

Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Svar på oppdrag til Helsedirektoratet: *TB2025-23 Utredning om forutsetninger for medikamentell abort utenfor sykehus*

RAPPORT | Oppdrag i TB2025-23 | 30. desember 2025

Sammendrag	5
1. Om oppdraget	7
Prosess og organisering av arbeidet	7
Avgrensning og vurdering av oppdraget	8
Begrepsbruk i rapporten	9
Mål for aborttjenesten.....	9
Helsedirektoratets svar på oppdrag om abort hos avtalespesialister	9
2. Bakgrunn og status	10
Abortloven	10
Abort i Norge – statistikk.....	11
Medisinsk abort	11
Andel svangerskapsavbrudd fullført utenfor sykehus (hjemmeabort)	11
Antall aborter etter bostedsfylke eller storby og per sykehus	11
Dagens organisering av aborttjenestene.....	15
Krav til rapportering av aborter til sentrale helseregistre.....	17
Abortregisteret	17
Abort i andre land.....	18
WHO sine retningslinjer for abort	18
Nordiske land	18
Telemedisin	18
Erfaringer med abort utenfor sykehus i Norge.....	19
Abort hos avtalespesialist	19
Prøveprosjekt ved Sex og Samfunn	19
Personell – status og utvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	20
Fastlegenes rolle og oppgaver i forbindelse med abort	20
Jordmor, helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	21
Finansiering av kommunesektoren.....	22
Oppfølging etter abort – rett til oppfølgende samtaler	22
Rekvirering og ordinering av legemidler.....	22
Oppsummering av eksterne innspill	23
Brukerperspektiv	25
3. Helsedirektoratets vurderinger.....	26

Personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	27
Fastleger og andre allmennleger i kommunen	27
Helsestasjonstjenesten inkludert helsestasjon for ungdom	28
Kommunale helse- og omsorgstjenesters rolle og oppgaver knyttet til abort og seksuell helse.....	29
Helsepersonells fritak av samvittighetsgrunner (rett til reservasjon)	30
Vurdering av svangerskapslengde og risiko for svangerskap utenfor livmor	30
Nasjonale retningslinjer for abort.....	31
Finansiering av abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	31
Takstfinansiering.....	31
Fastlege	31
Jordmor.....	31
Finansiering utenom takstsystemet.....	32
Rekvirering og ordinering av legemidler	33
Rapportering til Abortregisteret og Kommunalt pasient- og brukerregister	34
Avtaler mellom RHF-ene og kommunene	34
Utveksling av opplysninger mellom RHF-et og kommunehelsetjenesten.....	36
Abort i kommunale helse- og omsorgstjenester sett fra kvinnes side	36
Spesialisthelsetjenesten – vurdering av aborttilbudet og mulige tiltak	37
Forutsetninger for et tilbud om abort i kommunene.....	37
4. Konklusjon og anbefaling	38
Referanser.....	41

Sammendrag

Helsedirektoratet har utredet forutsetningene for at tidlig medikamentell hjemmeabort før uke 10 skal kunne tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt en mulig oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Direktoratet har også vurdert alternative tiltak.

Vurderingen av om tidlig medisinsk hjemmeabort bør tilbys i kommunene reiser flere spørsmål. Når organisering og oppgavefordeling i helsetjenesten vurderes, har direktoratet sett på det foreslåtte tiltaket (abort i kommunene) i lys av prinsippene for kvalitet, tilgjengelighet og prioritering, sammenlignet med dagens organisering. Vi har også vurdert alternative tiltak for å nå de overordnede målene for aborttjenesten. Dersom en tjeneste skal endres, bør tilbudet gi bedre eller like god kvalitet og tilgjengelighet som dagens løsning, med tilsvarende eller lavere ressursbruk – eller bedre tjenester til høyere kostnad, basert på en helhetlig vurdering av konsekvenser og prioritering.

Aborttjenesten fungerer i dag godt på sykehusene, hvor den som skal ta abort møter sykepleier, jordmor eller lege med nødvendig opplæring og kompetanse, gynekolog i bakvakt er tilgjengelig, og hvor ultralyd og kompetanse til bruk av dette er tilgjengelig. Det er organisert slik i dag ved poliklinikker og ved prøveprosjektet hos Sex og Samfunn. Leger har rekvireringsrett og det medisinske ansvaret. Ved medisinsk hjemmeabort får kvinner utlevert abortlegemidler og smertestillende legemidler i spesialisthelsetjenesten. I dag skjer dette på 44 steder i landet. Uavhengig av tidspunkt, metode og organisering vil noen aborter fortsatt skulle gjennomføres på sykehus i tråd med forsvarlig behandling og faglige retningslinjer og en del kvinner som tar hjemmeabort vil fortsatt ha behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av abortforløpet. For en del kvinner vil det være behov for kontakt og tilsyn etter kommunehelsetjenestens normale åpningstider. Utredningen handler derfor ikke om å flytte ansvaret for alle tidlige medisinske hjemmeaborter til kommunene, men om å vurdere om kvinner skal kunne velge mellom sykehus og kommunale tjenester.

Det er usikkerhet om hvor mange som ville velge abort i kommunene fremfor på nærmeste sykehus. Det er også usikkerhet om gevinster som redusert geografisk, praktisk og psykososial barriere – særlig for unge og personer med lav ressurstilgang – står i forhold til ressursbruk og mulige negative effekter. Uønskede vridningseffekter kan være bruk av legespesialister (fastleger) til oppgaver som i dag gjøres av sykepleiere på sykehus, økte kostnader til opplæring, utstyr og tilrettelegging, samt risiko for lengre ventetid for andre pasientgrupper. Det er et økende behov for helsepersonell generelt og særlig i kommunene fremover i tid, og det er viktig at personellressurser brukes riktig og hensiktsmessig i helsetjenesten.

Basert på tilbakemeldinger fra helsetjenesten og status i kommunene mener Helsedirektoratet at dersom abort skulle tilbys i kommunene, bør det ikke være en lovpålagt tjeneste for alle kommuner. Det bør baseres på en konkret vurdering av behov, pasientgrunnlag, kompetanse, utstyr og organisering i den enkelte kommune. Det er også direktoratets vurdering at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha sørgefor-ansvaret, også for tidlig medisinsk abort, da det best vil sikre forsvarlige og helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratet har i utredningen identifisert følgende *forutsetninger* for at tidlig medisinsk hjemmeabort skal kunne tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

Forutsetninger for å tilby tidlig medisinsk abort i kommunene

- Tilgang på kvalifisert personell
- Endringer i regelverk for finansiering
- Utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet
- Etablering og drift av rapporteringsløsning til Abortregisteret
- Ansvarlig lege må være til stede, eller annet helsepersonell (helsesykepleiere, jordmødre) gis rekvireringsrett for aktuelle legemidler
- Tilgang på ultralydutstyr og kompetanse, dersom tilbudet skal være som i dag, uten at en del kvinner må reise til to steder
- Krav om avtaler mellom kommunene og regionale helseforetak, for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver og sikre forsvarlige og helhetlige pasientforløp

Anbefaling

På bakgrunn av en totalvurdering av forutsetninger og konsekvenser anbefaler Helsedirektoratet 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.

1. 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.

Prosess og organisering av arbeidet

Helsedirektoratet har hatt flere møter med representanter fra helsetjenesten, fagorganisasjoner og bruker- og pasientorganisasjoner. Det har vært to større møter med en rekke representanter fra RHF-ene, sykehusene, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Norsk gynekologisk forening, Norsk forening for allmennmedisin, Helsesykepleierne NSF, Jordmorforbundet NSF, Jordmorforeningen, Sanitetskvinnene, Sex og Samfunn og Abortregisteret/Folkehelseinstituttet. Vi har hatt møter med Praktiserende spesialisters landsforening og brukerorganisasjonen Bedre abortomsorg. Vi har også hatt møte med SRHR-nettverket (nettverk for seksuell helse) med flere representanter fra helsetjenesten, organisasjoner, sivilsamfunn og kvinneorganisasjoner. I etterkant av møtene har også flere sendt skriftlige innspill.

Sentrale rapporter og dokumenter i utredningen

Abortregistrets årsrapport oppsummerer status og utvikling ift. aborter i Norge (Folkehelseinstituttet, 2025). Helsedirektoratet har i tillegg innhentet statistikk fra Abortregisteret/Folkehelseinstituttet og opplysninger fra RHF-ene om organisering av tjenesten og aborttilbudet.

Vi viser videre til Helsedirektoratets oversendte svar på oppdrag om abort hos avtalespesialister med anbefalinger til departementet i juni 2025, Helsedirektoratets kunnskapsinnhenting for Abortutvalget om organisering og erfaringer i abort-tjenesten, NOU 2023: 29 Abort i Norge - Ny lov og bedre tjenester (Helsedirektoratet 2023, Abortutvalget 2023).

Avgrensning og vurdering av oppdraget

Helsedirektoratet har vurdert at oppdraget er avgrenset til å dreie seg om tilbudet om abort til kvinner med svangerskapslengde opp til 10 uker, der den som skal ta abort kan ta medisinsk abort¹ og kan fullføre aborten hjemme (hjemmeaborter).

I oppdraget legger vi til grunn dagens praksis og retningslinjer som brukes ved sykehusene i dag, basert på faglige anbefalinger. Det er i dag frivillig for kvinnen om hun vil reise hjem eller bli på sykehuset, uavhengig av svangerskapslengde eller abortmetode. Når det er medisinske eller andre forhold som gjør at kvinnen ikke kan reise hjem, skal fortsatt aborten skje på sykehus, selv om svangerskapslengden er under 10 uker. Det gjelder videre for kvinner med svangerskapslengde over 10 uker, uavhengig av abortmetode.

Det foreligger ikke nasjonale faglige retningslinjer for abort fra Helsedirektoratet. Retningslinjene som i dag brukes er utgitt av Norsk gynekologisk forening (Norsk gynekologisk forening 2025). Direktoratet legger til grunn at oppdraget om utredning av forutsetninger for abort utenfor sykehus ikke innebærer å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for aborttjenesten. Direktoratet har derfor ikke gjort en nærmere vurdering av for eksempel indikasjoner for hjemmeabort, inkludert kvinnens alder, men legger til grunn dagens praksis ved norske sykehus og retningslinjene som per i dag benyttes ved sykehusene.

Helsedirektoratet har vurdert og besvart oppdraget i tråd med utredningsinstruksens seks hovedspørsmål. Vi har vurdert abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som et tiltak, og utredet hvilke forutsetninger som må på plass for å få dette til.

Vi har vurdert tiltaket opp mot mål og prinsipper for helsetjenestene og prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

¹ I helsetjenesten brukes både begrepene *medisinsk abort* og *medisinsk abort*. I denne rapporten brukes *medisinsk abort* gjennomgående, i tråd med generell norsk begrepsbruk når det gjelder legemidler.

Begrepsbruk i rapporten

Begrepene *medikamentell abort* og *medisinsk abort* har samme betydning og er benyttet synonymt i faglitteratur og i fagmiljøer i Norge. Det dreier seg om abort med *legemidler*, i motsetning til abort gjennomført med *kirurgisk metode*.

Når det gjelder legemidler og legemiddelbehandling er det norske ordet *legemidler* som i dag benyttes og foretrekkes, fremfor *medikamenter*.

I denne rapporten er det derfor benyttet begrepet *medisinsk abort*, da det anses som mer korrekt språkbruk på norsk i dag og vi ikke vil bruke et begrep som i liten grad er i bruk (abort med legemidler).

Når gjelder *hjemmeaborter* brukes dette om aborter som fullføres hjemme, etter at kvinnen har fått medikamenter på sykehus eller annen institusjon og deretter reiser hjem og fullfører aborten hjemme.

