

Tidlig medikamentell abort hos avtalespesialister

Svar på oppdrag, oversendt fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet

RAPPORT | Oppdrag i TB2025-23 | 2. juni 2025

Innhold

Innhold	2
Om oppdraget	3
Prosess	3
Bakgrunn	4
Abort i Norge – statistikk	5
Retningslinjer for abort	6
Avtalespesialister i Norge	6
Oversikt over avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp	7
Dagens organisering av aborttjenestene	7
Finansiering	8
Rapportering til Abortregisteret	9
Erfaringer med aborttjenester hos avtalespesialister	9
Oppfølging etter abort	10
Hva er behovet for abort hos avtalespesialister?	10
Organisering av aborttjenester i andre land	11
Oppsummering av eksterne innspill	11
Sex og Samfunn prosjekt i Oslo	12
Helsedirektoratets vurderinger	13
Prioritering og bruk av personellressurser	13
Finansiering	15
Rapportering til Abortregisteret	15
Avtaler med sykehus og melding	16
Felleskatalogen	16
Konklusjon	16
Oppdrag om abort i de kommunale helse -og omsorgstjenestene	17
Vedlegg	18
Avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp – nasjonal oversikt	18

Om oppdraget

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2025 fått i oppdrag å utrede tidlig medikamentell abort hos avtalespesialist og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er et to-delt oppdrag.

TB2025-23

Utredning om forutsetninger for medikamentell abort utenfor sykehus

Departementet viser til prop. 117 L (2023-2024) Lov om abort side 66: «Samtidig foreslår departementet å oppheve kravet etter gjeldende abortlov om at aborter skal utføres på sykehus. Loven bør ikke stenge for et eventuelt fremtidig tilbud om abort utenfor sykehus, for eksempel hos avtalespesialister. Abortutvalget mener loven bør legge til rette for at de regionale helseforetakene kan inngå avtale med kommuner om gjennomføring av abort i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet følger ikke opp dette forslaget. Et eventuelt fremtidig tilbud om abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må utredes nærmere før det eventuelt kan etableres»

Helsedirektoratet skal utrede hvilke forutsetninger som må være til stede for å kunne etablere tilbud om medikamentell abort hos avtalespesialister og for et eventuelt fremtidig tilbud om abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utredningen må inkludere en vurdering av hvordan ansvar og oppgaver bør fordeles mellom de regionale helseforetakene og kommuner, hvordan slik tjenesteyting kan finansieres og behov for endringer i regelverk.

Frist 1. juni 2025: vurdering av om avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer bør gis adgang til å tilby medikamentell abort før utgangen av 9. svangerskapsuke.

Frist 31. desember 2025: utredning av om det i fremtiden bør etableres et tilbud om abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har vurdert oppdraget opp mot generelle prinsipper for kvalitet, tilgjengelighet og prioritering i helsetjenesten.

Besvarelsen her gjelder oppdragets del 1.

I det følgende vil vi, når vi skriver *avtalespesialister*, mene *avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp*.

Prosess

Helsedirektoratet har hatt møter med RHF-ene og representanter fra sykehusene, Sex og Samfunn, Abortregisteret/Folkehelseinstituttet, Norsk gynekologisk forening og Praktiserende spesialisters landsforening og brukerorganisasjonen Bedre abortomsorg.

I etterkant av møtene er det gitt noen skriftlige innspill. Helsedirektoratet har oppsummert innspillene i dette dokumentet.

Vi har også innhentet statistikk fra Abortregisteret og opplysninger om avtalespesialister fra RHF-ene.

Vi viser også til Helsedirektoratets [kunnskapsinnhenting for Abortutvalget](#) om organisering og erfaringer med abort-tjenesten, og [NOU 2023: 29 Abort i Norge - Ny lov og bedre tjenester](#) (heretter Abortutvalget) der abort utenfor sykehus er omtalt.

Bakgrunn

Etter lov 13. juni 1975 om svangerskapsavbrudd (abortloven) § 14 hadde de regionale helseforetakene plikt til å organisere sykehustjenesten slik at gravide innen helseregionen til enhver tid kunne få utført abort. I bestemmelsen ble det vist til de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for tilbud om spesialisthelsetjenester innen sine respektive helseregioner etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Ansvar for å sørge for tilbud om abort er lagt til de regionale helseforetakene fordi helsehjelp ved gjennomføring av aborter regnes som en spesialisthelsetjeneste. Abortloven § 3 sa videre at aborter etter utgangen av 12. svangerskapsuke bare kunne utføres på sykehus. Inngrep før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kunne også utføres i annen institusjon som statsforvaltere hadde godkjent.

Kvinnen kan fremsette krav om abort direkte overfor et sykehus uten henvisning fra primærlege. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 om rett til valg av behandlingssted, kan kvinnen også selv bestemme ved hvilket sykehus kravet skal behandles og inngrepet eventuelt skal foretas.

