Saksfremlegg

Høring - tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

2026/8233

Byråd for helse og omsorg innstiller til byrådet å fatte følgende vedtak:

Byrådet avgir på vegne av Trondheim kommune følgende høringsuttalelse til Helsedirektoratets utredning om tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

1. Trondheim kommune slutter seg til Helsedirektoratets vurdering om at tidlig medisinsk hjemmeabort fortsatt skal være et ansvar for spesialisthelsetjenesten
2. Trondheim kommune mener at medisinsk abort ikke bør bli en lovpålagt oppgave for kommunene
3. Trondheim kommune er enig i at kommunens rolle ved abort er viktig og vil fortsatt arbeide for god kvalitet og godt samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner på dette området.
4. Trondheim kommune gjør oppmerksom på at en styrking av kommunens rolle knyttet til abort og seksuell helse vil ha både økonomiske og administrative konsekvenser som det ikke er foreslått kompensasjon for i helsedirektoratets utredning

Sammendrag

Høringsfristen i saken er 17. April 2026. Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utredet spørsmål om abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og forutsetninger for dette. De konkluderer med at det ikke anbefales å tilrettelegge for et tilbud i kommunene nå. Hvis abort skulle tilbys i kommunene, mener direktoratet at det ikke bør være en lovpålagt tjeneste for alle kommuner. En slik tjeneste bør baseres på en konkret vurdering av behov, pasientgrunnlag, kompetanse, utstyr og organisering i den enkelte kommune. Direktoratet mener også at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha sørge-for-ansvaret, også for tidlig medisinsk abort, da det best vil sikre forsvarlige og helhetlige pasientforløp. De foreslår heller å styrke kommunenes viktige rolle knyttet til abort og seksuell helse som kompletterer spesialisthelsetjenestens tilbud. Det gjelder bistand til å fremme krav om abort, oppfølgingssamtaler, prevensjonsveiledning og psykisk helseoppfølging. Byråden er enig i hovedlinjene som skisseres i rapporten, men viser til at en styrking av kommunenes rolle kan ha ressursmessige konsekvenser som ikke er foreslått kompensert i forslaget.

Bakgrunn

Helsedirektoratets oppdrag om utredning av abort utenfor sykehus var todelt. De leverte i juni 2025 rapport om abort hos avtalespesialister, og i desember 2025 en rapport om abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Den første rapporten var ikke på høring. i den konkluderte Helsedirektoratet med at de ikke anbefaler at det tilrettelegges for abort hos avtalespesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Helsedirektoratet anbefaler heller ikke å tilrettelegge for et tilbud i kommunene i den andre rapporten. I stedet anbefales alternative tiltak innenfor dagens organisering.

Ifølge Helsedirektoratet har kommunene en viktig rolle knyttet til abort og seksuell helse som kompletterer spesialisthelsetjenestens tilbud. De 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

Hva er kommunens ansvar i dag?

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. Ved behov skal fastlegen henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. 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 også 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 (i Trondheim opp til 21 år) 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. 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. Etter ny abortlov gis kvinner som ønsker det, rett til inntil to oppfølgende samtaler etter en abort. Oppfølgingssamtalen kan gjøres både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse – og omsorgstjenesten.

Sammendrag av utredningen – abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

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. Saken reiser flere problemstillinger, blant annet knyttet til organisering og oppgavefordeling i helsetjenesten.

De har vurdert saken i lys av prinsippene for kvalitet, tilgjengelighet og prioritering, sammenlignet med dagens organisering. I tillegg har de 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 kostnader, 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 også ved prøveprosjektet ved 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. Noen aborter gjennomføres på sykehus i tråd med forsvarlig behandling og faglige retningslinjer og andre gjennomføres som hjemmeabort og 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 det skal tilrettelegges for at kvinner skal kunne velge mellom sykehus og kommunale tjenester.