Mål for aborttjenesten

De overordnede målene for den offentlige helse- og omsorgstjenesten er å sikre gode, trygge og likeverdige tjenester uavhengig av bosted (Helse- og omsorgsdepartementet 2024). Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal sørge for tilgang på helsehjelp av god kvalitet ut fra pasientens behov. Det er også et mål at tjenestene gir bærekraftig og rettferdig ressursbruk og reduserer sosiale og geografiske forskjeller i helsetilbudet. Helsetjenesten skal organiseres på en måte som bidrar til riktig og hensiktsmessig bruk av personell og ressurser, uavhengig av om en helsetjeneste tilbys på sykehus eller i kommunen. Sett fra pasienten sin side vil et pasientforløp som oppleves sammenhengende, uten unødvendig ventetid, og med god informasjon og involvering, også være viktig.

Direktoratet har vurdert forutsetninger for et eventuelt tilbud om abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har vurdert om aborttilbud organisert i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en type tiltak som på en tilfredsstillende måte kan bidra til å nå målene for en aborttjeneste i Norge. Vi har videre sett på alternative tiltak for å nå målene innenfor dagens organisering og rammer i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratets svar på oppdrag om abort hos avtalespesialister

Helsedirektoratet leverte 2. juni svar på oppdragets del 1, om abort hos avtalespesialister. Helsedirektoratet anbefaler ikke at det tilrettelegges for abort hos avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Begrunnelsen 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 også kan medføre økt ventetid for kvinner med behov for tjenester hos avtalespesialist. I direktoratets utredning fremgår det at tilbud hos avtalespesialister i begrenset grad vil 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.

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 direktoratet har fått fra helsetjenesten, brukerne og fagorganisasjonene.

2. Bakgrunn og status

Abortloven

Etter tidligere lov av 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. Ansvaret 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 godkjent av statsforvaltere.

Kvinnen kan fremsette krav om abort direkte overfor et sykehus uten henvisning fra primærlege, jf. poliklinikkforskriften § 2 andre ledd siste punktum og forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24 siste ledd. 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.

Abortloven har blitt praktisert og tolket slik at kvinner ved tidlige aborter kunne få legemidlene på sykehus, men kunne reise hjem og fullføre aborten hjemme dersom det var faglig forsvarlig og hun ønsket dette.

I gjeldende [abortlov](#) er bestemmelsen om de regionale helseforetakenes ansvar for aborttilbud innenfor sin helseregion videreført. De regionale helseforetakene skal etter abortloven § 22 sørge for et tilbud om abort til personer som oppholder seg i regionen, jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd. Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort frem til utgangen av 18. svangerskapsuke og kan kontakte sykehuset direkte for abort.

Ikke lenger krav om at abort skal skje på sykehus

Abortutvalget leverte [sin utredning](#) til regjeringen 14. desember 2023. Abortutvalget mente loven burde legge til rette for at de regionale helseforetakene kan inngå avtale

med kommuner om gjennomføring av tidlig medisinsk abort i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Abortutvalget foreslo derfor i sitt forslag til ny abortlov § 12 andre ledd, at de regionale helseforetakene kunne inngå avtale med andre tilbydere om aborttjenester.

Departementet fulgte ikke opp dette forslaget i Prop. 117 L (2023–2024). Departementet viste til at et eventuelt fremtidig tilbud om abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten måtte utredes nærmere før det eventuelt kunne etableres.

Departementet foreslo imidlertid at loven ikke burde *stenge for et eventuelt fremtidig tilbud om abort utenfor sykehus, for eksempel hos avtalespesialister*. Etter ny abortlov 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.

Abort i Norge – statistikk

I 2024 ble det utført 12 811 aborter i Norge. Det var uforandret fra 2023. Det har fra 2008-2022 vært en jevn nedgang i antall og andel aborter i Norge. Antall aborter gikk litt opp i 2023. Når det gjelder raten har denne gått ned for alle aldersgrupper; fra 10,4 per 1000 kvinner (15-49 år) i 2023 til 10,3 i 2024. Av alle avbrudd i 2024 var 95,1 prosent selvbestemte og 82,8 prosent av dem ble utført før 9. svangerskapsuke. Det har vært lik andel selvbestemte og tidlige aborter over tid (Folkehelseinstituttet, 2025).

Medisinsk abort

Svangerskapsavbrudd indusert med legemidler, eller medikamentelt indusert abort, er ofte omtalt som medisinsk abort og ble tatt i bruk i Norge i 1998 (Sundby, 2008). Det er den vanligste abortmetoden i dag og har vært den mest brukte metoden siden 2008. I 2024 ble 94,6 % av de selvbestemte abortene (aborter før uke 12) gjennomført med legemidler.

I 2024 ble det totalt utført 12811 aborter i Norge, og av disse ble 10950 utført medisinsk før svangerskapsuke 10.

Andel svangerskapsavbrudd fullført utenfor sykehus (hjemmeabort)

I Norge tilbyr sykehus hjemmeabort til og med utgangen av 10. svangerskapsuke. Dette er i tråd med anbefalingene i veileder fra Norsk Gynekologisk forening (Norsk gynekologisk forening, 2025). Abortregisteret har foreløpig ikke nasjonale tall på aborter som ble avsluttet utenfor sykehus, men fikk i 2024 tall for Helse Nord, der 62,8 % av alle aborter innen utgangen av 10. svangerskapsuke ble avsluttet utenfor sykehus. Det er variasjon mellom sykehusene i Helse Nord i bruk av hjemmeabort, se tabell 4.

Antall aborter etter bostedsfylke eller storby og per sykehus

Det er variasjon regionalt og mellom fylker og byer når det gjelder antall aborter, grunnet ulikt antall i befolkningen. Se tabell 1. Ulikt befolkningsgrunnlag gjenspeiles også i oversikten over antall medisinske aborter før uke 10 per sykehus, se tabell 3.

Tabell 1: Antall aborter utført i Norge i 2024 - alle svangerskapsuker

Fylke	Antall
Norge	12811
Østfold	634
Akershus	1678
Oslo	2260
Buskerud	566
Innlandet	791
Vestfold	549
Telemark	326
Agder	586
Rogaland	808
Vestland	1151
Møre og Romsdal	464
Trøndelag	1044
Nordland	566
Troms	519
Finnmark	246
Ukjent/annet*	623
Storby	Antall
Norge	12811
Oslo	2260
Stavanger	280
Bergen	602
Trondheim	554
Tromsø	265

* Annet inkluderer blant annet Svalbard og kvinner bosatt utenfor Norge

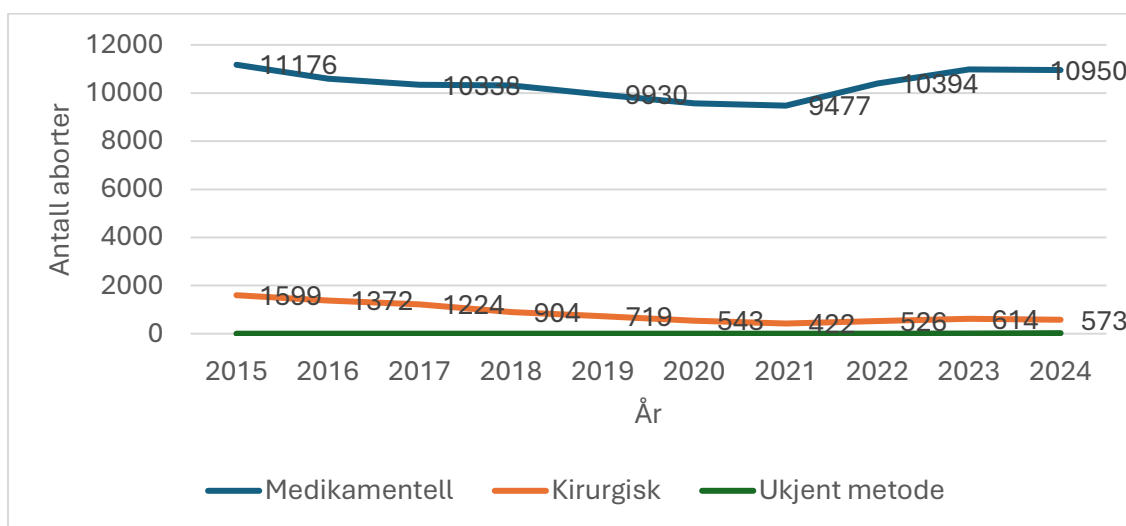
Kilde: Abortregistret

Tabell 2: Aborter utført i Norge før svangerskapsuke 10 (til og med 9+6) 2015-2024

År	Antall, medisinsk	Antall, kirurgisk	Antall, totalt	Andel, medisinsk
2015	11176	1599	12775	87 %
2016	10596	1372	11968	89 %
2017	10338	1224	11562	89 %
2018	10313	904	11217	92 %
2019	9930	719	10649	93 %
2020	9567	543	10110	95 %
2021	9477	422	9899	96 %
2022	10394	526	10920	95 %
2023	10976	614	11602	95 %
2024	10950	573	11545	95 %

Kilde: Abortregisteret

Figur 1: Aborter utført i Norge før svangerskapsuke 10 (til og med 9+6) 2015-2024



Kilde: Abortregisteret

Tabell 3: Aborter utført medikamentelt i Norge i 2024 før svangerskapsuke 10 (til og med 9+6) per institusjon

Sykehus	Antall, medisinsk
Akershus Universitetssykehus	1325
Kongsvinger sykehus	75
Oslo universitetssykehus Ullevål	1638
Sykehuset Innlandet Elverum	298
Sykehuset Innlandet Gjøvik	218
Sykehuset Innlandet Lillehammer	157
Sykehuset Telemark	268
Sykehuset i Vestfold -Tønsberg	411
Sykehuset Østfold	554
Sørlandet sykehus Arendal	164
Sørlandet sykehus Flekkefjord	33
Sørlandet sykehus Kristiansand	322
Bærum sykehus	341
Drammen sykehus	323
Kongsberg sykehus	101
Ringerike sykehus	166
Haukeland universitetssjukehus	907
Voss sjukehus	65
Haugesund sjukehus	202
Odda sjukehus	16
Stord sjukehus	79
Førde sentralsjukehus	138
Stavanger Universitetssykehus	635
Kristiansund sykehus	30
Molde sjukehus	118
Volda sjukehus	37
Ålesund sjukehus	181
Sykehuset Levanger	163
Sykehuset Namsos	78
St. Olavs Hospital/Fødeavd.	746
Helse Finnmark, Klinikk Hammerfest	142
Helse Finnmark, Klinikk Kirkenes	61
Helgelandssykehuset Mo i Rana	94
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	61
Nordlandssykehuset Bodø	175
Nordlandssykehuset Lofoten	54
Nordlandssykehuset Vesterålen	60
Longyearbyen sykehus	4
Universitetssykehuset Nord-Norge Harstad	115
Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik	55
Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø	340

Kilde: Abortregisteret og RHF-ene

Tabell 4: Aborter utført i Helse Nord i 2024 før svangerskapsuke 10 (til og med 9+6) og antall og andel fullført hjemme (hjemmeaborter)

Sykehus	Antall, fullført hjemme	Antall, totalt	Andel, fullført hjemme
Helse Nord	764	1216	62,8 %
Helgelandssykehuset Mo i Rana	67	97	69,1 %
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	15	66	22,7 %
Helse Finnmark, Klinikk Hammerfest	96	152	63,2 %
Helse Finnmark, Klinikk Kirkenes	28	69	40,6 %
Longyearbyen sykehus	1	4	25,0 %
Nordlandssykehuset Bodø	138	181	76,2 %
Nordlandssykehuset Lofoten	25	54	46,3 %
Nordlandssykehuset Vesterålen	32	63	50,8 %
Universitetssykehuset Nord-Norge Harstad	77	122	63,1 %
Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik	44	58	75,9 %
Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø	241	350	68,9 %

Kilde: Abortregisteret

Dagens organisering av aborttjenestene

Helsedirektoratet kartla organiseringen av aborttjenester ved de ulike helseforetakene i forbindelse med en kunnskapsinnhenting for Abortutvalget i 2023. [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 besluttet 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 besluttet 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 legemidlene 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.

