



Økonomiske konsekvenser av tiltak foreslått av Abortutvalget

Notat utarbeidet på oppdrag fra Abortutvalget

Innhold

Sammendrag	3
1. Tiltak – lovregulering	5
1.1 Utvidet grense for selvbestemmelse til utgangen av 18. svangerskapsuke	5
1.2 Endret sammensetning av primærnemnd	8
1.3 Endret antall primærnemnder	10
1.4 Implementeringskostnader	11
1.5 Anslag på kostnadene ved dagens nemndsystem	12
1.6 Anslag på kostnadene ved endret organisering, men uendret grense for selvbestemmelse	12
2. Øvrige tiltak	13
2.1 Informasjon, råd og veiledning	13
2.2 Enklere abortforløp	15
2.3 Utrede abort før uke 10 utenfor sykehus	16
2.4 Mer kunnskap om abort	16
3. Referanser	18
Vedlegg A Forutsetninger for anslag	20

Sammendrag

Abortutvalget har sett på abortlovens bestemmelser og oppfølgingen av kvinner som tar abort, samt vurdert alternativer til dagens abortnemnder. Utvalgets flertall foreslår at grensen for selvbestemt abort flyttes fra uke 12 til uke 18, samt at primærnemndene skal være tverrfaglig sammensatt og at antallet nemnder reduseres. Videre foreslår utvalget en rekke ulike tiltak som skal bidra til et enklere og bedre abortforløp, likebehandling og økt kunnskap om abort i Norge.

På oppdrag fra abortutvalget har Oslo Economics vurdert de økonomiske konsekvensene av utvalgets forslag til endringer i abortloven, samt øvrige tiltak knyttet til bedre informasjon, økt kompetanse i helsetjenesten og mer kunnskap om abort i Norge.

Utvalgets forslag ventes ikke å påvirke antallet aborter

Basert på erfaringer fra andre land, og at det allerede gjennomføres omfattende undersøkelser tidlig i svangerskapene, er det ikke ventet at den foreslåtte utvidelsen av grensen for selvbestemmelse vil påvirke antall aborter.

Tverrfaglig og utvidet primærnemnd gir økt kostnad per nemndsmøte

Utvalget foreslår at primærnemndene samles til sykehusene med fostermedisinske sentre og at nemnda settes sammen av tre medlemmer: en jurist, en lege og et medlem medlemmer med medisinsk eller helsefaglig kompetanse. Dette vil kunne bidra til styrket tverrfaglig kompetanse og mer enhetlig praksis.

Sammenlignet med dagens ordning innebærer forslaget at antallet medlemmer i hver nemnd øker fra to til tre. Isolert sett fører tiltaket til en økt kostnad per nemndsmøte. Sett i sammenheng med forslaget om utvidet grense for selvbestemmelse vil imidlertid besparelsene ved redusert antall nemndsbehandlede abortbegjæringer være større enn kostnaden ved å øke antallet nemndsmedlemmer.

Utvidet grense for selvbestemmelse gi økt grad av reproduktive frihet

Abortutvalgets flertall foreslår å flytte grensen for selvbestemt abort fra uke 12 til 18. Dette gir anslagsvis en reduksjon på om lag 435 nemndsbehandlede begjæringer om abort hvert år. I tillegg vil en utvidet grense for selvbestemmelse gi økt grad av reproduktive frihet for kvinner. I kombinasjon med forslaget om å endre sammensetningen av nemndene, anslår vi at utvidet grense for selvbestemmelse vil medføre tidsbesparelser for kvinnen som ønsker abort, pårørende, nemndsmedlemmer, annet helsepersonell på sykehuset og sosionomer tilsvarende en verdi på mellom 2 og 3 millioner kroner. De økonomiske besparelsene er i hovedsak knyttet til redusert tidsbruk for nemndsmedlemmene og kvinnen og eventuelle pårørende som deltar i møtet.