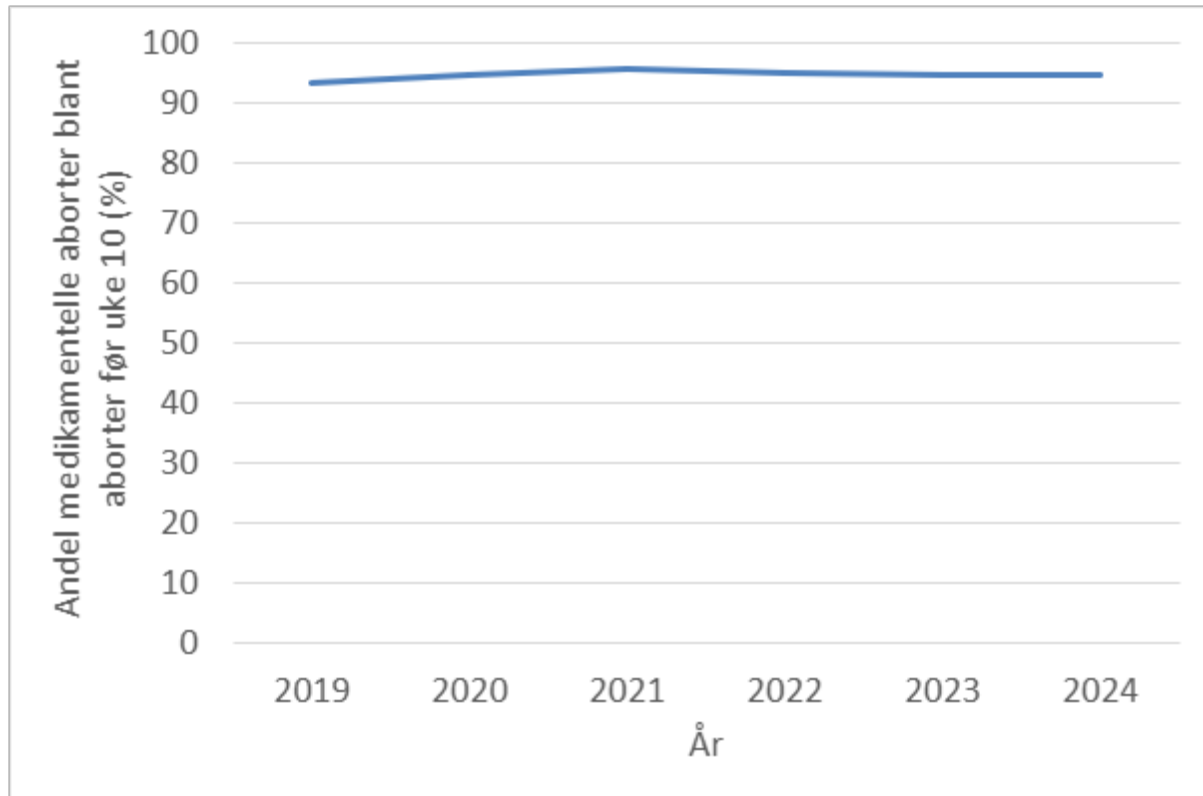
I Prop. 117 L (2023–2024) foreslo departementet at loven ikke burde *stenge for et eventuelt fremtidig tilbud om abort utenfor sykehus, for eksempel hos avtalespesialister*. Etter ny abortlov som gjelder fra 1. juni er det ikke lenger krav om at aborter skal skje på sykehus. De regionale helseforetakene skal fremdeles etter ny lov § 22 sørge for tilbud om abort til personer som oppholder seg i helseregionen.

I oppdraget vises det til Abortutvalgets anbefaling om at det bør utredes om avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer bør gis adgang til å tilby medikamentell abort. Det bes videre om at Helsedirektoratet utreder hvilke forutsetninger som må være til stede for å kunne etablere tilbud om medikamentell abort hos avtalespesialister. Avtalespesialister er del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, men jobber privat utenfor sykehusene. Disse har ikke noen rolle i abortforløpene i dag.

Den tidligere abortloven er praktisert og tolket slik at kvinnen ved tidlige aborter skal få medikamentene på sykehus, men kan reise hjem og fullføre aborten hjemme dersom det er faglig forsvarlig og hun ønsker dette. Det har også vært mulig å søke statsforvalteren om å tilby abort før uke 12. Det er kun gjort i ett tilfelle, i et prøveprosjekt (organisert som studie) om abort hos avtalespesialist i 2015-2017. Prosjektet er beskrevet under *Erfaringer med abort hos avtalespesialist*.

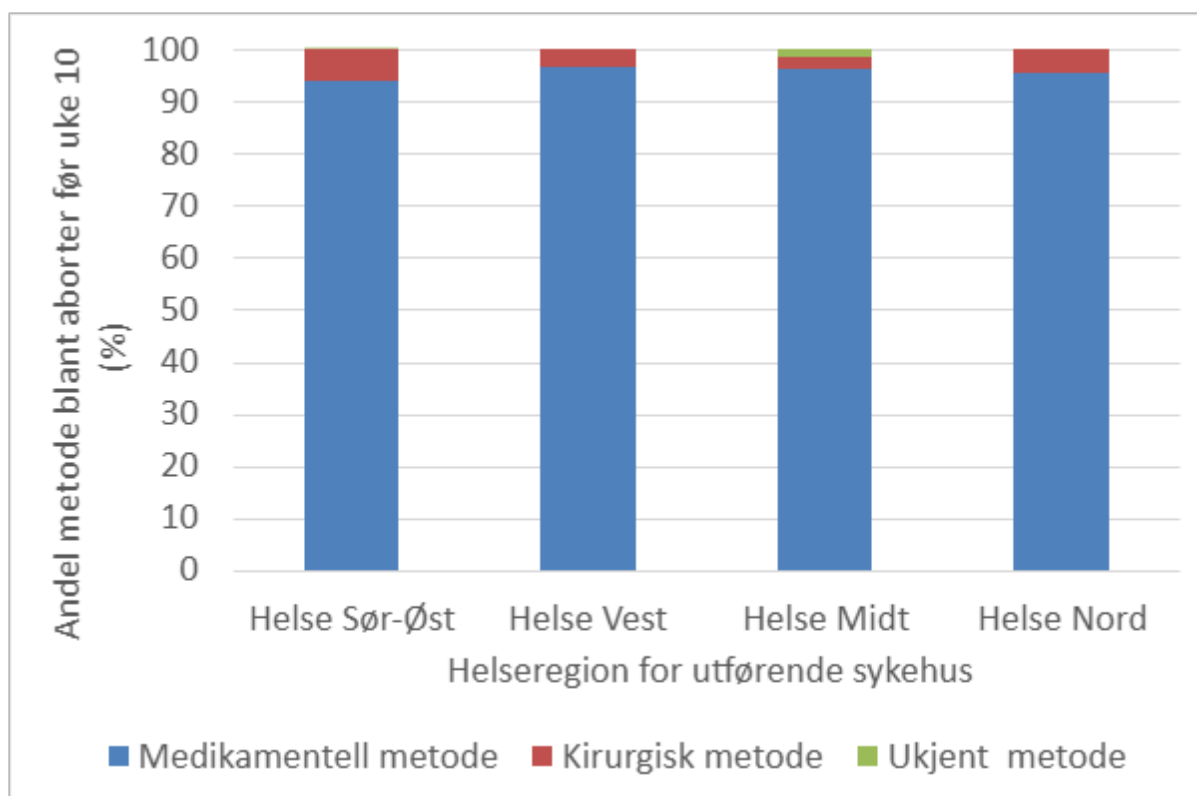
Abort i Norge – statistikk

Årlig gjennomføres i overkant av 12000 aborter i Norge (12811 i 2024¹). De fleste aborter utføres tidlig og åtte av ti aborter utføres før uke ni. I 2024 ble 94,8 av abortene før uke 10 utført medikamentelt. Det er relativt liten variasjon nasjonalt mellom de regionale helseregionene mht. andel medikamentelle og kirurgiske aborter før uke 10. se figur 1 og 2.



