

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 25/5933-359  
Saksbehandler: Bente Bryhn  
Dato: 19.05.2026

## Høring av rapport - Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene -Oppsummering av høringsvar

### Bakgrunn

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utredet tidlig medisinsk hjemmeabort i kommunale helse- og omsorgstjenester og forutsetninger for dette. [Direktoratets rapport](#) ble oversendt HOD 31.12.25. På bakgrunn av en totalvurdering av forutsetninger og konsekvenser anbefaler Helsedirektoratet i rapporten ikke å tilrettelegge for et tilbud i kommunene nå.

I stedet anbefales alternative tiltak innenfor dagens organisering:

- Vurdere mulighet for å tilby abort flere steder i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved distriktsmedisinske sentre med relevant utstyr, personell og lokaler.
- Vurdere bruk av telemedisin og digitale konsultasjoner.
- Styrke kommunenes allerede viktige rolle innenfor abort og seksuell helse.

Kommunene har allerede en viktig rolle knyttet til abort og seksuell helse som kompletterer spesialisthelsetjenestens tilbud, og denne bør styrkes. Det gjelder bistand til å fremme krav om abort, oppfølgingssamtaler, prevensjonsveiledning og psykisk helseoppfølging. Helsedirektoratet anbefaler at denne rollen styrkes med tiltak rettet mot pasientgruppen, fremfor at kommunene overtar ansvaret for en aborttjeneste som i dag er godt organisert i spesialisthelsetjenesten.

### Høring

Helsedirektoratet [sendte rapporten på høring](#) vinteren 2026 med høringsfrist 17. april.

Direktoratet har gjennomgått og oppsummert høringsvarene og vurdert om høringen gir grunnlag for å endre vår anbefaling og konklusjon.

Det er mottatt 51 innspill fra helsetjeneste, organisasjoner og offentlige etater. Disse høringsinnspillene er publisert på [helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no) på hørings siden.

Av disse er det 14 høringsinnspill fra kommuner, 7 fra sykehus (helseforetak), 2 fra regionale helseforetak, 8 fra fagorganisasjoner, 4 fra organisasjoner som er både fag- og interesseorganisasjoner, 1 fra pasient- og brukerorganisasjon, 12 fra interesseorganisasjoner/NGO, 3 fra offentlige etater. Se liste med høringsmottakere.

#### Helsedirektoratet

Avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten

Bente Bryhn

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4 • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

I tillegg er det mottatt 220 høringsinnspill fra privatpersoner, hvorav 214 har lik tekst og 6 er unike. Høringsinnspillene fra privatpersoner med likelydende tekst er fra en aksjon i regi av Sex og Samfunn på sosiale medier der de delte et ferdigskrevet høringsinnspill. Dette er videre delt i kvinneorganisasjoner.

### **Sammendrag**

Det er mottatt innspill fra et bredt spekter av aktører i helsetjenesten, offentlige forvaltningsorganer, profesjons- og fagorganisasjoner og organisasjoner i sivilsamfunnet. Høringen av Helsedirektoratets utredning om tidlig medisinsk hjemmeabort i kommunale helse- og omsorgstjenester viser en tydelig delt respons mellom aktører som støtter Helsedirektoratets anbefaling og konklusjon og aktører som ønsker at det tilrettelegges for abort i kommunene.

Innspillene fra helsetjenesten – herunder kommuner, fastleger, helseforetak og regionale helseforetak – er gjennomgående samstemte i vurderingen av at ansvar for tilbud om tidlig medisinsk abort ikke bør overføres til kommunene. Dette begrunnes særlig med hensyn til kvalitet, pasientsikkerhet, behandlingsvolum og prioritering av begrensede ressurser. På den annen side er det en del organisasjoner og rettighetsaktører innen kvinnebevegelsen som argumenterer for at aborttjenester bør tilbys i kommuner. Dette begrunnes med at det vil gi økt tilgjengelighet, valgfrihet, styrket selvbestemmelse, mindre stigma og at utsatte grupper vil få et bedre tilbud.

