

Oslo, 15. april 2026

## Sex og samfunns hørings svar til «Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene»

Sex og samfunn takker for muligheten til å gi innspill til Helsedirektoratets rapport «Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene».

Sex og samfunn er kritiske til rapportens faglige grunnlag og videre også rapportens konklusjon. Våre hovedargumenter er at Helsedirektoratets rapport:

- Bygger på mangelfull faglig forankring
- Anerkjener ikke erfaringer fra det eneste nåværende tilbudet utenfor sykehus
- Er utydelig om behov for ultralyd
- Tilrettelegger ikke for svært tidlige aborter
- Stopper forskning og utvikling
- Hindrer abortsøkende et godt tilbud
- Undervurderer primærhelsetjenesten
- Tar mer hensyn til økonomi enn pasientens behov

### Om Sex og samfunn

Sex og samfunn er Norges største fagsenter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Vi har siden 1971 jobbet for økt kunnskap, kompetanse og tilgjengelige tjenester på feltet. Vi driver klinisk og pedagogisk virksomhet, samt faglig utvikling og politisk påvirkningsarbeid. Den kliniske delen av arbeidet vårt inkluderer blant annet Norges største klinikk for seksuell helse. Alt vi gjør, både på og utenfor klinikken, er forankret i pasientenes behov og møtene vi har med dem.

### Sex og samfunns innspill

Før vi gjør rede for våre innspill til innholdet i Helsedirektoratets rapport, vil vi fremheve at vi opplever prosessen rundt høringen som udemokratisk. Underveis i høringsrunden kutter Helsedirektoratet tilskuddet til Sex og samfunns aborttilbud, og baserer sin avgjørelse på konklusjonen i sin egen utredning. Dette skjer lenge før høringsfristen er gått ut, og det tyder på at Helsedirektoratet forskutterer resultatet av høringen. Dette er problematisk da det delegitimerer viktige demokratiske prosesser.

Når det gjelder innspill til innholdet i Helsedirektoratets rapport vil vi overordnet påpeke at Helsedirektoratet gjennom sin utredning har identifisert viktige hindre for å kunne tilby abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sex og samfunn mener listen over forutsetningene som er identifisert bør ses som en arbeidsliste for myndighetene, ikke som argumenter mot endring. Noen av forutsetningene er ikke krevende å løse, for eksempel innmelding til Abortregisteret, rekvirering av legemidler og endring i regelverk for finansiering. I tillegg mener vi at en nasjonal faglig retningslinje er nødvendig uansett hvordan aborttilbudet organiseres, og dette blir tydelig gjennom beskrivelsen av praksis for medisinsk abort ved de ulike helseforetakene. Her er det store forskjeller. Andre

forutsetninger listet opp i utredningen er vi uenige i, spesielt behov for ultralyd. Dette utdyper vi mer spesifikt i teksten under.

Vi vil i det følgende argumentere for at Helsedirektoratets utredning:

- Bygger på mangelfull faglig forankring
- Anerkjenner ikke erfaringer fra det eneste nåværende tilbudet utenfor sykehus
- Er utydelig om behov for ultralyd
- Tilrettelegger ikke for svært tidlige aborter
- Stopper forskning og utvikling
- Hindrer abortsøkende et godt tilbud
- Undervurderer primærhelsetjenesten
- Tar mer hensyn til økonomi enn pasientens behov

### *Mangelfull faglig forankring*

Utredningen viser manglende kjennskap til praksis, erfaringer og evidens på feltet. Dette blir problematisk fordi høringsinstanser er avhengig av at en slik utredning er godt faglig fundamentert, ellers vil hørings svar bygge på uriktige forutsetninger. Flere steder i rapporten beskrives også stor usikkerhet rundt effekter og konsekvenser, da blir det vanskelig å tillegge en slik rapport faglig tyngde.

Når nye behandlingsmodeller vurderes bør faglige anbefalinger tillegges størst vekt. Fagmiljøene ble invitert til innspillsrunder, men er i liten grad blitt hørt. Det virker i tillegg som om det heller ikke sett til resultatene fra Sex og samfunns aborttilbud.