Kilde: Abortregisteret, FHI

¹ Kilde: Abortregisteret, FHI



Kilde: Abortregisteret, FHI

Hjemmeaborter

Abortregisteret har ikke nasjonale tall per nå, men har tall fra Helse Nord på hvor mange aborter som ble avsluttet som hjemmeabort. I 2024 ble 62,8 prosent av alle aborter innen utgangen av 10. svangerskapsuke avsluttet utenfor sykehus i Helse Nord, med en variasjon på 23–76 prosent avhengig av sykehuset som utfører behandlingen. Av alle avbrudd var 95,1 prosent selvbestemte.

Retningslinjer for abort

Det er ikke nasjonale faglige retningslinjer for abort utgitt av Helsedirektoratet. Norsk gynekologisk forening sin veileder er den som blir brukt av sykehusene og gir medisinskfaglige anbefalinger om abort, inkludert hjemmeabort.

Avtalespesialister i Norge

Avtalespesialister er praktiserende spesialister, leger eller psykologer. De vurderer og behandler tilstander som ikke krever innleggelse, tilsvarende sykehusenes poliklinikker. De bidrar til å oppfylle sørge-for-ansvaret til de fire helseregionene.

Avtalespesialister er en del av spesialisthelsetjenesten, men drifter selvstendig og får driftstilskudd fra staten. Ved behandling hos en avtalespesialist vil en betale det samme som ved en offentlig poliklinikk. Avtalespesialistordningen er regulert gjennom Statsavtalen, rammeavtalen inngått mellom de fire regionale helseforetakene og Den norske

legeforening/Norsk Psykologforening, individuelle avtaler og samarbeidsavtale mellom avtalespesialisten og det aktuelle helseforetak.

Avtalespesialistene mottar henviste pasienter til utredning, behandling eller oppfølging innen bestemte medisinske fagområder. Finansiering av avtalespesialister skjer gjennom en kombinasjon av driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, refusjoner basert på takster fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, samt egenandeler fra pasientene.

Dersom det tilrettelegges for at avtalespesialister skal kunne tilby medikamentell abort frem til svangerskapsuke 10, vil det i utgangspunktet bety at kvinnen selv kan velge om hun vil kontakte avtalespesialist eller sykehus for å få utført abort.

Oversikt over avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp

Helsedirektoratet har mottatt oversikt over avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp fra de regionale helseforetakene, med oversikt over i hvilke kommuner/fylker de er lokalisert. De fleste avtalespesialister er lokalisert i byer eller tettsteder nært større byer. Et fåtall av avtalespesialistene (3) holder til på et sted med lengre avstand fra et sykehus med aborttilbud. Se [vedlegg](#) med oversikt til slutt i denne rapporten.

Dagens organisering av aborttjenestene

De regionale helseforetakene skal sørge for et tilbud om abort til personer som oppholder seg i regionen, jf. tidligere abortlov § 14 og gjeldende lov § 22, jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd.

Abortsøkende kan selv kontakte sykehus direkte for abort. Dersom vilkårene for abort er oppfylt, skal abort tilbys på forespørsel fra kvinnen. Det er ikke krav om henvisning fra lege og man kan selv velge behandlingssted blant de offentlige sykehusene som tilbyr abort, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Frem til svangerskapsuke 10 kan kvinner få abortmedikamentene på sykehus og deretter reise hjem og fullføre aborten hjemme når dette er forsvarlig og øvrige forutsetninger ligger til rette for det. Kontraindikasjoner er blant annet manglende språkforståelse og mangel på støtteperson som kan være sammen med kvinnen mens aborten gjennomføres. Etter svangerskapsuke 10 gjennomføres abort i sykehus. ([Metodebok](#)).

Lang reisevei er per i dag ikke et eget kriterium for å ikke kunne utføre abort i hjemmet før uke 10, men det gjøres en vurdering i samråd med kvinnen. Kvinnen skal selv kunne velge om hun vil fullføre aborten hjemme eller på sykehus.

Helsedirektoratet kartla organiseringen av aborttjenester ved de ulike helseforetakene i forbindelse med en kunnskapsinnhenting for Abortutvalget. [Kartleggingen viste ulike former for organisering.](#):

Noen steder møter kvinnene en lege/gynekolog eller jordmor som gjør en orienterende undersøkelse for å stadfeste graviditeten og hvor langt den har kommet. Deretter informeres kvinnen om egnet abortmetode relatert til svangerskapslengden. Hvis svangerskapslengden er mindre enn 12 uker, og abortmetoden besluttes til medisinsk abort, sluses kvinnen videre/tilbake til en jordmor eller sykepleier som går nærmere igjennom hvordan og hvor aborten gjennomføres, samt gir kvinnen den første tabletten som starten på avbruddet. Hvis det besluttes kirurgisk abort gjennomføres dette i sykehus av lege.

Andre steder er det sykepleiere som har ansvaret for hele forløpet; sykepleierdrevet poliklinikk. De gir både muntlig og skriftlig informasjon, er opplært i ultralyd og gjennomfører ultralydundersøkelsen, og veileder videre i forhold til egnet abortmetode relatert til svangerskapslengden og omkringliggende faktorer. Lege er tilgjengelig og tilkalles ved behov. Sykepleiere kan da også forskrive prevensjon med en leges godkjenning.