Frem til svangerskapsuke ti kan de fleste kvinner få abortlegemidlene på sykehus, og deretter reise hjem og fullføre aborten hjemme. Kontraindikasjoner er blant annet ung alder, manglende språkforståelse, mangel på en voksen støtteperson som kan være sammen med kvinnen mens aborten gjennomføres og mistanke om graviditet utenfor livmoren. Etter svangerskapsuke ti gjennomføres aborter i sykehus (Norsk gynekologisk forening, 2025).

I dag er det rutine på sykehusene å utføre ultralyd før abort for å fastslå svangerskapets varighet og om graviditeten er intrauterin eller ekstrauterin. I [veilederen](#) fra Norsk gynekologisk forening står det imidlertid at ultralyd ikke alltid er nødvendig ved tidlig abort.

De fleste helseforetak der det er fødetilbud, har også tilbud om abort, men det er noen steder der man kun har fødetilbud, men ikke aborttilbud, som Fødestua i Alta, Finnmarkssykehuset HF, Sonjatun fødestue, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnsnes fødestue, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Helsedirektoratet har innhentet informasjon fra de regionale helseforetakene om aborttilbudet, og om det er planer om å etablere aborttilbud flere steder enn i dag. Det er flere helseforetak som har vurdert eller vurderer å etablere tilbud flere steder enn i dag.

De regionale helseforetakene har svart på spørsmål om det er planer om å utvide tilbudet til flere steder innenfor RHF-ene:

Helse Sør-Øst

Akershus har vurdert Gardermoen, men foreløpig ikke planer om å tilby abort der. I Innlandet er det på sikt kanskje aktuelt å utvide til LMS Nord Gudbrandsdal og Valdres og/eller fødestua på Tynset.

Helse Nord

UNN: Helseforetaket har planer om å tilby medisinsk abort på flere steder. Det er gjennomført opplæring ved DMS Finnsnes (Fødestuen) og oppstart av medisinsk abort vil skje i løpet av kort tid. Dette vil være et tilbud for kvinner med geografisk tilhørighet i dette området, ca. 50 pasienter pr. år.

Finnmarksykehuset: Det er for øyeblikket ikke planer om å utvide tilbudet. Det finnes en avtalespesialist i gynekologi i Finnmark. For å redusere reisebelastningen for pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa kan det være en ide å utvide tilbudet til også å omfatte denne spesialisten.

Helgelandssykehuset: intermediær sengepost i Mosjøen: (etter akutt- og døgntilbud i MSJ og SSJ har blitt slått sammen) I det kartleggingsarbeidet hvor en medisinskfaglig arbeidsgruppe har identifisert og vurdert aktuelle pasientgrupper og behandlinger, kom det opp medisinsk abort som et forslag. I Mosjøen er det svangerskapspoliklinikk med ultralydjordmor, og hun kan administrere medisinske aborter sammen med jordmor kollega. Anbefalingen fra denne gruppen var at intermediær sengepost bør fokusere på medisinske tilstander ved starten, utvidelse av porteføljen med andre prosedyrer og tilstander (inkl. medisinsk abort) bør vurderes etter noen få måned med drift.

Helse Midt-Norge

Helse Møre og Romsdal: Tidligere ble abort også tilbudt ved Gynekologisk poliklinikk SNR Kristiansund, men dette ble avviklet i forbindelse med sammenslåing av akuttsykehusene Kristiansund og Molde til Hjelset. Det har vært planlagt å gjenopprette tilbudet i Kristiansund, men rekrutteringsutfordringer har foreløpig hindret dette.

Helse Vest

I Helse Vest tilbyr alle helseforetakene abort og ingen av helseforetakene har planer om å utvide tilbudet. Det er blitt bemerket at selv om kvinnene ofte blir tatt hånd om av en sykepleier i poliklinikken er det alltid minst en spesialist i gynekologi til stede i poliklinikken.

Krav til rapportering av aborter til sentrale helseregistre

Abortregisteret

Det følger av abortregisterforskriften § 2-1 at sykehus eller institusjoner hvor abort utføres skal sørge for å melde inn opplysninger til Abortregisteret. Meldeplikten til Abortregisteret omfatter alle aborter, uansett hvor de er utført eller tidspunkt for utførelsen. Medisinsk abort før 10. svangerskapsuke utenfor sykehus vil derfor omfattes av meldeplikt til Abortregisteret.

Det er også krav i medisinsk fødselsregisterforskriften § 1-2 til rapportering av opplysninger om nemndbehandlede aborter til Medisinsk fødselsregister (MFR). Dette gjelder derfor ikke medisinske hjemmeaborter før uke 10.

Rapportering til Abortregisteret skjer i dag gjennom egne rapporteringsløsninger ved sykehusene som er knyttet til pasientjournalløsningene ved sykehusene. Aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har andre, separate pasientjournalssystemer enn sykehusene, og kan ikke benytte seg av sykehusenes rapporteringsløsninger.

Abort i andre land

WHO sine retningslinjer for abort

Verdens helseorganisasjon fremhever i [sine retningslinjer](#) at selvbestemt abort skal være en del av helsetjenesten (WHO 2022). Anbefalinger om helsetjenestetilbudet til abortsøkende bygger blant annet på at flere helsepersonellgrupper kan gi aborttjenester. Hvordan tjenesten er organisert og hvilke helsepersonellgrupper som er involvert er avhengig av flere faktorer. Både tilgjengelige helsepersonellressurser, de nasjonale og lokale rammene og kvinnenenes situasjon og preferanser vil ha betydning.

WHO omtaler også mulighet for at gravide selv kan administrere abort ved hjelp av telemedisin, og rett til selvbestemmelse og privatliv. Uansett hvordan tilbudet er organisert er det viktig at det tas hensyn til individuelle behov. Det anbefales også tilpasset og kunnskapsbasert informasjon, tilgang til faglig kvalifisert helsehjelp, tilbud om oppfølging ved behov og prevensjonsveiledning.

Nordiske land

Helsetjenestetilbudet for abort er ganske likt i de nordiske landene og medisinsk hjemmeabort er et tilbud i hele Norden. I alle landene tilbys abort på offentlige sykehus. I Danmark tilbys også tidlig medisinsk hjemmeabort av noen private institusjoner og privatpraktiserende gynekologer.

Sverige har nylig gjennomført en [offentlig utredning av aborttilbudet](#) i landet og kommet med anbefalinger til svenske myndigheter. Anbefalingene omfatter blant annet bedre tilgjengelighet for abort ved at "sykehus" tas ut av loven, at jordmødre får selvstendig ansvar for medisinske aborter inkludert rekvireringsrett for de nødvendige legemidlene, at lege bør være tilgjengelig ved behov i virksomheter som tilbyr abort, og at man bør åpne for abort uten fysisk besøk, via digitale løsninger. Rapporten har vært på høring, men ifølge Socialstyrelsen er det foreløpig ikke iverksatt noen endringer.

Vi er også kjent med at England tilbyr [abortlegemidler via digital kontakt med abortsøkende](#). Videre anbefaler [NICE retningslinje](#) at sykepleiere og jordmødre skal ha en rolle i abortomsorgen.

Telemedisin

Telemedisinsk konsultasjon før tidlige medisinske aborter benyttes i flere land, blant annet i Storbritannia, USA, Frankrike og Australia. Det organiseres enten der pasient og helsepersonell er til stede samtidig i video- eller telefonkonsultasjon eller med e-konsultasjon, der pasienten sender elektronisk melding som helsepersonell besvarer på et senere tidspunkt.

Telemedisin kan være aktuelt både i forkant av aborter der pasienten trenger ultralyd før abort, og i tilfeller der det ikke er behov for ultralyd. Pasienten kan da slippe, eller få

kortere reisevei, slippe å ta fri fra jobb eller skole for å møte til time, og slippe å sitte på venterom. Legemidlene sendes i posten eller hentes ut fra apotek.

Slik det er organisert der man bruker telemedisin, tar den gravide kontakt og svarer på spørsmål ved e-konsultasjon eller direkte via digitale løsninger. De som vurderes å ikke trenge ultralyd, får resept på legemidler, informasjon om aborten og informasjon om hvor man kan henvende seg ved komplikasjoner eller spørsmål. De som har behov for ultralyd settes opp til time eller henvises videre. De som ikke kan gjennomføre medisinsk hjemmeabort, tar abort på sykehus.

Det finnes beslutningsstøtteverktøy som identifiserer hvilke pasienter som kan gjennomføre abort uten ultralyd, og hvilke som bør undersøkes. Dette er blant annet tatt i bruk i England (Helsedirektoratet, 2023). Dersom kvinnen vet dato for siste menstruasjon, er ultralyd ikke alltid nødvendig for å fastslå svangerskapsvarighet. Sjekklisten inkluderer spørsmål som avdekker risiko for ektrauterin graviditet (graviditet utenfor livmoren) og der man må avklare plassering av graviditeten med ultralyd. Selv om slike graviditeter er sjeldne, kan de gi alvorlige komplikasjoner, som indre blødninger.

Erfaringer med abort utenfor sykehus i Norge

Abort hos avtalespesialist

Etter den tidligere abortloven kunne abort før utgangen av 12. svangerskapsuke også utføres i annen institusjon som statsforvalteren hadde godkjent. Det har imidlertid bare vært ett prøveprosjekt (organisert som studie) der abort ble tilbudt av aktører utenfor sykehus før 2025. I prøveprosjektet som ble gjennomført i perioden 2015-2017 ble abort tilbudt hos avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Prøveprosjektet inkluderte 467 kvinner, og hadde som mål å utforske alternative arbeidsmåter og organisatoriske løsninger for å gi gravide større valgfrihet (Pay 2018). Resultatene viste høy grad av opplevd trygghet og tilfredshet blant kvinnene, til tross for at mange rapporterte om moderate til sterke smerter og blødninger. En viktig faktor var tett oppfølging fra helsepersonell, inkludert telefonkontakt etter oppstart av abort og tilbud om etterkontroll med prevensjonsveiledning – noe som trolig påvirket opplevelsen positivt. Kun 9 % hadde kontakt med annet helsepersonell eller sykehus under behandlingen, mens én av fem trengte ekstra konsultasjon hos avtalespesialisten. Studien gir ikke informasjon om ressursbruk sammenlignet med sykehusbasert abort, og erfaringene til helsepersonell ble ikke kartlagt. Det var heller ikke en sammenliknende studie med sykehusstilbudet.

Prøveprosjekt ved Sex og Samfunn

Sex og samfunn startet i august 2025 et pilotprosjekt med tidlig medisinsk abort utenfor sykehus. Prosjektet har mottatt tilskudd over tilskuddsordningen for seksuell helse som

forvaltes av Helsedirektoratet. Tilbudet er for abortsøkende over 16 år som er bosatt i Oslo, og som er kortere enn 10 uker gravid.

Behandlingen gis etter modell fra Storbritannia. I forkant av aborten har pasientene samtale med sykepleier på telefon, eller svarer på spørsmål via digital bookingløsning. Ved hjelp av sjekkliste avklares det om det er behov for ultralyd eller ikke før aborten. Pasienter som skal ta ultralyd settes opp til time hos lege. Øvrige får time hos sykepleier. I rundt 20 % av tilfellene som er forhåndsselektert til å ikke ha behov for ultralyd, viste det seg at det likevel var behov for dette. Da utføres dette ved samme besøk, ettersom lege er til stede og man har organisert seg med utstyr og rom tilgjengelig. Det planlegges å lære opp sykepleier til bruk av ultralyd. Frem til nå har om lag 50 % av pasientene blitt undersøkt med ultralyd i prosjektet.

Per 18.11.25 har 123 pasienter fått behandling. Sex og samfunn tilbyr også veldig tidlig medisinsk abort (very early medical abortion, VEMA) det vil si abort før uke 6+0. Om lag 25 % av pasientene fikk VEMA, erfaringen fra dette hittil er mindre blødning og mindre smerter og pasientene har rapportert at de er fornøyde med å ikke måtte vente.