Helsedirektoratets beslutning er mangelfull og virker samtidig forhastet. Dette blir tydelig når Helsedirektoratet nå har bedt Folkehelseinstituttet om å «utarbeide en systematisk oversikt over helseeffekter og sikkerhet ved medisinsk abort etter forundersøkelse med rutinemessig ultralyd, sammenliknet med andre beslutningsverktøy». En slik oversikt burde vært en del av beslutningsgrunnlaget.

### *Erfaringer fra Sex og samfunns aborttilbud*

Helsedirektoratets rapport anerkjenner ikke erfaringer fra Sex og samfunns aborttilbud, som er det eneste nåværende tilbudet utenfor sykehus. Sex og samfunn har siden august 2025 tilbudt medisinsk abort ved vår klinikk i Oslo, med tilskudd fra Helsedirektoratet. Per 10.04.26 har 330 personer benyttet seg av tilbudet.

Sex og samfunn er den første og eneste aktøren i primærhelsetjenesten i Norge som tilbyr abort. Vi er også den eneste tilbydereren i Norge som tilbyr abort uten ultralyd. 50 % av de som har tatt abort ved Sex og samfunn har ikke hatt behov for ultralyd. Dette underbygger forskning fra andre land, som viser at man gjennom nøye medisinsk selektering kan tilby abort uten ultralyd. Dette utdypes i punktet «Utydelig om behov ultralyd» senere i dette innspillet.

Tilbudet ved Sex og samfunn mottok i 2025 tilskudd fra Helsedirektoratet, hvor målet med prosjektet har vært å utvikle en modell som skulle kunne brukes i primærhelsetjenesten

over hele landet. Vi har brukt mye ressurser på å få på plass et godt tilbud, både for å få det administrative på plass, samt opplæring av ansatte og ikke minst omfattende pasientinformasjon i form av brosjyrer og informasjonsvideoer.

24. mars 2026 fikk Sex og samfunn beskjed om at Helsedirektoratet velger å trekke støtten til prosjektet. At dette gjøres etter så kort tid, er uforståelig. Det vitner om dårlig forvaltning av ressurser, og er samtidig ikke i overensstemmelse med politiske vedtak verken av regjering eller Storting. At begrunnelsen for å trekke støtten til prosjektet er Helsedirektoratets egen utredning, som fortsatt er på høring, er problematisk. Ved å stanse vårt prosjekt stanser Helsedirektoratet også muligheten for utvikling av et bedre aborttilbud over hele landet.

### *Utydelig om behov for ultralyd*

Helsedirektoratet fremhever behovet for opplæring og utstyr, særlig tilgang på ultralyd, som et sentralt argument mot å tilby tidlig medisinsk abort i kommunal regi. Dette argumentet svekkes imidlertid betydelig av at direktoratet samtidig peker på telemedisinsk abort som en mulig fremtidig løsning. Det er ikke mulig å utføre ultralyd over telefon eller digitale løsninger, og telemedisinsk abort forutsetter nettopp at behandling kan gis uten rutinemessig bildediagnostikk. Argumentasjonen fremstår derfor selvmotsigende.

Videre er det viktig å skille mellom hva som er etablert praksis og hva som er en medisinsk nødvendighet. Norsk gynekologisk forenings (NGF) veileder<sup>1</sup> omtaler ultralyd som ett mulig verktøy for å fastsette gestasjonsalder, men stiller ikke krav om rutinemessig ultralydundersøkelse før tidlig medisinsk abort. At ultralyd i mange år har vært brukt rutinemessig, betyr ikke at dette representerer et absolutt behov. Når gamle vaner omgjøres til implisitte krav, risikerer man å hindre faglig utvikling og å gjøre aborttjenester unødvendig vanskelig tilgjengelig for de som trenger dem. Denne faglige svakheten i utredningen har fått konsekvenser for høringssvar fra ulike aktører. Særlig ser vi at høringssvarene fra kommunene bærer preg av at kommunene opplever ultralydundersøkelse som et absolutt krav. Det kan føre til at kommuner eller andre relevante tjenester stiller seg bak Helsedirektoratets konklusjon fordi de ikke har ultralydapparat.