Likt i spesialisthelsetjenesten er det at dersom aborten skal foregå hjemme får kvinnen med seg medikamentene hun trenger for å gjennomføre aborten, samt smertestillende, og skriftlig og muntlig informasjon om forventet forløp. Dersom aborten skal foregå på sykehus får kvinnen informasjon om hvor og når hun skal møte to dager senere og det videre forløp.

Tilbakemeldingene fra RHF-ene er at tilbudet om abort fortsatt er ulikt organisert i de forskjellige helseforetakene. Helsedirektoratet har ikke tilgang på eventuelle evalueringsrapporter fra ulike former for organisering, og forskning har heller ikke sammenlignet erfaringer med ulike former for organisering.

Finansiering

Finansieringen av de regionale helseforetakene (RHF) er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. Basisbevilgningens størrelse bestemmes av blant annet demografiske forhold, og er uavhengig av aktivitet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er den viktigste aktivitetsbaserte finansieringen og avhenger av antall pasienter som får behandling og hvilke typer behandlinger de mottar. For 2025 utgjør den aktivitetsbaserte bevilgningen for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 30 prosent, og den aktivitetsuavhengige bevilgningen om lag 70 prosent.

Til grunn for beregning av ISF-refusjonen ligger et system for klassifisering av ulike pasientbehandlinger basert på tilstand (diagnoser) og tiltak (prosedyrer). Behandlingen klassifiseres til DRG (DiagnoseRelaterteGrupper), STG (SærTjenesteGrupper) og TFG (TjenesteForløpGrupper). DRG-vektene beregnes ut fra kostnadsinformasjon som årlig innhentes fra sykehusene. Sammen med rapporterte aktivitetsdata benyttes kostnadsinformasjonen til å fastsette refusjonen knyttet til de ulike DRG-gruppene.

I ISF-systemet er aktiviteter knyttet til svangerskap, fødsel og barselomsorg samlet i en egen hoveddiagnosegruppe (HDG 14).

I HDG 14 inngår til sammen 25 ulike DRG-er for svangerskapskontroll, fosterdiagnostikk, komplikasjoner i svangerskapet, spontan abort, planlagt abort, keisersnitt, vaginal fødsel, komplikasjoner etter fødsel og barselkontroll. Flere av DRG-ene er videre inndelt etter omsorgsnivå, diagnoser, prosedyrer og kompleksitet. Til sammen skal denne klassifiseringen gi et tilstrekkelig detaljert bilde av variasjonen i tjenesteinnhold og ressursbruk.

Rapportering til Abortregisteret

Alle svangerskapsavbrudd skal meldes elektronisk til Abortregisteret ved Folkehelseinstituttet, i henhold til Abortregisterforskriften.

Formålet med Abortregisteret er å samle inn og behandle opplysninger tilknyttet krav om abort for å gi grunnlag for statistikk om praktisering av Lov om abort, bidra til å evaluere tiltak mot uønskede svangerskap og abort og bidra til god ressursutnyttelse og kvalitet i behandling av kvinners reproduktive helse.

Folkehelseinstituttet/Abortregisteret har oversendt en vurdering og beskrivelse av forutsetninger og mulighet for utvikling av rapporteringsløsning for aktører utenfor sykehus. Se vedlagt notat.

Erfaringer med aborttjenester hos avtalespesialister

Erfaringer med aborttjenester hos avtalespesialister begrenser seg til et prøveprosjekt ([organisert som studie](#)) om abort hos avtalespesialist i 2015-2017. Hovedformålet med prøveprosjektet var å finne frem til arbeidsmåter som kan gi gravide som ønsker abort større valgmuligheter, i tillegg til å prøve ut de faglige og organisatoriske sidene ved å tilby medikamentelt utført abort hos avtalespesialister.

Prosjektet inkluderte 467 kvinner. Resultatene viste at kvinnene i stor grad meldte om trygghet, at de ville ha gjort det samme igjen og anbefalt metoden til andre i samme situasjon. Dette til tross for at flertallet meldte om moderate til sterke smerter og moderat eller sterk blødning. Det er viktig å merke seg at alle deltagerne i prosjektet ble oppringt av helsepersonell fra legekontoet etter at abortpillene var satt for å følge opp smerter, blødning og opplevd trygghet, i tillegg til at de fikk tilbud om etterkontroll med prevensjonsveiledning, to til fire uker etter abortbehandlingen. Sannsynligvis påvirket oppfølgingen resultatene i studien. Slik oppfølging er ikke fast praksis i den offentlige abortomsorgen.

Få av kvinnene (9 %) hadde kontakt med annet helsepersonell og/eller sykehus under abortbehandlingen, mens én av fem kvinner som mottok behandlingen hadde behov for ekstra konsultasjon hos avtalespesialisten. Studien gir ikke informasjon om ressursbruk (tidsbruk) sammenlignet med medikamentell abort på sykehus.

Erfaringer fra helsepersonellet er ikke en del av studien. Studien var heller ikke organisert som en sammenliknende studie, der man sammenliknet tilbudet med tilbud på sykehus/poliklinikk.

Oppfølging etter abort

I ny abortlov gis kvinner som ønsker det, rett til oppfølgende samtale etter en abort. Dersom abort gjennomføres hos avtalespesialist kan en eventuell oppfølgingssamtale etter abort, for de som ønsker det, også foregå der. Det medfører at de aktuelle avtalespesialistene også må legge til rette for slike samtaler i sin organisering av aborttjenester.

Hva er behovet for abort hos avtalespesialister?

Et tilbud om abort hos avtalespesialist vil være aktuelt for de samme abortsøkende som i dag kan ta abort hjemme etter først å ha oppsøkt sykehus:

- Kvinnen er gravid i svangerskapsuke 10 eller tidligere
- Kvinnen ønsker medikamentell hjemmeabort
- Hjemmeabort anses som forsvarlig

De fleste avtalespesialister har sin virksomhet i byer hvor det er nærhet til sykehus (se [vedlegg](#)). Aktuell publisert litteratur peker ikke særskilt på et ønske fra kvinner om en annen organisering av selve utredningen og oppstart av abort², og det er derfor vanskelig å si noe nærmere om omfanget av fremtidig etterspørsel etter et nytt abort-tilbud hos avtalespesialister.