Høringsinnspillene illustrerer ulike posisjoner og argumenter som direktoratet var kjent med gjennom utredningen og som beskrives i rapporten fra Helsedirektoratet. Direktoratet har vurdert høringsinnspillene og argumentene som er fremført i disse.

Samlet sett gir høringen grunnlag for å opprettholde anbefalingen om ikke å etablere et kommunalt aborttilbud. Samtidig støtter høringsinnspillene behov for videre utvikling av aborttjenesten innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder utprøving av telemedisin og arbeid for å styrke kommunens rolle og oppgaver de allerede har innenfor seksuell helse og abort.

### **Oppsummering av høringsinnspill fra helsetjenesten**

#### **Kommunene**

Høringsinnspillene fra kommunene er i hovedsak samstemte. Majoriteten av kommunene støtter anbefalingen om ikke å etablere et kommunalt aborttilbud nå. Mindre og mellomstore kommuner med lengre reisevei til sykehus gir en tydelig støtte til direktoratets anbefaling om ikke å etablere aborttilbud i kommunene.

Kommunenes vurderinger bygger særlig på følgende forhold:

- **Kapasitet og prioritering av ressurser**  
Kommunene fremhever at de står i en presset situasjon med økende oppgaver og begrenset personell. I årene som kommer vil dette presset ikke avta, men øke. En ny oppgave av denne typen må prioriteres opp mot eksisterende lovpålagte tjenester.
- **Lavt volum og konsekvenser for kompetanse**  
Flere kommuner peker på at et lavt antall aborter per fastlege eller kommune vil gjøre

det vanskelig å opprettholde tilstrekkelig faglig kompetanse over tid, noe som igjen vil svekke kvaliteten på aborttilbudet.

- **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Det fremheves at dagens organisering i spesialisthelsetjenesten sikrer tilgang til nødvendig kompetanse, utstyr og beredskap. Videre at kvinner som har behov for kontakt etter åpningstid i kommunene vil måtte kontakte sykehus på kveld/helg.

- **Faglige og organisatoriske forutsetninger**

Kommunene viser til behov for blant annet ultralydutstyr, opplæring og etablering av nye systemer, noe som vil medføre betydelige investeringer.

Kommunene er også samstemte i at dersom tilbud om tidlig hjemmeabort skulle gis fra kommuner, skal ikke dette være en lovpålagt oppgave som alle kommuner må tilby. Dette er i tråd med direktoratets anbefaling.

Kommunene er samtidig tydelige på at de har en viktig rolle i forhold til seksuell helse, knyttet til veiledning før abort, oppfølging etter abort, psykososial støtte og prevensjon.

### **Spesialisthelsetjenesten**

Innspillene fra helseforetak og regionale helseforetak er i stor grad samstemte og støtter anbefalingen om å videreføre dagens organisering.

Det legges særlig vekt på:

- **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Dagens modell anses å gi høy kvalitet og god medisinsk oppfølging.

- **Volum og erfaring**

Et høyere behandlingsvolum i spesialisthelsetjenesten gir bedre forutsetninger for å opprettholde kompetanse og kvalitet.

- **Effektiv ressursbruk**

Eksisterende behandlingsforløp er effektivt organisert og utnytter kompetansen i tjenesten godt.

- **Helhetlige pasientforløp**

Samling av behandling og oppfølging på ett nivå bidrar til sammenhengende og forutsigbare pasientforløp.

Universitetssykehuset i Nord-Norge sin høringsuttalelse er illustrerende for mange av innspillene fra spesialisthelsetjenesten, når de skriver:

"Kvalitetsmessig anses det som en forringelse for denne pasientgruppen om oppgaven skal gis til fastleger eller private spesialister. Disse kvinnene har et spesielt omsorgsbehov som krever erfaring og tid, noe de neppe vil få ved å overføre oppgaven til lavere omsorgsnivå. I mindre kommuner vil det bli så få pasienter i denne kategorien, at de vil ikke oppnå den kvantiteten som er nødvendig for å kunne gi en kvalitetsmessig god oppfølging. DMS med jordmødre eller andre yrkesgrupper med god opplæring og kompetanse vil derimot være et godt alternativ for denne pasientgruppen".

