiv hälsa, innebär att alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många gånger och på vilket sätt de önskar få barn. Rätten omfattar även en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort. Myndigheten har därefter också, på regeringens uppdrag, tagit fram en handlingsplan för att stärka och utveckla det nationella arbetet med SRHR, och detta är en grundläggande del av den allmänna hälsan och välbefinnandet under hela livet – både fysiskt, psykiskt och socialt. En god sexuell hälsa är i sin tur beroende av sexuella och reproduktiva rättigheter, vilka utgör en självklar del av folkhälsoarbetet.

5.20 Internationella riktlinjer

5.20.1 WHO:s Riktlinjer för abort

Världshälsoorganisationen, WHO, publicerade 2022 uppdaterade riktlinjer kring abort. Att stärka tillgången till abortvård inom hälso- och sjukvårdssystemet är grundläggande för att uppnå målen för hållbar utveckling avseende såväl god hälsa och välbefinnande som jämställdhet. I WHO:s globala strategi för reproduktiv hälsa, som syftar till att internationella utvecklingsmål ska uppnås snabbare, är eliminering av osäkra aborter ett prioriterat område.

Vikten av högkvalitativ abortvård understryks på liknande sätt i FN:s globala strategi för kvinnors, barns och ungdomars hälsa. Där ingår evidensbaserade insatser för abort och vård efter abort

⁴⁶ SFOG, 2024, FARG Råd för Inducerad abort.

som ett effektivt sätt att hjälpa individer att blomstra och samhällen att förändras.⁴⁷

5.20.2 FIGO

FIGO, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, är den internationella sammanslutningen av nationella organisationer inom gynekologi och obstetrik. Organisationen har stor påverkan på utformningen av dessa specialistområden runt om i världen. Den värnar kvinnors rätt att välja om de vill skaffa barn och jobbar för tillgång till säkra aborter. Man tillsatte 2007 en arbetsgrupp, "Prevention of Unsafe Abortion Initiative", för att förebygga konsekvenserna av osäkra aborter. Till arbetsgruppens framgångar hör riktlinjer om införandet av Manual Vacuum Aspiration (MVA) och medicinska aborter på sjukhus i Sydostasien. Barnmorskor och sjuksköterskor har utbildats i att utföra och initiera abort med MVA.

5.20.3 ICM

ICM, International Confederation of Midwives, är en sammanslutning av barnmorskor över hela världen. Historiskt har organisationen inte arbetat i någon större utsträckning med abortfrågan, men det har förändrats under senare år, då organisationen lyft barnmorskans roll vid säkra aborter.

5.21 Om verksamheter som utför abort

I abortlagen anges att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt. Bestämmelsen har sin grund redan i 1938 års lag. I betänkandet *Rätten till abort* från 1965 års abortkommitté (SOU 1971:58) anges följande: "Det bör ankomma på Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården att avgöra, om enskild sjukvårdsinrättning fyller de medicinska standardkraven och kan godkännas för abortoperation. Med hänsyn till att det är så få privata

⁴⁷ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

sjukvårdsinrättningar, som är utrustade för operation, har frågan en begränsad räckvidd. Vad nu sagts bör även gälla allmän sjukvårdsinrättning, som inte är sjukhus (exempelvis vårdcentraler).”

Det finns ett 60-tal kliniker i regioners regi som utför aborter. IVO för inget särskilt register över vårdinrättningar som utför aborter i enskild regi. I dialog med IVO har det framkommit att det inte är möjligt att få fram samlad information angående vilka som bedriver abortverksamhet från övriga register eller datasystem. Genom IVO har vi tagit del av ansökningar och beslut om tillstånd för att bedriva abortverksamhet. En relativt stor andel av dessa angav till oss att de inte längre utförde aborter. Vi har även fått ut en lista från Socialstyrelsen över de verksamheter som rapporterar in statistik gällande aborter till myndigheten. Enligt Socialstyrelsens uppgifter finns det 16 privata kliniker som utför aborter.

5.21.1 Vad krävs för att få bedriva abortverksamhet?

Den som önskar utföra aborter ska beskriva hur kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15) ska uppfyllas. Tidigare genomfördes även fysiska besök vid mottagningarna, men i dag fattas beslut utifrån ansökan och eventuella kompletteringar. I samband med ansökan begärs det in rutiner bland annat för den medicinska information som ska lämnas (3 kap. 1 §), samt rutiner för preventivmedelsrådgivning och stödsamtal (3 kap. 2 §).

6 En förändrad abortlag

I detta kapitel beskriver vi på ett övergripande plan vilka förändringar som vi föreslår ska genomföras i abortlagen (1974:595) och vilket syftet är med förändringarna. Förändringarna som vi föreslår ska införas ska möjliggöra hemaborter, öppna upp för att barnmorskor formellt kan få ett större ansvar för medicinska abort, modernisera abortlagen språkligt, samt i övrigt anpassa lagstiftningen till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov i enlighet med utredningens direktiv.¹ Vi beskriver även översiktligt den förordning till abortlagen som vi föreslår ska införas.

I kapitlet gör vi även bedömningar kring den straffrättsliga bestämmelsen i abortlagen som rör behöriga läkare samt Socialstyrelsens rättsliga råds roll i abortärenden. Dessa områden ligger utanför vårt direktiv men vi lämnar en bedömning av att det finns ett behov av översyn.

6.1 En förändrad abortlag

Förslag: Ett antal förändringar i abortlagen ska genomföras. Den förändrade abortlagen ska innehålla tydligare bestämmelser om rätten för den som är gravid att göra abort samt om hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillhandahålla detta. Den förändrade abortlagen ska innehålla ett modernare språkbruk och vara anpassad till både nuvarande abortvård och framtida förändringar.

Förslag: En abortförordning ska införas. Förordningen ska tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av abortlagen (1974:595).

¹ Dir. 2023:83. Några frågor om grundläggande fri och rättigheter. 2023 års fri- och rättighetskommitté (Ju 2023:05).

6.1.1 Vårt uppdrag

Enligt vårt direktiv (dir. 2023:89) ska utredaren bland annat

- föreslå hur medicinsk abort kan genomföras i hemmet
- analysera och bedöma om det finns förutsättningar för att ge barnmorskor ett större ansvar för medicinsk abort
- föreslå hur abortlagen kan modernas språkligt och lämna nödvändiga författningsförslag.

6.1.2 Om förslaget och skäl för förslaget

De förändringar som vi föreslår beskrivs framför allt i kapitel 7–11. I detta kapitel beskrivs övergripande den förändrade lagen och våra intentioner med de förändringar som vi föreslår.

Syftet och intentionen med förändringar i abortlagen

Abortlagen ska innehålla bestämmelser som tydligt reglerar den fria aborten till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar. Även nuvarande lagstiftning har tolkats och tillämpats som att det föreligger en rättighet för den abortsökande att få en abort utförd, trots att det inte framgår uttryckligen av lagstiftningen. I den förändrade abortlagen ska rätten att få göra en abort till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar tydligare framgå och kopplas till en skyldighet för hälso- och sjukvården att tillhandahålla abort skyndsamt. Enligt 1 § SOSFS 2009:15 Socialstyrelsens föreskrifter om abort, ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att en abort utförs snarast möjligt. Att ange i abortlagen att abort ska ske skyndsamt stärker denna rättighet för abortsökande.

Abortlagen ska ha ett modernare språkbruk. Det innebär bland annat att ord som *havandeskap* byts ut mot *graviditet*.

I lagen används begreppet rätt att *göra abort* i stället för att *utföra abort*. I lagstiftningen är rättigheten kopplad till den gravida, i stället för utföraren. Begreppet göra omfattar både de moment som den abortsökande gör själv och de moment som hälso- och sjukvårdspersonalen utför.

Abortlagen ska innehålla så lite detaljstyrning som möjligt men ändå säkerställa en hög grad av patientsäkerhet. Den ska vara funktionell för dagens abortvård men även fungera för framtida vård. Lagen innehåller i sig inte nya krav på hälso- och sjukvården eller utökade rättigheter för den enskilde, utan det är endast förtydliganden av hur nuvarande abortlag tillämpas.

Även om rätt till abort tydliggörs i lagstiftningen kommer samma regelverk gälla som för övrig hälso- och sjukvård vad gäller rätt till överklagande, det vill säga att rättigheten inte är utkrävbar i domstol.

I lagstiftningen ska begreppet *den som är gravid* användas

I nuvarande abortlag anges att abort får utföras om en kvinna begär att hennes havandeskap avbryts, om åtgärden vidtas före utgången av 18:e havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Vi har av flera skäl valt att byta ut begreppet *kvinna* mot *den som är gravid*.

Skälen till att vi anser att "den som är gravid" ska användas i lagstiftningen

När abortlagen skrevs var det endast kvinnor som hade möjlighet att bli gravida och de enda som hade möjlighet att kräva att en abort skulle utföras. Det här var ett viktigt steg för kvinnors rättigheter.

Steriliseringskravet för personer som byter juridiskt kön togs bort år 2013, vilket innebär att även andra grupper än kvinnor i dag kan bli gravida och därmed rätt att kräva att få göra en abort. De som vid födsel fått det juridiska könet kvinna och sedan ändrat sitt juridiska kön till man, men har kvar sin livmoder och således kan bli gravid, faller inte längre in i begreppet kvinna.

Vi har provat olika vägar för att möta den medicinska och juridiska verkligheten. För att den förändrade abortlagen ska vara korrekt, ändamålsenlig och språkligt moderniserad krävs att alla som har ett intresse av och rätt att kräva abort omfattas av lagens rekvisit. Att endast behålla *kvinna* ser vi inte som en möjlighet. Detta då rätten till abort ska gälla alla i Sverige som är gravida, oavsett könstillhörighet.

Det ska vara tydligt vem som har möjlighet att begära en abort; det är graviditeten som är bärande för rätten till abort. Begreppet *den gravida* är att föredra för att förenkla och modernisera lagen. Begreppet *den gravida* ställer emellertid inget nytt eller särskilt krav på fastställelse av graviditeten. Alternativet att skriva ut fler grupper än kvinnor explicit i lagtexten varje gång det behövs, som exempelvis *kvinnor som är gravida eller annan gravid*, har valts bort då det blir både onödigt långt och svårläst, och dessutom riskerar att verka stigmatiserade mot de grupper som inte faller in under gruppen kvinna. Begreppet kvinna är inte heller juridiskt direkt kopplat till graviditeten.

Ordet patient bedöms inte som ett fungerande alternativ. Skälen till det är flera. Ett skäl är att både den nuvarande och den föreslagna regleringen är skrivna som en rättighetslagstiftning. De som har rätt till abort är inte patienter innan de har sökt vård. Ett annat skäl är att inte alla patienter i Sverige har möjlighet att kräva en abort. Det är graviditeten som gör att någon har rätt att fatta beslut om att avbryta den. Utifrån resonemanget ovan har vi landat i att *den som är gravid* är det mest ändamålsenliga alternativet i lag som inkluderar kvinnor såväl som andra som kan vara gravida.

Tidigare regering har även uttalat att det är viktigt att sträva efter en könsneutral utformning av regler i samband med reglerna om assisterad befruktning av ensamstående kvinnor: ”Enligt regeringens mening är det viktigt att sträva efter en könsneutral utformning av regler. Utredningen ska i sitt slutbetänkande ta ställning till om ordningen med en analog i stället för direkt tillämpning av gällande regler kan medföra problem vid tillämpningen av olika författningar och föreslå de följdändringar som behövs. Det är därför inte lämpligt att överväga frågan inom ramen för detta lagstiftningsärende.” Slutbetänkandet landade i att de inte haft tillräckliga resurser för att göra en total översyn av föräldraskapsbegreppen och konsekvenser av könsneutrala skrivningar.²

Frågan om föräldraskapsbegreppen och konsekvenser av könsneutrala skrivningar har särskilt utretts. År 2022 lades ett förslag om en könsneutral föräldrabalk för att komma till rätta med en invecklad och svåröverskådlig lagstiftning.³

² SOU 2016:11 *Olika vägar till föräldraskap*.

³ SOU 2022:38 *Alla tiders föräldraskap*, sid. 387.

Vårt förslag att använda begreppet *den som är gravid* ska inte tolkas som ett ställningstagande kring vikten av jämställdhetsintegrering. Jämställdhetsintegrering innebär att ett jämställdhetsperspektiv ska beaktas i all politik som påverkar människors villkor, så att alla kvinnor och män, flickor och pojkar kan leva jämställda liv. Vi anser att det är viktigt att flickor och kvinnor belyses i lagstiftning och andra offentliga dokument när det är möjligt. Som vi beskrivit ovan har vi dock inte funnit att det är ändamålsenligt att enbart nämna kvinnor i den förändrade abortlagen. Detta påverkar inte att rätten till abort negativt för kvinnor utan rätten till abort har varit, och kommer fortsatt vara en viktig kvinnorättsfråga. Den absoluta majoriteten som påverkas av lagen kommer fortsatt att vara kvinnor och flera att våra förändringar syftar till att förtydliga rätten till abort för målgruppen. Vi ser inte att förändringen som innebär att begreppet *kvinnor* utgår ur lagstiftningen, negativt påverkar kvinnors rätt till abort.

I och med den nya könstillhörighetslagen som träder i kraft den 1 juli 2025 kommer det bli enklare att byta juridiskt kön i Sverige, vilket gör att målgruppen som omfattas av den förändrade abortlagen kan öka.

I likhet med vårt förslag använder även Norge i sin nya abortlag begreppet *gravide*, och förtydligar i sin proposition att det gäller alla gravida oavsett juridiskt kön.⁴

Inspel från Sveriges kvinnoorganisationer

Vi har den 21 november 2024 tagit emot en skrivelse från Sveriges Kvinnoorganisationer. Utredningen och Sveriges Kvinnoorganisationer har under utredningstiden vid två tillfällen träffats och diskuterat utredningens uppdrag och då särskilt frågan om begreppet *kvinnor* i lagstiftningen. Sveriges Kvinnoorganisationer framför bland annat i skrivelsen att utifrån kontakterna med utredningen har de förstått att detta tolkas som att språket ska göras könsneutralt och att ordet *kvinnor* ska tas bort. Sveriges kvinnoorganisationer menar dock att det är modernt att synliggöra kvinnor i lagstiftning och att om regeringen hade velat göra abortlagen könsneutral borde detta ha skrivits fram i direktivet.

⁴ Prop. 117 L, 2024 *Lov om abort (abortloven)*.

Utredningens slutsats

Vi har landat i att det vid modernisering av lagen är mest ändamålsenligt att använda begreppet *den gravida* i stället för *kvinnan* av ovan anförda skäl.

Möjligheten att neka abort på grund av sjukdom hos den abortsökande ska utgå

I 1975 års abortlag föreskrivs att abort får utföras om den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Enligt 4 § ska frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning för den situation då abort har vägrats på grund av att den kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Vi har varit i kontakt med Socialstyrelsens rättsliga råd och fått information att inga sådana ärenden har inkommit till Rättsliga rådet under de senaste tio åren. Bestämmelsen används således inte i praktiken. Enligt de professionsföreträdare vi har varit i kontakt med förekommer det inte situationer där en abort är farligare för den gravida än en fortsatt graviditet och förlossning. Vi föreslår därför att bestämmelsen ska upphöra att gälla. Det innebär i praktiken att möjligheten för hälso- och sjukvården att neka abort fram till graviditetsvecka 18 + 0 dagar tas bort.

Större fokus på rätten att få göra abort

Vi föreslår att det i den förändrade abortlagen ska finnas tydligare bestämmelser som uttrycker rätten för en abortsökande att få göra en abort innan graviditetsvecka 18 + 0 dagar. För att betona vikten av denna rättighet föreslår vi även att det ska införas särskilda bestämmelser som beskriver hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla aborter skyndsamt. Förslagen beskrivs närmare i kapitel 7 och 8.

Godkännande av vissa verksamheter ska utgå och ersättas med en anmälningsskyldighet

I 5 § 2 stycket nuvarande abortlag finns en bestämmelse som anger att abort eller avbrytande av havandeskap ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt. Bestämmelsen har funnits i abortlagen sedan 1938 års lag och syftade till att säkerställa att aborter utfördes på allmänna sjukhus eller motsvarande vårdinrättningar under kontrollerade och hygieniska former. Under denna tid utfördes endast kirurgiska aborter. Vi bedömer att syftet med bestämmelsen när den infördes var ett annat än hur den tillämpas i dag, och att den därför ska utgå. Detta beskrivs närmare i kapitel 8.

En ny förordning till abortlagen ska införas

Vi föreslår att en ny förordning till abortlagen ska införas för att komplettera lagen. Förordningen ska innehålla specifika krav på vad abortverksamheter ska erbjuda abortsökande utöver de stöd- och samtal som regleras i abortlagen. Läs om kraven som vi föreslår ska införas i förordningen i kapitel 8. Av 6 kap. HSL följer att regeringen får meddela föreskrifter om bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt samt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård till skydd för enskilda. Detta bemyndigande kan betraktas som förhållandevis vidsträckt och vi bedömer att en ny förordning som kompletterar abortlagen omfattas av regeringens bemyndiganden enligt 6 kap. HSL.

Övervägande om en ny abortlag

Vi övervägde att i stället för att föreslå förändringar i nuvarande abortlag föreslå att en ny abortlag skulle införas. Syftet med detta skulle vara att lagen blir mer lättläst och mer överskådlig. Vi har dock kommit fram till att de förändringar vi föreslår med stöd av vårt direktiv är möjliga att genomföra inom ramen för nuvarande abortlag och vi landade därför i en sådan lösning. Ett viktigt skäl till att vi inte föreslår en ny abortlag är att vårt uppdrag är begränsat.

sat till vissa frågor och införandet av en ny abortlag bör föregås av en översyn av samtliga bestämmelser. Nedan beskriver vi områden som inte omfattas av vårt direktiv men där vi vill framföra synpunkter som inkommit till utredningen och peka på ett behov av översyn.

6.2 Straffbestämmelserna i lagen

Förslag: 9 § första stycket abortlagen ändras på så sätt att den som utan vara *hälso- och sjukvårdspersonal* utför aborter på annan, döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år. I nuvarande bestämmelse anges den som utan att vara *behörig läkare*.

Bedömning: Vi bedömer att det ligger utanför vårt direktiv att föreslå att straffbestämmelserna i abortlagen i sin helhet ska utgå. Vi bedömer dock att det finns behov av att se över straffbestämmelsen i 10 § abortlagen (1974:595) och att regeringen därför bör initiera en sådan utredning.

6.2.1 Skäl för förslaget

I 9 § första stycket abortlagen anges att den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket uppsåtligen utför abort på annan, döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år. I 5 § första stycket anges att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Vi föreslår att 5 § första stycket ska utgå ur lagen. Som en följd av detta ska 9 § första stycket ändras på så sätt att det blir olagligt för annan än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra abort på annan.

Vem tillhör hälso- och sjukvårdspersonal

Enligt 1 kap. 4 § PSL avses med hälso- och sjukvårdspersonal bland annat den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar, den som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare och apotekspersonal tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar.

Det bör fortsatt vara olagligt för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra aborter

Vi anser att det även fortsatt ska vara olagligt för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra aborter. I dag regleras det i 9 § abortlagen, som anger att den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket uppsåtligen utför abort på annan, ska dömas för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år. Vi bedömer att denna straffbestämmelse syftar till att skydda abortsökande från osäkra aborter.

Det är viktigt att den abortvård som ges är patientsäker och av god kvalitet. Illegala aborter är vanliga i vissa delar av världen, och historiskt sett har de varit vanliga även i Sverige. Så sent som 1962 utfördes 3 200 legala aborter medan de illegala fortfarande uppskattades lika många som på 1930-talet; 10 000–20 000 per år.⁵ I nuläget förekommer med största sannolikhet inte illegala aborter i Sverige. Här finns en säker och tillgänglig abortvård som hälso- och sjukvården tillhandahåller, och det finns därför ingen efterfrågan på aborter som skulle utföras utanför hälso- och sjukvården. Det går dock inte att utesluta att det skulle kunna uppstå en marknad för sådana aborter i framtiden. Om det uppstår en illegal marknad skulle oseriösa aktörer, i ekonomiskt syfte, erbjuda aborter utan den kvalitet och patientsäkerhet som finns i abortvården i Sverige.

Skälet till att vi reglerar att det är olagligt för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra aborter är att vi vill säkerställa att aborter sker inom ramen för en hälso- och sjukvårdsverksamhet. För hälso- och sjukvården finns ett regelverk kring tillsyn och kontroll även när det rör sig om icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamhetschefen är till exempel den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)).

⁵ <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/ratten-till-abortionattens-historia/ata-tandstickor-och-spruta-in-tval--om-illegala-aborter/>. Hämtad 2024-10-21.

Begränsningar i patientsäkerhetslagen för andra än hälso- och sjukvårdspersonalen att vidta hälso- och sjukvårdsåtgärder

I 5 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) finns bestämmelser om begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Enligt 5 kap. får inte andra än hälso- och sjukvårdspersonal yrkesmässigt undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte:

- behandla sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningsskyldiga
- behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning
- undersöka eller behandla någon annan under bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos
- behandla någon annan med radiologiska metoder
- utan personlig undersökning av den som sökt vård lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling
- undersöka eller behandla barn under åtta år
- prova ut kontaktlinser.

Kopplat till förbuden finns en straffbestämmelse i 10 kap. 6 § som anger att en person som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och som yrkesmässigt vidtar vårdåtgärder kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år vid uppsåtlig överträdelse av något av förbuden i 5 kap. 1 § PSL, eller om den om undersöks eller behandlas uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogas en skada som inte är ringa, eller vid framkallande av fara för en sådan skada.

Av 10 kap. 7 § PSL framgår slutligen att det inte ska dömas till ansvar enligt bland annat 6 § om gärningen är belagd med strängare straff i annan lag.

Sammantaget innebär detta att det finns stora möjligheter för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra åtgärder som syftar

till att yrkesmässigt undersöka eller behandla någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd, så länge det inte strider mot förbuden i 5 kap. 1 § PSL eller orsakar den behandlade skada som inte är ringa. Vi bedömer att en medicinsk abort inte omfattas av förbuden i 5 kap. 1 § PSL. Därför skulle det teoretiskt vara möjligt att aborter utförs av personal utanför hälso- och sjukvården utan att bryta mot hälso- och sjukvårdslagstiftningen om förbudet tas bort från abortlagen.

Patientsäkerhetslagen innebär i sig alltså inget förbud mot att utföra aborter utanför hälso- och sjukvården. För att aborter fortsatt ska varar säkra och enbart erbjudas av seriösa aktörer, bör det även framöver finnas ett förbud mot aborter utanför hälso- och sjukvården. Förbudet att utföra aborter ska i den förändrade abortlagen omfatta andra än hälso- och sjukvårdspersonal. Ett alternativ till att ha kvar straffbestämmelsen som gör det brottsligt för andra än i dag behörig läkare och med vårt förslag andra än hälso- och sjukvårdspersonal, att utföra aborter skulle kunna vara att reglera detta som ett förbud i 5 kap. 1 § PSL. Vi har bedömt att det inte ligger inom vårt uppdrag att föreslå sådana förändringar och har därför inte utrett om detta skulle vara ett mer ändamålsenligt alternativ.

6.2.2 Skäl för bedömningen

Enligt 10 § abortlagen ska en läkare som uppsåtligen vägrar att utföra en abort utan att det finns fara för den gravidas liv eller hälsa dömas till böter eller fängelse i högst sex månader. Som vi konstaterat ovan används inte längre möjligheten att vägra abort om den kan innebära allvarlig fara för den gravidas liv eller hälsa. Vår bedömning är att det med moderna abortmetoder inte kan uppstå en situation där abort är mer riskfylld än en fortsatt graviditet eller förlossning. I och med att 4 § ska utgå ska den del av 10 § som rör situationen då en läkare uppsåtligen åsidosätter att underställa ett beslut om att vägra abort till Socialstyrelsens prövning, i 10 § att utgå. I 5 § stadgas att aborten ska utföras på en sjukvårdsinrättning. Även den bestämmelsen ska utgå eftersom kravet att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning tas bort (se kapitel 9). Resten av 10 § avser situationen då läkaren uppsåtligen åsidosätter regleringen

i 3 § eller 5 §. 3 § anger att det krävs tillstånd från Socialstyrelsen efter utgången av 18:e graviditetsveckan.

Vi anser att behovet av en bestämmelse med straffansvar för hälso- och sjukvårdspersonal bör ses över. Vi anser att patient-säkerhetslagens bestämmelser med bland annat det personliga yrkes-ansvaret för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, möjligheten att återkalla legitimationen om en yrkesutövare är grovt oskicklig i sin yrkesutövning och övriga sanktionsmöjligheter på hälso- och sjukvårdens område är tillräckliga för att säkerställa att abortlagens bestämmelser följs.

6.3 Socialstyrelsens rättsliga råds roll bör ses över

Bedömning: Vi bedömer att det inte ingår i vårt uppdrag att föreslå ändringar i handläggningen av aborter som sker efter graviditetsvecka 18 + 0 dagar. Utifrån den kunskap och information vi samlat in under utredningen gör vi dock bedömningen att det finns behov av en översyn av Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet).

Fokus i en sådan översyn bör vara rättssäkerhet för den abortsökande, rådets sammansättning och förbättrad insyn i rådets ärenden. Översynen bör även innehålla en analys av om abortärenden ska kunna överklagas till domstol.

6.3.1 Reglering av aborter efter utgången av vecka 18

Av 3 § abortlagen (1974:595) framgår att abort efter utgången av 18:e graviditetsveckan endast får ske om Socialstyrelsen lämnar tillstånd till åtgärden. Tillstånd får endast lämnas om synnerliga skäl föreligger. Det får inte lämnas om det kan antas att fostret är livsdugligt.

Av 6 § första stycket framgår att Socialstyrelsen får lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av 18:e graviditetsveckan, *om det kan antas att graviditeten på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa*, oavsett hur långt graviditeten har framskridit. Enligt 6 §

andra stycket får åtgärden utföras utan hinder av bestämmelserna i första stycket, som innebär att ansökan ska skickas in till Socialstyrelsen, och 5 § andra stycket som innebär att det måste ske på ett allmänt sjukhus eller annan godkänd vårdinrättning, om avbrytande av havandeskap på grund av kroppsfel eller sjukdom hos kvinnan inte kan anstå utan fara.

6.3.2 Om Socialstyrelsens rättsliga råd

Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet) är ett självständigt organ med egen beslutanderätt, administrativt knutet till Socialstyrelsen. Rättsliga rådet fattar beslut i vissa typer av ärenden såsom abort och är rådgivande i andra ärenden såsom rättspsykiatriska ärenden. Ordförande i rådet är en juristutbildad domare.

Abortärenden i Rättsliga rådet avgörs vid möten efter att ledamöter tagit del av handlingar skriftligen. Ärendena redovisas vid mötena av föredragande specialistläkare i psykiatri. Abortnämnden, där abortärenden avgörs, sammanträder varje vecka.

Vid abortnämndens möten deltar en läkare med specialistkompetens i obstetrik och gynekologi, en läkare med specialistkompetens inom psykiatri (är den som är föredragande), en kurator, en ledamot från Socialstyrelsen samt en riksdagsledamot som företräder allmänheten.

6.3.3 Skäl för vår bedömning

Många lyfter att rollen för Socialstyrelsens rättsliga råd behöver ses över

Vi har varit i kontakt med ett 40-tal kliniker som bedriver abortverksamhet, representanter för professionen och intresseföreningar. Majoriteten av dessa har påpekat för utredningen att man ser problem med processen för ansökningar om abort efter utgången av 18:e graviditetsveckan. Framför allt har många av de läkare vi intervjuat lyft svårigheterna med Rättsliga rådets roll i relation till sin egen professions kompetens att göra bedömningar. De menar att rättsliga rådet inte har den kompetens eller förståelse för individens

situation som skulle krävas för att ta ett så avgörande beslut. I en debattartikel i Dagens Nyheter den 28 maj 2024 kräver ett antal debattörer en översyn av Rättsliga rådet för att bland annat öka rättssäkerheten och kvinnors självbestämmande. Artikeln är underskriven av bland andra representanter för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Vårdförbundet och Barnmorskeförbundet.⁶

I debattartikeln riktas kritik mot Rättsliga rådet, innebärande att funktionen inte är rättssäker och hindrar ökat självbestämmande vid aborter som utförs efter utgången av artonde graviditetsveckan. Kritiken handlar primärt om tillämpningen av ”synnerliga skäl” kopplat till sociala skäl. Sociala skäl handlar ofta om den gravidas livssituation rörande ålder, utsatthet för våld i nära relation eller hedersrelaterat våld och förtryck, psykisk ohälsa eller bruk av droger.

Rättsliga rådets beslut får inte överklagas enligt 7 § i abortlagen. Europakonventionens artikel 6 ställer krav på domstolsprövning i många förvaltningsbeslut som rör enskilda. Enligt artikeln ska var och en ha rätt till en opartisk och offentlig rättegång inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol. Artikel 6 omfattar både civila rättigheter och brottmål.⁷ Huvudprincipen är att ett förvaltningsbeslut ska kunna överklagas om det kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt. I vissa fall får beslut inte överklagas till allmän domstol men kan överklagas till överklagandenämnd. En sådan är till exempel skolväsendets överklagandenämnd.

I prop. 1938:136 resonerar Lagrådet kring en eventuell rätt att överklaga beslut från Medicinalstyrelsen (nuvarande Socialstyrelsen). Regeringen konstaterar att det principiellt hade kunnat vara lämpligt med en överklagandemöjlighet när det är fråga om ett avslagsbeslut. Dock anses att en överklagan till domstol i praktiken skulle sakna betydelse, på grund av den korta tiden innan beslut måste fattas.⁸

Med tanke på att möjligheterna till överklagande av förvaltningsbeslut har ökat, bland annat med stöd av Europakonventionen, är det rimligt att det utreds om Socialstyrelsens beslut ska kunna överklagas. Även om det finns en uppenbar tidspress i denna typ av

⁶ <https://www.dn.se/debatt/forlegad-instans-inskranker-kvinnornas-ratt-till-abort/>. Hämtad 2024-10-21.

⁷ Se t.ex. Ringeisen- och Sramek-målen. Dom 16.7.1971.

⁸ Prop. 1938:136 *Förslag till lag om avbrytande av havandeskap*.

beslut, finns det andra former av beslut som kräver skyndsamhet och där lagstiftaren valt att ange hur snabbt ett mål ska avgöras hos domstol. Detta föreskrivs i exempelvis lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Beslut som påverkar enskilda ska som regel motiveras. Enligt 32 § förvaltningslagen ska ett beslut som kan påverka någons situation på ett icke obetydligt sätt innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt. En sådan motivering ska innehålla uppgifter om vilka föreskrifter som har tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande.

Avslagsbeslut från Rättsliga rådet motiveras inte, utan av beslutet framgår endast att synnerliga skäl inte föreligger. Detta innebär bland annat att det är svårt för den abortsökande att veta om det saknades uppgifter som hade krävts för ett bifall, vilket försvårar en eventuell förnyad ansökan om abort. Det innebär även att det inte möjligt att analysera Rättsliga rådets praxis. Statistik från Rättsliga rådet har visat på avslag på grund av sociala skäl ökat på senare år men det är inte möjligt att utläsa vad skälen är för en sådan praxisförändring. I en översyn av rådets roll bör det därför ingå att analysera om den abortsökande har tillräckliga möjligheter att förstå beslut och ta tillvara sina rättigheter i en eventuell ny ansökan samt om det finns tillräcklig transparens i rådets beslut för att det ska gå att följa och förstå praxisförändringar på samhällsnivå

Kritik har även riktats mot rådets sammansättning. I debattartikeln framfördes bland annat att det endast är ett fåtal av ledamöterna som har expertis i abortfrågor.⁹ Kritik har även riktats mot systemet med så kallade allmänföreträdare i Rättsliga rådet. Allmänföreträdarna är lekmän som utses av de politiska partierna och de har rösträtt i rådet på samma sätt som övriga ledamöter.

⁹ <https://www.dn.se/debatt/forlegad-instans-inskranker-kvinnornas-ratt-till-abort/>. Hämtad 2024-10-21.

7 Rätt till abort ska tydliggöras i lagen

I kapitlet beskriver vi hur rätt till abort ska förtydligas i lagen. Även om det redan är så nuvarande abortlag tillämpas, ser vi att det finns starka skäl att det uttryckligen ska framgå av lagen. Vi beskriver även hur aborträtten är på tillbakagång i vissa delar av världen och varför abort är en viktig del av kvinnors frigörelse. I kapitel 4 *Historisk tillbakablick* beskrivs närmare hur aborträtten har utvecklats över tid i Sverige. I detta kapitel finns även bedömningar rörande den abortsökandes rätt att välja var aborten ska genomföras och rätten till ett adekvat och gott bemötande i abortvården. I kapitel 8 finns förslag som rör skyldigheter för hälso- och sjukvården att erbjuda en god, tillgänglig och säker abortvård.

7.1 Rätt till abort ska tydliggöras

Förslag: Rätt till abort ska tydliggöras i abortlagen. I lagen ska det framgå att den gravida alltid har rätt att göra abort till och med utgången av 18:e graviditetsveckan (graviditetsvecka 18 + 0 dagar).

Möjligheten för hälso- och sjukvården att neka abort om den på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa ska tas bort. 4 §, som anger att om abort vägras i fall som avses i 1 § ska frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning, ska som följd av detta utgå.

7.1.2 Om förslaget

Det ska i lagen införas ett tydliggörande av att den som är gravid alltid har rätt att göra abort till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar eller senare om tillstånd har getts av Socialstyrelsens rättsliga råd. Med abort avses i denna lag inducerad abort till motsats mot spontana aborter (missfall).

Abortlagen skapar i praktiken redan i nuläget en rättighet till abort upp till vecka 18, vilket är ovanligt inom svensk hälso- och sjukvårdsreglering. Det är en lagstadgad rätt som tydligt skiljer sig från den generella strukturen inom hälso- och sjukvården, där det i stället är skyldigheter för hälso- och sjukvården som regleras. Abort har endast kunnat nekas på grund av sjukdom hos kvinnan som kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa om en abort utförs. En reglering vi förslår ska utgå. Skälet till det är att det inte finns situationer där en abort innebär en större risk än en fortsatt graviditet och det därför inte finns skäl att neka abort av dessa skäl.

Vårt förslag innebär att det tydligt ska framgå av lagen att på inga grunder ska en abortsökande kunna nekas rätten till abort innan graviditetsvecka 18 + 1 dagar och att detta ska uttryckas som att den gravida har rätt att göra abort till och med utgången av 18:e graviditetsveckan (graviditetsvecka 18 + 0 dagar). Även om rätt till abort tydliggörs i lagstiftningen kommer samma regelverk gälla som för övrig hälso- och sjukvård vad gäller rätt till överklagande, det vill säga att rättigheten inte är utkrävbar i domstol.

Fri abort ska vara tillgänglig utifrån den abortsökandes behov och hälso- och sjukvården ska organiseras för att kunna tillhandahålla abort skyndsamt. Likaså äger den gravida ensam rätt att besluta om att inte genomföra en abort och därmed behålla en graviditet. Ingen ska bli tvingad av partner, vårdnadshavare eller annan varken att genomföra en abort eller att fullfölja en graviditet.

Utredning kring att grundlagsskydda aborträtten

En parlamentariskt sammansatt kommitté tillsattes under 2023 för att utreda några frågor om det skydd för grundläggande fri- och rättigheter som gäller enligt 2 kap. regeringsformen (RF).¹ Kommittén ska bland annat bedöma om rätten till abort bör läggas till där. I direktivet står att det skydd som rätten till abort har genom vanlig lag inte framstår som tillräckligt starkt med hänsyn till den påverkan och innebörd som bland annat en oönskad graviditet kan ha för den gravida och den gravidas kroppsliga integritet.

Det bör därför utredas om rätt till abort bör införas i 2 kap. RF. Kommittén ska därför

- göra en internationell jämförelse av grundlagsskydd för aborträtten i den utsträckning kommittén bedömer lämplig
- bedöma om en ny grundläggande fri- och rättighet – rätten till abort – bör läggas till i 2 kap. RF
- lämna de förslag till grundlagsändringar som kommittén bedömer är motiverade.

I 2 kap. RF finns bestämmelser till skydd för den enskildes integritet, såsom rätten till skydd mot kroppsstraff, påtvingat kroppsligt ingrepp och kroppsvisitation. I lagens förarbeten framförs att skyddet för de kroppsliga fri- och rättigheterna är en självklar del i fri- och rättighetsregleringen och ett uttryck för den respekt för den enskildes integritet som är utmärkande för ett rättssamhälle.²

Vissa av bestämmelserna i 2 kap. RF ger ett absolut skydd, medan andra kan inskränkas genom lag. En sådan inskränkning får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den.

Kommittén redovisade sin utredning den 15 januari 2025, vilket innebar att vi i denna utredning om förändringar i abortlagstiftningen inte hunnit ta del av förslagen innan vi lämnar till tryck.

¹ Dir. 2023:83 *Några frågor om grundläggande fri och rättigheter. 2023 års fri- och rättighetskommitté* (Ju 2023:05).