Brukerorganisasjonen Bedre Abortomsorg har utført en enkel spørreundersøkelse blant 49 kvinner som tidligere har gjennomført abort. Resultatene viser at det er ønskelig at kvinnene tilbys en valgfrihet mht. hvor man henvender seg for å få gjennomført abort. Enkelte vil fortsatt ha ønske om/behov for at aborten gjennomføres ved et sykehus, mens andre opplever det som svært krevende at aborten gjennomføres på en poliklinikk sammen med andre gravide/fødende, og foretrekker å kunne henvende seg annetsteds.

Bedre Abortomsorg har uttalt at det er viktig å sikre at kvinnene vet hvor de kan ta kontakt dersom det skulle være behov for det utenfor åpningstidene til et legekontor. De problematiserer om terskelen vil være høyere for å ringe til sykehuset dersom behandlingen er innledet i et annet ledd i kjeden, enn når behandlingen er igangsatt hos sykehuset og kontakten allerede er etablert. De viser til at et nytt system for abort ikke må gjøre avstanden mellom den aborterende og helsetjenesten større.

² Se [Helsedirektoratets kunnskapsinnhenting](#) for abortutvalget

Organisering av aborttjenester i andre land

Verdens helseorganisasjon fremhever i [sine retningslinjer](#)³ at selvbestemt abort skal være en del av helsetjenesten⁴. Hovedprinsippet for anbefalinger til helsetjenestetilbudet til abortsøkende (informasjon, rådgiving og medisinsk abort) bygger blant annet på at det ikke er en fasit for hvilke helsepersonellgrupper som kan gi helsetjenesten, men at det vil være avhengig av flere faktorer: kvinnenes verdier og preferanser, tilgjengelige helsepersonellressurser og de nasjonale og lokale rammene.

De omtaler mulighet for at gravide selv kan administrere aborten ved hjelp av telemedisin, og presiserer retten til privatliv. Uansett hvordan tilbudet er organisert, er det viktig at det tas hensyn til individuelle behov. Tilbudet bør sikre forståelig og kunnskapsbasert informasjon til alle, tilgang til faglig kvalifisert helsehjelp, tilbud om oppfølging ved behov og prevensjonsveiledning.

Helsetjenestetilbudet for abort er ganske likt i de nordiske landene og medikamentell abort i hjemmet er vanlig praksis i Norden. Når det gjelder abort er Helsedirektoratet kjent med at det i Danmark er privatpraktiserende gynekologer som tilbyr tidlig medikamentell abort. Grunnet tidsrammen for oppdraget har vi ikke hatt mulighet til å innhente mer informasjon rundt erfaringer med dette. Vi er også kjent med at England tilbyr [abortmedikamenter via digital kontakt med abortsøkende](#). Videre anbefaler [NICE retningslinje](#) at abort tilbys av sykepleiere eller jordmødre.

Oppsummering av eksterne innspill

Helsedirektoratet har fått innspill i møter med RHF-ene, fagpersoner fra helseforetakene, brukere og fagorganisasjoner, samt skriftlige innspill.

Det var enighet blant de regionale helseforetakene om at avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer kan være en del av aborttilbudet, forutsatt at ikke alle må inn i ordningen. Det ble uttrykt bekymring for kapasitet, og for at dette kan gå på bekostning av andre pasientgrupper ved at ventetid kan øke. Det ble vist til at abortsøkende er en gruppe som normalt krever mye tid. Flere pekte på at sykepleierstyrte tilbud fungerer godt i dag, og at tidlige aborter ikke er en oppgave for legespesialister. Det ble påpekt som forutsetninger at det ble opprettet et system for tilgjengelige journalnotater mellom sykehus og avtalespesialist, og klare avtaler og rutiner for oppfølging. Riktig bruk av ressurser ble trukket frem som et vesentlig punkt.

RHF-ene var opptatt av at avtalespesialister som eventuelt skal tilby abort må holde samme kvalitet som på sykehus. Sykehus har i dag lang tradisjon for å tilby tjenester til abortsøkende, både når det gjelder informasjon og veiledning, samt selve gjennomføringen

³ [WHO Abortion Care Guide, WHO 2022](#)

⁴ [WHO Abortion Care Guide, WHO 2022](#)

av aborten. I tillegg har man i sykehus tilgang på tverrfaglig kompetanse ved behov for det, for eksempel sosiale tjenester.

Legeforeningen uttrykte at faglig sett kan avtalespesialister tilby tidlig abort, men pekte på bekymringer knyttet til økt arbeidsbelastning og mindre tid til psykososial ivaretagelse av abortsøkende. De som deltok i det tidligere nevnte prosjektet om abort hos avtalespesialister, opplevde at det fungerte godt, men foreningen er opptatt av at man må vurdere hvilket nivå aborttjenesten skal ligge på. De stiller spørsmål ved om tjenesten bør flyttes til spesialiserte ressurser som allerede har høy arbeidsbelastning. De er bekymret for kapasiteten, særlig når det kreves akutte timer, noe som kan gå utover andre pasientgrupper. Videre påpekes utfordringer knyttet til rapportering, finansiering og uforutsigbarhet i timeplanlegging som kan gjøre det krevende for næringsdrivende spesialister. De understreket at abort hos avtalespesialister bør være et frivillig tilbud, ikke et pålegg. Finansiering bør følge pasienten. Det er også viktig med håndtering av reservasjonsretten. De trakk frem positive sider som økt diskresjon og mulig kontinuitet i oppfølging.