Det er usikkert hvor mange som ville velge abort i kommunene fremfor på nærmeste sykehus dersom det var et tilbud i kommunen. Det er også usikkert om gevinster som mulig redusert geografisk, praktisk og psykososial barriere for noen kvinner, står i forhold til ressursbruk og

mulige negative effekter. Uønskede vridningseffekter av tiltaket 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 skal ha sørge-for-ansvaret, også for tidlig medisinsk abort, da det best vil sikre forsvarlige og helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratet har i utredningen identifisert en rekke forutsetninger for at tidlig medisinsk hjemmeabort skal kunne tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Oppsummert handler dette om tilgang på kvalifisert personell og endringer i regelverk for finansiering, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering og drift av rapporteringsløsning til Abortregisteret. I tillegg må ansvarlig lege være til stede, eller annet helsepersonell (helsesykepleiere, jordmødre) gis rekvireringsrett for aktuelle legemidler. Det må videre være tilgang på ultralydutstyr og kompetanse og stilles krav om avtaler mellom kommunene og regionale helseforetak, for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver og sikre forsvarlige og helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratets 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 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.

Byrådens vurdering

Byråden for helse og omsorg har innhentet synspunkter fra kommuneoverlegene for medisinske tjenester på byrådsområdene for både helse og omsorg og for sosiale tjenester. Begge to slutter seg til byrådens vurderinger og forslag til vedtak.

Etter Byrådens vurdering er det flere tungtveiende argumenter mot at medisinsk abort skal utføres i regi av kommunene. Samtidig kan noen argumenter peke i retning av at tilbudet bør kunne gis i kommuner med lange avstander til sykehus. Byråden er enig i Helsedirektoratets vurdering i at dette ikke bør bli en lovpålagt oppgave for kommunene, men fortsatt være en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Byråden ser samtidig at tjenestene er ulikt organisert i landet som helhet allerede i dag, mellom både kommuner og sykehus.

For at tidlig medikamentell abort skal kunne tilbys i kommunene, er det mange forutsetninger, både faglig, personellmessig og organisatorisk, som må være på plass. I en stor by som Trondheim kommune er ikke avstand eller tilgang på kompetanse noe grunnlag for at kommunen skal ta et større ansvar for gjennomføring av medisinsk abort før uke 10.

Trondheim kommune er enig i Helsedirektoratets konklusjon om at kommunene har en viktig rolle innenfor abort og seksuell helse. Kommunen bidrar med gode tjenester hos fastlegene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskapsomsorgen, psykisk helsehjelp, og har et konstruktivt samarbeid med ideelle organisasjoner som for eksempel Amathea. Gjennom disse tilbudene kan kommunen bidra til å redusere antall aborter, og til å gi de som velger å utføre abort et godt tjenestetilbud i hele forløpet. Kommunen vil alltid arbeide for at tjenestene skal ha god kvalitet. Byråden er enig i Helsedirektoratets uttalelser om at kommunens rolle kan styrkes, men byråden mener at en større satsing på utvidelser av de nevnte tilbudene vil ha budsjettmessige konsekvenser som går ut over de tilgjengelige rammene.

Økonomiske konsekvenser for kommunen

Denne saken har ingen økonomiske konsekvenser for kommunen

Byrådens konklusjon

Byråden er enig i Helsedirektoratets vurdering og anbefaling om at det ikke bør være kommunens oppgave å tilby medisinsk abort innen de ti først ukene av svangerskapet. Dette ansvaret bør fortsatt ligge til spesialisthelsetjenesten. Kommunene har i dag flere viktige tjenestetilbud som bidrar til forsvarlig tilbud relatert til seksuell helse og abort. En styrking av kommunens tilbud vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som forutsetter økte økonomiske rammer. Byråden foreslår at byrådet fatter følgende vedtak som sendes inn som Trondheim kommune sin høringsuttalelse til Helsedirektoratets utredning om tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

- Trondheim kommune slutter seg til Helsedirektoratets vurdering om at tidlig medisinsk hjemmeabort fortsatt skal være et ansvar for spesialisthelsetjenesten
- Trondheim kommune mener at medisinsk abort ikke bør bli en lovpålagt oppgave for kommunene
- Trondheim kommune er enig i at kommunens rolle knyttet til abort og seksuell helse er viktig og vil fortsatt arbeide for god kvalitet og godt samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner på dette området.

- Trondheim kommune gjør oppmerksom på at en styrking av kommunens rolle knyttet til abort og seksuell helse vil ha både økonomiske og administrative konsekvenser som det ikke er foreslått kompensasjon for i helsedirektoratets utredning.

Byrådet i Trondheim, 26.03.2026

Kjetil Ovrid Reinskou
byrådsleder

Vedlegg:

1 Høring - tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

2 301225 Rapport Abort i kommunene