Færre primærnemnder gir økt reisetid, men reduserte kostnader til kompetanseheving

Det er i dag 23 primærnemnder i Norge. Gitt grensen for selvbestemt abort ved uke 12, anslår vi at kostnadene ved dagens nemndsystem er på mellom 6 og 9 millioner kroner årlig. Utvalget foreslår at antallet primærnemnder reduseres til mellom 5 og 10 nemnder. Selv om utvalget foreslår å øke antallet medlemmer per nemnd, innebærer færre nemnder at antall nemndsmedlemmer samlet sett reduseres. Tiltaket vil dermed kunne gi reduserte kostnader til ivaretagelse og utvikling av nemndsmedlemmers kompetanse. For abortsøkende, pårørende og nemndsmedlemmer vil forslaget medføre økt reisetid ved fysiske møter. Samtidig foreslår Abortutvalget å legge til rette for økt mulighet for digital behandling og digitalt oppmøte for kvinnen i nemndsmøtet, og dette kan redusere omfanget av reiser.

Tiltakene vil innebære implementeringskostnader

De foreslåtte tiltakene knyttet til endring i grensen for selvbestemmelse, sammensetning av primærnemndene og antall primærnemnder vil medføre et behov for videre juridisk utredning og høringsrunde blant aktører som berøres av lovendringene. Dette vil anslagsvis ha en kostnad på mellom 20 og 50 millioner kroner. Deler av arbeidet kan trolig løses innenfor rammene av allerede eksisterende organiseringer i den sentrale helseforvaltningen, mens andre deler av arbeidet kan lyses ut og gjennomføres med bruk av eksternt bistand.

Dersom de foreslåtte lovendringene blir vedtatt, vil det være behov for å utarbeide informasjonsmateriell til helse- og omsorgstjenesten, og de ansatte i tjenesten vil måtte bruke tid på å sette seg inn i endringene og hva

det innebærer for dem. Dette har anslagsvis en kostnad på mellom 7 og 17 millioner kroner, men opplæringen kan trolig i stor grad skje som del av ordinær fagutvikling.

Kostnadene ved øvrige tiltak avhenger av omfang og detaljnivå

Abortutvalget foreslår en rekke andre tiltak. For å sikre bedre tilgang på informasjon om abort, foreslår utvalget å bygge ut helsenorge.no med mer informasjon, språk og funksjonaliteter, og å utarbeide standardiserte pasientinformasjonsskriv. Videre foreslår utvalget utredning av et digitalt søknadsskjema for abort, og av abort før uke 10 utenfor sykehus. For å styrke tilbudet om veiledning rundt en abort foreslår utvalget å lovfeste kvinnens rett til tilbud om veiledning og helsetjenestens plikt til å gi veiledning. Samtidig foreslås kurs for helsepersonell om veiledning i forbindelse med abort og fosterdiagnostikk.

For å bidra til et enklere abortforløp foreslår utvalget nasjonale faglige retningslinjer, en fastlegetakst for oppfølgingssamtaler av både spontanaborter og provoserte aborter, kvalitetssikringsprosjekter av organiseringen med hensyn til abort, utprøving av sykepleierstyrt abort-poliklinikk, nasjonale undersøkelser om pasienterfaringer blant kvinner som tar abort, etablering av læringsnettverk og utvikling av e-læringskurs for helsepersonell, og å vurdere oppdatering av de nasjonale kvalitetsindikatorerne på abortområdet. For å øke kunnskapen om abort foreslås bredere forskning på området, utredning av endringer i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister, og en følgeevaluering av tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT.

Tiltakene spenner over et bredt spekter av virkemidler, og kostnadene ved tiltakene vil variere avhengig av omfang og detaljnivå. Før man går videre med tiltakene, bør det gjøres en grundigere vurdering av hvilke økonomiske virkninger de ulike tiltakene vil medføre.

1. Tiltak – lovregulering

I Norge er det lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) som inneholder de viktigste reglene om svangerskapsavbrudd (provosert abort). Loven inneholder bestemmelser om at kvinner har rett til å få utført abort innen visse tidsrammer og på visse vilkår etter tidspunkt for selvbestemmelse. Av loven fremgår det at gravide kvinner selv kan avgjøre om de skal ta abort, så lenge det kan skje før utgangen av tolvte uke i svangerskapet. Mellom 12. og 22. svangerskapsuke er tilgangen til abort begrenset, og søknaden avgjøres av en abortnemnd bestående av to leger.

Abortutvalget foreslår en ny abortlov og har foreslått følgende endring i lovregulering av abort i Norge:

- Utvidet grense for selvbestemmelse til utgangen av 18. svangerskapsuke
- Endret sammensetning av primærnemndene
- Endret antall primærnemnder

I anslagene på økonomiske konsekvenser er det beregnet konsekvenser av forslagene som er foreslått av utvalgets flertall.