Brukerorganisasjonen Bedre abortomsorg beskriver et ønske om at kvinner skal ha valgfrihet i hvor de henvender seg for å få gjennomført en abort, da behovene varierer. Noen ønsker behandling ved sykehus, mens andre opplever det som belastende å gjennomføre abort på gynekologisk poliklinikk i nærheten av gravide og fødende, og foretrekker et mer skjermet alternativ. Kvinners bekymringer handler ofte om blødninger, smerter og behov for tilstrekkelig smertelindring, samt den psykiske belastningen og behovet for sykmelding. Mange uttrykker at de hadde ønsket seg bedre informasjon om hva de kan forvente under aborten og hvor de kan henvende seg for oppfølging i etterkant. Dette understreker viktigheten av både valgfrihet, god informasjon og tilgjengelig støtte gjennom hele prosessen.

Sex og Samfunn prosjekt i Oslo

Sex og Samfunn starter høsten 2025 opp et prøveprosjekt i Oslo der de skal tilby tidlig medikamentell abort (før uke 10). Sex og Samfunn tilbyr helsetjenester til unge etter avtale med Oslo kommune. Prøveprosjektet er relevant ift. del 2 av oppdraget (Tidlig medikamentell abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene). Vi vil derfor beskrive dette nærmere i oppdraget som leveres innen 31. desember d.å.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsetjenesten i Norge står overfor store utfordringer mht. personellbruk og prioritering. Dette er beskrevet av både [helsepersonellkommisjonens utredning](#) og i [Meld. St. \(2024-2025\) Helse for alle, Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste](#), der man særskilt blir bedt om å vurdere riktig bruk og prioritering av personell.

Vurdering av om abort bør tilbys hos avtalespesialist reiser på bakgrunn av prinsippene for kvalitet, tilgjengelighet og prioritering i helsetjenesten flere spørsmål. Ved en endring av en tjeneste bør tilbudet være vurdert til å gi bedre eller like god kvalitet og tilgjengelighet som eksisterende tilbud med tilsvarende eller mindre ressursbruk, eller bedre tjenester til høyere kostnad gitt helhetlig vurdering av konsekvenser.

Avtalespesialistene har kompetanse til å tilby tjenesten og de har tilgjengelig utstyr. Det er likevel flere faktorer som skal tas med i en helhetsvurdering av om avtalespesialister bør tilby aborttjenester, som beskrevet under.

Vurdering av abort hos avtalespesialister dreier seg ikke om å flytte tjenesten, men om å vurdere om man skal ha et supplement til tjenesten som allerede tilbys slik at kvinnen kan velge om hun vil til avtalespesialist eller poliklinikk.

Prioritering og bruk av personellressurser

Det er spørsmål om en tjeneste som er godt organisert i dag, og de fleste steder drevet av sykepleiere eller jordmødre i samarbeid med LIS-leger, skal tilbys av avtalespesialister og dermed løftes opp på et spesialistnivå i en tid med knapphet på ressurser og særlig på legespesialister.

Avtalespesialister har adgang til å overlate oppgaver til andre, jf. helsepersonelloven § 5. Imidlertid kan en oppgave bare overlates til annet personell når dette er forsvarlig ut fra oppgavens art og kvalifikasjonene til den som får oppgaven. Slik de fleste avtalespesialister er organisert i dag, har de ikke i sin virksomhet personell med nødvendig kompetanse til oppgavene knyttet til tidlige medikamentelle aborter. Avtalespesialistene har som regel ikke, som på sykehusenes poliklinikker, tilgjengelig annet helsepersonell som er opplært i ultralyd og kan gjennomføre ultralydundersøkelsen, eller som kan veilede videre ved behov for dette. Det er også nødvendig for et forsvarlig tilbud at avtalespesialisten er tilgjengelig og kan tilkalles ved behov slik at spesialisten eventuelt kan gi veiledning og instruksjoner. Dersom avtalespesialister skal tilby aborttjenester, vil derfor tilbudet i praksis sannsynligvis bli tilbudt på spesialistnivå.

Dersom avtalespesialister skal tilby aborttjenester vil det videre være nødvendig å sette av tid i timebøkene til aborter med usikkerhet rundt om disse timene blir benyttet. Dette kan føre til lengre ventetider for andre pasienter og påvirke kapasiteten.

Abort tilbys i sykehus, og det kreves ikke henvisning ved selvbestemte aborter. Kvinner har rett til fritt å velge behandlingssted når det gjelder aborttjenester mellom de som tilbyr

dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Slik som avtalespesialistordningen er organisert i dag gjøres det i praksis ikke behovsprøving av den enkelte tjenesten, det vil si at avtalespesialister har ansvar for å tilby tjenester innenfor sin spesialitet uten at det inngås individuelle avtaler om enkelte tjenester med helseforetakene eller de regionale helseforetakene. Dersom det er ønskelig vil det juridisk sett ikke være noe i veien for å åpne for at enkelte spesialister kan ha tilbudet i tillegg til sykehusene, dersom dette samlet sett anses som hensiktsmessig og ønskelig, og rammebetingelsene ellers legger til rette for det.

Det er videre svært usikkert hvor mange kvinner som vil ønske dette tilbudet ulike steder i landet. Det er ulik dekning av avtalespesialister, og de fleste avtalespesialister er lokalisert kort unna et sykehus med aborttilbud.

Når det gjelder reisevei og tilgjengelighet er de fleste avtalespesialister lokalisert i byer, kort unna sykehus med aborttilbud. En svært liten andel av abortsøkende kvinner vil derfor få kortere reisevei med et slikt tilbud. Kvinner som tar tidlig abort hjemme, vil av og til ha behov for kontakt med helsetjenesten utenfor vanlig kontortid. Avtalespesialister har vanlig kontortid og ikke døgntilbud og kvinner som har behov for oppfølging etter kontortid må ta kontakt med sykehus. Egne avtaler, informasjon og system for meldinger må derfor etableres hvis det skal gis tilbud hos avtalespesialister.

