

Lagrådsremiss

En förändrad abortlag

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 9 april 2026

Elisabet Lann

Sarah Cagnell
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås ändringar i abortlagen (1974:595). Syftet med ändringarna är att modernisera lagen språkligt och anpassa den till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov.

Det ska förtydligas att en kvinna som är gravid ska få göra abort till och med graviditetsvecka 18.

Abort och avbrytande av graviditet ska få tillhandahållas inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet och som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt. Abort ska tillhandahållas skyndsamt.

Abort i hemmet ska möjliggöras genom att kravet på att abort eller avbrytande av graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning tas bort. Förslaget öppnar även upp för en mer flexibel läkemedelshantering och vård på distans. Genom att ta bort kravet på att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort möjliggörs det för bl.a. barnmorskor att självständigt handlägga medicinska aborter.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2027. En sjukvårdsinrättning som har godkänts av Inspektionen för vård och omsorg före ikraftträdandet ska få fortsätta att bedriva verksamhet utan ett nytt godkännande från Inspektionen för vård och omsorg.

Innehållsförteckning

1	Beslut	3
2	Förslag till lag om ändring i abortlagen (1974:595)	4
3	Ärendet och dess beredning	7
4	Behovet av en förändrad abortlag	7
5	Krav på abortvården.....	11
5.1	Abortvården är en del av hälso- och sjukvården	11
5.2	Det ska förtydligas när abort får göras utan tillstånd.....	13
5.3	Kravet på vilka verksamheter som får tillhandahålla abort ändras	17
5.4	Det ska förtydligas att abort ska tillhandahållas skyndsamt.....	21
5.5	Den abortsökande kvinnan har rätt att välja behandlingsalternativ vid abort	25
6	Abort i hemmet	28
6.1	Abort i hemmet möjliggörs	28
6.2	Förslaget öppnar upp för en mer flexibel läkemedelshantering.....	34
6.3	Förslaget öppnar upp för vård på distans.....	38
7	Kravet på att endast läkare får utföra abort tas bort	41
8	Straffbestämmelserna ska anpassas till förslagen	47
9	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	50
10	Konsekvenser	51
10.1	Konsekvenser för abortsökande	51
10.2	Konsekvenser för regionerna.....	55
10.3	Konsekvenser för läkare och barnmorskor	56
10.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service	57
10.5	Konsekvenser för företag	58
10.6	Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration	59
10.7	Sveriges internationella åtaganden	60
10.8	Konsekvenser för det kommunala självstyret.....	61
10.9	Kostnader för staten	61
10.10	Kostnader för regionerna.....	63
10.11	Sammanfattande samhällsekonomisk analys.....	64
11	Författningskommentar.....	65
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet En förbättrad abortlag (SOU 2025:10)	70
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag	77
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna	80

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i abortlagen (1974:595).

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

Härigenom föreskrivs i fråga om abortlagen (1974:595)¹

dels att 4 och 8 §§ ska upphöra att gälla,

dels att nuvarande 2, 3, 6, 7, 9 och 10 §§ ska betecknas 4, 2, 3 och 6–8 §§,

dels att 1, de nya 2–4, 5 och de nya 6–8 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §²

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

En kvinna som är gravid får göra abort till och med graviditetsvecka 18.

3 §

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

2 §

På begäran av en kvinna som är gravid får Socialstyrelsen lämna tillstånd till kvinnan att göra abort efter graviditetsvecka 18 endast

1. om det finns synnerliga skäl för aborten, och

2. under förutsättning att det inte finns anledning att anta att fostret är livsdugligt.

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

6 §

Kan det antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havande-

3 §³

Socialstyrelsen får lämna tillstånd till att avbryta en graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravida kvinnans liv eller hälsa. Ett sådant tillstånd får lämnas oavsett hur långt efter graviditetsvecka 18 som graviditeten har framskridit.

¹ Senaste lydelse av

4 § 1995:660

8 § 1995:660.

² Senaste lydelse 1995:660.

³ Senaste lydelse av tidigare 6 § 2007:998.

skapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit.

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

2 §

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

Om det inte går att avvakta Socialstyrelsens beslut utan att riskera den gravida kvinnans liv eller hälsa får graviditeten avbrytas utan hinder av bestämmelserna i första stycket och 5 § första stycket.

4 §⁴

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

5 §⁵

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

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

Abort och avbrytande av graviditet får endast tillhandahållas inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet och som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt.

Abort ska tillhandahållas skyndsamt.

7 §

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

6 §⁶

Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort enligt 2 § eller avbrytande av graviditet enligt 3 § får inte överklagas.

9 §

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

7 §

Den som med uppsåt gör abort på någon annan än sig själv utan att vara hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § första och andra styckena patientsäkerhetslagen (2010:659), döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

⁴ Senaste lydelse av tidigare 2 § 1995:660.

⁵ Senaste lydelse 2012:936.

⁶ Senaste lydelse av tidigare 7 § 1995:660.

Är brott som avses i första stycket grovt, dömes till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa.

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

10 §
Åsidosätter läkare uppsåtligen föreskrift i 4 § eller, om ej annat följer av 6 § andra stycket, i 3 eller 5 §, dömes till böter eller fängelse i högst sex månader.

Om brottet är grovt, döms till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa.

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

8 §
Den som är hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § första och andra styckena patientsäkerhetslagen (2010:659) och uppsåtligen bryter mot 2 § döms, om inte annat följer av 3 § andra stycket, till böter eller fängelse i högst sex månader.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2027.

2. Om en sjukvårdsinrättning har godkänts av Inspektionen för vård och omsorg före ikraftträdandet får verksamheten fortsätta att bedrivas utan ett nytt godkännande från Inspektionen för vård och omsorg enligt 5 § första stycket.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 15 juni 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över hur abortlagstiftningen kan ändras för att anpassas till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov (dir. 2023:89).

Utredningen, som tog namnet Utredningen om förändringar i abortlagstiftningen, lämnade i februari 2025 betänkandet En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård (SOU 2025:10). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Betänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissvaren finns tillgängliga på regeringens webbplats (www.regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2025/00219).

Läkemedelsverket fick den 23 oktober 2025 ett uppdrag om tillgängliggörande av läkemedel vid abort (S2025/01798). Läkemedelsverket skulle bl.a. se över och lämna förslag på hur abortsökande kvinnor, genom besök på en vårdinrättning, kan få tillgång till och medtaga de läkemedel som behövs, för att kunna utföra hela den medicinska aborten utanför vårdinrättningen. Uppdraget slutredovisades den 22 december 2025.

I denna lagrådsremiss behandlas betänkandets lagförslag.

4 Behovet av en förändrad abortlag

Regeringens bedömning

Abortlagen bör anpassas till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov.

Regeringens förslag

Lagen ska moderniseras språkligt och ha en annan redaktionell utformning.

Utredningens bedömning och förslag

Bedömningen från utredningen stämmer överens med regeringens.

Förslaget från utredningen stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen föreslår bl.a. att ordet kvinna i abortlagen (1974:595) ersätts av uttrycket den som är gravid.

Remissinstanserna

En majoritet av remissinstanserna instämmer i bedömningen. *Region Örebro län* understryker att förändringarna inte får gå ut över abortvårdens säkerhet.

De remissinstanser som yttrar sig om den språkliga moderniseringen instämmer i förslaget. Remissinstanserna är dock oeniga i frågan om ordet kvinna eller uttrycket den som är gravid ska användas i lagen. Flera

remissinstanser, bl.a. *Socialstyrelsen*, *Stockholms universitet* och *Vårdförbundet* instämmer i utredningens förslag och understryker vikten av att lagtexten omfattar alla gravidas rätt till abort. Flera remissinstanser, bl.a. *Jämställdhetsmyndigheten*, *Sveriges kvinnoorganisationer* och *Riksorganisationen för kvinno- och tjejjourer i Sverige (Roks)* avstyrker förslaget att ordet kvinna inte längre ska finnas i lagtexten. Som skäl anförs främst att abortlagstiftningen i grunden är en rättighetslagstiftning för kvinnor och att borttagandet av ordet kvinna riskerar att osynliggöra kvinnor och kvinnors rätt till abort i en så central kvinnorrättsfråga. Remissinstanserna påpekar att ordet kvinna dock kan kompletteras med uttrycket den som är gravid eller annan gravid person. Enligt *Uppsala universitet* bör regeringen, om den vill använda ordet kvinna, lägga till ett stycke som förtydligar att lagen gäller den som är gravid, oavsett juridiskt kön, dvs. att den också omfattar de personer som är juridiska män med en fysiologi som gör det möjligt att bli gravid. Många remissinstanser, bl.a. *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)* och *Uppsala universitet* anser att det inte får råda någon oklarhet kring vem som omfattas av olika lagbestämmelser. Smer bedömer att det inte är möjligt att endast behålla ordet kvinna.

Socialstyrelsen anser inte att utredningens föreslagna ändringar i bestämmelsen om tillstånd till abort endast är redaktionella. Myndigheten anser att bestämmelsens karaktär av undantagsbestämmelse tonas ner till följd av att ordet endast tas bort och uttrycket rätt att göra abort används i bestämmelsen. Myndigheten framför att de närmare skälen för en sådan ändring bör anges i det fortsatta lagstiftningsarbetet om en ändring i sak är avsedd. *Lunds universitet* anger att ordet får i bestämmelsen ändrats till ordet ska utan att motsvarande ändring gjorts i bestämmelsen om tillstånd till avbrytande av graviditet. Universitetet framför att ordet ska kan uppfattas ge ett mindre handlingsutrymme för *Socialstyrelsen* än ordet får, vilket kan påverka tolkningen av paragraferna och att det inte framgår att det varit utredningens avsikt.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anser att det bör införas en särskild bestämmelse i abortlagen som hänvisar till att bestämmelserna i 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, gäller för IVO:s tillsyn.

Skälen för regeringens bedömning och förslag

Abortvården har utvecklats sedan abortlagen tillkom

Sedan abortlagen tillkom har abortvården utvecklats. I dag används två metoder för inducerad abort i Sverige: medicinsk och kirurgisk. När abortlagstiftningen tillkom fanns enbart kirurgisk metod. För att säkerställa att de kirurgiska aborterna sker på ett hygieniskt och patientsäkert sätt innehåller abortlagen bestämmelsen att en abort ska utföras på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning med godkännande från Inspektionen för vård och omsorg, och att det endast är den som är behörig att utöva läkaryrket som får utföra abort (5 §). Sjukvårdsinrättning definieras i *Socialstyrelsens* termbank som organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen* avråder dock från användning av ordet och förordar i stället synonymen vårdenheter.

Sedan abortlagen skrevs har medicinsk abort utvecklats, och det är i dag den metod som den absoluta majoriteten av de abortsökande väljer. I

Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15) definieras medicinsk abort som graviditet som avbryts genom läkemedelsbehandling (1 kap. 2 §). Enligt föreskrifterna ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnan vid en medicinsk abort genomgår den inledande läkemedelsbehandlingen på en sjukvårdsinrättning och att en bedömning görs av om det är lämpligt att kvinnan, om hon så önskar, fullföljer den medicinska aborten i hemmet (4 kap. 3 §). Av föreskrifterna framgår även att kvinnan vid en medicinsk abort ska följas upp med en efterkontroll för att fastställa att graviditeten är avslutad (4 kap. 4 §).

För 2024 rapporterades cirka 35 400 aborter till Socialstyrelsen, vilket motsvarar drygt 18 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. De flesta, knappt 65 procent, utfördes före vecka 7 i graviditeten. Medicinsk abort användes i nästan 97 procent av de rapporterade aborterna under 2024 och allt fler medicinska aborter avslutas i hemmet.

Av de aborter som utfördes före graviditetsvecka 7 var det knappt 90 procent av de medicinska aborterna som fullföljdes i hemmet. Vid aborter senare i graviditeten är det vanligare att de fullföljs på sjukhus. Av aborterna under 2024 som utfördes från vecka 9 och senare var andelen aborter som fullföljdes i hemmet nästan 13 procent. Under 2024 fullföljdes drygt 76 procent av samtliga aborter i hemmet.

Abort och annat avbrytande av graviditet kan göras genom medicinsk abort

Vid medicinsk abort avbryts graviditeten genom läkemedelsbehandling i två steg. Den abortsökande får först läkemedel som innehåller mifepriston som hämmar effekten av progesteron, som är det graviditetsbevarande hormonet. Det gör livmodern mer mottaglig för den fortsatta läkemedelsbehandlingen. Den abortsökande får ta det första läkemedlet på en sjukvårdsinrättning i enlighet med gällande lagstiftning. Efter cirka två dagar tar den abortsökande ett läkemedel som innehåller misoprostol, som framkallar livmodersammandragningar och blödningar, vilket leder till att graviditeten stöts ut.

Med nuvarande abortlagstiftning ges det första läkemedlet alltid på en sjukvårdsinrättning medan behandlingen med läkemedel som framkallar livmodersammandragningar kan ske antingen på sjukvårdsinrättningen eller i hemmet. Om gynekologen eller barnmorskan bedömer att det är lämpligt har en kvinna i tidig graviditet möjlighet att välja om hon vill ta misoprostol i hemmet eller på en sjukvårdsinrättning (SOSFS 2009:15 4 kap. 3 §).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick 2021 ett uppdrag av regeringen att utvärdera det vetenskapliga stödet för att vid en medicinsk abort ta även det inledande läkemedlet, mifepriston, i hemmet (S2021/08111). I utvärderingen definieras hemmet som en plats utanför vårdinrättning som den abortsökande själv väljer, och detta jämförs med att ta mifepriston på en vårdinrättning. SBU utvärderade hur detta påverkar effektiviteten av abortbehandlingen, dvs. att aborten genomförs utan ytterligare behov av åtgärder. I rapporten bedöms även komplikationer, behovet av vård, efterlevnad av behandlingens råd, kvinnors

upplevelse av aborten, praktiska konsekvenser av att kunna anpassa platsen och tiden för aborten och etiska aspekter.

Sammanfattningsvis konstaterar SBU att det inte är någon skillnad i abortbehandlings effektivitet då mifepriston tas i hemmet jämfört med på en vårdinrättning. Det är inte heller någon skillnad i hur behandlingens råd efterlevs. Komplikationer relaterade till aborten är ovanliga, och det finns ingen påvisbar skillnad mellan grupperna.

Den medicinska utvecklingen innebär att vissa ändringar bör göras

Den medicinska utvecklingen sedan abortlagen tillkom har t.ex. inneburit utveckling av metoden medicinsk abort. I dag fullföljs en majoritet av de medicinska aborterna i hemmet. Däremot måste behandlingen påbörjas på en vårdinrättning samtidigt som, vilket beskrivs ovan, en utvärdering från SBU visar att det inte är någon skillnad i behandlingens effektivitet och eller någon påvisbar skillnad i komplikationer mellan de som påbörjar behandlingen på vårdinrättning och de som påbörjar behandlingen i hemmet.

Regeringen bedömer mot denna bakgrund att det finns behov av en förändrad abortlag som är anpassad till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov. Regeringen instämmer i *Region Örebro läns* synpunkt att ändringarna inte får gå ut över abortvårdens säkerhet. Det är enligt regeringen viktigt att abortvården även framöver är säker.

Abortlagen ska fortsatt innehålla begreppet kvinna

Utredningen föreslår att ordet kvinna byts ut mot uttrycket den som är gravid för att förenkla och modernisera lagen. Remissinstanserna är oeniga. De remissinstanser som avstyrker framför bl.a. att abortlagstiftningen i grunden är en rättighetslagstiftning för kvinnor och att borttagandet av ordet kvinna i abortlagen riskerar att osynliggöra kvinnor och kvinnors rätt till abort i en så central kvinnorättsfråga. Regeringen instämmer i att abortlagstiftningen är en central del av kvinnors rättigheter då tillgången till lagliga och säkra aborter skyddar kvinnors hälsa, jämställdhet och kroppsliga autonomi. Dessutom anser regeringen att rätten till abort är en grundläggande frihetsfråga som har avgörande betydelse för ett jämställt samhälle och att det är en viktig grundförutsättning för att kvinnor ska kunna styra över sina liv. Aborträtten är en fråga om kvinnors rätt till sin kropp och kvinnors kroppsliga självbestämmande. Att ordet kvinna är centralt i lagstiftning som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bör, enligt regeringens mening, avspeglas i lagtexten. Regeringen instämmer således i bl.a. *Jämställdhetsmyndighetens*, *Sveriges kvinnoorganisationer* och *Roks* synpunkter att ordet kvinna ska finnas kvar i abortlagen.

Utredningen anser att det bör vara tydligt att samtliga som kan bli gravida ska omfattas av abortlagen. Många remissinstanser instämmer i detta. I propositionen En grundlagsskyddad aborträtt samt utökade möjligheter att begränsa föreningsfriheten och rätten till medborgarskap (prop. 2025/26:78) föreslår regeringen att rätten till abort skrivs in i 2 kap. regeringsformen som en grundläggande fri- och rättighet. I propositionen anges att rättigheten bör tillkomma den som är gravid, dvs. den person som bär fostret inom sig, och att alla som kan bli gravida omfattas av den

grundlagsskyddade aborträtten. För att inte onödigt tynga lagtexten föreslås i propositionen samma uttryck som kommittén föreslår, dvs. den som är gravid (samma prop. s. 16). Av den föreslagna grundlagsbestämmelsen följer således att den som är gravid ska ha rätt att avbryta sin graviditet enligt bestämmelser som meddelas i lag.

Regeringen anser mot den bakgrunden att abortlagen ska omfatta den som kan bli gravid.

Språkliga och redaktionella ändringar

Utredningen har gjort en generell översyn av lagen i syfte att modernisera den språkligt, t.ex. genom att ersätta ordet havandeskap med ordet graviditet.

Regeringen instämmer i *Socialstyrelsens* och *Lunds universitets* synpunkter på bestämmelsen om tillstånd till abort. Då ingen ändring i sak är avsedd av utredningen i paragrafen ska både ordet endast och ordet får fortsatt anges i bestämmelsen. För att skapa en tydligare lag föreslår regeringen även vissa redaktionella ändringar genom att några paragrafer byter plats.

I 7 kap. PSL finns bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) tillsyn. De bestämmelserna är alltså tillämpliga även när det gäller tillsynen av bestämmelserna i abortlagen (se avsnitt 5.1). Det saknas alltså anledning att, på sätt som *IVO* efterfrågar, göra en särskild hänvisning till dessa bestämmelser i abortlagen.

5 Krav på abortvården

5.1 Abortvården är en del av hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Enligt förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen innefattas abort i ordet hälso- och sjukvård (prop. 1981/82:97 s. 111). I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, anges att med hälso- och sjukvård avses verksamhet som bl.a. omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1 kap. 2 § PSL). I förarbetena till patientlagen (2014:821), PL, hänvisas till definitionen av hälso- och sjukvård i HSL (prop. 2013/14:106 s. 111). Därmed är de allmänna reglerna om hälso- och sjukvård tillämpliga på abortvården. Det innebär att målet med vården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). Dessutom innebär det att vården bl.a. ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (3 kap. 1 § andra stycket HSL). Vårdverksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket särskilt innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL och 2 kap. 1 § PL). Där det bedrivs vårdverksamhet ska

det också finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). Regionen ska erbjuda en god vård åt bl.a. den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 § HSL). Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård (8 kap. 4 § HSL). I propositionen Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. anges att ordet patient bör ges en vidsträckt innebörd och omfatta alla som etablerat kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd. Detta oberoende av om kontakten etableras på den enskildes eget initiativ eller om det sker på annat sätt. När någon ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning ska hen, oavsett anledning, betraktas som patient. (Prop. 1993/94:149 s. 77). Till denna definition hänvisas i förarbetena till PL (prop. 2013/14:106 s. 110). I 3 kap. PL finns ett antal bestämmelser om information till patienten. I förarbetena anges att möjligheten till information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör därför genomsyra hela hälso- och sjukvården. Det konstateras även att en informerad patient också är en förutsättning för en effektiv vård. (Prop. 2013/14:106 s. 47).

Regleringen av hälso- och sjukvården består av ett flertal lagar samt ett större antal förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Speciallag (lex specialis) är en juridisk term för en lag som reglerar ett visst område. I lagtolkning har en speciallag företräde framför en lag som reglerar mer allmänna frågor (lex generalis). Inom regleringen av hälso- och sjukvård betraktas t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientlagen som generella lagar. I hälso- och sjukvårdslagen, som redogjorts för ovan, finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Med hälso- och sjukvårdsverksamhet avses olika aktörers verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet (se prop. 2016/17:43 s. 85). I patientsäkerhetslagen finns bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter. I patientlagen finns bestämmelser som syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Abortlagen (1974:595) är en speciallag som särskilt reglerar aborter. Den generella lagstiftningen gäller även för abortvården men är underordnad abortlagen. Det innebär att om det finns bestämmelser i abortlagen som står i konflikt med bestämmelser i t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, ska bestämmelserna i abortlagen tillämpas. Abortvården regleras även i Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15).

I regeringsformen finns bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter. Regeringen har i propositionen En grundlagsskyddad aborträtt samt utökade möjligheter att begränsa föreningsfriheten och rätten till medborgarskap (prop. 2025/26:78), som överlämnades till riksdagen i december 2025, föreslagit att rätten till abort införs som en ny grundläggande fri- och rättighet i regeringsformen. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2027.

5.2 Det ska förtydligas när abort får göras utan tillstånd

Regeringens förslag

Det ska förtydligas i abortlagen att den abortsökande kvinnan ska få göra abort till och med graviditetsvecka 18. Hälso- och sjukvårdens möjlighet att vägra abort i de fall aborten på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, ska tas bort. Som en följd av detta ska även bestämmelsen om att frågan om att vägra abort omedelbart ska underställas Socialstyrelsens prövning tas bort.

Utredningens förslag

Förslaget från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår dock att det ska anges i bestämmelsen att den som är gravid har rätt att göra abort. Utredningen föreslår en annan språklig utformning av bestämmelsen.

Remissinstanserna

Många remissinstanser tillstyrker förslaget, bl.a. *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)*, *Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)* och *Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)*.

Flera remissinstanser anser att förslaget behöver förtydligas. *Region Skåne* framför att formuleringen om "rätt" kan ge intrycket att rätten kan prövas på samma sätt som gäller för andra rättigheter trots att rättigheten inte är utkrävbar i domstol. *Stockholms universitet* är kritisk till att en rätt till abort ska skrivas in i abortlagen trots att rätten inte ska vara utkrävbar i domstol eftersom bestämmelsen då framstår som symbolisk och illusorisk. Universitetet efterfrågar även en analys av hur den förslagna rätten till abort i abortlagen förhåller sig till ett eventuellt införande av en bestämmelse om rätten till abort i 2 kap. regeringsformen. *Uppsala universitet* framhåller att för att man per definition ska kunna tala om aborträtt som en rättighet för den som är gravid, förutsätts att den kopplas till en utpekad aktör som har en förpliktelse att förverkliga rättigheten.