² Prop. 1975/76:209 *om ändring i regeringsformen*.

7.1.3 Skäl till förslaget

Abort som en del av kvinnors frigörelse

Under 1960-talet var rätten till abort i Sverige en fråga som drevs av olika grupperingar inom den kvinnorörelse som växte fram. Frågan drevs tillsammans med frågor som syftade till att öka kvinnors möjligheter att arbeta utanför hemmet och planera sitt familjeliv exempelvis avskaffandet av gifta makars sambeskattnings som missgynnade kvinnors lönearbete, samt utbyggnad av barntillsyn för arbetande mammor.

Grundaren av Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Elise Ottesen Jensen, var en av de kvinnor som redan på 1920-talet kämpade för kvinnors rätt att använda preventivmedel och rätten till fri abort. Hon påtalade vilka konsekvenser den hårda abortlagstiftningen hade på samhällsutvecklingen:

Jag drömmer om den dag då alla barn som föds är välkomna, alla män och kvinnor jämlika och sexualiteten ett uttryck för innerlighet, njutning och ömhet³.

De politiker som först höjde rösten för fri abort kom från två politiska ungdomsförbund. 1963 uttryckte sig både Sveriges socialdemokratiska studentförbund och Folkpartiets ungdomsförbund offentligt för fri abort, utan ha sina respektive moderpartier bakom sig. Fri abort ansågs fortfarande vara något mycket radikalt. Argumenten för fri abort byggde på individens rätt till frihet och kvinnans möjlighet att välja sitt liv, utan att behöva avbryta studier eller gifta sig mot sin vilja. Ungdomsförbunden hävdade också att säkra aborter var en klassfråga, där endast vissa hade råd att ta sig till privat vård för en säker illegal abort.⁴ Utspelen från ungdomsorganisationerna gavs mycket medialt utrymme, och därefter breddades och politiserades diskussionen om abort. Åren efter fylldes dagstidningar av inlägg för fri abort och begreppet fri abort blev då etablerat i Sverige.⁵

³ Citat av Elise Ottesen Jensen, <https://www.rfsu.se/om-rfsu/om-oss/rfsus-historia/ottar-pionjaren-inom-svensk-sexualupplysning/>. Hämtad 2025-01-14.

⁴ <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/ratten-till-abort/abortrattens-historia/60-talet-riskera-fangelse-for-abort-i-polen/>. Hämtad 2025-01-14.

⁵ Lennerhed. 2017. Kvinnotrubbel – Abort i Sverige 1938–1974.

Rätt till hälsa och vård

Var och en har enligt artikel 25 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna rätt till hälsovård. Rätten till hälsa ingår också i en rad andra FN konventioner så som

- artikel 12 i konventionen för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (CESCR),
- artikel 5 i konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (CERD),
- artiklarna 11, 12, 14 i konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW),
- artikel 24 Barnkonventionen (CRC) och
- artikel 25 konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD).

Sverige har ratificerat samtliga konventioner ovan.

Rätten till hälsa beskrivs på följande vis i artikel 12 i CESCR-konventionen:

1. *Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.*
2. *De åtgärder som konventionsstaterna skall vidta för att till fullo tillgodose denna rätt skall innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att*
 - a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,*
 - b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,*
 - c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt*
 - d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.*

Med Sveriges ratificering av konventionen följer en skyldighet för staten att skapa förutsättningar för och säkra tillgången till hälso- och sjukvård. Som vägledning till hur rätten till hälsa ska tolkas har FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR) på senare år presenterat *General comment no. 14*.⁶ Av kommentaren framgår bland annat att rätten till hälsa kan beskrivas utifrån några grundläggande kriterier: tillgång till hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdstjänster som är tillgängliga, acceptabla och har god kvalitet.

Det finns även relevanta *General comments* kopplat till andra konventioner⁷.

Alla kvinnor i Sverige har rätt till abort enligt nuvarande abortlag. Rätten till abort gäller både svenska och utländska medborgare, och omfattar även dem som inte bor i Sverige. Kostnaden för en utländsk medborgare att få en abort utförd i Sverige kan dock variera.

Det pågår utredningar och andra initiativ vars uppdrag kan få konsekvenser för tillgången till vård för vissa grupper. En utredning som nyligen redovisats är SOU 2024:68 *Mottagandelagen – En ny lag för ordnat asylmottagande och effektivt återvändande*. I utredningens föreslås bland annat en anmälningssplikt, en kontrollåtgärd kopplad till att asylsökande ska bo på ett visst boende. Kontrollåtgärden har sanktioner, bland annat en nedsättning av ersättning. Möjligheten till undantag ska vara restriktiv, när det föreligger särskilda skäl såsom situationer där en asylsökande behöver medicinsk behandling och behöver vistas på sjukhus. Det kan konstateras att skyldigheten att som asylsökande anmäla att man ska söka abortvård och lämna kontaktuppgifter till mottagningen kan verka hämmande för grupper där abort är tabu när sekretessen försvinner. Det skulle innebära att rätten till abort i praktiken begränsas för denna grupp. I dag har alla papperslösa och asylsökande rätt till abort i Sverige.⁸ Vi bedömer att ett krav enligt förslaget från SOU 2024:68 kan begränsa rätten till abort för papperslösa så att det blir oförenligt med aborträtten enligt nuvarande abortlag.

⁶ Kontoret för FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter. 2000. *General comment no. 14. The right to the highest attainable standard of health*. Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

⁷ CESCR General comment No. 22. 2016. On the right to sexual and reproductive health och CEDAW General comment No. 35. 2017.

⁸ Socialstyrelsen. 2014. Vård för papperslösa.

Abort som en del av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa

Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa är en del av arbetet med mänskliga rättigheter och kan delas in i fyra delar:

- sexuell hälsa
- sexuella rättigheter
- reproduktiv hälsa
- reproduktiva rättigheter.

Varje individ har rätt att ta informerade beslut om den egna kroppen och hälsan⁹ samt om sin framtid, inklusive rätten att besluta att avbryta sin graviditet.¹⁰ Den som är gravid är kompetent att fatta beslut om sin kropp och sin framtid. Hälso- och sjukvård som rör sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive abort ska vara tillgänglig för alla utan diskriminering.¹¹ Möjligheten att fatta beslut om sin kropp, sexualitet och reproduktion är kärnan i jämställdhet, ekonomisk och social rättvisa. WHO stadgar att sexuell och reproduktiv hälsa är fundamental för individer, par och familjer, och för den sociala och ekonomiska utvecklingen i samhällen och nationer.¹²

Rätt till abort ingår i begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).¹³ I Sverige finns en nationell strategi och handlingsplan för SRHR som tagits fram av Folkhälsomyndigheten på uppdrag av regeringen. I handlingsplanen ingår ett antal aktiviteter som berör abortvården, exempelvis att ta fram fördjupad kunskap om hur vår sexuella hälsa påverkas av att genomgå en abort.¹⁴

⁹ FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna.

¹⁰ Folkhälsomyndigheten. 2020. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen.

¹¹ CESCR. 2016. General Comment No. 22: The right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).

¹² WHO. 2022. Abortion care guidelines.

¹³ Folkhälsomyndigheten. 2020. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen.

¹⁴ Folkhälsomyndigheten. 2023. Handlingsplan ska stärka arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Aborträtten på tillbakagång i vissa delar av världen

I dag uppskattar FN:s befolkningsfond UNFPA att hälften av alla uppskattningsvis 121 miljoner graviditeter årligen är oplanerade, och att 60 procent av de oplanerade graviditeterna slutar i abort. Av dessa aborter är 45 procent så kallade osäkra aborter, utan adekvat medicinsk vård.

Lågt skattat förlorar tiotusentals kvinnor världen över livet på grund av osäkra abortmetoder varje år, och miljontals skadas.¹⁵ Det gör osäkra aborter till en av de största dödsorsakerna bland kvinnor globalt sett. Nästan alla osäkra aborter i dag utförs i låginkomstländer, där även barnäktenskap är vanligare och där kvinnor och flickor ofta har en lägre status i både samhället och familjen. UNFPA befarar att samhällsvillkor och rättigheter kommer att försämrats för kvinnor om abortlagar fortsätter att skärpas. Att strypa tillgången till säker abort förhindrar inte att de utförs, utan gör dem endast farligare.

För att ett samhälle ska kunna bli jämställt är rätten till fri abort avgörande, först då har kvinnor möjlighet att bestämma över sina liv.

Under de senaste åren har rätten till abort varit föremål för politisk positionering, vilket lett till en tillbakagång i delar av världen. Denna tillbakagång har under de senaste åren präglats av skärpta lagar och restriktioner i flera länder, vilket påverkar gravidas rättigheter och tillgång till säker abortvård.

Ett av de mer uppmärksammade fallen är att USA:s högsta domstol i juni 2022 upphävde *Roe v. Wade*, ett beslut som sedan 1973 garanterade rätten till abort nationellt i USA.¹⁶ Konsekvensen blev att flera delstater omedelbart införde strikta abortförbud eller kraftiga restriktioner. Det får allvarliga konsekvenser, exempelvis tvingas gravida att resa långa sträckor för att få tillgång till abortvård¹⁷ och många har inte råd med resekostnader och kostnad för själva aborten vilket leder till att de tvingas att fullfölja graviditeten mot sin vilja. Vidare fördröjs eller nekas vård vid akuta graviditetskomplikationer vilket riskerar att leda till dödsfall, skador, trauman. När abortkliniker stänger på grund av restriktioner lämnas i vissa fall

¹⁵ <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>. Hämtad 2024-10-11.

¹⁶ Torén Björling. 2023. Slaget om aborträtten.

¹⁷ <https://reproductiverights.org/maps/abortion-laws-by-state/>. Hämtad 2024-10-11.

hela delstater utan adekvat tillgång till SRHR då samma kliniker även är utförare av annan sexuell och reproduktiv hälsoservice.¹⁸

I oktober 2020 skärpte Polens konstitutionsdomstol landets redan strikta abortlagar genom att förbjuda abort i fall av allvarliga fosterskador, vilket tidigare var en av få lagliga grunder för abort. Detta ledde till massiva protester och internationell kritik, utan resultat.

El Salvador har en av världens strängaste abortlagar, där abort är förbjuden under alla omständigheter. Även vid våldtäkt eller när moderns liv är i fara nekas gravida abort. Kvinnor som söker eller genomgår abort riskerar långa fängelsestraff, och detsamma kan gälla vid missfall.

I Tyskland är abort fortfarande förbjudet och innebär enligt lag att en person som avbryter sin graviditet riskerar upp till ett års fängelse. Den som hjälper till att genomföra en abort kan dömas till upp till tre års fängelse. Dock finns det flera undantag som gör det möjligt att avbryta en graviditet utan att straffas. Om den gravida får rådgivning på en särskild mottagning, väntar minst tre dagar och genomför aborten inom de tolv första veckorna, slipper hon påföljd. Detsamma gäller för den som hjälper till att genomföra aborten. Trots dessa undantag upplever många att den nuvarande lagstiftningen leder till sämre tillgänglighet och skapar osäkerhet och oro både för gravida och för vårdpersonal.¹⁹ Under oktober 2024 har ett antal organisationer och juridiska experter i Tyskland gått samman och presenterat ett förslag på en ny abortlagstiftning som innebär fri abort upp till vecka 22 och att de som gör abort avkriminaliseras helt. I förslaget tas även den obligatoriska rådgivningen och den obligatoriska väntetiden bort.²⁰

Även i länder där det finns en lagstiftning som förvisso medger abort, finns problem vad gäller tillgång till aborter på grund av läkares hänvisning till samvetsfrihet. Italien är ett land där vårdvägran i stor utsträckning förekommer, vilket i praktiken begränsar tillgången till abort. Vårdvägran leder till tillgänglighetsproblem som framför allt drabbar socioekonomiskt utsatta grupper.

¹⁸ <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2024/08/usa-abortion-bans-restrictions-cause-extensive-harm-violate-human-rights/>. Hämtad 2024-11-18.

¹⁹ <https://www.dn.se/varlden/lakarstudenter-vill-gora-opp-med-abortforbudet-i-tyskland-det-har-hade-inte-behovt-vara-tabu/>. Hämtad 2024-10-18.

²⁰ <https://reproductiverights.org/germany-proposal-reform-abortion-law/>. Hämtad 2024-11-18.

Sammantaget kan konstateras att rätten till abort inte kan tas för given och att den är under hot i många delar av världen, trots decennier av kamp för kvinnors reproduktiva rättigheter. En repressiv utveckling påverkar särskilt kvinnor i utsatta situationer, som redan har begränsad tillgång till hälso- och sjukvård samt små socioekonomiska resurser.²¹

Aborträtten stärks i andra delar av världen

Utvecklingen gällande rätten till abort går dock i det stora hela framåt, trots motgångar. Rapporter visar på att abort är helt eller delvis laglig i nära hälften av FN:s 147 medlemsländer. Det innebär att abort är laglig i allt fler länder.

Flera länder har under senaste åren liberaliserat sin abortlagstiftning, exempelvis har Irland, Mexiko och Colombia avkriminaliserat abort. På Irland, som tidigare hade en av de hårdaste abortlagarna i Europa, uppkom en debatt efter att en kvinna dog som en följd av att hon nekades abort. Efter en folkomröstning 2018 legaliserade det irländska parlamentet abort till och med den tolfte veckan och om moderns hälsa är i fara. Abort är dock fortfarande olaglig i alla andra fall.

I Nordirland genomfördes en folkomröstning i april år 2019 om att ta bort det 8:e tillägget i grundlagen om att ett embryo eller fostret har samma rätt till liv som en gravid kvinna eller flicka från befruktningsögonblicket. En abortlag infördes år 2020 där abort tillåts till och med graviditetsvecka 12, och i fall där det finns risk för kvinnans mentala eller fysiska hälsa upp till och med graviditetsvecka 24.²² Lagen inkluderar legitimerade²³ barnmorskor och sjuksköterskor som tillhandahållare av abortvård, vid sidan om legitimerade läkare. Barnmorskor och sjuksköterskor får hantera den medicinska behandlingen inom den rättsliga ramen, vilket har gjort det möjligt för barnmorskor och sjuksköterskor att ordinera abortläkemedel och även utföra manuell vakuumaspiration vid kirurgisk

²¹ <https://ki.se/forskning/popularvetenskap-och-dialog/popularvetenskapliga-teman/tema-kvinnors-halsa/saker-abortion-raddar-kvinnors-liv>. Hämtad 2025-01-06.

²² Statutory Instrument. 2020. Northern Ireland, Health and personal social services No 345, The Abortion (Northern Ireland) Regulations.

²³ "registered", in relation to a nurse or midwife, means registered in the register maintained under article 5 of the Nursing and Midwifery Order 2001(a) by virtue of qualifications in nursing or midwifery.

abort.²⁴ Även om det nu är lagligt med abort på Nordirland har bland annat Amnesty kritiserat Nordirland för fortsatt låg tillgång till abortvård och att i praktiken måste kvinnor resa till England för att få en abort genomförd.²⁵

Som första land i världen grundlagsskyddade Frankrike abort i mars 2024. Genom tillägget i den franska konstitutionen skyddas friheten att avbryta en graviditet. Beslutet sägs vara en reaktion på att USA:s högsta domstol i juni 2022 upphävde Roe v. Wade.²⁶

Stark aborträtt i de nordiska länderna

Abortlagstiftningen i de nordiska länderna har varit relativt tillåtande sedan 1970-talet och under de senaste åren har flera länder tagit beslut om en än mer generös abortlagstiftning.

I Danmark togs under våren 2024 ett beslut om att höja gränsen för fri abort från tolv veckor till arton veckor.²⁷ I december 2024 beslutade Norge att införa en ny abortlag, där bland annat fri abort upp till vecka 18 införs.²⁸ På Island har kvinnor, sedan 2019, rätt att begära abort fram till och med den 22:a graviditetsveckan. Efter dessa tidsgränser kan abort fortfarande vara möjlig i dessa länder, men det krävs då tillstånd från en nationell eller regional myndighet.

Finland hade tidigare Nordens strängaste abortlagstiftning men under 2023 infördes en ny reglering så att den gravidas egen begäran blir tillräcklig för att avbryta graviditeten om den inte har varat längre än tolv veckor. När det gäller abort på grund av fosterskada, är det i Finland möjligt att avbryta graviditeten upp till graviditetsvecka 23 + 6 dagar. På Island, liksom i Norge och Danmark, finns ingen specifik övre gräns angiven för abort på grund av fosterskada.²⁹ I Sverige är abort av denna anledning tillåten så länge fostret inte är livsdugligt utanför livmodern. Enligt Socialstyrelsens rättsliga råds nuvarande praxis är det fram till och med graviditetsvecka 21 +

²⁴ The Royal College of Nursing Guidelines. 2024. Termination of Pregnancy and Abortion Care, Clinical guidance.

²⁵ <https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-54621779>. Hämtad 2024-10-30.

²⁶ https://www.lemonde.fr/en/politics/article/2024/03/04/france-enshrines-freedom-to-abortion-in-constitution-in-world-first_6584252_5.html. Hämtad 2024-11-18.

²⁷ <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/kvinnohalsa/danmarks-etiska-rad-vill-utoka-abortratten/>. Hämtad 2024-12-02.

²⁸ NOU 2023:29. Abort i Norge. Ny lov og bedre tjenester.

²⁹ <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter-i-norden>. Hämtad 2025-01-06.

6 dagar för friska foster, men kan vid allvarliga fosteravvikelse ligga betydligt senare. Då Sveriges övre gräns för abort är lägre satt än våra grannländers förekommer det varje år att gravida reser från Sverige till länder som har en högre gräns för att göra senare aborter.

Till skillnad från Sverige tillämpar Norge samvetsklausul, vilket innebär att vårdpersonal kan vägra genomföra en abort.

Sverige ligger i dag långt fram när det gäller tillgången till säkra aborter. Genom att öka tillgängligheten till säkra aborter ytterligare genom exempelvis hemaborter, skulle Sverige bidra till en positiv utveckling, både på hemmaplan och globalt.

7.2 Den abortsökande har rätt att välja behandlingsalternativ vid en medicinsk abort

Bedömning: Den abortsökande har i enlighet med bestämmelserna i patientlagen (2014:821) som regel rätt att välja behandlingsalternativ vid en medicinsk abort.

7.2.1 Om bedömningen

Självbestämmande (autonomi) kräver att den abortsökande har fått och förstått information om vilka behandlingsalternativ som finns att välja på samt riskerna och fördelarna med respektive behandling. Den gravida ska även fortsättningsvis erbjudas abort utifrån egna val. Även om det inte bedöms vara medicinskt olämpligt med hemabort ska hälso- och sjukvården fortsätta erbjuda medicinsk abort på vårdinrättningen. Behandlingsalternativ vid en medicinsk abort kan röra sig om att aborten ska göras på en vårdinrättning eller i hemmet.

Vi gör bedömningen att val av metod för abort inklusive val av plats för genomförandet av en abort kan likställas med ett val av behandlingsalternativ och att det därför omfattas av bestämmelsen i 7 kap. 1 § PSL. Som vi redovisar i kapitel 12 om konsekvenser av förslagen tycks en abort som påbörjas på en vårdinrättning och avslutas i hemmet endast bli något mindre kostsam än en medicinsk abort som genomförs på en vårdinrättning. Även om kostnaden blir ytterligare något lägre för en medicinsk abort i hemmet

som inte påbörjas på en vårdinrättning, rör det sig endast om mindre besparingar för hälso- och sjukvården. Vi bedömer därför att kostnaderna som regel bör vara befogade i enlighet med 7 kap. 1 § PL, samt kraven på god ekonomisk hushållning för kommuner och regioner i kommunallagen (2017:725) kapitel 11.

7.2.2 Skäl för bedömningen

När det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som patienten föredrar. Patienten ska erbjudas den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Rätten att välja behandlingsmetod enligt patientlagen är alltså inte ovillkorlig. Dels ska de olika behandlingsmetoderna överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet, dels ska kostnaderna för den valda behandlingsmetoden vara befogade.

Enligt beräkningar utifrån statistik från Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) databas *Kostnad per patient* (KPP) kostar en medicinsk hemabort i genomsnitt cirka 3 065 kronor och en medicinsk abort på vårdinrättning 3 349 kronor. Statistiken tar inte hänsyn till eventuella konsultkostnader för annan specialist (medicin, psykiatri med mera) vid medicinsk abort.

I dag avslutas över 90 procent av de tidiga aborterna i hemmet. Det är oklart i vilken grad de abortsökande i praktiken erbjuds alternativet att genomgå hela aborten på vårdinrättningen. Vi vet dock att nöjdheten med medicinska aborter i hemmet är relativt hög, även om studier visat att det fortsatt finns ett behov av mer information om till exempel blödningar och smärta.³⁰

Även om statistiken ovan visar på att de flesta i dag väljer att avsluta aborten i hemmet anser vi att det är viktigt att den abortsökande har möjlighet att välja var aborten genomförs vid medicinska aborter. Kostnaden är i princip motsvarande för en abort som genomförs på vårdinrättning jämfört med en abort som avslutas i hemmet enligt nuvarande regelverk och vi kan därför inte se att det finns skäl att neka den abortsökande att välja om den medi-

³⁰ Hedqvist, et al. 2016. Women's experiences of having an early medical abortion at home.

cinska aborten ska genomföras på en vårdinrättning eller hemma av kostnadsskäl.

Vår ståndpunkt är även att den abortsökande ska få information om att alternativet kirurgisk abort finns och att detta bör kunna erbjudas till abortsökande som har önskemål om det.

7.3 Abortsökande har rätt till ett adekvat och gott bemötande

Bedömning: Rätt till abort innefattar även en rätt till ett professionellt och icke-dömande bemötande.

7.3.1 Skäl för bedömningen

Alla patienter har rätt till ett professionellt och icke dömande bemötande. Personalen ska tillhandahålla saklig information och ge praktiska råd, och samtidigt möta den enskildas emotionella behov. De som vårdar bör ha en vänlig, neutral och professionell hållning.³¹

Vårdpersonalen bör skapa realistiska förväntningar, och vara uppmärksam på känslomässiga reaktioner. Bemötandet är viktigt för vårdens kvalitet³², och vården och bemötandet bör vara personcentrerat.

När det kommer till sexuell och reproduktiv hälsa samt rättigheter kan ett gott och icke-dömande bemötande vara av särskild vikt. Om personal vårdvägrar vid exempelvis abort, insättning av kopparspiral eller utdelning av dagen efter-piller, riskeras att den som söker vård kan känna sig ifrågasatt i sitt beslut.

Inga patienter ska ifrågasättas för sina val, exempelvis vid val av preventivmedel, eller bemötas illa när det framgår av journalen att patienten tidigare har gjort en eller flera aborter.

³¹ Andersson et al. 2014. Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy.

³² Slade, Heke & Fletcher. 2001. Termination of Pregnancy: Patients' Perceptions of Care.

Vid vårdvägran

Det är arbetsgivarens rätt att leda och planera arbetet, inklusive beslut om arbetsrotation. Utifrån förarbetena till nuvarande abortlag framgår att vårdvägrande personal inte bör knytas till verksamheter där det ingår arbetsuppgifter som personalen inte accepterar – se tidigare proposition.³³ En arbetstagare kan inte utan konsekvenser vägra att utföra arbetsuppgifter som hör yrket och arbetsplatsen till. Det finns ingen samvetsklausul i svensk hälso- och sjukvård. Personal kan inte med hänvisning till sina samvetsbetänkligheter avstå från att ge vård till patienter. Det är således inte en rättighet att arbeta på en arbetsplats eller i ett yrke där arbetstagaren vägrar vissa moment. Utifrån den abortsökandes perspektiv är det viktigt att inte behöva känna sig ifrågasatt i sitt beslut genom att möta personal som arbetsvägrar.

2017 lämnade två svenska barnmorskor in klagomål till Europadomstolen för mänskliga rättigheter för att de nekats anställning då de krävde att få slippa arbetsuppgifter relaterade till abortvård. Barnmorskorna hävdade bland annat att de diskriminerats på grund av sin tro. Båda klagomålen avvisades av domstolen. Båda fallen hade passerat ett antal nationella rättsliga insatser innan Europadomstolen. Det ena fallet bedömdes först av Diskrimineringsombudsmannen, och båda var uppe för prövning i tingsrätten och Arbetsdomstolen.

I båda fallen friades arbetsgivaren från anklagelser om diskriminering. Europadomstolen medgav inte prövningstillstånd med motiveringen att arbetsgivaren har rätt att bestämma hur arbetet ska organiseras och den anställda enligt svensk lag är förpliktigad att utföra alla sina arbetsuppgifter. Det är därför inte ett orimligt krav att en anställd ska kunna utföra samtliga arbetsuppgifter som ingår i en befattning.³⁴ Domstolen anser också att inskränkningen av religionsfrihet är proportionerlig och uppnår kraven på vad som kan anses vara nödvändigt i ett demokratiskt samhälle. Dessutom konstaterar domstolen att barnmorskorna frivilligt valt att utbilda sig till barnmorskor och sökt ett arbete där de kände till att arbetsuppgifter som innefattar abort kunde ingå.

³³ Prop. 1974:70 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m. m.

³⁴ Grimmark v. Sweden (dec.), 43726/17. Beslut 2020-02-11. Steen v. Sweden (dec.), 62309/17. Beslut 2020-02-11.

8 Hälso- och sjukvårdens ansvar för abortvården

I detta kapitel beskrivs hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla abortvård som är god, tillgänglig och säker. Vi beskriver våra förslag till nya lagkrav samt krav i den nya förordningen till abortlagen. Hälso- och sjukvården ska vara skyldig att *tillhandahålla* abortvård *skyndsamt* och aborter ska erbjudas av verksamheter som är *särskilt anpassade för ändamålet*.

Vi går i kapitlet även igenom övriga förslag till krav på verksamheter som bedriver abortvård. Till exempel föreslås att abortsökande i samband med abort ska erbjudas preventivmedelsrådgivning. Vi beskriver även varför vi anser att alla som bedriver abortvård ska anmäla verksamheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och att vi föreslår att regeringen ska initiera en särskilt riktad tillsynssatsning av abortvården under en femårsperiod.

8.1 Hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla abort tydliggörs

Förslag: Hälso- och sjukvårdens skyldighet att skyndsamt tillhandahålla abort tydliggörs i abortlagen.

Bedömning: Det är regionerna som ytterst ansvarar för att tillhandahålla abort skyndsamt i enlighet med deras ansvar för hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

8.1.1 Bakgrund till förslaget

Regionens ansvar för att bedriva hälso- och sjukvård

Varje region ska bedriva en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom regionen enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med bosatt avses att personen är folkbokförd inom regionen. Det gäller oavsett om personen är svensk eller utländsk medborgare. Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagstiftningen framkommer att åtgärder i samband med abort innefattas av begreppet hälso- och sjukvård trots att de inte uttryckligen nämns i den föreslagna lagen.¹ Regionen har således ett ansvar för att tillhandahålla abort för dem som är bosatta inom regionen. Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där, behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska regionen erbjuda sådan vård. För andra situationer finns det så kallade riksavtalet för utomlänsvård, som innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför den egna regionen. I riksavtalet anges att en kvinna valfritt kan söka både öppen och sluten vård vid abort i andra regioner. Det ställs inga krav på remiss från hemregionen. Hemregionen ska ersätta vistelseregionen för kostnaden för vården.² Riksavtalet är dock inte juridisk bindande, utan bygger på en överenskommelse mellan regionerna.

Prioritering inom hälso- och sjukvården

År 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Enligt beslutet ska prioriteringar bygga på etiska principer och vara öppet redovisade och systematiska. Den etiska plattformen bygger på tre principer:

- människovärdesprincipen
- behovs-solidaritetsprincipen,
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Människovärdesprincipen innebär förenklat att alla människor har samma rätt till vård oavsett till exempel ålder, social ställning eller

¹ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.

² SKR, 2014, Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer.

etnicitet. Principen anger i första hand vad vården inte ska ta hänsyn till vid beslut om resursfördelning eller vid vård och behandling. Människovärdesprincipen kan inte ensam användas som grund för prioriteringar. Behovs-solidaritetsprincipen föreskriver att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Hur stort behovet är bedöms utifrån hälsoproblemets svårighetsgrad och varaktighet, samt vilken potentiell hälsoförbättring en vårdinsats kan medföra. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården har en skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Denna princip är dock underordnad de två andra principerna.³

8.1.2 Skäl för förslaget

Vi föreslår att det i lagen ska införas en bestämmelse som tydliggör hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla abort genom att det anges att en abort ska tillhandahållas skyndsamt efter att den som är gravid har bestämt sig för att genomgå abort. Efter utgången av 18:e graviditetsveckan behövs dock ett särskilt tillstånd från Socialstyrelsen för abort. Genom bestämmelsen tydliggörs både ansvaret för att tillhandahålla abort och skyldigheten att den genomförs så snart det är möjligt efter att den abortsökande har fattat beslut om det, eller efter att tillstånd har getts i de situationer där tillstånd krävs. Vi anser att det är viktigt med en bestämmelse som klargör hälso- och sjukvårdens ansvar för aborter i och med att vi föreslår att kravet på att aborter ska utföras på en vårdinrättning ska utgå.

Den nuvarande lydelsen i SOSFS 2009:15, *Socialstyrelsens föreskrifter om abort*, är att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att en abort utförs snarast möjligt. Begreppen motsvarar varandra, så detta ska inte tolkas som att vi avser någon ändring av nuvarande ordning för hur snabbt en abort bör genomföras. Vi anser att det vid en modernisering av abortlagen bör framgå redan i lagtexten att abort ska tillhandahållas skyndsamt.

Abort är en särskild form av hälso- och sjukvård, där det finns både en inskriven veckogräns för fri abort (graviditetsvecka 18 + 0 dagar), och en övre tidsgräns för när abort senast får utföras (livsduglighet). De prioriteringskrav som finns för hälso- och sjukvården

³ SOU 1996/97:14 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

är inte helt anpassade för abort. Den ordinarie prioriteringsordningen med exempelvis behovs- och solidaritetsprincipen, ska därför inte vara ett hinder för att abort genomförs skyndsamt.

Det finns således redan i dag i hälso- och sjukvårdslagen bestämmelser om regionens ansvar för hälso- och sjukvård, där abort inkluderat i enlighet med proposition 1981/82:97, s.111, men eftersom skyndsamhet är centralt vid hantering av abort ser vi ett särskilt behov av att tydliggöra detta i abortlagen.

Begreppet *skyndsamt tillhandahålla* innebär att hälso- och sjukvården har ett ansvar att säkerställa att aborter både erbjuds och kan genomföras skyndsamt från det att den som är gravid begär det eller att Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd till åtgärden enligt 3 §. Vad som avses med *skyndsamt* kommer emellertid inte att preciseras i lag eller annan författning, då vi inte ser att det är möjligt att ha en fast gräns som gäller för alla situationer. Exempelvis behöver en gravid som söker för abort närmare utgången av vecka 18 hanteras så att aborten kan göras inom tidsgränsen medan det finns mer tid för någon som vill göra en abort och uppsöker vården tidigt i graviditeten.

Förutom att det i de flesta fall är positivt för den abortsökande att abort kan göras så tidigt som möjligt, finns det även medicinska skäl som talar för det. En senare abort kräver ytterligare medicinerings och kan vara mer smärtsam.

Skyndsamhetsbegreppet ska dock inte tolkas som att det enbart gäller en prioritering av hur bråttom det är utifrån objektiva omständigheter såsom veckogränser, utan det handlar även om att den abortsökande har intresse av att få en abort utförd så snart det är möjligt. Flera studier har visat att det är tiden före själva aborten som oftast upplevs som svårast av den abortsökande kvinnan.⁴

Vad avses med tillhandahållande av vård?

Begreppet *tillhandahålla* innebär att regionerna blir skyldiga att erbjuda abort till den som önskar det. Att regionen är skyldig att tillhandahålla vård är dock bredare än att vård ska erbjudas befolkningen. Vården måste erbjudas på ett sätt som innebär att alla som behöver vården kan navigera och hitta rätt, samt att det säkerställs att patien-

⁴ Kero A, et al, 2004, Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion.

ten har förutsättningar att ta emot den. Det kan till exempel innebära att det måste vara enkelt för abortsökande att förstå hur de kan komma i kontakt med abortvården eller att personer som inte talar svenska ges information på ett språk som de förstår och en möjlighet till tolk vid behov. Rätten till hälsa enligt FN, som beskrivs närmare i avsnitt 7.1.2 innebär god tillgång till hälso- och sjukvård, samt att vården är tillgänglig, acceptabel och av god kvalitet.

8.2 Abort ska tillhandahållas av verksamheter särskilt anpassade för ändamålet

Förslag: Abort ska tillhandahållas av verksamheter som är särskilt anpassade för ändamålet.

Bedömning: Med särskilt anpassade för ändamålet avses bland annat exempel att det ska finnas de resurser och den kompetens som behövs för att kunna erbjuda en patientsäker vård.

8.2.1 Skäl för förslaget

Vi föreslår att det i lagen ska införas en bestämmelse som anger att abort endast får tillhandahållas av en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet. Syftet med bestämmelsen är att säkerställa patientsäkerheten för den som gör en abort. Vad som anses vara *särskilt anpassat för ändamålet* skiljer sig till exempel utifrån vilken metod som ska användas och när i graviditeten aborten genomförs. En kirurgisk abort och medicinska aborter efter vecka 12 kräver en annan verksamhet än tidiga medicinska aborter. Exempelvis kan det vid kirurgiska aborter behövas tillgång till operationsrum och anestesi, något som inte krävs vid medicinska aborter.

I avsnitt 8.5 föreslår vi att godkännandeprocessen hos IVO för att bedriva abortverksamhet, som i dag finns i abortlagen för verksamheter som inte är allmänna sjukhus, ska utgå från lagen och i stället ersättas med en anmälningsplikt. Anmälningsplikt innebär att den som avser att etablera eller förändra en redan etablerad abortverksamhet ska anmäla det till IVO. Vi anser att det är viktigt att

säkra att det endast är verksamheter som har adekvata förutsättningar för att bedriva abortverksamhet som har rätt att göra det. Det kan exempelvis gälla vilken kompetens som vårdpersonal ska ha eller hur lokalerna ska vara utformade. Även vid aborter där båda läkemedlen intas i hemmet behöver en verksamhet enligt ovan vara ansvarig. Det är verksamheten som ansvarar för att kunna erbjuda eller hänvisa till relevant vård vid komplikationer, finnas tillgänglig för frågor från den abortsökande och erbjuda stödsamtal, preventivmedelsrådgivning och uppföljning efter aborten. Verksamheten ska även ha rutiner för hur olika vårdsituationer ska hanteras och ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

Att ha rätt förutsättningar innebär även att verksamheten ska ha resurser och kompetens för att kunna erbjuda den vård som krävs enligt abortlagen, abortförordningen samt övrigt regelverk på hälso- och sjukvårdens område. Ytterst blir det Socialstyrelsen i egenskap av kunskapsmyndighet, och IVO i egenskap av tillsynsmyndighet, som får avgöra vad som avses med att verksamheten är särskilt anpassad för ändamålet.

Vad som anses vara *särskilt anpassat för ändamålet* kan komma att ändras med tiden, då metoder vidareutvecklas och det därför kan behövas en annan kompetens än i dag. Exempelvis finns det forskning som visar att det är säkert och effektivt att erbjuda abort mycket tidigt i graviditeten och innan intrauterin graviditet bekräftats.⁵ Detta kan på sikt förändra hur handläggningen kring en abort ser ut avhängigt den fortsatta utvecklingen av medicinsk forskning kring tidiga aborter.

⁵ Brandell, et al, 2022, Medical Abortion before Confirmed Intrauterine Pregnancy: A Systematic Review.

8.3 Alla verksamheter ska ha tillgång till läkare med rätt kompetens

Förslag: I abortförordningen, som vi föreslår ska införas, ska det regleras att alla verksamheter som tillhandahåller aborter ska ha tillgång till läkare i den utsträckning som behövs i verksamheten.

8.3.1 Skäl för förslaget

Vi föreslår att det i den nya förordningen till abortlagen ska införas en bestämmelse som anger att det i en verksamhet som tillhandahåller abort ska finnas tillgång till läkare i den utsträckning som behövs. Läkarna bör ha relevant kompetens för området. Bestämmelsen innebär att det inte är möjligt att bedriva en abortverksamhet med enbart barnmorskor kopplade till verksamheten. Det huvudsakliga skälet till förslaget är att det kan uppstå situationer där en bedömning av läkare behövs, även om det från början har bedömts vara en tidig, okomplicerad graviditet. Sannolikt kommer dock inte en läkare att behöva konsulteras i majoriteten av de medicinska aborterna utan en barnmorska kan självständigt handlägga hela abortprocessen. Detta då majoriteten av aborterna i Sverige i dag sker innan graviditetsvecka 7 + 0 dagar och är medicinskt okomplicerade.⁶ Tillgången till läkare ska säkerställa att det finns läkare för bedömning och behandling vid aborter som är medicinsk komplicerade. Det kan till exempel röra sig om situationer där den abortsökande har andra kroniska sjukdomar eller tar läkemedel, där det kan finnas kontraindikationer mot en medicinsk abort. När det gäller akuta och allvarliga komplikationer, är det dock inte rimligt att kräva att alla verksamheter kan hantera detta under jourtid, utan då kan det behöva hänvisas till akutmottagning på sjukhus. Det behöver finnas tydliga rutiner för hur en sådan hänvisning ska gå till.