Basert på oppsummering av status ift. aborttjenesten i Norge som ble gjort i forbindelse med Abortutvalgets utredning, og tilbakemelding fra brukerorganisasjonen Bedre Abortomsorg, er det imidlertid ikke kortere reisevei eller mer valgfrihet brukerne er mest opptatt av med hensyn til forbedring av aborttjenestene. Forbedringsområder som det pekes på er behov for bedre og mer informasjon, bedre smertelindring og oppfølging i etterkant av aborten. Dette er områder som kan videreutvikles innenfor eksisterende tjenester på poliklinikk.

Tilbud om abort hos avtalespesialister ville videre kreve at Folkehelseinstituttet utarbeidet IT-system med rapporteringsløsning. Det vil innebære ekstra rapportering for avtalespesialistene og kostnader knyttet til utvikling. Det ville også være nødvendig å gjøre endringer i regelverk for finansiering og refusjoner.

For kvinner som allerede får eller har fått oppfølging for andre tilstander hos avtalespesialist vil det kanskje oppleves positivt å kunne gå til en kjent lege ved behov for tidlig abort. Kvinner som tar tidlig abort er i fertil alder, og dermed i yngre aldersgrupper. I disse aldersgruppene har de fleste hatt liten kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste før de søker abort. Kontinuitet i helsetjenester vil derfor i liten grad være et argument for at avtalespesialister skal tilby abort.

Helsedirektoratet har ikke kunnet gjøre egne analyser når det gjelder økonomiske konsekvenser av å eventuelt tilby abort hos avtalespesialister, innenfor tidsrammen av oppdraget.

Helsedirektoratet legger imidlertid til grunn at slik avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer er organisert i dag, vil det være en avtalespesialist som må tilby tjenesten. Personellkostnadene for arbeidstid for en avtalespesialist er høyere enn for sykepleiere, og å avsette ledig tid i timebøkene vil kunne medføre ytterligere økte kostnader. Med flere aborter, slik man har på abortpoliklinikk, kan man planlegge tjenesten og benytte timene mer effektivt enn hos en avtalespesialist som må sette av tid som kanskje ikke brukes. I tillegg vil annet personell være lett tilgjengelig på sykehus ved behov. Det er nødvendig med både opplæring og erfaring for personell som møter kvinner som skal ta abort, slik at kvinnen blir godt ivaretatt, også i forhold til psykososialt behov og behov for støtte og eventuelt veiledning. Sykehus er organisert med flere personellgrupper tilgjengelig, slik at kvinner kan ivaretas av riktig personell og enkelt og raskt kan henvises til annet personell og tjenester ved behov. Noen kvinner som skal ta abort kan ha behov for ekstra tjenester, for eksempel hos jordmor, sosionom eller lege.

Finansiering

Tilbud om abort utført hos avtalespesialist kan finansieres ved at det opprettes en egen takst for dette i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege kapittel II (stønadsforskriften). Forutsetning for å kunne kreve takst etter stønadsforskriften er at avtalespesialisten har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak, jf. forskrift om rett til trygderefusjon § 1 nr. 1. Ved innføring av rett til oppfølgingssamtale hos avtalespesialist i etterkant av abort, med fritak for å betale egenandel, må stønadsforskriften § 3 endres. Denne forskriftsendringen krever høring.

Av merknad B3 i stønadsforskriften fremkommer det at dersom en avtalespesialist skal kunne innkreve takster utover 3a (konsultasjonstakst) og 3c (tillegg for pasient som ikke har henvisning fra lege) og egenbetalingstakstene 8 og 10a–d, må pasienten ha henvisning fra lege. Dersom det opprettes en egen takst for gjennomføring av medikamentell abort, må det vurderes om det må gjøres et unntak fra henvisningskravet i stønadsforskriften merknad B3.

Etter stønadsforskriften kreves det ikke henvisning ved øyeblikkelig hjelp og nødvendig oppfølging av denne tilstanden for utbetaling av refusjon. Med øyeblikkelig hjelp menes arbeid innenfor spesialiteten som ikke kan utsettes til neste dag.

Når abort utføres hos en avtalespesialist, må eventuelle komplikasjoner eller behov for akutt hjelp utenfor avtalespesialistens åpningstid håndteres av sykehuset. Kostnadene for behandlingen fordeles da mellom avtalespesialisten og sykehuset, basert på aktiviteten som er utført igjennom takstrefusjon og ISF-refusjon.

Rapportering til Abortregisteret

Abortregisteret har gitt innspill på at de kan opprette en rapporteringsløsning som avtalespesialister kan bruke. Løsningen de kan tilby krever egen innlogging, og vil ikke trekke ut informasjon av andre journalsystemer. Det betyr at avtalespesialistene må fylle inn all

journalinformasjon. Abortregisteret gir innspill om at hver enkelt journalleverandør kan utvikle rapporteringsløsninger, med de kostandene det medfører for den enkelte.

I [konseptutredningen for elektronisk helsekort for gravide](#) av 2023 ble det sett på som høy risiko for lav måloppnåelse når helsepersonell får økt registreringsbyrde. Dersom avtalespesialister skal tilby aborttjenester vil de sannsynligvis få et rapporteringssystem som ikke samhandler med øvrige journalsystemer.

Avtaler med sykehus og melding

Forutsetningen for å kunne tilby abort hos avtalespesialist vil videre være at det inngås egne avtaler mellom sykehus og avtalespesialist. Av hensyn til at abortsøkende kvinner kan få behov for helsehjelp på sykehus i eller utenfor kontortid, må det legges til rette for at avtalespesialisten ved behov kan sende melding til sykehus.

Felleskatalogen

Vi gjør oppmerksom på at det fortsatt står i [Felleskatalogen](#) at legemidler til bruk i forbindelse med abort "kun skal utleveres til sykehus eller annen institusjon som har Statsforvalters godkjenning for å utføre svangerskapsavbrudd". Dette gjelder legemidlene Mifegyne og Angusta/Topogyne. Utleveringsbestemmelsene er hjemlet i legemiddelforskriften § 7-4. Disse utleveringsbestemmelsene må derfor endres dersom disse legemidlene skal kunne utleveres utenfor sykehus. I ny abortlov (Lov om abort (abortloven)) er det ikke lenger krav til at abort skal skje i sykehus, og det er heller ikke lenger krav til godkjenning fra statsforvalter for institusjoner som skal utføre svangerskapsavbrudd.

