

Remissyttrande

Datum 2025-06-03

Diarienummer RS 2025-01289

Socialdepartementet

Ert diarienummer S2025/00219

En förändrad abortlag (SOU 2025:10)

Västra Götalandsregionen (VGR) instämmer med utredningens förslag och bedömningar som helhet, men problematiserar och lyfter fram olika perspektiv kring förslagets olika delar. Utöver detta lämnar VGR ett antal övriga synpunkter på utredningen, gällande översyn av Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor, samt om särskilt riskutsatta och prioriterade målgrupper.

Rätt till att abort tydliggörs i lagen

Utredningen skriver att ”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.”

VGR instämmer med betänkandet att rätten till abort tydliggörs i lagtexten är bra och viktigt då det lägger fokus på att aborträtten är en grundläggande del av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och en prioriterad verksamhet inom hälso- och sjukvård. Det är avgörande att den gravida har en ovillkorlig rätt till abort fram till vecka 18+0 dagar och att vården inte har möjlighet att neka en abort inom denna tidsram. Mot bakgrund av att aborträtten föreslås bli grundlagsskyddad, anser VGR att det är särskilt viktigt att lagtexten är tydlig med både tidsram och skyndsamhet. Att hälso- och sjukvårdens ansvar för att tillhandahålla aborter skyndsamt skrivs in i lagtexten är också bra och kanske den

viktigaste förändringen för att säkerställa en god tillgänglighet, året runt och under alla yttre omständigheter. Inom abortvård är tidsaspekten avgörande för att personen som kan bli gravid i praktiken ska kunna utöva sin rätt att bestämma över sin kropp och planera sitt liv inklusive sitt barnafödande. Tidsaspekten har också betydelse för att verksamheterna ska kunna erbjuda en abortvård som är så säker och komplikationsfri som möjligt. Att möjligheten att neka abort tas bort är också bra då det i modern abortvård inte längre är medicinskt relevant.

VGR anser dock att det bör framgå i lagen vad som gäller när beslut om abort är taget före graviditetsvecka 18+0 men aborten, av patientsäkerhetsskäl, inte kan genomföras förrän efter 18+0. Det kan till exempel uppstå en sådan situation när en abortsökande har en allvarlig blödningsrubbning eller en ovanlig blodgrupp och rätt blod behöver inväntas för att en eventuell blodtransfusion ska vara möjlig. Det kan också uppstå i en situation där det råder brist på läkemedel eller blod.

VGR ställer sig också bakom förslaget att tydliggöra i lagen att det inte ska vara möjligt för enskild anställd att vägra utföra abort på avsedd mottagning.

VGR ställer sig bakom analysen kring att förslaget från SOU 2024:68 Mottagandelagen – En ny lag för ordnat asylmottagande och effektivt återvändande, kan begränsa rätten till abort för papperslösa (och andra svenska medborgare i Riket) så att det blir oförenligt med aborträtten enligt nuvarande abortlag. VGR bedömer, likt utredningen, att förslaget i nämnda SOU är oförenligt med att abort omfattas av vård som inte kan anstå. Begränsningar genom lag i fråga om rätten att avbryta en graviditet för utländska medborgare går emot flera internationella konventioner om att abort är en grundläggande del av rätten till hälsa och reproduktiv autonomi. WHO och andra globala organ betonar att det är en vårdinsats som inte kan anstå, eftersom förseningar kan ha allvarliga medicinska och psykologiska konsekvenser. Begränsningar av abort kan i vissa fall ses som brott mot mänskliga rättigheter, enligt FN:s kommittéer och Europadomstolen. Traditionellt har Sverige även tagit en tydlig ledande

internationell roll i att stärka rätten till abort, jämlikhet och genusbaserat våld inom ramen för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Nedan följer några exempel på internationella konventioner som Sverige sedan länge ställt sig bakom och som bland annat fastställer att abort är vård som inte kan anstå.

- FN:s Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW), har uttalat att begränsningar av abort kan utgöra en kränkning av kvinnors rättigheter, särskilt rätten till hälsa och autonomi.
- FN:s Kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR). Har betonat att tillgång till säker abort är en del av rätten till hälsa (artikel 12 i konventionen).
- FN:s kommitté för mänskliga rättigheter (ICCPR). Har slagit fast att förbud mot abort i vissa fall kan utgöra grym, omänsklig eller förnedrande behandling, särskilt när det gäller våldtäkt, incest eller hälsorisker för den gravida personen.
- WHO (Världshälsoorganisationen) WHO klassificerar abort som en grundläggande hälso- och sjukvårdstjänst och förordar att abortvård bör vara tillgänglig, Abortion care guideline (2022). WHO påpekar att abort är en tidskänslig vårdåtgärd, vilket innebär att onödiga fördröjningar kan leda till allvarliga hälsorisker.
- FN:s Agenda 2030 och SRHR-mål, inom ramen för hållbar utveckling (SDG 3 – God hälsa och välbefinnande) erkänns sexuell och reproduktiv hälsa som en grundläggande del av mänskliga rättigheter, vilket inkluderar säker abortvård.
- Europadomstolen för mänskliga rättigheter (ECHR), har i flera domar slagit fast att begränsningar av abort kan kränka kvinnors rättigheter enligt Europakonventionen om de leder till otillbörligt lidande eller nekad vård.