Vi har övervägt att inte reglera tillgången till läkare och att den abortsökande i stället skulle kunna hänvisas till ordinarie vård vid behov. Vi har dock inte ansett att det är tillräckligt för att garantera tillräcklig patientsäkerhet. Dessutom är det inte rimligt att en verksamhet som drivs i privat regi underlåter att ha den kompetens som

⁶ Socialstyrelsen, 2024, abortstatistik 2023.

krävs, för då skulle kostnaden för att bedöma och behandla tillstånd som kräver läkare, hamna på regionen. Dock kan regionen ha avtal med privata vårdgivare om vilka tjänster den privata vårdgivaren ska tillhandahålla, varvid avtalet till exempel kan ange att den privata vårdgivaren ska hänvisa till läkare inom regiondriven vård vid behov.

Med tillgång menas att det ska finnas en läkare anställd eller på annat sätt knuten till verksamheten via avtal. Alternativt kan det i ett avtal med en läkare eller vårdinrättning anges hur tillgången till läkare ska säkras när det finns ett sådant behov. Det är alltså inte tillräckligt att hänvisa till 1177 eller liknande.

8.4 Vad abortvården ska erbjuda till abortsökande i samband med abort

Förslag: I abortlagen ska erbjudandet om stödsamtal både före och efter en abort eller avbrytande av graviditet regleras i 2 §. 8 § abortlagen som reglerar stödsamtal efter en abort ska därför utgå. I abortförordningen, som vi föreslår ska införas, ska regleras att det är verksamhetschefen som ska ansvara för att stödsamtal erbjuds både före och efter abort.

I abortförordningen ska regleras att abortvården ska erbjuda följande i samband med en abort eller avbrytande av graviditet:

- saklig information
- preventivmedelsrådgivning och
- uppföljning efter abort.

Det är verksamhetschefen som ska ansvara för att detta erbjuds.

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram vägledning till vårdgivare om vad ett informationsmaterial till den som överväger en abort kan innehålla.

8.4.2 Skäl för förslaget

Vi föreslår att i abortförordningen, som vi föreslår ska införas, ska regleras att saklig information, preventivmedelsrådgivning och uppföljning efter abort ska erbjudas den abortsökande. Bestämmelsen säkerställer att abortvården inkluderar viktiga stödinsatser. Att stöd-samtal ska erbjudas innan och efter abort regleras även fortsättningsvis i abortlagen.

Saklig information

Inför en abort ska den abortsökande erbjudas den information som den abortsökande behöver. Informationen ska vara saklig och vara anpassad till individens intellektuella och språkliga förmåga. Med *saklig* avses att information ska vara korrekt och begripligt och baseras på evidens när sådan finns. Information om de läkemedel som ska användas och deras effekt samt information om smärtlindring ska lämnas till den abortsökande. Vid hemabort behövs tydlig information kring konsekvenserna av att vänta med att ta tablettorna eller att ge dem till någon annan. Det ska också finnas information om komplikationer och om vart den abortsökande ska vända sig om komplikationer uppstår. Det är viktigt att informera om vikten av att, genom graviditetstest, säkerställa att graviditeten avslutats.

Det är viktigt att i samtal med den abortsökande också säkerställa att den abortsökande förstått informationen i enlighet med 7 § PL. Informationen bör ges såväl muntligt som skriftligt, erbjudas på olika språk och anpassas på ett sådant sätt att den förstås av den som sökt vård. Utöver det som anges i den nya förordningen till den förändrade abortlagen gäller även kraven på information i 3 kap. 6 § patientlagen (2014:821). Där anges att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Verksamhetschefen ansvarar för att den som överväger att göra en abort får saklig information. Även om verksamhetschefen har det övergripande ansvaret, kommer informationsgivningen i praktiken som regel delegeras till annan personal såsom barnmorskor. Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa att det finns tydliga rutiner för vilken information som ska lämnas, av vem och på vilket sätt.

För att säkerställa att informationen är jämlik över landet och att den som överväger en abort får tillgång till nödvändig information ger vi ett förslag att Socialstyrelsen ska ta fram en vägledning till vårdgivare gällande om vad ett informationsmaterial till abortsökande kan innehålla.

Preventivmedelsrådgivning

Preventivmedelsrådgivning ska vara gratis oavsett om den ges i samband med en abort eller inte. För kvinnor under 21 års ålder är även hormonella preventivmedel gratis och i vissa regioner är hormonella preparat subventionerade till kvinnor upp till 25 års ålder. Forskning visar på att intresset för att börja med preventivmedel är stort i samband med abort.⁷ Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har tagit fram riktlinjer för administration och påbörjan av preventivmedelsanvändning efter abort. I riktlinjerna anges till exempel att implantat (p-stav) bör sättas in samma dag som mifepriston intas vid medicinsk abort. På så sätt kan antalet besök på en vårdinrättning minimeras för den abortsökande.

Preventivmedelsrådgivningen i samband med abort regleras i nuläget av Socialstyrelsen. I 3 kap. 2 § av Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15) anges att vårdgivaren är ansvarig för att preventivmedelsrådgivning sker före eller efter abort. Enligt Socialstyrelsens statistik är det relativt vanligt att den som genomgår en abort har genomgått en eller flera tidigare aborter. År 2023 hade 7 467 av de totalt 35 000 personer som genomgick abort gjort två eller flera aborter tidigare. För att betona vikten av preventivmedelsrådgivningen har vi därför valt att föreslå att detta ska regleras i den nya förordningen till abortlagen.

Stödsamtal före och efter en abort

Skyldigheten att erbjuda stödsamtal inför och efter alla aborter infördes i abortlagen 1995. Tidigare fanns det en skyldighet att genomföra en så kallad *särskild kuratorsutredning* när en abort begärdes efter utgången av 12:e graviditetsveckan. Skälet till den

⁷ Larsson, et al, 2002, Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination.

särskilda kuratorsutredningen angavs bland annat vara att man i allmänhet tvingas till en mer ingripande och riskfylld abortmetod i detta skede samt att det kan vara svårare för kvinnan att ta ställning till abort i en längre framskriden graviditet.⁸

Frågan om att införa en skyldighet att erbjuda stödsamtal vid alla aborter behandlas i proposition 1994/95:142, *Fosterdiagnostik och abort*.⁹ I propositionen framhålls att nästan en tredjedel av dem som genomgick en abort före utgången av 12:e graviditetsveckan hade träffat en kurator, trots att det inte förelåg något krav på sådan kontakt vid denna tidpunkt. Samtidigt hade mindre än hälften av de abortsökande som genomgick abort mellan 13:e och 18:e graviditetsveckan träffat en kurator, trots att en särskild kuratorsutredning i princip var obligatorisk under dessa veckor.

I propositionen konstateras att metoderna inte skiljer sig åt beroende om aborten genomförs innan utgången av vecka 12 eller senare och att det därför inte längre finns skäl att ha olika regler. Regeringen anser att samtalen fyller en så viktig funktion att ett erbjudande om stödsamtal bör vara obligatoriskt och regleras i lag.

Vi har valt att föreslå att erbjudande om stödsamtal även fortsättningsvis ska regleras i lag även om majoriteten av de abortsökande tackar nej. Detta eftersom vi anser att det är viktigt att stödsamtal erbjuds både före och efter en abort.

I de samtal vi haft med företrädare för abortverksamheter framkom att möjligheten till stödsamtal utnyttjas i liten skala. Uppskattningsvis tackade 10 procent av de abortsökande ja till erbjudandet om stödsamtal vid de verksamheter vi intervjuat.

I en studie från Uppsala universitet undersöktes sambandet mellan posttraumatisk stress och abort. Resultaten visar att kvinnor som söker abort inte lider av posttraumatisk stress i högre grad än svenska kvinnor i övrigt. Få kvinnor utvecklade PTSD efter abort och majoriteten av dem som utvecklade PTSD, gjorde det av traumatiska händelser som inte var relaterade till aborten. Risken att utveckla PTSD eller PTSS efter abort var associerat med personlighetsdrag relaterade till neuroticism, även kallad emotionell instabilitet, men också med ung ålder (yngre än 25 år). Brister i abort-

⁸ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*.

⁹ Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort*.

vården rapporterades oftare av kvinnor som hade PTSD eller PTSS vid aborttillfället och av de yngre kvinnorna (under 25 år).¹⁰

Även om det är ovanligt med psykisk ohälsa relaterat till abort och erbjudande om stödsamtal utnyttjas i låg utsträckning så är det viktigt att erbjudandet kvarstår för dem som har ett behov av det. Studien ovan visar att det inte minst gäller abortsökande som lider av psykisk ohälsa sedan tidigare. I denna del av abortvården fyller kuratorer eller yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens en viktig roll.

Uppföljning efter abort

Efter en abort kan det bli aktuellt med olika insatser från vården. De kan till exempel bestå i en kontroll av om aborten är komplett. Även andra insatser kan förekomma, såsom stödjande och informerande samtal kring aborten och preventivmedel. Det kan röra sig om både insatser som sker på en vårdinrättning och åtgärder som utförs i hemmet, såsom ett graviditetstest.

I dag är det vanligaste att den som genomfört en abort får ett högsensitivt graviditetstest med sig hem. Testet utförs sedan i hemmet efter två till tre veckor enligt SFOG:s råd. Vid ett eventuellt positivt test uppmanas man kontakta abortmottagningen. Anledningen till att det som regel inte bokas in ett återbesök eller en telefonid är enligt de företrädare för abortvården vi talat med att de som genomgått en abort inte önskar någon annan form av vård efter aborten än ett graviditetstest som tas hemma.

I muntlig och skriftlig information bör det tydligt framgå vart den som genomfört en abort kan vända sig vid behov. Vi ser inget skäl till att någon annan uppföljning behövs än den som är i dag för den som genomför medicinsk abort med båda läkemedlen utanför vårdinrättning. Läs mer om detta i avsnitt 9.4.

¹⁰ Wallin Lundells, I. 2013. Induced Abortions and Posttraumatic Stress – Is there any relation?: A Swedish multi-centre study.

8.5 Alla verksamheter som tillhandahåller abort ska vara anmälningspliktiga

Förslag: Det särskilda godkännande som krävs i 5 § nuvarande abortlag för andra än allmänna sjukhus ska utgå.

Bedömning: Alla verksamheter som tillhandahåller aborter är anmälningspliktiga i enlighet med 2 kap. patientsäkerhetslagen.

Förslag: Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska ges ett uppdrag om riktad tillsyn av abortvården under en femårsperiod.

8.5.1 Bakgrund till förslaget

Nuvarande godkännandeprocess

I abortlagen anges att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som IVO har godkänt. Bestämmelsen har sin grund redan i 1938 års lag. Enligt vad vi har kunnat få fram är det inte närmare angivet i förarbetena hur en sådan godkännandeprovning ska gå till och vad som i praktiken ska prövas. I proposition 1974:70 anges att en sådan bestämmelse skapar garantier för att ingreppen kommer ske under betryggande former och med tillgång till erforderliga resurser för till exempel smärtlindring och behandling av komplikationer i samband med åtgärden. Bortsett från detta är inte bestämmelsen beskriven i förarbetena, vilket gör att vi får utgå ifrån utredningstexterna. I proposition 1974:70 anförs att regeringen i likhet med remissinstanserna och arbetsgruppen ansluter sig till utredningens förslag. När reglerna om godkännande av verksamheter kom till på 1930-talet utfördes endast kirurgiska aborter. I utredning SOU 1971:58 anges att ”det bör ankomma på Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården att avgöra, om enskild sjukvårdsinrättning fyller de medicinska standardkraven och kan godkännas för abortoperation”. Med hänsyn till att det är få privata sjukvårdsinrättningar som är utrustade för operation, har frågan en begränsad räckvidd. Även allmänna sjukvårdsinrättningar som inte är sjukhus (exempelvis vårdcentraler) bör omfattas.

Det finns ingen officiell eller på annat sätt tydlig definition av ett allmänt sjukhus, men närmast till hands är att det ska tolkas som ett sjukhus som drivs i regionens regi. Enligt 7 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ska det finnas sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning.

Medicinska aborter infördes först i början av 1990-talet. Det innebär alltså att endast kirurgiska aborter utfördes när godkännande av andra vårdinrättningar än allmänt sjukhus infördes. Alla aborter utfördes även som inneliggande vård.

IVO har tolkat lagen som att det är en tillståndsprövning av privata verksamheter som lagstiftaren avser. Vi gör delvis en annan bedömning. Av utredningen, förarbetena och de metoder som fanns tillgängliga när bestämmelsen infördes framgår tydligt att syftet är att säkra patientsäkerheten vid kirurgiska aborter. Enligt lag och förarbeten behöver även andra allmänna vårdinrättningar än sjukhus ett godkännande från IVO, oavsett om de bedrivs i offentlig eller privat regi.

På grund av de förändringar som skett inom abortvården och den ökade andel privata vårdinrättningar som kan utföra medicinska och kirurgiska aborter, anser vi att bestämmelsen är obsolet och ska utgå i nuvarande form.

Anmälningssplikten i patientsäkerhetslagen och tillhörande författningar

För de flesta hälso- och sjukvårdsverksamheter krävs ingen särskild tillståndsplikt eller någon annan form av godkännande likt den i abortlagen, utan den som avser att bedriva en hälso- och sjukvårdsverksamhet är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att anmäla ny, ändrad eller nedlagd verksamhet till IVO.

I IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2023:7) om anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen, finns bestämmelser om hur anmälningsskyldigheten enligt 2 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen och 2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Enligt 9 § ska även uppgift om verksamhetens inriktning anges utöver det som framgår av 2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen. Av koderna som IVO tagit fram framkommer att abortverksamhet ska anmälas som kod I33. Det innebär att alla abortverksamheter ska redan i dag anmäla sin verksamhet till IVO.

Från och med den 1 juli 2023 får IVO utfärda föreläggande mot den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet. Föreläggandet får förenas med vite, vilket innebär att den som inte anmäler sin verksamhet till IVO riskerar att bli betalningsansvarig. Anmälningsskyldigheten syftar i första hand till att ge tillsynsmyndigheten kännedom om vilka verksamheter som omfattas av myndighetens tillsyn. Om IVO inte har kännedom om vilka tillsynsobjekt som finns, har myndigheten inte heller möjlighet att granska, upptäcka och agera på risker för patienterna. En fungerande tillsyn av hälso- och sjukvården är många gånger grundläggande för en god och säker hälso- och sjukvård. IVO har som tillsynsmyndighet en central roll i att uppmärksamma brister i patientsäkerheten och att agera utifrån dessa. Det har vid flera tillfällen konstaterats att det finns brister med det register som IVO registrerar verksamheterna i (kallat vårdgivarregistret).

I ägarprövningsutredningens slutbetänkande *Krav på privata aktörer i välfärden* (SOU 2015:7) angavs att det inte är möjligt att uppge det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Utredningen uppskattade att vårdgivarregistret täckte ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.

Det personliga yrkesansvaret

Syftet med det personliga och självständiga yrkesansvaret är bland annat att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. IVO har tillsyn över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt att utöva sitt yrke i Sverige. En legitimation inom hälso- och sjukvården ska återkallas om den legitimerade har varit grovt oskicklig vid utövandet av sitt yrke, har gjort sig skyldig till ett allvarligt brott eller på annat sätt har visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket (8 kap. 3 § första stycket patientsäkerhetslagen).

8.5.2 Skäl för förslagen

Nuvarande abortvård skiljer sig från när godkännandeprocessen infördes

Det finns inte mycket skrivet i förarbetena om motiven till bestämmelsen om godkännande av andra vårdinrättningar än allmänna sjukhus. Men enligt vad vi kan utläsa av bland annat den utredning som föregick 1938 års lag, var syftet att kunna erbjuda abort i undantagsfall utanför allmänna sjukhus men att det var viktigt att expertmyndigheten avgjorde vilka verksamheter som hade rätt förutsättningar. Det framgår även att godkännande skulle gälla alla verksamheter som inte var så kallade allmänna sjukhus. Som vi konstaterat finns inte begreppet allmänt sjukhus definierat men att det ligger närmast till hands att tolka det som ett offentligt sjukhus. I och med utvecklingen av den medicinska abortmetoden är det inte längre nödvändigt att utföra alla aborter på sjukhus.

Abortverksamheter är hälso- och sjukvård och omfattas därför av anmälningsplikt

Som vi konstaterat ovan omfattas abort av hälso- och sjukvårdslagen och tillhörande författningar. Det innebär att verksamheter som utför abort är skyldiga att anmäla verksamheten till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Enligt 2 kap. 4 § ska IVO föra ett automatiserat register över verksamheter som anmälts enligt 2 kap. Anmälningsplikten och registret syftar till att tillsynsmyndighetens ska få kännedom om de verksamheter som de ska utöva tillsyn över. Detta innebär att det redan i dag föreligger en anmälningsplikt för verksamheter som utför aborter.

Anmälningsplikt bedöms vara tillräckligt i nuläget

Vi bedömer att nuvarande bestämmelse om godkännande av vårdinrättningar som inte är allmänna sjukhus, inte kan tillämpas på nuvarande abortvård. Vi har därför övervägt att införa en ny tillståndsplikt i abortlagen och resonerar nedan kring varför vi kommit fram till att en anmälningsplikt är en bättre ordning.

Hur skulle en eventuell tillståndsplikt kunna utformas

Vår bedömning är att effekterna av nuvarande tillståndsprövning är tveksamma. För att säkerställa att verksamheterna bedriver god vård skulle det behövas en annan form av provning än en genomgång av skriftliga rutiner. Till exempel skulle en sådan provning kunna bestå av provning av vilken kompetens som finns i verksamheten, kontroll av huvudman och andra nyckelpersoner samt kontroll av ritningar över verksamhetens lokaler. För enskilda verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453) finns en sådan mer omfattande tillståndsprövning.

Fördelarna med en tillståndsprövning är att IVO kan säkerställa att verksamheten som ansöker om tillstånd från början har rätt förutsättningar att bedriva verksamheten. Ett tillstånd kan också återkallas vid missförhållanden. Man ska dock vara medveten om att en tillståndsprövning enbart ger en ögonblicksbild av hur verksamheten ser ut vid den specifika tidpunkten då provningen sker. I våra kontakter med IVO framkommer att det inte sker några uppföljningar av de tillstånd som ges till privata abortverksamheter i nuläget. Flera tillstånd var utfärdade långt tillbaka i tiden och en del av de verksamheter som fanns i IVO:s register utförde inte längre abort.

Prövningen säkerställer alltså endast att verksamheten har relevanta rutiner när verksamheten ska starta upp, men IVO har inte kännedom om hur rutinerna efterlevs. Registret anger således inte heller vilka verksamheter som fortfarande är aktiva i nutid utan visar bara vilka verksamheter som någon gång sökt tillstånd.

Som vi konstaterat ovan räknas abortvård som hälso- och sjukvård och omfattas därmed av regelverket i bland annat patientsäkerhetslagen. Det är därför rimligt att jämföra med hur annan hälso- och sjukvård är reglerad när det gäller anmälan respektive tillstånd. Lagstiftaren har ansett att det är tillräckligt att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska anmäla sig hos tillsynsmyndigheten. På så sätt kan myndigheten utöva tillsyn på ett effektivt sätt. Ett fåtal verksamheter med koppling till hälso- och sjukvårdsområdet behöver godkännande eller tillstånd. Det rör inrättningar för sterilisering, sprututbyte, blodverksamhet och omskärelse av pojkar, samt vävnadsinrättningar. Steriliseringslagen är uppbyggd på samma sätt som abortlagen. Övriga tillstånd rör dem som inte bedriver hälso-

och sjukvård enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen, till exempel inrättningar för blodverksamhet och sprututbyte.

Ett viktigt skäl för att det bedömts vara tillräckligt med anmälningsskyldighet som huvudregel inom hälso- och sjukvården är det personliga yrkesansvaret för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Skäl till att vi bedömer att abortverksamheter ska vara anmälningsskyldiga

För att motivera ett införande av tillståndsskyldighet för abortverksamheter i abortlagen, behöver vi ange varför detta inte kan regleras på motsvarande sätt som övrig verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vi kan inte se att riskerna inom abortvården är högre än i annan jämförbar hälso- och sjukvård.

Vi kan konstatera att det finns vissa fördelar med en tillståndsskyldighet, och då särskilt en tillståndsskyldighet som är mer omfattande än i dag. Den skulle kunna bidra till en högre patientsäkerhet och säkerställa att oseriösa aktörer inte tar sig in på marknaden. Mot det får vägas kostnad, effektivitet och behovet inom just abortvården av en särskild tillståndsskyldighet.

Vi har inte fått några signaler från IVO eller regionerna om att det finns omfattande problem med den privata abortvården. Enligt uppgifter till utredningen finns det i nuläget en verksamhet som bedrivs där en region inte är huvudman, det vill säga en som inte har avtal med en region utan erbjuder vård som finansieras av patienterna själva. Övriga privata verksamheter har avtal med en eller flera regioner. Regionerna har möjlighet att ställa upp villkor i avtalen och är skyldiga att följa upp hur avtalen efterlevs.

Vi har svårt att se att riskerna med abortvård skulle vara högre än för annan hälso- och sjukvård.

IVO:s inställning till att godkännande utgår från abortlagen

IVO har den 26 november 2024 skickat in en skrivelse till utredningen. Vi har även träffat IVO vid två tillfällen under utredningens gång. IVO framför i skrivelsen bland annat det vore olyckligt om nuvarande tillståndsskyldigheten tas bort och ersätts av en anmälningsskyldighet. IVO anser att det inte gynnar arbetet mot oseriösa aktörer

att ta bort tillståndsplikten inom ett område. Ur ett patientperspektiv är det också särskilt viktigt att verksamheter som får utföra aborter håller en hög kvalitet och en god patientsäkerhet.

Vidare anför IVO att abortvården har av IVO i gjorda riskanalyser på senare tid inte identifierats som prioriterat riskområde, i förhållande till andra riskområden som bedömts mer prioriterade. Exempel på områden som på senare år av IVO har bedömts som prioriterade riskområden är akutsjukvård samt medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre. I sammanhanget finns skäl att påpeka att riskanalyser på området för abortvården hanteras inom ordinarie processer för att bedriva tillsyn på IVO. Det vill säga, området för abortvården prioriteras i förhållande till alla andra områden som omfattas av IVO:s tillsyn. Att abortvården inte har prioriterats i tillsynen har i första hand att göra med att andra risker har prioriterats högre. Vilket ligger i linje med den reglering som styr IVO. Och mot denna bakgrund kan man ställa frågor kring om ett regeringsuppdrag på detta område är effektivt.

Finns det behov av att införa en tillståndsplikt på hälso- och sjukvårdens område?

Brå har i rapport 2022:1 *Välfärdsbrott mot kommuner och regioner* anfört att tillståndsplikt borde övervägas på hälso- och sjukvårdens område. Brå konstaterar i rapporten att aktörer som omfattades av tillståndsplikt granskades mer ingående. Inom Socialtjänstens område är föreligger tillståndsplikt för merparten av enskilda verksamheter som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (2010:453). Det finns även förslag om att införa tillståndsplikt på fler områden såsom för privata vårdgivare inom tandvården (SOU 2023:82 *Ökad kontroll över tandvårdssektorn*).

Vi har tolkat vårt uppdrag som att vi ska ta ställning till om nuvarande godkännande av abortverksamheter som inte är allmänna sjukhus ska finnas kvar i lagstiftningen och på grund av de skäl vi anfört ovan ser vi inte att bestämmelsen ska finnas kvar. Vi har inte heller kunnat konstatera att det finns anledning att anta att det skulle finnas särskilda risker med oseriösa aktörer med en tillståndsplikt för just abortverksamheter jämfört med andra hälso- och sjukvårdsverksamheter.

För att en anmälningsplikt ska fylla en funktion är det viktigt att IVO har ett fungerande system för att få in anmälningar om verksamheter och ett register där det är möjligt att söka vilka verksamheter som har anmälts till myndigheten. Vi har ovan visat på att det tidigare har konstaterats brister i vårdgivarregistret som IVO för över verksamheter som är anmälda enligt patientsäkerhetslagen. Det är viktigt att arbetet med att förbättra täckningen i registret fortsätter och att IVO vid behov använder de sanktionsmöjligheter som myndigheten har för att säkerställa att alla verksamheter som är skyldiga att anmäla sig gör det.

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att både IVO och rapporten från BRÅ visar på att det kan finnas skäl för regeringen att se över om nuvarande anmälningsplikt i patientsäkerhetslagen är tillräcklig för att kunna motverka oseriösa aktörer och välfärdsbrott inom hälso- och sjukvården. Ett sådant ställningstagande behöver dock göras samlat för all hälso- och sjukvårdsverksamhet och bör därför inte göras inom ramen för detta uppdrag.

Uppdrag till IVO om förstärkt tillsyn under fem år

IVO har ett antal olika befogenheter i sin tillsyn. Den som står under tillsyn är skyldig att på begäran från IVO lämna över handlingar och annat material som rör verksamheten och som inspektionen behöver för sin tillsyn, men även att bistå med hjälp vid inspektionen. IVO har även rätt att få tillträde till lokaler och andra utrymmen som används för verksamheten. I vår dialog med IVO har framkommit att det inte utförs några sådana besök i samband med tillståndsprövning och att ingen systematisk tillsyn har skett av verksamheterna på senare år.

Vi anser att en förstärkt tillsyn under en övergångsperiod är viktig för att säkerställa kvaliteten på den abortvård som bedrivs. Vi föreslår därför att regeringen ska ge IVO i uppdrag att under fem år efter att abortlagen moderniserats och trätt i kraft förstärka och utveckla tillsynen och uppföljningen av abortvården. Efter uppdragsperioden ska uppföljningen av abortvården bli en del av IVO:s ordinarie tillsyn.

9 Abort i hemmet

I det här kapitlet beskriver vi våra förslag till förändringar i abortlagen (1974:595) som innebär att en medicinsk abort kan genomföras utanför en sjukvårdsinrättning. Det innebär att den som ska genomföra en medicinsk abort kan ta båda läkemedlen utanför en sjukvårdsinrättning, oberoende av om det sker ett fysiskt besök i samband med aborten och/eller om läkemedel förskrivs och lämnas ut till enskild på apotek. Detta kallas *abort i hemmet* eller *hemabort*.

I samband med att kravet på att en abort ska genomföras på en vårdinrättning tas bort kommer Läkemedelsverket att behöva se över begränsningen kring förskrivning av mifepriston. Efter dialog med Läkemedelsverket har utredningen fått information om att förskrivning av mifepriston troligtvis blir tillåtet då anledningen till begränsningen är kravet i abortlagen på att abort ska ske på en sjukvårdsinrättning.

Vi bedömer dock att det finns ett antal försvårande omständigheter vilket medför att det fortsatt finns betänkligheter med att förskriva läkemedel för abort. Vi bedömer därför att förskrivning bör ske restriktivt och att läkemedel för abort även fortsättningsvis som regel bör delas ut på en vårdinrättning.

Om kravet på sjukvårdsinrättning tas bort och förskrivning av läkemedel för abort blir möjligt blir det också teoretiskt möjligt att handlägga aborter via telemedicin. Vi bedömer dock att dessa metoder ytterligare kan behöva utvärderas och anpassas till de förutsättningar som finns i klinisk verksamhet i en svensk kontext, vilket är brukligt när nya metoder ska testas i hälso- och sjukvården.

9.1 Abort ska få genomföras utanför en sjukvårdsinrättning

Förslag: Abort ska kunna genomföras i hemmet. I lagen ska därför kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning utgå.

9.1.1 Vårt uppdrag

Av vårt direktiv framgår att regeringen ser ett behov av att modernisera abortlagstiftningen i syfte att anpassa den till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov. Vidare anför regeringen att när abortlagen infördes 1975 var abort ett kirurgiskt ingrepp som behövde utföras på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning. I dag sker en majoritet av alla aborter med medicinsk metod och delvis i hemmet, det vill säga att det första läkemedlet, mifepriston, tas på vårdinrättning och kvinnan får med sig misoprostol och smärtlindrande läkemedel för att ta hemma enligt ordination. Läs mer om hur abortprocessen ser ut i dag i kapitel 5.

Utredaren ska föreslå hur hela abortprocessen vid medicinsk abortmetod kan utföras i hemmet. Vårt uppdrag är alltså inte att utreda *om det är lämpligt* att föreslå att aborten ska kunna utföras i hemmet. I stället är uppdraget att utreda *hur* en sådan reglering kan se ut och hur den vård som ges i samband med medicinsk abort i hemmet kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vi lämnar därför förslag på hur en sådan reglering kan se ut, och redovisar i detta kapitel vissa fördelar och eventuella risker med att abortsökande tillåts ta båda läkemedlen som används för abort hemma i stället för som ordningen i dag, där det första läkemedlet måste tas på en sjukvårdsinrättning.

9.1.2 Om förslaget

Vårt förslag innebär att det i abortlagen inte längre ska krävas att en abort utförs på en sjukvårdsinrättning. Att aborten får genomföras i hemmet eller på annan plats som den abortsökande föredrar, påverkar inte abortvårdens ansvar för att bland annat säkerställa att aborten kan genomföras på ett säkert sätt.

Den abortsökande måste även fortsättningsvis vända sig till en verksamhet som bedriver abortvård för att kunna göra en abort. Den abortsökande ska ha rätt att välja om den medicinska aborten ska genomföras på vårdinrättningen eller i hemmet om inte vården bedömer att det finns medicinska eller andra skäl som talar emot den abortsökandes önskemål. Om det finns sådana skäl ska aborten i stället genomföras på vårdinrättningen. Se avsnitt 7.2.

I praktiken innebär det här således att det fysiska besök som i dag alltid genomförs i samband med en abort inte längre kommer att krävas enligt lag. Det är upp till hälso- och sjukvården att bedöma om ett fysiskt besök trots detta ska genomföras för att garantera patientsäkerheten eller av andra skäl.

Av 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15) framgår att vårdgivaren ska ansvara för

- att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnan vid en medicinsk abort genomgår den inledande läkemedelsbehandlingen på en sjukvårdsinrättning i enlighet med 5 § andra stycket abortlagen (1974:595)
- att en bedömning görs av huruvida det är lämpligt att den abortsökande, om hon så önskar, fullföljer den medicinska aborten i hemmet.

Vårt förslag innebär i praktiken att både mifepriston och misoprostol ska kunna tas utanför en sjukvårdsinrättning. Det är ett avsteg från nuvarande bestämmelser, enligt vilka mifepriston måste tas på vårdinrättningen. Till följd av de lagändringar vi föreslår kommer Socialstyrelsen att behöva se över sina föreskrifter på området.

9.1.3 Skäl för förslaget

Lagstiftningen anpassas för medicinska aborter

Abortlagen skrevs när kirurgiska aborter var standard och då det fanns en historia av illegala aborter som utfördes utanför sjukhus av personer som inte nödvändigtvis hade rätt kompetens.

I dag ser situationen annorlunda ut: både den medicinska utvecklingen och synen på abort har förändrats. I Sverige är majoriteten av alla aborter medicinska, tillgängligheten har ökat och stig-

mat kring abort har minskat. Medicinsk abort kräver inte heller samma hygien och tillgång till operationsutrustning eller anestesi som behövs vid kirurgisk abort. Vi bedömer även att den goda tillgängligheten till abortvård inom regionens regi innebär att risken är liten för att det skulle uppstå en illegal marknad för aborter i Sverige. Det här innebär att det i dag inte längre finns ett behov av att lagstiftningen uttryckligen kräver att en abort utförs på sjukvårdsinrättning. Vi bedömer att den reglering som finns kring patientsäkerhet i bland annat patientsäkerhetslagen (2010:659) är tillräcklig för att säkerställa att aborter genomförs på ett säkert sätt. Viktigt att påpeka är att abortvård består av fler insatser än enbart den kliniska abortprocessen. Stödsamtal och preventivmedelsrådgivning ingår också i abortvård och det är ett skäl till att det är viktigt att aborter är fortsatt knutet till en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Läs mer om detta i avsnitt 8.4.

Ökad autonomi för den som ska genomföra en abort

Enligt den systematiska översikt som genomförts av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) var det en övervägande majoritet av de som tagit mifepriston hemma som angav att de föredrog att ta läkemedlet i hemmet. Kvinnans självbestämmande ökar och hon kan anpassa tiden för aborten efter egna behov och åtaganden, till exempel arbete. Det kan också öka möjligheten för närstående att vara delaktiga.¹

De abortverksamheter vi pratat med inom ramen för utredningen ställer sig positiva till att den abortsökande kan välja att ta även det första läkemedlet hemma. Främst anför praktiska fördelar för den abortsökande som då kan planera bättre och anpassa, exempelvis utifrån sitt arbete, när det första läkemedlet ska tas, då vårt förslag innebär att den abortsökande slipper besöka vårdinrättningen för att inta det.

¹ SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

Abortlagen harmoniseras med övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning

Vi föreslår att det i lagen inte ska anges var en abort får genomföras. Detta liknar övrig reglering för hälso- och sjukvården, där platsen för ingrepp, behandling eller liknande inte anges i lagstiftningen. Indirekt styrs det dock av övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning, såsom bestämmelser kring vetenskap och beprövad erfarenhet samt andra regler kring patientsäkerhet.

Att det i lagen inte uttryckligen anges var en abort ska genomföras, innebär alltså inte att den *alltid* ska ske i hemmet eller att detta är lämpligt i alla situationer. Det kan till exempel inte ses som god och patientsäker vård att en kirurgisk abort utförs utanför en sjukvårdsinrättning.

Hemaborter är effektiva och säkra enligt forskning

I SBU:s systematiska översikt från 2023 konstateras att det inte är någon skillnad i abortbehandlingens effektivitet om mifepriston tas i hemmet jämfört med på en vårdinrättning (hög tillförlitlighet). Det är inte heller någon skillnad i följsamhet till behandlingen (måttlig tillförlitlighet). Komplikationer relaterade till aborten är ovanliga och det finns ingen påvisbar skillnad mellan tillvägagångssätten.

SBU konstaterar att mifepriston med fördel kan tas i hemmet av de kvinnor som önskar. Behoven varierar dock och det är viktigt att kvinnor även fortsättningsvis har möjlighet att välja om den medicinska abortbehandlingens och aborten ska ske hemma eller på vårdinrättning.²

WHO:s riktlinjer möjliggör aborter i hemmet

WHO skriver i sina riktlinjer att gravida till och med utgången av graviditetsvecka 12 bör erbjudas att helt eller delvis genomföra en medicinsk abort i hemmet.³ WHO ser således inga hinder för att, där vårdpersonal finner det lämpligt, erbjuda hemaborter där båda

² SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

³ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

läkemedlen intas i hemmet. Enligt nuvarande abortlag (1974:595) har det erbjudandet inte varit möjligt i Sverige.

Effektivare användning av resurser

Den föreslagna förändringen kan innebära en minskning av fysiska besök vid verksamheter som tillhandahåller abort. Även om det är svårt att skatta exakt hur många besök det kan handla om, borde det innebära en minskning. Om den abortsökande inte vill ta det första läkemedlet vid sitt första besök kan den abortsökande själv bestämma tidpunkt för att sätta i gång aborten och behöver inte återkomma till vårdinrättningen, som i dag. De resurser som krävs för en utökad telefonrådgivning vid hemaborter får anses vara mindre än de resurser som behövs för fysiska besök.

Hemabort ska vara en möjlighet för den som önskar

Det är viktigt att en lagändring som möjliggör aborter hemma inte innebär att valmöjligheten att få en abort utförd på vårdinrättning försvinner. Den abortsökandes önskemål om var aborten ska genomföras ska respekteras så långt det är möjligt om det inte föreligger medicinska eller andra skäl som talar emot. Andra skäl kan till exempel vara om det finns en oro för den abortsökandes psykiska hälsa eller om det finns hemförhållanden som påverkar den abortsökandes möjligheter att få genomföra abort i en trygg miljö om det görs utanför vårdinrättningen. Läs mer i kapitel 7.

Enligt 7 kap. 1 § patientlagen (PL) ska patienten, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patientens ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

För att kunna välja var aborten ska göras måste den gravida ha fått information om och är införstådd med hur aborten går till samt vilka risker eller obehag det kan innebära. Om det finns önskemål om att göra aborten på en vårdinrättning bör det respekteras av vården, även om det kan innebära längre väntetid för abort på en vårdinrättning än om aborten genomförs i hemmet. Det är dock

viktigt att vården även fortsatt har kapacitet för att skyndsamt hantera aborter på en vårdinrättning för den som så önskar, eller där det av olika skäl inte är lämpligt att aborten genomförs hemma. Vid hemabort behöver det finnas möjlighet för den som genomgår aborten att kontakta abortvården vid behov både under och efter aborten, till exempel vid smärta, oro eller andra frågor.

Situationer när en hemabort inte är lämplig

Abort innefattas i begreppet "hälso- och sjukvård" enligt i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).⁴ Detta innebär att bestämmelserna i HSL ska tillämpas vid abort. Vårdgivaren har till exempel ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppfylls enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska till exempel utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL).