Videre erfarer man at færre enn forventet har behov for kontakt og oppfølging i etterkant av aborten. Rundt en tredjedel har ønsket time til kontroll, og hovedsakelig var dette knyttet til prevensjonsbehov. Noen flere enn først antatt har behov for kontroll på grunn av fortsatt blødning etter fire uker. Tilbakemelding fra pasientene er at det er positivt at det finnes et alternativ til sykehus hvor pasientene kan måtte dele venterom med ønskede gravide eller overvåkingsrom med gravide som venter på å føde. Sex og samfunn har laget informasjonsmateriell inkludert videoer, som blir brukt av pasientene.

Personell – status og utvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Ifølge [helsepersonellkommisjonens rapport](#) vil det være økende behov for helsepersonell generelt og mindre tilgang framover (NOU 2023:4). Det vil særlig være et økende behov for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bakgrunn for økt behov for helsepersonell er først og fremst endringer i demografi med en økende andel eldre i befolkningen. Forventningene til hva som skal håndteres i primærhelsetjenesten er også økende. Hvordan utviklingen blir avhenger av mange faktorer både i og utenfor tjenesten, som for eksempel de økonomiske rammebetingelsene og tilgang på leger og annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2025 (Årsrapport Kompetanseløft)).

Fastlegenes rolle og oppgaver i forbindelse med abort

Fastlegen er medisinsk koordinator for sine listepasienter, og skal utrede, behandle og følge opp pasientene, men også samhandle og samarbeide med andre tjenester.

Fastlegen har listeansvar som omfatter alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på sin liste. Ved behov skal fastlegen henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fastlegen har et særskilt ansvar for å koordinere tjenestene pasienten mottar, jf. fastlegeforskriften § 19. Når det gjelder gravide innebærer det samarbeid med jordmortjenesten og helsestasjon, men kan også gjelde andre kommunale helse- og omsorgstjenester, som psykisk helsevern. Noen kvinner har kontakt med fastlege som første helsepersonell de møter når de vurderer abort, og for kvinner som har behov for oppfølging etter abort, vil fastlegen ofte være en aktør de tar kontakt med. Fastlegens rolle i et abortforløp kan inkludere informasjonsformidling, psykososial støtte, samtaler og koordinering av videre helsehjelp.

Kvinnen kan ta direkte kontakt med sykehus for å fremme krav om abort. Dersom kvinnen ønsker bistand til å fylle ut krav og sende til sykehuset skal fastlegen eller annet helsepersonell gi den gravide individuelt tilpasset hjelp til å fremme kravet. I henhold til fastlegeforskriften § 24 siste ledd skal fastlegen ikke henvise kvinnen til abort, men sende kvinnens krav sammen med nødvendige medisinske opplysninger til sykehuset eller institusjonen som skal utføre inngrepet. Det fremgår videre at dersom aborten ikke kan utføres før utgangen av 18. svangerskapsuke, skal fastlegen også sende en skriftlig utredning om de grunner kvinnen oppgir, jf. abortloven § 7.

Etter gjennomført abort har fastlegen en rolle i oppfølging av psykiske og somatiske plager, samt veiledning om prevensjon og familieplanlegging.

Jordmor, helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Den kommunale helsestasjonstjenesten i Norge er en lovpålagt, forebyggende helsetjeneste som omfatter helsestasjon for barn (0–5 år), skolehelsetjeneste (5–20 år), helsestasjon for ungdom (HFU) og jordmortjeneste. Tjenesten er organisert under kommunen og følger nasjonale faglige retningslinjer som stiller krav til kvalitet, kompetanse og samhandling (Helsedirektoratet, 2017). HFU er et lavterskeltilbud for ungdom, vanligvis opp til 20 eller 24 år, og tilbyr gratis helsehjelp uten henvisning. Her møter ungdom helsesykepleier, lege, jordmor og eventuelt psykolog, og får hjelp med blant annet seksuell helse, prevensjon, testing for seksuelt overførbare infeksjoner, psykisk helse og graviditetsveiledning. Jordmortjenesten er et gratis tilbud til gravide og dekker svangerskapsoppfølging fra tidlig i graviditeten, med helsekartlegging, prøvetaking, helseveiledning og henvisning til ultralyd og spesialisthelsetjeneste ved behov.

Tjenestene er tverrfaglige og bygger på prinsipper om brukermedvirkning, tilgjengelighet og helhetlig oppfølging. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten samarbeider tett med fastleger, barnevern, NAV, psykisk helsevern, skole og andre kommunale og statlige

instanser. Det stilles krav til tydelig ansvarsfordeling, dokumentasjon og kvalitetssikring, og ledelsen har ansvar for å sikre at tjenestene er faglig forsvarlige og tilpasset lokale behov. Jordmor og HFU er ofte samlokalisert med øvrige helsestasjonsfunksjoner, men kan også være organisert som egne enheter. Tjenestene er viktige arenaer for tidlig innsats og forebygging, og spiller en sentral rolle i å nå ut til barn, unge og gravide med helsehjelp i en trygg og tilgjengelig ramme.

Finansiering av kommunesektoren

Kommunesektoren er rammetransfinansiert, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres av staten gjennom frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter). Kommunens frie inntekter utgjør om lag 70 prosent av kommunenes samlede økonomi, og kan benyttes uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regler. I tillegg mottar kommunene øremerkede tilskudd til spesifikke formål, samt øvrige inntekter som brukerbetaling og egenandeler.

Fastleger er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og finansieres gjennom en kombinasjon av kommunal basisfinansiering i form av et tilskudd som følger med hver pasient avhengig av innbyggerens behov for tjenester, egenandeler fra pasienter og refusjoner fra folketrygden via takstsystemet. Kommunen har ansvar for å sørge for et tilstrekkelig fastlegetilbud, men har liten innflytelse over den daglige driften.

Helsestasjonene er fullt ut kommunale tjenester, og finansieres gjennom kommunens frie inntekter, i tillegg til øremerkede statlige tilskudd. Eksempler på slike tilskudd er ordningen for styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert midler til jordmortjenesten og helsestasjon for ungdom. I tillegg regulerer forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp retten til refusjon for ulike jordmortjenester. I dag gjelder dette blant annet svangerskapskonsultasjoner og prevensjonsveiledning, men ikke aborttjenester.

Oppfølging etter abort – rett til oppfølgende samtaler

I ny abortlov § 23 gis kvinner som ønsker det, rett til inntil to oppfølgende samtaler etter en abort. Oppfølgingssamtalen kan gjøres både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse – og omsorgstjenestene. Fra 1. august 2025 ytes det stønad etter honorartakst (fritak for egenandel) ved inntil to oppfølgingssamtaler hos lege etter abort, jf. stønadsforskriften for leger § 3 nr. 11.

Rekvirering og ordinerer av legemidler

De aktuelle legemidlene for medisinsk abort er mifepriston og misoprostol. Det vil i tillegg være aktuelt med smertestillende legemidler (analgetika). Ved abort som fullføres utenfor sykehus anbefales det standard pakke med profylaksemedikasjon og to tabletter oksynorm 5 mg (Norsk gynekologisk forening, 2025).

Det er i utgangspunktet kun leger og tannleger som kan rekvirere reseptbelagte legemidler, jf. [helsepersonelloven § 11](#). Det er i [forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m - Kap. 7. Rekvirering til særlige formål](#) unntak fra helsepersonelloven § 11 for rekvirering til særlige formål. Helsesykepleiere og jordmødre med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven, gis i forskriften § 7-1 tredje ledd rett til å rekvirere alle typer prevensjonsmidler i ATC-gruppe G02B og G03A, samt legemidler til bruk i praksis som er nødvendig for administrering av prevensjonsmidlene.

Ordinering av legemidler forutsetter rekvireringsrett, jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 3 bokstav g. Det fremgår her at ordinering defineres som beslutning tatt av helsepersonell, med rekvireringsrett til pasient, om iverksettelse, videreføring eller endring av individuell behandling med legemiddel.

Helsepersonell uten rekvireringsrett kan i visse tilfeller beslutte iverksettelse av legemiddelbehandling, jf. forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 7 andre ledd (ordinering gjennom prosedyre). Det skjer etter skriftlig prosedyre, fastsatt av virksomhetsleder i samråd med helsepersonell (lege) med rekvireringsrett. Dette er et unntak fra krav om ordinering gjort til enkeltpasient og gjelder kun situasjoner der slik ordinering er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Det vises til [Ordinering gjennom prosedyre - Helsedirektoratet](#), der det fremgår at formålet med § 7 andre ledd er å sikre forsvarlig helsehjelp i situasjoner der rekvirent ikke er tilgjengelig for å igangsette og instruere legemiddelbehandling av den enkelte pasient. Ordinering gjennom prosedyre kan skje til grupper av pasienter som er definert ut fra nærmere bestemt helsetilstand, og kan derfor i bestemte situasjoner erstatte en individuell ordinering til enkeltpasienter gjort av helsepersonell med rekvireringsrett.

At rekvirent ikke er tilgjengelig, innebærer at legen ikke kan nås for skriftlig eller muntlig ordinering av legemidler, eller at hastegraden i situasjonen er av en slik art at det å kontakte legen for ordinering forsinkes og hindrer faglig forsvarlig behandling av pasienten. Virksomhetsleder må vurdere i hvilke situasjoner det er nødvendig med ordinering gjennom prosedyre fordi helsepersonell med rekvireringsrett ikke er tilgjengelig for ordinering av legemiddelet. All bruk av legemidler etter slik prosedyre skal dokumenteres.

Oppsummering av eksterne innspill

Helsedirektoratet har i arbeidet med oppdraget hatt møter med ulike aktører og også fått skriftlige innspill. Det er avholdt et felles møte med en bredt sammensatt referansegruppe bestående av regionale helseforetak (RHF), kommunehelsetjenesten, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Den norske jordmorforening, Norske Kvinners Sanitetsforening. I tillegg er det gjennomført separate møter med Bedre abortomsorg, Sex og Samfunn, Alta kommune og Finnmarkssykehuset og SRHR-nettverket (nettverk

for seksuell helse med representanter fra helsetjenesten, faggrupper, sivilsamfunn, organisasjoner og offentlige etater). Innspillene er oppsummert nedenfor, med brukerperspektivet separat.

Tilgang til aborttjenester

Aborttilbudet i Norge er i dag preget av store geografiske forskjeller, noe som kan skape uønsket variasjon og barrierer for kvinner, særlig i distriktene. De fleste er enige om at abort prinsipielt kan tilbys på lavest mulig omsorgsnivå for å sikre likeverdige helsetjenester. Dette kan gi gevinster både for helsevesenet og for pasientene. En slik løsning innebærer å flytte deler av tjenesten fra sykehus til primærhelsetjenesten, der fastleger, jordmødre og helsesykepleiere kan ha en sentral rolle. Det er viktig å sikre lavterskeltilbud og redusere barrierer, særlig for grupper som sjelden oppsøker helsetjenester, men har størst behov.

Dersom aborttilbud etableres i kommunene, er det innspill på at kommunen skal ha ansvar for organiseringen – ikke direkte til fastleger. Det er nevnt utfordringer knyttet til gjennomtrekk og utenlandske fastleger, og kvinner kan oppleve usikkerhet, særlig med tanke på reservasjonsretten. Særlig i mindre kommuner vil helsepersonells rett til reservasjon i abortloven kunne representere en utfordring.

Forutsetninger for endring

Hvis abortbehandling delvis overføres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må det øremerkes ressurser også til opplæring og evaluering for å sikre en trygg overgang som ikke rammer andre pasienter. En annen forutsetning er tydelige nasjonale retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet. Et kommunalt tilbud skal ikke gå på bekostning av kvinners rett til abortbehandling på sykehus, inkludert mulighet for kirurgisk abort der det er behov for det. Sykehusene må ha tilstrekkelige ressurser til å opprettholde aborttilbud, og samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunene bør inngås for å sikre dette. Det er viktig at kvinner har et tilbud som er tilgjengelig kveld/helg/natt dersom det oppstår behov for kontakt med sykehus.