1.1 Utvidet grense for selvbestemmelse til utgangen av 18. svangerskapsuke

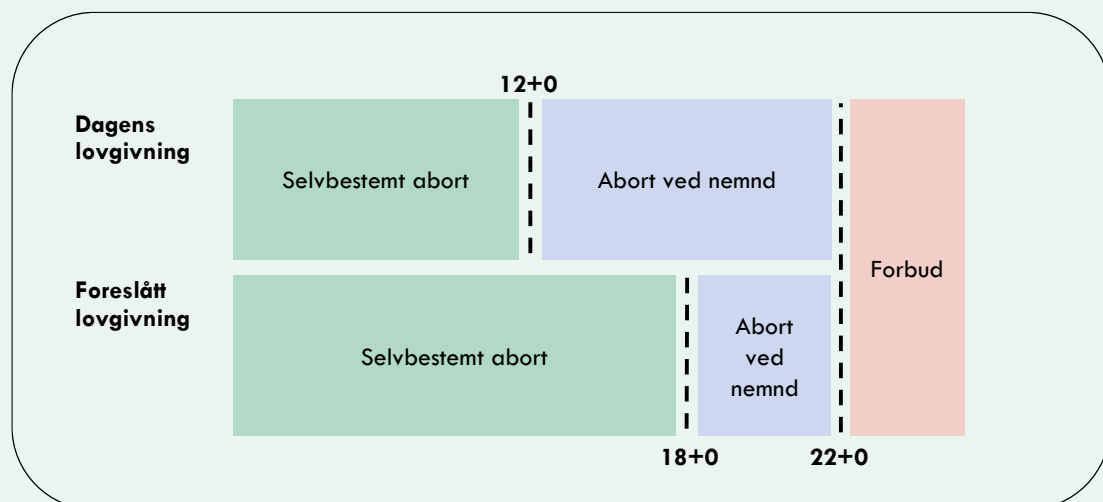
1.1.1 Om tiltaket

Abortutvalgets flertall foreslår i sin utredning at grensen for selvbestemmelse utvides, fra utgangen av svangerskapsuke 12 (11 uker pluss 6 dager) til utgangen av svangerskapsuke 18 (svangerskapsuke 17 pluss 6 dager). Utvalget mener loven kun bør tillate abort på bestemte vilkår fra svangerskapsuke 18 og frem til utgangen av svangerskapsuke 22 (21 uker pluss 6 dager). Utvalget foreslår at en abortnemnd skal beslutte om søknader om abort etter uke 18 skal innvilges eller avslås i henhold til bestemte vilkår i abortloven. I tråd med utvalgets mandat legger utvalget til grunn at dagens forbud mot svangerskapsavbrudd fra utgangen av svangerskapsuke 22 videreføres i ny lov. Det innebærer at det ikke kan innvilges abort etter 22. svangerskapsuke med mindre fosteret ikke anses som levedyktig.

1.1.2 Virkninger av tiltaket

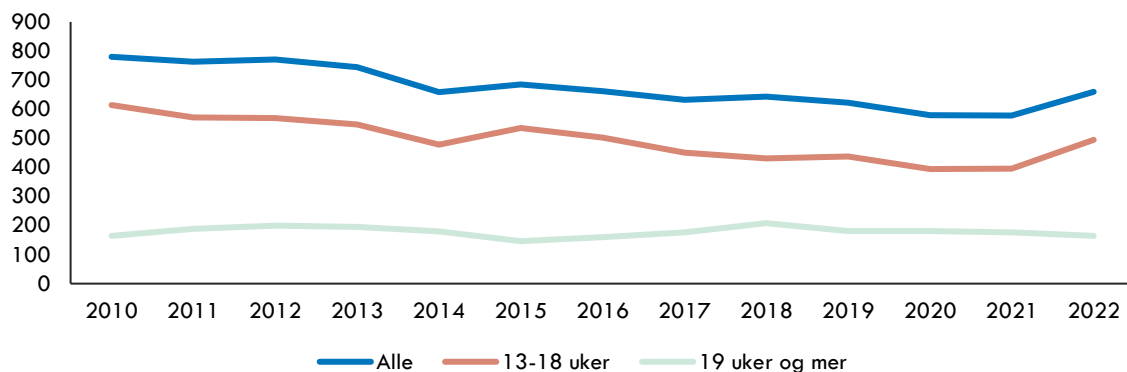
Dersom grensen for selvbestemmelse flyttes fra uke 12 til uke 18, vil færre begjæringer om abort bli behandlet i nemnd. Vi legger til grunn at de foreslåtte endringene i abortloven ikke påvirker antall begjæringer om abort eller tidspunkt for begjæringene, i tråd med erfaringer fra utvidet grense for selvbestemmelse på Island (THL, 2023). Antall begjæringer om abort etter uke 12 har ligget relativt stabilt de siste årene (Figur 2). I 2022 var det totalt 660 begjæringer om abort etter uke 12 og 434 (66 prosent) av disse var før uke 18 (17+6). Basert på tallene for 2022, antar vi at en endring av grensen for selvbestemmelse fra uke 12 til 18 vil føre til at det blir om lag 435 færre nemndbehandlede begjæringer om svangerskapsavbrudd per år. Det vil anslagsvis fortsatt være 225 begjæringer som behandles i nemnd.