Noen av aktørene understreker at aborttilbudet kan videreutvikles, blant annet gjennom bruk av telemedisin. Noen etterlyser også nasjonale faglige retningslinjer og mer enhetlig smertelindring.

De fleste innspillene fra spesialisthelsetjenesten gir klart støtte til direktoratets anbefalinger og vurderinger, men Kvinneklinikken ved OUS og Haukeland sykehus er mer nyansert og gir en forbeholden støtte til at aborttilbud vil kunne gis forsvarlig i utvalgte kommuner, forutsatt at alle nødvendige forutsetninger er på plass.

### **Fastleger og helsepersonellorganisasjoner**

Innspill fra fastleger, som Fastlegerådet for Ofoten og Lofoten og helsepersonellorganisasjoner som Fagforbundet, er på linje med øvrige deler av helsetjenesten i sine høringsinnspill og støtter Helsedirektoratets konklusjon og anbefaling. Det fremheves at lavt volum gir begrensede muligheter for å opprettholde nødvendig kompetanse. Fagforbundet legger vekt på hensyn til pasientsikkerhet, bemanning og arbeidsmiljø, og peker på at en oppgaveoverføring vil kunne øke belastningen på kommunale tjenester.

Norsk sykepleierforbund mener at helsepersonell i kommunene har kompetanse og peker på at behandling i prinsippet bør tilbys på lavest mulig omsorgsnivå og at tidlige aborter kan være egnet til oppgavedeling mellom sykehus og kommuner. De anbefaler at direktoratet utreder en "modell der kommunene kan tilby abort". De mener også at direktoratet bør utrede utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesykepleiere og at det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer. Den norske jordmorforening mener det bør legges til rette for en "gradvis utvikling av tjenesten i primærhelsetjenesten, der dette er faglig og organisatorisk forsvarlig". Legeforeningen er positiv til at definerte aktører utenfor spesialisthelsetjenesten vil kunne tilby abort i fremtiden. Legeforeningen skriver at restriksjoner knyttet til abortmedikamenter må fjernes og at Helsedirektoratet må sørge for kodeverk, refusjonsordninger og innrapporteringsmuligheter til Abortregisteret. De mener videre at fagmiljøet selv kan utforske og videreutvikle tilbudet om abort utenfor sykehus.

Legeforeningen mener imidlertid at det ikke må forventes, eller pålegges et krav om tilbud om abort i regi av kommunehelsetjenesten. Et slikt krav vil medføre risiko for store kvalitetsvariasjoner fra kommune til kommune knyttet til spredning i kompetanse, erfaring og utstyr.

### **Innspill fra organisasjoner**

Flere aktører peker på at tidlig medisinsk abort er en relativt enkel og trygg prosedyre som, under riktige forutsetninger, kan gjennomføres utenfor sykehus. Det er også bakgrunnen for organisering av dagens aborttilbud i Norge, der en stor del av de tidlige abortene kan fullføres hjemme, etter poliklinisk konsultasjon der man får utlevert legemidler. Samtidig understrekes det at en eventuell endring ville forutsette at sentrale rammebetingelser, som er beskrevet i rapporten, er på plass.

Kvinneorganisasjoner og interesseorganisasjoner, herunder Sex og Samfunn, er gjennomgående kritiske til direktoratets anbefaling om ikke å tilrettelegge for å etablere et kommunalt tilbud om abort.

Disse organisasjonene mener at abort i kommunene kommer til å gi

- bedre tilgjengelighet
- kortere ventetid
- større valgfrihet og selvbestemmelse

- redusert stigma
- bedre mulighet for tidligere abort

Samlet vektlegger disse aktørene hensyn til tilgjengelighet, likeverd og autonomi. Flere av høringsinnspillene fra disse organisasjonene påpeker også at prøveprosjektet ved Sex og Samfunn bør videreføres og få støtte fra Helsedirektoratet.