Pilotprosjekter og organisering

Flere aktører foreslår etablering av pilotprosjekter, særlig i grisgrendte strøk, for å teste ulike modeller og samarbeid mellom kommuner. Helsestasjoner og fastleger kjenner pasientene bedre og kan gi helhetlig oppfølging, samtidig som det kan frigjøre kapasitet på sykehusene. Skolehelsetjenesten er ikke rigget for dette, mens helsestasjon, helsestasjon for ungdom og jordmørtjenesten er mer aktuelle. Det er viktig å vurdere konsekvensene for distrikts-Norge, hvor avstander og ressursmangel kan være større.

Flere løftet frem alternativer til abort i kommunen, som at helseforetakene kan tilby abort ved flere distriktsmedisinske sentre som en start.

Aborttelefon og telemedisin

Noen av organisasjonene foreslår en nasjonal telefontjeneste for kvinner som

gjennomgår abort, der de kan nå fagfolk utenfor kontortid. Det ble foreslått at de regionale helseforetakene kan ta ansvar for dette, eventuelt som en oppgave lagt til fødeavdelinger med lavt antall fødsler for å utnytte kapasitet og kompetanse. I flere land tilbys abort gjennom telemedisin for å gjøre tjenesten mer tilgjengelig. En aborttelefon kan være knyttet til en slik ordning i Norge.

Identifiserte utfordringer

Utfordringer som ble fremhevet inkluderer mangel på jordmødre og helsesykepleiere og utfordring med kapasitet i kommunene, rett til ordinerings og rekvirering av legemidler, fastlegers usikkerhet ved sjeldne oppgaver og begrenset tilgang til og kompetanse i bruk av ultralydutstyr. Det er også bekymring for at oppgaven kan bidra til å fortrenge eller gi lengre ventetid for andre pasienter. Dagens organisering av helsetjenesten i kommunene er heller ikke tilpasset abort-tilbud, og lokaler og venterom er ikke nødvendigvis egnet. Det må sikres forsvarlighet, god oppfølging og håndtering av komplikasjoner. Selv om kvinnene ofte blir tatt hånd om av en sykepleier i poliklinikken, eller LIS-lege, er det gynekolog tilgjengelig som tilkalles ved behov når abort skjer på sykehus. Et tilbud i kommunen vil ikke innebære en gynekolog i bakvakt. Videre må det etableres systemer for registrering i Abortregisteret og utarbeidelse av informasjonsmateriell. Økonomiske incentiver og profesjonsnøytrale takster som reflekterer tidsbruk (om lag 40 minutter per konsultasjon) er også nevnt som avgjørende for å få kommunene og fastlegene med. Ordningen må være robust, og ta høyde for ferieavvikling. Samtidig er det usikkerhet om hvor mange som vil ønske tilbudet og i mindre kommuner vil det være få aborter, som gjør at man ikke får erfaring, samtidig som det er krevende å etablere og lære opp personell.

Det kom også innspill om risikoen for at pasienter faller mellom «to stoler», særlig i overgangene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette krever gode samarbeidsrutiner og kontinuitet. Selv om veilederen til Norsk gynekologisk forening sier at reiseavstand ikke skal styre behandlingsnivå, vil regionale forhold som avstand, vær og ressurstilgang vurderes, samtidig som kvalitet og sikkerhet skal ivaretas. Det ble også påpekt at abort i kommunene ikke bør være et lovpålagt tilbud som alle kommuner skal ha.

Brukerperspektiv

Brukerorganisasjonen Bedre Abortomsorg har gjennomført en enkel spørreundersøkelse blant 49 kvinner som tidligere har gjennomført abort. Resultatene viser at kvinnene ønsker valgfrihet når det gjelder hvor de kan henvende seg for å få gjennomført abort. Enkelte ønsker fortsatt at aborten gjennomføres ved sykehus, mens andre opplever det som svært krevende å gjennomføre abort på en poliklinikk sammen med gravide og fødende, og foretrekker et alternativt sted. Dette synet støttes av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS).

Bedre Abortomsorg understreker at det er viktig å sikre at kvinner vet hvor de kan ta kontakt dersom behov oppstår utenfor legekontorets åpningstid. De problematiserer om terskelen kan bli høyere for å ringe sykehuset dersom behandlingen er startet i et annet ledd i kjeden, enn når kontakten allerede er etablert med sykehuset. De påpeker at et nytt system for abort ikke må øke avstanden mellom kvinnen og helsetjenesten.

Andre innspill fra NKS peker på at et tilbud i kommunehelsetjenesten kan redusere geografiske, praktiske og psykososiale barrierer, særlig for unge og personer med lav ressurstilgang. Lang reisevei rammer spesielt utsatte grupper som unge kvinner, kvinner som lever under sterk sosial kontroll eller i kontrollerende forhold, kvinner med stor omsorgsbelastning, og kvinner med dårlig økonomi som må ta seg fri fra jobb.

NKS mener det er store og tilsynelatende ubegrunnede variasjoner i hvordan sykehus praktiserer hjemmeabort, blant annet når det gjelder grenser for reisevei, alder, svangerskapslengde og hvilken smertelindring som gis. For å sikre lik tilgang og brukermedvirkning løfter de behovet for en nasjonal retningslinje som gir oppdatert og enhetlig faglig grunnlag for aborttjenesten.

NKS mener også at det er avgjørende å sikre en finansieringsordning, for eksempel gjennom profesjonsnøytrale takster, som gir kommunene både insentiver og rammer til å bygge opp et kommunalt aborttilbud tilpasset lokale behov.

3. Helsedirektoratets vurderinger

I oppdraget er vi bedt om å avklare hva som er forutsetningene for at medisinsk abort skal kunne tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og vurdere hvordan ansvar og oppgaver bør fordeles mellom de regionale helseforetakene og kommuner, hvordan slik tjenesteyting kan finansieres og behov for endringer i regelverk.

Helsetjenesten i Norge står overfor 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 tidlig medisinsk hjemmeabort bør tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, reiser flere spørsmål. I vurdering av endring av organisering og oppgavefordeling av en helsetjeneste, har direktoratet sett på det foreslåtte tiltaket (abort i kommunene) i lys av prinsippene for kvalitet, tilgjengelighet og prioritering i helsetjenesten, sammenliknet med status og organisering i dag. Vi har også sett på alternative tiltak for å nå de overordnede målene for aborttjenesten. Dersom en tjeneste skal endres, 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 en helhetlig vurdering av konsekvenser og prioritering. Det er variasjon mellom kommunene mht. innbyggertall, reiseavstand til

kommunesenter, og helsetilbud og organisering av helsetilbudet. Et spørsmål som reises er om tilbud om abort i kommuner vil påvirke andre befolkningsgrupper i kommunen og gi et redusert tilbud til disse, i form av redusert tilgjengelighet i tjenestene.

Vurdering av abort i kommunene dreier seg ikke om å flytte tjenesten, men om å vurdere om en tjeneste som tilbys i spesialisthelsetjenesten også kan tilbys av kommunen, slik at kvinnen kan velge blant flere steder, for eksempel om hun vil til fastlege, jordmor i kommunen, helsestasjon, eller på poliklinikk på sykehus. Videre må det vurderes forutsetninger og konsekvenser av et slikt tilbud.

Det er stor usikkerhet om omfang av pasienter hvis det skulle tilbys abort i kommuner. Hvorvidt tilbudet skal være tilgjengelig i alle kommuner, om kommunene får overført ansvar for alle tidlige aborter, eller om det skal være valgfrihet for kvinnene og kommunene ift. etablering har også betydning for omfanget.

Personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Ifølge helsepersonellkommissjonens rapport vil det være økende behov for helsepersonell generelt og mindre tilgang framover (NOU, 2023). Det vil særlig være et økende behov for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bakgrunn for økt behov for helsepersonell er først og fremst endringer i demografi med en økende andel eldre i befolkningen. Forventningene til hva som skal håndteres i primærhelsetjenesten er også økende. Hvordan utviklingen blir avhenger av mange faktorer både i og utenfor tjenesten, som for eksempel de økonomiske rammebetingelsene og tilgang på leger og annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2025 (Årsrapport Kompetanseløft)).

Fastleger og andre allmennleger i kommunen

Dersom abort skal tilbys i kommunene vil fastlegene være en aktuell aktør. Samtidig er det også andre leger i kommunene, som legevaktslege, sykehjemslege og fengselslege som kan være aktuelle, selv om flertallet av allmennleger i kommunene er fastleger.

Økende rekrutterings- og kapasitetsutfordringer i allmennlegetjenesten har de siste ti årene gitt vekst i ubesatte fastlegelister, utfordringer med bemanning av legevakt og lengre ventetid for å bytte fastlege. I en spørreundersøkelse fra 2021 oppga 4 av 5 fastleger at de hadde for stor arbeids-belastning (Oslo Economics, 2022). Små kommuner i distriktet er generelt sett mest sårbare for ustabil legedekning når tilgangen til fastleger reduseres.

Den demografiske utviklingen tilsier at det vil bli økt behov for fastlegetjenester i tiden fremover. Basert på fastlegebruk i historien og befolkningsframskrivningene fra SSB tilsier framskrivninger fra Folkehelseinstituttet et behov for om lag 40 flere fastlegelister per år. Behovet vil avhenge av en rekke forhold, for eksempel hvor mange pasienter det

er på fastlegelistene samt etterspørsel etter fastlegetjenester (Folkehelseinstituttet, 2023).

Siden høsten 2023 har rekrutteringen til fastlegeyrket bedret seg som følge av en rekke tiltak knyttet til økonomiske intensiver. Dette har muliggjort kortere fastlegelister for å redusere arbeidsbelastning, og andel ubesatte lister er på vei ned. Det er likevel usikkert om denne utviklingen er bærekraftig på sikt, i en situasjon med begrenset tilgang på helsepersonell og ressurser (Oslo Economics 2022, Helsedirektoratet 2025 (Årsrapport for Arbeidet med allmennlegetjenesten)).

Tilgjengelighet til time hos den enkelte fastlege varierer. Plikten til å tilrettelegge for at listeinnbyggere kan få øyeblikkelig hjelp, gjør at fastleger har avsatt noen timer daglig som kan fås samme dag, men dette er begrenset. Flere pasienter som trenger time raskt, vil også påvirke hvordan fastlegen må planlegge driften.

Dersom abort skal tilbys av fastleger og andre leger i kommunen, er det imidlertid mulig for legen å overlate bestemte oppgaver til andre helsepersonellgrupper dersom dette er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis, jf. helsepersonelloven § 5, unntatt rekvirering og ordinering av legemidler hvor det gjelder særlige krav, jf. over. Fra 1. januar 2026 vil også stønadsforskriften endres, slik at leger kan delegere konsultasjoner til sykepleiere og få refusjon fra folketrygden.

Hvis fastleger eller andre allmennleger i kommunen skal tilby abort, vil det allikevel være behov for rutiner og prosedyrebeskrivelser for gjennomføring av abort, inkludert rutiner for hvem som skal til sykehus og håndtering ved komplikasjoner. Kvinner som tar tidlig abort hjemme, vil av og til ha behov for kontakt med helsetjenesten utenfor vanlig kontortid for de kommunale tjenestene. Avtaler mellom kommuner og sykehus, og rutiner for å sikre helhetlige og sammenhengende forløp og tjenester, vil derfor også være nødvendig.

Aborttjenesten er godt organisert i dag, og er de fleste steder drevet av sykepleiere eller jordmødre i samarbeid med LIS-leger på sykehusene og med gynekologer i bakvakt. Dersom en tjeneste som i dag i stor grad tilbys av sykepleiere sammen med LIS-leger på poliklinikk, skal tilbys i større grad hos fastlegen, kan det medføre at noen av tjenestene i forbindelse med abort løftes opp på et høyere behandlingsnivå enn i dag.