Figur 1: Forslag til lovendring



I 2022 ble det innført endringer i tilbudet til gravide, slik at alle får tilbud om tidlig ultralyd (mellom uke 11+0 og 13+6). I tillegg får alle som ved termin er 35 år eller eldre tilbud om NIPT¹. Innføringen av tidlig ultralyd til alle innebærer tidligere undersøkelse av fosteret, og dette kan gjøre det mulig å oppdage tilstander hos fosteret på et tidligere tidspunkt enn før. Samtidig var det mange som tok tidlig ultralyd hos private virksomheter før dette ble del av det offentlige tilbudet, og det er derfor ventet at endringen i liten grad vil gi til tidligere oppdagelse av risiko for alvorlig sykdom. For kvinnene som begjærer abort mellom uke 18 og 22 som følge av tilstander hos fosteret, er dette ofte knyttet til ting som ikke er mulig å oppdage på tidlig ultralyd. Det er derfor liten grunn til å tro at endringene innført i 2022 i betydelig grad vil gjøre at de seneste begjæringene om abort blir forskjøvet til et tidligere tidspunkt.

Figur 2: Antall begjæringer om nemndbehandlet svangerskapsavbrudd fordelt på svangerskapslengde, 2010-2022



Kilde: Abortregisteret, tabell A9

Økt grad av selvbestemmelse

Menneskers autonomi, eller selvbestemmelse, er en helt sentral verdi i vårt samfunn i dag. Frihet og selvbestemmelse er sentrale idealer og verdier med røtter langt tilbake i vår historie.

Verdien av selvbestemt abort handler om kvinners reproduktive frihet, til å bestemme om og når man vil ha barn, og hvor mange barn. Det handler om at kvinner selv skal få ta avgjørelser om sin egen kropp og privatliv og at ikke andre skal beslutte avgjørende spørsmål som gjelder en annen sitt liv og fremtid.

Tidsbruk og tidskostnad for abortsøkende og pårørende

En reduksjon i antall svangerskapsavbrudd som behandles i nemnd vil innebære at tidsbruken knyttet til forberedelse og gjennomføring av møtet med nemnda faller bort for den abortsøkende og eventuelt partner eller annen pårørende som er med i nemndsmøtet. Det er trolig betydelig variasjon i tidsbruk mellom de abortsøkende, og som en forenkling legger vi til grunn at nemndsmøtet innebærer en tidsbruk på 3 timer for hver abortsøkende.

Det mangler systematisk dokumentasjon av hvor stor andel av de abortsøkende som har med en annen person i møtet med nemnda. Basert på samtaler med Abortutvalgets sekretariat, legger vi til grunn at 80 prosent av de abortsøkende har med en person i møtet. Vi antar at denne personens tidsbruk er den samme som den abortsøkende.

Gitt anslaget på 435 færre nemndsbehandlede begjæringer om svangerskapsavbrudd hvert år tilsvarer dette 2 350 timer per år.