IVO anser att det i lagen bör definieras vad som avses med abort för att lagstiftningen ska vara så tydlig som möjlig. Om frågan om bemötande ska regleras i lagen anser *IVO* att det behöver tydliggöras i lagen, då frågor om bemötande inom hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras bl.a. i 4 kap. 1 § PL och 5 kap. 1 § 4 HSL. Även *Folkhälsomyndigheten* efterfrågar ett tillägg i abortlagen där en definition klargör att även abort utgör ett avbrytande av graviditet. *Socialstyrelsen* påpekar att i delbetänkandet *Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter (SOU 2025:2)* föreslås att uttrycket avbrytande av graviditet används i fråga om abort, men i detta förslag används både ordet abort och uttrycket avbrytande av graviditet, men avseende olika saker.

Organisationen *Kvinnofronten* är tveksam till förslaget att använda ordet göra i stället för ordet utföra eftersom det är vården som styr över och möjliggör att en kvinna kan få en lagenlig abort.

Flera remissinstanser, bl.a. Socialstyrelsen, *Karolinska Institutet (KI)* och *Vårdförbundet*, efterfrågar ett förtydligande i lagen av utredningens föreslagna formulering ”före utgången av artonde graviditetsveckan (graviditetsvecka 18+0 dagar)”.

Några remissinstanser, bl.a. *Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF)* och *Myndigheten för delaktighet (MFD)* framför att det finns ojämlikhet inom vården, bl.a. när det gäller unga kvinnor, hbtqi-personer, personer med erfarenheter av migration och personer med funktionsnedsättning.

Vårdförbundet anser att rätten till ett professionellt och icke-dömande bemötande, utöver befintlig reglering i bl.a. patientlagen, även behöver tydliggöras i abortlagen då det ofta är i samband med abortvården som vårdvägran aktualiseras. *Region Dalarna* välkomnar att det fortsatt inte ska finnas någon samvetsklausul gällande abortvård i svensk hälso- och sjukvård.

Vårdförbundet anser att det är viktigt att rätten för bl.a. asylsökande och papperslösa att få en abort utförd kvarstår. *Lunds universitet*, *Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL)* och *RFSU* delar utredningens bedömning att förslagen i betänkandet Mottagandelagen – En ny lag för ordnat asylmottagande och effektivt återvändande (SOU 2024:68) kan verka hämmande eller begränsa papperslösa personers rätt till abort.

Region Dalarna och *SFOG* betonar att, med nuvarande ordning, kan en ny ansökan skickas in när tillstånd till abort krävs t.ex. om förut-sättningarna ändras.

Skälen för regeringens förslag

Fri abort och regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet

IVO anser att det i lagen bör definieras vad som avses med abort. *Folkhälsomyndigheten* efterfrågar ett tillägg i lagen där en definition klargör att även abort utgör ett avbrytande av graviditet. *Socialstyrelsen* påpekar att ordet abort och uttrycket avbrytande av graviditet används för att beskriva olika saker i utredningens förslag och i betänkandet Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter (SOU 2025:2).

Regeringen anser att ordet abort har en vedertagen innebörd och att det är tillräckligt att det framgår av förarbetena vad som avses. Med abort i den föreslagna lagen avses inducerad abort i motsats till spontana aborter (missfall). Abort är ett sätt att avbryta en graviditet, och den som är gravid bestämmer själv om denna vill göra en abort. I den föreslagna lagen används både abort och avbrytande av graviditet. När avbrytande av graviditet används i lagen avses ett avbrytande av graviditet av medicinska skäl. Uttrycket avbrytande av havandeskap, som anges i abortlagen och som är synonymt med avbrytande av graviditet, markerar att livsdugliga foster i dessa situationer om möjligt ska räddas till livet (se prop. 1994/95:142 s. 41). Det är vidare tydligt att uttrycket avbrytande av graviditet i den föreslagna grundlagsbestämmelsen även omfattar abort i den mening som avses i abortlagen (se prop. 2025/26:78 s. 15 och 16).

Utredningen föreslår att det i lagen ska införas ett tydliggörande av att den som är gravid alltid har rätt att göra abort om det sker före utgången av artonde graviditetsveckan (graviditetsvecka 18+0 dagar). Abort fram till denna tidpunkt kan i dag endast nekas om aborten, p.g.a. sjukdom hos kvinnan, kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Utredningen föreslår att nämnt undantag ska utgå. Skälet till det är att en abort inte innebär en större risk för den gravida än en fortsatt graviditet. Regeringen instämmer i utredningens bedömning. Som en följd av detta föreslås även bestämmelsen i 4 § abortlagen om att vägran att utföra abort omedelbart ska underställas Socialstyrelsens prövning tas bort.

Flera remissinstanser, bl.a. Socialstyrelsen, *KI* och *Vårdförbundet*, efterfrågar en tydligare skrivning i lagtext avseende den tidpunkt då abort är tillåten. För att det inte ska råda någon osäkerhet om att abort får göras till och med graviditetsvecka 18+0 dagar anser regeringen att det ska tydliggöras i lagen att abort får göras till och med graviditetsvecka 18.

I utredningens förslag används uttrycket rätt att göra abort i stället för nuvarande uttrycket att utföra abort. Enligt utredningen innebär det att rättigheten är kopplad till den abortsökande, i stället för till utföraren. Utredningens förslag innebär också att samma regelverk som för övrig hälso- och sjukvård ska gälla vad gäller rätt till överklagande, dvs. att rättigheten inte är utkrävbar i domstol. Många remissinstanser är positiva till förslaget om att en rätt till abort skrivs ut i lagen. *Stockholms universitet* efterfrågar en bedömning av hur den förslagna rätten till abort förhåller sig till förslaget om införande av en bestämmelse om rätten till abort i 2 kap. regeringsformen. I propositionen om en grundlagsskyddad aborträtt (prop. 2025/26:78 s. 14) anges att en ny grundlagsbestämmelse bör utformas som ett krav på lagstiftaren att det ska finnas lagstiftning till skydd för aborträtten. Det betyder att det vid varje tidpunkt ska finnas en reglering i lag som innebär att rätten till abort skyddas. För att lagstiftningen ska kunna sägas skydda rätten att göra abort måste den bygga på den principiella utgångspunkten att den som är gravid har rätt att bestämma över sin egen kropp. Grundlagsbestämmelsen innebär vidare att lagstiftningen inte får utformas på ett sätt som innebär att rätten till abort blir enbart formell eller närmast illusorisk. Bestämmelsen ställer dock inte några särskilda krav på hur rättigheten ska utformas i materiellt hänseende. *Region Skåne* anser att formuleringen om "rätt" kan ge intrycket att rätten kan prövas på samma sätt som gäller för andra rättigheter trots att rättigheten inte är utkrävbar i domstol. Liksom utredningen konstaterar regeringen att samma regelverk som för övrig hälso- och sjukvård gäller beträffande överklagande. Regeringen har förståelse för *Region Skånes* synpunkt och anser likt regionen att en formulering i lagtext om en rätt ger intryck av att den abortsökande har möjlighet att pröva rättigheten, vilket vore missvisande. Därtill anser *Uppsala universitet* att för att man per definition ska kunna tala om aborträtt som en rättighet för den som är gravid, förutsätts att den kopplas till en utpekad aktör som har en förpliktelse att förverkliga rättigheten. Även *Stockholms universitet* är tveksamt till att skriva ut en rätt till abort i lagen eftersom den inte är utkrävbar i domstol och därmed kan framstå som symbolisk och illusorisk.

Regeringen anser att abortlagen bör utformas i linje med övrig reglering på hälso- och sjukvårdsområdet. Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet bygger i stället i huvudsak på regionens skyldighet att erbjuda

hälso- och sjukvård (8 kap. HSL). Regleringen bygger även på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot patienterna (prop. 2013/14:106 s. 41). Regeringen vill även belysa att rätten till fri abort innebär att en gravid kvinna själv bestämmer över sin kropp och själv väljer om och när hon vill ha barn, något som nuvarande abortlag möjliggör men som föreslås tydliggöras i den nu föreslagna abortlagen. Oavsett om uttrycket rätt eller göra används i lagen innebär den föreslagna regleringen ett fullgott skydd för kvinnors möjligheter att göra abort. Mot denna bakgrund anser regeringen att lagtexten inte bör innehålla uttrycket rätt. Regleringen innebär dock alltså att beslutet om att göra abort är kopplat till den abortsökande kvinnan. Eftersom förslaget utformas så att den abortsökande får göra abort till och med en viss tidpunkt, föranleder de synpunkter som *Kvinnofronten* för fram om att det är vården som styr över och möjliggör att den abortsökande kan få en abort och att man därför bör behålla ordet utföra, inte något annat ställningstagande.

Flera remissinstanser efterfrågar en tydligare skrivning i lagtext avseende den tidpunkt då abort är tillåten. För att det inte ska råda någon osäkerhet om att abort får göras till och med graviditetsvecka 18+0 dagar föreslår regeringen att det tydliggörs i lagtexten genom att det anges till och med graviditetsvecka 18. När det gäller det remissinstanserna framhåller kring bl.a. asylsökande och papperslösa vill regeringen framhålla att det inte finns några begränsningar för dessa grupper varken i nuvarande eller i nu föreslagna abortlag. Förslagen i betänkandet Mottagandelagen – En ny lag för ordnat asylmottagande och effektivt återvändande (SOU 2024:68) hanteras inte inom ramen för detta lagstiftningsärende.

På begäran av den abortsökande får Socialstyrelsen lämna tillstånd till abort efter graviditetsvecka 18 (dvs. efter graviditetsvecka 18+0 dagar) endast om det finns synnerliga skäl för aborten och under förutsättning att det inte finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Det föreslås ingen skillnad i detta avseende. I dag görs en sådan ansökan till Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet). Precis som *Region Dalarna* och *SFOG* påpekar kan en ny ansökan skickas in om t.ex. förutsättningarna ändras.

Rätten till ett professionellt och icke-dömande bemötande

Utredningen beskriver att alla patienter, så även abortsökande, har rätt till ett professionellt och icke-dömande bemötande och att personalen ska tillhandahålla information och ge praktiska råd, och samtidigt möta den enskildas emotionella behov. De som vårdar bör enligt utredningen ha en vänlig, neutral och professionell hållning. Vårdpersonalen bör skapa realistiska förväntningar, och vara uppmärksam på känslomässiga reaktioner. När det kommer till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter kan ett gott och icke-dömande bemötande vara av särskild vikt. Om personal vårdvägrar vid exempelvis abort, insättning av spiral eller utdelning av akut p-piller, finns det en risk att den som söker vård kan känna sig ifrågasatt i sitt beslut. Inga patienter ska ifrågasättas för sina beslut och val, t.ex. beslut att göra abort eller vid val av preventivmedel, eller bemötas illa när det framgår av journalen att patienten tidigare har gjort en eller flera aborter. Regeringen instämmer i detta och anser att det

gäller alla abortsökande, såväl abortsökande med funktionsnedsättning, som bl.a. *MFD* anger, som unga kvinnor och hbtqi-personer, som bl.a. *MUCF* och *RFSL* framhåller. Regeringen anser att det är av stor vikt att rätten till trygg och jämlik vård garanteras för dessa grupper. Rätten till ett professionellt och icke-dömande bemötande kan vara av särskilt vikt för att minska dessa ojämlikheter. Vårdförbundet anser att rätten till ett professionellt och icke-dömande bemötande behöver tydliggöras i lagtext. Regeringen bedömer att befintlig lagstiftning, t.ex. hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen, innehåller bestämmelser om bemötande i vården som på lagstiftningsnivå tillgodoser det behovet och ser därför inte anledning att förtydliga det i abortlagen.

Regeringen konstaterar att det inte finns någon samvetsklausul i svensk hälso- och sjukvård. Det är således inte en rättighet att få avstå från att utföra abort eller andra moment. Utifrån den abortsökandes perspektiv är det viktigt att inte behöva känna sig ifrågasatt i sitt beslut genom att möta personal som vägrar utföra abort.

5.3 Kravet på vilka verksamheter som får tillhandahålla abort ändras

Regeringens förslag

Abort och avbrytande av graviditet ska få tillhandahållas inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet och som IVO har godkänt.

Utredningens förslag och bedömning

Förslaget från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår dock att även ett allmänt sjukhus ska ersättas av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utredningen föreslår även att kravet på godkännande från IVO ska tas bort och bedömer att alla verksamheter som bedriver abortverksamhet är anmälningspliktiga till IVO i enlighet med bestämmelserna i patientsäkerhetslagen.

Remissinstanserna

Ingen remissinstans motsätter sig att allmänt sjukhus eller sjukvårdsinrättning ska ersättas av hälso- och sjukvårdsverksamhet eller att sådan verksamhet ska vara särskilt anpassad för ändamålet. *Region Sörmland*, *Region Örebro län* och *SFOG* framhåller särskilt vikten av den särskilda anpassningen för patientsäkerhet, kvalitet och möjligheten att vid eventuella nya metoder kunna anpassa verksamheterna. *MFD* anser att utredningen saknar ett resonemang om det särskilda behov som personer med såväl fysiska som kognitiva funktionsnedsättningar har av en tillgänglig vård, t.ex. när det gäller utformning av lokaler och utrustning, teckenspråkstolkar och likvärdigt bemötande.

När det gäller utredningens förslag om att kravet på IVO:s godkännande ska tas bort tillstyrker *IVO* förslaget. Flera remissinstanser avstyrker dock

förslaget i denna del, bl.a. *Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* och *Region Östergötland*. De anför att det inte framförs några starka skäl för att ta bort kravet på godkännande och att förslaget bör ställas i relation till Utredningen om insatser för att stärka patient-säkerheten och motverka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården (S 2025:03) och eventuellt kommande förslag om tillståndsplikt. Även IVO anser att det i det längre perspektivet finns skäl för regeringen att se över om nuvarande anmälningsplikt är tillräcklig för att kunna motverka oseriösa aktörer och välfärdsbrott inom hälso- och sjukvården. Både IVO och Socialstyrelsen anser att det är angeläget att frågan utreds samlat för all hälso- och sjukvård.

Remissinstanserna instämmer i utredningens förslag om att införa en abortförordning. SFOG och *Svenska barnmorskeförbundet (Barnmorskeförbundet)* anser att det även ska erbjudas insättning av preventivmedel och kuratorsstöd. MFD understryker att informationen ska vara tillgänglig även i alternativa format, såsom på teckenspråk eller lättläst svenska, och att vägledning inkluderar ett tydligt funktionshinderperspektiv. MUCF och *Folkhälsomyndigheten* betonar partnerperspektivet och att stödsamtal bör erbjudas även till partnern. Socialstyrelsen konstaterar att det i 3 kap. PL är reglerat vilken information en patient ska få och anser därför att informationsbestämmelsen ska utgå då den utgör en onödig dubbel-reglering. Socialstyrelsen framför även att ansvaret för att erbjuda preventivmedelsrådgivning, uppföljning och stödsamtal bör ligga på vårdgivaren och inte verksamhetschefen. Socialstyrelsen anser att det vore tydligare om det anges direkt i abortlagen vem som ansvarar för stödsamtal. Flera remissinstanser, bl.a. *Region Stockholm, Vårdförbundet* och *Svenska Läkaresällskapet* betonar vikten av tydlig information, säker uppföljning och rutiner för hur eventuella komplikationer ska hanteras. SFOG föreslår en tydligare skrivning i förordningen där vikten av att verksamheter inom abortvården har tillgång till läkare för att upprätthålla vårdkvalitet och undvika förseningar betonas. Även *Region Dalarna* anser att behovet av bemanning med läkare/gynekolog bör förtydligas.

Skälen för regeringens förslag

Var abort ska få tillhandahållas

I abortlagen anges att abort eller avbrytande av graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som IVO har godkänt. Utredningen föreslår att det ändras och att aborter i stället endast ska få tillhandahållas inom ramen för en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet. Syftet med det är enligt utredningen att säkerställa patientsäkerheten för den som gör en abort. Enligt utredningen behöver medicinska aborter inte nödvändigtvis utföras på ett allmänt sjukhus. Medicinska aborter kan utföras eller tillhandahållas även vid andra hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning i den delen som avser att annan sjukvårdsinrättning ska ersättas av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regeringen anser emellertid att allmänt sjukhus bör stå kvar då dessa fortsatt bör vara undantagna de ytterligare krav som ställs på övriga hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Vad som anses vara särskilt anpassat för ändamålet skiljer sig t.ex. utifrån vilken metod som ska användas och när i graviditeten aborten genomförs. En kirurgisk abort respektive en medicinsk abort efter graviditetsvecka 12 kräver en annan anpassning av verksamheten än tidiga medicinska aborter. Exempelvis kan det vid kirurgiska aborter behövas tillgång till operationsrum och anestesi, vilket inte krävs vid medicinska aborter. Regeringen instämmer i bl.a. *Region Sörmlands* bedömning att förslaget är av stor vikt för att upprätthålla patientsäkerhet och kvalitet inom abortvården.

Det är viktigt att det endast är verksamheter som har adekvata förutsättningar för att bedriva abortverksamhet som har rätt att göra det. Det kan exempelvis gälla vilken kompetens som vårdpersonal ska ha eller hur lokalerna ska vara utformade.

MFD anser att utredningen saknar ett resonemang om det särskilda behov som personer med funktionsnedsättning har av en tillgänglig vård. Regeringen instämmer i att vården måste vara tillgänglig för personer med funktionsnedsättning och att det är ytterst relevant att de särskilda behov som finns tillgodoses i enlighet med bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen.

Även vid aborter där båda läkemedlen intas i hemmet (se avsnitt 6) behöver den verksamhet som tillhandahåller aborten vara patientsäker. Patientsäkerheten bör t.ex. bestå i att det kan erbjudas eller hänvisas till relevant vård vid komplikationer, och att det finns tillgänglig personal för frågor från den abortsökande. Att det ska erbjudas stödsamtal både före och efter en abort eller avbrytande av graviditet regleras i abortlagen men även preventivmedelsrådgivning och allmän uppföljning efter aborten bör kunna ingå. Detta bör dock inte regleras närmare i lag. I lagen bör inte heller närmare regleras hur ett stödsamtal ska gå till, vem som ska genomföra det eller vem som ansvarar för stödsamtal, till skillnad från vad Socialstyrelsen framför. Regeringen anser dock att personen som genomför stödsamtalet bör ha relevant kompetens inom psykosocialt stöd. Verksamheten bör även ha rutiner för hur olika vårdssituationer ska hanteras och ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Vad som anses vara särskilt anpassat för ändamålet kan komma att ändras med tiden, t.ex. då metoder vidareutvecklas och annan kompetens kan behövas. Som *SFOG* framför möjliggör förslaget att verksamheterna kan anpassas om nya metoder utvecklas. Sådan utveckling kan på sikt förändra hur handläggningen kring en abort bör ske. Den närmare innebörden av att verksamheten är särskilt anpassad för ändamålet får avgöras av rättstillämpningen.

Utredningen föreslår att bestämmelsen om att det krävs ett särskilt godkännande av IVO för andra än allmänna sjukhus ska tas bort. Utredningen bedömer att alla verksamheter som tillhandahåller aborter är anmälningsspliktiga i enlighet med 2 kap. PSL. *Socialstyrelsen* invänder mot detta och anser därutöver att ställningstaganden kring tillståndskrav behöver göras samlat för all hälso- och sjukvårdsverksamhet och inte inom ramen för detta lagstiftningsarbete. *IVO* instämmer i det senare även om myndigheten tillstyrker utredningens förslag. Flera remissinstanser anser att förslagen bör ställas i relation till Utredningen om insatser för att stärka

patientsäkerheten och motverka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och eventuellt kommande förslag om tillståndsplikt. Utredningen ska bl.a. ta ställning till om det bör införas tillståndsprövning inklusive ägar- och ledningsprövning inom de delar av hälso- och sjukvården som i dag inte omfattas av tillståndsplikt (dir. 2025:41).

Inom flera delar av välfärden finns redan krav på tillstånd för att få bedriva verksamhet, inklusive ägar- och ledningsprövning. IVO genomför tillståndsprövning för verksamheter inom ramen för lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen (2025:400). Tillstånd/godkännande krävs också för ett fåtal verksamheter inom hälso- och sjukvården (abortverksamhet, blodverksamhet, kontroll av berusningsmedel på sjukhus, verksamhet för omskärelse samt verksamhet för sprututbyte och vävnadsinrättning – samtliga utan ägar- och ledningsprövning). Även privata vårdgivare inom tandvårdssektorn omfattas av tillståndsplikt sedan den 1 januari 2026. Övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet är anmälningspliktig enligt 2 kap. PSL. Tillståndsprövningen, inklusive ägar- och ledningsprövningen, syftar till att oseriösa och kriminella aktörer ska stängas ute från möjligheten att bedriva verksamhet inom välfärden. Det ökar också möjligheterna att utesluta de aktörer som inte uppfyller kraven. Med anledning av den pågående utredningen anser regeringen, i likhet med Socialstyrelsen, att utredningens resonemang och argument för att ta bort kravet på godkännande för abortverksamhet innan frågan om tillståndsplikt i övrig hälso- och sjukvård har utretts, inte är tillräckligt starka. Regeringen anser därför att nuvarande reglering ska kvarstå.

Stödsamtal, information och preventivmedelsrådgivning inför och efter en abort

Enligt abortlagen ska stödsamtal erbjudas både före och efter en abort eller avbrytande av graviditet. Inför en abort är det även viktigt att den abortsökande kvinnan erbjuds den information som den abortsökande behöver. Informationen bör vara anpassad till individens intellektuella och språkliga förmåga. Som MFD understryker är det viktigt att informationen även finns tillgänglig i alternativa format. Informationen behöver vara korrekt och begriplig och baseras på evidens när sådan finns. Information om de läkemedel som ska användas och deras effekt samt information om smärtlindring bör lämnas till den abortsökande. Vid abort i hemmet behöver tydlig information lämnas kring konsekvenserna av att vänta med att ta tabletterna eller att ge dem till någon annan. Det bör också finnas information om komplikationer och om var den abortsökande kvinnan ska vända sig om komplikationer uppstår. Det är även viktigt att informera om vikten av att säkerställa att graviditeten avslutats. Av 3 kap. PL följer bl.a. att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (6 §) och att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått informationen (7 §).

Flera remissinstanser har synpunkter på utredningens föreslagna abortförordning, bl.a. SFOG och *Barnmorskeförbundet* gällande insättning av preventivmedel. Preventivmedelsrådgivningen i samband med abort regleras i dag i Socialstyrelsens föreskrifter om abort. I 3 kap. 2 § nämnda

föreskrifter anges att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnan erbjuds bl.a. preventivmedelsrådgivning före eller efter en abort. Enligt Socialstyrelsens statistik är det relativt vanligt att den som genomgår en abort har genomgått en eller flera tidigare aborter. År 2023 hade 7 467 av de totalt 35 000 personer som genomgick abort gjort två eller flera aborter tidigare. Regeringen anser att frågan om preventivmedel är viktig, men bedömer att det kan hanteras på en lägre normgivningsnivå än lag.