Även om den gravida önskar genomföra aborten i hemmet, kan det bedömas att det inte är lämpligt av medicinska eller andra skäl. Den hälso- och sjukvårdspersonal som ska ansvara för aborten bör därför bedöma om en abort i hemmet kan ske på ett patientsäkert sätt. Verksamheten behöver ha rutiner för hur lämplighetsbedömningen ska ske.

SFOG har tagit fram råd för när det är lämpligt att fullfölja en abort i hemmet enligt nuvarande lagstiftning. Till exempel anses det inte enligt dessa råd patientsäkert att avbryta en graviditet enligt 6 § abortlagen (1974:595), om det kan finnas större risker för den abortsökandes hälsa. Det kan även finnas sociala skäl, där det är lämpligt att en kurator är delaktig i bedömningen av lämplighet, exempelvis om vården misstänker våld i hemmet eller om vården bedömer att en minderårig inte har tillräckligt stöd från anhöriga i hemmet.

Det är av flera skäl viktigt att vården även fortsatt har kapacitet för att skyndsamt hantera aborter på vårdinrättning för dem som inte vill genomföra aborten hemma, eller där detta inte anses lämp-

⁴ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.

ligt. Så kan till exempel vara fallet om det krävs smärtlindring som enbart kan ges på en vårdinrättning.⁵

9.2 Förskrivning av läkemedel för abort kan bli tillåten men bör ske restriktivt

Bedömning: Med anledning av de lagändringar som föreslås kommer Läkemedelsverket behöva se över 4 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel, eftersom kravet i föreskriften grundar sig på bestämmelsen i abortlagen om att en abort ska utföras på en vårdinrättning.

Bedömning: I nuläget bedöms att läkemedel som används vid abort bör förskrivas restriktivt och i stället som regel även fortsatt delas ut på vårdinrättningen.

Förslag: Efter att Läkemedelsverket ändrat föreskriften, och under förutsättning att Läkemedelsverket inte ser skäl att införa ett nytt undantag för förskrivning av läkemedel som används för abort, ska Läkemedelsverket få i uppdrag att på övergripande nivå följa förskrivningen av mifepriston och misopristol. Uppdraget ska ske i dialog med E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

9.2.1 Bakgrund till bedömningen och förslaget

Skillnad mellan förordnande av läkemedel, förskrivning, rekvirering och ordination.

Förordnande av läkemedel är ett samlingsbegrepp som omfattar både utskrivning på recept (förskrivning) och rekvisition (överlämning eller administration av läkemedel på vårdenheter).

Läkemedel kan *förskrivas* på recept som patienten hämtar ut på ett apotek.

⁵ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

Läkemedel kan också *rekvireras*. Det innebär att läkemedel beställs från apotek till vårdenheten av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. På vårdenheten administreras eller överlämnas läkemedel till patienten efter *ordination*.⁶

Hälso- och sjukvårdspersonal som får förordna eller förskriva ett läkemedel får också ordinera läkemedlet.⁷ En ordination är ett beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka patientens hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd (3 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37).⁸ En ordination kan förutom läkemedelsbehandling till exempel innebära ett beslut om att patienten bör genomgå en kirurgisk behandling. En ordination är alltid första steget i genomförandet av en läkemedelsbehandling oavsett om läkemedlet ska förskrivas på recept och hämtas ut på apotek eller om läkemedlet ska administreras eller överlämnas till patienten av hälso- och sjukvårdspersonal och läkemedlet därmed rekquireras till vårdinrättningen.

9.2.2 Om bedömning och förslag

Det blir sannolikt möjligt att förskriva läkemedel för abort

Av 4 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel framgår att läkemedel som innehåller mifepriston endast får lämnas ut från apotek till ett allmänt sjukhus eller annan av IVO godkänd vårdinrättning. Den förordnande läkaren ska vara verksam vid den vårdinrättningen. Läkemedlet får i dag alltså inte förskrivas och lämnas ut från ett apotek till en enskild patient.

När kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning tas bort behöver Läkemedelsverket se över föreskriften då grunden till kravet i föreskriften är att aborten måste ske på en vårdinrättning enligt abortlagen och inte har grundat sig i att mifepriston skulle vara ett läkemedel med stora risker och som därför inte skulle lämpa sig för förskrivning. Bestämmelsen hänvisar dessutom

⁶ Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

⁷ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

till 5 § 2 stycket abortlagen om godkännande av verksamheter, som vi föreslår ska upphävas. Det innebär att bestämmelsen inte kommer gå att tillämpa om de lagändringar vi föreslår genomförs. I dialog med Läkemedelsverket framgår att det är sannolikt att de kommer landa i att förskrivning blir tillåten då skälet för begränsningen är kravet på att abort ska ske på sjukvårdsinrättning.

Även om Läkemedelsverkets föreskrift endast reglerar att mifepriston inte får förskrivas så får i dag abortsökande samtliga läkemedel som behövs vid aborten utlämnade vid ett fysiskt besök. Det innebär att den abortsökande även får misoprostol samt vid behov smärtlindrande och läkemedel mot illamående.

Läkemedlen är utan kostnad för den abortsökande när läkemedlen hämtas ut på vårdinrättningen, vilket i regel skiljer sig från om läkemedlet hämtas ut av en enskild på ett apotek. Förfarandet med rekvisition och utlämnande av läkemedel innebär även att hälso- och sjukvården lättare kan anpassa ordinationen av läkemedlen så att enbart det antal doser och tabletter som behövs för en abort kan lämnas ut till en abortsökande. Det är särskilt viktigt när det gäller smärtlindrande läkemedel som kan vara beroendeframkallande.

Läkemedelsverket avgör om det finns skäl för undantag

Läkemedelsverket har mandat att vid behov föreskriva om undantag för ett läkemedel när gäller förordnande eller utlämnande av läkemedel. I 4–4 a §§ Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel finns förutom undantaget för mifepriston, ett ytterligare undantag som rör läkemedel som enbart får rekvireras. Det rör sig om ett godkänt läkemedel mot behandlingsresistent depression, som innehåller esketamin för intranasal administrering som endast får lämnas ut från ett apotek mot rekvisition till en vårdinrättning som bedriver specialiserad psykiatrisk vård. Den förordnande läkaren ska ha specialistkompetens i psykiatri och vara verksam vid vårdinrättningen (4 a §). Vi kan konstatera att detta fall rör sig om en situation där läkemedlet är narkotikaklassat och bedöms ha en hög risk för missbruk och beroende. Förslaget till införande av bestämmelsen skickades ut på remiss av Läkemedelsverket i april

2020. Av remissen framgår bland annat att en långtidsstudie av det godkända läkemedel som innehåller esketamin för intranasal användning (Spravato) noterades att mer än hälften av patienterna som behandlades med läkemedlet rapporterade symtom som kan förknippas med missbrukspotential.⁹ På grund av risken för ytterligare allvarliga tillstånd rekommenderas att administrering av Spravato enbart ska ske under övervakning av vårdpersonal.¹⁰

Mifepriston är ett läkemedel av en helt annan typ och att det inte får förskrivas i dag hänger samman med kravet på att en abort ska ske på en vårdinrättning. När det kravet försvinner ser vi inte att det finns tillräckliga skäl att förbjuda förskrivning kopplat till biverkningar, att preparatet skulle vara beroendeframkallande eller vara föremål för vidare försäljning på svarta marknaden. Ytterst blir det dock Läkemedelsverket som får fatta besluta om det finns skäl att även fortsatt begränsa förskrivning av mifepriston.

Förskrivning av läkemedel för abort bör ske restriktivt

Även om det blir möjligt att förskriva mifepriston under förutsättning att Läkemedelsverket tar bort kravet på att det ska rekvireras, bedömer utredningen att läkemedel som används vid abort som regel fortsatt ska delas ut på vårdinrättningen. Skälen för detta ställningstagande finns i avsnitt 9.2.3. Det handlar om bland annat om förpackningsstorlekar, kostnader för individen och off label-användningen.

Våra förslag innebär alltså att det blir möjligt att inta båda läkemedlen i hemmet men att vi gör bedömningen att aborten som regel bör föregås av någon form av fysiskt besök på vårdinrättning, där läkemedlen delas ut och den abortsökande kan få relevant information om hur de ska användas.

⁹ Bozymski M et al, 2019, An Open -label, Long-term, Safety and Efficacy Study of Intranasal Esketamine in Treatment-resistant Depression (SUSTAIN-2).

¹⁰ Läkemedelsverket, 2020, Dnr: 3.1.1-2020-037202. Förslag till ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel.

Uppdrag till Läkemedelsverket att följa förskrivningen av läkemedel för abort om det blir tillåtet

Vi föreslår att Läkemedelsverket ska få i uppdrag att följa förskrivningen av läkemedel som används för abort på övergripande nivå förutsatt att de fattar beslut om att ändra föreskriften som nu reglerar att mifepriston inte kan hämtas ut av enskild från apotek.

Som vi beskrivit ovan är det i nuläget inte möjligt att förskriva läkemedel som används för abort. Läkemedelsverket kommer att behöva se över och följdändra 4 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) *om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel* och låta den bestämmelsen utgå om abortlagen förändras på det sätt vi föreslagit.

Som vi konstaterar ser vi dock vissa risker med förskrivning av läkemedel som används för abort.

Vi ser därför att det är viktigt att Läkemedelsverket följer förskrivningsmönster av läkemedel som används för abort om de gör bedömningen att förskrivning av mifepriston blir tillåten. Detta för att bland annat kunna följa om läkemedlen även fortsatt huvudsakligen kommer att delas ut av hälso- och sjukvården, vilket är i enlighet med vår rekommendation eller om förskrivning av läkemedel som används för abort kommer att öka om det blir möjligt att förskriva. Om det inte är möjligt för Läkemedelsverket att utröna om läkemedlen förskrivits med indikation abort, så bör det ändå vara möjligt att se om förskrivningen av de aktuella läkemedlen ökar efter att de föreslagna lagändringarna trätt i kraft. Uppdraget ska enligt vårt förslag utföras i dialog med E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen och IVO. Syftet med detta är att E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen har tillgång till register som kan behövas för att Läkemedelsverket ska kunna följa förskrivningen av läkemedel som används för abort. Socialstyrelsen har tillsammans Läkemedelsverket en viktig roll i regelverket och kunskapsgivning kring förskrivning av läkemedel inom hälso- och sjukvården. Vi bedömer att det även är viktigt att samverkan sker med IVO, då Läkemedelsverket i sitt uppdrag kan få kännedom om förskrivningsmönster av vissa vårdinrättningar eller läkare som kan föranleda en tillsynsinsats.

9.2.3 Skäl för bedömningen och förslaget

Vi bedömer att, trots att vi inte ser skäl att rent juridiskt förbjuda förskrivning av läkemedel som används för abort, så bör förskrivning ske restriktivt. Detta beror på att det finns ett antal försvårande omständigheter som kvarstår och att vi inte ser att det i dag är möjligt att komma med förslag som helt hanterar riskerna med förskrivning av läkemedel för abort. Bland annat för att flera av dessa omständigheter ligger utanför statens mandat att påverka och är upp till läkemedelsbolagen.

Vi ser dock att de förutsättningar som i dag begränsar lämpligheten att förskriva läkemedel som används för abort kan komma att förändras och i takt med det kan förskrivningen av dessa läkemedel komma att öka. Vi ser också att det kan finnas enskilda fall där det är viktigt att kunna förskriva, exempelvis om den abortsökande lever i en hederskontext och/eller har svårt att ta sig till en vårdinrättning. Det är därför viktigt med ett flexibelt regelverk som möjliggör förskrivning av läkemedel som används vid abort om förutsättningarna förändras.

Off label-användning av läkemedel som används vid abort

Mifepriston är den aktiva substansen i det läkemedel som intas i första steget vid en abort, vanligast att förordna är läkemedlet Mifegyn. Det finns godkänt för användning upp till graviditetsvecka 9 vid medicinsk abort, vid längre gången graviditet används läkemedlet off label vid abort om det inte finns medicinska skäl för avbrytandet av graviditeten.

I det andra steget intas läkemedel med misoprostol som aktiv substans. Det läkemedel som i dag används, Cytotec, är inte registrerat för att användas för abort, vilket betyder att det i dag förordnas off label.

Vi har inom ramen för utredningen fört en dialog med Läkemedelsverket och kan konstatera att möjligheten till off label-förskrivning är en komplex fråga som rör flera myndigheter. Läkemedelsverket har ingen möjlighet att påverka läkemedelsbolagen gällande på vilka indikationer de registrerar ett läkemedel. Läkemedelsverkets uppfattning är att godkänt läkemedel med godkänd indikation bör vara förstahandsval.

I dagsläget är det endast läkare som har en fri förskrivningsrätt vilket innebär att det endast är läkare som kan förskriva alla läkemedel samt förskriva läkemedel för annan indikation än den som är registrerad. Situationen är speciell när det rör läkemedel som används för abort, eftersom det rör sig om läkemedel som systematiskt ordineras för off label-användning och där indikationen för Cyto-tec är ett helt annat tillstånd.

Det finns en produkt (Topogyne) med misoprostol godkänd för avbrytande av graviditet upp till graviditetsvecka 7 + 0 dagar dock endast för peroral administrering, vilket inte används i klinisk verksamhet då det anses ha en lägre effektivitet.

Dokumenterad vetenskap och beprövad erfarenhet ska ligga till grund för användning av ett godkänt läkemedel på icke godkänd indikation.¹¹ Att läkemedlet förordnas för off label-användning innebär att det är oklart om användningen täcks av läkemedelsförsäkringen. I SOU 2023:101 *Effektivare tillsyn över apotek, bättre skydd vid patientskador samt översyn av handel med receptfria läkemedel* resonerar utredningen kring frågan om försäkringsskydd för läkemedel som skrivs ut off label och konstaterar att Läkemedelsförsäkringen har infört krav på att förutom att förskrivningen ska omfattas av vetenskap och beprövad erfarenhet, så ska det saknas andra godkända alternativ till det läkemedel som förskrivs.¹²

Redan i dag används abortläkemedel off label när de rekvireras och överlämnas till den abortsökande av hälso- och sjukvården. Vi ser att riskerna för exempelvis bristande information om hur läkemedlet ska användas och om dess sidoeffekter kan komma att öka om informationen inte ges av hälso- och sjukvårdspersonal inom abortvården i samband med överlämnandet av läkemedlet.

Ökad kostnad för individen vid förskrivning

Förskrivning på recept innebär att den abortsökande själv behöver stå för kostnaden för läkemedel som hämtas ut på apotek.

Mifegyne finns i en förpackning med tre tabletter för cirka 700 kronor. Cytotec är endast subventionerat när det används för

¹¹ <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/skriva-recept/lakemedelsverkets-syn-pa-off-label-forskrivning#hmainbody1>. Hämtad 2024-11-10.

¹² SOU 2023:101. Effektivare tillsyn över apotek, bättre skydd vid patientskador samt översyn av handel med receptfria läkemedel.

godkänd indikation. Det innebär att läkemedlet inte omfattas av läkemedelsförmånen och inte ingår i högkostnadsskyddet om det förskrivs som läkemedel för abort. Cytotec finns i förpackningar om sextio tabletter till en kostnad av cirka 200 kronor.

Större förpackning än nödvändigt ökar risken för läckage av läkemedel

Förpackningar av Cytotec innehåller ett stort antal tabletter. Om Cytotec skrivs ut på recept som läkemedel för abort får den som ska genomföra en abort fler tabletter än vad som behövs för en abort till och med graviditetsvecka 12. Läkemedelsverket kan som myndighet inte tvinga läkemedelsbolag att erbjuda en viss förpackningsstorlek. Myndigheten kan ställa krav på förpackningsstorlek vid själva godkännandet av ett läkemedel men inte på ett redan godkänt läkemedel.

Enligt 27 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) *om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit* ska ett godkänt läkemedel lämnas ut i sin originalförpackning vilket innebär att apotek som huvudregel inte kan öppna förpackningen och lämna ut ett mindre antal tabletter. Det innebär att den som ska genomföra en abort kan få tillgång till tabletter som räcker för abort i en senare vecka än vad läkemedlet förskrivits för eller för flera behandlingar. Vi ser dock att även om dessa risker är marginella behöver vården ha rutiner som bidrar till att gällande reglering följs och att läkemedlen används på rätt sätt och av rätt person.

Även förpackningarna av de opioider som kan skrivas ut för smärtlindring vid en abort innehåller fler tabletter än vad som vanligen behövs under en medicinsk abort. Det finns en risk för läckage¹³ av läkemedlen om patienter hämtar ut mer medicin än de behöver och särskilt när det gäller opioider.

Risken med att den abortsökande får ett större antal tabletter innehållande opioider än vad som används vid en abort, är inte en unik problematik för aborter. I Narkotikautredningens betänkande *Vi kan bättre* (SOU 2023:62) föreslogs att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) skulle få i uppdrag att utreda förut-

¹³ Läckage är ett begrepp som framför allt används i beroendevården exempelvis skriver Socialstyrelsen: *Med läckage avses här läkemedel som lämnats ut från en LARO-mottagning eller förskrivits till patienter, och som sedan överlämnats eller sålts vidare.*

sättningar för att främja mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel inom läkemedelsförmånen. Narkotikautredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Att bryta förpackningar skulle leda till kassation

Det finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit 8 kap. 28 § ett undantag från huvudregeln att läkemedel ska lämnas ut i sin originalförpackning. I 28 § anges att det går att lämna ut ett mindre antal tabletter på apotek om det förskrivits med sådana villkor. Resterande antal tabletter ska då kasseras, förutsatt att patienten inte kommer att behöva hämta dem vid ett senare tillfälle, vilket inte är aktuellt när det gäller läkemedel för abort.

Enligt Läkemedelsverket bör dock detta ses som en undantagshantering snarare än något som ska sättas i system och således i tillämpligt när det gäller läkemedel för abort.

Det skulle leda till kassation, vilket är negativt ur resurs- och miljösynpunkt, då en stor mängd medicin skulle behöva kasseras. Det innebär också en manuell hantering för apoteket som i sig kan vara en risk för fel vid utlämningen.

Fysiska besök fyller en viktig funktion

I våra dialoger med abortverksamheter runt om i landet har flertalet framfört att de ser många fördelar med att det genomförs något fysiskt besök i samband med abort. Det har framkommit att dagens abortvård inte enbart erbjuder abort utan har ett koncept som inkluderar sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR) i ett större perspektiv. Se argumentationen nedan kopplat till användningen av telemedicin i samband med abort. Att som regel förskriva läkemedel för abort skulle bidra till färre fysiska besök vilket är kopplat till ett antal risker som listas här och i avsnitt 9.3.

Apotekspersonal kan komma administrera läkemedel för abort direkt till den abortsökande

Om läkemedel för abort kommer att kunna förskrivas och hämtas ut på apotek kommer farmaceuter att lämna ut läkemedlen till den som ska genomgå en abort. Apotekspersonal är skyldiga att informera om läkemedlet i samband med utlämnandet.

Många apotek har i dag inte förutsättningar för att samtala med den som hämtar ut medicin i enskildhet, vilket gör det svårare att upprätthålla sekretessen. Det kan komma att upplevas som integritetskränkande för den abortsökande att ha det samtalet på en mer öppen plats som apotek ofta är då andra personer kan höra samtalet.

WHO lyfter i sina riktlinjer vikten av att farmaceuter får kunskap om abortprocessen för att kunna vara en del av tillhandahållandet av säkra aborter.¹⁴

I dag är också en möjlighet att få sina läkemedel levererade hem från ett apotek vilket kan vara en möjlighet i de fall där det är svårt att ta sig till ett apotek eller av andra skäl inte är aktuellt. Det förutsätter dock att den abortsökande fått all nödvändig information av hälso- och sjukvårdspersonal vid en abortverksamhet innan läkemedlen skickas hem.

9.2.4 Sammanfattande slutsatser kring förskrivning

Utifrån resonemanget ovan kan vi konstatera att läkemedel som används för abort med stor sannolikhet blir möjligt att förskriva som en följd av att kravet på att en abort ska utföras på en vårdinrättning ska utgå ur abortlagen. Av de skäl vi listat ovan ser vi dock att läkemedlen även fortsatt som regel bör delas ut av hälso- och sjukvården. Detta framför allt för att säkerställa att abortsökande får rätt information, rätt antal tabletter av respektive läkemedel och för att undvika att det uppstår kostnader för uthämtade läkemedel för den abortsökande. Utdelning av läkemedlen på vårdinrättning bidrar även till att onödig kassation av läkemedel undviks, vilket annars leder till konsekvenser för miljön och innebär onödiga kostnader för samhället. Vi ser dock att det kan finnas situationer där förskrivning av läkemedel som används vid abort kan vara en stor fördel för

¹⁴ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

den abortsökande. Det kan till exempel bero på stora avstånd till en abortmottagning eller en person som är utsatt för våld i nära relation eller hedersrelaterat våld och har svårare att ta sig till en abortmottagning. Om det är långa avstånd till en abortmottagning kan det också vara aktuellt att beställa hem läkemedel till brevlådan efter förskrivning.

Vi har ovan konstaterat att riskerna kring Spravato framstår som betydande jämfört med riskerna i samband med förskrivning av de läkemedel som används för en abort. Vi kan därför inte se att det finns skäl för ett undantag som innebär att rekvisition ska vara enda möjligheten för läkemedel som används för abort.

Även om vi inte ser att det finns tillräckligt starka skäl att införa ett undantag som innebär att läkemedel som används för abort måste rekvireras, är det viktigt att påpeka att detta är en fråga som ska beslutas av Läkemedelsverket. Bedömer myndigheten att det skulle finnas skäl för ett undantag, kan ett sådant föreskrivas med stöd av 9 kap. 9 och 11 §§ läkemedelsförordningen (2015:458), där det anges att Läkemedelsverket kan ta fram föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel.

Vår bedömning i frågan om förskrivning förhåller sig till nu gällande förutsättningar. I framtiden kan bedömningen bli en annan om de läkemedel som i dag används off label skulle komma att registreras för indikationen inducerad abort. Det skulle även kunna leda till att läkemedelsbolagen anpassar förpackningsstorlek till avsedd behandling. Detta bygger dock på att läkemedelsbolagen själva ansöker om att få sälja läkemedel för inducerad abort samt tar initiativ till att anpassa förpackningsstorleken.

9.3 Abortlagstiftningen kommer att möjliggöra handläggning av aborter via telemedicin

Bedömning: Förslaget som innebär att abort kan genomföras utanför en vårdinrättning, möjliggör handläggning av aborter via telemedicin. Detta gäller oavsett om det blir möjligt att hämta ut läkemedel som används för abort på ett apotek.

Förslag: För att säkerställa att aborter kan handläggas via telemedicin utan risker för patientsäkerheten, behöver metoden utvärderas och anpassas till svensk kontext. Därför föreslås att staten avsätter medel för utveckling av abortvården med särskilt fokus på metoder som ytterligare ökar tillgängligheten till abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer samt för implementering av förändringarna i abortlagen som vi föreslår ska genomföras.

9.3.1 Om bedömningen och förslaget

En ny reglering möjliggör telemedicin inom abortvården

När bestämmelsen om att en abort ska utföras på sjukvårdsinrättning tas bort, så innebär det en öppning för att aborter kan handläggas via telemedicin. När vi skriver om telemedicin inom ramen för abortvården i det här avsnittet så avser vi en abortprocess där det inte sker något fysiskt besök på vårdinrättning.

WHO:s riktlinjer rekommenderar hemabort via telemedicin som ett alternativ under de första 12 graviditetsveckorna förutsatt att den abortsökande har tillgång till korrekt information, kvalitets-säkrade läkemedel och stöd av utbildad hälso- och sjukvårdspersonal samt har möjlighet att komma till en vårdinrättning om det behövs eller om den sökande önskar detta.¹⁵

Det finns studier på området som visar på goda resultat och att hemaborter som utförs via telemedicin är lika säkra och effektiva som andra abortmetoder. Några studier har tittat på användningen av telemedicin i länder där tillgången till abort är begränsad och där det fortfarande finns ett stort stigma kring att göra en abort.

¹⁵ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

I dessa studier konstaterades att metoden var både säker och effektiv samt minskade antalet osäkra aborter i socioekonomiskt utsatta områden.

Exakt vad som avses med telemedicin skiljer sig åt mellan olika länder och olika studier. I vissa fall innebär det att ett fysiskt besök och ultraljud ändå genomförts. Enligt uppgifter från WHO till utredningen är det mycket ovanligt medaborter som sker utan något besök alls vid en vårdinrättning jämförbara länder till Sverige. Skillnaderna i vad som anses vara telemedicin gör det svårt att helt jämföra olika studiers resultat och utfall i andra länder.

Ultraljudskontroll och gynekologisk undersökning av den som vill genomföra en abort är i dag praxis i svensk hälso- och sjukvård.¹⁶ Det är dock inte reglerat utan bygger på vårdens rutiner för hur en patientsäker abortprocess ska säkerställas. Att erbjuda dessa åtgärder är standard i de flesta länder där abort är tillåtet med god tillgänglighet till abort och hög kompetens, eftersom det kan bidra till säkra aborter samt ökad sexuell och reproduktiv hälsa.¹⁷ Enligt WHO är ultraljundsundersökning inför abort inte nödvändigt ur ett kliniskt perspektiv. Där tillgång till ultraljud är låg kan det i stället bidra till att minska tillgängligheten till abort i länder med restriktiv abortlagstiftning.¹⁸

Ultraljud är ett tillförlitligt verktyg för att avgöra hur långt graviditeten är gången och att den sitter i livmodern. Det kan dock finnas omständigheter som gör att telemedicin kan vara ett önskvärt alternativ även i länder där tillgången till abort är god, exempelvis där avstånden är stora eller i en social kontext där abort inte accepteras.

I början av covid-19-pandemin tillämpades en tillfällig reglering i Storbritannien som tillät abortsökande att få tidig medicinsk abortbehandling på distans efter en telemedicinsk konsultation. Syftet var att minska risken för covid-19-spridning. Över 100 000 abortsökande avslutade sina graviditeter hemma utan ett fysiskt besök. Tillgängligheten till abortbehandling ökade, vilket minskade väntetiderna från 10,7 dagar till 6,5 dagar. Tack vare den snabba tillgången till vård kunde fler kvinnor genomgå abort mycket tidigare under graviditeten, och 40 procent av aborterna utfördes innan

¹⁶ SFOG, 2024, Medicinska råd vid inducerad abort.

¹⁷ Endler et al, 2022, A telemedicine model for abortion in South Africa: a randomised, controlled, non-inferiority trial.

¹⁸ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

graviditeten nådde sex veckor. Av de abortsökande var 96 procent ”nöjda” eller ”mycket nöjda” med sin vård. Över 80 procent svarade att de skulle välja telemedicin i framtiden om behov uppstod.¹⁹

Vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet

Att något blir teoretiskt möjligt genom en förändrad reglering betyder inte nödvändigtvis att det är lämpligt i praktiken. Till skillnad från många andra länder finns i Sverige tillgång till säkra aborter och en abortvård av god kvalitet. Vården har utvecklats sedan 1975 och inrymmer i dag mer än enbart själva aborten. Gynekologisk undersökning med ultraljud och provtagning för sexuellt överförda infektioner, erbjudande om stödsamtal är några exempel. Preventivmedelsrådgivning är en viktig del i abortvården och det är huvudsakligen barnmorskor med kunskap om olika preventivmetoder som ansvarar för att kvinnan får saklig information och möjlighet att hitta den preventivmetod som passar henne bäst. Långtidsverkande preventivmedel (LARC) som exempelvis hormonspiral och p-stav kräver ett fysiskt besök för att appliceras. En farhåga är att om telemedicin införs vid abortvård skulle förskrivning av LARC kunna minska med ökat antal oplanerade graviditeter som följd. Det bör utvärderas för att se hur abortvården i Sverige kan använda telemedicin på ett patientsäkert sätt utan att abortvården försämras. Fortfarande måste de krav som finns på att använda metoder enligt vetenskap och beprövad erfarenhet följas enligt patientsäkerhetslagen.²⁰

Det pågår en randomiserad kontrollerad studie som jämför telemedicin med standardvård för abort i Sverige. Preliminära resultat visar på hög acceptans i båda grupperna och att en majoritet skulle välja telemedicin vid nästa abort om det skulle bli aktuellt.

Utredningen kan konstatera att forskning på området tyder på att metoden är patientsäker. Dock kan användningen av telemedicin behöva utvärderas och olika modeller av digitala lösningar anpassas till de förutsättningar som finns, innan den införs i bred skala i Sverige. Tillsammans med tidigare internationella observations-

¹⁹ Aiken et al, 2021, Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine, a national cohort study.

²⁰ Pågående kliniska studier vid Karolinska Universitetssjukhuset.

studier och klinisk praxis från de länder som tillämpar telemedicin kan de slutliga resultaten från den svenska studien utgöra underlag för hur telemedicin skulle kunna implementeras i Sverige. Sådana utvärderingar behöver även fokusera på hur telemedicin påverkar andra delar av abortvården såsom preventivmedelsrådgivning.

I takt med att utvärderingar på området visar på fortsatt hög patientsäkerhet kan praxis ändras, exempelvis genom ändringar i SFOG:s medicinska råd vid inducerad abort.

De avsatta medel till regionerna som utredningen föreslår skulle kunna användas till utveckling och utvärdering av modeller för telemedicin och vilka komponenter som bör ingå för en patientsäker abortvård. Det innebär en fortsatt kliniskt nära forskning på området som kan följas och systematiskt utvärderas.

9.3.2 Skäl för bedömningen och förslaget

Många av de argument som används för att erbjuda abort via telemedicin rör länder där abortlagstiftningen är restriktiv, vårdens resurser knappa och det finns ett stigma kring abort som inte motsvarar förhållanden i Sverige. Vår bedömning är dock att det kan finnas vinster med att handlägga aborter via telemedicin även i Sverige. De abortmottagningar som utredningen intervjuat är splittade i sin hållning till telemedicin men ett flertal uttrycker att de ser vissa risker med metoden. Man ser stora fördelar med hemaborter där båda läkemedlen kan tas i hemmet, även om läkemedlen behöver hämtas ut på abortverksamheten.

Ökat självbestämmande och tillgänglighet för den abortsökande

Om abort utan ett fysiskt besök på vårdinrättning blir ett alternativ, kan det ge större möjligheter för den som ska göra en abort att välja när och var den ska ske. Det skulle även kunna underlätta för den som har långt till en vårdinrättning eller som har svårt att ta sig dit av andra skäl.

Hälso- och sjukvården har stora möjligheter att införa telemedicin även om förskrivning av läkemedel som hämtas på apotek av den abortsökande, bör ske restriktivt enligt vår bedömning. Telemedicin kan då till exempel innebära att abortrådgivning och preventiv-

medelsrådgivning ges via telefon eller digitalt och att den abortsökande sedan kan hämta ut läkemedlen på valfri tidpunkt på vårdinrättningen. Möjligtvis kan det också ordnas så att läkemedlen kan hämtas ut på en annan vårdinrättning närmare den abortsökande, såsom en vårdcentral eller ungdomsmottagning. I vissa situationer, där det till exempel är svårt för den abortsökande att ta sig till en vårdinrättning, skulle det kunna vara möjligt att buda hem läkemedel till den abortsökande. I Storbritannien finns möjligheten att vid hemabort hämta ut läkemedlen i receptionen på vårdinrättningen alternativt få de budade hem till sig.

Goda forskningsresultat vid användning av telemedicin

I WHO:s riktlinjer för abortvård finns rekommenderade behandlingsalternativ via telemedicin för abort innan graviditetsvecka 12 + 6 dagar. Rekommendationen bygger på en systematisk översikt som sammanställde tio studier på området som visade på goda resultat om än med låg evidens.²¹

En studie som publicerades 2022 i *The Lancet* visade att medicinsk abort kan genomföras både säkert och effektivt på distans, utan rutinmässig ultraljudsundersökning.²² Ovan beskrivs också den studie som genomfördes i England under covid-19.²³

Sammantaget konstaterar utredningen att det finns forskning på området men bedömer att metoden kan behöva hitta modeller för en svensk kontext som utvärderas efter implementering.

En mer flexibel lagstiftning i krig och fredstida krissituationer

En lagstiftning som öppnar för aborter via telemedicin underlättar också aborter under krig och fredstida krissituationer. Det innebär en större flexibilitet om den som önskar göra en abort inte behöver besöka en sjukvårdsinrättning, något som kan vara svårt under en krissituation eller krig.

²¹ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

²² Endler, M, m.fl., 2022, A telemedicine model for abortion in South Africa: a randomised, controlled, non-inferiority trial.

²³ Aiken et al, 2021, Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine, a national cohort study.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tog upp frågan om aborter i samband med planeringen av en totalförsvarsövning som genomfördes 2020. Under övningen betonades vikten av att inkludera aborter i prioriteringen av sjukvårdens resurser vid höjd beredskap och krig, då det påverkar många människor och medför flera risker – från hot mot liv och hälsa till förflyttningar av civila över gränser.

Utöver diskussioner i samband med övningen har MSB lyft frågan vid flera seminarier, bland annat för landets länsstyrelser, regioner och andra aktörer. Man har framhållit pandemin som exempel, där länder ställdes inför utmaningen med att fortsätta tillhandahålla aborter. Det visar att abort är en viktig beredskapsfråga som Sverige bör förbereda sig för.

Behovet av aborter kommer att kvarstå vid en framtida kris eller under krig. Vi vet att tillgången till abort samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) varit ett problem för kvinnor och flickor under kriget i Ukraina, både för dem som flytt och för dem som saknat tillgång till läkemedel för abort i landet.

MSB har i dialog med utredningen framfört att Sverige kan förbereda sig för dessa situationer till en låg kostnad i förhållande till de stora konsekvenserna om åtgärder uteblir. Man vill undvika att hamna i en situation liknande den i Storbritannien eller Frankrike, där undantagsbeslut om aborter fattades mitt under en kris, i stället för att en plan fanns i förväg.

Det handlar om att anpassa lagstiftningen så att den som önskar göra en abort kan göra det även om tillgången till vård är begränsad under störda förhållanden. Det kan också innefatta beredskapslager för de läkemedel som används vid abort, då dessa i hög grad beställs vid behov i dag.²⁴

Utredningens förslag om att abort ska få genomföras utanför sjukvårdsinrättning innebär att lagstiftningen blir bättre anpassad för aborter under krig och kriser.

²⁴ MSB, mejlkonversation med ansvarig handläggare Valter Vilkkö, 2024-09-25.

Risker med telemedicin jämfört med fysisk vård

Under våra samtal med företrädare för abortverksamheter lyftes ett antal risker med att genomföra en abort utan ett fysiskt besök. Nedan tar vi upp de risker som vi har identifierat gällande abort via telemedicin. Övriga risker som hänger ihop med förskrivning av läkemedel för abort beskrivs i avsnitt 9.2.3.

Att inte genomföra ett ultraljud inför en abort kan innebära att utomkvedshavandeskap inte upptäcks. Utomkvedshavandeskap, graviditet utanför livmodern, kan vara mycket allvarligt om den gravida inte får vård i tid, även om det är ett ovanligt tillstånd.

Ett uteblivet ultraljud innebär också att det är mer osäkert i vilken vecka av graviditeten som aborten genomförs. En följd av detta kan vara att doseringen av läkemedel för abort eller smärtlindring är anpassad för en abort i en tidigare graviditetsvecka. Det kan i sin tur innebära att aborten inte sker på ett effektivt sätt eller efter de tidsgränser som finns i abortlagen. I de studier som gjorts hittills har telemedicin vid abort endast använts tidigt i graviditeten. Gränsen har gått runt graviditetsvecka 7 + 0 dagar. Vården behöver ha rutiner för när det är lämpligt att handlägga aborter via telemedicin så att gällande regleringar följs och att patientsäkerheten inte påverkas negativt.

I princip alla abortmottagningar utredningen talat med framhåller vikten av preventivmedelsrådgivning i samband med abort vilket kan försvåras om en abort sker utan ett fysiskt besök.

I en stor studie fann man att kvinnor som blev erbjudna preventivmedel i samband med att de genomgick en abort var betydligt mer benägna att välja långtidsverkande preventivmedel än kvinnor som inte genomgått abort.²⁵ Ett sådant preventivmedel, det vill säga en hormonspiral eller en p-stav, kräver ett fysiskt besök för insättning. Om telemedicin ska prövas i abortvården måste en fortsatt tillgänglig preventivmedelsrådgivning säkerställas för att undvika oönskade graviditeter.

En annan risk med förslaget är att färre fysiska vårdkontakter kan innebära färre möjligheter att upptäcka särskilda behov eller våldsutsatthet hos abortsökande. Det har dock bedrivits forskning

²⁵ SFOG, 2018, ARG familjeplanering Inducerad abort.

kring hur vårdpersonal kan arbeta för att upptäcka våldsutsatthet även vid digitala kontakter.²⁶

9.4 Analys och anpassning av uppföljning efter en abort i hemmet

9.4.1 Inga särskilda krav på uppföljning behövs efter en abort i hemmet

Bedömning: Det bör inte införas ett särskilt krav på att vården ska följa upp en abort där båda läkemedlen tas utanför en vårdinrättning. Vårt förslag om att det i en ny förordning ska anges att uppföljning alltid ska erbjudas efter en abort är tillämpligt även för aborter som genomförs i hemmet. I dag regleras uppföljningen i Socialstyrelsens föreskrift.