Anslaget på endringer i tidsbruk for den abortsøkende og personen som er med i møtet inkluderer ikke endringer i reisetid eller reisekostnad. Begjæringene om abort som vil falle bort som følge av utvidet grense for selvbestemmelse, vil føre til at noen kvinner som i dag må reise til møte med nemnda, slipper å ta denne reisen. Samtidig er det en del kvinner som deltar på nemndsmøtet i forbindelse med at de er på sykehuset for utredning, og som derfor ikke reiser til sykehuset kun for nemndsmøtet. Dette gjelder i hovedsak kvinner som begjærer abort på grunn av tilstander hos fosteret. For disse kvinnene vil ikke reisetiden til nemndsmøtet falle bort, fordi de ikke

¹ Non invasiv prenatal test (NIPT) gir informasjon om fosterets egenskaper basert på analyse av en blodprøve fra den gravide. Det blir testet for tre trisomier: Trisomi 13,18 og 21.

reiser til sykehuset kun for nemndsmøtet. Basert på samtaler med Abortutvalgets sekretariat, anslår vi at 40 prosent av kvinnene som begjærer abort som følge av tilstander hos fosteret gjennomfører en egen reise for å møte i nemnd. For nemndsmøtene som faller bort som følge utvidet grense for selvbestemmelse og der begjæringen skyldes andre årsaker enn tilstander hos fosteret, vil reisetiden og reisekostnaden til nemndsmøtet falle bort.

Abortutvalget legger i sin utredning opp til økt mulighet for digital behandling og digitalt oppmøte for kvinnen i nemndsmøtet. Dette vil også kunne påvirke kvinnenes og de pårørendes reisetid og reisekostnader, men forslaget er ikke knyttet til utvidet grense for selvbestemmelse. Forslaget innebærer at det er usikkert hvordan antallet som møter i nemnd vil utvikle seg fremover. Ettersom det i nemndsmøtet blir tatt en avgjørelse som er viktig for den det gjelder, er det mange som ønsker å møte fysisk selv om de ikke har plikt til dette. Det kan likevel tenkes at antallet kvinner som møter fysisk i nemnd vil reduseres over tid. Dette gjelder antakelig særlig for kvinner som begjærer abort som følge av tilstander hos fosteret, og som kan få informasjon om at nemndas vurdering vil være basert på vurdering av fosterets tilstand og at det derfor ikke er nødvendig at kvinnen deltar fysisk i møtet med nemnda.

For å anslå verdien av tidsbruken til den abortsøkende og en eventuell person som følger med, tar vi utgangspunkt i gjennomsnittlig brutto månedslønn på tvers av yrker (SSB-tabell 11418) (Tabell). Vi benytter brutto lønnskostnad per time som et anslag på verdien av arbeidstid (500 kroner) og netto lønnskostnad per time som et anslag på verdien av fritid (300 kroner). Videre legger vi til grunn at 75 prosent av de som møter i nemnda er sysselsatte, og at verdien av deres tid i nemnda tilsvarer verdien av arbeidstid. For de resterende 25 prosentene legger vi til grunn at verdien av deres tid tilsvarer verdien av fritid.

Basert på disse antagelsene finner vi at tidsbesparelsene for abortsøkende og medfølgende personer ved at antallet begjæring om svangerskapsavbrudd som behandles i nemnd blir redusert, har en verdi på 1,1 millioner kroner (usikkerhetsspenn +/- 20 prosent: 870 000 – 1 310 000).

Tidsbruk og tidskostnad for medlemmer i primærnemnda

En reduksjon i antall svangerskapsavbrudd som behandles i nemnd vil innebære at tidsbruken knyttet til møtet i nemnda også faller bort for medlemmene i nemnda. Primærnemnda består i dag av to leger, men Abortutvalget foreslår å endre sammensetningen og øke antallet medlemmer fra to til tre. Vi forstår Abortutvalget slik at forslaget om utvidet grense for selvbestemt abort skal ses i sammenheng med forslaget om endret sammensetning av primærnemnda.

Vi anslår at forslaget til endret sammensetning av primærnemnda gir en økning i kostnad per nemndsmøte på 350 kroner (avsnitt 1.2). Gitt den anslåtte reduksjonen i antall nemndsbehandlede begjæring om svangerskapsavbrudd, samt økt kostnad for et nemndsmøte, finner vi at den samlede virkningen av disse to tiltakene er en redusert tidsbruk tilsvarende om lag 1 million kroner (usikkerhetsspenn +/- 20 prosent: 830 000 – 1 200 000).