Helsestasjonstjenesten inkludert helsestasjon for ungdom

Ved helsestasjon, helsestasjon for ungdom og jordmortjenesten i kommunen har man både helsesykepleier og jordmor med kompetanse på seksuell helse. Gravide får også allerede oppfølging av jordmor i kommunen i svangerskapet. Dersom abort skulle tilbys ved helsestasjon eller helsestasjon for ungdom eller i jordmortjenesten i kommunen vil det allikevel være behov for opplæring av personell, inkludert opplæring i forundersøkelse, medisindosering og smertehåndtering. Ansvarlig lege må også være tilgjengelig for rekvirering/ordinering av legemidler, og lege må være tilgjengelig for å gi

råd, veiledning og instruksjon. En del jordmødre har ultralydutdanning og har kompetanse til å vurdere svangerskapslengde også i forbindelse med abort. Dersom jordmødrene i kommunen ikke har ultralydutdanning, kreves særskilt opplæring i ultralyd dersom det skal utføres som en forundersøkelse. Helsesykepleiere har ingen kunnskap om ultralyd i sin utdanning, og har heller ikke en etablert etterutdanning som vil gi dem den kompetansen. Ultralydkompetanse og utstyr vil være nødvendig dersom tilbudet skal være som på sykehusene i dag, med bruk av ultralyd før medisinsk abort. Selv om man eventuelt går over til at noen ikke skal ta ultralyd, vil det være behov for tilgjengelig tilbud om ultralyd der det er indisert.

Det er, og forventes fortsatt å være mangel på helsesykepleiere i kommunene. Når det gjelder jordmødre har det i flere år vært utfordringer både med rekruttering og med å beholde jordmødre i helseforetakene, samtidig som kommunene har fått et [økende antall jordmorstillinger](#). Utdanningskapasiteten er økt over tid, men på grunn av blant annet høy andel jordmødre i pensjonsalder og styrking av kommunale jordmortjenester, er det fortsatt krevende å sikre nok jordmødre. Flere kommuner har utfordringer med å dekke jordmødrenes ansvarsområder, både på grunn av manglende ressurser og økonomiske rammer. Dersom den kommunale jordmortjenesten og helsestasjonen tillegges flere oppgaver, er det en risiko for at dette fortrenger eksisterende oppgaver eller trekker enda flere jordmødre ut av helseforetakene.

Helsestasjonen må ha rom for diskre konsultasjon og trygg utdeling av legemidler, det er videre behov for rutiner og prosedyrebeskrivelser for gjennomføring av abort ved helsestasjonen, inkludert rutiner for hvem som skal til sykehus og håndtering ved komplikasjoner. Helsestasjonstjenesten har ikke døgntilbud eller tilbud i helg og kvinner som tar tidlig abort hjemme, vil av og til ha behov for kontakt med helsetjenesten utenfor vanlig kontortid. Avtaler mellom kommuner og sykehus og rutiner for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester, ville derfor også være nødvendig.

Jordmødre har i dag ikke rekvireringsrett. Eventuell rekvireringsrett for jordmor vil derfor også kreve en endring av forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler. Se nærmere i punktet om rekvirering og ordinerings av legemidler.

[Kommunale helse- og omsorgstjenesters rolle og oppgaver knyttet til abort og seksuell helse](#)
Når det gjelder de kommunale helse- og omsorgstjenestene har de allerede en rolle og oppgaver knyttet til abort og seksuell helse, og det er anbefalt at de fortsatt skal ha dette. Det gjelder blant annet bistand til å fremme krav om abort, oppfølgingssamtaler etter abort, prevensjonsveiledning og oppfølging av psykisk helse. Kommunale helse- og omsorgstjenester har en viktig rolle som kompletterer spesialisthelsetjenestens aborttilbud. Helsedirektoratet anbefaler at den styrkes og understøttes av andre tiltak rettet mot denne pasientgruppen for å sikre en enda bedre aborttjeneste, heller enn at kommunene overtar ansvar for en aborttjeneste som i dag er godt organisert i

spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis er Helsedirektoratet kjent med et prosjekt i Lørenskog kommune der jordmødre tilbyr gratis prevensjonsveiledning og prevensjon til kvinner etter provosert abort. I samarbeid med AHUS og OUS får kvinner informasjon om tilbudet og tar direkte kontakt med helsestasjonen og avtaler time. Tilbakemeldinger fra kvinnene er at de er fornøyde med tilbudet.

Helsepersonells fritak av samvittighetsgrunner (rett til reservasjon)

Etter abortloven § 24 kan helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, fritas fra å utføre eller assistere ved aborter, inkludert å rekvirere og ordinere legemidler ved medisinsk abort. Retten til fritak omfatter ikke stell og pleie før, under og etter aborten. Det føres i dag ikke nasjonal oversikt over antall eller hvem som reserverer seg ved sykehusene. Det føres oversikt på det enkelte sykehus, av hensyn til planlegging lokalt på sykehuset.

Kommunene har informert om at i små kommuner med få ansatte og små stillinger vil reservasjonsretten kunne utgjøre et betydelig hinder for at et abort-tilbud kan etableres med tilfredsstillende stabilitet og kapasitet.

Vurdering av svangerskapslengde og risiko for svangerskap utenfor livmor

Dersom kommunale helse- og omsorgstjenester skal tilby abort, er utstyr og kompetanse i bruk av ultralyd en problemstilling. Ultralydkompetanse og utstyr vil være en forutsetning dersom tilbudet skal være som i dag, med rutinemessig bruk av ultralyd før medisinsk abort og oppmøte kun ett sted.

Rutineultralyd i svangerskapet gjøres i spesialisthelsetjenesten av ultralydjordmødre, med egen videreutdanning i ultralyd fra NTNU (NTNU, 2025). En del jordmødre som arbeider i kommunene har kompetanse i bruk av ultralyd fra den samme utdanningen. Når det gjelder fastleger er bruk og tilgang på ultralydapparat varierende. En undersøkelse publisert i 2020 indikerer at rundt 40 prosent av fastlegene hadde tilgang på ultralydapparat (Myklestul et.al, 2020).

Sex og samfunn og land som tilbyr telemedisinske aborttjenester benytter sorteringsverktøy for å selektere hvilke kvinner som har behov for ultralyd som forundersøkelse og hvilke kvinner som ikke trenger det. Helsedirektoratet har bestilt en kunnskapsoppsummering fra FHI som skal se på om slike sorteringsverktøy kan være trygg erstatning for rutinemessig ultralyd før abort i første trimester.

Kunnskapsoppsummering om dette vil være et bidrag til kunnskapsgrunnlaget for å eventuelt endre dagens praksis og eventuelt innføre digitale tjenester også i Norge. Kunnskapsoppsummeringen er planlagt ferdigstilt juni 2026.

Uavhengig av om man før oppmøte har selektert kvinner til time med eller uten ultralyd vil noen av ulike årsaker likevel ha behov for ultralyd når de kommer til time. Med et tilbud *uten* ultralyd på stedet, vil noen kvinner måtte reise til ny time i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonale retningslinjer for abort

Helsedirektoratet har ikke utgitt nasjonale faglige anbefalinger for utredning, behandling og oppfølging ved abort. Norsk gynekologisk forening sin [veileder](#) gir medisinskfaglige anbefalinger om abortbehandling, inkludert hjemmeabort, og blir i dag brukt av sykehusene. Det har kommet tydelig frem fra eksterne innspill at dersom tidlige aborter skal kunne tilbys forsvarlig i kommunal helsetjeneste, er det en forutsetning at Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer om abort for helsetjenesten.

Finansiering av abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Helsedirektoratet har vurdert hvilke finansieringsløsninger og ordninger som ville være aktuelle dersom det skal innføres mulighet for tidlig medisinsk abort i kommunene.

Takstfinansiering

Fastlege

Tilbud om medisinsk abort utført hos fastlege kan finansieres gjennom bruk av konsultasjonstaksten supplert med tidstakst (som kan repeteres), eventuelt 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 fastlegen har fastlegeavtale med kommunen, jf. forskrift om rett til trygderefusjon § 1 nr. 1.

Jordmor

Jordmor ansatt i helsestasjon utløser aktuelle takster som er opplistet i forskrift om stønad til dekning av jordmorhjelp, fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-12. Det er kommunene som har avtale om direkte oppgjør med Helfo og refusjonsutbetalingene går til kommunene.

Etter folketrygdloven § 5-1 er formålet med stønad etter kapittel 5 i loven å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og *svangerskapsavbrudd*. Folketrygdloven § 5-12 om jordmorhjelp, omtaler imidlertid ikke svangerskapsavbrudd, men *kontrollundersøkelser under svangerskap og jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon*. Ordlyden i forskrift om stønad til dekning av jordmorhjelp § 1 er videre at det ytes stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp ved *svangerskapskonsultasjoner, veiledning i familieplanlegging* og ved fødsel utenfor institusjon. Om det vurderes at tilbud om medisinsk abort omfattes av formålsbestemmelsen i § 5-1 og § 5-12 om jordmorhjelp, mener direktoratet at det vil være hensiktsmessig at forskrift om stønad til dekning av jordmorhjelp tydeliggjøres. Det kan i tilfellet opprettes en egen takst for å tilby medisinsk abort hos jordmor. Det er imidlertid også usikkert om tilbud om medisinsk abort mfattes av folketrygdloven § 5-12. Dersom medisinsk abort ikke anses

omfattet, må også denne bestemmelsen endres dersom jordmor skal kunne tilby medisinsk abort.

Det er et vilkår for rett til stønad ved svangerskapskonsultasjoner og veiledning i familieplanlegging at jordmor har avtale om driftstilskudd med kommunen eller er ansatt i kommunen, jf. forskrift om stønad til dekning av jordmorhjelp § 1.

Finansiering utenom takstsystemet

Helsesykepleiere er ansatt i kommunen og har ikke refusjonsrett etter folketrygden. De kan derfor ikke finansiere tjenester gjennom takstsystemet slik fastleger og jordmødre kan. Finansiering av et eventuelt aborttilbud hos helsesykepleier på helsestasjon må derfor innrettes på andre måter. Ulike finansieringsmuligheter:

Kommunal basisfinansiering

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er et lovpålagt tilbud som i hovedsak finansieres gjennom kommunens frie inntekter. Nye oppgaver, som et aborttilbud, vil kreve at kommunen omprioriterer midler innenfor eksisterende rammer eller mottar øremerkede midler fra staten. Stram kommuneøkonomi gjør dette utfordrende uten statlig styrking av rammen.

Satsningstilskudd

Et aborttilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller helsestasjon for ungdom, kan i en oppstartsfasen finansieres som et utviklingsprosjekt før midlene etter hvert innlemmes i kommunenes rammefinansiering. En slik ordning vil kunne dekke oppstartskostnader og gi mulighet til å kartlegge behov, ressursbruk og konsekvenser før permanent innføring.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tidligere delvis vært finansiert av tilskuddsordningen til styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne tilskuddsordningen er foreslått lagt inn i en større tverrsektoriell tilskuddsordning fra 2026, og et aborttilbud vil ikke være aktuelt å finansiere gjennom denne nye ordningen. Generelt er tilskuddsfinansiering lite egnet for varige tjenester og bør derfor kun være aktuelt som en løsning i innfasing av et tilbud.

Bemanningsutfordringer og insentiver

Innføring av en ny oppgave for helsesykepleiere vil medføre risiko for en uheldig dreining fra gruppebasert forebyggende arbeid til individuell oppfølging. Finansieringen må derfor innrettes slik at den ikke gir insentiver til å nedprioritere forebyggende arbeid, da dette kan gi utilsiktede konsekvenser på sikt. En annen utfordring med å skulle legge nye oppgaver til tjenesten er at mange kommuner har sykepleiere som er konstituerte helsesykepleiere, og mangler formell helsesykepleierkompetanse. I tillegg har mange kommuner utfordringer med å rekruttere helsesykepleiere til tjenesten, og det går utover tilgjengelig kapasitet. Vi vurderer at mangel på personell med riktig kompetanse, og kapasitet i tjenesten sannsynligvis vil være en større begrensning enn finansiering.