9.4.2 Om bedömningen

Vår bedömning är att det inte finns skäl att särskilt reglera uppföljning av hemaborter där båda läkemedlen tas hemma, i relation till aborter där endast det andra läkemedlet tas hemma.

I 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort anges att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner för att kvinnor vid en medicinsk abort följs upp med efterkontroll för att säkerställa att graviditeten är avslutad. Vi anser emellertid att det även fortsättningsvis bör regleras att uppföljning alltid ska erbjudas efter en medicinsk abort. Tillgång till telefonrådgivning efter aborten är dock fortfarande viktig.

Av våra samtal med verksamhetsföreträdare framgår att den vanligaste efterkontrollen är att ett graviditetstest skickas med hem. Om graviditetstestet visar positivt efter två till tre veckor ska den som önskat genomföra en abort återkomma till verksamheten. Ett mindre antal verksamheter erbjuder ett uppföljande besök eller telefonsamtal efter hemabort.

²⁶ Munro-Kramet, et al, 2021, Recognising and responding to intimate partner violence using telehealth: Practical guidance for nurses and midwives.

9.4.3 Skäl för bedömningen

Lika säkert att ta båda läkemedlen hemma

I utvärderingen från SBU konstateras att det är lika säkert att ta båda abortläkemedlen hemma som att endast ta det andra läkemedlet hemma. Medicinska aborter har låg grad av komplikationer och vi gör bedömningen att det inte finns något behov av att stärka kraven på uppföljning som en följd av de ändringar som föreslås här utan att den reglering som finns i dag är tillräcklig.

Enligt SBU rapporten kan dock behovet av telefonrådgivning efter abort öka, något som verksamheterna behöver ta höjd för.²⁷

Erbjudandet om en fysisk uppföljning utnyttjas sällan

En studie från 2015 visade att det var lika säkert att skicka med ett graviditetstest för hemmabruk som att kalla patienterna till ett fysiskt besök efter en abort.²⁸ Flera av de verksamheter som intervjuades i samband med utredningen beskrev att de flesta som genomfört en abort antingen inte dök upp på besöket eller avbokade det. Tidigare hade vissa verksamheter en rutin att ringa upp efter aborten för att försäkra sig om att allt gått som planerat. Det var dock vanligt att de inte fick tag på den som genomfört aborten.

I dag skickas i stället ett graviditetstest med hem, så att personen själv kan kontrollera att aborten genomförts. De som genomför en abort erbjuds ett fysiskt återbesök om de önskar det.

Följsamhet stor

Flera verksamhetsföreträdare har uttryckt att eftersom personer som genomför abort är motiverade till behandlingen, är de också måna om att få reda på att aborten har fungerat. Det finns också en svensk studie som konstaterat att det inte finns några risker med att individen själv får ta ett graviditetstest hemma i stället för att

²⁷ SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

²⁸ Sunde Oppegaard et al, 2015, Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial.

komma till vårdinrättningen för ett fysiskt besök.²⁹ Även detta talar för att det inte finns behov av någon form av särskild uppföljning efter en abort som görs hemma.

²⁹ Sunde Oppegaard et al., 2015, Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial.

10 Barnmorskors ansvar för aborter

I det här kapitlet beskriver vi våra förslag till förändringar i abortlagen (1974:595), som möjliggör för barnmorskor att ansvara för aborter. Vi föreslår att det i abortlagen inte längre ska framgå vilka yrkesgrupper som är behöriga att utföra aborter, utan att det är kunskap och kompetens som får avgöra vem som får göra vad i likhet med annan hälso- och sjukvård.

I kapitlet föreslår vi även att Läkemedelsverket och Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge barnmorskor rätt att förordna läkemedel som används vid abort.

I kapitel 9 föreslår vi att det ska vara möjligt att genomföra aborter utanför en vårdinrättning. För att läkemedel som används för abort ska kunna förskrivas och därmed kunna hämtas ut från apotek krävs även ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter. I kapitel 9 finns även mer information om våra bedömningar av vad det innebär om dessa läkemedel får förskrivas i stället för att som i dag behöva delas ut på en vårdinrättning till den abortsökande.

10.1 Barnmorskor ska få ett utökat ansvar för abortprocessen

Förslag: Bestämmelsen i abortlagen om att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap ska utgå ur lagen.

Detta innebär att det i abortlagen inte anges vilka yrkeskategorier som är behöriga att utföra aborter. Precis som för övrig hälso- och sjukvård är det kunskap och kompetens som avgör vem som får göra vilka insatser.

Bedömning: Vi bedömer att det i nuläget framför allt är läkare och barnmorskor som har den utbildning och kompetens som krävs för att självständigt handlägga medicinska aborter.

10.1.1 Om förslaget

I nuvarande abortlag (1974:595) anges i 5 § att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Vi föreslår att det i lagen inte ska pekas ut vilka som är behöriga att utföra aborter. Det innebär alltså att det inte ska finnas några lagliga hinder för barnmorskor att självständigt ansvara för aborter. Precis som för övrig hälso- och sjukvård är det kompetens som avgöra vilken hälso- och sjukvårdspersonal som får utföra vilka insatser. I avsnitt 10.2 finns våra förslag och bedömningar gällande förskrivningsrätt för barnmorskor. Nedan följer en kort sammanfattning av hur ansvaret är reglerat för verksamhetschefer samt hälso- och sjukvårdspersonal i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Sällsynt med reglering av vem som får göra vad inom vården

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns mål och bestämmelser kring den övergripande ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården. Till exempel finns bestämmelser om vårdgivarens organisatoriska ansvar och om verksamhetschefens övergripande ansvar för en verksamhet.

Med ett fåtal undantag styr inte lagstiftningen vilka arbetsuppgifter som får utföras av vilken yrkeskategori. I stället bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra respektive arbetsuppgift, baserat på enskilda medarbetares kompetens.

De fall där det är särskilt utpekat vilken kompetens som krävs i hälso- och sjukvården rör framför allt läkemedelsfrågor. Då anges vem som är behörig att förskriva och ordinera läkemedel. Därutöver finns speciallagstiftning som reglerar kompetenskrav, till exempel lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar. Dessa lagar reglerar dock områden som inte omfattas av definitionen av hälso- och sjukvård enligt HSL.

Verksamhetschefens ansvar

Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef (4 kap. 2 § HSL). Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.

Vissa av verksamhetschefens uppgifter är reglerade, men i övrigt avgör vårdgivaren vilket ansvar och vilka uppgifter som verksamhetschefen ska ha. Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet eller tandvårdsverksamhet är vårdgivare. Det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet. Uppgifter som alltid ska åligga verksamhetschefen är bland annat att ansvara för rutiner för delegering. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens. Men utan den kompetensen får den som är chef i verksamheten inte bestämma över vård och behandling av patienter.¹

Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen har eget personligt ansvar för hur de utför sitt arbete. För vissa yrken i hälso- och sjukvården och tandvården krävs legitimation. Legitimationen ska vara en garanti för att personen har de kunskaper, färdigheter och egenskaper som krävs för yrket. En legitimation ska återkallas om den legitimerade har varit grovt oskicklig vid utövandet av sitt yrke, har gjort sig skyldig till ett allvarligt brott eller på annat sätt har visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket (8 kap. 3 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL).

De grundläggande skyldigheterna för hälso- och sjukvårdspersonal anges i 6 kap. PSL. Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt att ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård i enlighet med 6 kap. 1 § PSL.

En förutsättning för en patientsäker vård är att personalen har rätt utbildning, till exempel som legitimerad eller på annat sätt förvärvat kompetens genom praktisk yrkesverksamhet eller fortbildning. Enligt 6 kap. 4 § PSL är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, och ska i detta

¹ 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Barnmorskors ansvar för aborter i dag

De yrkeskategorier som finns på abortmottagningar är gynekologer, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer eller psykologer. Barnmorskor arbetar inom ett stort vårdområde där bland annat sexuell hälsa, mödrahälsovård, förlossnings- och BB-vård, gynekologisk vård, preventivmedelsrådgivning och abortvård ingår.

Socialstyrelsens rapport *Abortverksamhet till och med graviditetsvecka 12*, som publicerades våren 2007, visade på stora variationer i väntetider till det första läkarbesöket på de vårdinrättningar som utförde aborter. Socialstyrelsen initierade därför under 2008 en rapport: *Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk*. Rapportens syfte var att se över barnmorskors deltagande vid medicinska aborter i praktiken, liksom gränsen för vilka uppgifter barnmorskor kunde utföra inom ramen för gällande lag.

Socialstyrelsen konstaterar att begreppet *utföra*, när det gäller medicinska aborter, rymmer ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Läkaren har således det övergripande medicinska ansvaret. Med ordinationer av läkemedel enligt så kallade generella direktiv kan verksamhetschefer inom abortvården ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade tidiga graviditeter. Socialstyrelsen konstaterar att detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patient-säkerheten.

Barnmorskor har i dag ett stort ansvar i abortverksamheterna. Det bekräftas i de dialoger vi har haft med representanter för ett 40-tal verksamheter inom abortvården. I en majoritet av de verksamheter vi intervjuat arbetar barnmorskor mer eller mindre självständigt med att handlägga tidiga medicinska aborter.

I arbetsuppgifterna ingår då till exempel tidsbokning med anamnesupptagning, rådgivning, preventivmedelsrådgivning, administration av läkemedel och uppföljning. Även om barnmorskor självständigt handlägger medicinska aborter måste det finnas tillgång till

läkare inom abortvården. Läkaren har den kompetens som krävs för att göra bedömningar vid medicinskt komplicerade fall eller i akuta situationer. På vissa mottagningar kan barnmorskor även utföra ultraljudsundersökningar för att datera graviditeten. Det gäller för barnmorskor som genomgått utbildning i ultraljud anordnad av Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), som är en specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund. På ett fåtal kliniker har sjuksköterskor motsvarande ansvar, bortsett från ultraljudsundersökningen.

Det är viktigt att det även fortsatt finns tillgång till kuratorer eller andra beteendevetare vid abortverksamheterna, då deras kompetens är nödvändig vid stödsamtal och för psykosocial utredning vid ansökan till Socialstyrelsens rättsliga råd.

10.1.2 Skäl för förslaget

Abortlagen harmoniseras med övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning

Som vi beskrivit ovan är det sällsynt med reglering som anger vilken yrkesgrupp som får göra vad inom vården. Med tanke på utvecklingen av den medicinska abortmetoden, ser vi inte att det längre finns skäl att abortvården pekar ut specifika yrkesgrupper som ska kunna ansvara för medicinska aborter.

All hälso- och sjukvård ska utföras i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen. Det innebär bland annat att all hälso- och sjukvård ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls.

En förutsättning för patientsäker vård är en fungerande organisation och tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete på ett korrekt sätt.

Rätt yrkeskompetens ska säkerställa att personalen behärskar de arbetsuppgifter den har och kan erbjuda patienterna en god hälso- och sjukvård. Att personalen har rätt kompetens är ett ansvar för både vårdgivaren, verksamhetschefen och den enskilda yrkesutövaren. Kompetens kan erhållas genom utbildning och/eller praktisk erfarenhet. Legitimation inom hälso- och sjukvården ska vara en garanti för dessa yrkesgruppers kompetens.

Barnmorskor har gedigen kunskap i sexuell och reproduktiv hälsa

Barnmorskeutbildningen är den utbildning inom hälso- och sjukvård där det under hela utbildningen är fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, (SRHR), under kvinnans hela livscykel.

Enligt högskoleförordningen (1993:100) krävs för barnmorskeexamen bland annat att studenten ska visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen. Dessutom ska studenten ”visa fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet”.

Barnmorskor har ett självständigt yrkesansvar med fördjupning inom vårdområdet sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Vi bedömer att den utbildning och kompetens som barnmorskor har innebär att de är en grund för en välfungerande och patientsäker abortvård.

Abortsökande är nöjda när barnmorskor handlägger processen

Det har bedrivits en del forskning för att utvärdera barnmorskornas roll i abortvården i Sverige. Fördelar som ökad tillgänglighet och minskade kostnader har bidragit till en utveckling där barnmorskor fått en allt större roll i abortprocessen. En svensk studie har utvärderat om effektiviteten av medicinsk abort eller kvinnornas acceptans påverkas av om en barnmorska eller läkare utför såväl undersökning som farmakologisk behandling och den har inte funnit några skillnader.² Studien är den första utvärderingen av medicinska aborter handlagda av barnmorskor i ett höginkomstland.

Syftet med studien var att mäta trygghet, upplevelse och handläggningstid, samt att utröna hur de abortsökande upplevde att bli behandlade av läkare respektive barnmorskor. De abortsökande som samtliga var friska och bedömdes stå inför en okomplicerad abort, lottades till att antingen träffa läkare eller barnmorska. I den slutgiltiga analysen ingick 481 abortsökande i gruppen som träffat

² H Kopp Kallner et al, 2014, The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial.

barnmorska och 457 abortsökande i gruppen som träffat läkare. I barnmorskegruppen uppgav 200 av de abortsökande att de helst skulle träffa en barnmorska om de skulle göra en ny abort medan endast 5 angav att de i stället ville träffa en läkare. I läkargruppen var det 108 abortsökande som hellre vill träffa en barnmorska om de skulle göra en ny abort och 12 som i så fall ville träffa en läkare igen. En skillnad mellan grupperna var att barnmorskor kunde handlägga aborterna med kortare väntetider än läkarna. Barnmorskorna skrev ut mer långtidsverkande preventivmedel än läkarna (hormonspiral och p-stav). I gruppen med läkare valde fler abortsökande att slutföra aborten hemma än i barnmorskegruppen. I dag har dock andelen som väljer att slutföra aborten hemma ökat kraftigt sedan studien genomfördes, så det är svårt att dra några slutsatser i just denna del. Studien visade också att det inte förelåg några skillnader mellan grupperna gällande hur många som sökte akut vård eller gjorde extrabesök i samband med sin abort.³

Även WHO anger i sina rekommendationer för abortvården att abortsökande som regel är mer nöjda när det är barnmorskor som handlägger processen i relation till andra yrkeskategorier.⁴

Kortare väntetider för abortsökande

Tidigare rapporterades om alltför långa väntetider i abortvården⁵, ett problem som minskat under senare år. I dag saknas dock nationell statistik över dessa väntetider. De verksamheter vi intervjuat bekräftar dock att majoriteten i dag kan erbjuda en tid inom en vecka efter att den abortsökande tagit kontakt för en medicinsk abort. Möjligen kan det vara något längre väntetider under semesterperioder.

I enstaka regioner rapporteras att det kan bli längre väntetider alternativt att abortsökande kan hänvisas till andra mottagningar i samma region men med längre restid. Vi anser att det är rimligt att anta att, arbetsfördelningen i abortvården där både läkare och barn-

³ H Kopp Kallner et al, 2014, The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial.

⁴ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

⁵ Socialstyrelsen, 2007, Kartläggning väntetider aborter.

morskor kan ha ett stort ansvar för aborter, bidrar till att väntetider kan hållas nere.

Barnmorskor ansvarar i praktiken redan i dag för aborter

I de samtal vi fört med verksamhetsföreträdare framkommer att det inom den regionala vården och större privata mottagningar är vanligt att barnmorskor med adekvat utbildning självständigt handlägger tidiga medicinska aborter hos friska abortsökande.

Vid många offentliga verksamheter är det vanligt med så kallade generella direktiv, som tillåter att barnmorskor även får administrera och lämna ut läkemedlen. Många barnmorskor är utbildade i att utföra ultraljudsundersökning inför abort och gör även detta självständigt.

I WHO:s rekommendationer framhålls barnmorskornas roll vid abortvården, och yrkesgruppen bedöms kunna ansvara för medicinska okomplicerade aborter fram till graviditetsvecka 12 + 0 dagar.⁶

Effektivare användning av kompetens i vården

De förändringar vi föreslår innebär ett skifte av uppgifter och ansvar som i dag innehålls av läkare till viss mån och skulle kunna flyttas över på barnmorskor. Det skapar ökade möjligheter för en flexibel användning av kompetens då både läkare och barnmorskor kan utföra arbetsuppgifter i abortvården. Vi bedömer dock att skillnaden i praktiken blir relativt liten då det redan i dag är barnmorskor som utför de arbetsuppgifter i abortvården som tidigare utfördes av läkare.

Kompetensförsörjningen är en utmaning för stora delar av hälso- och sjukvården. På senare år har det utretts och diskuterats hur den kompetens som redan finns i vården kan användas mer effektivt. Det finns flera metoder och förändrade arbetssätt som kan leda till att kompetens används mer effektivt. Till exempel kan man se över möjligheten till uppgiftsväxling mellan olika yrkesgrupper, fördela arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens eller skapa nya team-sammansättningar med olika kompetenser. De förändringar vi föreslår skulle sannolikt innebära ett skifte av uppgifter

⁶ WHO, 2022, Abortion care guidelines.

och ansvar som i dag innehas av läkare till viss mån skulle kunna flyttas över på barnmorskor. Det skulle även kunna vara teoretiskt möjligt att i framtiden ge sjuksköterskor med särskild kompetens inom SRHR att utföra fler arbetsuppgifter inom abortvården. I dag bedömer vi dock att det är läkare och barnmorskor som har den kompetens som krävs för att självständigt kunna ansvara för aborter.

Viktigt med kunskap och kompetens vid ultraljudsundersökning

Ultraljudsundersökningen ska förutom att bestämma graviditetslängden också säkerställa att graviditeten sitter intrauterint. Att tolka ultraljudsbilder med tillförlitlighet är en särskild kompetens som kräver omfattande träning. Den utbildning som finns i dag för barnmorskor inom ultraljud inför abort anordnas av SFOG och är inte reglerad till lärosätenas ansvar. Flera av de verksamheter vi talat med har lyft risken att barnmorskor inte får tillräckligt med övning och handledning i att läsa av ultraljudsbilder och att det kan öka risken för att missa, exempelvis ett utomkvedshavandeskap, som kan vara ett livshotande tillstånd. Denna risk finns även om läkare utför ultraljudsundersökning utan att ha tillräcklig vana och kompetens, men som regel använder läkare inom gynekologi och obstetrik ultraljud inom fler områden och är mer vana vid att genomföra och tolka ultraljud.

Det krävs resurser hos verksamheterna för att utbilda och handleda dem som ska utföra ultraljudsundersökningar, och det är viktigt att säkerställa att ingen verksamhet av resursskäl ger en arbetsuppgift till någon utan rätt kompetens. Om barnmorskor utför den initiala undersökningen är det viktigt att läkare med rätt kompetens finns att tillgå för handläggning av de fall som inte är okomplicerade, eller där oklarheter uppstår.

10.2 Ansvariga myndigheter ska utreda barnmorskors förordningsrätt

Förslag: Regeringen ska uppdra åt Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att:

1. Utreda juridiska och andra förutsättningar för barnmorskor att få förordna läkemedel som används vid abort. Om det genomförs ett pilotprojekt enligt punkt 2 och 3 ska utvärderingen av pilotprojektet vara en del av underlaget.
2. Utreda om ett pilotprojekt vore en lämplig metod för att bidra med kunskapsunderlag till uppdraget.
3. Om pilotprojekt bedöms vara en lämplig metod enligt punkt 2, så ska Socialstyrelsen och Läkemedelsverket initiera och ansvara för ett pilotprojekt. Om pilotprojekt genomförs ska en oberoende utvärdering göras av projektet.

Uppdraget ska genomföras i dialog med Universitetskanslersämbetet (UKÄ).

Om myndigheterna bedömer att det finns förutsättningar för barnmorskor att få förordna läkemedel som används vid abort så ska föreskrifterna som styr barnmorskors förordningsrätt ändras på sådant sätt att det blir möjligt. Detta gäller oberoende av om ett pilotprojekt genomförs eller inte.

10.2.1 Bakgrund till förslaget

I detta kapitel använder vi i huvudsak begreppet *förordnande av läkemedel* som samlingsbegrepp för både utfärdande på recept (föreskrivning) och rekvisition (administration eller överlämnande av läkemedel på vårdenheter efter ordination).⁷ I dag får ett läkemedel innehållande mifepriston, som används för abort, endast rekvireras och efter ordination lämnas ut till den abortsökande av hälso- och sjukvården i enlighet med Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Mer om detta finns i kapitel 9.

⁷ Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Barnmorskors förskrivningsrätt i dag

Förskrivningsrätten för barnmorskor regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21) om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte samt i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

En barnmorska har rätt att förskriva preventivmedel i födelsekontrollerande syfte. För detta krävs barnmorskeexamen och adekvat inskolning under minst 30 timmar i preventivmedelsrådgivning.

Förskrivningsrätten gäller oberoende av om barnmorskan är anställd i den offentliga eller privata sektorn, eller om barnmorskan driver en egen privat mottagning. Barnmorskors förskrivningsrätt omfattar hormonella medel i födelsekontrollerande syfte, förskrivning och insättning av intrauterina spiraler och p-stav samt även läkemedel för behandling av verifierad anogenital klamydiainfektion, se bilaga 3 i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Cirka 85–90 procent av alla preventivmedel förskrivs av barnmorskor.

Rätt att förskriva läkemedel som används i födelsekontrollerande syfte infördes på försök för vissa barnmorskor i januari 1978. Regeringen uppdrog under 1992 Läkemedelsverket att i samråd med Socialstyrelsen utreda barnmorskors möjlighet att självständigt förskriva läkemedel som används i födelsekontrollerande syfte. Uppdraget redovisades i mars 1993.

Läkemedelsverket redovisade i rapporten att man avsåg att göra det möjligt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. I rapporten skrevs att det i myndighetens föreskrifter skulle anges att villkoret för förskrivningsrätten skulle vara ”utbildning som anges av Socialstyrelsen”.⁸ Därefter beslutade Läkemedelsverket om ändring i receptföreskrifterna.⁹

De ändrade föreskrifterna utfärdades med stöd av läkemedelsförordningen och efter samråd med Socialstyrelsen. Där anges vilka läkemedel som barnmorskornas förskrivningsrätt omfattar. Socialstyrelsen meddelade samtidigt föreskrifter och allmänna råd om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte (SOSFS 1993:19).

⁸ Läkemedelsverket, 1993, Uppdrag rörande barnmorskors förskrivningsrätt (291:4861/92).

⁹ Föreskrifter (LVFS 1993:8) om ändring i Läkemedelsverkets receptföreskrifter (LVFS 1990:27).

Förskrivningsrätten regleras i Läkemedelsverkets föreskrifter HSLF-FS 2021:75. Föreskrifterna har utfärdats med stöd av läkemedelsförordningen och efter samråd med Socialstyrelsen.

Förskrivningsrätt för sjuksköterskor

År 1988–1991 genomfördes ett pilotprojekt i Jämtland där distriktssköterskor fick förskrivningsrätt för vissa läkemedel. Projektet föll väl ut när det gällde patientsäkerhet och det föreslogs därför att distriktssköterskor skulle få förskrivningsrätt till vissa läkemedel på nationell nivå. Både Socialstyrelsen och läkarkåren motsatte sig dock förslaget då man ansåg att en det inte räckte med en kurs i farmakologi för att kunna göra diagnostiska bedömningar.

Förskrivningsrätten för distriktssköterskor på nationell nivå infördes år 1994 och utvidgades år 2001 till att även gälla andra sjuksköterskor som uppfyller vissa utbildningskrav.

Förskrivningsrätten var då knuten till en viss arbetsplats. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:43) om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel reglerar sjuksköterskors förskrivningsrätt samt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

En sjuksköterska ska enligt 4 § HSLF-FS 2018:43 få förskrivningsrätt om han eller hon uppfyller något av följande utbildningskrav:

1. Legitimation som sjuksköterska med vidareutbildning vilken omfattar 50 poäng inklusive 10 poäng i farmakologi och sjukdomslära.
2. Legitimation som sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen vilken omfattar 50 poäng inklusive 10 poäng i farmakologi och sjukdomslära.
3. Legitimation som sjuksköterska med vidareutbildning vilken omfattar 40 poäng samt därutöver 10 poäng i farmakologi och sjukdomslära.
4. Legitimation som sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen vilken omfattar 40 poäng samt därutöver 10 poäng i farmakologi och sjukdomslära.

5. Legitimation som sjuksköterska med sjuksköterskeexamen vilken omfattar 120 poäng samt därutöver 20 poäng i farmakologi och sjukdomslära.
6. Grundutbildning som legitimerad sjuksköterska i allmän hälso- och sjukvård vilken omfattar 120 poäng samt därutöver 20 poäng i farmakologi och sjukdomslära.

Vilka läkemedel en sjuksköterska får förskriva framgår av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Diskussion kring en förändrad barnmorskeutbildning

Diskussionen om en förändrad barnmorskeutbildning har pågått under en längre period och är kopplad till betydligt fler frågor än en förändring av abortlagstiftningen. Två huvudsakliga alternativ är att förlänga nuvarande utbildning, för att ge möjligheter till mer fördjupande och breddade kunskaper, eller att i stället införa en direktutbildning till barnmorska. I SOU 2022:35 *Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildningen till sjuksköterska och barnmorska* framförs ett antal argument för en förändring av barnmorskeutbildningens utformning. I de dialogmöten vi haft med representanter för lärosäten som anordnar barnmorskeutbildningen har vi fått samma synpunkter. Samtliga lärosäten har lyft behovet av en utökad barnmorskeutbildning. Lärosätena menar att det inte är möjligt att få in ytterligare kursinnehåll, som exempelvis farmakologi, i nuvarande utbildning, utan att ett nuvarande moment måste utgå.

10.2.2 Om förslaget

I avsnitt 10.1.1 presenterar vi ett förslag om att det i lagen inte ska anges vilka yrkeskategorier som ska få utföra aborter. Det innebär att barnmorskor med rätt kompetens självständigt kommer att kunna ansvara för aborter. Om myndigheterna utifrån resultaten regeringsuppdraget bedömer att barnmorskor ska få förordna läkemedel som

används vid abort, kan Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ange de förändrade kraven i sina respektive föreskrifter.

Förslaget vi lämnar kring ett pilotprojekt som en del för att utreda barnmorskor förordningsrätt ska endast betraktas som ett alternativ på metod för kunskapsinsamling och myndigheterna kan välja att genomföra uppdraget utan ett pilotprojekt.

Utreda juridiska och andra förutsättningar för att barnmorskor ska få förordna läkemedel vid abort

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska få i uppdrag av regeringen att utreda om barnmorskor ska få förordna läkemedel som används vid abort. Resultatet av ett eventuellt pilotprojekt kan vara en del av ett sådant uppdrag. Ett sådant uppdrag bör bland annat klargöra

- om det är möjligt och i så fall lämpligt att ge barnmorskor utökad rätt att förordna läkemedel som används vid en abort med bibehållna krav på patientsäkerhet
- vilka läkemedel som i så fall ska omfattas av förordningsrätten
- vilka utbildnings- och kompetenskrav som i så fall ska ställas för att en barnmorska ska ha rätt att förordna dessa läkemedel
- vem som ska pröva om en barnmorska har rätt att förordna dessa läkemedel och hur prövningen ska gå till och
- hur höga kostnaderna beräknas bli för prövningen av rätten att förordna och eventuella utbildningsinsatser för barnmorskor.

Pilotprojekt kan vara en del av kunskapsunderlaget

Pilotprojekt har tidigare genomförts inför utökad förskrivningsrätt för distriktssköterskor

Socialstyrelsen fick redan 1985 i uppdrag av dåvarande regering att planera, genomföra och utvärdera försök med rätt för distriktssköterskor att förskriva vissa läkemedel. Försöket, som kallades RUT, skulle enligt regeringens direktiv starta senast september 1986. Syftet var att förenkla och effektivisera för patienterna. Inom

de områden där det i huvudsak var distriktssköterskorna som upprätthöll vårdkontinuiteten borde de ha rätt förutsättningar att bedöma vårdbehoven, inklusive behoven av läkemedel. I försöket ingick 37 distriktssköterskor, och de hade rätt att förskriva 36 olika preparat varav 14 var receptbelagda.¹⁰

Som vi beskrivit ovan blev Jämtland 1986 den första regionen som i form av ett pilotprojekt införde förskrivningsrätt för distriktssköterskor. Socialstyrelsen utvärderade projektet 1992 och kom fram att de bedömningar distriktssköterskorna gjort var korrekta, samt att utskrivna läkemedlen var av god kvalitet och säkra för patienterna. Efter utvärderingen av projektet beslutades att distriktssköterskor efter godkänd utbildning i farmakologi och sjukdomslära skulle få rätt att förskriva vissa läkemedel.

Utreda lämpligheten i och förutsättningarna för ett liknande pilotprojekt för barnmorskor

Vi föreslår att Läkemedelsverket och Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om ett pilotprojekt är en lämplig metod för att bidra med kunskapsunderlag till uppdraget.

Som en första del behöver då Socialstyrelsen och Läkemedelsverket utreda om det finns andra hinder för att genomföra ett pilotprojekt där barnmorskor får förordna vissa läkemedel som används vid abort. För att ett pilotprojekt ska vara möjligt behöver Socialstyrelsen fatta beslut som möjliggör undantag från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21) om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. På samma sätt behöver Läkemedelsverket besluta om undantag från Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Detta kräver ett föreskriftsarbete hos myndigheterna.

I arbetet med ett pilotprojekt kan följande förutsättningar vara relevanta att beakta:

- Ska det krävas någon särskild utbildningsinsats för barnmorskorna i pilotprojektet?

¹⁰ Socialstyrelsen, 1996, Distriktssköterskornas förskrivningsrätt.

- Vilka läkemedel ska omfattas? Ska även smärtlindrande läkemedel och läkemedel som används off label kunna förordnas?
- Hur ska pilotprojektet följas upp och utvärderas?

Initiera och ansvara för ett pilotprojekt

Om Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bedömer att pilotprojekt är en lämplig metod för att bidra med kunskapsunderlag, ska ett sådant projekt genomföras av myndigheterna.

Pilotprojektet skulle till exempel kunna läggas upp på ett sådant sätt att alla regioner får ansöka till Socialstyrelsen om att bli pilotregion och sedan väljs en eller två regioner ut. Projektet ska pågå i två år. Myndigheterna ska inom pilotprojektet låta genomföra en oberoende utvärdering.

Pilotprojektet skulle i så fall syfta till att säkerställa att en utökning av barnmorskors rätt att förordna läkemedel som används vid abort, kan ske med bibehållna krav på patientsäkerhet. Utvärderingen bör om möjligt omfatta en kartläggning av hur abortsökande upplever förändringen.

10.2.3 Skäl för förslaget

Vi har i vår utredning sett att det finns skäl som talar för att ge barnmorskor en utökad rätt att förordna läkemedel som används vid abort. Det finns dock fortfarande frågor som behöver utredas vidare, och Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har möjlighet att göra det inom ramen för ett gemensamt regeringsuppdrag. Detta ligger i linje med att myndigheterna har mandat att avgöra frågor om utökad rätt för barnmorskor att förordna läkemedel som används vid abort.

Utgångspunkten för myndigheternas uppdrag är att en utökad rätt för barnmorskor att förordna läkemedel som används vid abort bör införas om det leder till positiva effekter för abortsökande. Sekundära skäl till en utökad förordningsrätt skulle kunna vara om en sådan förändring skulle kunna leda till effektiviseringar för hälso- och sjukvården. Om myndigheterna bedömer att det finns förutsättningar för barnmorskor att få förordna läkemedel som används

vid abort så ska föreskrifterna som styr barnmorskors förordningsrätt ändras på sådant sätt att det blir möjligt. Detta gäller oberoende av om ett pilotprojekt genomförs eller inte.

Nedan beskriver vi några skäl som talar för att barnmorskor bör få förordna abortläkemedel.

Gällande regelverk bör anpassas till hur abortvården fungerar i dag

Det kan visserligen ifrågasättas om det är nödvändigt att föreslå en utökad rätt att förordna läkemedel som används vid abort för barnmorskor, då vården har ett system med generella direktiv som tycks fungera i praktiken. Dock är lagstödet för en sådan hantering i viss mån tveksamt.

Generella direktiv definieras i Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (HSLFS-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården som ”ett beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter vid en viss vårdenhet vid särskilt angivna tillstånd”.

Generella direktiv om läkemedelsbehandling får bara utfärdas av läkare, vilket ska ske restriktivt och omprövas återkommande. Ett generellt direktiv kan utfärdas så att andra än de som är behöriga att ordinera under vissa beskrivna förutsättningar ska kunna administrera/ge läkemedel på en vårdenhet utan att det finns en individuell ordination för varje patient. Det är ett undantag från huvudprincipen att läkemedelsbehandling ska ordinerats individuellt för varje enskild patient.

Vid ordination enligt generella direktiv så är läkaren ytterst ansvarig för ordinationen och det är verksamhetschefen som avgör om ordination enligt generella direktiv får förekomma i verksamheten. Enligt 7 § HSLF-FS 2017:37, ska en sjuksköterska innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient

1. göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och
2. kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer.

Bedömningen enligt 1 ska dokumenteras i patientjournalen. Det behöver alltså göras en individuell bedömning av patientens behov av läkemedlet innan det ges till patienten.

I våra kontakter med verksamhetsföreträdare för abortvården framkommer att generella direktiv är vanliga för de läkemedel som används för abort och den smärtlindring som kan behövas. Dock har vissa verksamheter tolkat Socialstyrelsens föreskrifter som att ett sådant förfarande inte kan anses vara en restriktiv användning av generella direktiv, varför man har som rutin att läkare individuellt ordinerat läkemedel för abort.

Socialstyrelsen konstaterar i en rapport från 2008 att ordinationer enligt generella direktiv ger verksamhetschefer på abortmottagningar möjlighet att ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.¹¹ Vare sig Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tagit ställning i frågan efter 2008.

Den som träffar patienten bör förordna läkemedel

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det rimligt att den som i praktiken genomför åtgärden och träffar patienten också är den som ansvarar för förordnandet av läkemedel. Det underlättar för ansvarsutkrävande och kontinuitet i vården, och förenklar uppföljning av processen.

Den legitimerade personalens personliga yrkesansvar innebär att det är viktigt att utreda vem som begått ett eventuellt fel vid en vårdskada. Utifrån detta perspektiv är det problematiskt att läkare, som i de flesta fall inte ens träffar patienten, har ett ansvar för aborten inklusive förordnandet av läkemedel.

¹¹ Socialstyrelsen, 2008, Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk.

Förskrivning av preventivmedel tycks fungera bra

Sedan 1990-talet har antalet tonårsgraviditeter minskat och användningen av långtidsverkande preventivmedel i den åldersgruppen har ökat.¹² Detta kan till viss del bero på barnmorskors förskrivningsrätt men hör med stor sannolikhet även samman med att vården tog beslut att erbjuda spiral även till den som inte fött barn samt att subventioner för preventivmedel utökades. Det har dock inte, enligt vad utredningen kunnat finna, gjorts någon utvärdering av barnmorskors förskrivningsrätt av preventivmedel.

En svensk studie som visar att kvinnors osäkerhet kring val av preventivmedel kan minskas betydligt efter rådgivning med barnmorskor. Genom att kvinnorna fick ökad kunskap om olika preventivmedelsmetoder blev de mer säkra i sina val.¹³

Möjlighet till kontinuitet i vården för den abortsökande ökar

Barnmorskor är den yrkeskategori som i de allra flesta fall och verksamheter är den som först träffar den abortsökande. Forskning kring kontinuitet i vården har framför allt utgått från möjligheten till en fast vårdkontakt inom primärvården, men paralleller kan dras till andra områden, såsom abortvården. Forskning om fast vårdkontakt har till exempel visat att tilliten till vården kan främjas om patienten får träffa samma person vid flera tillfällen.¹⁴

Att det blir barnmorskor som ansvarar för abortprocessen innebär inte automatiskt att det blir samma barnmorska som en abortsökande har kontakt med vid samtliga vårdkontakter, men möjligheten till detta ökar.

¹² Vårdanalys, 2020, Kostnadsfria preventivmedel till unga En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa Rapport 2020:13.

¹³ Gemzell-Danielsson, et al, 2011, Recent developments in the clinical use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system.

¹⁴ Baker, et al, 2003, Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. Scandinavian journal of primary health care.

Skäl för uppdraget till Socialstyrelsen och Läkemedelsverket

Trots de fördelar som en utökad förordningsrätt för barnmorskor av läkemedel där abort är registrerad indikation och som används för abort skulle kunna innebära, anser vi att det finns ytterligare frågor som behöver utredas innan det är möjligt att ta ställning till om det bör införas på nationell nivå. Vi har som vi konstaterat tidigare i detta kapitel bedömt att detta är frågor som lämpligen utreds av Socialstyrelsen och Läkemedelsverket inom ramen för ett gemensamt regeringsuppdrag.

Vilka läkemedel ska omfattas av barnmorskors förordningsrätt?

Smärta är den vanligaste biverkan vid medicinska aborter. Att säkerställa adekvat smärtlindring är därför viktigt. Smärtupplevelsen tycks vara en viktig faktor för nöjdheten kring en abort som avslutas i hemmet. I en studie med 110 abortsökande, där kvinnorna bland annat fick gradera sin smärtupplevelse, framkom att en tredjedel som deltog i studien var i behov av opioider för att få adekvat smärtlindring. Efter intag av opioider upplevde samtliga abortsökande smärtlindring.¹⁵ Vår bedömning är dock att det finns risker med att låta fler professioner än läkare få förordningsrätt för opioider med tanke på den höga risk för beroende som finns med denna typ av läkemedel.