Uppföljning efter abort behöver inte regleras i lag

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

Som flera remissinstanser framhåller är det viktigt med tydlig information, säker uppföljning, och rutiner för hur eventuella komplikationer ska hanteras. Det är även viktigt att det tydligt framgår var den som genomfört en abort kan vända sig vid behov. Utredningens bedömning är att det inte finns skäl att särskilt reglera uppföljning av hemaborter där båda läkemedlen tas hemma, i relation till aborter där endast det andra läkemedlet tas hemma. Regeringen anser att det är viktigt med bl.a. uppföljning efter en abort, men bedömer att frågan kan hanteras på en lägre normgivningsnivå än lag.

Tillgång till läkare behöver inte regleras i lag

Regeringen anser att både barnmorskors och läkares kompetens och kunskap är viktiga för en god, säker och tillgänglig abortvård. I likhet med SFOG anser regeringen att det är viktigt att vårdkvaliteten upprätthålls och att fördröjningar i vården undviks. Frågan kan dock hanteras på en lägre normgivningsnivå än lag.

5.4 Det ska förtydligas att abort ska tillhandahållas skyndsamt

Regeringens förslag

Det ska förtydligas att abort ska tillhandahållas skyndsamt.

Utredningens förslag

Förslaget från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår dock att aborten ska tillhandahållas skyndsamt av hälso- och sjukvården.

Remissinstanserna

Flera remissinstanser tillstyrker utredningens förslag. Dock vill många, däribland *Region Dalarna* och *Vårdförbundet*, att den närmare innebörden av ordet skyndsamt förtydligas. *Kvinnofronten* anser att ordet ofördröjligen är att föredra. *Uppsala universitet* tycker att det finns oklarheter kring vad som händer om en kvinna inte skyndsamt erbjuds abort, t.ex. när det gäller sanktionsmöjligheter mot regionerna och förutsättningar för en abortsökande att söka vård i en annan region. *Socialstyrelsen* anser att det blir otydligt att lägga ansvaret för att en abort sker skyndsamt på hälso- och sjukvården då det är regionen som ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1 § HSL. *Västra Götalandsregionen* vill att det ska framgå av lagen vad som gäller när beslut om abort är taget före graviditetsvecka 18+0 dagar men aborten, av patientsäkerhetsskäl, inte kan genomföras förrän därefter. Uppsala universitet påpekar att ordet tillgänglighet enligt rätten till hälsa i artikel 12 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (se general comment no 14) skiljer sig från uttrycket tillgång till vård. Universitet efterfrågar fler resonemang om vilka ytterligare insatser som skulle kunna öka tillgängligheten till abortvården, inte minst för socioekonomiskt utsatta grupper. Universitetet anser också att det leder till viss begreppsförvirring att i lagtexten använda ordet tillhandahålla.

KI, *Region Dalarna* och *SFOG* anser att beslut om avbrytande av graviditet som grundas på medicinska bedömningar där vårdbehovet är avgörande för den gravida kvinnans liv eller hälsa bör fattas av professionen, i samråd med den gravida och anser att detta bör förtydligas i lagtexten. Remissinstanserna framhåller även bl.a. att det är viktigt att sådana åtgärder inte fördröjs då det kan leda till allvarliga komplikationer eller riskera den gravidas liv och hälsa. *SFOG* anser att ett avbrytande av havandeskap sker på medicinsk indikation, och att vård ges till både kvinnan och fostret utifrån deras individuella behov och förutsättningar.

Socialstyrelsen anser att det behöver förtydligas att kravet på tillstånd enbart gäller efter utgången av den artonde graviditetsveckan.

Skälen för regeringens förslag

Det ska förtydligas i lagen att abort ska tillhandahållas skyndsamt

I *Socialstyrelsens* föreskrifter om abort anges i 4 kap. 1 § att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att en abort utförs snarast möjligt efter det att en kvinna har bestämt sig för att genomgå aborten, och efter det att tillstånd till abort enligt 3 § abortlagen har lämnats.

Utredningen anser att det vid en modernisering av abortlagen är lämpligt att det framgår i lag att abort ska tillhandahållas skyndsamt. Abort är en särskild form av hälso- och sjukvård, där det både finns en fastställd gräns för fri abort (graviditetsvecka 18+0 dagar), och en särskild gräns för när abort senast får utföras (livsduglighet). Eftersom skyndsamhet är centralt vid hantering av abort ser regeringen, i likhet med utredningen, ett särskilt behov av att tydliggöra detta i abortlagen.

Flera remissinstanser vill att den närmare innebörden av ordet skyndsamt förtydligas. *Kvinnofronten* anser att ordet ofördröjligen är att föredra.

Enligt regeringen innebär orden tillhandahållas skyndsamt att det finns ett ansvar att säkerställa att abort både erbjuds och kan tillhandahållas skyndsamt från det att den abortsökande begär det eller att Socialstyrelsen lämnat tillstånd till åtgärden. Ordet skyndsamt bedöms av utredningen, och regeringen instämmer i det, vara synonymt med snarast möjligt som anges i Socialstyrelsens föreskrifter om abort. Regeringen bedömer att det inte bör anges någon uttrycklig tidsgräns för vad som anses vara skyndsamt utan det får avgöras i det enskilda fallet. Den tidsgräns som anges i lagen behöver givetvis iakttas. Skyndsamhet tar dock inte endast sikte på veckogränsen eller fostrets livsduglighet, utan handlar även om att det är positivt för den abortsökande att abort tillhandahålls snarast möjligt.

Uttrycket tillhandahålla abort ska användas i lagen

Ordet tillhandahålla innebär bl.a. en skyldighet att erbjuda abort till den som önskar det. En skyldighet att tillhandahålla abortvård är bredare än att vård ska erbjudas befolkningen. Abortvården ska erbjudas på ett sätt som innebär att alla som behöver abortvården kan navigera och hitta rätt och säkerställa att den abortsökande har förutsättningar att ta emot den. Det kan t.ex. innebära att det ska vara enkelt för den abortsökande att förstå hur den kan komma i kontakt med abortvården eller att personer som inte talar svenska ges information på ett språk som de förstår och en möjlighet till tolk vid behov. Rätten till hälsa enligt FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter innebär god tillgång till hälso- och sjukvård och att vården är tillgänglig, acceptabel och av god kvalitet. Uppsala universitet framför synpunkter kring orden tillgänglighet, tillgång och tillhandahålla. Regeringen konstaterar att även om de föreslagna ändringarna kan bidra till att öka tillgängligheten till abortvården bedöms ordet tillhandahålla vara det mest lämpliga ordet att använda i lagtexten.

Att abort genomförs så tidigt som möjligt är positivt för den abortsökande kvinnan

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

Ordet skyndsamt ska inte förstås som att det enbart gäller en prioritering av hur bråttom det är utifrån objektiva omständigheter såsom veckogränser eller fostrets livsduglighet, utan det handlar även om att den abortsökande har ett intresse av att tillhandahållas en abort så snart det är möjligt.

Uppsala universitet anser att det finns frågetecken kring fall där en kvinna inte skyndsamt erbjuds abort, t.ex. när det gäller sanktionsmöjligheter mot regionerna och förutsättningar för en gravid att söka vård i en annan region. Utredningen anser att patientsäkerhetslagens bestämmelser med bl.a. det personliga yrkesansvaret för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, möjligheten att återkalla legitimationen om en yrkesutövare är grovt oskicklig i sin yrkesutövning och övriga sanktionsmöjligheter på hälso- och sjukvårdens område är tillräckliga för att säkerställa att abortlagens bestämmelser följs. Regeringen instämmer i denna bedömning. Dessutom kan konstateras att regionen har ett ansvar för att tillhandahålla abort för bosatta inom regionen. Om någon som vistas inom regionen utan

att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska regionen erbjuda sådan vård. För andra situationer finns det s.k. riksavtalet för utomlänsvård 2025, som innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför den egna regionen. I riksavtalet anges att en kvinna kan söka både öppen och sluten vård vid abort i andra regioner och att det då inte ställs några krav på remiss eller betalningsförbindelse från hemregionen, som ersätter denna vård. Riksavtalet är inte juridiskt bindande, utan bygger på en överenskommelse mellan regionerna.

Abort ska tillhandahållas skyndsamt

Genom förslaget om att abort ska tillhandahållas skyndsamt tydliggörs både ansvaret för att tillhandahålla abort och skyldigheten att den genomförs så snart det är möjligt efter att den abortsökande kvinnan har fattat beslut om det, eller efter att tillstånd har lämnats i de situationer det krävs. Utredningen anser att det är viktigt med en bestämmelse som klargör hälso- och sjukvårdens ansvar för aborter i och med förslaget om att kravet på att aborter ska utföras på en vårdinrättning ska utgå. Regeringen instämmer i denna bedömning och anser att en bestämmelse om skyndsamhet är av stor betydelse för att garantera rätten till fri abort fram till och med graviditetsvecka 18+0 dagar, särskilt om det skulle ske en utveckling i Sverige där rätten till fri abort ifrågasätts.

Socialstyrelsen anser att det blir otydligt att lägga ansvaret för att en abort sker skyndsamt på hälso- och sjukvården då det är regionen som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård enligt bestämmelserna i 8 kap. HSL. Att regionen är ytterst ansvarig som huvudman anger även utredningen. Regeringen instämmer i att det inte bör anges i bestämmelsen att hälso- och sjukvården har detta ansvar. I stället bör bestämmelsen vara utformad på samma sätt som andra bestämmelser i lagen, som riktar sig till de verksamheter som har godkännande att bedriva abortvård. Att det ytterst är regionen som har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård och därmed även abortvård innebär ingen annan bedömning i hur bestämmelsen bör utformas (se t.ex. 8 kap. 1 § och 15 kap. 1 § HSL).

Västra Götalandsregionen anser att det bör framgå vad som gäller när beslut om abort är taget före graviditetsvecka 18+0 dagar men aborten, av patientsäkerhetsskäl, inte kan genomföras förrän därefter. Enligt regeringen är denna problematik inte ny i och med detta förslag. Även i dag gäller en gräns för fri abort vid utgången av artonde graviditetsveckan. Det är regeringens uppfattning att denna fråga hanteras bäst av regionerna och, vid behov, kunskapsmyndigheten Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen får lämna tillstånd till avbrytande av graviditet vid fara för den gravidas liv eller hälsa

Socialstyrelsen får lämna tillstånd till avbrytande av graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravida kvinnans liv eller hälsa. Ett sådant tillstånd får lämnas oavsett hur långt efter graviditetsvecka 18 (dvs. efter graviditetsvecka 18+0 dagar) som graviditeten har framskridit. Till följd av Socialstyrelsen remissynpunkt förtydligas i lagtext att detta endast gäller efter graviditetsvecka 18. Om det inte går att avvakta Socialstyrelsens beslut utan att riskera den gravida kvinnans liv eller hälsa får avbrytande av graviditet utföras utan hinder av

detta. Denna reglering finns även i nuvarande abortlag, och det är endast språkliga ändringar som görs i denna del.

KI, Region Dalarna och SFOG är kritiska till att det i förslaget regleras att Socialstyrelsen ska besluta om avbrytande av graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravida kvinnans liv eller hälsa och anser att det är medicinska beslut som bör fattas av professionen. Regeringen konstaterar att det framgår uttryckligen av bestämmelsen att avbrytande av graviditet får utföras om det inte går att avvakta Socialstyrelsens beslut utan att riskera den gravida personens liv eller hälsa. Regeringen anser att denna reglering är tillräcklig för att tydliggöra att avbrytande av graviditet får ske av medicinska skäl utan att invänta Socialstyrelsens beslut.

5.5 Den abortsökande kvinnan har rätt att välja behandlingsalternativ vid abort

Regeringens bedömning

Den abortsökande kvinnan har rätt att utifrån patientlagens bestämmelser välja behandlingsalternativ vid en abort, vilket även innefattar en rätt att välja om en medicinsk abort ska genomföras på vårdinrättning eller i hemmet.

Utredningens bedömning

Bedömningen från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningens bedömning omfattar endast medicinsk abort.

Remissinstanserna

Många remissinstanser instämmer i utredningens bedömning och flera av dessa, bl.a. *Region Skåne, RFSU* och *SKR*, uttrycker att det är viktigt att det fortfarande finns möjlighet att välja om den medicinska aborten ska göras på vårdinrättning eller i hemmet.

IVO påpekar att en fråga som behöver ses över är att den som genomgår abort som inte föranleds av sjukdom eller skada inte ges samma möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § PL. *Socialstyrelsen* anser att det är en vidsträckt tolkning av 7 kap. 1 § PL att rätten att välja behandlingsalternativ skulle omfatta även plats för behandlingen. Socialstyrelsen tar inte ställning till om en sådan valmöjlighet bör finnas, men anser att det i den fortsatta beredningen av utredningens förslag bör övervägas om en bestämmelse som möjliggör val av plats för behandlingen ska införas i abortlagen, om man avser att en sådan möjlighet bör finnas. Socialstyrelsen framför även att när det gäller patientens rätt att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § PL är rätten villkorad av att det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen ska framstå som befogat. Den abortsökande kommer alltså inte att ha en absolut rätt att välja kirurgisk abort med utredningens förslag, utan det blir en bedömning som vårdgivaren kommer att göra i varje

enskilt fall. *KI* framför att det bör specificeras att kirurgisk abort bara kan erbjudas om det är medicinskt säkert.

Uppsala universitet påpekar att bedömningen om kvinnans rätt att välja behandlingsalternativ enligt patientlagen endast utvecklas i författningskommentaren i förhållande till uttrycket göra abort och att den möjligtvis kunde ha förtydligats också i lagtext.

SFOG framför att det kan finnas starka medicinska skäl att välja den ena eller den andra metoden, och att dessa medicinska skäl regleras som avsett i patientlagen redan i dag.

Skälen för regeringens bedömning

Bestämmelserna i patientlagen bedöms vara tillämpliga

I 7 kap. 1 § PL anges att patienten, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, ska få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. *IVO* anser att det finns frågetecken kring om bestämmelserna är tillämpliga när det gäller val av behandlingsmetod vid abort. I 1 kap. 5 § PL anges att med hälso- och sjukvård avses i lagen dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter. *IVO* påpekar att det inte behöver vara en sjukdom eller skada som föranleder en abort, och att den som genomgår en abort som inte föranleds av någon sjukdom eller skada således inte ges samma möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt bestämmelsen i patientlagen. Ordet hälso- och sjukvård, och den definition som används i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen innefattar abortvård (se avsnitt 5.1). Regeringen bedömer följaktligen att abortsökande har möjlighet att välja behandlingsalternativ i enlighet med 7 kap. 1 § PL oavsett anledning till aborten.

Behandlingsalternativ vid abort omfattas av patientlagen

Utredningen bedömer att den abortsökande i enlighet med bestämmelserna i patientlagen som regel har rätt att välja behandlingsalternativ vid en medicinsk abort. Behandlingsalternativ vid medicinsk abort kan vara att genomföra hela aborten vid en vårdinrättning alternativt helt eller delvis utanför vårdinrättningen. Utöver medicinsk abort finns behandlingsalternativet kirurgisk abort. Enligt utredningen bör den abortsökande få information om att alternativet kirurgisk abort finns och den anser att detta bör kunna erbjudas till abortsökande som har önskemål om det.

Mot bakgrund av att alla delar av abortvården omfattas av patientlagen bedömer regeringen att alla behandlingsalternativ, både medicinsk och kirurgisk abort, omfattas av bestämmelserna i patientlagen. Att abortsökande har en möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § PL innebär dock inte att den abortsökande har en absolut rätt att välja behandlingsalternativ och var aborten ska göras. *Socialstyrelsen* framhåller att rätten är villkorad av att det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen ska framstå som befogat. Regeringen instämmer i *Socialstyrelsens* synpunkt att den

abortsökande inte kommer att ha en absolut rätt att välja kirurgisk abort utan att det blir en bedömning som vårdgivaren kommer att behöva göra i varje enskilt fall, och endast som *KI* anger, när det är medicinskt motiverat och säkert.

Val av var den medicinska aborten bör genomföras omfattas av patientlagen

Utredningen bedömer att den abortsökandes rätt att välja behandlingsalternativ även innefattar att välja om den medicinska aborten ska genomföras i hemmet eller på vårdinrättning. Socialstyrelsen anser att det är en vidsträckt tolkning av 7 kap. 1 § PL att rätten att välja behandlingsalternativ skulle omfatta även plats för behandlingen och att man i den fortsatta beredningen bör överväga om en bestämmelse som möjliggör val av plats för behandlingen ska införas i abortlagen. I propositionen Stärkt patientinflytande (prop. 1998/99:4) nämns i sammanhanget om val av behandlingsalternativ att ytterligare ett skäl för ökat inflytande från patienten är den pågående strukturomvandlingen inom hälso- och sjukvården med kortare vårdtider och en ökad andel sjukvård i hemmet som bl.a. förutsätter en ökad andel egenvård och insatser från anhöriga. Det ligger i sakens natur att patienter och anhöriga som förväntas ta ett större ansvar för vården och behandlingen måste ges rimliga förutsättningar att ta detta ansvar (samma prop. s. 26). I förarbetena till patientlagen anges även att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (prop. 2013/14:106 s. 71). Mot bakgrund av detta anser regeringen att möjligheten att välja behandlingsalternativ i patientlagen även får anses innefatta möjligheten att välja om en medicinsk abort ska genomföras på en vårdinrättning eller i hemmet. Regeringen ser därmed inte behov av att, på sätt som Socialstyrelsen och Uppsala universitet efterfrågar, reglera detta även i abortlagen.

Medicinsk abort bör fortsatt erbjudas även på en vårdinrättning

Utredningen beskriver att självbestämmande (autonomi) kräver att den abortsökande har fått och förstått information om vilka behandlingsalternativ som finns att välja på samt riskerna och fördelarna med respektive behandling. Utredningen bedömer att den abortsökande även fortsättningsvis ska erbjudas abort utifrån egna val och även om det inte bedöms vara medicinskt olämpligt med hemabort bör hälso- och sjukvården fortsätta erbjuda medicinsk abort på vårdinrättningen.

Liksom flera remissinstanser anser regeringen att det av flera anledningar är viktigt att det fortfarande finns möjlighet att välja om en medicinsk abort ska göras på en vårdinrättning eller i hemmet. Även om kostnaden blir ytterligare något lägre för en medicinsk abort i hemmet som inte påbörjas på en vårdinrättning, rör det sig endast om mindre besparingar för hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer därför att kostnaderna som regel bör vara befogade i enlighet med 7 kap. 1 § PL. Regeringen delar denna bedömning.

6 Abort i hemmet

6.1 Abort i hemmet möjliggörs

Regeringens förslag

Kravet på att abort eller avbrytande av graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning ska tas bort.

Regeringens bedömning

Läkemedel vid medicinsk abort behöver inte intas på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning, vilket innebär att medicinsk abort i hemmet möjliggörs. Detta innebär en ökad flexibilitet för den abortsökande kvinnan.

Utredningens förslag och bedömning

Förslaget och bedömningen från utredningen stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Många remissinstanser tillstyrker utredningens förslag. Flera remissinstanser, bl.a. *Folkhälsomyndigheten*, *Region Örebro län* och *Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)* anser att det är viktigt att möjligheten till fysiska besök kvarstår och att inte utrymme på kvinnokliniker minimeras för abortsökande. Flera remissinstanser, bl.a. *Region Halland*, framhåller vikten av tydlig information om t.ex. smärtlindring och blödningar. *Sveriges läkarförbund (Läkarförbundet)* och *Region Dalarna* ser behov av rutiner för att bedöma när abort i hemmet kan ske på ett patientsäkert sätt, och när aborten bör genomföras vid en vårdinrättning. *Västra Götalandsregionen* och *Läkarförbundet* framhåller patientsäkerheten inom abortvården och vid abort i hemmet. *Läkemedelsindustriföreningen (Lif)* anser att det är en brist att utredningen inte närmare motiverar bedömningen att den reglering som finns kring patientsäkerhet i bl.a. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, är tillräcklig för att säkerställa att aborter genomförs på ett säkert sätt. *Åklagarmyndigheten* framför att hälso- och sjukvården kommer att förlora kontroll över vem som faktiskt intar överlämnade läkemedel och att det, bl.a. mot bakgrund av den minskade tillgången till abortvård i omvärlden, inte kan uteslutas att den som fått läkemedel tilldelade sig ger eller säljer dem vidare till annan person som sedan intar dem.

Många remissinstanser, bl.a. *Sveriges Kvinnoorganisationer* och *Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (Roks)* framför att förslaget kan innebära risker för våldutsatta kvinnor. Sveriges Kvinnoorganisationer framhåller att det behöver göras en djupare konsekvensanalys kring riskerna för olika grupper av kvinnor, t.ex. kvinnor som är utsatta för olika former av mäns våld och tvång i samband med abort, för att säkerställa att reformen sker på ett tillräckligt patientsäkert sätt. Flera remissinstanser, däribland *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och

Diskrimineringsombudsmannen (DO) anser att hemaborter och färre fysiska vårdbesök minskar hälso- och sjukvårdens möjligheter att upptäcka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer samt att arbete mot våld i nära relationer och för ett samhälle fritt från det strukturella våld som kvinnor utsätts för är en viktig förutsättning för allas lika rättigheter och möjligheter. *Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queerar och intersexpersoners rättigheter (RFSL)* betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39), systematiskt upptäcka och stödja våldsutsatta individer. Roks framför bl.a. följande. Organisationen är positivt inställd till att kvinnor ges möjlighet att genomföra en abort i en miljö där de känner sig trygga, och att valfriheten ökar. Det är dock avgörande att förstå att hemmet inte är en trygg plats för alla kvinnor. För kvinnor som lever med en våldsam man kan hemaborter innebära en ökad möjlighet för honom att kontrollera henne. Det är oroväckande att utredningen inte beaktar den verklighet där män utövar kontroll över kvinnors reproduktiva rättigheter, en kontroll som ofta manifesteras genom våld kopplat till graviditet och fertilitet. Män som utsätter kvinnor för våld använder just ofta fertilitet som ett maktmedel, både genom att tvinga fram graviditeter och genom att tvinga till, eller hindra, abort. Det saknas en analys av hur hemaborter kan påverka kvinnor som lever med en våldsam man. Det saknas även en bedömning av vilka skyddsåtgärder som krävs för att säkerställa att möjligheten till hemabort inte kan utnyttjas av våldsamma män. Det är inte valfrihet om en kvinna tvingas genomföra en abort hemma för att hon saknar friheten att söka vård i trygghet. Det är avgörande att förslaget om hemaborter kompletteras med ett starkt skyddsperspektiv, där kvinnors säkerhet och rätt till stöd från vården prioriteras, särskilt för de kvinnor som lever under hot och kontroll. *Vårdförbundet* ser inga ökade risker med att individen själv tar beslutet om var den första tabletten ska intas. Förbundet anser att farhågor har framförts kring risken att individen ofrivilligt kan tvingas genomgå en abort. Förbundet kan dock se att påtryckningar förekommer även när en abort genomförs på vårdinrättningar, och anser att eftersom en vårdkontakt krävs i båda fallen finns det en möjlighet att identifiera eventuella påtryckningar. Förbundet ser tvärtom en möjlighet för kvinnor som lever under hot, förtryck eller andra oönskade omständigheter att själva kunna fatta beslut om och när de vill påbörja en abort, utan att en eventuell motpart informeras. Detta bedömer förbundet ökar kvinnans möjlighet att genomföra aborten på egna villkor. *Folkhälsomyndigheten* anser att tydliga strategier och rutiner för att upptäcka våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck behövs vid utökad användning av digital vård. *Myndigheten för delaktighet (MFD)* ser positivt på att utredningen fört ett resonemang om förslagets eventuella konsekvenser för abortsökande som lever i våldsut-satthet samtidigt som de saknar ett resonemang kring den särskilda utsatthet som våldsutsatta personer med funktionsnedsättning kan leva under. *Kvinnofronten* anser att det är mycket viktigt att aborter som regel ska göras inom sjukvårdsinrättning när det gäller minderåriga. *Uppsala universitet* konstaterar, liksom utredningen, att abortlagen (1974:595) inte innehåller några särskilda bestämmelser gällande omyndiga kvinnor som

vill göra abort, och att bedömningar således behöver göras i varje enskilt fall, vilket universitetet ser behov av att förtydliga i abortlagen.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Nuvarande lagstiftning är inte anpassad för den medicinska utvecklingen

Abortlagen infördes i en tid när aborter var kirurgiska ingrepp och det fanns en historia av illegala aborter som utfördes utanför sjukhus av personer som inte nödvändigtvis hade rätt kompetens. I abortlagen finns mot den bakgrunden ett krav på att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning (5 §).