### **Offentlige forvaltningsorganer**

Folkehelseinstituttet (FHI), Helsetilsynet og Likestillings- og diskrimineringsombudet har sendt innspill. Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsetilsynet gir vurderinger knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet og utviklingen av tjenesten og har et faglig og styringsmessig perspektiv. Helsetilsynet støtter Helsedirektoratets anbefaling om ikke å etablere et kommunalt aborttilbud nå, og legger særlig vekt på hensynet til kvalitet, behov, pasientsikkerhet og forsvarlighet.

*Helsetilsynet* fremhever at i dagens organisering er det tilgang til nødvendig spesialistkompetanse som også sikrer gode systemer for oppfølging og håndtering av komplikasjoner. Helsetilsynet legger vekt på at de forutsetningene som er identifisert i utredningen er reelle og krevende å oppfylle, og at en eventuell omlegging må vurderes opp mot risikoen for svekket kvalitet i tjenesten. Det fremheves at aborttjenesten må organiseres slik at den er forsvarlig i alle ledd og at det er, og vil være variasjon i kompetanse og kapasitet mellom kommuner, noe som kan skape uønskede forskjeller i tilbudet. Helsetilsynets vurdering er at dagens modell gir et stabilt og forsvarlig tilbud og at en eventuell oppgaveoverføring til kommunene innebærer usikkerhet knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Deres analyse samsvarer med direktoratets vurdering og konklusjon.

*Folkehelseinstituttet* inntar en mellomposisjon. Abortregisteret er underlagt FHI. FHI åpner for videre utvikling og utprøving i aborttjenesten og viser til at kommunene allerede spiller en viktig rolle i abortomsorgen, og legger vekt på behovet for styrket samhandling mellom nivåene, tydelige og sammenhengende pasientforløp og behov for økt kompetanse i kommunene knyttet til oppfølging og veiledning. FHI mener det kan være aktuelt å prøve ut abort i kommunene, men det forutsetter at nødvendige faglige og organisatoriske forutsetninger er på plass. Instituttet understreker imidlertid at det medisinske ansvaret fortsatt bør ligge i spesialisthelsetjenesten. FHI påpeker at en løsning for rapportering er utarbeidet som kan benyttes.

*Likestillings- og diskrimineringsombudet* legger særlig vekt på likestilling, tilgjengelighet og kvinners rett til selvbestemmelse. Ombudet er kritisk til anbefalingen om å ikke gå videre med et kommunalt tilbud nå, og mener at hensynet til tilgjengelighet og valgfrihet bør tillegges større vekt.

### **Innspill fra privatpersoner**

Det har kommet rundt 220 høringsinnspill fra privatpersoner med likelydende tekst, lastet ned fra Sex og Samfunn sin aksjon på sosiale medier. Disse mener at kommunene skal tilby abort og at dette vil gi bedre tilbud, bedre tilgjengelighet, større valgfrihet og selvbestemmelse, redusert stigma og bedre mulighet for tidligere abort og abort uten ultralyd. De skriver også at det er avgjørende at tilbud om abort hos Sex og Samfunn i Oslo består.

## **Hesedirektoratets vurdering og drøfting av høringsinnspillene**

Kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten gir samlet uttrykk for at behandlingsansvaret ikke bør overføres til kommunene nå.

Disse aktørene har det operative ansvaret for tjenestene og vil bære konsekvensene av en eventuell omlegging. Deres vurderinger knyttet til kvalitet, kompetanse, volum og prioritering fremstår derfor som særlig tungtveiende.

Det fremheves særlig at:

- kvalitet i behandlingen er nært knyttet til behandlingsvolum og erfaring
- kommunene står i en presset ressursituasjon
- en oppgaveoverføring vil ha klare prioriteringskonsekvenser

Samtidig viser høringen at det er støtte til videre utvikling av aborttilbudet, særlig knyttet til tilgjengelighet og pasientopplevelse.