I Storbritannia benyttes Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) sitt selekteringsverktøy daglig i forbindelse med telemedisinsk abortbehandling. Kombinasjonen av grundig standardisert pasientinformasjon og systematisk risikoseleksjon har over tid vist seg å gi trygg og forsvarlig behandling uten rutinemessig ultralyd. Det er uforståelig at Helsedirektoratet stiller spørsmål ved sikkerheten i en modell som er godt utprøvd og anerkjent i et sammenlignbart helsevesen. Vi stiller oss også undrende til at Helsedirektoratet først nå foreslår at Folkehelseinstituttet skal utarbeide en systematisk oversikt over helseutfall og sikkerhet ved medisinsk abort med og uten rutinemessig ultralyd, når denne kunnskapen allerede foreligger gjennom omfattende internasjonal praksis, særlig fra nevnte Storbritannia. Dette reiser også spørsmål om det i

---

<sup>1</sup> NGF (2026). Provosert abort (2026). [Tilgjengelig på metodebok.no](https://www.metodebok.no).

tilstrekkelig grad er tillit til vurderingene som ligger til grunn for forsvarlig helsehjelp i sammenlignbare land.

50 % av de som har tatt abort ved Sex og samfunn har etter selektering, fått behandling uten ultralydundersøkelse. Av andelen som ble selektert til å ha behov for ultralyd, viste videre undersøkelse at størstedelen kunne fått behandling uten ultralyd. Dette støttes av en stor finsk studie fra Helsinki universitetssykehus som viste at rundt 80 % av abortsøkende kunne selekteres korrekt til å ikke ha behov for forundersøkelse med ultralyd før medisinsk abort<sup>2</sup>. Dette reiser et sentralt prinsipielt spørsmål: Hvorfor skal alle pålegges ultralydundersøkelse for at noen har behov for det? Et generelt krav om ultralyd vil i praksis gjøre aborttjenester mindre tilgjengelige, slik også Bedre abortomsorg påpeker i sitt høringssvar.

Sex og samfunn planlegger i samarbeid med flere sykehus (OUS, SSHF, Innlandet sykehus Gjøvik, UNN Harstad og St Olavs hospital) en studie for å undersøke hvor godt dette selekteringsverktøyet fungerer i ulike hender. Målet er å sammenlikne hvor treffsikkert selekteringsverktøyet er når det brukes av pasienten selv, av helsesekretær og av helsepersonell. Hensikten med studien vil være å se hvordan er slikt selekteringsverktøy kan brukes for å hindre at pasienter må møte opp unødvendig til ultralydundersøkelse.

Når det gjelder risiko for ektrauterin graviditet, er det riktig som det står i rapporten at dette er en sjelden, men potensielt alvorlig tilstand. Samtidig er det verdt å merke seg at det ikke utføres rutinemessig ultralydscreening av alle som er ønsket gravide før i uke 13, lenge etter tidspunktet hvor de fleste ektrauterine graviditeter vil gi symptomer. Det fremstår derfor inkonsekvent å kreve mer omfattende screening av personer som ikke ønsker å fortsette svangerskapet, enn av dem som gjør det.

En modell der lavrisikopasienter behandles i primærhelsetjenesten uten ultralyd, og hvor pasienter med faktisk behov for ultralyd henvises til spesialisthelsetjenesten, vil kunne dekke pasientenes behov på en trygg og ressurseffektiv måte. Dette vil redusere behovet for omfattende nytt utstyr i kommunene. Når manglende tilgang på ultralyd brukes som hovedargument *mot* å etablere aborttilbud i primærhelsetjenesten, samtidig som telemedisin trekkes frem som en fremtidig løsning, fremstår dette som et svakt og inkonsekvent grunnlag for anbefalingene i rapporten.

### *Tilrettelegger ikke for svært tidlige aborter*

En annen viktig fordel ved tidlig medisinsk abort uten forundersøkelse med ultralyd er muligheten for såkalt VEMA (Very Early Medical Abortion). Dette poenget er totalt oversett i Helsedirektoratets rapport, til tross for at dette representerer en betydelig mulighet for å videreutvikle aborttilbudet.

