



2025-05-26

Svenska Barnmorskeförbundet tackar för möjligheten att besvara remissen om - En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. SOU 2025:10

Diarienummer S2025/00219

Sammanfattande synpunkter

Som helhet välkomnar vi de förändringar som föreslås i utredningen. Vi vill dock framföra några synpunkter. Vi har en oro för att formuleringar i den kommande lagen kan uppfattas begränsande och försämra möjligheterna för förändringar i abortvården som ses som omöjliga idag på grund av olika praktiska hinder, men som mycket väl kan komma att ändras i framtiden. Önskvärt är att en abortlag har en lagtext som rymmer möjligheten till utveckling och som kan hålla många år framöver. I utredningen används ordet *restriktiv* frekvent vilket ger en signal som delvis motsäger budskapet i andra delar. Ett exempel på kommande förändring kan vara möjligheten att fullt ut använda telemedicin. Telemedicin är redan idag väl beforskad och kan innebära stora fördelar för abortsökande som önskar den möjligheten, i synnerhet i glesbefolkade regioner.

I gruppen barnmorskor som granskat remissen finns erfarenhet av att bo och leva i glesbefolkade områden med långa avstånd. Där kan telemedicin och möjlighet till hemabort bidra till ökad jämlikhet i vården och underlätta betydligt för abortsökande med långa avstånd till en vårdinrättning. Det kan även få påverkan på hur resurser nyttjas och bidra till mer kostnadseffektiv vård. Detta måste dock utvärderas.

Barnmorskeledda abortmottagningar nära hemorten kan som exempel minska den geografiska ojämlikheten. Det kan ske i samarbete med vårdinrättning på annan ort via telemedicin alternativt att förskrivningsrätten på sikt kan utökas för barnmorskor för att hela processen ska kunna ske via en barnmorskeledd abortmottagning nära hemmet. Den abortsökande behöver inte köra långa avstånd i glesbygd och med ett samtidigt minskat inkomstbortfall. Det blir även en ekonomisk vinning för vårdgivaren och mindre påverkan på miljön. För att hitta en väg framåt i nuläget skulle abortsökande kunna hämta läkemedel via barnmorskemottagningarna som nästan alltid finns inom rimligt avstånd för de flesta i Sverige.

Svensk forskning visar att abortsökande är mer nöjda när barnmorskor handlägger abortprocessen. Barnmorskehandläggning ger en ökad tillgänglighet, kortare väntetider och ökad användning av LARC för den abortsökande. Det finns därför all anledning att utveckla nya vårdformer och ge kvinnor i Sverige fler valmöjligheter när det gäller hur, var och när de genomför en medicinsk abort.

Många barnmorskor utbildas idag i att utföra ultraljud i samband med aborter. Rutinen är att ultraljud utförs men det är inte självklart att det framöver kommer utföras på rutin. Dock ska alltid möjligheten finnas för den abortsökande som önskar. Svenska

Barnmorskeförbundet menar att det överlag är helt väsentligt att en lag öppnar för olika vägar och behandlingsmetoder även i framtiden. Det bör finnas utrymme för att modernisera och utveckla olika sätt att erbjuda en individualiserad abortvård utifrån behov, geografiska utmaningar, kompetens hos läkare och barnmorskor, tillgång till telemedicin och framför allt; den abortsökandes önskemål.

Som utredningen föreslår bör Socialstyrelsen och Läkemedelsverket utreda vidare om barnmorskans möjlighet att få rätt att förordna läkemedel som används vid abort. Redan idag är det barnmorskan som ger saklig information, preventivmedelsrådgivning samt följer upp vid behov efter abort. Om man utökar barnmorskans förordningsrätt vid aborter skulle det ge ökade möjligheter att starta upp aborter enligt tidigare beskrivning om barnmorskeledda mottagningar och barnmorskemottagningar. Det skulle också bättre spegla den abortvård som redan bedrivs av till största delen barnmorskor. Med dagens digitala möjligheter tillämpas redan att läkaren kan vara tillgänglig utan att vara fysiskt närvarande. Det innebär en positiv konsekvens då de istället kan arbeta med arbetsuppgifter som särskilt kräver deras kompetens.

Svenska Barnmorskeförbundet vill särskilt lyfta att det finns många väl beforskade och evidensbaserade möjligheter till utveckling i framtiden om lagen är skriven på ett sätt som fungerar för förändringar. Det är också ett exempel på hur god och nära vård kan implementeras.