Flere kvinneorganisasjoner og interesseorganisasjoner mener at det bør tilrettelegges for å etablere et kommunalt tilbud om abort. De skriver at dette vil gi

- bedre tilgjengelighet
- kortere ventetid
- større valgfrihet og selvbestemmelse
- redusert stigma
- avlastning av spesialisthelsetjenesten
- mer helhetlige pasientforløp
- mulighet for tidligere abort
- det fremføres også at et tilbud i kommunene vil hensynta utsatte kvinner bedre enn i dagens tilbud

Aktørene i helsetjenesten; kommunene og spesialisthelsetjenesten, tilbakeviser i sine innspill i stor grad denne argumentasjonen og støtter direktoratets vurderinger. Helsetjenesten fremhever behovet for å prioritere kvalitet og pasientsikkerhet over tilgjengelighet alene og påpeker at det vil være risiko for økt ulikhet i tilbudet og at det blir vanskelig å opprettholde kvalitet i tilbudet med lite volum. Videre påpekes nødvendigheten av medisinsk avklaring, herunder tilgang til ultralyd. Det påpekes at det mangler utstyr og kompetanse i kommunene til abortbehandling. Det understrekes også at organisering av aborttjenesten bør baseres på faglige vurderinger og hensynet til forsvarlig behandling. Det støttes også opp om direktoratets vurdering av at tilrettelegging for abort i kommunene vil kunne gå ut over andre pasientgrupper, gi lengre ventetid for andre pasienter og innebære uforholdsmessig store investeringer og ressursbruk til opplæring, kompetanse og utstyr, uten en sikker og tydelig gevinst for tjenesten eller pasientene.

## **Tilgjengelighet og reisevei**

Helsetilsynet og spesialisthelsetjenesten støtter opp under at det er et godt tilbud om abort i Norge i dag, i tråd med WHO sine anbefalinger. Det store flertall av kvinner har kort reisevei til

et sykehus med aborttilbud, og tilbud om tidlig medisinsk hjemmeabort finnes 44 steder i Norge. Årlig gjennomføres rundt 11.500 tidlige medisinske aborter. I Abortregisteret sin årsrapport for 2025 fremgår det at rundt 70 prosent av de tidlige medisinske abortene fullføres hjemme, basert på det som er innrapportert (det er ikke komplett innrapportering nasjonalt). Det kan være rom for å øke denne andelen flere steder, gjennom tiltak innad i spesialisthelsetjenesten.

Dersom man vil øke tilgjengelig til aborttilbud ytterligere, kan det vurderes om flere behandlingssteder innen spesialisthelsetjenesten skal gi tilbudet, forutsatt kompetanse og utstyr, og at telemedisin prøves ut flere steder. Dette er flere av høringsinnspillene positive til. På bakgrunn av at tilbudet finnes et stort antall steder, og de som skal ta abort er friske mobile personer som for de aller fleste sin del bare skal ha abort en gang i livet, er ikke kortere reisevei alene et tilstrekkelig grunnlag for endret oppgavefordeling.

Tilgang til abort på flere steder vil gi flere steder å velge mellom. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad kvinner vil velge et annet tilbud enn sykehus og hva som er grunnlag for at den enkelte vil velge sykehus eller annen lokasjon. Mange vil kanskje velge det nærmeste tilbudet, og majoriteten av kvinner som skal ta abort bor kort unna et sykehus. Befolkningen har stor grad av tillit til offentlig helsetjeneste, uavhengig av om det er kommunalt tilbud eller spesialisthelsetjenester.