Konklusjon

Helsedirektoratet anbefaler ikke at det tilrettelegges for abort hos avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Konklusjonen bygger på en helhetlig vurdering av tiltaket, sett opp mot prinsipper for god ressursbruk, prioritering av helsepersonell og økonomiske konsekvenser. Konklusjonen støttes også opp av, og er i tråd med tilbakemeldingene vi har fått fra helsetjenesten, brukerne og fagorganisasjonene.

Bakgrunnen for vår anbefaling er først og fremst at å tilrettelegge for å flytte tjenester fra sykepleier til legespesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer er feil prioritering av personellressurser, som blant annet kan medføre økt ventetid for kvinner med behov for tjenester hos avtalespesialist. Det er videre usikkert hvor mange som ønsker å benytte seg av et slikt tilbud. Tilbud hos avtalespesialister vil i svært liten grad bidra til kortere reisetid for kvinner som skal ta abort fordi avtalespesialistene er lokalisert i byer med sykehus med aborttilbud. I tillegg vil det kreve flere tiltak som kan innebære økt ressursbruk, som endring av regelverket for finansiering og helserefusjoner, og etablering av nye IT-løsninger for rapportering til Abortregisteret.

Abortutvalgets utredning og Helsedirektoratets kunnskapsinnhenting for abortutvalget viser gode erfaringer med sykepleierdrevet poliklinikk og Helsedirektoratet anbefaler at flere sykehus prøver ut dette for å gi tjenester av god kvalitet etter LEON-prinsippet. Dette har også Abortutvalget anbefalt.

Helsedirektoratet vurderer at avtalespesialister innenfor kvinnesykdommer og fødselshjelp først og fremst bør brukes til spesialiserte oppgaver som ikke kan gjøres av leger i spesialisering, sykepleiere eller jordmødre i en allerede etablert tjeneste.

Oppdrag om abort i de kommunale helse -og omsorgstjenestene

Helsedirektoratet skal utrede om abort kan og bør tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vil da utredes om tidlig medikamentell hjemmeabort kan tilbys av fastlege, jordmor eller helsesykepleier på helsestasjon, i skolehelsetjeneste og på helsestasjon for ungdom. Svar på dette oppdraget oversendes departementet innen 31. desember d.å.

Vedlegg

Avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp – nasjonal oversikt

Helsedirektoratet har innhentet oppdatert oversikt over lokasjon for avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp fra de regionale helseforetakene per april 2025:

(HV= Helse Vest RHF, HS= Helse Sør-Øst RHF, HM= Helse Midt-Norge RHF, HN= Helse Nord RHF)

Kommune	RHF	Fylke
Haugesund	HV	Rogaland
Sandnes	HV	Rogaland
Stavanger	HV	Rogaland
Stavanger	HV	Rogaland
Stavanger	HV	Rogaland
Stavanger	HV	Rogaland
Bergen	HV	Vestland
Bergen	HV	Vestland
Bergen	HV	Vestland
Bergen	HV	Vestland
Øygarden	HV	Vestland
Stord	HV	Vestland
Bergen	HV	Vestland
Alta	HN	Finnmark
Bodø	HN	Nordland
Bodø	HN	Nordland
Tromsø	HN	Troms
Tromsø	HN	Troms
Tromsø	HN	Troms
Harstad	HN	Troms
Ålesund	HM	Møre og Romsdal

Trondheim	HM	Trøndelag
Trondheim	HM	Trøndelag
Trondheim	HM	Trøndelag
Trondheim	HM	Trøndelag
Oslo	HSØ	Oslo
Hamar	HSØ	Innlandet
Oslo	HSØ	Oslo
Skien	HSØ	Telemark
Nordre Follo	HSØ	Akershus
Bærum	HSØ	Akershus
Oslo	HSØ	Oslo
Lillehammer	HSØ	Innlandet
Moss	HSØ	Østfold
Oslo	HSØ	Oslo
Elverum	HSØ	Innlandet
Larvik	HSØ	Vestfold
Oslo	HSØ	Oslo
Risør	HSØ	Agder
Oslo	HSØ	Oslo
Kristiansand	HSØ	Agder
Bærum	HSØ	Akershus
Oslo	HSØ	Oslo
Kristiansand	HSØ	Agder
Oslo	HSØ	Oslo
Oslo	HSØ	Oslo
Tønsberg	HSØ	Vestfold
Kongsberg	HSØ	Buskerud

Fredrikstad	HSØ	Østfold
Lillestrøm	HSØ	Akershus
Sandefjord	HSØ	Vestfold
Drammen	HSØ	Buskerud
Kristiansand	HSØ	Agder
Oslo	HSØ	Oslo
Porsgrunn	HSØ	Telemark
Nordre Follo	HSØ	Akershus
Larvik	HSØ	Vestfold
Oslo	HSØ	Oslo
Lillestrøm	HSØ	Akershus
Kristiansand	HSØ	Agder
Tønsberg	HSØ	Vestfold
Oslo	HSØ	Oslo
Arendal	HSØ	Agder
Lillestrøm	HSØ	Akershus
Nordre Follo	HSØ	Akershus
Sarpsborg	HSØ	Østfold
Porsgrunn	HSØ	Telemark
Oslo	HSØ	Oslo
Arendal	HSØ	Agder
Bærum	HSØ	Akershus
Lillestrøm	HSØ	Akershus
Ullensaker	HSØ	Akershus
Halden	HSØ	Østfold
Moss	HSØ	Østfold
Frogn	HSØ	Akershus

Elverum	HSØ	Innlandet
Oslo	HSØ	Oslo
Drammen	HSØ	Buskerud
Kristiansand	HSØ	Agder
Oslo	HSØ	Oslo
Oslo	HSØ	Oslo
Drammen	HSØ	Buskerud
Oslo	HSØ	Oslo
Nordre Follo	HSØ	Akershus
Oslo	HSØ	Oslo
Bærum	HSØ	Akershus
Oslo	HSØ	Oslo