I dag ser situationen annorlunda ut: både den medicinska utvecklingen och synen på abort har förändrats. I Sverige är majoriteten av alla aborter medicinska, tillgängligheten har ökat och stigmat kring abort har minskat. Medicinsk abort kräver inte heller samma hygien och tillgång till operationsutrustning eller anestesi som behövs vid kirurgisk abort. Det innebär att en abort i dag inte alltid behöver ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning. En medicinsk abort kan t.ex. ske genom att läkemedel intas i hemmet. Att abort och avbrytande av graviditet endast ska få ske inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet föreslås i avsnitt 5.3.

Utredningens förslag möjliggör abort i hemmet

Utredningen föreslår att bestämmelsen i abortlagen att abort eller avbrytande av graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning ska tas bort.

Det innebär t.ex. att samtliga läkemedel för att genomföra en abort får tas utanför en vårdinrättning. De läkemedel som används för att genomföra en abort i nuläget är mifepriston som ges i kombination med misoprostol. Utöver abortläkemedel kan det även behövas t.ex. smärtlindrande läkemedel och läkemedel mot illamående (se avsnitt 6.2).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU:s) rapport (se avsnitt 4) visar att abort i hemmet är säkert och effektivt enligt forskning. SBU konstaterar där att mifepriston med fördel kan tas i hemmet. Behoven varierar dock och det är viktigt att kvinnor även fortsättningsvis har möjlighet att välja om den medicinska abortbehandlingen och aborten ska ske hemma eller på en vårdinrättning.

När det gäller *Åklagarmyndighetens* synpunkter bedömer regeringen att den goda tillgängligheten till abortvård i Sverige innebär att risken är liten för att det skulle uppstå en illegal inhemsk marknad för abortläkemedel.

I Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer Abortion care guideline anges att gravida till och med utgången av graviditetsvecka tolv bör erbjudas att helt eller delvis genomföra en medicinsk abort i hemmet. WHO ser således inga hinder för att, där vårdpersonal finner det lämpligt, erbjuda hemaborter där båda läkemedlen intas i hemmet, så länge den abortsökande får tillräcklig information och kvalitetssäkrade läkemedel. WHO anger dock att den abortsökande fortfarande kan behöva eller vilja ha stöd från hälso- och sjukvårdspersonal under processen.

Förslaget att det i abortlagen inte ska anges var en abort ska genomföras överensstämmer med majoriteten av övrig reglering för hälso- och sjukvården, där platsen för ingrepp, behandling eller liknande inte uttryckligen anges i lag. Dock finns bestämmelser i övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning som indirekt styr nämnda faktorer, som t.ex. bestämmelser kring vetenskap och beprövad erfarenhet och andra bestämmelser kring patientsäkerhet, vilka innebär att abort i vissa fall inte bör ske i hemmet.

Abort i hemmet innebär ökad autonomi för den som ska genomföra abort

Enligt den systematiska översikt som genomförts av SBU var det en övervägande majoritet av de som tagit mifepriston hemma som angav att de föredrog att ta läkemedlet i hemmet (se avsnitt 4). Även de abortverksamheter som utredningen har haft kontakt med ställer sig positiva till att den abortsökande kan välja att ta även det första läkemedlet utanför en vårdinrättning. Främst anför praktiska fördelar för den abortsökande som t.ex. att utifrån sitt arbete kunna planera och anpassa när det första läkemedlet intas. Flera remissinstanser bedömer att möjligheten till abort i hemmet innebär en positiv utveckling för individens självbestämmande och att det kan leda till ökad flexibilitet.

Regeringen instämmer i bedömningen att förslaget innebär en ökad autonomi och flexibilitet för den som ska genomföra abort. Det kan också öka möjligheten för närstående att vara delaktiga.

Abort i hemmet bör vara en möjlighet för den som önskar

Som flera remissinstanser påpekar är det viktigt att en lagändring som möjliggör aborter i hemmet inte innebär att valmöjligheten att få en abort utförd på vårdinrättning försvinner (se avsnitt 5.5). Den abortsökandes önskemål om var aborten ska genomföras ska respekteras så långt det är möjligt om det inte föreligger medicinska eller andra skäl som talar emot. Andra skäl kan t.ex. vara om det finns en oro för den abortsökandes psykiska hälsa, att den abortsökande är minderårig eller om det finns hemförhållanden som påverkar den abortsökandes möjligheter att få genomföra abort i en trygg miljö om det görs utanför vårdinrättningen.

För att kunna välja var aborten ska göras måste den abortsökande ha fått information om och vara införstådd med hur aborten går till och vilka risker eller obehag det kan innebära (se avsnitt 5.3). Om det finns önskemål om att göra aborten på en vårdinrättning bör det respekteras av vården, även om det kan innebära längre väntetid för abort på en vårdinrättning än om aborten genomförs i hemmet. *Region Örebro län* understryker vikten av att kliniker inte minimeras för abortsökande. Regeringen instämmer i att det är viktigt att vården även fortsatt har kapacitet för att skyndsamt kunna hantera aborter på en vårdinrättning för den som så önskar, eller där det av olika skäl inte är lämpligt att aborten genomförs hemma. Vid hemabort behöver det även finnas möjlighet för den som genomgår aborten att kontakta abortvården vid behov både under och efter aborten, t.ex. vid smärta, oro eller andra frågor.

Även om den abortsökande kvinnan önskar genomföra aborten i hemmet, kan det bedömas att det inte är lämpligt av medicinska eller andra skäl. Regeringen instämmer i synpunkten att det kan vara hjälpsamt för verksamheterna att det tas fram rutiner för när det är lämpligt med

hemabort och inte. Utredningen beskriver att många abortverksamheter har ålder som ett kriterium för att avsluta aborten i hemmet. Det kan exempelvis innebära att aborten alltid genomförs på sjukhus för den som är under 15 år. Här är det också viktigt att vården fångar upp barn som eventuellt far illa och anmäler det till socialtjänsten. Det är också viktigt med bra preventivmedelsrådgivning för att minska risken för fler oplanerade graviditeter. *Kvinnofronten* och *Uppsala universitet* efterfrågar åtgärder beträffande minderåriga abortsökande. Regeringen konstaterar att abortlagen omfattar både barn och vuxna och att regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet utgår från en individanpassad vård. Regeringen anser att frågan om den medicinska aborten kan genomföras i hemmet eller inte bör bedömas i varje enskilt fall. Regeringen ser således inte något behov av tillägg i abortlagen i denna del.

En patientsäker abortvård för våldsutsatta kvinnor behöver säkerställas

Remissynpunkterna som rör våldsutsatta kvinnor har varit omfattande. Regeringen delar remissinstansernas synpunkter om att eventuella risker för våldsutsatta kvinnor behöver behandlas mer utförligt och att det ska finnas tydliga rutiner inom hälso- och sjukvården för att upptäcka och hantera våldsutsatthet. Regeringen delar *DO:s* uppfattning att arbete mot våld i nära relationer och för ett samhälle fritt från det strukturella våld som kvinnor utsätts för är en viktig förutsättning för allas lika rättigheter och möjligheter. Regeringen anser också, som *Roks* framför, att förslaget om hemaborter bör kompletteras med ett starkt skyddsperspektiv, där kvinnors säkerhet och rätt till stöd från vården prioriteras, särskilt för de kvinnor som lever under hot och kontroll. Både *Sveriges kvinnoorganisationer* och *Roks* betonar att kvinnor kan utsättas för tvång i samband med abort. Regeringen delar denna farhåga. Samtidigt instämmer regeringen i Vårdförbundets bedömning att det finns möjlighet att identifiera eventuella påtryckningar så länge besök på hälso- och sjukvårdsverksamhet fortsatt krävs oavsett vilket behandlingsalternativ som används (se avsnitt 6.2).

Utredningen beskriver bl.a. följande. Färre fysiska besök kan minska möjligheten att upptäcka våld i nära relation och det är därför av stor vikt att vården har tydliga rutiner och strategier för hur det ska upptäckas och hanteras. Även *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *DO* anser att färre fysiska besök kan minska möjligheten att upptäcka våld i nära relation. Utredningen beskriver även att Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har tagit fram råd för när det är lämpligt att fullfölja en abort i hemmet enligt nuvarande lagstiftning. Det kan finnas sociala skäl, där det är lämpligt att en kurator är delaktig i bedömningen av lämplighet, exempelvis om vården misstänker våld i hemmet eller om vården bedömer att en minderårig inte har tillräckligt stöd från anhöriga i hemmet.

Regeringen vill framhålla att enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska vårdgivaren fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld (7 kap. 1 §). Vårdgivaren ska även fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som

behöver vård (7 kap. 2 §). I föreskrifterna beskrivs även att vårdgivaren bör se till att personalen i verksamheten har kunskap om våld och andra övergrepp av eller mot närstående för att kunna ge god vård samt har förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet. *RFSL* betonar hälso- och sjukvårdens tydliga ansvar i detta avseende. Regeringen anser att det är av högsta prioritet att regionerna vidtar åtgärder för att implementera Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer och säkerställer att dessa efterlevs, att kunskapen omsätts i det praktiska arbetet och att det finns rutiner för att upptäcka våldsutsatthet och därmed kunna erbjuda en patientsäker abortvård även för våldsutsatta kvinnor.

Mäns våld mot kvinnor är ett utbrett samhällsproblem som varje år kostar kvinnoliv. Det är helt oacceptabelt. I regeringens åtgärdsprogram för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck samt prostitution och människohandel 2024–2026 finns fyra särskilt prioriterade utvecklingsområden, varav ett avser förbättrad upptäckt av våld och starkare skydd och stöd till utsatta. Regeringen har aviserat att den ska ta fram en långsiktig strategi för arbetet mot mäns våld mot kvinnor våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck samt prostitution och människohandel samt tillhörande handlingsplaner. Regeringen har även inrättat Rådet för kvinnofrid för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor vars arbete vägleds av en nollvision för det dödliga våldet mot kvinnor. Socialstyrelsen och SBU har även sedan 2017 haft i uppdrag att stödja genomförandet inom vård och omsorg av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Dessutom aviseras i budgetpropositionen 2026 att det behövs en kraftsamling för att bekämpa våld mot barn och förebygga att barn dras in i kriminalitet. Det behövs bl.a. en nationell strategi och konkret handlingsplan för att bekämpa våld mot barn. Med dessa åtgärder sammantaget tar regeringen krafttag för att öka effektiviteten och fokus i arbetet framåt.

Regeringen vill i sammanhanget även betona att risken att drabbas av våld är nästintill dubbelt så hög för en person som har en funktionsnedsättning. Kvinnor med funktionsnedsättning som lever i hederskontext med t.ex. ofrivillig graviditet inom tvångsäktenskap har en särskild utsatthet. Sammantaget ställer det höga krav på vården att även ha kunskap om och förmåga att på ett icke-diskriminerande sätt inhämta information, informera och bemöta personer med olika typer av funktionsnedsättningar i syfte att säkerställa att beslutet sker utifrån individens vilja.

Regeringen anser att det är av stor vikt att det fortsatt även finns möjlighet att genomföra hela eller delar av den medicinska aborten på en vårdinrättning om den abortsökande kvinnan önskar det eller i situationer där det är att föredra för den abortsökande. För att genomföra hela den medicinska aborten i hemmet bör läkemedel för närvarande i första hand kunna lämnas ut vid en hälso- och sjukvårdsverksamhet under förutsättning att Läkemedelsverket beslutar om ändrade föreskrifter (se avsnitt 6.2). På så sätt kommer vården att möta den abortsökande vid minst ett tillfälle där det finns möjlighet att ställa frågor för att kunna upptäcka våldsutsatthet. Därtill regleras det i lag att stödsamtal ska erbjudas innan och efter abort. Detta är ytterligare en kontakt med vården där våldsutsatthet skulle kunna upptäckas. Det innebär att det inte blir någon större skillnad jämfört med de möjligheter som i dag finns för att upptäcka

våldsutsatthet inom abortvården. Det finns dock redan i dag behov av att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Regeringen anser att det är avgörande att hälso- och sjukvården har rutiner och strategier för att upptäcka våldsutsatthet och förmåga och kunskap att hantera informationen.

Regeringen anser att abort i hemmet bör möjliggöras

Flera remissinstanser understryker vikten av information i samband med abort i hemmet. Regeringen instämmer i vikten av detta, och att sådan informationen ska vara anpassad till individens intellektuella och språkliga förmåga.

Västra Götalandsregionen och *Läkarförbundet* framhåller patientsäkerheten inom abortvården och vid abort i hemmet. *Lif* anser att det är en brist att utredningen inte närmare motiverar bedömningen att den reglering som finns kring patientsäkerhet i bl.a. patientsäkerhetslagen är tillräcklig för att säkerställa att aborter genomförs på ett säkert sätt. Regeringen instämmer i att det är mycket viktigt att abortvården även i fortsättningen håller hög kvalitet och värnar om patientsäkerheten. Bestämmelser om patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården regleras bl.a. i patientsäkerhetslagen. Regeringen bedömer att befintlig lagstiftning utgör ett starkt skydd för patientsäkerheten och säkerställer att aborter genomförs på ett säkert sätt. I abortvården ingår även andra insatser än den kliniska abortprocessen, t.ex. stödsamtal och preventivmedelsrådgivning vilket också det är ämnat att bidra till bl.a. patientsäkerheten.

Vid en sammantagen bedömning anser regeringen att det är motiverat att möjliggöra abort i hemmet. På lagnivå sker det genom att kravet på att abort eller avbrytande av graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning i abortlagen ska tas bort.

6.2 Förslaget öppnar upp för en mer flexibel läkemedelshantering

Regeringens bedömning

Förslaget om att kravet på att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning ska tas bort möjliggör att läkemedel som används vid medicinsk abort kan hämtas ut från en hälso- och sjukvårdsverksamhet och intas utanför verksamheten.

Utredningens bedömning

Bedömningen från utredningen stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen bedömer dock att förskrivning av läkemedel för utlämnande på apotek sannolikt blir möjligt och att förskrivning bör ske restriktivt.

Remissinstanserna

Flera remissinstanser, bl.a. *Läkemedelsverket*, *Sveriges läkarförbund* (*Läkarförbundet*) och *Sveriges Kommuner och Regioner* (*SKR*), in-

stämmer i bedömningen att läkemedel som används vid abort bör förskrivas restriktivt och anser att patienter även fortsättningsvis i huvudsak bör få tillgång till läkemedel för abort vid en vårdinrättning. *Lif* instämmer i utredningens beskrivning av utmaningar och risker med förskrivning, men anser att det tydligare hade kunnat framhållas att det finns godkända läkemedel tillgängliga som bör användas. *RFSU*, *SFOG* och *Svenska barnmorskeförbundet (Barnmorskeförbundet)* motsätter sig bedömningen att förskrivning av abortläkemedel ska ske restriktivt, men tycker att det därutöver ska finnas möjlighet att hämta ut läkemedel från en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Även *Vårdförbundet* understryker den möjligheten av kostnadsskäl för den abortsökande. *SFOG*, *Barnmorskeförbundet* och *Region Dalarna* tycker att en eventuell framtida utveckling bör möjliggöras genom att varken ange att förskrivning bör ske restriktivt eller att läkemedel för abort som regel bör hämtas ut på en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Remissinstanserna anser att det i stället bör ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. *Vårdförbundet* anser att förskrivning bör ske i den utsträckning som behovet kräver och att det är viktigt att alla läkemedel som används vid medicinsk abort blir möjliga att förskriva och hämta ut på apotek. Förbundet anser inte att aborten bör föregås av ett fysiskt besök på en hälso- och sjukvårdsverksamhet utan att behovet och individens val bör vara styrande om det inte av medicinska skäl behövs en bedömning på plats. *Sveriges Apoteksförening* och *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)* betonar att det är viktigt att göra skillnad på begränsad förskrivning och begränsat utlämnande av läkemedel och instämmer i utredningens bedömning att Läkemedelsverket kommer att behöva ompröva den begränsning som finns i dag kring utlämnande av abortläkemedel. *Sveriges Apoteksförening* föreslår att en möjlighet att bibehålla en restriktiv förskrivning är att begränsa förskrivningen för läkare med vissa specialiteter. *Socialstyrelsen* anser att det i den fortsatta beredningen behöver bedömas hur utlämnande av läkemedel på vårdinrättning förhåller sig till förskrivares möjlighet att lämna ut läkemedel till patient och särskilt möjligheten till utlämnande av jourdos enligt 3 kap. 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (HSLF-FS 2021:75).

SKR, flera regioner och Läkemedelsverket ser patientsäkerhetsrisker med förskrivning av stora förpackningar och för många tabletter. Remissinstanserna anser också att kassation inte heller är önskvärt ur vare sig ett ekonomiskt eller miljömässigt perspektiv. Regionerna och SKR framför även kostnadsaspekten för den abortsökande där läkemedlet i dag inte ingår i läkemedelsförmånen, vilket innebär fri prissättning på apoteken samt att regionerna måste använda sig av undantagshantering om det ska vara kostnadsfritt för den abortsökande. *RFSU* framför att det redan i dag är möjligt att förskriva läkemedel för medicinsk abort utan att invänta eventuella framtida registreringar eller förpackningsanpassningar från läkemedelsföretagen. *RFSU* anser att det är centralt att förskrivningsrätt och tillgång till abortläkemedel inte begränsas av läkemedelsindustrins agerande utan styrs av medicinsk vetenskap, patientsäkerhet och jämlik tillgång till vård samt att det är nödvändigt att säkerställa tillgången till abortläkemedel genom andra mekanismer än kommersiell registrering. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges Farmaceuter*, *Sveriges Apoteksförening* och Läkemedelsverket, delar utredningens oro att många apotek

saknar förutsättningar att lämna ut abortläkemedel i sådan enskildhet att sekretessen bevaras.

Skälen för regeringens bedömning

Mot bakgrund av utredningens bedömning att förskrivning av abortläkemedel sannolikt blir möjlig och att förskrivning bör ske restriktivt och att läkemedlen i stället som regel delas ut på vårdinrättningen identifierar remissinstanserna och Läkemedelsverkets rapport, Uppdrag om tillgängliggörande av läkemedel vid abort – Redovisning från Läkemedelsverket, en rad problem.

Ett problem som framhålls är kostnadsaspekten för den abortsökande. Regeringen delar utredningens bedömning att det är viktigt att abort i praktiken inte försvåras på grund av kostnader för den abortsökande och anser att det är av stor vikt att möjligheten till kostnadsfri abort finns kvar. Som regionerna och SKR framför innebär förskrivning på recept för uthämtning på apotek att den abortsökande själv behöver stå för kostnaden för läkemedel, dock med möjlighet till subvention om läkemedlet ingår i läkemedelsförmånen. Flera av de läkemedel som finns på den svenska marknaden i dag ingår emellertid inte i högkostnadsskyddet, varför regionerna måste använda sig av undantagshantering för att behålla kostnadsfrihet för kvinnan.

Ett annat problem som framhålls är förpackningsstorlekarna. De två läkemedel innehållande mifepriston och misoprostol som nu primärt används finns i en förpackning med tre tabletter till en kostnad av cirka 700 kronor och i en förpackning om sextio tabletter till en kostnad av cirka 200 kronor. Även en förpackning med opioider, som kan skrivas ut för smärtlindring vid abort, innehåller fler tabletter än som vanligen behövs under en medicinsk abort. Som utredningen konstaterar kan apotek som huvudregel inte öppna originalförpackningen och lämna ut ett mindre antal tabletter (se 8 kap. 27 § Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit). Det innebär att den som ska genomföra en abort skulle få tabletter över, vilket, som flera remissinstanser påpekar, är förenat med såväl patientsäkerhetsproblem som miljömässiga problem. Det undantag som 8 kap. 28 § samma föreskrifter medger, att lämna ut ett mindre antal tabletter ur en förpackning, förutsätter kassation av återstoden av tabletterna. Detta bör enligt Läkemedelsverket inte sättas i system. Regeringen konstaterar, liksom bl.a. utredningen och Läkemedelsverket, att även större kassation är negativt ur resurs- och miljöhänsyn.

Ytterligare ett problem som framhålls är apoteksmiljön. Utredningen beskriver att många apotek i dag inte har förutsättningar att samtala med den som hämtar ut medicin i enskildhet, vilket gör det svårare att upprätthålla sekretessen. Det kan komma att upplevas som integritetskränkande för den abortsökande att ha det samtalet på en mer öppen plats som apotek ofta är då andra personer kan höra samtalet. Detta blir särskilt aktuellt om förskrivningen inte föregåtts av ett vårdbesök. Även distanshandel med aktuella läkemedel är en fråga som skulle behöva ses över.

En annan problemställning handlar om att vården har utvecklat en praxis som innebär att läkemedel vid medicinsk abort används off label, dvs. läkemedlet används på ett annat sätt än vad läkemedlets produkt-

information anger. Läkemedelsverket beskriver i sin rapport att användning av läkemedel off label sker på förskrivande läkares ansvar. Användningen ska grundas på dokumenterad vetenskap och beprövad erfarenhet. *Lif* anser att utredningen tydligare hade kunnat framhålla att det finns godkända läkemedel tillgängliga som bör användas. Läkemedelsverkets uppfattning är att godkända behandlingsalternativ ska vara första handsval men myndigheten kan inte bortse från att användning som avviker från godkänd produktinformation tillämpas i vissa fall. Utredningen ser att riskerna för exempelvis bristande information om hur läkemedlet ska användas och om dess sidoeffekter kan komma att öka om informationen inte ges av hälso- och sjukvårdspersonal inom abortvården i samband med överlämnandet av läkemedlet.