Tidsbruk og tidskostnad for hjelpepersonell og sosionom

Primærnemndene får i mange tilfeller støtte eller bistand fra annet personell på sykehuset til for- og etterarbeid i tilknytning til møtet. Dette kan være knyttet til å forberede den abortsøkende på møtet med nemnda, informasjon til den abortsøkende om videre prosess dersom begjæringen innvilges og annet administrativt arbeid. Vi har ikke informasjon om tidsbruken til annet personell i forbindelse med et nemndsmøte, men som en forenkling legger vi til grunn at den for hvert nemndsmøte er 1 time for en person. Med utgangspunkt i et anslag på lønnskostnad (inkludert sosiale kostnader) for sykepleier KPI-justert til 2023-kroner (se avsnitt 1.2.2), anslår vi de årlige besparelsene til 150 000 kroner (usikkerhetsspenn +/- 20 prosent: 120 000 – 180 000).

Ved noen sykehus får kvinnene som skal møte abortnemnda tilbud om å møte en sosionom på sykehuset enten før eller etter møtet (Helsedirektoratet). I forkant av nemndsmøtet skriver sosionomen i en del tilfeller en sosialrapport basert på samtalen med kvinnen. Dette gjelder særlig i tilfeller der årsak til søknaden om abort er sosiale forhold. Det er variasjon mellom sykehusene om dette er et tilbud som gis systematisk, eller kun til noen kvinner.

For å anslå tidsbruken og tidskostnaden ved sosionommøtene, må vi anslå hvor mange møter som gjennomføres og hvor lang tid sosionomen bruker på hvert møte. Det finnes ikke dokumentasjon som viser hvor mange kvinner som har en samtale med sosionom i dag, men etter samtale med Abortutvalgets sekretariat legger vi til grunn at 20 prosent av kvinnene har en slik samtale. Dette tilsvarer om lag 130 møter med sosionom i året i forbindelse med nemndsmøter. Vi legger til grunn at sosionomen i gjennomsnitt bruker 1,5 time på disse samtalene inkludert for- og etterarbeid. Vi benytter samme lønnskostnad per time som for sykepleier. Dette gir et anslag på kostnaden ved dagens sosionommøter på rundt 70 000 kroner i året.

Dersom grensen for selvbestemmelse utvides, vil en del av møtene med sosionom falle bort fordi kvinnene ikke lenger må møte i nemnd. Vi anslår at antallet nemndsbehandlede begjæringer reduseres til rundt 225 i året. Dersom 20 prosent av disse har en samtale med sosionom, tilsvarer dette 45 møter. Gitt forutsetningene beskrevet over, vil disse ha en samlet kostnad på rundt 25 000 kroner i året, slik at kostnadene til møter sosionom reduseres med 45 000 i året (usikkerhetsspenn +/- 20 prosent: 35 000 – 55 000). Samtidig foreslår Abortutvalget at alle kvinner som møter nemnda skal få tilbud om å snakke med sosionom. Dette vil trolig øke andelen som har slike samtaler. Dersom andelen øker til mellom 40 prosent (lavt anslag) og 60 prosent (høyt anslag), vil det til tross for færre nemndsbehandlede begjæringer bli gjennomført mellom 90 og 135 samtaler med sosionom. Kostnadene ved sosionommøtene vil i så fall være på omtrent samme nivå som i dag.

1.2 Endret sammensetning av primærnemnd

1.2.1 Om tiltaket

Primærnemndene for behandling av svangerskapsavbrudd består i dag av to leger. En av legene skal være ansatt ved den avdelingen som utfører aborter ved sykehuset. Den andre legen kan for eksempel være en fastlege som er spesialist i allmennmedisin. Det er to varamedlemmer per nemndsmedlem med samme kompetanse (leger). Utvalget foreslår at nemnda settes sammen av tre medlemmer: en jurist, en lege og ett medlem med medisinsk eller helsefaglig kompetanse. I beregningene legger vi at primærnemndene vil bestå av en jurist, en lege og en person med helsefaglig kompetanse.

Ved avslag i primærnemnd sendes saken videre til behandling i nasjonalabortklagenemnd. Den nasjonale abortklagenemnden består av fem medlemmer, hvorav minst to er leger og en er jurist. Utvalget foreslår ikke endringer i sammensetningen av medlemmer i den nasjonale abortklagenemnda.