### **Kvalitet i tjenesten**

Dagens aborttjeneste holder gjennomgående god kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Høringsinnspillene fra kommunene og helsetjenesten støtter direktoratets vurdering at et lavt volum i kommunene vil innebære økt risiko for redusert kvalitet og variasjon i praksis. Organisering av tjenesten i dag er robust, med tilgjengelig kompetanse, en hensiktsmessig oppgavedeling internt på sykehuset, samtidig som man har tilgang på legespesialist ved behov. Sikkerhet og trygghet for pasientene skapes også gjennom at de som møter pasientene har tilstrekkelig antall konsultasjoner og erfaring med å møte kvinner som skal ta abort. kvinner som skal ta abort har behov for å møtes med respekt og omsorg. Psykososialt behov skal vektlegges og erfaring med dette er viktig. Dersom oppgaven blir flyttet til fastleger vil de i teorien kunne ansette sykepleiere og lære disse opp, selv om legen har det medisinske ansvaret. Bekymringen er imidlertid at volumet vil være svært lavt mange steder, mange fastleger vil aldri få en abortpasient. Kostnadene ved tilrettelegging, utstyr og opplæring blir da store i forhold til utført tjeneste og uten erfaring og et visst volum vil også kvaliteten være lavere.

Noen høringsinnspill som ønsker abort i kommunene understreker at tidlig medisinsk abort kan gis trygt i kommunal regi, og at det ikke vil være uforsvarlig å tilby dette i kommunene. Direktoratet har ikke i sin vurdering vurdert at abort i kommunene vil innebære et uforsvarlig medisinsk tilbud, dersom forutsetningene som er beskrevet i rapporten er på plass.

### **Medisinsk ansvar**

Direktoratet har i rapporten beskrevet at en forutsetning for aborttilbud er at det er lege til stede, slik det er i dag på poliklinikk, selv om sykepleierne er de som møter kvinnene, er det legen som har det medisinske ansvaret, og lege må kunne tilkalles ved behov. Dette støttes av innspill i høringen fra helsetjenesten.

### **Pasientforløp**

Abort er i dag et etablert tilbud ved sykehusene og oppgaver og ansvar er klart definert. Helhetlige pasientforløp forutsetter tydelig ansvars plassering og et mer fragmentert ansvar

mellom forvaltningsnivåer kan svekke oversikt og kvalitet. Tilbud om abort uten nødvendig kompetanse og utstyr vil svekke pasientopplevelsen og gi et dårligere tilbud.

### **Ultralyd, telemedisin og ventetider**

Sex og samfunn og flere av organisasjonene som har gitt innspill, skriver at et kommunalt tilbud vil sikre at kvinner kan ta enda tidligere abort enn i dag, uten unødig ultralyd og dermed med mindre ventetid for noen fra man oppdager svangerskapet til aborten gjennomføres.

Direktoratet tar ikke stilling til bruk av ultralyd i denne utredningen. Oppdraget til Helsedirektoratet har vært å utrede abort i kommunene, ikke utredning av ultralyd eller andre metoder som blir brukt i forkant av abort til å vurdere svangerskapslengde og plassering i livmoren. Det finnes i dag ikke nasjonale faglige retningslinjer for abort, men oppdraget er ikke å utarbeide faglige retningslinjer for abortbehandling. Det er veileder fra Norsk gynekologisk forening som i dag brukes av sykehusene. Sykehusene står fritt til å vurdere hvilken metode som skal brukes innenfor det de vurderer til å være faglig forsvarlig og at dagens organisering på ingen måte hindrer at også flere sykehus organiserer tilbudet på samme måte som Sex og samfunn, der rundt halvparten av pasientene ikke har tatt ultralyd før abortbehandlingen igangsettes.

### **Vil visse grupper ha større nytte av tilbud i kommunen?**

I noen av innspillene vises det til at "utsatte kvinner" og unge vil ha særlig nytte av tilbud i kommunen. Kvinner med sammensatte behov og lav helsekompetanse vil i en del tilfeller ha behov for å ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det er usikkert hva kvinner ville foretrukket hvis de kunne ta abort i kommunen. De yngste kvinnene, under 18 år skal gjennomføre abort på sykehus og reiser ikke hjem for å fullføre aborten hjemme. Tilbud om hjemmeabort i kommunen vil derfor ikke omfatte de yngste. Personer med lav sosioøkonomisk status er ofte bosatt i byer og urbane områder der det er et aborttilbud ved sykehus.