Utredningen ser inte skäl att förbjuda förskrivning av läkemedel som används för abort, men bedömer att förskrivning bör ske restriktivt. Det beror på de försvarande omständigheter som kvarstår och att de inte ser att det i dag är möjligt att föreslå en lösning som hanterar riskerna med förskrivning av läkemedel vid abort. Till exempel ligger flera av dessa omständigheter utanför statens mandat att påverka och är upp till läkemedelsbolagen. *Sveriges Apoteksförening* föreslår att en möjlighet att bibehålla en restriktiv förskrivning är att för läkare begränsa förskrivningen till vissa specialiteter. Även *Vårdförbundet* anser att förskrivning bör ske i den utsträckning som behovet kräver och att det är viktigt att de läkemedel som används vid medicinsk abort blir möjliga att förskriva och dela ut på apotek. Regeringen delar utredningens och flera av remissinstansernas bedömning att det finns ett antal försvarande omständigheter. Även Läkemedelsverket bedömer i sin rapport att frågan är komplex och behöver utredas vidare.

Mot bakgrund av de farhågor som rests av flera remissinstanser och de svårigheter som bl.a. Läkemedelsverket pekar på i sin rapport anser regeringen att frågan om förskrivning och utlämnande av läkemedel vid medicinsk abort på apotek behöver analyseras ytterligare, t.ex. av Läkemedelsverket. Regeringen kan därför inte i nuläget uttala sig om ifall det i framtiden kommer att bli möjligt att hämta ut läkemedel för abort på apotek. Regeringen kan inte heller ta ställning till huruvida förskrivning bör ske restriktivt eller inte och om det bör lämnas utrymme för flexibilitet på sätt bl.a. *Barnmorskeförbundet*, *SFOG* och *Region Dalarna* efterfrågar. Regeringen konstaterar dock att abortlagen inte ställer upp något hinder för att läkemedel i framtiden t.ex. skulle kunna hämtas ut på apotek.

Som Sveriges Apoteksförening och *TLV* påpekar har Läkemedelsverket i nuvarande författning begränsat utlämnandet av läkemedlen, inte förskrivningen. *Socialstyrelsen* anser att det i den fortsatta beredningen behöver bedömas hur utlämnande av läkemedel på vårdinrättning förhåller sig till förskrivares möjlighet att lämna ut läkemedel till patient och särskilt möjligheten till utlämnande av jourdos enligt 3 kap. 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Läkemedelsverket bedömer i sin rapport att utlämnande av läkemedel för medicinsk abort i hemmet inte kan anses vara en jourdos då läkemedel för hela behandlingen lämnas ut vid ett och samma tillfälle för att intas på annan plats. Läkemedelsverket har i sin rapport dock angett att myndigheten har de bemyndiganden som krävs för att på föreskriftsnivå möjliggöra utlämnande av läkemedel på vårdinrättning för medicinsk

abort i hemmet och lämnat förslag på hur föreskrifterna då skulle kunna se ut.

Regeringen bedömer sammanfattningsvis att förslagen kan möjliggöra för abortsökande kvinnor att hämta läkemedel för medicinsk abort vid en hälso- och sjukvårdsverksamhet och att läkemedlen kan intas utanför verksamheten.

6.3 Förslaget öppnar upp för vård på distans

Regeringens bedömning

Förslaget om att kravet på att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning ska tas bort möjliggör för att abort eller annat avbrytande av graviditet kan ske på distans i framtiden. Vård på distans är emellertid inte aktuellt i nuläget.

Utredningens bedömning och förslag

Bedömningen från utredningen stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen bedömer dock att förslaget möjliggör handläggning av aborter på distans (telemedicin), oavsett om det blir möjligt att hämta ut abortläkemedel på ett apotek. Utredningen föreslår även att metoden bör utvärderas och anpassas till svensk kontext och föreslår att medel avsätts för utveckling av abortvården med särskilt fokus på metoder som ytterligare ökar tillgängligheten till abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer.

Remissinstanserna

Flera remissinstanser, bl.a. *Region Stockholm*, *Folkhälsomyndigheten*, *RFSU*, *Svenska barnmorskeförbundet (Barnmorskeförbundet)* och *Vårdförbundet* instämmer i utredningens bedömning att förslagen möjliggör handläggning av aborter via telemedicin. och framför bl.a. att detta kan vara positivt för tillgängligheten. *Karolinska Institutet (KI)* framför att forskning tydligt visar att kvinnor uppskattar telemedicin när de själva får välja. Flera remissinstanser, bl.a. *Folkhälsomyndigheten*, flera regioner, *SKR* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, framhåller risker i form av minskad möjlighet att upptäcka våld i nära relation eller psykisk ohälsa, färre möjligheter att diskutera preventivmedel, att den abortsökande väntar längre än tänkt att ta läkemedlen och felaktig datering av graviditetslängden. *KI* tillägger att utfört ultraljud i tidig graviditet inte alltid kan utesluta utomkvedshavandeskap. *Västra Götalandsregionen* ser behov av att regionerna utvecklar metoder för att säkerställa patientsäkerheten, särskilt vid hemaborter där den abortsökande inte haft fysisk kontakt med vården. *Region Halland* tycker att det är bra att telemedicin inte bedöms vara förstahandsmetoden vid abort, men att det är positivt att möjligheten utreds för att kunna användas när det bedöms lämpligt. *RFSU* anser att utredningen inte i tillräcklig utsträckning redogör för i vilken mån fysiska vårdbesök fortsatt kommer att krävas av den abortsökande i samband med en abort. *MFD* anser att det är viktigt att personer med

funktionsnedsättning, och de organisationer som företräder dem, involveras i det fortsatta utvecklingsarbetet. Barnmorskeförbundet betonar vikten av planering för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom vården även i kris, beredskap och krig. Om det saknas en plan för abortvården kan det innebära stora konsekvenser för den enskilda. Förbundet framför att det kan vara till stor nytta att redan ha vana vid och en organisation för telemedicin.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömer att myndighetens tillsynsansvar vid telemedicin endast omfattar verksamhet som bedrivs inom Sveriges gränser. För att tydliggöra IVO:s tillsynsansvar önskar IVO att regeringen i det fortsatta lagstiftningsarbetet gör en översyn av frågan om tillsyn av telemedicinska tjänster som utförs utomlands.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys motsätter sig utredningens bedömning att staten ska avsätta medel för att utveckla abortvården så som det nu är formulerat och anser att förslaget behöver förtydligas. *Region Sörmland*, *SFOG* och *SKR* instämmer i bedömningen att medel bör avsättas för att utveckla digitala vårdformer. *SFOG* anser dock att medlen bör gå via statens forskningsorganisation, såsom Vetenskapsrådet eller Forte, och inte via *SKR*. *SBU* instämmer i utredningens bedömning att modeller för telemedicin behöver utvecklas i en svensk kontext och utvärderas innan de eventuellt införs på bred front.

Skälen för regeringens bedömning

Enligt 5 § abortlagen ska abort eller avbrytande av havandeskap ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som *Inspektionen för vård och omsorg* har godkänt. Detta innebär att vård på distans inte är möjligt i dag. Utredningen bedömer att när kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning tas bort, innebär det att handläggning av aborter på distans (telemedicin) möjliggörs. När utredningen skriver om telemedicin avses en abortprocess utan fysiskt besök på vårdinrättning. *Barnmorskeförbundet* anser att det i denna definition bör tilläggas att det inte sker något rutinmässigt fysiskt besök på vårdinrättning.

Utredningen beskriver att om abort utan ett fysiskt besök på vårdinrättning blir ett alternativ kan det ge större möjligheter för den abortsökande att välja när och var aborten ska ske. Flera remissinstanser framhåller likt utredningen att vård på distans skulle kunna vara positivt för tillgängligheten till abortvård om man t.ex. har långt till en vårdinrättning eller svårt att ta sig dit av andra skäl. Samtidigt ser flera av de abortmottagningar som utredningen intervjuat risker med vård på distans. Utredningen beskriver även att ultraljudskontroll och gynekologisk undersökning av den som vill genomföra en abort är i dag praxis i svensk hälso- och sjukvård. Att inte genomföra ett ultraljud inför en abort kan innebära att utomkvedshavandeskap, graviditet utanför livmodern, inte upptäcks. Ett uteblivet ultraljud innebär också, som framförs av flera remissinstanser, att det är mer osäkert i vilken vecka av graviditeten som aborten genomförs. En följd av detta kan vara att doseringen av läkemedel för abort eller smärtlindring är anpassad för en abort i en annan graviditetsvecka. Det kan i sin tur innebära att aborten inte sker på ett effektivt sätt eller efter de tidsgränser som finns i abortlagen. Enligt WHO är ultraljundsundersökning inför abort inte nödvändigt ur ett kliniskt

perspektiv. Barnmorskeförbundet har i anslutning till detta förtydligat att det enligt WHO gäller rutinemässig ultraljudsundersökning. Utredningen och flera remissinstanser framhåller att abortvård på distans kan innebära att hälso- och sjukvården får minskade möjligheter att upptäcka våldsutsatthet. Regeringen instämmer i det som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys betonar om att det är viktigt att verksamheterna har kompetens, strategier och rutiner för att identifiera patienter som är utsatta för våld eller har psykisk ohälsa. Detta gäller oavsett om vård ges på en vårdinrättning eller på distans (se avsnitt 6.1).

Utredningen framför att något som blir teoretiskt möjligt genom en förändrad reglering inte nödvändigtvis är lämpligt i praktiken. Till skillnad från i många andra länder finns i Sverige tillgång till säkra aborter och en abortvård av god kvalitet. Utredningen föreslår att det bör utvärderas hur abortvården i Sverige kan använda vård på distans på ett patientsäkert sätt utan att vården försämras och att medel ska avsättas för utveckling av abortvården med särskilt fokus på metoder som ytterligare ökar tillgängligheten till abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer. Flera remissinstanser framhåller synpunkter kopplat till detta. Västra Götalandsregionen ser behov av att regionerna utvecklar metoder för att säkerställa patientsäkerheten. De krav som finns på att använda metoder enligt vetenskap och beprövad erfarenhet måste följas enligt patientsäkerhetslagen. Frågan om att avsätta medel i enlighet med utredningens förslag hanteras inte inom ramen för denna lagstiftningsprodukt.

Barnmorskeförbundets anger att en lagstiftning som öppnar för aborter på distans skulle underlätta möjligheten att göra abort under en krissituation eller krig. KI framför att forskningen tydligt visar att kvinnor uppskattar telemedicin när de själva får välja. Flera remissinstanser anser att färre fysiska besök kan innebära en försämrad tillgång till preventivmedel. Regeringen anser att preventivmedelsrådgivning är en viktig del i abortvården. Långtidsverkande preventivmedel (LARC) som exempelvis hormonspiral och p-stav kräver ett fysiskt besök för att appliceras. En farhåga är att om abortvård på distans införs, skulle förskrivning av LARC kunna minska med ökat antal oplanerade graviditeter som följd.

RFSU anser att utredningen inte i tillräcklig utsträckning redogör för i vilken mån fysiska vårdbesök fortsatt kommer att krävas av den abortsökande i samband med en abort. I produktresumén för det vanligaste läkemedlet för medicinsk abort anges att graviditetsåldern måste fastställas genom samtal med patienten och klinisk undersökning. Uterint ultraljud rekommenderas. Produktresumén beskriver läkemedlet och ligger till grund för godkännandet av läkemedlet. Detta innebär att klinisk undersökning, vilket i de flesta fall innebär ett fysiskt besök på en vårdinrättning, i dag krävs för att fastställa hur långt gången graviditeten är innan läkemedlet lämnas ut.

IVO önskar att regeringen gör en översyn av frågan om *IVO*:s tillsyn av telemedicinska tjänster som utförs utomlands för att tydliggöra *IVO*:s tillsynsansvar. *IVO*:s tillsyn av vård på distans där vården kan utföras utomlands är inte begränsat till abortvården utan är en bredare fråga som rör all hälso- och sjukvård på distans. Denna fråga hanteras därmed inte inom ramen för detta lagstiftningsarbete. Regeringen vill samtidigt betona

vikten av patientsäker vård på distans och IVO:s viktiga roll i det som tillsynsmyndighet.

Mot denna bakgrund bedömer regeringen att en konsekvens av förslaget om att kravet på att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning ska tas bort är att det inte finns något hinder i abortlagen för att abort eller annat avbrytande av graviditet kan ske på distans i framtiden. Genom förslaget möjliggörs också att läkemedel som används vid medicinsk abort kan hämtas ut från en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regeringen har dock ovan konstaterat att frågan om förskrivning och utlämnande av läkemedel vid medicinsk abort på apotek behöver analyseras ytterligare (se avsnitt 6.2). Det krävs i regel även samtal och klinisk undersökning innan ett utlämnande av läkemedel för medicinsk abort kan ske. Vård på distans är således inte aktuellt i nuläget. Lagstiftningen öppnar dock upp för en annan ordning i framtiden beroende på utvecklingen på området. Om abortvård på distans ska bli möjligt även i praktiken anser regeringen att det behöver finnas adekvata rutiner för att säkerställa att både kravet på en god vård och patientsäkerheten upprätthålls.

7 Kravet på att endast läkare får utföra abort tas bort

Regeringens förslag

Kravet i abortlagen på att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap ska tas bort.

Regeringens bedömning

I nuläget är det framför allt läkare och barnmorskor som har den utbildning och kompetens som krävs för att självständigt handlägga medicinska aborter och endast läkare som har den utbildning och kompetens som krävs för att utföra kirurgiska aborter.

Utredningens förslag och bedömning

Förslaget och bedömningen från utredningen stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Många remissinstanser tillstyrker utredningens förslag, bl.a. *Socialstyrelsen*, *Svenska Läkaresällskapet* och *Vårdförbundet*. *Svenska barnmorskeförbundet* (*Barnmorskeförbundet*) betonar att svensk forskning visar att abortsökande är mer nöjda när barnmorskor handlägger abortprocessen och att det är viktigt att en lag öppnar för olika vägar och behandlingsmetoder även i framtiden. *Statens medicinsk-etiska råd* (*Smer*) påpekar att det är ovanligt att på lagnivå ange vilken yrkesgrupp som får

göra vad inom vården, och att det endast bör vara fallet om det är motiverat av patientsäkerhetsskäl. Smer, *Region Blekinge* och *Region Stockholm* ser även att det kan ha positiva effekter för snabb tillgång till vård. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* anser dock att det även fortsättningsvis ska anges vilka yrkesgrupper som är behöriga att utföra abort eller avbryta graviditet, och Socialstyrelsen anser att det finns skäl att ytterligare utreda om behörigheten bör begränsas i någon omfattning.

Region Dalarna, *Region Skåne* och Vårdförbundet betonar behovet av utbildning och stöd för barnmorskor för att hantera det utökade ansvaret bl.a. i form av en särskild påbyggnadsutbildning, då aborthandläggning inte ingår i barnmorskeutbildningen. *Region Dalarna* anser att det är av stor vikt att även läkare fortsätter handlägga medicinska aborter parallellt med att barnmorskor tar över fler arbetsuppgifter. *Jämställdhetsmyndigheten* ser att det utökade ansvaret och befogenheterna för barnmorskeyrket i förlängningen kan innebära en ökad status för en i huvudsak kvinnlig yrkesgrupp. *Sveriges läkarförbund (Läkarförbundet)* är öppna för att fler yrkesgrupper ska kunna tillhandahålla abort och anser att kunskap och kompetens ska avgöra vem som får göra vilka insatser. Förbundet är dock oroad över hur den föreslagna lagändringen kan komma att tolkas i praktiken och vilka konsekvenser det får för patientsäkerheten. *Västra Götalandsregionen* anser att det krävs förtydligande gällande kunskap och kompetens kopplat till legitimation. Regionen påpekar att det enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är flera olika yrkesgrupper som ingår i ordet hälso- och sjukvårdspersonal, vilket per definition inte reglerar abortvården till någon legitimerad yrkesgrupp, kunskap eller kompetens. Utöver legitimerade läkare, barnmorskor och sjuksköterskor arbetar även annan hälso- och sjukvårdspersonal utan legitimation på abortmottagning, och därför krävs ett förtydligande gällande kunskap och kompetens kopplat till legitimation.

Riksförbundet för sexuell upplysning understryker vikten av att barnmorskor ges möjlighet att förordna läkemedel för medicinsk abort i enlighet med internationella riktlinjer och evidensbaserad forskning. *Region Kronoberg* bedömer att sådan förordningsrätt skulle bidra till att tydliggöra och förstärka barnmorskans roll. Socialstyrelsen, Läkarförbundet och Västra Götalandsregionen framför att de läkemedel som används vid abort innebär särskilda patientsäkerhetsrisker, bl.a. för att de är utanför godkänd indikation och att det rör narkotikaklassade läkemedel. *Läkemedelsverket* anser att det är relevant att beakta hur nuvarande off label-användning bör hanteras, vilken typ av utbildning och praktik som skulle behövas och hur en eventuell behörighet ska kunna kontrolleras. Barnmorskeförbundet framför att utökad förordningsrätt vid aborter skulle ge ökade möjligheter att starta upp aborter vid barnmorskeledda mottagningar och barnmorskemottagningar och bättre spegla den abortvård som redan bedrivs av till största del barnmorskor. Förbundet framför också att det inte innebär någon utökad självständighet för barnmorskor om inte alla läkemedel som aborten kräver kan förskrivas av barnmorska. Vårdförbundet anser att utredningen borde ha lämnat ett förslag om en utökning av barnmorskors förordningsrätt. Förbundet anser att det finns tillräckligt stöd för att barnmorskor har kompetens att ta hela ansvaret för medicinska aborter och därmed även ansvaret för ordination och förskrivning. Om regeringen väljer att gå vidare med utredningens förslag

anser förbundet att uppdraget bör utvidgas till att utreda en utökad förordningsrätt för barnmorskor inom hela kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Barnmorskor har redan i dag ett stort ansvar för aborter

De yrkeskategorier som finns på abortmottagningar är läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer eller psykologer. Barnmorskor arbetar inom ett stort vårdområde där bl.a. sexuell hälsa, mödrahälsovård, förlossnings- och BB-vård, gynekologisk vård, preventivmedelsrådgivning och abortvård ingår.

Socialstyrelsens rapport Abortverksamhet till och med graviditetsvecka 12, som publicerades våren 2007, visade på stora variationer i väntetider till det första läkarbesöket på de vårdinrättningar som utförde aborter. Socialstyrelsen initierade därför under 2008 en rapport: Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk. Rapportens syfte var att se över barnmorskors deltagande vid medicinska aborter i praktiken, liksom gränsen för vilka uppgifter barnmorskor kunde utföra inom ramen för gällande lag. Socialstyrelsen konstaterar att ordet utföra, när det gäller medicinska aborter, rymmer ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Läkaren har således det övergripande medicinska ansvaret. Med ordinationer av läkemedel enligt s.k. generella direktiv kan verksamhetschefer inom abortvården ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade tidiga graviditeter. Socialstyrelsen konstaterar att detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.

Barnmorskor har i dag ett stort ansvar i abortverksamheterna. Det bekräftas i de dialoger som utredningen har haft med representanter för ett fyrtiotal verksamheter inom abortvården. I en majoritet av verksamheterna de har intervjuat arbetar barnmorskor mer eller mindre självständigt med att handlägga tidiga medicinska aborter. I arbetsuppgifterna ingår då t.ex. tidsbokning med anamnesupptagning, rådgivning, preventivmedelsrådgivning, administration av läkemedel och uppföljning. Även om barnmorskor självständigt handlägger medicinska aborter måste det finnas tillgång till läkare inom abortvården. Läkaren har den kompetens som krävs för att göra bedömningar vid medicinskt komplicerade fall eller i akuta situationer. På vissa mottagningar kan barnmorskor även utföra ultraljudsundersökningar för att datera graviditeten. Det gäller för barnmorskor som genomgått utbildning i ultraljud anordnad av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), som är en specialitetsförening inom Läkarförbundet. På ett fåtal kliniker har sjuksköterskor motsvarande ansvar, bortsett från ultraljudsundersökningen.

Utredningen beskriver att det är viktigt att det även fortsatt finns tillgång till kuratorer eller andra beteendevetare vid abortverksamheterna, då deras kompetens är nödvändig vid stödsamtal och för psykosocial utredning vid ansökan till Socialstyrelsens rättsliga råd. Regeringen instämmer i detta.

Kravet på att endast läkare får utföra abort tas bort

I abortlagen (1974:595) anges i 5 § att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap. Utredningen föreslår att det i lagen inte ska pekas ut vilka som är behöriga att utföra aborter. Det innebär att det inte ska finnas några lagliga hinder för andra yrkesgrupper att självständigt ansvara för aborter. Precis som för övrig hälso- och sjukvård är det kompetens som avgör vilken hälso- och sjukvårdspersonal som får utföra vilka insatser. Som utredningen och *Smer* anger är det ovanligt att det på hälso- och sjukvårdsområdet i lag regleras vilken yrkesgrupp som får göra vad inom vården. Med tanke på utvecklingen av den medicinska abortmetoden, ser utredningen inte att det längre finns skäl att abortvården pekar ut specifika yrkesgrupper som ska kunna ansvara för medicinska aborter. Regeringen delar utredningens och *Smers* bedömning.

All hälso- och sjukvård ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. En förutsättning för patientsäker vård är en fungerande organisation och tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete på ett korrekt sätt. Rätt yrkeskompetens ska säkerställa att personalen behärskar de arbetsuppgifter den har och kan erbjuda patienterna en god hälso- och sjukvård. Kompetens kan erhållas genom utbildning och/eller praktisk erfarenhet. Legitimation inom hälso- och sjukvården ska vara en garanti för yrkesgruppers kompetens.

Region Dalarna, Region Skåne och *Vårdförbundet* ser behov av utbildning och stöd för barnmorskorna för att hantera det utökade ansvaret. *Region Dalarna* betonar vikten av att barnmorskor, som ska handlägga abort, behöver en särskild påbyggnadsutbildning, då aborthandläggning inte ingår i barnmorskeutbildningen. Regeringen instämmer i remissinstansernas synpunkter att det är viktigt att de barnmorskor som kan komma att handlägga aborter har tillräckligt med utbildning och stöd. Barnmorskor har redan i dag en viktig roll i abortvården men det är viktigt att rätt yrkeskompetens även i fortsättningen säkerställs i takt med utvidgade arbetsuppgifter för yrkeskåren.