---

<sup>2</sup> Kaislasuo, J., & Heikinheimo, O. (2025). Safety and accuracy of dating unwanted pregnancies and detecting ectopic pregnancy with the RCOG decision aid without routine ultrasound – a retrospective analysis from a large abortion service. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*.

VEMA er abort som utføres før uke 6+0. Når rutinemessig ultralyd ikke er et krav for behandling, kan abort tilbys allerede fra positiv graviditetstest, uten at pasienten må vente til uke 6 for å påvise intrauterin graviditet ved ultralyd. Forskning viser også at VEMA gir mindre smerter og mindre blødninger<sup>3</sup>. Erfaringene fra Sex og samfunn understreker dette: 30 % av våre pasienter har fått behandling før uke 6+0, noe som viser at tidlig behandling ikke bare er mulig, men allerede fungerer i praksis.

Til tross for at ultralydundersøkelse ikke er et krav før abortbehandling, er dette likevel gjeldende praksis ved sykehusene. Denne praksisen forsinker adgangen til abortbehandling da pasienten må vente til etter 6+0 før inngrepet kan utføres. For mange betyr dette unødvendig ventetid, og for enkelte kan forsinkelsen utgjøre en betydelig ekstra belastning både fysisk og psykisk. Denne pålagte ventetiden er ikke medisinsk begrunnet.

VEMA gir tidligere tilgang til helsehjelp, mindre fysisk belastning og bedre pasientopplevelse. Dette er formidlet til Helsedirektoratet under innspillsmøter i forbindelse med deres utredning, men er ikke viet noe plass rapporten og dermed utelates et viktig poeng i kunnskapsgrunnlaget.

### *Stopper forskning og utvikling*

Det har skjedd mye i abortbehandlingen de siste 25 årene i Norge. Vi har gått fra å kun gjøre kirurgiske aborter i sykehus, til at pasienten kan få fullføre behandlingen trygt hjemme. Dette er et resultat av innføringen av medisinsk hjemmeabort. Nå ser vi at flere land rundt oss bedrer tilgangen på abort både via digitale løsninger og ved å flytte behandlingen nærmere der pasienten bor.

Utvikling av medisinsk behandling skjer i samspill mellom pasientenes behov, klinisk erfaring og forskning, men dagens regelverk for forskrivning og utlevering av medikamentet mifepriston hindrer både videre utvikling og utprøving av nye behandlingsmodeller. Dette gjelder også behandling av spontanabort, der de samme medikamentene benyttes. I dag må disse pasientene reise til sykehus for å få utlevert medikamenter til behandling, til tross for at behandlingen ikke er avansert og kunne vært ivarettatt i primærhelsetjenesten dersom utleveringsforskriften hadde tillatt dette.

Helsedirektoratet peker i rapporten på telemedisin som en mulig løsning for tidlig medikamentell abort, noe Sex og samfunn er positive til. Men uten endringer i utleveringsbestemmelsene for mifepriston er dette i praksis ikke gjennomførbart. Telemedisin forutsetter faktisk tilgang til medikamentene, det har en ikke så lenge medikamentet kun kan hentes ut fra et sykehus.

Direktoratet for medisinske produkter og Helsedirektoratet bør revidere utleveringsbestemmelsene for mifepriston, slik at regelverket samsvarer med dagens

---

<sup>3</sup> Brandell K, Jar-Allah T, Reynolds-Wright J, Kopp Kallner H, Hognert H, Gyllenberg F, Kaislasuo J, Tamang A, Tuladhar H, Boerma C, Schimanski K, Gibson G, Løkeland M, Teleman P, Bixo M, Mandrup Kjaer M, Kallfa E, Bring J, Heikinheimo O, Cameron S, Gemzell-Danielsson K; VEMA (Very Early Medication Abortion) Study Group. Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. *N Engl J Med*. 2024 Nov 7;391(18):1685-1695. doi: 10.1056/NEJMoa2401646. PMID: 39504520.

lovverk, medisinsk kunnskap og pasientenes behov. Slik regelverket står nå er det til hinder for å prøve ut nye modeller, og dermed begrenses også muligheten for forskning og systematisk kvalitetsarbeid.