Oppsummert ser ikke direktoratet at det er vist at et kommunalt tilbud i seg selv gir bedre kvalitet eller et bedre tilbud for visse grupper enn et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Kommunenes rolle kan styrkes når det gjelder forutsetninger for god oppfølging av kvinner med behov for det, uten å flytte ansvar for selve abortbehandlingen. Aborttilbud og helsetilbud til utsatte grupper og grupper med særlige behov må utformes og tilpasses basert på kunnskap og erfaring.

### **Vil abort i kommunene gi mindre stigma?**

Noen av kvinneorganisasjonene fremholder at abort i kommunen vil redusere stigma knyttet til abort eller at abort på sykehus virker stigmatiserende. Holdninger til abort skapes og opprettholdes gjennom komplekse sosiale mekanismer og stigma knyttet til abort er basert på historiske og sosiale forhold. Direktoratet anerkjenner at kvinner som skal ta abort kan oppleve at sosiale og kulturelt baserte holdninger kan gjøre prosessen mer belastende og utfordrende. Hvorvidt behandling tilbys i en kommune eller på et offentlig sykehus mener vi ikke er med på å skape eller begrense stigma i samfunnet. Det er imidlertid viktig at kvinner som skal ta abort møtes profesjonelt og av helsepersonell med erfaring og kompetanse. Hvis abort skal tilbys i kommuner og hos fastleger er det større risiko enn ved dagens organisering for at noen kvinner vil kunne møte på personell med negative holdninger, også basert på liten erfaring med abort og pasientgruppen.

### **Pilotering, utprøving og forskning**

Noen av høringsinnspillene påpeker betydning av videre utvikling av aborttjenesten, behov for utprøving av nye modeller og forskning. Sex og Samfunn viser til prøveprosjektet og at deres prosjekt har gitt viktige erfaringer og er viktig for kunnskapsutvikling. Direktoratet ga i 2025 støtte til dette prøveprosjektet over tilskuddsordningen for seksuell helse. Forskning faller imidlertid utenfor formål med denne tilskuddsordningen, og Helsedirektoratet har ikke finansieringsordninger eller forvalter forskningsmidler. Prøveprosjektet har gitt viktige erfaringer når det gjelder organisering av tidlige medisinske hjemmeaborter der man vurderer om det er behov for ultralyd eller ikke. Videre har prosjektet gitt erfaring i utarbeidelse av informasjonsmateriell og at ved å bruke sjekkliste kan man i en del tilfeller unngå bruk av ultralyd før abort. Dette er imidlertid ikke knyttet spesifikt til abort i kommunene.

Noen instanser etterlyser mer pilotering og utprøving i kommuner. Helsedirektoratets vurdering er at man har et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag nå for å vurdere og konkludere i forhold til om tidlige medisinske aborter bør tilbys i kommuner. Når det gjelder behov for videre utprøving eller forskning innenfor abort generelt, er det knyttet til blant annet behandling, smertelindring og pasientopplevelser. Dette kan det forskes på der det allerede er et aborttilbud innenfor spesialisthelsetjenesten og forskningsmidler må søkes om og tildeles innen ordinære ordninger.

### **Utvikling og forbedring av tilbudet**

Det er bred støtte i høringen til utprøving og bruk av telemedisin som et virkemiddel for å videreutvikle aborttilbudet. Det er også flere høringsinstanser som ønsker nasjonale faglige retningslinjer for abort.

Kommunene er i sine innspill tydelige på at de har en viktig rolle i abortomsorgen og i forhold til seksuell helse, knyttet til veiledning før abort, oppfølging etter abort, psykososial støtte og prevensjon og det er bred støtte til å styrke og understøtte denne rollen og oppgavene. Dette kan gjøres gjennom blant annet oppfølging av strategi for seksuell helse.