Eftersom abort ingår i vård som inte kan anstå, omfattas asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd (så kallade tillståndslösa) av rätten, enligt lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt

asylsökande med flera, samt enligt lag (2013: 407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar.

Hemaborter som en självklar del av vården

Utredningen skriver att ”Möjlighet att genomföra hela den medicinska aborten utanför en vårdinrättning, vilket kräver tydlig information och säker uppföljning.”

VGR håller med utredningen om att möjligheten att ge även mifepriston utanför en vårdinrättning är en viktig förändring som ökar möjligheten att erbjuda alla abortsökande god och jämlik vård. VGR bedömer att vinsterna är stora med en mer tillgänglig abortvård och att de föreslagna förändringarna ligger i linje med hälso- och sjukvårdens övriga omställning till nära vård. Men för att långsiktigt skydda aborträtten är det viktigt att den ökade tillgängligheten sker med bibehållen hög kvalitet och patientsäkerhet, samt personcentrerat med respekt för den gravida personens förutsättningar. Förordnande av läkemedel i samband med abort bör därför endast ske mycket restriktivt via förskrivning på recept och även fortsättningsvis som regel delas ut vid fysiskt besök på en vårdinrättning.

VGR vill också understryka att tydlig information och säker uppföljning i samband med hemaborter med fördel kan förstärkas genom att lyfta betydelsen av personcentrering och patientmedverkan i regionala och lokala rutiner och arbetssätt.

VGR vill uppmärksamma 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. Färre fysiska besök kan också innebära färre möjligheter att diskutera preventivmedel för att undvika fler oönskade graviditeter, samt 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 uppmärksammas och hanteras. Uppföljning efter genomförd abort kan däremot med fördel ske genom graviditetstest i hemmet.

Lika viktigt som att kunna erbjuda att hela den medicinska aborten genomförs utanför en vårdinrättning är det också att kunna erbjuda att hela den medicinska aborten genomförs inom en vårdinrättning, när den abortsökande så behöver eller önskar, utan att tillgängligheten påverkas. Detta bör beaktas i utformningen av förordning, föreskrifter och uppföljning. I utredningen beskrivs risken att de föreslagna förändringarna riskerar att leda till att regionerna ser ett tillfälle att spara vårdplatser och resurser (s. 213). Utredningen påtalar därför vikten av att regionerna säkerställer att det finns platser på vårdinrättningar. Utredningen föreslår också att Inspektionen för vård- och omsorg tillsammans med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att följa ändringarna i abortlagstiftningen ur ett patientperspektiv. VGR anser att det skulle vara positivt att tillgången till platser på vårdinrättningar följs upp nationellt inom ramen för det föreslagna uppdraget.

Stärkt roll för barnmorskor

Utredningen skriver att ”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.”

VGR instämmer med utredningen att utvecklingen av medicinsk abort och utbildning i ultraljud för barnmorskor har möjliggjort en annan rollfördelning i abortvården, men vill uppmärksamma att beskrivningen av läkarens roll i dagens abortvård och hur tillgänglighet och kontinuitet påverkas av förekomsten av barnmorskeledd abortvård inte är helt komplett. Det är viktigt att det i abortförordningen regleras så att alla verksamheter som tillhandahåller aborter ska ha tillgång till läkare i den utsträckning som behövs i verksamheten, så som utredningen skriver (s. 137).