Vi kan konstatera att det finns ett behov av att kunna ordinera opioider i abortvården. Överförskrivning och problematisk användning av opioider har diskuterats mycket på senare tid. Olika insatser har satts in för att minska förordningen och öka läkares kunskap om risken för beroende. Vid ordinerings och där läkemedel delas ut på klinik är det möjligt att endast lämna ut ett mindre antal som kan användas vid aborten. Vid förskrivning på recept där läkemedlet lämnas ut från ett apotek direkt till en enskild kommer en större förpackning behöva förskrivas. Det är möjligt att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket inte kommer anse att det är lämpligt att andra än läkare får förskriva beroendeframkallande läkemedel. Det finns därför en risk att även om barnmorskor tillåts förordna läkemedel som används för abort så får det alltså i praktiken begränsad effekt. Det finns även en hypotetisk risk att abortsökande i mindre

¹⁵ Cavet, 2017, Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol.

utsträckning ordinerar adekvat smärtlindring om barnmorskor har förordningsrätt för abortläkemedel men inte för smärtlindring. Av effektivitetsskäl kan det då uppstå situationer där inte läkare kontaktas, även om ett sådant behov uppstår.

Bör läkemedel som förordnas off label omfattas?

I nuläget är det läkemedel som i dag intas i det andra steget för abort registrerat på indikationen magsår. Det innebär att om barnmorskor ska kunna förordna samtliga läkemedel som används vid abort måste de även ha rätt att förordna läkemedel som används på annan indikation än den godkända, så länge hälso- och sjukvården väljer att använda detta läkemedel.

Vilka kompetenskrav ska ställas på barnmorskor som förordnar abortläkemedel?

Vi har i dialog med de lärosäten som bedriver barnmorskeutbildning fått information om att barnmorskor läser 1–3 högskolepoäng farmakologi. Förutom det läser barnmorskor farmakologi i sin grundutbildning till sjuksköterska. Som redovisats ovan i avsnittet *Förskrivningsrätt för sjuksköterskor* ställs högre krav på utbildning i farmakologi för distriktssköterskors förskrivningsrätt av läkemedel.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska inom sitt uppdrag utreda vilka kompetenskrav som är lämpliga för barnmorskor som ska få rätt att förordna läkemedel som används vid abort. I samråd med UKÄ, bör de ta ställning till om de eventuellt ökade kompetenskraven kan hanteras inom ramen för nuvarande barnmorskeutbildning eller det bör ske i form av en vidareutbildning. Vi bedömer dock att det finns fördelar att det ingår i barnmorskeprogrammet för att säkerställa att alla barnmorskor har kompetens att utföra aborter.

11 Uppföljning av abortvården

I detta kapitel beskriver vi vikten av att kunna följa upp aborter för att säkerställa att abortvården är patientsäker och håller en god kvalitet. Vi gör därför bedömningen att det är av stor vikt att förslagen i utredningen om hälsodataregister *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) genomförs.

Vi föreslår även att Vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att följa de förändringar i abortlagstiftningen som vi föreslår utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, med särskilt fokus på patienternas upplevelser av abort som görs i hemmet.

11.1 SOU 2024:57 Ett nytt regelverk för hälsodataregister

Bedömning: Vi bedömer att det är av stor vikt att förslagen i utredningen om hälsodataregister *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) genomförs. Utredningen föreslår bland annat att det ska införas en ny lag för behandlingen av personuppgifter i hälsodataregister. De övergripande uppgiftskategorier som utredningen föreslår ska få behandlas i hälsodataregister är uppgift om en patient och om en vårdåtgärd som patienten har fått eller ska få. Vi tolkar det som att förslagen, om de genomförs, möjliggör att samtliga aborter kommer registreras och på sätt kommer kunna följas upp, oavsett vilken vårdnivå och profession som ansvarar för att aborten genomförs.

11.1.1 Om nuvarande abortstatistik

De verksamheter som genomför aborter sammanställer vissa uppgifter om aborterna som sedan skickas in till Socialstyrelsen. Det som samlas in och publiceras är uppgifter om abortmetod, graviditetslängd, om tidigare aborter samt kvinnans ålder och hennes hemortslän och kommun. Uppgifterna gäller enskilda aborter men är alltså avidentifierade. Eftersom statistiken är avidentifierad går det inte att se hur många unika individer som genomgått en abort eller koppla till annan statistik om till exempel komplikationer eller läkemedelsförskrivning. Utebliven eller dubbelrapportering av aborter kan inte upptäckas och det går inte att koppla inrapporterade uppgifter till vilken verksamhet som rapporterat in uppgifterna. Enligt abortstatistiken utfördes totalt drygt 35 000 aborter under 2023.

Vissa aborter registreras i patientregistret. I patientregistret får personuppgifter behandlas som rör patienter som behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:33) framgår att bland följande uppgifter ska lämnas in:

- Personnummer,
- Form av öppenvårdskontakt,
- Diagnoskod, och
- Åtgärdskod.

Detta innebär att åtgärder vid en abortklinik som utförs av läkare ska rapporteras in till patientregistret. Enligt uppgifter till patientregistret har det rapporterats cirka 15 000 vårdkontakter i specialistvården fördelat på cirka 12 000 personer under 2023. Det innebär att mindre än hälften av aborterna som utfördes 2023 går att följa på individnivå.

I direktivet anges att våra förslag ska kunna följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Så som abort registreras i dag är det inte möjligt att följa vårdinsatser som ges till den som genomför en abort, för alla aborter. Exempelvis huruvida någon som genomfört en hemabort sedan kommer in till akuten med komplikationer kopplat till aborten. För att det ska bli möjligt bör de förslag som lämnades av SOU 2024:57 *Ett nytt regelverk för hälso-dataregister* genomföras.

11.1.2 Om utredningen om hälsodataregister

Den 30 mars 2023 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att se över bland annat regelverket hälsodataregister i syfte att skapa ändamålsenliga regler som ökar förutsättningar för att förbättra hälso- och sjukvården samt folkhälsan och säkerställa att regelverket är utformat på ett sådant sätt att den skyddar den personliga integriteten. Utredaren ska bland annat:

- analysera regelverket för hälsodataregister och föreslå regler för behandling av personuppgifter från primärvården, av uppgifter om väntetider och vårdköer och av uppgifter om samtliga patienter som behandlas inom den specialiserade öppenvården,
- analysera regelverket för hälsodataregister och föreslå regler för behandling av personuppgifter som avser rekvisitionsläkemedel och särskilt bedöma om uppgifterna kan samlas in via registret nationell läkemedelslista, och
- analysera och föreslå ett samlat regelverk för hälsodataregister som är förenligt med regeringsformens normgivningskrav liksom med EU:s dataskyddsförordning och i samband därmed göra en integritetsanalys.

Uppdraget redovisades den 3 september 2024.¹

Sammanfattning av utredningen om hälsodataregisters förslag

En ny lag om hälsodataregister

Utredningen föreslår att en ny lag om hälsodataregister och anslutande förordning ska införas. Lagen ska utformas som en ramlag av generell karaktär och ska kunna gälla för Socialstyrelsens befintliga hälsodataregister likväl för framtida hälsodataregister. I lagen ska framgå att syftet med hälsodataregister är att bidra till ökad kunskap för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården samt stärka folkhälsan. De nuvarande förordningar som finns om hälsodata ska ersättas av en gemensam. Det nya regelverket ska omfatta patientregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, registret över

¹ Kommittédirektiv. 2023. Bättre förutsättningar för uppföljningar av hälso- och sjukvården. (dir. 2023:48).

expedierade läkemedel (nuvarande läkemedelsregistret), registret över kommunal hälso- och sjukvård (nuvarande registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården), tandhälsoregistret samt det nya registret överadministrerade läkemedel. Vårdgivare ska ha uppgiftsskyldighet till registren.

Utredningens förslag tar även höjd för den kommande förordningen om det europeiska hälsodataområdet (EHDS) som bland annat kommer att ställa krav på hälso- och sjukvården att registrera vissa uppgifter (exempelvis krav på vissa uppgifter i patientöversikter) och krav på hur uppgifter ska tillgängliggöras för sekundär användning.

Uppgifter från vårdkontakter inom den specialiserade somatiska öppenvården och primärvården ska samlas in

Utredningen föreslår en utökad insamling av uppgifter till patientregistret hos Socialstyrelsen. Förslaget omfattar uppgifter om patienternas vårdkontakter i primärvården och i den specialiserade öppenvården. Insamlingen ska alltså utgå från uppgiften oavsett vid vilken vårdkontakt uppgiften har registrerats och vilken hälso- och sjukvårdspersonal en patient har träffat. Uppgifterna som får samlas in är i huvudsak om en vårdåtgärd som patienten har eller ska få, uppgifter av medicinsk betydelse och uppgifter av administrativ karaktär som rör vårdgivarens eller patientens vårdkontakt.

Insamling av uppgifter om väntetider

Utredningen konstaterar att den statliga uppföljningen av väntetider behöver stärkas för att möjliggöra mer mångsidiga analyser och jämförelser av väntetiderna i svensk hälso- och sjukvård. Utredningen bedömer att deras förslag om att utöka insamlingen till patientregistret med uppgifter från öppenvården ger nödvändiga förutsättningar att samla in relevanta uppgifter för att mäta och följa upp väntetider i hälso- och sjukvården. När nödvändiga väntetidsdata finns i patientregistret bör regeringen överväga att upphäva regionernas författningsreglerade uppgiftsskyldighet till väntetidsdatabasen hos SKR.

Utökad insamling av uppgifter om rekvisitionsläkemedel

Utredningen konstaterar att det finns ett stort behov av att kunna följa upp användningen av rekvisitionsläkemedel men att tillgången till data i dag är begränsad. För läkemedel som förskrivs på recept kan nytta, säkerhet, användningsmönster, ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet utvärderas genom läkemedelsregistret och genom att kombinera uppgifterna med data från andra källor. Utredningen föreslår därför att fler uppgifter om rekvisitionsläkemedel ska samlas in från slutenvården och den specialiserade öppenvården till ett nytt hälsodataregister hos Socialstyrelsen benämnt register över administrerade läkemedel. Insamlingen ska framför allt avse uppgifter om läkemedel som administrerats inom hälso- och sjukvården.

11.1.3 Skäl för vår bedömning**Utökad insamling av data om aborter
är viktig förutsättning för en patientsäker abortvård**

Behovet av en förbättrad uppföljning av abortvården är stort. I dag registreras vissa aborter i patientregistret. I övrigt finns inte statistik på individnivå, utan verksamheterna rapporterar in data avidentifierat. Det är dessutom frivilligt för verksamheterna att rapportera i abortstatistiken, till skillnad från rapporteringen till patientregistret. För att kunna följa till exempel kvalitet, läkemedelsadministration, komplikationer, och väntetider krävs data på individnivå. I direktivet anges att viska beskriva hur de förslag som lämnas kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv. De förslag som lämnas i utredningen om ett nytt hälsodataregister gör det möjligt att följa hur de förslag som lämnas i den här utredningen påverkar abortvården. Exempelvis kopplingen mellan hemaborter och komplikationer.

Uppgifterna i ett hälsodataregister hos Socialstyrelsen omfattas av absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets och sekretesslagen (2009:400), OSL. Uppgifter i ett sådant register är den viktigaste datakällan för att framställa statistik och genomföra utvärderingar, uppföljningar och analyser av hälso- och sjukvård. Uppgifter i patientregistret används som underlag för att öka transparensen

och kunskaperna om hälso- och sjukvården. Uppgifter om vårdbesök och åtgärder är nödvändiga för kunskaper om de aktiviteter, den medicinska praxis och den vårdkonsumtion som förekommer i hälso- och sjukvården. Kunskapsunderlaget utgör utgångspunkt för dialoger och diskussioner om verksamhetens kvalitet och effektivitet, vilket i sin tur utgör grund för olika förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvården. I dag är det inte möjligt att följa upp om aborter har lett till komplikationer där patienten behövt söka vård inom till exempel akutvården. En korrekt beskrivning av komplikationer för olika metoder inom abortvården är en grundpelare för att ett förbättringsarbete inom vården ska kunna ske.

Personuppgifter i patientregistret får enligt 3 § lagen om hälso- och sjukvårdens dataregister behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården och för forskning och epidemiologiska undersökningar. Socialstyrelsen har personuppgiftsansvaret för behandlingen av personuppgifter (1 § lagen om hälsodataregister och 2 § patientregisterförordningen). Detta innebär att det i dag saknas möjlighet att behandla personuppgifter om patienter som behandlats av andra än läkare i abortvården, till exempel barnmorskor och sjuksköterskor. Enligt de samtal vi fört med ett 40-tal kliniker så genomförs en majoritet av åtgärderna inom abortvården i dag av barnmorskor.

Av vad som ovan framförts följer att kunskaperna och uppföljningen av abortvården är otillräckliga. För att Socialstyrelsen ska kunna framställa statistik och genomföra utvärderingar, uppföljningar och analyser om abortvården är det således nödvändigt att myndigheten även får tillgång till relevanta uppgifter om abortsökande som får behandling av andra yrkesgrupper än läkare. Behandlingen av uppgifterna kommer högst väsentligt bidra till en förstärkning av kunskapsunderlagen som är nödvändigt för att fortsatt hålla en hög kvalitet i abortvården och för framtida förbättringsarbete. Hälso- och sjukvården tillgodoser patienters behov av vård. Analyser och uppföljningar av medicinsk praxis som leder till bättre behandlingar, ökad patientsäkerhet och jämlik vård samt ökade kunskaper om var i vården förbättringsarbete eller resursförstärkningar bör genomföras är ytterst ett patientintresse. Det ligger därmed i den enskildes intresse att personuppgiftsbehandlingen får ske för de angivna ändamålen. Behovet av effektivisering och hushållning med offentliga medel är också ett viktigt allmänintresse.

Utredningen om hälsodataregisters förslag svarar mot de behov vi identifierat

Vi bedömer att utredningen om hälsodataregistersförslag skulle innebära att data på individnivå om aborter skulle kunna registreras i Socialstyrelsens hälsodataregister. Förslagen ska omfatta uppgifter i hälso- och sjukvården oavsett vilken vårdnivå det avser och vilken personalkategori som utför åtgärderna. Det innebär att även aborter som i praktiken utförs av barnmorskor kommer att registreras i Socialstyrelsens hälsodataregister. Det är särskilt viktigt i och med att vi föreslår att barnmorskor ska kunna ansvara för aborter i större utsträckning än i dag (se kapitel 10). I nuläget utförs aborter inom den specialiserade öppenvården. Med den medicinska utvecklingen som sker och om aborter skulle kunna erbjudas via telemedicin och erbjudas av primärvård med särskild kompetens, kan detta komma att ändras. Utredningen om hälsodataregisters förslag innebär att även aborter som utförs utanför den specialiserade vården skulle registreras i Socialstyrelsens hälsodataregister, vilket gör det möjligt att följa aborter om de framöver skulle utföras i primärvården. Inom abortvården är det i nuläget inte tillåtet att skriva ut läkemedlen på recept, utan de rekvireras och administreras på en sjukvårdsinrättning. Förslaget från utredningen om hälsodataregister, om registrering av administration av rekvisitionsläkemedel bidrar därför också till en bättre uppföljning av abortvården.

Integritetsaspekterna är väl avvägda

Alla personuppgifter i ett hälsodataregister är så kallade känsliga personuppgifter och behandlingen av dessa innebär ett betydande intrång i den personliga integriteten. Den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter i ett hälsodataregister är företrädesvis artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen, det vill säga att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Utredningen om hälsodataregister konstaterar att de uppgifter som de föreslår ska få behandlas är adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas. Vidare lämnar den även flera förslag som syftar till att stärka och skydda den personliga integriteten. Till exempel föreslås nya regler om behörighetsstyrning och loggkontroll.

Vi bedömer att utredningen gjort en gedigen och väl avvägd analys av att intrånget i den personliga integriteten är motiverat och proportionerligt utifrån det starka samhällsintresset som finns av att vi ska kunna följa upp hälso- och sjukvårdens insatser på ett adekvat sätt. Vi ställer oss därför bakom utredningens förslag och anser att det är viktigt att det genomförs för att möjliggöra en uppföljning av samtliga aborter på nationell nivå.

11.2 Uppdrag att följa upplevelsen av hemaborter

Förslag: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska ges i uppdrag att följa de förändringar av abortlagstiftningen som vi föreslår ska införas utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv med särskilt fokus på abortsökandes upplevelser av aborter som görs i hemmet.

11.2.1 Om förslaget

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Vi föreslår att båda läkemedlen vid abort ska kunna tas utanför en vårdinrättning. I Sverige genomförs majoriteten av aborterna som så kallade hemaborter. Hemabort innebär enligt nuvarande regelverk att den medicinska aborten inleds genom att den abortsökande tar det första läkemedlet (mifepriston) på en vårdinrättning och tar resterande läkemedel (misoprostol) i hemmet. Möjligheten att få avsluta aborten i hemmet infördes 2004. I dag sker 76 procent av aborterna på detta sätt. Att avsluta aborten i hemmet är lika effektivt och säkert som att utföra hela aborten på en vårdinrättning och flera studier har visat större nöjdhet hos dem som gått igenom en hemabort. Många kvinnor skulle välja metoden igen om de skulle genomgå ytterligare en abort. Vid biverkningar såsom kräkning, feber och smärta rapporterades dura-

tionen vara lite längre hos dem som gjorde hemabort.² Det tycks dock inte vara någon skillnad i duration när det gäller kraftig blödning.³ Smärta är en känd biverkan och kan vara besvärande vid medicinska aborter.

Studier av upplevelser av abort som avslutas i hemmet

Det finns ett antal studier som har tittat på upplevelsen av att avsluta aborten i hemmet. Studierna har jämfört upplevelsen hos kvinnorna av att ta misopristol på en vårdinrättning respektive att ta det hemma. Möjligheten att genomföra aborten i trygghet i sitt eget hem var en stark bidragande orsak till att kvinnorna valde metoden.⁴ Klinik och sjukhus upplevdes som en mer opersonlig och steril miljö jämfört med hemmet. I och med att misopristol ska intas inom ett tidsintervall på 24 till 48 timmar efter intag av mifepriston, innebär det en större flexibilitet att välja när man ska tableterna om de tas i hemmet. I Frankrike utfördes 2017 en kvantitativ observationsstudie av kvinnors upplevelser av smärta i samband med en abort som avslutades i hemmet. Totalt 193 kvinnor deltog i studien. Av studien framgår att 13 procent rapporterades att de inte fått information om att en medicinsk abort kan vara smärtsam och 32 procent upplevde att fått erbjudande om alternativa metoder till att avsluta aborten i hemmet.⁵

Varför behövs uppföljning

Den förändring vi föreslår som innebär att båda läkemedlen kan tas hemma, kan påverka abortsökandes upplevelser av att göra aborten hemma. Om telemedicin börjar användas som en metod i samband med aborter behöver hälso- och sjukvården finna lösningar som är anpassade till en svensk kontext. Vi anser därför att det är viktigt att förändringarna i lagstiftningen och hur de påverkar abortsökandes upplevelser av aborter följs upp och utvärderas. En sådan utvärder-

² Ngo, et al, 2011, Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review.

³ Løkeland, 2014, Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation.

⁴ Boydell, et al, 2021, Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation.

⁵ Cavet, 2017, Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol.

ing ska ha fokus på abortsökandes upplevelser och om de är nöjda med det stöd och den rådgivning som erbjudits i samband med aborten det här kan bidra till att följa hur förslagen påverkar patient-säkerheten. Uppföljningen ska även omfatta om de abortsökande har erbjudits individuell preventivmedelsrådgivning och andra insatser såsom stödsamtal och fått saklig information i samband med aborten.

12 Konsekvenser

En statlig utredning ska enligt kommittéförordningen (1998:1474) belysa konsekvenser av de förslag som läggs fram. Konsekvenserna ska vara heltäckande på så vis att de lyfter såväl kostnader som intäkter för de aktörer – staten, kommuner och regioner, företag eller enskilda – som påverkas. De sammantagna offentligfinansiella effekterna av utredningens förslag ska därmed beräknas. I detta kapitel beskriver vi de positiva och negativa konsekvenser vi kan bedöma att våra förslag innebär för framför allt de abortsökande själva men också för vårdgivare av abortvården, professionen och staten med mera.

Den 6 maj 2024 trädde förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar i kraft. Förordningen tillämpas dock inte för särskilda utredare som tillkallats före ikraftträdandet, utan för dessa gäller fortfarande 6 och 7 §§ i den upphävda förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

De förslag utredningen lämnar ska ha sin grund i en samhälls-ekonomisk analys av problemen med den nuvarande ordningen och en analys av de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ, utifrån en jämförelse med nuvarande ordning. Omfattningen av analyserna ska anpassas efter förslagens karaktär och ska kvantifieras i den utsträckning och i de delar det är möjligt. Utredaren ska redovisa de alternativa förslag som har övervägts, och om utredaren väljer att inte gå vidare med ett förslag ska skälen till detta anges. De antaganden som legat till grund för valet av förslag ska redovisas. Se kapitel 7–11 för utredningens förslag och bedömningar, analys, överväganden och skäl för förslagen samt bedömningar.

Utöver vad som följer av bestämmelserna i 14 § kommittéförordningen (1998:1474) ska utredningen enligt dess direktiv beräkna kostnaderna för staten. Utredaren ska därtill kvantifiera förslagens dynamiska effekter på kostnader för staten. När det

gäller borttagandet av de ekonomiska särreglerna ska, vid sidan av ekonomiska och hälsomässiga effekter för enskilda, ekonomiska effekter för staten analyseras och redovisas.

Av 15 § kommittéförordningen framgår också att förslag som innebär kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner också ska omfatta förslag till finansiering.

12.1 Konsekvenser för abortsökande

Bedömningar: Vi bedömer att samtliga förslag i huvudsak har positiva konsekvenser för abortsökande.

12.1.1 Skäl för våra bedömningar

Vår utredning och tidigare kartläggningar tyder på att Sverige i de flesta avseenden har en god, tillgänglig och säker abortvård. Det har därför varit väsentligt att våra förslag inte får leda till försämringar av abortvården. Vi föreslår därför ett antal förändringar som syftar till att säkerställa att abortvården blir än mer flexibel, tillgänglig och modern men med bibehållen patientsäkerhet och kvalitet.

Alla våra förslag och bedömningar syftar till att förbättra abortvården för den som söker och genomför abort. Nedan går vi igenom vilka positiva konsekvenser vi bedömer att förslagen innebär för abortsökande och resonerar kring de risker vi identifierat och hur dessa kan undvikas. Sammantaget kan sägas att riskerna är små och att många av de risker vi identifierat förekommer redan i dag när en abort avslutas i hemmet.

Tydligare rättighet till abort

I nuvarande abortlag har en abortsökande rätt till abort till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar. Den enda situationen där en abort får vägras innan graviditetsvecka 18 + 0 dagar är om läkaren bedömer att en abort skulle innebära en allvarlig fara för den abortsökandens liv eller hälsa. Rätten till abort framkommer dock inte uttryckligen i lagtexten. Vi föreslår att rätten att göra en abort till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar ska framgå explicit av lagtexten och

möjligheten att vägra abort på grund av att en abort skulle innebära allvarlig fara för den abortsökandes liv eller hälsa utgår i den förändrade abortlagen. Rätten till abort till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar ska alltså gälla utan undantag i de förändringar i abortlagen som vi föreslår. Utöver rättigheten att få göra abort tydliggör vi skyldigheten för regionen att skyndsamt tillhandahålla abort.

Skyndsamt tillhandahålla abort

I dag saknas nationell statistik över väntetider i abortvården. Enligt de företrädare för abortverksamheter som vi talat med är det i dag inget stort problem med väntetider för medicinska aborter och i de allra flesta fall tillhandahålls medicinska aborten inom en till två veckor.

Vi bedömer dock att det finns skäl att förtydliga att en abort ska tillhandahållas skyndsamt då korta väntetider är viktigt för att den abortsökande ska kunna genomföra en abort under så skonsamma förhållanden som möjligt. Det är positivt för den abortsökande att det uttryckligen framgår av lagtexten att abort ska tillhandahållas skyndsamt.

Rätt att välja behandlingsalternativ, inklusive var aborten genomförs ökar den abortsökandes autonomi

Vår utredning vill lyfta fram att den abortsökande ska ha möjlighet att välja behandlingsalternativ och, vid en medicinsk abort innebär det att få välja mellan att genomföra den i hemmet eller på en vårdinrättning. Vi gör bedömningen att patientlagen (2014:821) 7 kap. 1 § ger abortsökande rätt att välja behandlingsalternativ vilket inkluderar var aborten ska genomföras. Patienten ska enligt 7kap. 1 § PL *få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat*. Läs mer om detta i kapitel 7.

Kostnaderna för en abort som avslutas i hemmet enligt nuvarande regelverk jämfört med en medicinsk abort på vårdinrättning tycks vara obetydligt lägre. Se kostnadsberäkningar i avsnitt 12.9. Eftersom kostnadsskillnaden är mycket liten mellan en medicinsk abort på vårdinrättning jämfört med om den görs hemma, så bedömer vi

att det alltid bör vara möjligt för den abortsökande att få genomföra aborten på vårdinrättning om denna önskar det. Det finns dock ändå en risk att förändringen innebär att vården drar ner på exempelvis vårdplatser för den som ska genomföra en abort för att det blir en lägre kostnad. Konsekvensen kan då bli att den som vill genomföra en abort på vårdinrättning får vänta längre än i dag på grund av platsbrist. Under avsnitt 7.2. påtalar vi därför vikten av regionerna säkerställer att det finns platser för att genomföra abort på vårdinrättning för den som vill eller behöver detta.

Abortsökande har rätt till ett adekvat och gott bemötande

Vi lyfter den abortsökandes rätt att bemötas av ett adekvat och icke dömande bemötande i kapitel 7. Frågor om bemötande är särskilt viktigt inom abortvården.

I en svensk avhandling undersöks kvinnors och mäns upplevelser och behov i samband med abort och deras syn på förebyggande åtgärder. En av avhandlingens studier¹ visar att var fjärde kvinna och hälften av männen inte var helt nöjda med vården i samband med aborten. Både män och kvinnor uppgav att den viktigaste faktorn för hög tillfredsställelse med vården var ett gott bemötande. Avhandlingens resultat betonar vikten av att som abortsökande kvinna och partner få ett personligt bemötande anpassat till sina individuella behov. En av slutsatserna i avhandlingen är att abortvården i högre grad bör arbeta med kvalitetsutveckling av bemötandefrågor.² Vi föreslår att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska följa abortsökandes upplevelser av abortvården kopplade till våra förslag om förändringar och då särskilt att abort kan få genomföras utanför en vårdinrättning.

En god, tillgänglig och säker abortvård

Våra förslag syftar till en fortsatt god, tillgänglig och säker abortvård. Förslagen syftar bland annat till att säkerställa att det finns tillgång till läkare i de situationer där det finns behov för den abort-

¹ Makenzius, M, et al, 2012, Women and men's satisfaction with care related to induced abortion.

² Makenzius, M, 2012, Unintended Pregnancy, Abortion and Prevention: Women and Men's Experiences and Needs.

sökande, att abort tillhandahålls av hälso- och sjukvårdsverksamheter som är särskilt anpassade för ändamålet och att aborter ska tillhandahållas skyndsamt av regionen.

Vi föreslår även att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska få ett uppdrag att bedriva riktad tillsyn av abortverksamheter under fem år efter införandet av våra föreslagna förändringar för att säkerställa att abortvården även fortsatt är patientsäker.

Enligt de intervjuer vi har genomfört med abortverksamheter är väntetider som regel korta i dagsläget. Vanligtvis kan en medicinsk abort erbjudas inom en veckas tid. Dock förekommer något längre väntetider på enstaka håll i landet (upp till två veckor) och längre väntetider kan även förekomma under semestertider. Vi bedömer att förslagen om att abort kan genomföras i hemmet och att barnmorskor kan få ett större formellt ansvar i abortprocessen leder till större flexibilitet för vårdgivarna, vilket i sin tur kan leda till förkortade väntetider.

SBU:s utvärdering³ visade att antalet telefonkontakter kan öka när även det första läkemedlet, mifepriston, intas i hemmet. Det är viktigt att abortverksamheter möter upp det behovet och säkerställer att det finns personal tillgänglig för frågor som de abortsökande kan ha när abort genomförs i hemmet.

Abort ska få utföras utanför en sjukvårdsinrättning

Vårt uppdrag har varit att föreslå *hur* abort kan genomföras i hemmet och inte *om* ett sådant förslag ska genomföras. Vi har tolkat regeringen som att det redan tagits ställning till att detta är det bästa alternativet och att man anser att konsekvenserna med ett sådant förslag redan är tillräckligt utredda bland annat genom SBU:s rapport.⁴ Vi har ändå valt att titta på konsekvenserna om förslaget genomförs och kan inledningsvis konstatera att förslaget i huvudsak har positiva konsekvenser för abortsökande.

Förslaget om att abort inte behöver utföras på en vårdinrättning, syftar till en ökad flexibilitet för abortsökande att avgöra var och när aborten ska genomföras. Genom att båda läkemedlen får tas på

³ SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

⁴ SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

en annan plats än vårdinrättning kan den abortsökande planera att genomföra aborten vid en tidpunkt som passar. I kapitel 9 har vi beskrivit studier som visar på att möjligheten att få genomföra abort i tryggheten i sitt eget hem var en starkt bidragande orsak till att abortsökande valde att genomföra aborten i hemmet.

En risk vi identifierat med förslaget är att hälso- och sjukvårdens möjligheter att upptäcka våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld och förtryck minskar i och med att abortsökande gör färre besök och är kortare tid på vårdinrättningen. Riskerna är särskilt relevanta vid handläggning av abort via telemedicin, då den abortsökande i många fall då inte har något fysiskt besök med hälso- och sjukvårdspersonal. Vi konstaterar i avsnitt 9.3. att de förändringar i abortlagen som vi föreslår, gör det teoretiskt möjligt att handlägga abort via telemedicin men metoden behöver utvärderas i klinisk verksamhet för att kunna avgöra om det är lämpligt och i så fall i vilka situationer och hur telemedicin bör användas i samband med aborter.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården har rutiner för hur våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck ska kunna upptäckas även vid minskade eller inga fysiska vårdbesök. Forskare från Kanada, USA och Storbritannien presenterade 2020 en rapport om strategier för att upptäcka våld i nära relationer när vårdmöten i allt större utsträckning sker digitalt. Rapporten vänder sig framför allt till sjuksköterskor och barnmorskor och ger både råd om hur våld kan upptäckas och strategier för att ingripa för vårdpersonal som upptäcker att en patient är drabbad. I rapporten understryks att även handläggning via telemedicin har visat sig vara effektivt för att ingripa mot våld i nära relationer och att sjuksköterskor och barnmorskor länge spelat en central roll både vid sådan vård och traditionell vård. Resultatet av forskningen är rekommendationer och konkreta tips som vårdpersonal kan använda i digitala möten med patienter. Forskarna konstaterar att det är barnmorskors och sjuksköterskors roll, om de misstänker våld, att skapa en trygg miljö, lyssna och titta efter varningsflaggor och om dessa märks, lyfta ämnet i konversationen och ställa konkreta frågor kring det. I nästa steg ska vårdpersonalen kunna guida till vidare hjälp och stöd.⁵

⁵ Susan, et al, 2020, Recognizing and responding to intimate partner violence using telehealth: practical guidance for nurses and midwives.

Rapporten visar även på problematiken med att en kontrollerande partner kan ha tillgång till den patientens digitala information och att det därför blir viktigt hur och när privat information skickas inför mötena. Forskningen visar att telemedicin inte behöver leda till att hälso- och sjukvårdens möjligheter att upptäcka våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck minskar men att färre fysiska besök i hälso- och sjukvården kräver att vården har särskilda rutiner och strategier för hur det ska upptäckas. Minskade fysiska vårdbesök och flexibilitet kring när läkemedlen kan tas vid en abort kan i vissa fall vara positivt för personer som är utsatta för våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld och förtryck. Det kan underlätta för den abortsökande att genomföra en abort utan att partnern eller annan närstående får reda på det.

En annan risk vi identifierat med förslaget att abort ska få genomföras utanför en sjukvårdsinrättning är att läkemedlen kan tas för sent. En abort som görs senare än avsett kräver ytterligare läkemedel för att aborten ska bli komplett och kan dessutom kräva mer smärtlindring. Denna risk finns dock redan i dag när aborten avslutas i hemmet. För att motverka risken är information till den abortsökande viktigt. Rätten till information vid en abort föreslår vi ska framgå av den nya abortförordningen. För att säkerställa att abortsökande får relevant och samma information i hela landet, föreslår vi att Socialstyrelsen ska ta fram en vägledning till vårdgivarna om vilken information som ska ges abortsökande.

Kostnad och risker för läkemedel vid abort

I dag får en abortsökande läkemedel vid abort utan kostnad när de besöker sin vårdinrättning. Det gäller även eventuella läkemedel för smärtlindring och mot illamående. Om kravet på sjukvårdsinrättning utgår i lagen, kommer Läkemedelsverket se över föreskriften och sannolikt inte att ha kvar kravet på att ett godkänt läkemedel som innehåller mifepriston endast får lämnas ut från apotek till en vårdinrättning (Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel). Läkemedelsverket menar att anledningen till att mifepriston är undantagen förskrivning enbart beror på kravet i abortlagen att abort ska utföras på en vårdinrättning.

Läkemedlet får alltså i dag inte lämnas ut från ett apotek till en enskild patient. Verksamheter som bedriver abortvård kommer kunna dela ut läkemedel på en vårdinrättning utan kostnad oavsett om bestämmelsen i Läkemedelsverkets föreskrifter utgår.

Vi bedömer att förskrivning fortsättningsvis bör ske restriktivt då det exempelvis i dag inte är möjligt att förskriva rätt förpackningsstorlek (= rätt antal tabletter) av läkemedlen. Det ökar risken både för läkemedelsläckage, överförskrivning av opioder och att individen tar mer läkemedel än nödvändigt. Andra skäl handlar om off label-förskrivning, kostnader för individen med mera. Vi beskriver skälen i avsnitt 9.2.4.

För den situation där det framöver skulle bli vanligt med förskrivning av läkemedel som används för abort, lämnar vi ett förslag för hur kostnaderna kan hanteras under avsnitt 12.8. Det är viktigt både för individen och samhället att möjligheten till abort inte avgörs av kostnaden för behandlingsmetoden.

Abortlagen är inte ett hinder för handläggning av abort via telemedicin

Om regleringen kring att en abort ska utföras på vårdinrättning tas bort innebär det en öppning för att processen kring abort kan skötas via telemedicin.

Att en ny reglering gör det teoretiskt möjligt betyder inte att det är lämpligt att det införs i bred skala. Telemedicin bör utvärderas och utvecklas vidare för att se hur abortvården i Sverige kan använda telemedicin på ett patientsäkert sätt enligt de krav som finns på att använda metoder enligt vetenskap och beprövad erfarenhet enligt patientsäkerhetslagen.⁶

Användning av telemedicin ställer krav på hälso- och sjukvården att kunna bedöma när det är lämpligt med telemedicin, för vilka patienter och när det är viktigt att den abortsökande uppsöker abortvården. Vi föreslår att regeringen ska avsätta medel till regionerna för utveckling av abortvården. Medlen kan då exempelvis användas till utveckling av metoder för att på ett säkert sätt kunna använda telemedicin i abortvården.

⁶ Pågående kliniska studier vid Karolinska Institutet.

Vi bedömer att telemedicin på sikt kan bidra till en ökad tillgänglighet och en förenklad process för abortvården.

Preventivmedel i samband med abort

En risk som utredningen identifierat är att färre fysiska besök också innebär färre möjligheter att diskutera preventivmedel för att undvika fler oönskade graviditeter. Med färre fysiska besök följer minskat antal tillfällen för att få långtidsverkande preventivmedel så som hormonspiral eller p-stav insatt.

Minskningen av tonårsaborter kan ha samband med ökningen av långtidsverkande preventivmedel och det är viktigt att även fortsättningsvis prioritera och satsa på preventivmedelsrådgivning.

Vi föreslår därför att det i förordningen till den förändrade abortlag ska införas ett krav på verksamheter att erbjuda preventivmedelsrådgivning i samband med abort.

Komplikationer i samband med abort

De risker som finns avseende komplikationer i samband med medicinsk abort som genomförs i hemmet i sin helhet är i stort sett samma som de risker som finns med nuvarande ordning. Vi gör bedömningen att riskerna för komplikationer inte ökar med våra förslag men lyfter ändå nedan de risker som redan i dag är förknippade med hemabort.