Økonomiske konsekvenser

Helsedirektoratet har ikke gjort analyser av økonomiske konsekvenser ved å tilby abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Generelt vil det i tillegg til driftskostnader medføre investeringskostnader i form av innkjøp av nødvendig utstyr (som for eksempel ultralydapparater), samt opplæring og kompetanseheving for helsepersonellet som skal utføre oppgaven. Størrelsen på kostnadene for etablering og drift av tjenesten vil variere mellom kommuner, avhengig av eksisterende personell og kompetanse, tilgjengelig utstyr og forventet pasientvolum. Kostnader knyttet til behandling vil blant annet baseres på hvilket personell som er involvert og tidsbruk.

I tillegg til kostnader knyttet til investering, opplæring, utstyr og drift, forutsettes videre utredningskostnader i helseforvaltningen, i Helsedirektoratet og i Folkehelseinstituttet, knyttet til utredning av rekvisisjonsrett, endring av finansieringsordninger, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering av en rapporteringsløsning fra Abortregisteret.

Det fremstår som usikkert om en overføring av oppgaven til kommunehelsetjenesten vil gi økonomiske besparelser for helsetjenesten. Det er også usikkert om en overføring av oppgaven vil gi samfunnsmessige besparelser. Reisevei for pasientene kan i noen tilfeller bli kortere, men det er usikkert hvor mange dette vil gjelde.

Rekvirering og ordinerer av legemidler

Som redegjort for over, er det etter helsepersonelloven § 11 som hovedregel kun leger og tannleger som kan rekvirere reseptbelagte legemidler, men helsepersonell uten rekvireringsrett kan i visse tilfeller beslutte iverksetting av legemiddelbehandling (ordinering gjennom prosedyre), etter skriftlige rutiner vedtatt av virksomhetsleder, jf. forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 7 andre ledd. Dette gjelder kun i situasjoner der slik ordinerer er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Det er usikkert om vilkårene for unntak vil være oppfylt i forbindelse med tidlig medisinsk abort i kommunehelsetjenesten.

Dersom helsesykepleiere og jordmødre skal ha mulighet for å rekvirere legemidler for medisinsk abort utenfor sykehus, kan det gjøres ved en endring av forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. § 7-1. En rett til rekvirering for helsesykepleiere og jordmødre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må utredes i henhold til utredningsinstruksen, og krever at Direktoratet for medisinske produkter (DMP) involveres. Utvidelse av enkelte helsepersonellgruppers rekvireringsrett er tidligere utredet knyttet til vaksiner mot sesonginfluensa, covid-19-virus og andre virussykdommer som er inkludert i vaksinasjonsprogram.

Ved eventuelle endringer av rekvireringsrett av mifepriston og misoprostol må også utleveringsbestemmelser endres, jf. legemiddelforskriften § 7-4 og [utleveringsbestemmelser for legemidler](#), da de i dag begrenser utlevering av

mifepriston og misoprostol fra apotek til sykehus eller institusjoner som har statsforvalterens godkjenning for å utføre svangerskapsavbrudd. Det er Direktoratet for medisinske produkter som etter høring beslutter endring i utleveringsbestemmelsene. Deretter tas endringene inn i Felleskatalogen.

Rapportering til Abortregisteret og Kommunalt pasient- og brukerregister

På bakgrunn av krav til rapportering av aborter til Abortregisteret, har Abortregisteret ved Folkehelseinstituttet vurdert og beskrevet forutsetninger og mulighet for utvikling av en egen rapporteringsløsning for aktører utenfor sykehus. Notat fra Abortregisteret er vedlagt.

Løsningen vil kreve egen innlogging, og vil ikke trekke ut informasjon automatisk av andre journalsystemer. Den som skal rapportere må rapportere manuelt. Abortregisteret har gitt innspill om at hver enkelt journalleverandør kan utvikle rapporteringsløsninger, men at det vil medføre kostnader for den enkelte.

Utvikling og etablering av en løsning for melding av opplysninger til Abortregisteret som er integrert med øvrige rapporteringsløsninger og/eller journalløsninger utenfor sykehus, vil kreve et omfattende utviklingsarbeid og er av Abortregisteret vurdert som ikke aktuelt.

All pasientbehandling som utføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal meldes til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette vil også gjelde abortbehandling utført i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er behandlerkravmeldingen som fastlegen sender til oppgjørssystemet KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) som er grunnlaget for registrering i KPR.

Kommunene har fra 1. september 2025 hatt krav til å rapportere aktivitetsdata til KPR. For opplysninger om abortbehandling kan det opprettes en konsultasjonstype for abort som deretter må inkluderes i datafangsten fra de ulike pasientjournalsystemene som er i bruk i tjenestene.

I [konseptutredningen for elektronisk helsekort for gravide](#) fra 2023 ble det sett på som høy risiko for lav måloppnåelse når helsepersonell får økt registreringsbyrde (Direktoratet for e-helse, 2023). Dersom det skal tilbys aborttjenester utenfor sykehus, vil aktuelt helsepersonell få et rapporteringssystem til å forholde seg til, i tillegg til at de må samhandle med øvrige journalsystemer.

Avtaler mellom RHF-ene og kommunene

Begrepet spesialisthelsetjeneste er viktig ikke bare for fastsettingen av hvilket ansvar som tilligger de regionale helseforetakene og spesialisthelsetjenestelovens saklige virkeområde, men også for avgrensningen mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. I hovedsak omfatter begrepet “spesialisthelsetjeneste” helsetjenester som krever tilgang til

spesialisert kunnskap og ressurser, og som det ut fra faglige og økonomiske hensyn er hensiktsmessig å ha et samlet ansvar for i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenester er derfor et samlebegrep på den type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivået. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng, vil forandre seg over tid, både på grunn av den medisinske utviklingen og endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. Begrepet må ses i sammenheng med den faktiske oppgavefordelingen mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å få til et helhetlig pasientforløp, vil det alltid være noe overlapp mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan derfor være flytende, og er ikke nærmere regulert i helselovgivningen. Det avgjørende er imidlertid at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den hjelp som pasienten har behov for.

Abort har vært definert som en spesialisthelsetjeneste i abortloven da abort etter tidligere lov skulle utføres i sykehus. Selv om ny lov i utgangspunktet ikke er til hinder for at abort kan utføres utenfor sykehus, er det fremdeles de regionale helseforetakene som etter abortloven § 22 har sørge-for-ansvaret for abort. Dette innebærer at det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å tilby et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud om abort til innbyggerne i sin region. I følge Prop. 117 L (2023–2024) skal dagens ansvar for de regionale helseforetakene videreføres, men det kan vurderes om det kan legges til rette for et eventuelt fremtidig tilbud om abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Etter Helsedirektoratets vurdering vil den mest hensiktsmessige organiseringen av et eventuelt tilbud om tidlig medisinsk abort i kommunene, være at spesialisthelsetjenesten beholder sørge-for-ansvaret også for tidlig medisinsk abort. Vi viser blant annet til at det vil være en konkret vurdering med hensyn til hvilke kvinner som bør få tidlig medisinsk abort på sykehusene og ikke i kommunen, og det kan bli behov for oppfølging på sykehus av medisinsk abort som er startet i kommunen. Det vil heller ikke være alle kommuner som vil være rustet for et slikt tilbud. Når det er de regionale helseforetakene som har sørge-for-ansvaret, vil dette etter vår vurdering best sikre forsvarlige og helhetlige pasientforløp. Forutsetningen vil da være at det foreligger avtale mellom RHF-et og den enkelte kommune.

Dersom det skal etableres et tilbud om tidlig medisinsk abort i kommunene, kan abortloven § 22 derfor i tråd med forslaget i NOU 2023: 29 vurderes endret slik at det legges til et nytt andre ledd om samarbeidsavtaler mellom de regionale helseforetakene og andre tilbydere om aborttjenester. Sørge-for-ansvaret vil da ligge i

spesialisthelsetjenesten, selv om oppfyllelse av rettigheten også kan ligge i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samarbeidsavtaler mellom det regionale helseforetaket og kommunen vil sikre en felles forståelse og tydeliggjøre ansvar og oppgaver.

Utteksling av opplysninger mellom RHF-et og kommunehelsetjenesten

Kvinnene kan etter å ha fått medisinsk abort i kommunehelsetjenesten få behov for helsehjelp på sykehus. Helsepersonelloven §§ 25 og 45 gir regler om utveksling av taushetsbelagte opplysninger når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Helsepersonelloven § 22 gir regler om samtykke til å gi informasjon, og helsepersonelloven § 45a gir regler om epikrise.

Etter Helsedirektoratets vurdering er det ikke behov for å endre gjeldende regelverk om utveksling av taushetsbelagte opplysninger dersom kommunen skal utføre medisinsk abort, men det bør i samarbeidsavtale mellom RHF-ene og kommunen fastsettes rutiner for samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til kvinnene. Hvordan den databehandlingsansvarlige nærmere vil organisere hvordan opplysninger skal kommuniseres - for eksempel i hvilken grad det skal legges opp til meldingsutveksling, tilgang, utlevering av kopier osv., må vurderes av den enkelte databehandlingsansvarlige. Vurderingen må blant annet ta utgangspunkt i formålet med utleveringen, informasjonssikkerhet, den interne organisasjonen, ressurser og infrastruktur. Et overordnet krav er at kvinnens rett til nødvendig helsehjelp, taushetsplikten og kvinnens krav på konfidensialitet overholdes, jf. pasientjournalloven §§ 19 og 22.

Abort i kommunale helse- og omsorgstjenester sett fra kvinnenes side

Helsedirektoratet har fått innspill fra brukerorganisasjoner i dette arbeidet og har ved tidligere arbeid gått gjennom forskning på kvinners opplevelse av aborttilbudet. På bakgrunn av dette vet vi at kvinner vil kunne se det som positivt å kunne velge hvor de skal få time til abort. Hvis de har kontakt med helsestasjon vil de komme til et sted som kanskje er kjent. For noen vil det oppleves positivt å kunne velge å gå til en kjent lege (fastlegen) eller jordmortjenesten/helsestasjon istedenfor på sykehus. Andre vil ikke ønske å gå til fastlege eller helsestasjon for dette, da de kan møte noen fra nærmiljøet. Noen kvinner opplever det som ekstra trygt å komme til et sykehus, og andre kan oppleve det motsatte. Tidligere erfaringer, livssituasjon og hvordan de blir møtt har stor betydning for kvinnenes opplevelse av å bli ivaretatt og få god informasjon, uavhengig av om et sykehus eller kommunen er ansvarlig for å yte tjenesten.

Når det gjelder reisevei og tilgjengelighet vil tilbud hos fastlegen og på helsestasjon kunne gi kortere reisevei for de som bor lengre unna et sykehus. Kortere reisevei for noen som argument for å øke antall steder med tilgang til den aktuelle tjenesten må sees i lys av hvor hyppig man trenger tjenesten det er snakk om og hvilken pasientgruppe det er snakk om.

Det er også av noen påpekt at kvinner som skal ta abort i noen tilfeller venter på venterom med gravide og kan oppleve det som belastende å ha et felles venterom. Direktoratet vurderer at dette har med organisering og lokaler å gjøre, og ikke er spesifikt knyttet til om tjenesten tilbys på sykehus eller i kommune. Gravide og småbarnsforeldre er på helsestasjon i jordmortjenesten og hos fastlege, og kvinner som skal ta abort vil kunne møte felles venterom også i primærhelsetjenesten.

Aktuell publisert litteratur peker ikke på et særskilt ønske fra kvinner om en annen organisering av selve utredningen og oppstart av abort (Helsedirektoratet, 2023). Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om fremtidig etterspørsel etter et nytt aborttilbud basert på antatt behov og adferd hos abortsøkende.