Grundlig utredning är avgörande för att ta väl informerade och avvägda beslut, och VGR ställer sig därför bakom utredningens förslag att regeringen ska uppdra åt Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att utreda

juridiska och andra förutsättningar för barnmorskor att få förordna läkemedel som används vid abort. Men VGR vill samtidigt uppmärksamma att barnmorskeledd abortvård inom en enhet med lika hög kvalitet och säkerhet samt tillgänglighet och kontinuitet är beroende av den enskilda verksamhetens förutsättningar, vilket ligger inom verksamhetschefens ansvar att avgöra. Läkarens roll i dagens abortvård är inte endast att ”göra bedömningar vid medicinskt komplicerade fall eller i akuta situationer” (s. 183). Läkaren är också den som utformar, tillsammans med barnmorskor och andra berörda yrkeskategorier, de lokala rutiner och riktlinjer som ligger till grund för abortvården och de (generella) ordinationer som möjliggör att de läkemedel som används delas ut av barnmorskor eller sjuksköterskor. Det är också läkaren som gör den medicinska bedömningen i utredningar av avvikelser inom abortvården, och som gör second opinion på fynd i ultraljudsundersökning utförd av barnmorska. För att säkerställa en god och patientsäker abortvård och en hög tillgänglighet för alla abortsökande krävs därför en fullgod tillgänglighet till läkare inom abortvården.

VGR vill också uppmärksamma att för en god vård vid abort krävs tillgång till fullgod smärtlindring med narkotiska preparat, opioider. Dessa behöver finnas med bland de läkemedel som förordnas, och att utöka gruppen som kan förskriva/förordna beroendeframkallande läkemedel kan vara direkt olämpligt. Samma sak gäller misoprostol som sedan flera år tillbaka förskrivs off-label, vilket ställer extra höga krav på förskrivarens kompetens. Eftersom det framgår med tydlighet i utredningen att läkare skall vara knuten till all abortvård, är det logiskt att läkaren skall stå som förskrivare och ordinera de läkemedel som ingår i abortvård. Enligt utredningen har Socialstyrelsen redan konstaterat ”att ordinationer enligt generella direktiv ger verksamhetschefer på abortmottagningar möjlighet att ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter” (s. 196). Om det generella direktivet är utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter är det inte något problem att läkemedlet ordinerar av läkare och delas ut av barnmorska eller

sjuksköterska i fråga om patientsäkerhet, kontinuitet eller ansvarsutkrävande.

Utredningen föreslår att 5 § första stycket ska utgå ur lagen. I 5 § första stycket anges att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Som en följd av detta föreslår utredningen att 9 § första stycket ändras på så sätt att det blir olagligt för annan än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra abort. VGR håller med utredningen om att det är viktigt med ett förtydligande av att det är inom ramen för hälso- och sjukvårdens verksamheter som abortvård erbjuds (s. 109), men anser att det också krävs ett förtydligande gällande kunskap och kompetens kopplat till legitimation för yrket inom abortvård. Aborter föreslås i utredningen kunna erbjudas av ”hälso- och sjukvårdspersonal” så som definierat i Patientsäkerhetslagen (2010:659) 1 kap 4 § (s. 106-107). Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är det flera olika yrkesgrupper som ingår i begreppet ”hälso- och sjukvårdspersonal”, vilket per definition inte reglerar abortvården till någon legitimerad yrkesgrupp, kunskap eller kompetens. Förutom personer med legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, inkluderas i Patientsäkerhetslagen (2010:659) även personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare, apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar, personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande. 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.

Ökade möjligheter till telemedicin och digital vård

Utredningen skriver att ”Det kommer vara möjligt med digitala lösningar för konsultation, uppföljning och stödsamtal, vilket ökar tillgängligheten i hela landet.”

VGR instämmer med att digitala lösningar och verktyg behöver utvecklas vidare för att öka tillgängligheten och underlätta/förbättra delar av uppföljningen.

Konsultation, uppföljning och stödsamtal via digitala lösningar är bra, men VGR vill särskilt lyfta att det är viktigt att det samtidigt säkerställs alternativ för de personer som av olika anledningar inte använder digitala verktyg. Det kan exempelvis vara utifrån en persons funktionsnedsättning eller hälsolitteracitet. Det är därför viktigt att de digitala lösningarna inte ersätter de fysiska mötena mellan patienter och vårdgivare, utan kompletterar dem. En övergång till en abortprocess utan något fysiskt besök, och därmed ingen datering med ultraljud eller möjlighet till fysiska samtal och stöd, behöver därför studeras i en svensk kontext.

Arbetsätt baserade på enbart digitala lösningar är inte heller förenligt med att de läkemedel som används vid abort bör förskrivas restriktivt och som regel även fortsatt delas ut på vårdinrättningen. VGR vill också uppmärksamma att telemedicin och digital vård kan minska användningen av långtidsverkande preventivmetoder som kräver fysisk vårdkontakt och som minskar risken för upprepade aborter. VGR ser därför behov av att regionerna utvecklar metoder för att säkerställa patientsäkerheten, särskilt vid hemaborter där den abortsökande inte haft fysisk kontakt med vården samt i samband med hälsoinformation gällande exempelvis råd om preventivmedel.