I Sverige är både medicinsk och kirurgisk abort säkra medicinska abortmetoder med mycket låg risk för allvarliga biverkningar eller komplikationer. Alla kvinnor upplever blödningar i samband med en abort, men en liten andel (0,3–2 procent) drabbas av mer långvariga eller kraftiga blödningar. Större blödningar som kräver blodtransfusion är mycket sällsynta och inträffar endast i 1–3 promille av fallen, oavsett metod. Risken för infektion efter en medicinsk abort är cirka 0,6 procent. Vid medicinsk abort ger det första läkemedlet, mifepriston, sällan biverkningar. Biverkningar från det andra läkemedlet, misoprostol, är vanliga men oftast kortvariga, och kan förutom smärta även inkludera illamående och diarré. Mer sällsynta

biverkningar inkluderar hudutslag och feber. Frossa kan uppstå, särskilt vid sublingual behandling.⁷

Det är viktigt att den abortsökande har möjlighet att få välja att genomföra aborten på vårdinrättning om så önskas eller där det inte är lämpligt att genomföra aborten i hemmet.

Smärtlindring

Det finns relativt få jämförande studier angående smärtlindring vid medicinsk abort.⁸ Det saknas tydliga riktlinjer för att behandla smärta vid abort och det är stora variationer i smärtbehandling både internationellt och nationellt. SFOG har råd gällande smärtlindring i sina riktlinjer. Unga kvinnor och kvinnor som inte fött barn behöver ofta mer smärtlindring än äldre kvinnor och de kvinnor som fött barn. Även graviditetens längd spelar roll för behovet av smärtlindring; ju längre gången graviditeten är desto mer smärtlindring behövs vanligtvis. Närvaro av partner samt möjlighet till hemabort är faktorer som starkare påverkar kvinnans acceptans av medicinsk abort snarare än ålder, graviditetens längd och behov av smärtlindring. I en kanadensisk studie sågs också ett samband med patientens ålder, dysmenorré och högt "anxiety score", exempelvis hade kvinnor med tidigare upplevd ångest och oro skattat högre upplevd smärta.⁹

Framför allt upplevs smärta efter att misoprostol börjat verka, vilket redan i dag sker i hemmet. Därför är det viktigt med adekvat smärtlindring, information om förväntad smärta och möjlighet till telefonkontakt med hälso- och sjukvården.

Barnmorskor ska få ansvara för aborter

Vi föreslår det i abortlagen inte ska anges vilka yrkeskategorier som får utföra aborter. I nuvarande abortlag (1974:595) anges i 5 § att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller

⁷ Raymond et al, 2013, First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review.

⁸ Reynolds-Wright et al 2022, Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation (Review).

⁹ Reynolds-Wright et al 2022, Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation (Review).

avbryta havandeskap enligt 6 §. Vårt förslag innebär således att det i lagen inte finns hinder för barnmorskor att självständigt ansvara för medicinska aborter. Precis som för övrig hälso- och sjukvård är det kompetens som avgör vilken profession och vilka individer som ska få utföra vilka insatser.

Det här innebär inte några större konsekvenser i praktiken då en majoritet av alla aborter i dag sker utan kontakt med läkare och där barnmorskan är den som har kontakt med de abortsökande och handlägger aborten självständigt. Forskning i en svensk kontext har visat att abortsökande är mer nöjda när barnmorskor handlägger abortprocessen och att det innebar ökad tillgänglighet, kortare väntetider och ökad användning av långtidsverkande preventivmedel för den abortsökande.¹⁰

Att tolka ultraljudsbilder med tillförlitlighet är en särskild kompetens som kräver omfattande träning. Många verksamheter vi talat med har lyft risken att barnmorskor inte får tillräckligt med övning och handledning i att läsa av ultraljudsbilder och att det kan öka risken för att missa exempelvis ett utomkvedshavandeskap, som kan vara ett livshotande tillstånd. Som regel använder läkare inom obstetrik och gynekologi ultraljud inom fler områden och har därför mer vana att genomföra och tolka ultraljud, även inför abort.

Verksamheter ska ha rutiner för vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att det ska bedömas lämpligt att barnmorskor handlägger aborter självständigt, och när en läkare ska göra det. Det ska finnas tillgång till läkare i alla abortverksamheter. Vi lämnar ett förslag om att detta regleras i den förordning som vi förslår ska införas. På så sätt säkerställs att abortsökande får adekvat vård och att verksamheten kan hantera komplicerade aborter om ett sådant behov uppstår.

Uppdrag om förordnande av abortläkemedel för barnmorskor

Vi har i kapitel 10 föreslagit att Läkemedelsverket och Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att utreda om det finns förutsättningar för att barnmorskor ska få rätt att förordna abortläkemedel.

¹⁰ Kopp Kallner, et al. 2015, The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial.

På så sätt kan vi säkerställa att en sådan förändring inte påverkar patientsäkerheten för abortsökande.

Bättre uppföljning av aborter

Vi lämnar inte något förslag angående särskild uppföljning när aborten genomförs i sin helhet utanför en vårdinrättning. Skälet till detta är att det i praktiken inte innebär någon väsentlig skillnad gällande risker för komplikationer eller liknande, jämfört med i dag när aborten påbörjas på en sjukvårdsinrättning och avslutas i hemmet. I dag består efterkontrollen av ett medskickat graviditetstest som tas ungefär två till tre veckor efter genomförd abort. Vid behov eller om den abortsökande uttrycker ett sådant önskemål, finns även möjlighet till kontakt via telefon eller fysiskt besök. Erbjudande om stödsamtal ska även fortsättningsvis finnas kvar. Vi har inte fått kännedom om några risker eller problem med nuvarande ordning, och ser därför inte skäl till att införa krav på någon ytterligare efterkontroll. Målgruppen bedöms vara motiverad att säkerställa att aborten är komplett och tar därför kontakt med hälso- och sjukvården om så inte har skett. Däremot kan det uppstå ett behov av utökad telefonrådgivning som det bör finnas rutiner och resurser för.

Risker med förskrivning av läkemedel jämfört med utlämning från vårdinrättning

I dag får alla som genomför abort i Sverige läkemedel vid abort utlämnande av hälso- och sjukvårdspersonal i samband med besök på vårdinrättningen. I och med att vi föreslår att kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning ska upphöra, så finns det inga hinder i abortlagen för förskrivning av läkemedel för abort på recept. En sådan förändring innebär att Läkemedelsverket kommer behöva se över och följdändra 4 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) *om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel* och låta den bestämmelsen utgå, under förutsättning att Läkemedelsverket inte ser att det finns andra skäl att behålla ett undantag för förskrivning av läkemedlet.

Vi bedömer dock att det finns vissa risker med att läkemedlen förskrivs på recept och det är viktigt att hälso- och sjukvården är medvetna om riskerna och att förskrivning sker restriktivt.

Om hälso- och sjukvården bedömer att förskrivning inte kan ske utan risker för patientsäkerheten bör läkemedlen i stället lämnas ut till den abortsökande vid ett besök på vårdinrättning. Riskerna vid förskrivning är bland annat att abortsökande kan få med sig en större mängd läkemedel än vad som krävs för aborten. Om Cytotec förskrivs och hämtas ut på apotek innebär det att den abortsökande får läkemedel med sig hem som skulle kunna användas för att genomföra en abort efter utgången av 18:e graviditetsveckan eller till fler behandlingar.

Ytterst blir det tillsynsmyndigheten som inom sitt uppdrag får avgöra om förskrivning har skett på ett säkert sätt som är i enlighet med gällande reglering, bland annat patientsäkerhetslagen.

Bättre uppföljning av abortvården på nationell nivå

Vi gör bedömningen att förslagen i betänkandet SOU 2024:57, *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*, ska genomföras. Förslagen innebär bland annat att vårdåtgärder ska registreras i Socialstyrelsens hälsodataregister oavsett på vilken vårdnivå som åtgärderna utförts och oavsett vilken yrkeskategori som utfört åtgärden. Det skulle innebära att alla aborter registreras i hälsodataregister och att aborter på så sätt skulle kunna följas upp på samhällsnivå. I dag registreras mindre än en tredjedel av aborterna i patientregistret hos Socialstyrelsen. Att kunna följa vården är viktigt för att kunna säkerställa att vården är patientsäker och håller en god kvalitet. Det kommer göra det möjligt att till exempel följa upp hur många som söker akut vård för komplikationer till följd av en abort.

12.2 Konsekvenser för regionerna

Bedömning: Vi bedömer att förslagen inte leder till några större konsekvenser för regionerna och att de konsekvenser vi kan identifiera i huvudsak är positiva. Förslagen kan bland annat leda till ett något minskat behov av vårdplatser och en effektivare resursanvändning i hälso- och sjukvården.

12.2.1 Skäl för vår bedömning

Vi bedömer att förslagen endast leder till mindre konsekvenser för regionerna. Under våra intervjuer med företrädare för abortverksamheter kan det konstateras att abortvården redan i dag hanteras så att de föreslagna förändringarna inte innebär några större ändringar i praktiken. Det kan dock innebära att det blir ett besök mindre för den som inte vill ta det första läkemedlet vid det fysiska besöket och som med vårt förslag kan ta det läkemedlet i hemmet. Det innebär färre besök och minskade kostnader för regionen.

Enligt vår bedömning bör behovet av vårdplatser inte påverkas nämnvärt då förändringen vi föreslår inte rör intagandet av det andra läkemedlet. Det är vid den tidpunkten det kan bli aktuellt med vårdplats på klinik. SBU:s utvärdering¹¹ visar att antalet telefonkontakter emellertid kan öka och är därmed något som regionerna behöver beakta.

Om abortvården i större utsträckning kan skötas av barnmorskor kan det innebära en minskad kostnad för regionerna. Se kostnadsberäkningarna under avsnitt 12.9.

Förtydliganden av hälso- och sjukvården ansvar

Vi föreslår några förtydliganden av regionernas ansvar för att tillhandahålla abortvård. Dels föreslår vi att det i lagen ska tydliggöras att abort ska tillhandahållas skyndsamt av en verksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet.

Abort är enligt nuvarande lagstiftning en rättighet för den gravida innan utgången av 18:e graviditetsveckan. Att vi föreslår att

¹¹ SBU, 2023, Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort.

rätten tydliggörs i lagstiftningen innebär ingen skillnad i praktiken av regionens ansvar att tillhandahålla abort. I Socialstyrelsen föreskrift om abort framkommer att abort ska utföras så snart som möjligt, vilket motsvarar kravet på skyndsamhet som vi föreslår ska införas i lagen. Vi bedömer inte att förtydliganden av ansvaret för regionerna i praktiken innebär några förändringar eller utökning av befintliga ansvarsområden.

Förslaget om att det i förordning anges att det ska finnas tillgång till läkare i abortverksamheter i den utsträckning som behövs påverkar inte regionernas ansvar, då det i dag endast är läkare som får utföra aborter. Sammantaget kan våra förslag snarare leda till en liten minskning av behovet av läkare i abortvården och kan därmed göra det lättare för regionerna att planera övrig verksamhet utifrån de läkarresurser som finns.

Vi skriver att abort ska tillhandahållas av verksamheter särskilt anpassade för ändamålet. Ytterst blir det Socialstyrelsen med sitt uppdrag inom den nationella kunskapsstyrningen och regelgivning och Inspektionen för vård och omsorg, inom sin tillsynsverksamhet, som får avgöra vad som avses med att verksamhet är särskilt anpassad för ändamålet. Utredningen bedömer dock inte att det innebär någon förändring för de verksamheter som är godkända av IVO i dag.

Att abortverksamheter bedriver hälso- och sjukvård och därför bland annat ska anmäla sin verksamhet till IVO i enlighet med 2 kap. patientsäkerhetslagen innebär ingen förändring jämfört med i dag.

Förslaget att även aborter ska registreras i patientregistret oavsett vilken personalkategori som ansvarat för hälso- och sjukvårdsåtgärderna, innebär några mindre konsekvenser för regionerna genom ökad administration. Samtidigt bedömer vi att det är en försumbar uppgift för hälso- och sjukvården. Detta med tanke på att personuppgifter som rör patienter som vårdats av läkare inom den slutna hälso- och sjukvården, inom den öppna vården som inte är primärvård samt har behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården, redan ska rapporteras in till patientregistret.

Om mifepriston blir möjligt att förskriva som en konsekvens av att kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning ska upphöra, ställer krav på att vårdgivare har rutiner för om och i så

fall när läkemedel ska förskrivas i stället för att lämnas ut på vårdinrättning.

12.3 Konsekvenser för profession

Bedömning: Förslagen bedöms i huvudsak ha positiva konsekvenser för läkare och barnmorskor inom abortvården och annan gynekologisk vård.

12.3.1 Skäl för bedömningen

Barnmorskor får möjlighet att även formellt ansvara för abortprocessen. Barnmorskor har en gedigen kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och många verksamheter har redan i dag abortverksamheter där barnmorskor självständigt handlägger aborter.

Det har hittills inneburit en mer effektiv användning av kvalificerad kompetens i abortvården och vårt förslag kan ytterligare bidra till en fortsatt utveckling åt det hållet. Då fler arbetsuppgifter kan läggas på barnmorskor kan läkare fokusera mer på komplicerade fall och andra ingrepp.

Läkares och barnmorskors kompetens används på ett effektivt sätt

De förändringar vi föreslår skulle sannolikt innebära ett skifte där uppgifter och ansvar som i dag innehas av läkare till viss mån skulle kunna flyttas över på barnmorskor. Det finns då mer tid för läkare att arbeta med andra arbetsuppgifter som exempelvis kirurgiska aborter, aborter med komplikationer eller andra arbetsuppgifter inom obstetrik och gynekologi.

Det är en positiv konsekvens för läkare att de i högre grad kan arbeta med arbetsuppgifter som särskilt kräver deras kompetens.

Ansvariga myndigheter ska uppdras att utreda förutsättningar för en utökad förskrivningsrätt för barnmorskor

Vi föreslår att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska få i uppdrag att utreda juridiska och andra förutsättningar för att barnmorskor ska få förordna läkemedel som används vid abort.

Myndigheterna ska även utreda och om de finner det lämpligt, och i så fall förutsättningar och former för ett pilotprojekt, med rätt för barnmorskor att i begränsad omfattning förordna läkemedel vid abort. Socialstyrelsen ska i så fall initiera och ansvara för ett pilotprojekt där barnmorskor i en eller två regioner får möjlighet att förordna läkemedel vid abort.

Resultatet av pilotprojektet kan myndigheterna sedan använda som underlag för att utreda om det är lämpligt och i så fall hur en utökad förordningsrätt för barnmorskor ska vara utformad.

Om uppdraget till Socialstyrelsen och Läkemedelsverket utfaller positivt så kan det införas en möjlighet för barnmorskor att förordna de läkemedel som krävs vid medicinsk abort.

Kan förslaget leda till en större brist på barnmorskor i förlossningsvården?

I abortvården arbetar barnmorskor som regel kontorstider, till skillnad mot förlossningsvården där det förekommer både natt- och helgarbete. Detta i kombination med att barnmorskor får ett större utrymme att arbeta självständigt med större ansvar i abortvården, skulle teoretiskt kunna leda till att fler skulle välja att arbeta inom abortvård. Dock så beskriver företrädare för abortvården att det till största delen är barnmorskor som arbetar i abortvården i dag och att det inte torde bli någon större skillnad. Vidare uttryckte de att det inte fanns ett behov av att anställa ett större antal barnmorskor, utan i stort sett är verksamheterna tillräckligt bemannade i dag. Utifrån statistiken från vårdkompetensrådet arbetar 25 procent av alla barnmorskor i förlossningsvården och endast 4 procent i abortvården. Vi ser därför inga skäl till att våra förslag till förändringar skulle påverka antalet barnmorskor i förlossningsvården i någon

större utsträckning, även om det skulle leda till att något fler barnmorskor skulle arbeta i abortvården.¹²

12.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Bedömning: Förslagen bedöms inte påverka sysselsättning eller offentlig service i olika delar av landet i någon större utsträckning.

12.4.1 Skäl för bedömningen

Vi bedömer att våra förslag inte har några negativa konsekvenser för vare sig sysselsättning eller offentlig service. Möjligen kan förslaget om att abort inte längre behöver genomföras på en sjukvårdsinrättning leda till att tillgången till offentlig service förbättras i delar av landet där abortsökande har långa avstånd till vården. Den förändrade lagen möjliggör att genomföra medicinska aborter med färre antal eller inga fysiska besök om det bedöms vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. På så sätt är det möjligt att öka tillgängligheten till abortvård för abortsökande i glesbygd. Våra förslag innebär inte heller något hinder mot att abortvård skulle kunna ges inom ramen för annan vård, så länge det ges av en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är anpassad för ändamålet. Det skulle i framtiden kunna innebära att delar av vården skulle kunna erbjudas av till exempel mödrahälsovården som har högre tillgänglighet i glesbygd.

12.5 Konsekvenser för företag

Bedömning: Förslagen bedöms inte leda till negativa konsekvenser för företag. Att kravet på godkännande i nuvarande abortlag utgår och ersätts med en anmälningsplikt, bedöms leda till positiva konsekvenser i form av minskad administration för företag som avser att bedriva abortverksamhet.

¹² Nationella vårdkompetensrådet, 2022, Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården.

12.5.1 Skäl för bedömningen

Vi bedömer inte att våra förslag leder till några negativa konsekvenser för de företag som bedriver eller avser att bedriva abortverksamhet. De krav vi föreslår ska framgå av lag och förordning är endast förtydliganden av de krav som redan i dag existerar för den som bedriver abortverksamhet.

Att vi föreslår att kravet på godkännande enligt nuvarande abortlag ska utgå, innebär positiva förändringar för verksamheter som ska bedriva abortverksamhet genom minskad administration och väntetider för att kunna starta upp verksamheten. Dock ska verksamheten i stället anmälas till IVO i enlighet med 2 kap. patientsäkerhetslagen, så vi bedömer att minskningen i administrativa kostnader blir minimal. Dessutom går IVO:s prövning framför allt ut på att säkerställa att det finns rutiner på plats enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort. Tidsbesparingen som kan komma i fråga för respektive verksamhet bedömer vi som högst kan röra sig om tjugo timmar per verksamhet.

Våra föreslagna förändringar skulle även indirekt kunna påverka läkemedelsföretagen. Detta då ordningen med förskrivning av abortläkemedel till exempel innebär ett ökat behov av mindre förpackningsstorlekar på läkemedel. Det kan också innebära att frågan med off label-förskrivning av läkemedel som används för abort aktualiseras.

Även apoteken kan komma att påverkas på sikt då det kan innebära behov av utbildning av personal då de kan komma att lämna ut läkemedel som systematiskt skrivs ut off label och att informationen om läkemedlen i produktresumén inte stämmer.

12.6 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

Bedömning: Förslagen innebär inte någon större förändring gällande jämlikhet, jämställdhet och integration. En god, tillgänglig och säker abortvård är i sig en viktig förutsättning för jämlikhet, jämställdhet och integration i samhället.

12.6.1 Skäl för vår bedömning

Våra förslag innebär inte någon större förändring när det gäller hur abortvården fungerar i relation till jämlikhet, jämställdhet och integration.

Möjligen kan utvecklingen mot färre fysiska besök innebära en ökad tillgänglighet till abortvården särskilt i de delar av landet där det kan vara långa avstånd till en abortmottagning vilket skulle förstärka en mer jämlik tillgång till abortvård. Den förändringen kan komma att bli än större om abortvården kommer använda sig av telemedicin i framtiden.

Att säkerställa rätten till abort är en central fråga för kvinnors rättigheter och att förtydliga rättighetsperspektivet i lagstiftningen är ett sätt att i en reglering belysa hur viktig denna fråga är för jämställdheten och vi bedömer att utredningens förslag på så sätt stärker jämställdheten.

Vi har bedömt det som mest lämpligt att i lagstiftningen använda begreppet *den gravida* i stället för *kvinnor*, läs mer om det i avsnitt 6.1.2. Vi bedömer att den här förändringen inte innebär någon försämring för kvinnor. Abort är även fortsättningsvis en viktig fråga för kvinnors rättigheter. Med rekvisitet *den gravida* blir abortvården även uttalat tillgänglig för den som är oönskat gravid men inte juridiskt är kvinna.

Fortsatt höga krav på tillgänglighet och information i abortvården är centralt för att säkerställa att abortvården är tillgänglig för alla som behöver den.

12.7 Sveriges internationella åtaganden

Bedömning: Våra förslag är förenliga med de krav som följer av Sveriges internationella åtaganden när det gäller mänskliga rättigheter, inklusive kvinnors rättigheter och barnets rättigheter.

12.7.1 Skäl för vår bedömning

Våra förslag innebär går i linje med Sveriges internationella åtaganden. Vi förtydligar rätten till abort för alla gravida, både kvinnor och andra grupper i samhället och förslagen ska säkerställa en god och tillgänglig abortvård av hög kvalitet.

Barnkonventionen gäller som svensk lag, enligt 1 § Lag (2018:1197) om *Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*. Barnkonventionen är en folkrättsligt bindande överenskommelse som ger alla barn upp till 18 år egna rättigheter. Enligt artikel 1 i konventionen avses med barn varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Våra förslag innebär inte någon förändring avseende barnets rätt till abort. Det ska liksom i dag göras en individuell bedömning i varje enskilt fall då en minderårig söker abort huruvida information ska lämnas till vårdnadshavare, samt om det ska göras en anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen (2001:453) vid misstanke om att ett barn far illa.

12.8 Kommunala självstyrelsen

Bedömning: Vi bedömer att förslagen inte påverkar den kommunala självstyrelsen.

12.8.1 Skäl för vår bedömning

Införandet av nuvarande abortlag (1974:595) innebar ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen genom att staten ålade regionerna ett särskilt ansvar för abortverksamhet. Vi bedömer inte att våra förslag är ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen utan bestämmelserna vi föreslår motsvarar regionens skyldigheter enligt nuvarande lagstiftning.

12.9 Kostnaderna för staten

Bedömning: Kostnader för staten bedöms inte öka på sikt men förslagen leder till vissa initiala kostnader under en femårsperiod för uppdrag till Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Inspektionen för vård och omsorg.

Eftersom förskrivning av läkemedel som används för abort kan bli möjligt bör staten överväga om kostnaden ska belasta staten eller regionen. Vi har resonerat kring hur ett kostnadsförslag skulle kunna utformas.

12.9.1 Skäl för bedömningen

Statens kostnader för förslagen består av två delar:

- kostnader för uppdrag eller liknande till myndigheter, och
- kostnad för statsbidrag till regionerna för utveckling och forskning inom abortvården.

Uppdrag till Socialstyrelsen

Uppdrag att genomföra pilotprojekt samt utreda om barnmorskor ska kunna få rätt att förordna läkemedel som används vid abort

Vi har i kapitel 10 föreslagit att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska få i uppdrag av regeringen att utreda juridiska och andra förutsättningar för barnmorskor att få förordna läkemedel som används vid abort. Kostnaderna bedöms uppgå till 2 500 000 kronor år 1 och 1 500 000 kronor per år under år 2 till år 4. År 1 bedöms kostnaden vara högre för att myndigheterna ska utreda om ett pilotprojekt är en lämplig metod för kunskapsinsamling samt i så fall utreda förutsättningarna för och initiera ett sådant projekt. Pilotprojektet ska pågå under år 2 och utvärderas under år 3, under förutsättning att det genomförs. Under år 4 ska myndigheterna utifrån resultaten, bedöma om förordningsrätt för läkemedel som används vid abort ska införas för barnmorskor.

Vägledning

Vi har i kapitel 8 föreslagit att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram en vägledning till vårdgivare om vad ett informationsmaterial för den som överväger en abort kan innehålla. Socialstyrelsen föreslås få ett och halv år för uppdraget och kostnaden bedöms uppgå till 1 500 000 kronor.

Uppdrag till Läkemedelsverket

Följa forskrivningsrätt

Läkemedelsverket föreslås i kapitel 9 att få ett uppdrag att följa forskrivning av läkemedel för abort. Vi bedömer att uppdraget bör kunna hanteras inom ram.

Uppdrag att utreda om barnmorskor ska kunna få rätt att förordna läkemedel som används vid abort och ett eventuellt pilotprojekt

Vi har i kapitel 10 föreslagit att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska få i uppdrag av regeringen att utreda juridiska och andra förutsättningar för barnmorskor att få förordna läkemedel som används vid abort. Kostnaderna bedöms uppgå till 2 500 000 kronor år 1 och 1 500 000 kronor per år under år 2 till år 4. År 1 bedöms kostnaden vara högre för att myndigheterna ska utreda om ett pilotprojekt är en lämplig metod för kunskapsinsamling samt i så fall utreda förutsättningarna för och initiera ett sådant projekt. Pilotprojektet ska pågå under år 2 och utvärderas under år 3, under förutsättning att det genomförs. Under år 4 ska myndigheterna utifrån resultaten, bedöma om förordningsrätt för läkemedel som används vid abort ska införas för barnmorskor.

Uppdrag till Inspektionen för vård och omsorg

Vi föreslår i kapitel 8 att Inspektionen för vård och omsorg ska få ett riktat tillsynsuppdrag av abortvården under fem år. Kostnaden för uppdraget bedöms uppgå till 2 000 000 kronor per år.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Vi föreslår i kapitel 11 att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att följa de förändringar av abortlagstiftningen som vi föreslår ska införas med särskilt fokus på abortsökandes upplevelser av aborter som genomförs i hemmet. Vi bedömer att uppdraget bör pågå i tre år efter att förändringarna har trätt i kraft och att myndigheten bör få 2 000 000 kronor årligen för uppdraget.

Avgiftsfria abortläkemedel vid förskrivning på recept

De förändringar i abortlagen som vi föreslår kan innebära, om Läkemedelsverket bedömer att det är lämpligt, att det blir möjligt att förskriva läkemedel som innehåller mifepriston på recept i stället för att som i dag endast kunna dela ut läkemedlet på en vårdinrättning.

Det är viktigt att abort i praktiken inte försvåras på grund av kostnader för individen. Vi lämnar därför i detta avsnitt en beräkning av vad det skulle kosta för staten att finansiera kostnadsfria abortläkemedel för samtliga abortsökande i likhet med modellen för hur preventivmedel för unga finansieras.

Kostnaderna för läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna betalas till största delen av regionerna, som i sin tur ersätts för denna kostnad av staten genom statsbidraget för läkemedelsförmånerna (utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna). År 2024 uppgick bidraget till cirka 35,5 miljarder. I Sverige görs kring 35 000 aborter per år. År 2023 rapporterades 35 550 aborter till Socialstyrelsen. 96,5 procent av aborterna genomfördes 2023 med medicinsk metod. 76 procent av de medicinska aborterna avslutades i hemmet (27 018 aborter).

Eftersom det fortfarande kvarstår en del svårigheter som behöver lösas (Läs mer om detta i kapitel 9.2.3.) är det i dag inte aktuellt med handläggning av abort via telemedicin.

Även om regelverket förändras framöver så gör vi bedömningen att det endast är aktuellt i ett mindre antal fall per år att läkemedlen förskrivs på recept och där inget fysiskt besök sker inför aborten. Vi har antagit att det skulle kunna röra sig om 10 procent per år av de medicinska hemaborterna, där det kan vara aktuellt att läkemed-

len förskrivs i stället för att hämtas ut på apotek. Det skulle i så fall innebära att det rör sig om cirka 2 700 fall där läkemedel skrivs ut i stället för att hämtas ut på vårdinrättning. Mifegyn har en kostnad på 732,50 kronor för tre tabletter och Topogyne kostar 171 kronor per tablett. Topogyne omfattas i dag av läkemedelsförmånerna. Vid förskrivning av läkemedel vid en abort skrivs ett paket Mifegyn och ett eller två paket Topogyne. Om detta ska vara utan kostnad för en abortsökande skulle kostnaden för regionen bli ett spann mellan 2 442 150 kronor och 2 901 150 kronor.

Kostnadsfrihet skulle kunna regleras på motsvarande sätt som kostnadsfria preventivmedel för unga är reglerade i lag (2002:160) om läkemedelsförmåner med mera. Det bygger dock på att det finns läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånerna. Cytotec kan inte skrivas ut inom förmån och det är därför inte möjligt att erbjuda kostnadsfria läkemedel enligt den ordning som beskrivs ovan.

Medel för utveckling av abortvården till regionerna

Vi föreslår att regeringen ska avsätta 42 000 000 kronor för fördelning till regionerna. Medlen omfattas av ändamålet för anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård och kan därför finansieras inom ramen för anslaget. Se mer under kostnader för regionerna. Syftet med medlen är att de ska bidra till utveckling av abortvården med särskilt fokus på metoder som ytterligare ökar tillgängligheten till abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer samt för implementering av förändringarna i abortlagen som vi föreslår ska genomföras. Medel kan till exempel avsättas inom ramen för förordningen om tillfälligt statsbidrag för åtgärder för en effektiv hälso- och sjukvård som regeringen har föreslagit ska träda i kraft 1 januari 2025. Regioner som är intresserade får då ansöka om medel.

Tabell 12.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Myndighet	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Socialstyrelsen och Läkemedelsverket (förordningsrätt för barnmorskor)	2 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	
Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Socialstyrelsen (vägledning)	1 500 000				
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Regionerna (statsbidrag)	42 000 000	42 000 000	42 000 000		
Total kostnad för staten	50 000 000	47 500 000	47 500 000	5 500 000	4 000 000

12.10 Kostnader för regionerna

Bedömning: Förslagen bedöms leda till marginellt minskade kostnader för regionen.

Medel för utveckling av bland annat digital vård

Vi föreslår att det till regionerna ska avsättas medel för utveckling och utvärdering inom abortvården med särskilt fokus metoder som ökar tillgängligheten i abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer. Totalt bör avsättas 42 miljoner kronor för detta ändamål.

Kostnad för medicinsk abort på klinik jämfört med aborter som avslutas i hemmet

Vi har gått igenom data från SKR:s statistik om kostnad per patient (KPP). Totalt finns det cirka 38 500 registreringar om aborter 2023 utförda i öppenvård och 3 000 i slutenvård. Det ska jämföras med Socialstyrelsens statistik om aborter som visade på att 35 500 aborter hade utförts 2023. Det är oklart varför det finns fler registrerade aborter i statistiken från SKR om kostnad per patient än i Socialstyrelsens statistik. Det kan antingen bero på att det finns en underrapportering till Socialstyrelsen statistik eller att det finns uppgifter

om samma abort i KPP som registrerats flera gånger. Det skulle till exempel kunna vara fallet om det senare uppstår en komplikation som kräver ytterligare vård.

Vi har i statistiken valt att titta på följande koder:

- ICD-koder
- O04.9 Legal abort – Komplett eller ospecificerad, utan komplikation
- O04.9A Legal abort till och med graviditetsvecka 9 + 0.

Av statistiken om kostnad per patient har vi fått fram att en genomsnittlig medicinsk abort kostar 3 167 kronor. Totalt fanns det 25 875 registrerade aborter enligt denna sökning. Det ska dock påpekas att det finns kostnader i statistiken som kraftigt avviker från medeltal både gällande högsta och lägsta kostnaden för en abort. Det rör sig dock om ett fåtal avvikande poster som finns både för medicinska abort på klinik och för aborter som avslutas i hemmet. Vi har valt att ha med dem i statistiken och gör bedömningen att det inte påverkar genomsnittet i någon högre grad. Det finns dock andra osäkerheter med statistiken från SKR:s Kostnad per patient och hur tillförlitliga kostnadsangivelserna är men vi har ändå valt att redovisa detta eftersom det kan ge en bild över hur kostnadsfördelningen mellan olika behandlingsmetoder ser ut.

Om man bortser från de poster där hälso- och sjukvården registrerat att aborterna avslutats i hemmet blir kostnaden för en medicinsk abort på klinik 3 349 kronor per abort (9 362 registrerade aborter enligt denna sökning). Sorterar man ut de poster som rör aborter som avslutats i hemmet, blir kostnaden i genomsnitt 3 065 kronor. I statistiken fanns totalt 16 513 aborter registrerade som aborter som avslutats i hemmet. Skillnad i kostnad mellan en abort som genomförs helt på klinik jämfört med en som avslutas i hemmet tycks vara mycket liten. Det är rimligt att anta att aborter som genomförs i hemmet enligt vårt förslag blir ytterligare något lägre kostnad än aborter som avslutas i hemmet och det gäller särskilt om aborter utförs inom ramen för telemedicin. Vi gör dock bedömningen att det i praktiken inte påverkar regionernas kostnader i någon högre grad. Under överskådlig framtid bedömer vi att merparten av abortsökande kommer att genomföra minst ett besök på

en abortmottagning. Redan i dag utförs en majoritet av aborterna som aborter som avslutas i hemmet.

Tabell 12.2 Kostnader medicinsk abort i hemmet respektive på klinik 2023

	Antal aborter	Genomsnittlig kostnad
Samtliga medicinska aborter	25 875	3 167
Medicinsk abort på klinik	9 362	3 349
Medicinsk abort hemma	16 513	3 065

Kostnadsbesparingar för kompetensväxling inom abortvården

Enligt statistik från SCB är genomsnittlig månadslön för en barnmorska 45 600 kronor per månad. Det ger en kostnad för arbetsgivaren på 63 267 kronor per månad och 378 kronor per timme.

Motsvarande genomsnittslön per månad för en specialistläkare inom obstetrik och gynekologi är 80 086 kronor, vilket ger en kostnad för arbetsgivaren på 102 510 kronor per månad och 641 kronor per timme. Företrädesvis är dock ST-läkare som arbetar i den patientnära abortvården och deras genomsnittslön ligger på 53 064 kronor i månaden, vilket ger en kostnad för arbetsgivaren på 67 922 per månad och 425 kronor per timme.¹³

Utifrån våra intervjuer med verksamhetsföreträdare för ett 40-tal abortverksamheter, kan vi dra slutsatsen att merparten av verksamheten redan har kompetensväxlat uppgifter från läkare till barnmorskor. I vissa verksamheter är det dock fortfarande läkare som utför ultraljudsundersökning av abortsökande. Dock ska påpekas att det inte finns något krav på att ultraljudsundersökning ska utföras enligt regelverket.

Vi har gjort en uppskattning av att våra förslag kan leda till att fler arbetsuppgifter kan utföras av barnmorskor i upp till fem procent av alla medicinska aborter. Det skulle innebära att det i fem procent av de medicinska aborterna som utförs skulle bli aktuellt med ytterligare kompetensväxling.

Som vi redovisat är kostnaderna och således också resurserna relativt låga för medicinska abort. Statistiken är dock ganska osäker och det finns ett stort intervall mellan det lägsta kostnaden för en abort och den högsta. Det rör sig mellan 671 kronor och 41 732 kro-

¹³ Statistik från läkarförbundet, inkommit via mail 2024-11-07.

nor för en medicinsk abort, snittkostnaden är cirka 3 167 kronor. Se tabell 12.1.

Vi gör en uppskattning att i dessa fem procent kan en timmes åtgärder per abort inklusive administrativa uppgifter bytas mot motsvarande tid för en barnmorska. Fem procent av alla medicinska aborter motsvarade 1 708 aborter år 2023. Den totala kostnadsbesparingen för samtliga regioner är då 910 364 kronor totalt.¹⁴ Det rör sig alltså om mycket små kostnadsbesparingar. I vissa regioner där läkare i dag utför mer arbetsuppgifter inom abortvården kan den ekonomiska besparingen bli något högre.

12.11 Sammanfattande samhällsekonomisk analys

Bedömning: Förslagen bedöms inte öka samhällets kostnader för abortvården. Förslaget om att en abort får utföras utanför en vårdinrättning kan innebära marginella kostnadsbesparingar.

Ur ett bredare perspektiv är tillgången till säkra aborter samhällsekonomisk lönsamt. Våra förslag som bland annat förtydligar abortsökandens rätt till att få göra en abort skyndsamt bidrar ytterligare till en god tillgänglighet till abortvård.

12.11.1 Skäl för bedömningen

Vi bedömer att förslagen inte ökar samhällets kostnad för att erbjuda aborter till abortsökande. Våra förslag syftar framför allt till att förtydliga nuvarande abortlag och innebär inga nya samhällsekonomiska åtaganden.

Förslaget om att aborter får utföras utanför en vårdinrättning kan innebära marginella kostnadsbesparingar på samhällsnivå. Dels genom minskade kostnader för vårdplatser inom regionerna, dels genom minskad frånvaro vid arbete och studier vid en abort genom att det blir mer flexibelt för den abortsökande att genomföra aborten under lediga dagar om denna önskar det. Det innebär ekonomiska vinster både för den enskilda och på samhällsnivå.

Preventivmedelsrådgivning är en avgiftsfri och etablerad verksamhet i Sverige. Studier har visat att motivationen att påbörja en pre-

¹⁴ Då har vi räknat att hälften av läkarna är ST och hälften specialister.

ventivmetod är som störst i direkt anslutning till aborten.¹⁵ Vi föreslår att kravet på vårdgivaren att erbjuda preventivmedelsrådgivning i samband ska tydliggöras i förordning till abortlagen. Adekvat information om, och tillgång till, preventivmedel är en viktig samhällsekonomisk insats för att minska antalet oönskade graviditeter.

Ur ett bredare perspektiv är tillgång till säkra aborter samhällsekonomiskt lönsamt. Osäkra aborter orsakar tiotusentals dödsfall om året globalt sett, främst i länder med låg eller ingen tillgång till säker abortvård. Vi har i utredningsarbetet kunnat konstatera att Sverige har en god och tillgänglig abortvård. Våra förslag som bland annat förtydligar den abortsökandes rätt till att få göra en abort skyndsamt bidrar ytterligare till att säkra tillgång till aborter som genomförs med god kvalitet i Sverige.