IVO anser att det även fortsättningsvis bör anges vilka yrkesgrupper som är behöriga. Regeringen delar inte denna bedömning utan anser att kompetens bör avgöra vilken hälso- och sjukvårdspersonal som får utföra vilka insatser. Socialstyrelsen tillstyrker förslaget men anser samtidigt att det finns skäl att utreda ytterligare om behörigheten att utföra abort bör begränsas i någon omfattning. *Västra Götalandsregionen* anser att det krävs förtydligande gällande kunskap och kompetens kopplat till legitimation. Regionen påpekar att det enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är flera olika yrkesgrupper som ingår i ordet hälso- och sjukvårdspersonal, vilket per definition inte reglerar abortvården till någon legitimerad yrkesgrupp, kunskap eller kompetens. Utöver legitimerade läkare, barnmorskor och sjuksköterskor arbetar även annan hälso- och sjukvårdspersonal utan legitimation på abortmottagning, och därför krävs ett förtydligande gällande kunskap och kompetens kopplat till legitimation. *Läkarförbundet* är öppna för att fler yrkesgrupper ska kunna tillhandahålla abort och att kunskap och kompetens ska avgöra

vem som får göra vilka insatser men är oroade över hur den föreslagna lagändringen kan komma att tolkas i praktiken och vilka konsekvenser det får för patientsäkerheten. Regeringen har förståelse för denna oro men vill samtidigt lyfta att regionerna har ansvar att erbjuda en god och patientsäker hälso- och sjukvård. Regeringen bedömer att det endast är hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning eller erfarenhet, tillräcklig kompetens och lämplig yrkeslegitimation som bör kunna handlägga aborter. Regeringen föreslår även att det i lag ska förtydligas att abort, utöver allmänna sjukhus, endast får tillhandahållas inom ramen för annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet, vilket bör kunna bidra till att stärka patientsäkerheten.

Barnmorskor har gedigen kunskap i sexuell och reproduktiv hälsa

Barnmorskeutbildningen är den utbildning inom hälso- och sjukvård där det under hela utbildningen är fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), under kvinnans hela livscykel. Enligt högskoleförordningen (1993:100) krävs för barnmorskeexamen bl.a. att studenten ska visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen. Dessutom ska studenten ”visa fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet”. Barnmorskor har ett självständigt yrkesansvar med fördjupning inom vårdområdet sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Utredningen bedömer att den utbildning och kompetens som barnmorskor har innebär att de är en grund för en välfungerande och patientsäker abortvård. I WHO:s rekommendationer framhålls barnmorskornas roll vid abortvården, och yrkesgruppen bedöms kunna ansvara för okomplicerade medicinska aborter fram till graviditetsvecka 12+0 dagar.

Abortsökande är nöjda när barnmorskor handlägger processen

Det har bedrivits forskning för att utvärdera barnmorskornas roll i abortvården i Sverige. Fördelar som ökad tillgänglighet och minskade kostnader har bidragit till en utveckling där barnmorskor fått en allt större roll i abortprocessen. En svensk studie har utvärderat om effektiviteten av medicinsk abort eller kvinnornas acceptans påverkas av om en barnmorska eller läkare utför såväl undersökning som farmakologisk behandling och den har inte funnit några skillnader. Studien är den första utvärderingen av medicinska aborter handlagda av barnmorskor i ett höginkomstland.

WHO anger i sina rekommendationer för abortvården att abortsökande som regel är mer nöjda när det är barnmorskor som handlägger processen i relation till andra yrkeskategorier.

Barnmorskor i abortvården leder till kortare väntetider

Tidigare rapporterades om alltför långa väntetider i abortvården, ett problem som minskat under senare år. I dag saknas nationell statistik över dessa väntetider. De verksamheter som utredningen har intervjuat bekräftar dock att majoriteten i dag kan erbjuda en tid inom en vecka efter att den abortsökande tagit kontakt för en medicinsk abort. Möjligen kan det vara något längre väntetider under semesterperioder. I enstaka regioner

rapporteras att det kan bli längre väntetider alternativt att abortsökande kan hänvisas till andra mottagningar i samma region men med längre restid. Utredningen anser att det är rimligt att anta att arbetsfördelningen i abortvården, där både läkare och barnmorskor kan ha ett stort ansvar för aborter, bidrar till att väntetider kan hållas nere. Region Stockholm framför även att ett större formellt ansvar för barnmorskor, baserat på deras kompetens, kan förbättra tillgången till vård och säkerställa att aborter genomförs utan onödig fördröjning.

Viktigt med kunskap och kompetens vid ultraljudsundersökning

Ultraljudsundersökningen ska förutom att bestämma graviditetslängden också säkerställa att graviditeten sitter intrauterint, dvs. i livmodern. Att tolka ultraljudsbilder med tillförlitlighet är en särskild kompetens som kräver omfattande träning. Den utbildning som finns i dag för barnmorskor inom ultraljud inför abort anordnas av SFOG och är inte reglerad till lärosätenas ansvar. Flera av de verksamheter som utredningen har talat med har lyft risken att barnmorskor inte får tillräckligt med övning och handledning i att läsa av ultraljudsbilder och att det kan öka risken för att missa t.ex. ett utomkvedshavandeskap, något som kan vara ett livshotande tillstånd. Denna risk finns även om läkare utför ultraljudsundersökning utan att ha tillräcklig vana och kompetens, men som regel använder läkare inom gynekologi och obstetrik ultraljud inom fler områden och är mer vana vid att genomföra och tolka ultraljud. Det krävs resurser hos verksamheterna för att utbilda och handleda de som ska utföra ultraljudsundersökningar, och det är viktigt att säkerställa att ingen verksamhet av resursskäl ger en arbetsuppgift till någon utan rätt kompetens. Om barnmorskor utför den initiala undersökningen är det viktigt att läkare med rätt kompetens finns att tillgå för handläggning av de fall som är komplicerade, eller där oklarheter uppstår.

Effektivare användning av kompetens i vården

I de samtal utredningen har fört med verksamhetsföreträdare framkommer att det inom den regionala vården och större privata mottagningar är vanligt att barnmorskor med adekvat utbildning självständigt handlägger tidiga medicinska aborter hos friska abortsökande. Vid många offentliga verksamheter är det vanligt med s.k. generella direktiv, som tillåter att barnmorskor även får administrera och lämna ut läkemedlen. Många barnmorskor är utbildade i att utföra ultraljudsundersökning inför abort och gör även detta självständigt. De förändringar som utredningen föreslår innebär ett möjligt skifte av uppgifter och ansvar som i dag innehas av läkare till viss mån skulle kunna flyttas över på barnmorskor. Det skapar ökade möjligheter för en flexibel användning av kompetens då både läkare och barnmorskor kan utföra arbetsuppgifter i abortvården. Utredningen bedömer dock att skillnaden i praktiken blir relativt liten då det redan i dag är barnmorskor som utför de arbetsuppgifter i abortvården som tidigare utfördes av läkare.

Kompetensförsörjningen är en utmaning för stora delar av hälso- och sjukvården. På senare år har det utretts och diskuterats hur den kompetens som redan finns i vården kan användas mer effektivt. Det finns flera metoder och förändrade arbetssätt som kan leda till att kompetens används

mer effektivt. Man kan t.ex. se över möjligheten till uppgiftsväxling mellan olika yrkesgrupper, fördela arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens eller skapa nya team-sammansättningar med olika kompetenser. Regeringen instämmer med utredningen i att de förändringar som nu föreslås sannolikt skulle innebära ett skifte av vissa uppgifter och ansvar från läkare till barnmorskor. Det skulle även kunna medföra att i framtiden ge sjuksköterskor med särskild kompetens inom SRHR möjlighet att utföra fler arbetsuppgifter inom abortvården. Utredningen bedömer dock att det i dag är läkare och barnmorskor som har den kompetens som krävs för att självständigt kunna ansvara för medicinska aborter. Det bör även framhållas att det i nuläget endast är läkare som har den utbildning och kompetens som krävs för att utföra kirurgiska aborter. Region Dalarna anser att det är av stor vikt att även läkare fortsätter handlägga medicinska aborter parallellt med att barnmorskor tar över fler arbetsuppgifter. Regeringen konstaterar att det ytterst är upp till regionerna hur de väljer att planera, leda och kontrollera verksamheten i syfte att upprätthålla kravet på god vård.

Barnmorskors rätt att förordna läkemedel bör utredas i annan ordning

Flera remissinstanser framhåller barnmorskors förordningsrätt kopplat till risker med läkemedel som används i samband med abort.

Utredningen föreslår att regeringen ska uppdra åt Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att utreda förutsättningarna för barnmorskor att få förordna läkemedel som används i samband med abort. Regeringen anser att det framstår som en naturlig följd av att kravet på att endast läkare får utföra aborter tas bort ur abortlagen, och avser återkomma till detta i annan ordning.

8 Straffbestämmelserna ska anpassas till förslagen

Regeringens förslag

Avgränsningen till läkare i abortlagens straffbestämmelser ska ändras till hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredningens förslag och bedömning

Förslaget från utredningen stämmer överens med regeringens. Utredningen bedömer att det ligger utanför direktiven att föreslå att straffbestämmelserna i abortlagen (1974:595) i sin helhet ska utgå. Utredningen bedömer dock att det finns behov av att se över bestämmelsen om hälso- och sjukvårdspersonals straffansvar (10 §), och att regeringen därför bör initiera en sådan utredning.

Remissinstanserna

Lunds universitet, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Socialstyrelsen och Vårdförbundet instämmer i utredningens bedömning att regeringen bör initiera en utredning som ser över straffbestämmelserna i abortlagstiftningen. Vårdförbundet ifrågasätter om det behövs särskilda straffbestämmelser om illegal abort, bl.a. eftersom det redan finns brottsrubriceringar som vållande till kroppsskada, misshandel och dråp. RFSU rekommenderar att straffbestämmelserna i abortlagen tas bort, vilket ligger i linje med Världshälsoorganisationens (WHO:s) rekommendationer om en total avkriminalisering av alla delar av abortvården. Socialstyrelsen vill uppmärksamma att man inom ramen för en eventuell utredning bör titta på frågan om det bör vara straffbart att bryta mot bestämmelsen om att abort och avbrytande av graviditet endast får tillhandahållas inom ramen för en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) framför att det bör anges vilka yrkesgrupper som omfattas av ordet hälso- och sjukvårdspersonal i abortlagen.

Lunds universitet ställer sig tveksamt till hur tillämpningsområdena för de av utredningen föreslagna 5 och 9 §§ förhåller sig till varandra. Föreslagna lydelse i bestämmelserna ger intryck av att en person som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal kan falla utanför tillämpningsområdet för 9 § och således inte omfattas av bestämmelsen, trots att personen inte är knuten till en verksamhet som omfattas av 5 §.

Åklagarmyndigheten framför att innebörden av lydelsen ”utför abort på annan” inte diskuteras närmare, och att det råder oklarhet kring huruvida den som fått läkemedlen tilldelade från hälso- och sjukvården och sedan vidareförmädat dem för annans användning kan anses ha utfört abort på någon annan i straffbestämmelsens mening.

Region Östergötland anser att det bör tydliggöras i 9 § att det är olagligt att utföra abort för andra än hälso- och sjukvårdspersonal.

Svenska Barnmorskeförbundet (Barnmorskeförbundet) undrar vad utredningens föreslagna ändring i 9 § innebär för personer som själv-inducerar utan att blanda in vården, t.ex. genom att beställa abortläkemedel online.

Skälen för regeringens förslag

Utredningen bedömer att det även fortsatt ska vara olagligt för andra än vissa yrkesverksamma att utföra aborter. Syftet med den bestämmelsen (9 §) är att skydda abortsökande från osäkra aborter. *Vårdförbundet* och *RFSU* anser dock att denna straffbestämmelse bör tas bort. Utredningen bedömer också att det finns behov av att se över straffbestämmelsen för vissa yrkesverksamma (10 §). Flera remissinstanser, bl.a. *Socialstyrelsen* och *Vårdförbundet*, delar utredningens bedömning.

Regeringen gör följande överväganden. Det är viktigt att den abortvård som ges är patientsäker och av god kvalitet. Illegala aborter är vanliga i vissa delar av världen, och historiskt sett har de varit vanliga även i Sverige. Så sent som 1962 utfördes 3 200 legala aborter medan de illegala fortfarande uppskattades till 10 000–20 000 per år, vilket var lika många som på 1930-talet. Enligt utredningen bedöms illegala aborter inte

förekomma i Sverige i någon mätbar omfattning. Här finns en säker och tillgänglig abortvård som hälso- och sjukvården tillhandahåller, och det finns därför ingen efterfrågan på aborter som skulle utföras utanför hälso- och sjukvården. Det går dock inte att utesluta att det skulle kunna uppstå en marknad för sådana aborter i framtiden. Om det uppstår en illegal marknad skulle oseriösa aktörer, i ekonomiskt syfte, erbjuda aborter utan den kvalitet och patientsäkerhet som finns i abortvården i Sverige. Regeringen vill, i likhet med utredningen, säkerställa att aborter sker inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet. För hälso- och sjukvården finns regler för tillsyn och kontroll även när det rör sig om icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamhetschefen är t.ex. den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, se 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Regeringen instämmer därför i utredningens förslag att straffbestämmelserna i lagen ska finnas kvar.

Straffbestämmelserna i abortlagen avgränsar den straffbara kretsen till personer som inte är behöriga att utöva läkaryrket (nuvarande 9 §) respektive till personer som är läkare (nuvarande 10 §). Regeringen föreslår i avsnitt 7 att kravet i lagen på att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta graviditet ska tas bort. Det föreslås således inte längre att det ska anges i abortlagen vilken yrkeskategori som får tillhandahålla abort eller avbryta annat havandeskap. Mot denna bakgrund föreslår regeringen, i likhet med utredningen, att uttrycket läkare i straffbestämmelserna ska ersättas av uttrycket hälso- och sjukvårdspersonal (se 7 och 8 §§).

Utredningen anger att uttrycket hälso- och sjukvårdspersonal motsvaras av definitionen i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Regeringen instämmer med IVO om att detta bör förtydligas även i lagtexten och föreslår därför ett sådant förtydligande (se 8 §).

Regeringen instämmer i *Lunds universitets* synpunkt att kretsen av hälso- och sjukvårdspersonal är bredare än den hälso- och sjukvårdspersonal som kan arbeta vid de sjukvårdsinrättningar som omfattas av nu föreslagen 5 §. Det görs dock ingen skillnad på hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas av 5 § i de av utredningen föreslagna 9 och 10 §§. Detta innebär inte någon ändring i förhållande till vad som gäller i dag, även om enbart läkare omfattas i dag. Regeringen ser för närvarande inte anledning att ändra på detta. I sammanhanget kan erinras om att hälso- och sjukvårdspersonal står under tillsyn av IVO, att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan besluta om vissa skyddsåtgärder enligt patientsäkerhetslagen och att vissa straffbestämmelser kan aktualiseras, t.ex. vållande till kroppsskada enligt 3 kap. 8 § brottsbalken.

När det gäller *Aklagarmyndighetens* synpunkter gör regeringen följande överväganden. Uttrycket utföra abort på annan (nuvarande 9 §) inbegriper inte att lämna eller sälja vidare läkemedel som används vid medicinsk abort i hemmet. Däremot kan sådan hantering omfattas av andra straffbestämmelser t.ex. 9 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel vid försäljning av läkemedel och 1 § narkotikastrafflagen (1968:64) vid överlåtelse eller annan befattning med narkotikaklassade läkemedel. Regeringen ser därför inte anledning att tydliggöra lydelsen av

nu aktuell bestämmelse ytterligare på sätt som *Region Östergötland* önskar. I sammanhanget kan regeringen också, med anledning av *Barnmorskeförbundets* fråga, konstatera att det fortsatt enligt abortlagen inte är straffbart att göra abort på sig själv.

9 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2027.

Om en sjukvårdsinrättning har godkänts av Inspektionen för vård och omsorg före ikraftträdandet ska verksamheten få fortsätta att bedrivas utan ett nytt godkännande från Inspektionen för vård och omsorg.

Utredningens förslag och bedömning

Förslaget och bedömningen från utredningen stämmer inte överens med regeringens förslag. Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2026. Utredningen bedömer att inga övergångsbestämmelser krävs.

Remissinstanserna

Ingen av remissinstanserna har synpunkter på förslaget och bedömningen från utredningen.

Skälen för regeringens förslag

Regeringen bedömer att berörda aktörer behöver viss tid för att förbereda och anpassa sig till de nya bestämmelserna, det gäller såväl hälso- och sjukvården som myndigheter. Regeringen anser därför att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2027.

Till skillnad från utredningen föreslår regeringen att godkännande av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för andra hälso- och sjukvårdsverksamheter än allmänna sjukhus som tillhandahåller abort och avbrytande av graviditet fortsatt ska finnas kvar. Regeringen anser, i likhet med utredningen, att abort och avbrytande av graviditet framöver bör tillhandahållas inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet och att sådana verksamheter ska vara särskilt anpassade för ändamålet (se avsnitt 5.3). Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns behov av övergångsbestämmelser för verksamheter som IVO har godkänt före ikraftträdandet. Dessa verksamheter ska få fortsätta att bedriva sådan verksamhet i enlighet med befintligt godkännande från IVO.

10 Konsekvenser

10.1 Konsekvenser för abortsökande

Regeringens bedömning

Förslagen bör ha positiva konsekvenser för abortsökande.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Flera remissinstanser anser att möjligheten att göra den medicinska aborten i hemmet kan ge de gravida större frihet, reducera onödig sjukfrånvaro och stärka självbestämmandet. *Myndigheten för delaktighet (MFD)* anser att utredningens konsekvensredovisning saknar ett tydligt funktionshinderperspektiv. Även *Institutet för mänskliga rättigheter* betonar vikten av att personer med funktionsnedsättning har likvärdig tillgång till vårdinrättningar och tjänster inom abortvården, och att det är avgörande att utreda vilka konsekvenser ett förslag har för personer med funktionsnedsättning, i enlighet med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning vad gäller exempelvis utvecklingen av digitalvård, något utredningen inte gör. *Svenska barnmorskeförbundet (Barnmorskeförbundet)* påpekar att det saknas en konsekvensanalys av vad bedömningen om en restriktiv förskrivning får för konsekvenser för en framtida och hållbar lagstiftning. *Västra Götalandsregionen* ser att underlaget bör kompletteras med en bredare risk- och konsekvensanalys för de målgrupper som är särskilt riskutsatta och prioriterade utifrån den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och den nationella handlingsplanen för SRHR.

Flera regioner anser att den barnkonsekvensanalys som gjorts är bristfällig. *Region Halland* bedömer även att konsekvenserna av förslagen som presenteras behöver ses utifrån kontexten då ett barn, efter noggrann mognadsbedömning, genomför en abort. Barnets hela livssituation med levnadsförhållanden och beroendeställning till barnets närmaste sammanhang är inte jämförbar med en individ över 18 år. Om och hur förslagen eventuellt påverkar barnet på kort och lång sikt bör därför belysas särskilt. *Västra Götalandsregionen* ser inte några risker för att utredningens föreslagna förändringar skulle vara till men för minderåriga.

Läkemedelsindustriföreningen (Lif) bedömer att Läkemedelsverkets utformning av ändrade föreskrifter kan förväntas få en direkt påverkan på om patienterna ska skyddas via patientförsäkringen eller Läkemedelsförsäkringen.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen beskriver att både tidigare kartläggningar och dess utredning tyder på att Sverige i de flesta avseenden har en god, tillgänglig och säker abortvård. Det har därför varit väsentligt för utredningen att förslagen inte

får leda till försämringar av abortvården. Förändringarna som föreslås i denna lagrådsremiss syftar enligt regeringen till att säkerställa att abortvården blir än mer flexibel, tillgänglig och modern samtidigt som patientsäkerhet och kvalitet bibehålls. Samtliga förslag och bedömningar syftar även till att förbättra abortvården för abortsökande kvinnor. Detta gäller t.ex. tydligare rätt till fri abort för samtliga gravida och att det inte längre finns möjlighet att neka en abort till och med graviditetsvecka 18 (dvs. till och med graviditetsvecka 18+0 dagar). Det gäller också skyldigheten att skyndsamt tillhandahålla abort, då korta väntetider är viktigt för att den abortsökande ska kunna genomföra en abort under så skonsamma förhållanden som möjligt. Det gäller även rätten att välja behandlingsalternativ och den ökade autonomin för abortsökande. Förslaget om att abort inte längre ska utföras på en vårdinrättning, syftar till en ökad flexibilitet för abortsökande att avgöra var och när aborten ska genomföras. Genom att båda läkemedlen får tas på en annan plats än på en vårdinrättning kan den abortsökande planera att genomföra aborten vid en tidpunkt som passar. Utredningen beskriver att det finns en risk att förändringen innebär att vården drar ner på t.ex. vårdplatser för den som ska genomföra en abort för att det blir en lägre kostnad. Konsekvensen kan då bli att den som vill genomföra en abort på vårdinrättning får vänta längre än i dag på grund av platsbrist. I avsnitt 5.5 påtalas därför vikten av att möjligheten att genomföra abort på vårdinrättning kvarstår för den som vill eller behöver detta.

Barnmorskeförbundet anser att det saknas en konsekvensanalys av vad bedömningen om en restriktiv förskrivning får för konsekvenser för en framtida och hållbar lagstiftning. Regeringen bedömer att frågan om förskrivning och utlämnande av läkemedel vid medicinsk abort på apotek behöver analyseras ytterligare (se avsnitt 6.2).

Lif bedömer att Läkemedelsverkets utformning av ändrade föreskrifter kan förväntas få en direkt påverkan på om patienterna kommer att skyddas via patientförsäkringen eller Läkemedelsförsäkringen. Regeringen vill i sammanhanget framhålla att Läkemedelsverket ansvarar för dess föreskrifter. Regeringen ser dock att det är viktigt att det fortsatt finns ett starkt skydd för patienters rättigheter i vården.

Nedan redogörs för ett antal områden där risker har identifierats.

Minskade möjligheter för vården att upptäcka våldsutsatthet

En risk som utredningen ser är att hälso- och sjukvårdens möjligheter att upptäcka våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld och förtryck minskar i och med att abortsökande gör färre besök och är kortare tid på vårdinrättningen. Utredningen beskriver att riskerna är särskilt relevanta vid handläggning av abort via telemedicin (vård på distans), då den abortsökande i många fall då inte har något fysiskt besök med hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen anser att det är av högsta prioritet att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) efterlevs, att kunskapen omsätts i det praktiska arbetet och att det finns rutiner för att upptäcka våldsutsatthet och därmed kunna erbjuda en patientsäker abortvård även för våldsutsatta kvinnor (se avsnitt 6.1).

Konsekvenser för särskilt utsatta grupper

Västra Götalandsregionen anser att det behövs en bredare risk- och konsekvensanalys för de målgrupper som är särskilt riskutsatta och prioriterade utifrån den nationella strategin för SRHR och den nationella handlingsplanen för SRHR.

I den nationella handlingsplanen för SRHR i Sverige lyfts sex prioriterade grupper, som generellt har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen. Det handlar om personer med svaga socioekonomiska förutsättningar, personer med erfarenhet av migration och/eller rasism, personer med funktionsnedsättning, hbtqi-personer, unga, unga vuxna och äldre personer. Ett delmål i planen är att alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många och på vilket sätt de önskar få barn och att de har rätt till en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort. Förslagen i denna lagrådsremiss bedöms ligga i linje med delmålet.