Modernisering av abortlagen

Utredningen skriver att ”En språklig och juridisk uppdatering som tydliggör individens rättigheter och vårdens skyldigheter.”

VGR ser positivt på att lagen har ett modernare och mer inkluderande språk. Ett inkluderande språk tillgängliggör rätten och skyddet till alla som kan bli och är gravida, oavsett kön. Språket är begripligt, följer samhällsutvecklingen och är mer korrekt i sin utformning än hur abortlagen tidigare varit utformad. Omställningen mot att utgå från patientens perspektiv och behov i stället för vårdgivarens genomsyrar också texten. 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 personer, oberoende av pronomen, könsidentitet eller könsuttryck, och som kan ha juridiskt kön man, kan bli gravida och behöver därför ha möjligheten att få göra abort.

VGR ställer sig bakom utredningens förslag att det i lagtexten då kan uttryckas att "den som är gravid" (s. 15) har rätt att göra abort. Detta då rätten till abort ska gälla alla människor som är gravida, oavsett könstillhörighet. Men VGR vill samtidigt uppmärksamma att, för att stödja ett personcentrerat, relationellt förhållningssätt i hälso- och sjukvård, kan lagtexten på ett tydligare sätt uttrycka att det handlar om människor och personer (inte individer), och att det då handlar om "En språklig och juridisk uppdatering som tydliggör *personens* rättigheter och vårdens skyldigheter" (s. 14). En formulering som till exempel "personen som är gravid" kan i linje med ett sådant förhållningssätt vara ett uttryck som är mindre objektifierande än "den som är gravid". På så sätt kan utgångspunkten att människan är en självständig person med egna känslor, tankar och rättigheter stärkas även i lagtextens formuleringar.

Vid behov kan en förklarande text beskriva och förklara vad som menas med de inkluderande begreppen. Där kan också ett resonemang kring jämställdhet och synliggörandet av majoritetsgruppen kvinnor ingå.

VGR ser det också som positivt att det i lagstiftningen formuleras att rättigheten är kopplad till personen som är gravid, i stället för utföraren, vilket är helt i linje med personcentrerat arbetssätt. Att använda begreppet "göra" omfattar både de moment som den abortsökande gör själv och

hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder (s. 243), vilket stödjer personens/patientens medverkan i egenvård, vård och behandling.

Övriga synpunkter

VGR ser inte några risker att utredningens föreslagna förändringar skulle vara till men för minderåriga.

VGR instämmer även i utredningens bedömning att det finns behov av en översyn av Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet). En sådan utredning bör se över möjligheten att överklaga beslut och få en motivering till beslut, samt att allmänföreträdare har rösträtt i rådet. I översynen bör även ingå en bedömning av på vilken grund någon annan än den gravida personen kan avgöra om ”synnerliga skäl” föreligger. Då resultatet av översynen kan påverka hur § 3 i abortlagen bör formuleras borde denna översyn utföras före beslut om abortlagen.

VGR ser gärna att utredningen för ny abortlag kompletteras med en bredare risk- och konsekvensanalys för de målgrupper som är särskilt riskutsatta och prioriterade (utifrån den nationella SRHR-strategin och SRHR-handlingsplanen). Detta för att stötta regionerna (skyldighetsbärarna) i arbetet att tillgängliggöra lagen för alla (jämlik vård) och synliggöra de särskilt riskutsatta gruppernas förutsättningar. Ett exempel är att regionerna ser över möjligheter till ekonomiskt stöd, exempelvis genom subventionerade läkemedel och reseersättning för de som har långt till vården eller på annat sätt är socioekonomiskt utsatta.

Slutligen vill VGR lyfta att det i förslagen till ny lagtext finns en risk att det för läsaren inte blir lika tydligt vad skillnaden är mellan abort och avbrytande av graviditet, jämfört med ursprunglig lagtext. I ursprunglig lagtext refereras det i § 2 till 6 §, där avbrytande av graviditet förklaras. För att den nya lagtexten ska vara så tydlig som möjligt för läsaren, oavsett förkunskaper, skulle definitionerna av abort respektive avbrytande av graviditet kunna tydliggöras tidigt i lagtexten.

VGR har uppmärksammat ett par korrigeringar som behöver göras i dokumentet:

- Begreppet ”dagen efter-piller” är förlegat och bör bytas ut till ”akut p-piller” som idag ska användas (s. 128).
- ”Högsensitivt graviditetstest” stämmer inte, det skickas med ett lågsensitivt graviditetstest (s. 142).

Regionstyrelsen

Västra Götalandsregionen

Helén Eliasson

Regionstyrelsens ordförande

Ann-Charlotte Järnström

Tf. regiondirektör