Under nedanstående punkter ges kompletterande kommentarer

6.1.2

Svenska Barnmorskeförbundet avstår att kommentera språkbruket i remissen då barnmorskor inom förbundet inte är överens.

6.2

"9 § första stycket abortlagen ändras på så sätt att den som utan vara hälso- och sjukvårdspersonal utför aborter på annan, döms för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år."

Svenska Barnmorskeförbundet undrar vad innebär det för personer som självinducerar utan att blanda in vården t. ex beställer abortpiller online?

6.3

"Fokus i en sådan översyn bör vara rättssäkerhet för den abortsökande, rådets sammansättning och förbättrad insyn i rådets ärenden. Översynen bör även innehålla en analys av om abort-ärenden ska kunna överklagas till domstol."

Rättsliga Rådet (RR) är en otidsenlig grupp som sätts samman av olika kompetenser samt en företrädare för allmänheten. Att ha en företrädare för allmänheten med, dvs, en politiker, kan vara ett sätt att skapa transparens men det ökar risken för att det bedrivs politik utifrån partiets åsikter om abort eller personens åsikter. Rösträtten för den personen måste ifrågasättas och vi förordar att den helt tas bort.

Det finns olika åsikter om Rättsliga Rådet och det är tydligt att det behövs en utredning om huruvida det ska finnas kvar, för vems nytta? Det kan också ifrågasättas vilka som ska bedöma en kvinnas behov av abort efter v. 18+0. Svenska Barnmorskeförbundet menar att det framför allt bör vara den abortsökande, med stöd av professionerna, som ska fatta beslutet fram till och med v. 21+6.

Flera frågeställningar som är angelägna. Vilka konsekvenser har RR på den gravidas psykiska och fysiska hälsa och vad innebär det för logistik och merkostnader för den gravida och för vården? Varför har vi satt vecka 18+0 som en slags skiljelinje för när en person har autonomi vs. ingen autonomi?

Slutligen är det en helt oacceptabel situation att Rättsliga rådets hantering och process kring aborter är bristfälligt dokumenterad vilket leder till negativa effekter för de abortsökande som får avslag.

8.4

Vi anser att det ska finnas krav på abortkliniker att de också erbjuder insättning av spiral eller p-stav i samband med aborten eller annat preventivmedel. Ibland kan abortsökande välja att få preventivmedlet insatt på en barnmorskemottagning som ligger närmare bostaden, men det ska vara upp till den abortsökande. Möjligheten ska alltid finnas att få hjälp med preventivmedel på abortkliniker, inte enbart rådgivning. Här bör också läggas till att man ska kunna erbjuda kuratorsstöd.

”Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram vägledning till vårdgivare om vad ett informationsmaterial till den som överväger en abort kan innehålla.”

Socialstyrelsen bör först inhämta information från abortkliniker om vilken typ av information som lämnas ut idag. Det pågår ett ständigt arbete med att förbättra och förtydliga olika informationsmaterial och det finns mycket kunskap hos barnmorskor som jobbar med abortvård. Informationsmaterialet ska vara begripligt för alla.

9.0

”Vi bedömer dock att det finns ett antal försvårande omständigheter vilket medför att det fortsatt finns betänkligheter med att förskriva läkemedel för abort. Vi bedömer därför att förskrivning bör ske restriktivt och att läkemedel för abort även fortsättningsvis som regel bör delas ut på en vårdinrättning.”

Det sker ständigt förändringar och abortvården utvecklas snabbt men lagtexten kommer finnas kvar länge. Det finns risker när skrivningar som den ovan inkluderas. Om några år kan det finnas möjligheter som inte finns nu, som exempel att skriva ut läkemedel för abort och att skicka via post eller skriva ut till apotek. Det finns många praktiska hinder i nuläget men i lagstiftningen bör det finnas utrymme för framtida förändringar som vi tidigare beskrivit. I andra länder har det varit möjligt.

Vi menar att det inte bör stå i lagen att "förskrivning ska ske restriktivt" eller att "läkemedel för abort som regel bör delas ut på en vårdinrättning". Förskrivning och hur vi levererar abortvården (inklusive läkemedel) ska ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

9.2.2

"Våra förslag innebär alltså att det blir möjligt att inta båda läkemedlen i hemmet men att vi gör bedömningen att aborten som regel bör föregås av någon form av fysiskt besök på vårdinrättning, där läkemedlen delas ut och den abortsökande kan få relevant information om hur de ska användas."