MFD och Institutet för mänskliga rättigheter anser att utredningens konsekvensanalys saknar ett tydligt funktionshinderperspektiv. En moderniserad abortlag bör medföra positiva konsekvenser även för abortsökande med funktionsnedsättning. Förslaget om abort i hemmet ökar alla abortsökande kvinnors autonomi och bör öka tillgängligheten och flexibiliteten vid abort. Det ställs även krav på att verksamheterna ska vara särskilt anpassade för ändamålet och hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillhandahålla abort tydliggörs. Alla abortsökande har rätt till ett professionellt och icke-dömande bemötande.

Enligt regeringen bör förslagen kunna bidra till en mer jämlik och tillgänglig abortvård samtidigt som hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla abort stärks, något som får positiva konsekvenser även för de prioriterade grupperna i den nationella handlingsplanen för SRHR.

Konsekvenser för barn

Flera regioner understryker behovet av en barnkonsekvensanalys. Västra Götalandsregionen ser inte några risker för att utredningens föreslagna förändringar skulle vara till men för minderåriga. Regeringen delar denna bedömning. Förslagen förtydligar hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillhandahålla abort. Den möjlighet som förslagen ger till abort i hemmet kan även bidra till en mer tillgänglig och jämlik abortvård samtidigt som möjligheten till abort på vårdinrättning finns kvar och en individuell bedömning behöver göras i varje fall för att avgöra om det är lämpligt att aborten genomförs i hemmet, något som kan vara särskilt viktigt när barn söker abort. Det ställs även tydligare krav på att verksamheterna ska vara särskilt anpassade efter ändamålet. Sammantaget bedömer regeringen att förslaget har positiva konsekvenser även för barn som genomför abort.

Risker med att ta läkemedel för sent

En risk som utredningen har identifierat i samband med förslaget om hemabort är att läkemedlen kan tas för sent. En abort som görs senare än avsett kräver ytterligare läkemedel för att aborten ska bli komplett och kan dessutom kräva mer smärtlindring. Regeringen instämmer i detta och anser att det är viktigt att vården har rutiner för att informera den abortsökande

om denna risk. Risken finns delvis redan i dag när aborten avslutas i hemmet.

Preventivmedelsrådgivning i samband med abort

En risk som utredningen identifierat är att färre fysiska besök innebär färre möjligheter att diskutera preventivmedel för att undvika fler oönskade graviditeter. Med färre fysiska besök följer minskat antal tillfällen för att få långtidsverkande preventivmedel så som hormonspiral eller p-stav insatt. Minskningen av tonårsaborter kan ha samband med ökningen av långtidsverkande preventivmedel och det är viktigt att även fortsättningsvis prioritera och satsa på preventivmedelsrådgivning. Detta kan dock hanteras på en lägre normgivningsnivå än lag.

Komplikationer i samband med abort

De risker som finns avseende komplikationer i samband med hemabort är i stort sett desamma som finns med nuvarande ordning. Utredningen gör bedömningen att riskerna för komplikationer inte ökar med förslagna ändringar. Regeringen delar denna bedömning.

I Sverige är både medicinsk och kirurgisk abort säkra medicinska abortmetoder med mycket låg risk för allvarliga biverkningar eller komplikationer. Alla kvinnor upplever blödningar i samband med en abort, men en liten andel (0,3–2 procent) drabbas av mer långvariga eller kraftiga blödningar. Större blödningar som kräver blodtransfusion är mycket sällsynta och inträffar endast i 1–3 promille av fallen, oavsett metod. Risken för infektion efter en medicinsk abort är cirka 0,6 procent. Vid medicinsk abort ger det första läkemedlet sällan biverkningar. Biverkningar från det andra läkemedlet är vanliga men oftast kortvariga, och kan förutom smärta även inkludera illamående och diarré. Mer sällsynta biverkningar inkluderar hudutslag och feber. Frossa kan uppstå, särskilt vid sublingual behandling.

Regeringen anser att det är viktigt med adekvat smärtlindring, information om förväntad smärta och möjlighet till kontakt med hälso- och sjukvården. Dessutom är det viktigt att den abortsökande kvinnan har möjlighet att få välja att genomföra aborten på vårdinrättning om så önskas eller där det inte är lämpligt att genomföra aborten i hemmet.

Barnmorskor kan få ansvar för aborter

Förslagen i denna lagrådsremiss innebär att det i lagen inte finns hinder för t.ex. barnmorskor att självständigt ansvara för medicinska aborter.

Förslaget innebär inte några större konsekvenser i praktiken då en majoritet av alla aborter i dag sker utan kontakt med läkare och där barnmorskan är den som har kontakt med de abortsökande och handlägger aborten självständigt. Forskning i en svensk kontext har visat att abortsökande är positiva till att barnmorskor handlägger abortprocessen, och att det innebar ökad tillgänglighet, kortare väntetider och ökad användning av långtidsverkande preventivmedel för den abortsökande.

Att tolka ultraljudsbilder med tillförlitlighet är en särskild kompetens som kräver omfattande träning. Många verksamheter som utredningen talat med har lyft risken att barnmorskor inte får tillräckligt med övning och handledning i att läsa av ultraljudsbilder och att det kan öka risken för

att missa t.ex. utomkvedshavandeskap, som kan vara ett livshotande tillstånd.

Regeringen konstaterar att verksamheter ska ha rutiner för vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att det ska bedömas lämpligt att barnmorskor handlägger aborter självständigt, och när en läkare ska göra det. Det ska säkerställas att abortsökande får adekvat vård och att verksamheten kan hantera komplicerade aborter om behov uppstår.

10.2 Konsekvenser för regionerna

Regeringens bedömning

Förslagen bör ha positiva konsekvenser för regionerna i form av minskade kostnader och effektivare resursanvändning inom hälso- och sjukvården.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Västra Götalandsregionen uppmärksammar att antalet telefonkontakter kan komma att öka när båda läkemedlen som används för abort intas i hemmet eftersom möjligheten till fysiskt samtal och stöd minskar. *Region Dalarna* bedömer att resurser behöver tillgodoses i hälso- och sjukvården för att möta upp med flexibel tillgänglighet, t.ex. möjlighet till direkt telefonrådgivning med barnmorska eller gynekolog dygnet runt samt att det bör tas fram nationella standardiserade rekommendationer gällande urval av patienter som av olika skäl bör erbjudas respektive avrådas ifrån hemabort.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen bedömer att förslagen endast leder till mindre konsekvenser för regionerna. Under utredningens intervjuer med företrädare för abortverksamheter kan det konstateras att abortvården redan i dag hanteras på sätt att de föreslagna förändringarna inte innebär några större ändringar i praktiken. Det kan dock innebära att det blir ett besök mindre för den som inte vill ta det första läkemedlet vid ett fysiskt besök och som i stället önskar ta läkemedlet i hemmet. Den föreslagna ändringen kan därmed innebära en minskning av fysiska besök vid verksamheter som tillhandahåller abort och något minskade kostnader för regionen. Utredningen bedömer att behovet av vårdplatser inte påverkas nämnvärt då den föreslagna förändringen inte rör intagandet av det andra läkemedlet. Det är vid den tidpunkten det kan bli aktuellt med vårdplats på klinik. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU:s) utvärdering visar att antalet telefonkontakter emellertid kan öka och det är därmed något som regionerna behöver beakta. Även *Västra Götalandsregionen* uppmärksammar detta i sitt remissvar. *Region Dalarna* bedömer

att resurser behöver tillgodoses i hälso- och sjukvården för att möta upp med flexibel tillgänglighet, t.ex. möjlighet till direkt telefonrådgivning. Regeringen anser att det är viktigt att det är enkelt för abortsökande kvinnor att komma i kontakt med vården, särskilt om aborten genomförs i hemmet. De resurser som krävs för en utökad telefonrådgivning vid hemaborter får anses vara mindre än de resurser som behövs för fysiska besök. Om abortvården i större utsträckning kan skötas av barnmorskor kan det innebära en minskad kostnad för regionerna. Se kostnadsberäkningarna i avsnitt 10.10. Regeringen delar utredningens bedömningar.

Förtydligande av hälso- och sjukvårdens ansvar

Förslagen i avsnitt 5 bedöms bidra till ett förtydligande av hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla abortvård. Utredningen bedömer att det i praktiken inte innebär några förändringar eller utökning av befintliga ansvarsområden. När det gäller kravet på att verksamheter ska vara särskilt anpassade för ändamålet blir det ytterst Socialstyrelsen, med sitt uppdrag inom den nationella kunskapsstyrningen och regelgivning, och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), inom sin tillsynsverksamhet, som får avgöra den närmare innebörden av detta. Utredningen bedömer dock inte att det innebär någon förändring för de verksamheter som är godkända av IVO i dag. Regeringen delar denna bedömning.

10.3 Konsekvenser för läkare och barnmorskor

Regeringens bedömning

Förslagen bör i huvudsak ha positiva konsekvenser för läkare och barnmorskor inom abortvården och annan gynekologisk vård.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Sveriges läkarförbund (Läkarförbundet) framhåller risken att förslaget om barnmorskors ansvar för abortprocessen påverkar kompetensförsörjningen för läkare, då mängdträning är nödvändig för att läkare tidigt i karriären ska bli trygga i sin roll och för att så småningom kunna ta sig an mer komplicerade fall. Förbundet anser därför att det är viktigt att läkare även fortsättningsvis får utföra uppgifter som preventivmedelsrådgivning, diagnostik och behandling med eller förskrivning av abortläkemedel och smärtlindring.

Skälen för regeringens bedömning

Genom att kravet på att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta graviditet tas bort väntas, enligt utredningen, positiva konsekvenser för läkare och barnmorskor inom abortvården och

annan gynekologisk vård. Utredningen beskriver att barnmorskors roll hittills inneburit en mer effektiv användning av kvalificerad kompetens i abortvården och att förslaget kan bidra till en fortsatt utveckling åt det hållet. När fler arbetsuppgifter kan läggas på barnmorskor kan läkare fokusera mer på komplicerade fall och andra ingrepp. *Läkarförbundet* framhåller vikten av mängdträning för läkare och att det finns risk att förslaget påverkar kompetensförsörjningen. Regeringen anser att det är viktigt att även läkares kompetens på området bibehålls, även om barnmorskor formellt kan få ett större ansvar för abortvården. Samtidigt har barnmorskor redan i dag i praktiken ett stort ansvar för abortvården.

Utredningen beskriver att i abortvården arbetar barnmorskor som regel kontorstider, till skillnad från i förlossningsvården där det förekommer både natt- och helgarbete. Detta i kombination med att barnmorskor får ett större utrymme att arbeta självständigt med större ansvar i abortvården skulle teoretiskt kunna leda till att fler skulle välja att arbeta inom abortvård. Däremot beskriver företrädare för abortvården att det till största del redan är barnmorskor som arbetar i abortvården i dag, och att det därför inte borde bli någon större skillnad. Dessutom angavs att det inte fanns ett behov av att anställa ett större antal barnmorskor, utan i stort sett är verksamheterna tillräckligt bemannade i dag. Utifrån statistik från vårdkompetensrådet arbetar 25 procent av alla barnmorskor i förlossningsvården och endast 4 procent i abortvården. Utredningen ser därför inga skäl till att förslagen skulle påverka antalet barnmorskor i förlossningsvården i någon större utsträckning, även om det skulle leda till att något fler barnmorskor skulle arbeta i abortvården. Regeringen instämmer i utredningens bedömning.

10.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Regeringens bedömning

Förslagen bör inte påverka sysselsättning eller offentlig service i någon större utsträckning.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Remissinstanserna uttalar sig inte i denna del.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen bedömer att förslagen inte har några negativa konsekvenser för vare sig sysselsättning eller offentlig service. Möjligen kan förslaget om att abort inte längre behöver genomföras på en sjukvårdsinrättning leda till att tillgången till offentlig service förbättras i delar av landet där abortsökande har långa avstånd till vården. Föreslagna ändringar

möjliggör att medicinska aborter kan genomföras med färre antal fysiska besök om det bedöms vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. På så sätt är det möjligt att öka tillgängligheten till abortvård för abortsökande i glesbygd. Utredningens förslag innebär inte heller något hinder mot att abortvård skulle kunna ges inom ramen för annan vård, så länge den svarar mot kraven i lagen. Det skulle i framtiden kunna innebära att delar av vården skulle kunna erbjudas av t.ex. mödrahälsovård som har högre tillgänglighet i glesbygd.

10.5 Konsekvenser för företag

Regeringens bedömning

Förslagen bör inte leda till negativa konsekvenser för företag.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen bedömer dock att kravet på godkännande i nuvarande abortlag (1974:595) utgår och ersätts med en anmälningsplikt, bedöms leda till positiva konsekvenser i form av minskad administration för företag som avser att bedriva abortverksamhet.

Remissinstanserna

Läkemedelsindustriföreningen (Lif) anser att påverkan på läkemedelsföretagen är en indirekt konsekvens av det remitterade förslaget att abort ska kunna genomföras i hemmet genom att kravet på att en abort ska utföras på en sjukvårdsinrättning tas bort då utredningen anger att det sannolikt blir möjligt att förskriva läkemedel för abort som i dag lämnas ut från hälso- och sjukvården. Lif konstaterar att det är orimligt att efterfråga att företag ska bidra till användning av ett läkemedel i det fall företaget inte önskar vara en del av en sådan användning.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen bedömer att förslagen inte leder till några negativa konsekvenser för de företag som bedriver eller avser att bedriva abortverksamhet. De krav som föreslås är endast förtydliganden av de krav som redan i dag existerar för den som bedriver abortverksamhet.

Utredningen beskriver även att förslagen indirekt skulle kunna påverka läkemedelsföretagen. Detta då ordningen med förskrivning av abortläkemedel t.ex. innebär ett ökat behov av mindre förpackningsstorlekar på läkemedel. Det kan också innebära att frågan om off label-förskrivning av läkemedel som används för abort aktualiseras. Utredningen beskriver att även apoteken kan komma att påverkas på sikt då det kan innebära behov av utbildning av personal eftersom de kan komma att lämna ut läkemedel som systematiskt skrivs ut off label och att informationen om läkemedlen i produktresumén inte stämmer. Regeringen konstaterar att dessa konsekvenser i nuläget inte kommer att aktualiseras då frågan om förskrivning

och utlämnande av läkemedel vid medicinsk abort på apotek behöver analyseras ytterligare (se avsnitt 6.2).

Med anledning av *Lif:s* synpunkter vill regeringen framhålla att förslagen i denna lagrådsremiss inte ställer några krav på läkemedelsföretag att bidra till användning av läkemedel i det fall företaget inte önskar det. Hur föreskrifterna kring läkemedel kommer att se ut är dock en fråga för Läkemedelsverket att ta ställning till.

10.6 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

Regeringens bedömning

Förslagen bör inte innebära någon större påverkan på jämlikhet, jämställdhet och integration. En god, tillgänglig och säker abortvård är dock i sig en viktig förutsättning för jämlikhet, jämställdhet och integration i samhället.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Remissinstanserna uttalar sig inte i denna del.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen bedömer att förslagen inte innebär någon större förändring när det gäller hur abortvården fungerar i relation till jämlikhet, jämställdhet och integration.

Möjligen kan utvecklingen mot färre fysiska besök innebära en ökad tillgänglighet till abortvården, särskilt i de delar av landet där det kan vara långa avstånd till en abortmottagning. Det skulle i så fall bidra till en mer jämlik tillgång till abortvård. Den förändringen kan dock komma att bli större om vård på distans ökar i framtiden.

Regeringen anser att det är en central fråga för kvinnors rättigheter att säkerställa rätten till fri abort och att förtydliga hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillhandahålla abort och den abortsökandes självbestämmande i lagstiftningen är ett sätt att i en reglering belysa hur viktig denna fråga är för jämställdheten. Utredningen bedömer att förslaget på så sätt stärker jämställdheten, vilket regeringen instämmer i.

Utredningen har bedömt det som mest lämpligt att i lagstiftningen använda uttrycket den gravida i stället för ordet kvinna. Regeringen bedömer däremot att ordet kvinna ska stå kvar i abortlagen för att belysa kvinnors centrala roll och jämställdhet. Dessutom förtydligas att med kvinna avses i lagen den som kan bli gravid och lagen omfattar alltså alla som kan bli gravida.

Fortsatt höga krav på tillgänglighet och information i abortvården är centralt för att säkerställa att abortvården är tillgänglig för alla som behöver den.

10.7 Sveriges internationella åtaganden

Regeringens bedömning

Förslagen bedöms vara förenliga med de krav som följer av Sveriges internationella åtaganden när det gäller mänskliga rättigheter, inklusive kvinnors och barns rättigheter.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Remissinstanserna uttalar sig inte i denna del.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen beskriver att förslagen går i linje med Sveriges internationella åtaganden. Förslagen förtydligar rätten till fri abort till och med graviditetsvecka 18+0 dagar och ska säkerställa en god och tillgänglig abortvård av hög kvalitet.

Barnkonventionen gäller som svensk lag enligt 1 § lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Barnkonventionen är en folkrättsligt bindande överenskommelse som ger alla barn upp till 18 år egna rättigheter. Enligt artikel 1 i konventionen avses med barn varje människa under 18 år.

Förslagen innebär inte någon förändring avseende barns tillgång till abort. Det ska liksom i dag göras en individuell bedömning i varje enskilt fall då en minderårig söker abort huruvida information ska lämnas till vårdnadshavare. Vid misstanke om att ett barn far illa ska det göras en anmälan till socialnämnden enligt 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400).

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning har rättskapacitet på lika villkor som andra, dvs. förmåga att ha rättigheter och skyldigheter. Personer med funktionsnedsättning ska erbjudas det stöd de behöver för att utöva sin rättskapacitet, bl.a. stöd att fatta beslut, uttrycka sin vilja och sina önskemål och skyddas från övergrepp. Förslagen bedöms inte ha några negativa konsekvenser i denna del.

10.8 Konsekvenser för det kommunala självstyret

Regeringens bedömning

Förslagen bedöms vara proportionerliga i förhållande till den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som de kan medföra.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen bedömer dock att förslagen inte innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Remissinstanserna

Remissinstanserna uttalar sig inte i denna del.

Skälen för regeringens bedömning

Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen (RF) sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Denna proportionalitetsprincip innebär att förslaget inte får vara onödigt långtgående och om syftet med det kan uppnås på ett mindre ingripande sätt så ska den väg väljas som lägger minst band på kommunernas självbestämmande. Utredningen bedömer att förslagen i denna lagrådsremiss inte innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen utan bestämmelserna som föreslås motsvarar regionernas skyldigheter enligt nuvarande lagstiftning.

Regeringen bedömer att förslagen påverkar regionernas arbete med abortvård och att förslagen därmed innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Nuvarande abortlag innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen där regionerna har ett särskilt ansvar för abortverksamhet. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att förslagen där inte medför väsentliga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen (prop. 2016/17:43 s. 126). Nu föreslagna ändringar föranleder ingen annan bedömning från regeringens sida än att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen inte anses gå utöver vad som är nödvändigt i den mening som avses i regeringsformen.

10.9 Kostnader för staten

Regeringens bedömning

Kostnader för staten bör inte öka på sikt, men förslagen leder till vissa initiala kostnader för uppdrag till myndigheter.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen bedömer även att eftersom förskrivning av läkemedel som används för abort kan bli möjligt bör staten överväga om kostnaden ska belasta staten eller regionen. Utredningen har resonerat kring hur ett kostnadsförslag skulle kunna utformas.

Remissinstanserna

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) betonar att om regeringen väljer att ge myndigheten ett riktat tillsynsuppdrag har myndigheten följande synpunkt. Vad gäller utredningens beräkning av IVO:s kostnader för ett riktat tillsynsuppdrag saknas information om vilka uppgifter som ligger till grund för beräkningen. IVO bedömer att det behöver göras en analys av om myndigheten behöver tillföras ett högre belopp än 2 000 000 kronor per år för det riktade tillsynsuppdraget.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) påpekar att till skillnad från vad som framkommer i betänkandet ingår läkemedlet Topogyne inte i läkemedelsförmånerna. TLV vill uppmärksamma att de flesta preventivmedel som regionerna erbjuder kostnadsfritt till unga ingår i läkemedelsförmånerna. Kostnadsfriheten för unga baseras dock på en rekommendation och regionerna gör undantag och ger kostnadsfrihet också för vissa preventivmedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna.

Svenska Läkaresällskapet bedömer att tillgängligheten till sjukvården i stort är ett problem, och det finns ingen analys eller något resonemang kring på vilka grunder man bör prioritera att medel avsätts för att ytterligare öka tillgängligheten till just abortvården – om det är för att denna tillgänglighet har särskilda brister, eller på grund av att denna vård prioriteras utifrån att den är en positiv rättighet och därmed går utanför prioriteringsplattformen.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen har lämnat förslag om uppdrag till Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och IVO. IVO anser att det behöver göras en analys av om det behöver tillföras ett högre belopp till myndigheten för de föreslagna tillsynsuppdragen. Regeringen ser att eventuella uppdrag och liknande till myndigheter kan innebära något ökade kostnader för staten på kort sikt, men bedömer att kostnaderna bör kunna hanteras inom ram.

När det gäller eventuella kostnader för staten att finansiera läkemedel vid utlämnande via apotek bedömer regeringen att frågan om utlämnande av läkemedel i samband med abort via apotek behöver utredas vidare (se avsnitt 6.2).

Utredningen har även föreslagit att regeringen ska avsätta 42 000 000 kronor för fördelning till regionerna för att bidra till utveckling av abortvården med särskilt fokus på metoder som ytterligare ökar tillgängligheten till abortvården såsom utveckling av digitala vårdformer samt för implementering av förändringarna i abortlagen som utredningen föreslår ska genomföras. Med anledning av *Svenska Läkaresällskapet*s synpunkt vill regeringen framhålla att abortvården är en del av hälso- och

sjukvården och ingår således i prioriteringsplattformen. Frågan om medel till regionerna hanteras inte inom ramen för detta lagstiftningsarbete.

10.10 Kostnader för regionerna

Regeringens bedömning

Förslagen bör leda till marginellt minskade kostnader för regionerna.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Remissinstanserna uttalar sig inte i denna del.

Skälen för regeringens bedömning

Kostnader för medicinsk abort på klinik jämfört med aborter som avslutas i hemmet

Utredningen har gått igenom data från Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) statistik om kostnad per patient (KPP). År 2023 fanns det totalt cirka 38 500 registreringar om aborter utförda i öppenvård och 3 000 i slutenvård. Det ska jämföras med Socialstyrelsens statistik om aborter som visade på att 35 500 aborter hade utförts 2023. Att antalet registrerade aborter skiljer sig i SKR och Socialstyrelsens statistik kan antingen bero på att det finns en underrapportering till Socialstyrelsen statistik eller att uppgifter om samma abort i KPP registrerats flera gånger.