1.2.2 Virkninger av tiltaket

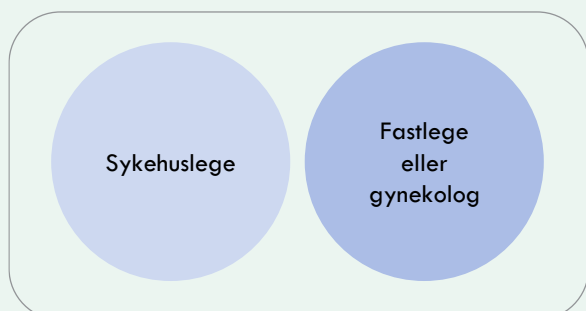
Den foreslåtte endringen innebærer en overgang til en tverrfaglig sammensatt nemnd, samt at antallet medlemmer i nemnda øker fra to til tre. Dette betyr at kostnaden for en nemndsbehandling av et svangerskapsavbrudd endres. Endringen i kostnad er både knyttet til at antallet nemndsmedlemmer øker, og at nemndsmedlemmene har en annen kompetanse og dermed lønn enn i dag.

Endret sammensetning kan potensielt også gi økt tverrfaglig kompetanse, samt økt kompetanse fordi hvert medlem involveres i flere saker.

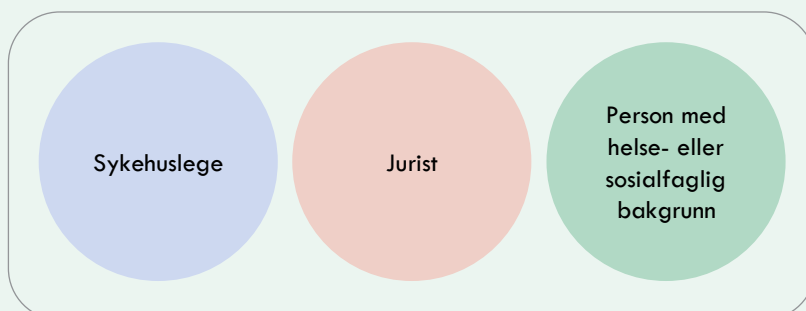
Tidsbruk for nemndsmedlemmene

Vi legger til grunn at tidsbruken til nemndsmedlemmene for hvert nemndsmøte ikke påvirkes av forslaget om å flytte grensen for selvbestemmelse. Abortutvalget har gjennomført en spørreundersøkelse blant nemndsmedlemmene som blant annet kartlegger nemndsmedlemmenes tidsbruk i forbindelse med en begjæring om svangerskapsavbrudd. De fleste (70 prosent) oppga at de bruker mellom 10 og 20 minutter på forberedelse og lesing av sakspapirer, og i overkant av halvparten (58 prosent) oppga at gjennomføringen av selve nemndsmøtet tar mellom 20 og 30 minutter. De fleste (62 prosent) oppga at vurderingen når kvinnen venter ute tar rundt 10 minutter. De øvrige respondentene oppga å bruke mer tid på de ulike delene knyttet til et nemndsmøte. Som en forenkling legger vi til grunn at nemndsmedlemmene bruker 60 minutter på å behandle en begjæring om svangerskapsavbrudd, fordelt på 20 minutter forberedelse, 30 minutter til gjennomføring og 10 minutter til vurdering.