Det finns redan evidens för att telemedicin är säkert och effektivt och att acceptansen är hög och därför finns ingen grund till att skriva att "...aborten som regel bör föregås av någon form av fysiskt besök". Det kan vara förståeligt att en önskan finns för att pröva hur telemedicin modeller passar den svenska kontexten men det betyder inte att evidensläget är så osäkert att det måste skrivas in i lagtexten; att aborter som regel bör föregås av någon form av fysiskt besök. Möjlighet till fysiska besök ska finnas kvar men möjlighet till abort utan regelmässiga fysiska besök bör också finnas. Språket som man lagt till här en motsättning till vad man sägs vilja uppnå med lagtexten dvs en modernisering av abortlagen.

"Vi bedömer att, trots att vi inte ser skäl att rent juridiskt förbjuda förskrivning av läkemedel som används för abort, så bör förskrivning ske restriktivt. Detta beror på att det finns ett antal försvårande omständigheter som kvarstår och att vi inte ser att det i dag är möjligt att komma med förslag som helt hanterar riskerna med förskrivning av läkemedel för abort. Det är därför viktigt med ett flexibelt regelverk som möjliggör förskrivning av läkemedel som används vid abort om förutsättningarna förändras."

Det är svårt att följa utredningens resonemang här. Å ena sidan ett flexibelt regelverk men samtidigt att förskrivning ska ske restriktivt. Förskrivning ska ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet är vår åsikt. Förpackningsstorlekar, missbruk, miljöpåverkan och kostnad för läkemedel osv. är naturligtvis goda skäl som anförs men det är praktiska hinder som borde kunna lösas framöver. Däremot behövs en utredning om vilket stöd och vilka resurser som behövs om det kommer till att apotekspersonal ska lämna ut läkemedel. Där saknas vana att möta abortsökande. Abortvården i Sverige är väl sammanhållen i team med barnmorskor, läkare och även sjuksköterskor i vissa lägen. Det ger en förståelse och ansvar för att den abortsökande bemöts med respekt och kunskap av vården.

9.2.3

"Att som regel förskriva läkemedel för abort skulle bidra till färre fysiska besök vilket är kopplat till ett antal risker som listas här och i avsnitt 9.3."

Återigen är det svårt att förstå fokus på risker utan att nämna potentiella fördelar. Fysiska besök fyller absolut en viktig funktion men det betyder inte att det ska krävas av alla. Även fördelar bör lyftas fram om fysiska besök uteblir/inte sker automatiskt.

9.3 samt 9.3.1 och 9.3.2

”När bestämmelsen om att en abort ska utföras på sjukvårdsinrättning tas bort, så innebär det en öppning för att aborter kan handläggas via telemedicin. När vi skriver om telemedicin inom ramen för abortvården i det här avsnittet så avser vi en abortprocess där det inte sker något fysiskt besök på vårdinrättning.”

Här ska det läggas till ”,,så avser vi en abortprocess där det inte sker något **rutinmässigt** fysiskt besök på vårdinrättning”.

Begreppet telemedicin kan innebära många olika modeller. Här är tolkningen av telemedicin en modell utan fysiska besök men för den så kallade ”no-test” telemedicin-modeller så sker fysiska besök vid behov och ej rutinmässigt. Telemedicin innebär inte per automatik att ingen får ett fysiskt besök. Detta är en missuppfattning.

”Enligt WHO är ultraljudsundersökning inför abort inte nödvändigt ur ett kliniskt perspektiv.”

WHO säger inte att ultraljud inte är kliniskt nödvändigt. De säger att ultraljud inte ska vara ett krav inför en abort och rekommenderar att ultraljud används selektivt (alltså vid behov) och inte på rutin.

Här ska det läggas till ”Enligt WHO är **rutinmässigt** ultraljudsundersökning inför abort inte nödvändigt ur ett kliniskt perspektiv.”

”De avsatta medel till regionerna som utredningen föreslår skulle kunna användas till utveckling och utvärdering av modeller för telemedicin och vilka komponenter som bör ingå för en patientsäker abortvård. Det innebär en fortsatt kliniskt nära forskning på området som kan följas och systematiskt utvärderas.”

Svenska Barnmorskeförbundet föreslår att en del av avsatta forskningsmedel ska kunna gå till riktade utlysningar via Forte eller Vetenskapsrådet. Det finns redan pågående forskning i Sverige kring abortvård och det förefaller lämpligt att stödja en fortsättning för de forskargrupper som redan nu drar nya slutsatser och dessutom har relationer globalt och med WHO.