### **Oppfølging av strategi for seksuell helse - God seksuell helse – vårt felles ansvar**

Strategien for seksuell helse har flere innsatsområder og delmål, blant annet å øke kunnskap og kompetanse om seksualitet og seksuell helse og å fremme god seksuell helse og tjenester som når alle. Det skal prøves ut og igangsettes tiltak for blant annet å forebygge uplanlagte svangerskap og aborter og videreføre enkel tilgang til prevensjon. I årets tildelingsbrev har direktoratet fått i oppdrag å pilotere målrettede tiltak mot utvalgte grupper for å gi bedre tilgjengelig prevensjon. Kommunene vil ha en sentral rolle i en slik pilotering.

Kommunene kan vurdere å styrke seksualitetsundervisningen i skolen, sikre har nødvendig og relevant kompetanse hos ansatte i helse- og omsorgstjenesten om seksuell og reproduktiv helse generelt og i å gjennomføre oppfølgingsamtaler etter en provosert abort spesielt. Kommunene kan også styrke prevensjonsveiledning etter abort f.eks. Lørenskog-modellen der man har hatt et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Kommunen kan også styrke ansattes mangfoldskompetanse for å tilby målgruppetilpasset veiledning i forbindelse med et svangerskapsavbrudd, inkl. prevensjonsveiledning og subsidiert prevensjon til utsatte kvinner.

Vi viser også til Helsedirektorates råd i [Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid - Helsedirektoratet](#).

Helsedirektoratet har bestilt systematisk oversikt og kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet når det gjelder bruk av annen metodikk (sjekklister) sammenliknet med ultralyd før tidlig medisinsk hjemmeabort. Resultater vil kunne brukes som del av et kunnskapsgrunnlag for vurdering av utprøving og videre utvikling av aborttilbudet.

### **Konklusjon**

I utredning av abort i kommunene har Helsedirektoratet involvert helsetjenesten, organisasjoner og relevante aktører bredt i prosessen før rapporten ble ferdigstilt og sendt på høring. Helsedirektoratet var derfor godt kjent med de ulike perspektivene og argumenter før høringen.

Høringen utdyper og illustrerer status, forutsetninger, aktuelle problemstillinger og konsekvenser knyttet til organisering av aborttjenesten. Det er særlig viktig at høringen har gitt anledning til innspill fra flere kommuner enn de som var involvert i arbeid med rapporten, og særlig fra de mindre kommunene. Det er kommunene selv som kjenner sin situasjon best, og de har utdypet konsekvenser av en eventuell endret organisering og bekreftet og støttet direktoratets vurderinger.

Etter å ha gjennomgått høringsinnspillene er det direktoratets konklusjon at høringen ikke gir grunnlag for å endre vår vurdering, konklusjon eller anbefalinger i [rapporten Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene](#).

Dette begrunnes særlig med hensyn til riktig bruk av personell i helsetjenesten som helhet, hensynet til kvalitet, gode pasientforløp og pasientsikkerhet og behov for tilstrekkelig behandlingsvolum for å gi et aborttilbud med god kvalitet og gode pasientforløp.

Høringsinnspillene støtter også direktoratets anbefalinger knyttet til kommunenes viktige rolle innen seksuell helse, herunder veiledning, oppfølging etter abort for de som har behov for det, psykososial støtte og prevensjonsveiledning.

Aborttjenesten i Norge er god og tilgjengelig og i tråd med WHO sine anbefalinger. I utredningen og i høringsinnspillene synliggjøres det behov for forbedringer og utvikling av aborttjenesten knyttet til ventetid, smertelindring, behandling ved spontanabort, og utprøving av nye metoder. Direktoratet mener dette kan og bør adresseres innen eksisterende struktur i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Å pålegge kommunene en ny tjeneste vil ikke løse utfordringer eller gi en forbedret tjeneste.

Vennlig hilsen

Marius Kurås Skram e.f.  
divisjonsdirektør

Børge Myrlund Larsen  
avdelingsdirektør *Dokumentet er  
godkjent elektronisk*