### *Hindrer abortsøkende et godt tilbud*

Gjennomgående i sin rapport skriver Helsedirektoratet at aborttjenesten er godt organisert. Hvordan tilbudet er organisert når en er på sykehuset er noe annet enn hvorvidt pasientene opplever at *tilgangen* til abort er god. God tilgang kan bety at pasienter kan få hjelp raskere, slippe eller få kortere reisevei, slippe å måtte organisere fri fra jobb eller skole for å møte til time. Utredningen understreker at det er de som bor langt unna sykehus, eller som lever under psykisk eller fysisk kontroll, som har aller størst behov for et tilbud som er mer fleksibelt og ligger nærmere. Unge og andre sårbare grupper burde også være inkludert her.

Vi vet at noen opplever tilgang til abort i Norge som så utfordrende at de ikke oppsøker hjelp. Women on Web, verdens første telemedisinske aborttilbud, har siden 2021 sendt abortmedisiner til 77 personer bosatt i Norge. Dette er personer som på grunn av økonomi, streng sosial kontroll eller skam har hatt behov for abort utenfor det systemet vi har i dag. At noen oppsøker et slikt alternativ antyder at de møter barrierer i vårt system, og at det er behov for et mer fleksibelt og tilgjengelig aborttilbud enn det vi har i dag.

Et mer fleksibelt tilbud er også i tråd med Verdens helseorganisasjons anbefalinger om et mer individuelt utformet tilbud. Vi ser også at et helhetlig pasientforløp vektlegges av Helsedirektoratet selv, og vi er enige i at dette er viktig for å ivareta pasienten. Men slik organiseringen er i dag må pasienten forholde seg til flere instanser og dette mener vi er uheldig og overlater mye av ansvaret til pasienten selv.

Gjennom å tilby abort på et lavere behandlingsnivå vil en også kunne bidra til å redusere sosial ulikhet i helse, som helse- og omsorgsdepartementet oppgir som et av styringsparameterne for Helsedirektoratets arbeid. Dette perspektivet er totalt fraværende i utredningen.

### *Undervurderer primærhelsetjenesten*

Sex og samfunn mener Helsedirektoratet undervurderer kompetansen og mulighetene som ligger i primærhelsetjenesten. Å gi jordmødre og helsesykepleiere nødvendig opplæring, som forundersøkelse, medisindosering og smertehåndtering, er ikke et uoverkommelig hinder. Sammen med fastlegene vil helsesykepleiere og jordmødre i kommunene kunne bidra til et tilbud nærmere pasienten.

Hva som kan gjøres i primærhelsetjenesten og hva som bør håndteres i spesialisthelsetjenesten er i stadig endring. Dette understrekes av Helsedirektoratet som skriver at hvilke oppgaver som legges hvor «vil forandre seg over tid, både på grunn av den medisinske utviklingen og endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene». Eksempler på nettopp slik medisinsk utvikling er innføringen av

medisinsk hjemmeabort for 25 år siden og også det faktum at de fleste sykehus i dag har gått over til sykepleierstyrte abortpoliklinikker.

### *Økonomi veier tyngre enn pasientens behov*

Helsedirektoratet skriver at deres konklusjon bygger på «en helhetlig vurdering av tiltaket, sett opp mot prinsipper for god ressursbruk, prioritering av helsepersonell og økonomiske konsekvenser». Det vises også til Nasjonal helse- og samhandlingsplan som sier at de «overordnede målene for den offentlige helse- og omsorgstjenesten er å sikre gode, trygge og likeverdige tjenester uavhengig av bosted». Sex og samfunn reagerer på at Helsedirektoratet i sin rapport overser pasientenes behov.

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal, som beskrevet av direktoratet, «sørge for tilgang på helsehjelp av god kvalitet ut fra pasientens behov», og en har også mål om «bærekraftig og rettferdig ressursbruk» og at en skal redusere «sosiale og geografiske forskjeller i helsetilbudet», ifølge direktoratet. Dette står i kontrast med Helsedirektoratets vurdering av gevinsten av å endre organiseringen av aborttilbudet.