Att få välja att ta båda läkemedlen i hemmet ökar möjligheten att välja när aborten ska genomföras och anpassa så att den påverkar övriga livet så lite som möjligt. Det kan innebära exempelvis färre sjukdagar.

Ett av skälen till att vi fortsatt anser att läkemedel vid abort bör delas ut på en vårdinrättning handlar delvis om läkemedel för abort delvis förordnas off label, de stora förpackningarna och att det av miljöskäl oförsvarbart att slänga så mycket läkemedel då den abortsökande bara behöver en liten andel av tabletterna som finns i förpackningen.

¹⁵ SFOG, 2024, Medicinska råd inducerad abort.

13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

13.1 Ikraftträdande

Förslag: Författningsförslagen ska träda i kraft den 1 juli 2026.

Bedömning: Det saknas skäl att införa övergångsbestämmelser.

13.1.1 Skäl för förslag och bedömning.

De föreslagna förändringarna bör genomföras så snart som möjligt. Något behov av särskilda insatser inför att förändringarna ska träda i kraft bedömer vi inte behövs. Med hänsyn till tid som behövs för remissförfarande, beredning inom Regeringskansliet och behandling i riksdagen har vi bedömt att lagändringarna samt införande av en ny förordning bör kunna träda i kraft den 1 juli 2026.

Vi har bedömt att det inte finns behov av övergångsbestämmelser.

Om regeringen vill få en snabbare process för ett eventuellt utökad ansvar för barnmorskor för aborter, som omfattar förordningsrätt av läkemedel som används vid abort, så kan uppdrag till Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ges innan lagändringarna är beslutade.

14 Författningskommentar

14.1 Förslaget till lag om ändring i abortlagen (1974:595)

1 §

Den som är gravid har rätt att göra en abort om det sker innan utgången av artonde graviditetsveckan (graviditetsvecka 18 + 0 dagar).

Förslaget behandlas i avsnitt 6.1.2, 7.1 och 8.1. Bestämmelsen syftar till att förtydliga den abortsökandens rätt att göra en abort fram till utgången av artonde graviditetsveckan. I bestämmelsen preciseras att med utgången av artonde graviditetsveckan avses en graviditet till och med graviditetsvecka 18 + 0 dagar. Med abort avses i denna lag inducerad abort till motsats mot spontana aborter (missfall).

I paragrafen används *den som är gravid* i stället för *en kvinna* som nuvarande bestämmelse. Rättigheten är kopplad till tillståndet graviditet och täcker därför in alla personer, oavsett juridiskt kön, som är gravida och där en abort därför kan vara aktuell.

I paragrafen används begreppet *göra* i stället för *få utföras*. I lagstiftningen är rättigheten kopplad till den gravida, i stället för utföraren. Begreppet *göra* omfattar både de moment som den abortsökande gör själv och de moment som hälso- och sjukvårdspersonalen utför. *Göra abort* innebär vid medicinsk abort att den ska vara påbörjad genom intag av första läkemedlet som påbörjar aborten, vilket i dag är mifepriston, innan utgången av graviditetsvecka 18 + 0 dagar, även om graviditeten tar längre tid att stötas ut.

Rätt till abort innefattar även att hälso- och sjukvården ska tillhandahålla abort skyndsamt till de som söker abort, se kommentaren till 5 §.

Rätt att göra abort innebär att hälso- och sjukvården inte kan neka när en gravid begär att göra en abort innan utgången av artonde

graviditetsveckan. I nuvarande paragraf anges att abort *får* utföras om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Nuvarande abortlag har tillämpats som att den abortsökande har rätt till abort till och med utgången av artonde graviditetsveckan, så länge aborten inte kan medföra allvarlig fara för den abortsökandes liv eller hälsa.

I lagen har möjligheten att vägra abort på grund av att sjukdom hos den abortsökande kan medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa tagits bort. Att det uttrycks som en rätt till abort i paragrafen är alltså en direkt följd av att det inte längre finns situationer där hälso- och sjukvården kan neka en abort innan utgången av artonde graviditetsveckan. I övrigt ska bestämmelsen tillämpas som tidigare.

Av proposition 1981/82:97, s. 111 framgår att åtgärder i samband med abort innefattas av begreppet hälso- och sjukvård trots att de inte uttryckligen nämns i den föreslagna lagen. Det är således ytterst regionerna som ansvarar för att abort erbjuds till abortsökande inom regionen.

Samma regelverk ska gälla enligt denna lag som för övrig hälso- och sjukvård vad gäller rätt till överklagande, det vill säga att rättigheten inte är utkrävbar i domstol.

2 §

Stödsamtal ska erbjudas före och efter en abort eller avbrytande av graviditet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.4. Förändringen är dels av redaktionell karaktär och dels regleras paragrafen att stödsamtal ska ske både *före* och *efter* en abort eller avbrytande av graviditet. I 2 § reglerades tidigare stödsamtal *före* en abort eller avbrytande av havandeskap och i 8 § reglerades stödsamtal *efter* en abort eller avbrytande av havandeskap. Att stödsamtal både före och efter abort och avbrytande av graviditet regleras i samma paragraf innebär ingen skillnad i sak gällande skyldigheten att erbjuda stödsamtal.

I lagen regleras inte närmare hur ett stödsamtal ska gå till eller vem som ska utföra samtalet. Personen som erbjuder stödsamtal bör dock ha relevant kompetens inom psykosocialt stöd.

3 §

På begäran av den som är gravid ska Socialstyrelsen lämna tillstånd till abort efter utgången av artonde graviditetsveckan om det finns synnerliga skäl för aborten och under förutsättning att det inte finns anledning att anta att fostret är livsdugligt.

Den som är gravid har efter tillstånd av Socialstyrelsen rätt att göra abort efter artonde graviditetsveckan.

Ändringarna i paragrafen är endast redaktionella. I paragrafen anges att efter utgången av artonde graviditetsveckan krävs ett tillstånd från Socialstyrelsen innan en abort får utföras. I första stycket anges förutsättningarna för när ett sådant tillstånd ska lämnas.

I andra stycket regleras den gravidas rätt att få göra en abort om Socialstyrelsen lämnat tillstånd till åtgärden. Rätt till abort i andra stycket innebär att den som fått tillstånd enligt första stycket, också har en rätt att få en abort genomförd skyndsamt av hälso- och sjukvården.

Aborten ska göras, det vill säga ha påbörjats genom intag av första läkemedlet som påbörjar aborten, vilket i dag är mifepriston, innan fostret kan antas vara livsdugligt, även om graviditeten tar längre tid att stötas ut.

5 §

Abort och avbrytande av graviditet får endast tillhandahållas inom ramen för en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet.

En abort ska skyndsamt tillhandahållas av hälso- och sjukvården efter att den som är gravid har bestämt sig för att göra abort före utgången av artonde graviditetsveckan eller efter att Socialstyrelsen lämnat särskilt tillstånd enligt 3 §.

Paragrafen behandlas i avsnitten 8.1 och 8.2.

Bestämmelsen syftar till att klargöra vilka verksamheter som får genomföra aborter och avbrytande av graviditeter. Med hälso- och sjukvårdsverksamhet avses en verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30).

Med att verksamheten ska vara särskilt anpassad till ändamålet avses att det ska finnas personal, utrustning och lokaler som krävs för att bedriva en god och säker abortvård. Det innebär exempelvis att det ska finnas personal som har särskild kompetens inom området. Vad som anses vara en hälso- och sjukvårdsverksamhet som

är särskilt anpassad för ändamålet är beroende av bland annat vilken abortmetod som används. Till exempel krävs annan kompetens och lokaler för kirurgiska aborter jämfört med medicinska aborter. Närmare reglering om vad som är en hälso- och sjukvårdsverksamhet särskilt anpassad för ändamålet får preciseras i föreskrifter och praxis.

Begreppet *skyndsamt tillhandahållas* innebär att hälso- och sjukvården har ett ansvar att säkerställa att aborter både erbjuds och kan genomföras skyndsamt från det att den som är gravid begär det eller att Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd till åtgärden enligt 3 §.

Eftersom det är regionerna som ansvarar för att abort erbjuds till de som är bosatta i regionen, så är det regionerna som är ytterst ansvariga för att åtgärden utförs skyndsamt i enlighet med kravet i denna bestämmelse. En liknande bestämmelse om skyndsamhet finns i dagsläget i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:15) om abort. Det finns ingen angiven tidsgräns för vad som anses som skyndsamt utan det får avgöras i det enskilda fallet. Dock finns det yttre tidsgränser i abortlagen som ställer krav på hälso- och sjukvården att aborten hinner genomföras inom tidsgränsen. Det kan därför innebära att en abort behöver genomföras i princip direkt om en abortsökande begär abort i nära anslutning till utgången av artonde graviditetsveckan, respektive nära gränsen för livsduglighet om tillstånd givits enligt 3 §.

Begreppet *tillhandahålla* innebär att regionerna blir skyldiga att erbjuda aborter. Vården ska erbjudas på ett sätt som innebär att alla som behöver vården kan navigera och hitta rätt och säkerställa att patienten har förutsättningarna att ta emot den. Det kan till exempel innebära att det måste vara enkelt för abortsökande att förstå hur de kan komma i kontakt med abortvården eller personer som inte talar svenska ges information på ett språk som de förstår och en möjlighet till tolk vid behov.

6 §

Socialstyrelsen får lämna tillstånd till avbrytande av graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravidas liv eller hälsa. Ett sådant tillstånd får lämnas oavsett hur långt graviditeten är framskriden.

Om det inte går att avvakta Socialstyrelsens beslut utan att riskera den gravidas liv eller hälsa får avbrytande av graviditet utföras utan hinder av bestämmelserna i första stycket.

Förändringarna i paragrafen är endast redaktionella.

7 §

Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort enligt 3 § eller avbrytande av graviditet enligt 6 § får inte överklagas.

Ändringen i paragrafen är endast av redaktionell karaktär där ordet havandeskap har bytts ut mot graviditet.

9 §

Den som, utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonal, utför abort på annan än sig själv döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

Är brott som avses i första stycket grovt, dömes till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa.

För försök till illegal abort dömes till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2. I paragrafen har *den som utan att vara behörig läkare* bytts ut till *den som utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonal* döms till illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år. Detta är en följd av ändringen i 5 §. Ändringen i 5 § innebär bland annat att det inte längre anges i lagen att det endast är den som är behörig läkare som får utföra aborter.

Den som utför aborter utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonal kan dömas för brott. Vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal följer av 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). I övrigt har inga förändringar skett i sak.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och genomför aborter i strid mot bestämmelser i abortlagen kan dömas till ansvar enligt 10 § abortlagen. Se närmare i kommentaren till 10 §.

10 §

Bryter hälso- och sjukvårdspersonal uppsåtligen mot 3 § och inte annat följer av 6 § andra stycket, döms denne till böter eller fängelse i högst sex månader.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.2. I paragrafen har *läkare* bytts ut till *hälso- och sjukvårdspersonal* som en följd av ändringen i 5 §. Brott mot 4 § har även utgått i paragrafen, som en följd av 4 § upphävs. Övriga förändringar är redaktionella.

Bestämmelsen avser situationen då hälso- och sjukvårdspersonal uppsåtligen underlåter att inhämta Socialstyrelsens tillstånd för aborter som ska genomföras efter utgången av artonde graviditetsveckan eller har inhämtat ett beslut från Socialstyrelsen men frångår beslut i fråga.

14.2 Förslaget till abortförordning

1 §

Denna förordning ska tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av abortlagen (1974:595).

Förordningen är ny. Förslaget behandlas bland annat i kapitel 6. Förordningen tillämpas av sådana verksamheter som bedriver abortverksamhet i enlighet med abortlagen (1974:595). I förordningen regleras bland annat vad abortverksamheter ska kunna erbjuda för insatser vid en abort eller avbrytande av graviditet och vem som ansvarar för att det erbjuds.

2 §

Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamheten finns tillgång till läkare i den utsträckning som behövs.

Förslaget behandlas i avsnitt 8.3. Med *tillgång* menas att det ska finnas en läkare anställd eller på annat sätt knuten till verksamheten. Alternativt att det finns ett avtal med en läkare eller annan verksamhet om hur tillgången till läkare ska säkras när det finns ett sådant behov. Det är inte tillräckligt för verksamheten att hänvisa till 1177 eller dylikt. Hur omfattande tillgången till läkare ska vara i verksamheten, går inte att slå fast i förordning då flera faktorer påverkar detta, såsom antal aborter som genomförs i verksamheten årligen. Vårdgivaren behöver bedöma tillgången till läkare i verksamheten

utifrån kraven på att det ska bedrivas en patientsäker vård. Läkaren bör ha relevant kompetens för området.

3 §

Verksamhetschefen ansvarar för att saklig information lämnas till den som ska göra en abort eller avbryta en graviditet.

Förslaget behandlas i avsnitt 8.4. I paragrafen anges att saklig information ska lämnas till den som överväger en abort eller avbrytande av graviditet. Med *saklig* avses att information ska vara korrekt och begriplig och baseras på evidens. I paragrafen anges även att det är verksamhetschefen som är ansvarig för att sådan information lämnas. Det innebär inte att det är verksamhetschefen själv som behöver lämna informationen, utan verksamhetschefen kan i stället säkerställa att saklig information lämnas genom att ha tydliga rutiner för vilken information som ska lämnas, vem som ska lämna informationen och hur informationen ska lämnas.

Vem som är verksamhetschef och dennes ansvar i övrigt regleras i 4 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

4 §

Verksamhetschefen ansvarar för att det, i samband med en abort eller avbrytande av graviditet, erbjuds

1. Preventivmedelsrådgivning,
2. Uppföljning efter en abort och avbrytande av graviditet,
3. Stödsamtal enligt 2 § abortlagen (1974:595).

Förslaget behandlas i avsnitt 8.4. I samband med abort ska alla abortsökande erbjudas preventivmedelsrådgivning. Preventivmedelsrådgivning är frivilligt för den abortsökande. Den abortsökande ska erbjudas uppföljning efter abort. Hur uppföljningen ska se ut regleras inte i förordningen. Uppföljning kan bestå av ett graviditetstest med instruktioner om att själv kontrollera om graviditeten är avslutad efter ett antal veckor. Uppföljning bör även erbjudas via telefon, digitalt eller fysiskt besök vid behov eller om den abortsökande önskar det.

I tredje punkten regleras vem som är ansvarig för att erbjudande om stödsamtal enligt 2 § abortlagen (1974:595) lämnas. Det är den som är verksamhetschef som är skyldig att se till att ett sådant erbjudande lämnas.

Vem som är verksamhetschef och dennes ansvar i övrigt regleras i 4 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Referenser

Offentligt tryck

Betänkanden från riksdagens utskott

Betänkande 1986/87:SoU5 *Om familjeplanering och abort.*

Betänkande 1996/97:SoU *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Propositioner

Prop. 1938:136 *Förslag till lag om avbrytande av havandeskap.*

Prop. 1963:100 *Knngl. Mci j. ts proposition nr 100 år 1963.*

Prop. 1974:70 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m.m.*

Prop. 1975/76:209 *om ändring i regeringsformen.*

Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1994/95:142 *Fosterdiagnostik och abort.*

Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning.*

Prop. 2006/07:124 *Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter.*

Prop. 2007/08:105 *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*

Prop. 2006/07:124 *Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter.*

Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*

Prop. 2014/15:127 *Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.*

Rättsfall

Arbetsdomstolens dom 23/17 i mål B 10/16.

Grimmark v. Sweden (dec.), 43726/17. Beslut 2020-02-11.

Steen v. Sweden (dec.), 62309/17. Beslut 2020-02-11.

Ringeisen- och Sramek-målen. Dom 16.7.1971.

Statens offentliga utredningar (SOU)

SOU 1935:15 *Betänkande med förslag om avbrytande av havandeskap.*

SOU 1944:51 *Betänkande i Abortfrågan avgivet av 1941 års befolkningsutredning.*

SOU 1953:29 *Abortfrågan.*

SOU 1971:58 *Rätten till abort.*

SOU 1972:39 *Abortfrågan, remissyttranden över 1965 års abortkommittés betänkande Rätten till abort (SOU 1971:58.).*

SOU 1989:51 *Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter.*

SOU 1996/97:14 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

SOU 2005:90 *Abort i Sverige.*

SOU 2016:11 *Olika vägar till föräldraskap.*

SOU 2022:38 *Alla tiders föräldraskap.*

Departementsserien

Dir. 2023:83. *Några frågor om grundläggande fri och rättigheter. 2023 års fri- och rättighetskommitté (Ju 2023:05).*

Fi 2024/01538, Promemoria, *Tillfälligt statsbidrag för åtgärder för en effektiv hälso- och sjukvård.*

Kommittédirektiv. *Bättre förutsättningar för uppföljningar av hälso- och sjukvården. (dir. 2023:48).*

S 2008/3709/HS, *Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet – idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter.*

Utländskt offentligt tryck

- The Abortion (Northern Ireland) Regulations. *The Abortion (Northern Ireland) Regulations*. 2020.
- CEDAW, *General comment No. 35*. 2017.
- CESCR, *General comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health*. 2016.
- Kontoret för FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter, *General comment no. 14. The right to the highest attainable standard of health*. Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 2000.
- NOU 2023:29. *Abort i Norge. Ny lov og bedre tjenester*. 2024.
- The Royal College of Nursing Guidelines, *Termination of Pregnancy and Abortion Care, Clinical guidance*. 2024.
- Statutory Instrument. Northern Ireland. *Health and personal social services No. 345*. 2020.
- WHO, *Abortion care guidelines*. 2022.

Myndighetspublikationer

- Folkhälsomyndigheten, *Handlingsplan ska stärka arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. 2023.
- Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. 2020.
- SBU, *Utvärdering av att ta det första läkemedlet (mifepriston) utanför vårdinrättning vid medicinsk abort*. 2023.
- Smer, 2019, *Livstecken efter sen abort rapport 2019:1*.
- Socialstyrelsen, *Vård för papperslösa*. 2014.
- Socialstyrelsen *Underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap*. 2024.
- Socialstyrelsen, *Statistik om aborter 2023*. 2024.
- Socialstyrelsen, *Abortverksamheten till och med vecka 12*. 2007.
- Socialstyrelsen, *Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk*. 2008.
- Socialstyrelsen, *Kartläggning väntetider aborter*. 2007.

Socialstyrelsen, *Distriktssköterskornas förskrivningsrätt*. 1996.
Vårdanalys, *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa Rapport 2020:13*. 2020.

Övriga referenser

- Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J, *Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine, a national cohort study*. 2021.
- Andersson, Inga-Maj, *Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy*. 2014.
- Baker R, Lii A, Gray D, Love M, *Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors*. Scandinavian journal of primary health care. 2003.
- Baratitser P, Free C, Ivory A, et al, *Improving experience of medical abortion at home in a changing therapeutic, technological and regulatory landscape: a realist review*. 2022.
- Boydell N, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST, Harden, *Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128(11), 1752–1761. 2021.
- Bozymski M, Crouse E, et al, *An Open -label, Long-term, Safety and Efficacy Study of Intranasal Esketamine in Treatment-resistant Depression (SUSTAIN-2)*, ClinicalTrials.gov Identifier NCT02497287. 2019.
- Brandell K, Gemzell-Danielsson K, et al, *Medical Abortion before Confirmed Intrauterine Pregnancy: A Systematic Review*. 2022.
- Cavet S, Fiala C, Scemama A, & Partouche H, *Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol*. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22(3), 207–211. 2017.
- Davidson B, Forsling C, *Abort förr och nu: en bok om aborträtten och synen på kvinnan*. 1982.

- Egardt, et al, *Adherence to Swedish national recommendations for long acting reversible contraceptive provision at the time of medical abortion*. 2020.
- Endler M, Petro G, Gemzell-Danielsson K, et.al, *A telemedicine model for abortion in South Africa: a randomised, controlled, non-inferiority trial*. 2022.
- Gemzell-Danielsson K, *Misoprostol off label avgörande för kvinnors hälsa*. Läkartidningen. 2013;110:CIPL. 2013.
- Gemzell-Danielsson K, et al, *Recent developments in the clinical use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system*. 2011.
- Hedqvist M, Brolin L, Larsson M, Tydén T, *Women's experiences of having an early medical abortion at home*. 2016.
- Jack S, Munro-Kramer M, Williams J, et al, *Recognising and responding to intimate partner violence using telehealth: Practical guidance for nurses and midwives*. 2021.
- Kero A, Högberg U, Lalos A, *Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion*. Soc Sci Med. 2004; 58:2559-69. 2004.
- Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K, *The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial*. 2014.
- Larsson M, Aneblom G, Od lind V, Tydén T, *Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination*. Acta Obstet Gynecol Scand 81(1):64–71. 2002.
- Lennerhed, *Kvinnotrubbel – Abort i Sverige 1938-1974*. 2017.
- Løkeland, M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L, *Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation*. 2014.
- Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M, *Women and men's satisfaction with care related to induced abortion*. 2012.
- Makenzius M, *Unintended Pregnancy, Abortion and Prevention: Women and Men's Experiences and Needs*. 2012.

- Nationella vårdkompetensrådet, *Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården*. 2022.
- Ngo T, Park MH, Shakur H, Free C, *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. 2011.
- Raymond E, Shannon C, Weaver M, Winikoff B, *First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review*. 2013.
- Reynolds-Wright J, Woldetsadik M, Morroni C, Cameron S, *Pain management for medical abortion before 14 weeks gestation (Review)*. 2022.
- SFOG, ARG familjeplanering, *Inducerad abort*. 2018.
- SFOG, FARG Medicinska råd *Inducerad abort*. 2024.
- SFOG, *Obstetriskt Ultraljud*, rapport nr 73. 2014.
- Sjöström S, Kopp Kallner H, Simeonova E, Madestam A, Gemzell-Danielsson K, *Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis*. 2016.
- SKR, *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer*. 2014.
- Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P, *Termination of Pregnancy: Patients' Perceptions of Care*. 2001.
- Sothornwit J, Eamudomkarn N, Lumbiganon P, *Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implant*. 2022.
- Sunde Oppegaard K, Qvigstad E, Fiala C, et al, *Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial*. 2015.
- Svenska barnmorskeförbundet, *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. 2018.
- Torén Björling S, *Slaget om aborträtten*. 2023.
- Wallin Lundell I, *Induced Abortions and Posttraumatic Stress – Is there any relation?* 2014.
- Wainwright M, Colvin C, Swartz A, Leon N, *Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis*. 2016.
- Röseth I, et al, *"Out of This World": Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain*. 2023.

Webbpublikationer

<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2024/08/usa-abortion-bans-restrictions-cause-extensive-harm-violate-human-rights/>. Hämtad 2025-01-06.

https://www.amnesty.se/stod-vart-arbete/?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAm-67BhBlEiwAEVftNi2pLqfW0qN4je6qTd0qNnmVbrXEnLDcI5DT9ps7QhxREnf49imSTRoCeCwQAvD_BwE. Hämtad 2025-01-06.

<https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-54621779>. Hämtad 2024-10-30.

<https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/kvinnohalsa/dan-marks-etiska-rad-vill-utoka-abortratten/>. Hämtad 2024-10-30.

<https://www.dn.se/debatt/forlegad-instans-inskranker-kvinnornas-ratt-till-abort/>. Hämtad 2024-10-21.

<https://www.dn.se/varlden/lakarstudenter-vill-gora-upp-med-abortforbudet-i-tyskland-det-har-hade-inte-behovt-vara-tabu/>. Hämtad 24-10-18.

<https://ki.se/forskning/popularvetenskap-och-dialog/popularvetenskapliga-teman/tema-kvinnors-halsa/saker-abort-raddar-kvinnors-liv>. Hämtad 2025-01-06.

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/skriva-recept/lakemedelsverkets-syn>
https://www.lemonde.fr/en/politics/article/2024/03/04/france-enshrines-freedom-to-abortion-in-constitution-in-world-first_6584252_5.html. Hämtad 2024-11-18.

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/skriva-recept/lakemedelsverkets-syn-pa-off-label-forskrivning#hmainbody1>. Hämtad 2024-11-10.

<https://reproductiverights.org/maps/abortion-laws-by-state/>. Hämtad 2024-10-11.

<https://reproductiverights.org/germany-proposal-reform-abortion-law/>. Hämtad 2024-11-18.

<https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/ratten-till-abort/abortrattens-historia/ata-tandstickor-och-spruta-in-tval--om-illegala-aborter/>. Hämtad 2024-10-21.

- <https://www.rfsu.se/om-rfsu/om-oss/rfsus-historia/ottar-pionjaren-inom-svensk-sexualupplysning/>. Hämtad 2025-01-06.
- <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/ratten-till-abort/abotrattens-historia/60-talet-riskerangelse-for-abort-i-polen/>. Hämtad 2025-01-06.
- <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/utredare-vill-registrera-aborter-1>. Hämtad 2024-10-30.
- <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter-i-norden>. Hämtad 2025-01-06.
- <https://www.vardfokus.se/nyheter/kvinnor-fick-skulden/>. Hämtad 2025-01-06.
- <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>. Hämtad 2025-01-06.

Kommittédirektiv 2023:89

Förändringar i abortlagstiftningen

Beslut vid regeringssammanträde den 15 juni 2023

Sammanfattning

En särskild utredare ges i uppdrag att se över hur abortlagstiftningen kan ändras för att anpassas till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov.

Utredaren ska bl.a.

- kartlägga vilken hälso- och sjukvård som ges i samband med medicinsk abort,
- föreslå hur medicinsk abort kan genomföras i hemmet,
- analysera och vid behov lämna förslag på anpassning av eftervården vid medicinsk abort i hemmet,
- analysera och bedöma om det finns förutsättningar för att ge barnmorskor ett större ansvar för medicinsk abort,
- föreslå hur de förslag som lämnas kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv,
- föreslå hur abortlagen kan moderniseras språkligt, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 3 februari 2025.

Uppdraget att kartlägga och föreslå hur medicinsk abort kan genomföras i hemmet

Den svenska abortlagstiftningen trädde i kraft 1975. Enligt abortlagen (1974:595) har alla gravida kvinnor rätt till fri abort till och med graviditetsvecka 18.

I abortlagen anges att en abort eller avbrytande av en graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt (5 § andra stycket). Bestämmelsen syftar till att garantera att ingreppet kan ske under betryggande former med tillgång till nödvändiga hälso- och sjukvårdsresurser såsom smärtlindring och att det finns förutsättningar för att behandla eventuella komplikationer i samband med åtgärden (prop. 1974:70 med förslag till abortlag s. 77).

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort definieras medicinsk abort som graviditet som avbryts genom läkemedelsbehandling (1 kap. 2 §). Enligt föreskrifterna ansvarar vårdgivaren för att det fastställs rutiner som säkerställer att en kvinna vid en medicinsk abort genomgår den inledande läkemedelsbehandlingen på en sjukvårdsinrättning och att en bedömning görs av om det är lämpligt att kvinnan, om hon så önskar, fullföljer den medicinska aborten i hemmet (4 kap. 3 §). Av föreskrifterna framgår även att kvinnan vid en medicinsk abort ska följas upp med en efterkontroll för att fastställa att graviditeten är avslutad (4 kap. 4 §).

Antalet aborter har sjunkit de senaste åren

Både det totala antalet aborter och antalet aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder har varit relativt konstant sedan mitten av 1990-talet, men sjunkit de senaste åren. Under 2021 rapporterades cirka 33 700 aborter till Socialstyrelsen, vilket motsvarar knappt 18 aborter per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–44 år. Antalet inrapporterade aborter 2021 är det lägsta sedan 2002.

Antalet aborter har minskat främst bland yngre kvinnor i åldersgruppen 15–19 år. År 2021 rapporterades drygt 8 aborter per 1 000 flickor i åldersgruppen 15–19 år, att jämföra med drygt 25 per 1 000 under 2006. Minskningen kan bl.a. ha ett samband med en ökad förskrivning av långtidsverkande preventivmedel i denna åldersgrupp. Preventivmedel är sedan 2017 kostnadsfria för kvinnor under

21 år och vissa regioner erbjuder subventioner upp till 25 år. Även i åldersgruppen 20–24 år har antalet aborter minskat, från närmare 35 per 1 000 kvinnor 2008 till 22 per 1 000 under 2021. Sedan 2016 är abort vanligast bland kvinnor i åldern 25–29 år, vilket också är den ålder då de flesta kvinnor föder sitt första barn.

Hälso- och sjukvård som ges i samband med medicinsk abort

Den hälso- och sjukvård som ges i samband med en abort kan omfatta en medicinsk bedömning, ultraljudsundersökning och provtagning samt information om olika abortmetoder och preventivmedelsrådgivning. Förutom den läkemedelsbehandling som ges vid den medicinska aborten ska den gravida också följas upp med en efterkontroll för att fastställa att graviditeten är avslutad. Den tekniska utvecklingen har skapat förutsättningar för att flera delar av den vård som ges i samband med medicinsk abort kan ske på distans, dvs. i hemmet.

Abortlagstiftningen behöver anpassas till den medicinska utvecklingen och kvinnors behov

För att stärka gravidas rätt till abort har regeringen i dag, den 15 juni 2023, beslutat att tillsätta en kommitté med uppdrag att bl.a. bedöma om en ny grundläggande fri- och rättighet – rätten till abort – bör läggas till i 2 kap. regeringsformen (dir. 2023:83).

Vid sidan av ett förstärkt skydd för gravidas aborträtt ser regeringen också behov av att ändra abortlagstiftningen för att anpassas den till den medicinska utvecklingen och gravidas behov. En sådan ändring svarar också mot riksdagens tillkännagivande om att regeringen ska modernisera abortlagstiftningen i syfte att stärka gravidas självbestämmande och göra det möjligt för de gravida som vill att, efter konsultation, hämta ut abortmedicin på apotek (bet. 2021/22:SoU14 reservation 43 under punkt 18, rskr. 2021/22:241).

När abortlagen infördes 1975 var abort ett kirurgiskt ingrepp som behövde utföras på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning. I dag genomförs en klar majoritet av alla aborter med medicinsk metod delvis i hemmet. Av samtliga aborter 2021 utfördes 96 procent med medicinsk metod varav 61 procent genomfördes före vecka 7. Under

2021 var ungefär 75 procent av dessa aborter s.k. hemaborter, dvs. delvis genomförda i hemmet.

Abortlagstiftningen ska skydda den gravidas integritet och rätt till självbestämmande. Medicinska aborter i hemmet innebär en ökad flexibilitet för gravida att kunna genomföra en abort i en trygg hemmiljö. Det bör finnas goda förutsättningar för gravida att genomföra aborter så tidigt som möjligt i graviditeten och därmed minska risken för komplikationer. Vid medicinsk abort i hemmet är det viktigt att hälso- och sjukvården ansvarar för att aborten kan ske på ett patientsäkert och personcentrerat sätt. Hälso- och sjukvården ansvarar också för att tillhandahålla stöd, hjälp och det samtalsstöd som behövs under hela processen.

Utredaren ska därför

- kartlägga vilken hälso- och sjukvård som ges i samband med medicinsk abort, inklusive eftervårdskontroll,
- föreslå hur medicinsk abort kan genomföras i hemmet,
- analysera och vid behov lämna förslag på anpassning av eftervården vid abort i hemmet,
- föreslå hur den vård som ges i samband med medicinsk abort i hemmet kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

För de gravida som så önskar ska möjligheten att genomföra hela eller delar av den medicinska aborten på sjukhus eller annan vårdinrättning kvarstå. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska en patient få information om bl.a. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling.

Uppdraget att analysera och bedöma om barnmorskor kan ges ett större ansvar för medicinsk abort

Endast läkare får utföra abort

Enligt abortlagen får endast läkare utföra abort eller avbryta en graviditet (5 §). Den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket uppsåtligen utför abort på annan, döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år (9 §).

Annan hälso- och sjukvårdspersonal får alltså inte utföra abort, men kan däremot delta i arbetet. Barnmorskor som arbetar i abortvården medverkar i dag i stor utsträckning under hela abortprocessen med tidsbokning, rådgivning, administration av läkemedel och smärtlindring fram till den avslutande efterkontrollen.

Barnmorskans kompetensområde och förskrivningsrätt

Behörig att utöva yrket som barnmorska är endast den som har legitimation för yrket, enligt 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Socialstyrelsen prövar ansökningar om legitimation efter fullgjord utbildning, enligt 4 kap. 10 § samma lag. Enligt högskoleförordningen (1993:100) uppnås barnmorskeexamen efter att studenten fullgjort kurser motsvarande 90 högskolepoäng. Därtill ställs krav på av Socialstyrelsen utfärdad legitimation som sjuksköterska.

En barnmorska arbetar inom kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. I detta ingår kunskap om hälsofrämjande insatser, förebyggande hälso- och sjukvård samt vårdande och behandlande arbete, t.ex. preventivmedelsrådgivning och abortvård.

En barnmorska som uppfyller Socialstyrelsens krav på utbildning och övriga villkor kan ges behörighet att förskriva och ordinera vissa läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1996:21) Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. Vilka läkemedel en barnmorska får förskriva framgår av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Barnmorskor får förskriva preventivmedel i födelsekontrollerande syfte och läkemedel mot verifierad anogenital klamydiainfektion. Abortläkemedel ingår inte i en barnmorskas förskrivningsrätt.

Möjligheten att ge barnmorskor ett utökat ansvar i abortvården

När abortlagen infördes 1975 var abort ett kirurgiskt ingrepp som krävde tillgång till läkare. I takt med att den medicinska utvecklingen gör det möjligt att genomföra medicinska aborter i hemmet har behovet av läkarresurser i samband med genomförandet av abort minskat och i stället har barnmorskans roll lyfts fram. Denna utveckling motiverar en översyn av abortlagens krav på läkare. Det finns även ett behov av att analysera förutsättningarna för att ge barnmorskor en utökad förskrivningsrätt som omfattar läkemedel vid medicinsk abort. I dag kan barnmorskor ge råd och behandling inom abortvården och överlämna abortläkemedlet till patienten, men inte förskriva det. För förskrivning av läkemedlet måste barnmorskan i stället hänvisa patienten till en läkare. Detta kräver resurser från flera yrkesutövare och kan uppfattas som omständligt av den som söker vård.

Det får anses vara av stort värde för såväl patienter som yrkesutövare om barnmorskan kan följa gravida under hela abortprocessen, från gynekologisk undersökning till abortens genomförande och till efterkontroll. Utifrån den gravidas perspektiv kan det kännas tryggare att träffa en och samma person under hela abortprocessen. Det kan också skapa en mer lättillgänglig abortvård.

Utredaren ska därför

- analysera och bedöma om det finns förutsättningar för att ge barnmorskor ett större ansvar för medicinsk abort, och om så är fallet, föreslå vilka åtgärder som behöver vidtas,
- analysera och vid behov föreslå hur barnmorskans utökade ansvar vid medicinsk abort kan följas upp och utvärderas ur ett patientsäkerhetsperspektiv, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utgångspunkten för analysen ska vara en patientsäker, tillgänglig och personcentrerad abortvård.

Uppdraget att föreslå en språklig modernisering av abortlagen

Språket i abortlagen är i vissa delar ålderdomligt och behöver moderniseras.

Utredaren ska därför

- föreslå hur abortlagen kan moderniseras språkligt.

Konsekvenser, kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska redovisa samhällsekonomiska och andra konsekvenser av de förslag som lämnas. I detta ingår att redovisa förslagets konsekvenser för väntetider i abortvården. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna, ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas.

Under genomförandet av uppdraget ska utredaren i den utsträckning som behövs inhämta synpunkter från berörda myndigheter, huvudmän, professions- och patientorganisationer samt Sveriges Kommuner och

Regioner. Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som bedrivs inom Regeringskansliet, utredningsväsendet och andra myndigheter. Detta gäller särskilt uppdraget till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering om att genomföra en systematisk översikt av publicerad forskning avseende positiva och negativa effekter av att genomföra hela den medicinska aborten i hemmet (S2022/03243).

Uppdraget ska redovisas senast den 3 februari 2025.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2025

Kronologisk förteckning

1. Skärpta krav för svenskt medborgarskap. Ju.
2. Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. Ju.
3. Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskatteleklerna. Fi.
4. Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. Fi.
5. Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. LI.
6. Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. Fö.
7. Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. KN.
8. Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. U.
9. På språklig grund. U.
10. En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. S.

Statens offentliga utredningar 2025

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning
och utveckling. En översyn av
FoU-avdraget och expertskatte-
reglerna. [3]

Moderna och enklare skatteregler
för arbetslivet. [4]

Försvarsdepartementet

Plikten kallar! En modern personal-
försörjning av det civila försvaret. [6]

Justitiedepartementet

Skärpta krav för svenskt medborgarskap.
[1]

Några frågor om grundläggande
fri- och rättigheter. [2]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ny kärnkraft i Sverige – effektivare
tillståndsprövning och ändamålsenliga
avgifter. [7]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Avgift för områdessamverkan
– och andra åtgärder för trygghet
i byggd miljö. [5]

Socialdepartementet

En förändrad abortlag
– för en god, säker och tillgänglig
abortvård. [10]

Utbildningsdepartementet

Bättre förutsättningar för trygghet
och studiero i skolan. [8]

På språklig grund. [9]