Basert på oppsummeringen av status for aborttjenesten i Norge fra Abortutvalgets utredning, og innspill fra Bedre Abortomsorg, er det ikke kortere reisevei eller mer valgfrihet som fremstår som hovedprioritet for brukerne. Forbedringsområdene som pekes ut er behov for bedre og mer informasjon, bedre smertelindring og mulighet for oppfølging i etterkant av aborten. Disse områdene kan videreutvikles innenfor dagens organisering av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Spesialisthelsetjenesten – vurdering av aborttilbudet og mulige tiltak

Helsedirektoratet har i forbindelse med oppdraget kartlagt hvor tilbud om abort i dag gis geografisk. Abort tilbys i dag i Norge ved 44 ulike lokasjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er opplyst fra RHF-ene at det er planer om å tilby abort flere steder.

Helsedirektoratet mener at abort kan tilbys noen flere steder innenfor spesialisthelsetjenesten enn i dag for å imøtekomme behovet for abort-tjenester i distriktene. Det bør gjøres vurderinger i de regionale helseforetakene i samråd med det enkelte helseforetak om behov og organisering av tilbudet.

Forutsetninger for et tilbud om abort i kommunene

Oppsummert vurderer Helsedirektoratet at forutsetninger for at et tilbud om abort i kommunen kan etableres, er følgende:

Tilgjengelig personell: Framskrivninger viser et økende behov for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et aborttilbud i kommunene må organiseres slik at det ikke går på bekostning av eksisterende tjenester, og at tilgjengeligheten for andre pasientgrupper opprettholdes.

Endring av **regelverk for finansiering:** Dersom fastlege skal kunne tilby medisinsk abort kan det opprettes en takst for dette i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Dersom tilsvarende skal kunne tilbys av jordmor i helsestasjon må hjemmelsgrunnlaget i folketrygdloven § 5-12 vurderes, og det kan

eventuelt opprettes en takst for medisinsk abort i forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp.

Nasjonale faglige retningslinjer for medisinsk hjemmeabort bør utarbeides av Helsedirektoratet.

Rapportering til Abortregisteret/Folkehelseinstituttet: Rapporteringsløsning som kan benyttes for den lovpålagte innrapporteringen til Abortregisteret etableres av Folkehelseinstituttet/Abortregisteret.

Endring av **utleveringsbestemmelsene** er nødvendig for at abortlegemidler kan utleveres til andre institusjoner enn sykehus.

Forutsetninger for at **helsesykepleiere og jordmødre i kommunen** kan tilby abort vil i tillegg til ovenstående være at det utredes og innføres rekvireringsrett for aktuelle legemidler for abort og smertestillende (reseptbelagte) legemidler.

Dersom tilbudet skal organiseres som i dag er det behov for tilgjengelig **ultral lyd-utstyr og personell med opplæring og kompetanse** i bruk av dette der abort tilbys. Hvis det ikke er tilgang på ultralyd utstyr og kompetanse på stedet, vil noen kvinner måtte møte to steder før abort.

Helseforetaket bør fortsatt ha sørge for- ansvar. Det må i så fall inngås **avtaler mellom RHF-et og kommunen**, og det bør i samarbeid mellom RHF-et og kommunen fastsettes nærmere rutiner.

4. Konklusjon og anbefaling

Aborttjenesten fungerer i dag godt på sykehusene, hvor den som skal ta abort møter sykepleier, jordmor eller lege med nødvendig opplæring og kompetanse, gynekolog i bakvakt er tilgjengelig, og hvor ultralyd og kompetanse til bruk av dette er tilgjengelig. Det er organisert slik i dag ved poliklinikker og ved prøveprosjektet hos Sex og Samfunn. Videre har man fungerende rapporteringsløsning til Abortregisteret på sykehusene.

Det er leger som har rekvireringsrett og medisinsk ansvar. Ved medisinsk hjemmeabort får kvinner utlevert abortlegemidler og smertestillende legemidler i spesialisthelsetjenesten. I dag skjer dette på 44 steder i landet. Uavhengig av tidspunkt, metode og organisering vil noen aborter fortsatt skulle gjennomføres på sykehus i tråd med forsvarlig behandling og faglige retningslinjer og en del kvinner som tar hjemmeabort vil fortsatt ha behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av abortforløpet. For en del kvinner vil det være behov for kontakt og tilsyn etter kommunehelsetjenestens normale åpningstider. Utredningen handler derfor ikke om å flytte ansvaret for alle tidlige medisinske hjemmeaborter til kommunene, men om å vurdere om kvinner skal kunne velge mellom sykehus og kommunale tjenester.

Det er usikkerhet om hvor mange som ville velge abort i kommunene fremfor på nærmeste sykehus. Det er også usikkerhet om gevinster som redusert geografisk, praktisk og psykososial barriere – særlig for unge og personer med lav ressurstilgang – står i forhold til ressursbruk og mulige negative effekter. Uønskede vridningseffekter kan være bruk av legespesialister (fastleger) til oppgaver som i dag gjøres av sykepleiere på sykehus, økte kostnader til opplæring, utstyr og tilrettelegging, samt risiko for lengre ventetid for andre pasientgrupper. Det er et økende behov for helsepersonell generelt og særlig i kommunene fremover i tid, og det er viktig at personellressurser brukes riktig og hensiktsmessig i helsetjenesten.

Det er ingen portvokterfunksjon som kan vurdere og prioritere når det gjelder abort. Så lenge tilbudet er tilgjengelig, er det kvinnen som selv kan oppsøke tilbudet, uten henvisning. Det betyr at visse styrings- og prioriteringsmekanismer, som henvisningskriterier, ikke kan brukes på samme måte som i andre helsetjenester.

Det er direktoratets vurdering at kapasitet i tjenesten er og vil kunne bli en utfordring dersom kommuner skal tilby tidlig medisinsk abort. I flere kommuner er det fortsatt vanskelig å rekruttere et tilstrekkelig antall fastleger. Det meldes om utfordringer med å imøtekomme behov for helsesykepleiere og jordmødre de neste årene, og flere steder er det sykepleiere uten videreutdanning som gjør oppgaver på helsestasjon. Kommunene har i dag mange oppgaver og mange steder er det i utgangspunktet ikke ledig kapasitet.

Målet med en aborttjeneste er det samme uavhengig av om ansvaret for tjenesten er i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene; Å ha en god og tilgjengelig aborttjeneste, med hensiktsmessig personellbruk og bruk av ressursene som står i forhold til forventet gevinst. Målet er godt koordinerte tjenester for å sikre at kvinnene opplever god behandling, ivaretagelse og informasjon. I et abortforløp vil fortsatt mange kvinner motta tjenester både fra kommuner og sykehus, uavhengig av om eksisterende organisering skulle bli endret og tidlig medisinsk abort kunne tilbys i kommunen.

Spesialisthelsetjenesten vil altså fortsatt ha ansvar for aborter, og eneansvar for å ha et tilbud for de som ikke kan reise hjem av ulike grunner, både medisinske og andre, og de som har svangerskapslengde over 10 uker.

Basert på tilbakemeldinger fra helsetjenesten og status for den kommunale helse- og omsorgstjenesten mener direktoratet at dersom det skulle tilbys abort i kommuner, skal det ikke være en pålagt tjeneste for alle kommuner, men at det skal være basert på en konkret vurdering i kommunen om behov, pasientgrunnlag og kompetanse, utstyr og organisering i den enkelte kommune.

Den mest hensiktsmessige organiseringen av et eventuelt tilbud om tidlig medisinsk abort i kommunene vil være at spesialisthelsetjenesten beholder sørge-for-ansvaret også for tidlig medisinsk abort, jf. abortloven § 22, selv om oppfyllelse av rettigheten

også kan ligge i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En forutsetning vil være at det inngås samarbeidsavtaler mellom det regionale helseforetaket og kommunen.

Følgende forutsetninger vil måtte være på plass dersom tidlig medisinsk abort skulle tilbys i den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

- Tilgang på kvalifisert personell
- Endringer i regelverk for finansiering
- Utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet
- Etablering og drift av rapporteringsløsning til Abortregisteret
- Ansvarlig lege må være til stede, eller annet helsepersonell (helsesykepleiere, jordmødre) gis rekvireringsrett for aktuelle legemidler
- Tilgang på ultralydutstyr og kompetanse, dersom tilbudet skal være som i dag uten risiko for at kvinner må reise to steder
- Krav om avtaler mellom kommunene og regionale helseforetak

Anbefaling

På bakgrunn av en totalvurdering av forutsetninger og konsekvenser anbefaler ikke Helsedirektoratet å tilrettelegge for et tilbud i kommunene nå.

Direktoratet anbefaler i stedet 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/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.

Referanser

Direktoratet for e-helse 2025: *Elektronisk helsekort for gravide: Utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Helsedirektoratet.no.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-helsekort-for-gravide/Elektronisk%20helsekort%20for%20gravide%20-%20Utredning%20p%C3%A5%20oppdrag%20fra%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet%20\(3\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-helsekort-for-gravide/Elektronisk%20helsekort%20for%20gravide%20-%20Utredning%20p%C3%A5%20oppdrag%20fra%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet%20(3).pdf)

Folkehelseinstituttet 2025: *Rapport om svangerskapsavbrot 2024*. FHI.no.

<https://www.fhi.no/publ/2025/rapport-om-svangerskapsavbrot-2024/>

Helsedirektoratet 2017: *Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.no.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet 2023: *Kunnskapsinnhenting for abortutvalget*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a61baf6ed624062ab7ab20b16114249/no/sved/04vedlegg4.pdf>

Helsedirektoratet 2025: *Årsrapport Kompetanseløft 2025 – utviklingstrekk og status 2024*. Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-kompetanseloft-2025-utviklingstrekk-og-status-2024>

Helse- og omsorgsdepartementet 2023: *NOU 2023:4 – Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

Helse- og omsorgsdepartementet 2023: *NOU 2023:29 – Abort i Norge: Ny lov og bedre tjenester*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-29/id2990476/>

Helse- og omsorgsdepartementet 2024: *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet 2025: *Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle: Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b4ea64516f04ca3a6f855a61d106c5d/no/pdfs/stm202420250021000dddpdfs.pdf>

Lov om abort (abortloven) LOV-2024-12-20-96

Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) LOV-1975-06-13-50 (opphevet)

Myklestul, H. C., Skonnord, T., & Brekke, M. 2020: *Point-of-care ultrasound (POCUS) in Norwegian general practice*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 38(2), 219–225. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1750270>

Norsk Gynekologisk Forening 2025: *Provosert abort*. Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/pKRcKuBs/provosert-abort-\(2025\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/pKRcKuBs/provosert-abort-(2025)/veieder-gynekologi-(ngf))

NTNU 2025: Ultralyddiagnostikk for jordmødre – Videreutdanning <https://www.ntnu.no/studier/videreutdanning/ultralyddiagnostikk-for-jordmodre>

Oslo Economics & Universitetet i Oslo – Institutt for helse og samfunn 2022: *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. Oslo Economics. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/05/HPA-evalueringsrapport-2022.pdf>

Oslo Economics & Universitetet i Oslo – Institutt for helse og samfunn 2025: *Sluttrapport: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. Oslo Economics. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2025/06/HPA-sluttrapport-2025.pdf>

Pay, Aase et al. 2018: Medikamentell abort hos avtalespesialist, Tidsskr Nor Legeforen 2018 Vol. 138

Socialdepartementet, Sverige 2025: Statens offentliga utredningar från [Socialdepartementet](#). En förändrad abortlag– för en god, säker och tillgänglig abortvård, SOU 2025:10

Sundby, Johanne, 2008: *Abortpillen – en medisin, kvinners valg*. Tidsskriftet.no. <https://tidsskriftet.no/2008/04/leder/abortpillen-en-medisin-kvinnens-valg>

WHO 2022: [Abortion care guideline](#)