Det er ikke gjort noen faktiske økonomiske beregninger av hva en endring i tilbudet vil koste, eller hva man kan spare. Hadde direktoratet gjort en grundigere gjennomgang av erfaringer fra for eksempel Storbritannia, ville de også sett at man der har spart betydelige midler ved å flytte abortbehandling ut av sykehus og klinikker.

Helsedirektoratet mener at alt annet enn selve abortbehandlingen skal styrkes i primærhelsetjenesten, og det er først og fremst i veiledning og oppfølging det trengs økte ressurser. Dersom en, basert på våre erfaringer, tar utgangspunkt i at 50 % kan få gjennomført en medisinsk abort uten ultralydundersøkelse, betyr det at om lag 6 400 av de totalt 12 811 personene som gjennomgår abort årlig vil kunne få behandling uten ultralyd. Dersom en tar utgangspunkt i at kun fastleger skal gi denne behandlingen vil hver av landets 5 400 fastleger i snitt ha 1,18 abortpasienter per år. Dette er ikke ressurskrevende.

### Avslutningsvis

Når Helsedirektoratet konkluderer med at medikamentell abort ikke skal tilbys i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, stopper de også muligheten for utvikling av aborttilbudet. Helsedirektoratets oversikt over forutsetninger som må avklares bør ses som en arbeidsliste for myndighetene, ikke som argument mot endring.

Vi har i vårt innspill fokusert på de mest sentrale svakhetene i Helsedirektoratets utredning, og vi har oppsummert disse slik:

- Bygger på mangelfull faglig forankring
- Anerkjenner ikke erfaringer fra det eneste nåværende tilbudet utenfor sykehus
- Er utydelig om behov for ultralyd
- Tilrettelegger ikke for svært tidlige aborter
- Stopper forskning og utvikling
- Hindrer abortsøkende et godt tilbud

- Undervurderer primærhelsetjenesten
- Tar mer hensyn til økonomi enn pasientens behov

Til slutt vil vi påpeke det vi anser som manglende samsvar mellom hva man vil politisk og hva som nå skjer i kjølvannet av Helsedirektoratets utredning:

*NOU 2023: 9 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester* la grunnlaget for et bedre aborttilbud, fulgt opp av ny abortlov som stadfester at abort ikke lenger må skje via sykehus. Dette var det bred enighet om også hos relevante høringsinstanser. Regjeringen fulgte i september 2025 opp med *God seksuell helse – Vårt felles ansvar: Regjeringens strategi for seksuell helse*, hvor et av de annonserte tiltakene var å «Begynne arbeidet med regelverk og rammer for abort utenfor sykehus». Det er gitt midler til en pilot ved Sex og samfunn, hvor målet er at resultatene skal bidra til å danne grunnlaget for fremtidige nasjonale modeller for aborttilbud i primærhelsetjenesten. I sitt oppdragsbrev til Helsedirektoratet ber Helse- og omsorgsdepartementet om en vurdering av «resultatene i Sex og samfunns tilbud om abort utenfor sykehus». I stedet stanses tilskuddet til prosjektet og i realiteten også muligheten til å utvikle et bedre aborttilbud for alle over hele landet.

Vi vil understreke at Helse- og omsorgsdepartementet til syvende og sist er ansvarlig for å gjennomføre politiske vedtak fra Stortinget. Vi vil minne om at Helsedirektoratets konklusjon om å ikke anbefale abort utenfor sykehus ikke er en faglig vurdering av forsvarlighet. De har ikke konkludert med at det er faglig uforsvarlig å tilby abort i primærhelsetjenesten, men kun at det kan by på praktiske eller økonomiske hindre. Med andre ord er det en politisk prioriteringssak om man ønsker å arbeide for å fjerne disse hindrene og videre å sette av de nødvendige økonomiske ressursene til et moderne og tilgjengelig helsetilbud for abortsøkende.

Modernisering av loven og en prioritering av pasientenes helsetilbud er først og fremst et politisk ansvar.

Inger Sønderland

*Klinikkssjef*

Maria Røsok

*Daglig leder*

Siri Kløkstad

*Medisinskfaglig ansvarlig for abort*

Anneli Rønes

*Prosjektleder for  
Sex og samfunns aborttilbud*