Av statistiken om kostnad per patient har utredningen fått fram att en genomsnittlig medicinsk abort kostar 3 167 kr. Det ska dock påpekas att det finns kostnader i statistiken som kraftigt avviker från medeltal både gällande högsta och lägsta kostnad för en abort. Utredningen bedömer att det inte påverkar genomsnittet i någon högre grad. Utredningen anser att det dock finns andra osäkerheter med statistiken från SKR:s KPP och hur tillförlitliga kostnadsangivelserna är. Om det bortses från de poster där hälso- och sjukvården registrerat att aborterna avslutats i hemmet blir kostnaden för en medicinsk abort på klinik 3 349 kronor per abort enligt utredningen. Tittar man på de poster som rör medicinska aborter som avslutats i hemmet, blir kostnaden i genomsnitt 3 065 kronor. Skillnaden i kostnad mellan en abort som genomförs helt på klinik jämfört med en som avslutas i hemmet tycks vara mycket liten. Det är rimligt att anta att medicinska aborter som genomförs i hemmet enligt förslaget blir ytterligare något billigare än medicinska aborter som avslutas i hemmet. Detta gäller särskilt om det blir möjligt att göra abort på distans, utan fysiskt besök på en vårdinrättning. Utredningen gör dock bedömningen att det i praktiken inte påverkar regionernas kostnader i någon högre grad. Under överskådlig framtid bedömer utredningen att merparten av de abortsökande kommer att genomföra minst ett besök på en

abortmottagning. Redan i dag utförs en majoritet av aborterna som medicinska aborter som avslutas i hemmet.

Mindre kostnadsbesparingar för kompetensväxling inom abortvården

Utredningen beskriver att enligt statistik från SCB är genomsnittlig månadslön för en barnmorska 45 600 kronor per månad. Det ger enligt utredningen en kostnad för arbetsgivaren på 63 267 kronor per månad respektive 378 kronor per timme.

Motsvarande genomsnittslön per månad för en specialistläkare inom obstetrik och gynekologi är 80 086 kronor, vilket ger en kostnad för arbetsgivaren på 102 510 kronor per månad respektive 641 kronor per timme. Företrädesvis är det dock ST-läkare som arbetar i den patientnära abortvården och deras genomsnittslön ligger på 53 064 kronor per månad, vilket ger en kostnad för arbetsgivaren på 67 922 kronor per månad respektive 425 kronor per timme.

Utifrån utredningens intervjuer med verksamhetsföreträdare för ett fyrtiotal abortverksamheter, kan de dra slutsatsen att merparten av verksamheterna redan har kompetensväxlat uppgifter från läkare till barnmorskor. I vissa verksamheter är det dock fortfarande läkare som utför ultraljudsundersökning av abortsökande. Dock påpekar utredningen att det inte finns något krav på att ultraljudsundersökning ska utföras.

Utredningen har gjort en uppskattning av att förslagen kan leda till att fler arbetsuppgifter kan utföras av barnmorskor i upp till fem procent av alla medicinska aborter och att det i dessa fall skulle bli aktuellt med ytterligare kompetensväxling. Utredningen uppskattar att i dessa fem procent kan en timmes åtgärder per abort inklusive administrativa uppgifter bytas mot motsvarande tid för en barnmorska. Fem procent av alla medicinska aborter motsvarade 1 708 aborter år 2023. Utredningen har räknat att hälften av läkarna är ST och hälften specialister. Den totala kostnadsbesparingen för samtliga regioner är då enligt utredningen 910 364 kronor totalt, vilket är mycket små kostnadsbesparingar. I vissa regioner där läkare i dag utför mer arbetsuppgifter inom abortvården kan den ekonomiska besparingen bli något högre.

Regeringen delar utredningens bedömning att förslagen skulle kunna leda till mindre kostnadsbesparingar till följd av kompetensväxling i de fall då barnmorskor kan ta över ytterligare arbetsuppgifter från läkare.

10.11 Sammanfattande samhällsekonomisk analys

Regeringens bedömning

Förslagen bedöms inte öka samhällets kostnader för abortvården. Förslaget om att en abort får göras utanför en vårdinrättning kan innebära marginella kostnadsbesparingar.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

Remissinstanserna uttalar sig inte i denna del.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen bedömer att förslagen inte ökar samhällets kostnad för att erbjuda aborter till abortsökande och att de inte innebär några nya samhällsekonomiska åtaganden. Ur ett bredare perspektiv är tillgången till säkra aborter samhällsekonomisk lönsamt. Förslagen som bl.a. förtydligar att en abort ska tillhandahållas skyndsamt bidrar ytterligare till en god tillgänglighet till abortvård. Regeringen instämmer i denna bedömning.

Förslaget om att aborter får göras utanför en vårdinrättning kan innebära marginella kostnadsbesparingar på samhällsnivå genom bl.a. minskad frånvaro från arbete och studier vid en abort tack vare ökad flexibilitet för den abortsökande. Det innebär ekonomiska vinster både för den enskilda och på samhällsnivå. Dessutom är preventivmedelsrådgivning en avgiftsfri och etablerad verksamhet i Sverige. Studier har visat att motivationen att påbörja en preventivmetod är som störst i direkt anslutning till aborten. Adekvat information om, och tillgång till, preventivmedel är en viktig samhällsekonomisk insats för att minska antalet oönskade graviditeter.

Ur ett bredare perspektiv är tillgång till säkra aborter samhällsekonomiskt lönsamt. Osäkra aborter orsakar tiotusentals dödsfall om året globalt sett, främst i länder med låg eller ingen tillgång till säker abortvård. Sverige har en god och tillgänglig abortvård. Förslagen som bl.a. förtydligar att en abort ska ske skyndsamt bidrar ytterligare till att säkra tillgång till aborter av god kvalitet.

11 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i abortlagen (1974:595)

1 § *En kvinna som är gravid får göra abort till och med graviditetsvecka 18.*

Paragrafen anger under vilken tid i graviditeten som en abortsökande får göra abort. Övervägandena finns i avsnitt 4 och 5.2.

I bestämmelsen preciseras att abort får göras till och med graviditetsvecka 18. Med kvinna avses i denna lag den som kan bli gravid. Lagen omfattar alltså alla som kan bli gravida. Med abort avses i denna lag inducerad abort i motsats till spontana aborter (missfall). Abort är ett sätt att avbryta en graviditet. I lagen används både uttrycken abort och avbrytande av graviditet. Med avbrytande av graviditet avses ett avbrytande av graviditet av medicinska skäl. Med till och med graviditetsvecka 18 avses till och med graviditetsvecka 18+0 dagar. I bestämmelsen ändras ordet utföras till göra. Ordet göra omfattar både de moment som den abortsökande gör själv och de moment som hälso- och sjukvårdspersonalen utför. Att göra abort innebär vid medicinsk abort att aborten ska vara påbörjad genom intag av läkemedel som påbörjar aborten. För att omfattas av denna bestämmelse ska intaget av läkemedel ske innan utgången av

graviditetsvecka 18+0 dagar. Detta gäller oaktat om graviditeten tar längre tid att stötas ut. I bestämmelsen fanns tidigare en möjlighet att neka abort om den på grund av sjukdom hos kvinnan kunde antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Denna möjlighet tas nu bort. Det innebär att den som är gravid inte längre kan nekas att göra en abort till och med graviditetsvecka 18+0 dagar. Till följd härav upphävs även den nuvarande 4 §, som anger att sådan vägran omedelbart ska underställas Socialstyrelsens prövning.

Åtgärder i samband med abort innefattas i ordet hälso- och sjukvård (se bl.a. prop. 1981/82:97 s. 111). Det är således ytterst regionerna som ansvarar för att abort erbjuds till abortsökande.

2 § På begäran av en kvinna som är gravid får Socialstyrelsen lämna tillstånd till kvinnan att göra abort efter graviditetsvecka 18 endast

1. om det finns synnerliga skäl för aborten, och

2. under förutsättning att det inte finns anledning att anta att fostret är livsdugligt.

I paragrafen, som i nuvarande lydelse betecknas 3 §, anges under vilka förutsättningar som Socialstyrelsen får lämna tillstånd till kvinnan att göra abort. Övervägandena finns i avsnitt 4.

Med efter graviditetsvecka 18 avses efter graviditetsvecka 18+0 dagar. Kriterierna för när en abort får göras efter graviditetsvecka 18+0 dagar med Socialstyrelsens tillstånd är desamma som tidigare. Förutom att det inte ska finnas anledning att anta att fostret är livsdugligt krävs att det finns synnerliga skäl för aborten. Synnerliga skäl kan t.ex. vara situationer där frågan om abort av skilda orsaker har kommit upp först på ett sent stadium av graviditeten (se prop. 1974:70). Aborten ska ha påbörjats innan fostret kan antas vara livsdugligt. Det gäller oaktat om graviditeten tar längre tid att stötas ut. För den närmare innebörden av att aborten ska ha påbörjats när det gäller medicinsk abort, se kommentaren till 1 §.

Ändringarna är endast språkliga och redaktionella.

3 § Socialstyrelsen får lämna tillstånd till att avbryta en graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravida kvinnans liv eller hälsa. Ett sådant tillstånd får lämnas oavsett hur långt efter graviditetsvecka 18 som graviditeten har framskridit.

Om det inte går att avvakta Socialstyrelsens beslut utan att riskera den gravida kvinnans liv eller hälsa får graviditeten avbrytas utan hinder av bestämmelserna i första stycket och 5 § första stycket.

I paragrafen, som i nuvarande lydelse betecknas 6 §, anges att Socialstyrelsen i vissa fall får lämna tillstånd till annat avbrytande av graviditet än abort. Övervägandena finns i avsnitt 4 och 5.4.

Med att avbryta en graviditet avses att avbryta en graviditet av medicinska skäl. Uttrycket att avbryta en graviditet innebär att livsdugliga foster i dessa situationer om möjligt ska räddas till livet (se prop. 1994/95:142 s. 41). Med efter graviditetsvecka 18 avses efter graviditetsvecka 18+0 dagar.

Ändringarna är endast språkliga och redaktionella.

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

I paragrafen, som i huvudsak motsvarar nuvarande 2 och 8 §§, anges att stödsamtal ska erbjudas före och efter en abort eller annat avbrytande av graviditet. Övervägandena finns i avsnitt 4.

I paragrafen regleras inte närmare hur ett stödsamtal ska gå till eller vem som ska genomföra det. Personen som genomför stödsamtalet bör dock ha relevant kompetens inom psykosocialt stöd.

Nuvarande innehåll i 8 § andra stycket andra meningen tas bort. Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella.

5 § Abort och avbrytande av graviditet får endast tillhandahållas inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet och som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt.
Abort ska tillhandahållas skyndsamt.

Paragrafen anger vilka verksamheter som får tillhandahålla abort och annat avbrytande av graviditet och att abort ska tillhandahållas skyndsamt. Övervägandena finns i avsnitt 4, 5.3, 5.4, 6.1–6.3 och 7.

Paragrafens nuvarande första stycke, där det angavs att endast läkare får utföra abort eller annat avbrytande av havandeskap, tas bort. Det anges således inte längre i lagen vilken yrkeskategori som får tillhandahålla abort eller avbryta annat havandeskap. Till följd av detta blir det nuvarande andra stycket första stycket.

I *första stycket* anges att abort och avbrytande av graviditet endast får tillhandahållas inom ramen för ett allmänt sjukhus eller en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som är särskilt anpassad för ändamålet och som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt. I den nuvarande bestämmelsen anges att abort eller annat avbrytande av havandeskap ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning. Ändringen från ”ska ske på” till ”får endast tillhandahållas inom ramen för” görs i syfte att möjliggöra för den abortsökande att inta samtliga läkemedel i samband med abort utanför en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Med hälso- och sjukvårdsverksamhet avses en verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Av paragrafen framgår att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara särskilt anpassad för ändamålet. Med uttrycket avses att det ska finnas personal, utrustning och lokaler som krävs för att bedriva en god och säker abortvård. Det innebär exempelvis att det ska finnas personal som har särskild kompetens inom området. Olika krav kan uppställas beroende på bl.a. vilken abortmetod som används. Det krävs t.ex. annan kompetens och lokaler för kirurgisk abort än medicinsk abort. Den närmare innebörden av detta får avgöras av rättstillämpningen.

I *andra stycket* anges att abort ska tillhandahållas skyndsamt. Uttrycket innebär att det ska säkerställas att abort både erbjuds och kan tillhandahållas snarast möjligt från det att den som är gravid begär det eller att Socialstyrelsen lämnat tillstånd till åtgärden enligt 2 §. Att det införs en skyldighet i lag att tillhandahålla abort skyndsamt avser inte någon ändring av nuvarande ordning för hur snabbt en abort bör genomföras.

Det finns ingen uttryckligt angiven tidsgräns för vad som anses vara skyndsamt utan det får avgöras i det enskilda fallet. Dock finns det tids-

och andra gränser i lagen som ställer krav på att aborten görs inom dessa. Det innebär att en abort kan behöva tillhandahållas omgående om en abortsökande begär abort i nära anslutning till graviditetsvecka 18+0 dagar eller när tillstånd till åtgärden enligt 2 § lämnas nära gränsen för att det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Skyndsamhet tar dock inte endast sikte på veckogränser eller fostrets livsduglighet, utan handlar även om den abortsökande, som t.ex. kan ha ett intresse av att aborten tillhandahålls snarast möjligt.

Ordet tillhandahålla innebär bl.a. att abort ska erbjudas till den som önskar det. Abortvården ska erbjudas på ett sätt som innebär att alla som behöver abortvården snabbt kan få relevant information om hur den erbjuds. Det ska säkerställas att den abortsökande har förutsättningar att ta emot vården. Det kan t.ex. innebära att det ska vara enkelt för den abortsökande att förstå hur den kan komma i kontakt med abortvården eller att personer som inte talar svenska ges information på ett språk som de förstår och en möjlighet till tolk vid behov.

Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella.

6 § Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort *enligt 2 §* eller avbrytande av *graviditet* enligt 3 § får inte överklagas.

I paragrafen, som i nuvarande lydelse betecknas 7 §, anges att Socialstyrelsens beslut om tillstånd till abort eller annat avbrytande av graviditet inte får överklagas. Övervägandena finns i avsnitt 4.

Ändringarna är endast språkliga och redaktionella.

7 § Den som *med uppsåt* gör abort på någon annan än sig själv utan att vara hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § första och andra styckena patientsäkerhetslagen (2010:659), döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

Om brottet är grovt, döms till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa.

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

I paragrafen, som i nuvarande lydelse betecknas 9 §, anges när det enligt denna lag är straffbart för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal att göra abort på annan än sig själv. Övervägandena finns i avsnitt 4 och 8.

I *första stycket* har uttrycket den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket bytts ut mot den som utan att vara hälso- och sjukvårdspersonal. Detta är en följd av att begränsningen till läkare i 5 § tas bort (se kommentaren till 5 §). Hälso- och sjukvårdspersonal har samma innebörd som ordet har i 1 kap. 4 § första och andra styckena patientsäkerhetslagen. För hälso- och sjukvårdspersonals straffansvar, se 8 §.

Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella.

8 § Den som är hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § första och andra styckena patientsäkerhetslagen (2010:659) och uppsåtligt bryter mot 2 § döms, om inte annat följer av 3 § andra stycket, till böter eller fängelse i högst sex månader.

I paragrafen, som i nuvarande lydelse betecknas 10 §, anges hälso- och sjukvårdspersonals straffansvar enligt denna lag. Övervägandena finns i avsnitt 4 och 8.

I paragrafen har läkare ersatts med hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en följd av att begränsningen till läkare i 5 § tas bort (se kommentaren till 5 §). Hänvisningen till den nuvarande 4 § utgår till följd av att den paragrafen tas bort (se kommentaren till 1 §). Även hänvisningen till 5 § utgår. Hänvisningen till den nya 2 § kvarstår. För andra än hälso- och sjukvårdspersonals straffansvar, se 7 §.

Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2027.

2. Om en sjukvårdsinrättning har godkänts av Inspektionen för vård och omsorg före ikraftträdandet får verksamheten fortsätta att bedrivas utan ett nytt godkännande från Inspektionen för vård och omsorg enligt 5 § första stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 9.

Enligt *första punkten* träder lagen i kraft den 1 januari 2027.

Enligt *andra punkten* ska godkännande av en sjukvårdsinrättning från Inspektionen för vård och omsorg som meddelats före ikraftträdandet fortsatt gälla. Det krävs således inget nytt godkännande från Inspektionen för vård och omsorg för att få fortsätta att bedriva verksamhet som redan har godkänts.

Sammanfattning av betänkandet En förbättrad abortlag (SOU 2025:10)

Utredarens inledande ord

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

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

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

Uppdraget och dess genomförande

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

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

Några av de viktigaste förändringarna vi föreslår

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

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

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

Våra förslag och bedömningar

En förändrad abortlag

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

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

I lagstiftningen ska begreppet *den som är gravid* användas

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

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

För att den förändrade abortlagen ska vara korrekt, ändamålsenlig och språkligt moderniserad krävs att alla som är gravida och som önskar göra abort ska omfattas av lagen. Därför har vi landat i förslaget att byta kvinna mot den som är *gravid i abortlagen*.

Bedömning av frågor som är utanför vårt direktiv

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

Rätt till abort tydliggörs i lagen

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

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

Den abortsökande har i enlighet med bestämmelserna i patientlagen (2014:821) som regel rätt att välja behandlingsalternativ för den medicinska aborten. För självbestämmande (autonomi) krävs att den abortsökande har fått och förstått information om vilka behandlingsalternativ som finns att välja på samt riskerna och fördelarna med respektive behandling. Den abortsökande ska även fortsättningsvis erbjudas abort utifrån egna val av metod. Även om det inte bedöms vara medicinskt olämpligt med hemabort ska hälso- och sjukvården fortsätta erbjuda medicinsk abort på vårdinrättningen.

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

behöva känna sig ifrågasatt i sitt beslut genom att möta personal som Bilaga 1
arbetsvägrar.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för abortvård

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

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

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

Abort utanför en vårdinrättning blir tillåtet

Ett av de mest centrala förslagen är att medicinska aborter ska kunna genomföras helt i hemmet. Utifrån befintlig lagstiftning krävs att den första dosen läkemedel tas på en sjukvårdsinrättning, vilket skapar onödiga

hinder för abortsökande som bor långt från en abortverksamhet eller som föredrar att hantera processen i hemmet. Hemaborter skulle möjliggöra att båda läkemedlen tas utanför en vårdinrättning. Hemaborter förutsätter att den abortsökande får saklig information.

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

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

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

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

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

Ökade möjligheter till telemedicin och digital vård

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

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

Utökat ansvar för barnmorskor

Förslaget att ge barnmorskor rätt att självständigt genomföra medicinska aborter syftar till att effektivisera vården och utnyttja resurserna bättre. I

dag hanterar barnmorskor redan stora delar av processen, men lagstiftningen begränsar deras möjligheter att ansvara för samtliga delar av abortprocessen. Genom att ändra detta och låta kompetens snarare än yrkestitel avgöra vem som får genomföra aborter, kan fler patienter få snabb och tillgänglig vård.

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

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

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

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

Förbättrade möjligheter för uppföljning av abortvården behövs

Vi bedömer att det är av stor vikt att förslagen i utredningen om hälsodataregister *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) genomförs. Utredningen föreslår bland annat att det ska införas en ny lag för behandlingen av personuppgifter i hälsodataregister. De övergripande uppgiftskategorier som utredningen föreslår ska få behandlas i hälsodataregister är uppgift om en patient och om en vårdåtgärd som patienten har fått eller ska få. Vi tolkar det som att förslagen, om de genomförs, möjliggör att aborter kommer registreras och på så sätt kommer kunna följas upp, oavsett vilken vårdnivå och profession som ansvarar för att utföra aborten.

Modernisering av abortlagen

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

Konsekvenser av förslagen

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

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

Förslagen leder endast till tillfälligt ökade kostnader för staten för ett antal uppdrag till myndigheter som vi föreslår ska lämnas samt för medel till regionerna för utveckling och utvärdering inom abortvården med särskilt fokus på metoder som ökar tillgängligheten i abortvården. Sammantaget anser vi att våra förslag kommer leda till förbättringar för de abortsökande. Den svenska abortlagen ska även fortsatt säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet i abortvården men bättre överensstämma med den medicinska utvecklingen och abortsökandes behov.

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

1 §⁷

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

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

2 §⁸

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

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

3 §

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

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

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

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

4 §⁹

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

5 §¹⁰

Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort

⁷ Senaste lydelse 1995:660.

⁸ Senaste lydelse 1995:660.

⁹ Senaste lydelse 1995:660.

¹⁰ Senaste lydelse 2012:936.

eller avbryta havandeskap enligt 6 §.

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

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

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

6 §¹¹

Kan det antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit.

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

Socialstyrelsen får lämna tillstånd till avbrytande av graviditet om det kan antas att graviditeten medför allvarlig fara för den gravidas liv eller hälsa. Ett sådant tillstånd får lämnas oavsett hur långt graviditeten har framskridit.

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

7 §¹²

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

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

8 §¹³

Efter en abort eller ett avbrytande av havandeskap enligt 6 § skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Den som ansvarar för verksamhe-

¹¹ Senaste lydelse 2007:998.

¹² Senaste lydelse 1995:660.

¹³ Senaste lydelse 1995:600.

ten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden utförts skall tillse att ett sådant erbjudande lämnas.

9 §

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

Är brott som avses i första stycket grovt, *dömes* till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för *kvinnans* liv eller hälsa.

För försök till illegal abort *dömes* till ansvar enligt 23 kap. *brottsbalken*.

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

Är brott som avses i första stycket grovt, *döms* till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt ska särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för *den gravidas* liv eller hälsa.

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

10 §

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

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

Förteckning över remissinstanserna

Remissinstanser som kommit in med yttrande

Barnombudsmannen, Diskrimineringsombudsmannen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Förvaltningsrätten i Stockholm, Göteborgs tingsrätt, Göteborgs universitet, Inspektionen för vård och omsorg, Institutet för mänskliga rättigheter, Integritetsskyddsmyndigheten, Jämställdhetsmyndigheten, Karolinska institutet, Lunds universitet, Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Västerbotten, Region Örebro län, Region Östergötland, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter, Riksförbundet för sexuell upplysning, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens medicinsk-etiska råd, Stockholms tingsrätt, Stockholms universitet, Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Apoteksförening, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges kvinnoorganisationer, Sveriges läkarförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Uppsala universitet, Vårdförbundet, Västra Götalandsregionen och Åklagarmyndigheten.

Instanser utöver remisslistan som kommit in med yttrande

Amnesty International Sverige, Claphaminstitutet, Kristna Värdepartiet, Kvinnofronten, Livsval, Människovärde, Respekt katolsk rörelse för livet, Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige, Sveriges Farnaceuter, Sveriges Kvinnliga Läkares Förening samt 60 enskilda personer.

Remissinstanser som inte kommit in med yttrande

Funktionsrätt Sverige, Kommunal, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Jämtland Härjedalen, Region Värmland, Region Västernorrland, Region Västmanland, Riksdagens ombudsmän och Svensk sjuksköterskeförening.