”I de studier som gjorts hittills har telemedicin vid abort endast använts tidigt i graviditeten. Gränsen har gått runt graviditetsvecka 7 + 0 dagar.”

Svenska Barnmorskeförbundet menar i samråd med gruppen som granskat remissen att det inte stämmer. En nyligen accepterad Cochrane review som studerar abort via telemedicin (fysiska besök ej rutinmässiga) jämfört med standard abortvård (fysiska besök rutinmässiga) som kommer publiceras inom kort visar att av 22 inkluderade studier är det enbart 1 studie som inkluderar deltagare upp till 7 veckor medan resterande inkluderar studiedeltagare >7 veckor. De flesta studier inkluderar studiedeltagare upp till 9 veckor medan några få inkluderar upp till vecka 10, 11 och 12 veckor. I denna Cochrane review inkluderades enbart randomiserade studier och observationsstudier med en relevant kontrollgrupp. Det finns dock många publicerade observations-studier utan en kontrollgrupp som inkluderar studiedeltagare >7 veckor. Svenska Barnmorskeförbundet föreslår att utredningen lämpligen beskriver att mer data snart kommer publiceras och ändrar i texten gällande ovan.

Ref. Cleeve A, Lavelanet A, Gemzell-Danielsson K, Endler M. The use of telemedicine services for medical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD013764. Accepterades Mars 2025.

”En mer flexibel lagstiftning i krig och fredstida krissituationer

En lagstiftning som öppnar för aborter via telemedicin underlättar också aborter under krig och fredstida krissituationer.”

Svenska Barnmorskeförbundet samtycker till resonemanget och vill betona vikten av planering för SRHR inom vården även i kris, beredskap och krig. Om det saknas en plan för abortvården kan det innebära stora konsekvenser för den enskilda. Vi menar att det, precis som utredningen påtalar samt MSB, kan vara till stor nytta att redan ha vana vid och en organisation för telemedicin.

12.1.1

”Vi bedömer att förskrivning fortsättningsvis bör ske restriktivt då det exempelvis i dag inte är möjligt att förskriva rätt förpacknings-storlek (= rätt antal tabletter) av läkemedlen.

Vi bedömer dock att det finns vissa risker med att läkemedlen förskrivs på recept och det är viktigt att hälso- och sjukvården är medvetna om riskerna och att förskrivning sker restriktivt.”

Här återkommer skrivningar om att förhålla sig restriktivt, att förskrivning bör ske restriktivt. Vad får det för konsekvenser för en framtida och hållbar lagstiftning. I nuläget finns inte möjlighet att förskriva ett ”abortpaket” med läkemedel enbart för en abort men det kan förändras och genomföras i närtid eller i framtiden. Den nya abortlagen kommer behöva fungera långsiktigt.

10.2

”Utreda om ett pilotprojekt vore en lämplig metod för att bidra med kunskapsunderlag till uppdraget.”

Vad händer om man kommer fram till att ett pilotprojekt inte är lämpligt? Stängs dörren då helt för all framtid? En av frågeställningarna som föreslås gällande pilotprojekt är vilka läkemedel som ska ingå, om smärtlindring och off-label-preparat ska ingå. Det innebär ingen utökad självständighet för barnmorskor om inte alla läkemedel som aborten kräver kan förskrivas av barnmorska.

11.1 Förslaget är mycket positivt.

11.2

”Förslag: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska ges i uppdrag att följa de förändringar av abortlagstiftningen som vi före-slår ska införas utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv med sär-skilt fokus på abortsökandes upplevelser av aborter som görs i hemmet.”

Det finns redan studier på patientperspektivet från många olika kontexter, när Mifepreston och Misoprostol tas hemma. Forskningen visar att det är ett säkert och uppskattat alternativ. Det finns även många studier som visar att abortsökande är nöjda med att få information och instruktioner via telemedicin (inklusive den tidigare nämnda, snart publicerade, Cochrane review). Om vi inför nya vårdmodeller i Sverige så ska dessa självklart utvärderas men det kan även ske genom forskning och genom det planerade

kvalitetsregistret. Medel kan utgå genom riktade utlysningar via t. ex Forte eller VR för utveckling av abortvården.

A handwritten signature in black ink, reading "Eva Nordlund". The signature is fluid and cursive, with the first name "Eva" and last name "Nordlund" clearly distinguishable.

Eva Nordlund, ordförande Svenska Barnmorskeförbundet tillsammans med sakkunniga barnmorskor