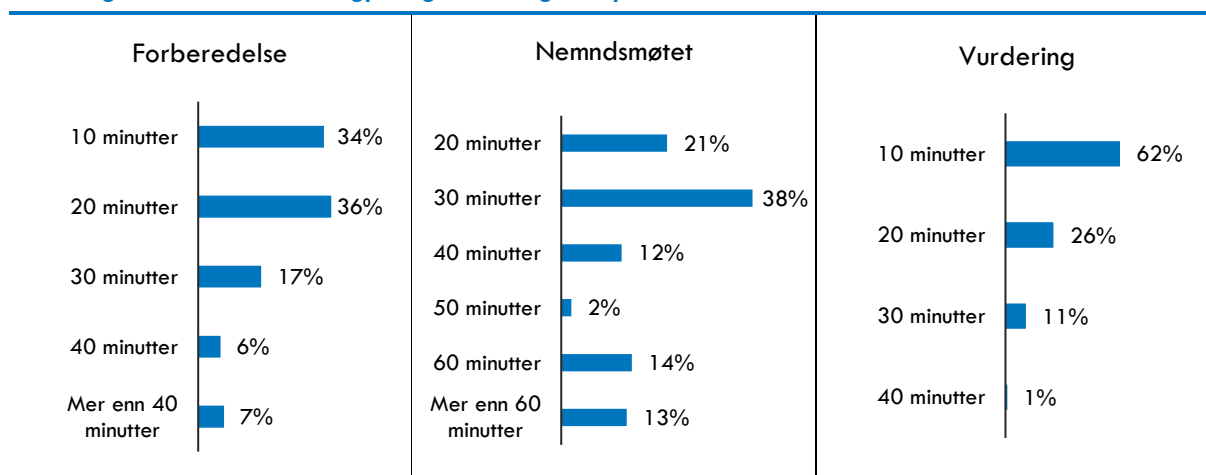
Dagens sammensetning av primærnemnd



Foreslått sammensetning av primærnemnd



Figur 3: Nemndsmedlemmenes tidsbruk knyttet til forberedelser, gjennomføring av nemndsmøtet og vurdering i forbindelse med begjæring om svangerskapsavbrudd



Kilde: Undersøkelse gjennomført i forbindelse med Abortutvalgets utredning.

Spørsmål forberedelse: Hvor lang tid bruker du vanligvis på forberedelser og lesing av sakspapirer før et nemndsmøte? N=89.

Spørsmål nemndsmøte: Hvor lang tid bruker dere vanligvis på selve nemndsmøtet? N=85.

Spørsmål vurdering: Hvor lang tid bruker dere vanligvis på vurderingen (når kvinnen venter ute)? N=85.

Tidskostnad for nemndsmedlemmene

For å anslå tidskostnaden for et nemndsmøte for en sykehuslege, tar vi utgangspunkt i et anslag på lønnskostnad per time (inkludert sosiale kostnader) for sykehusleger (Oslo Economics, 2022). KPI-justert til 2023 gir dette en anslått timekostnad på 650 kroner.² Vi legger dette til grunn for halvparten av nemndsmedlemmene. For den resterende halvparten av nemndsmedlemmene, legger vi til grunn satsene for selvstendig næringsdrivende fra Statens personalhåndbok. Leger som er oppnevnt av fylkesmannen har rett til utvalgsgodtgjørelse etter Statens personalhåndbok kapittel 10.14.2 *Godtgjørelse til leder, medlemmer og sekretærer i statlige utvalg*. Leger i egen praksis regnes som selvstendig næringsdrivende og skal ha godtgjørelse etter spesielle satser. Satsene for 2023 er 1 425 kroner per time for arbeid i møter, og 518 kroner per time for møteforberedelser (Statens personalhåndbok, 2023).

For leger ansatt ved sykehuset vil arbeidet i abortnemnd inngå som en naturlig del av oppgavene i tjenesten (Helsedirektoratet). Dette betyr at sykehusene dekker deler av nemndsutgiftene for primærnemndene over sine lønnsbudsjetter.

Dagens sammensetning av primærnemnd

Ettersom sykehuslegene allerede er på sykehuset hvor nemndsmøtet gjennomføres, legger vi til grunn at tidsbruken for et møte er 60 minutter. Dette gir en kostnad på 650 kroner per lege per møte. For den andre legen i nemndsmøtet, legger vi til grunn at tidsbruken for arbeid i møtet er 40 minutter, og gitt en kostnad per time på 1 425 kroner, tilsvarer dette 950 kroner. I tillegg kommer tidsbruk til reise og forberedelse på 80 minutter som honoreres med 518 kroner i timen, tilsvarende om lag 1 000 kroner. Den samlede tidskostnaden blir 1 950 kroner for denne legen. Den samlede kostnaden for nemndsmøtet blir da 2 600 kroner.

Foreslått sammensetning av primærnemnd

Tilsvarende som for anslaget på kostnadene for et nemndsmøte med dagens sammensetning av primærnemnd, legger vi til grunn at sykehuslegens tidsbruk har en kostnad på 650 kroner. Videre legger vi til grunn at juristen vil ha samme tidsbruk og godtgjørelse som legen som ikke er ansatt på sykehuset. Vi anslår derfor tidskostnaden for juristen til 1 950 kroner. Vi legger til grunn at personen med helsefaglig eller sosialfaglig kompetanse er ansatt på sykehuset hvor nemndsmøtet gjennomføres og har en lønnskostnad på samme nivå som sykepleier. Dette gir en anslått lønnskostnad inkludert sosiale kostnader på 350 kroner per time. Vi antar at personen vil ha samme tidsbruk som legen ansatt på sykehuset. Samlet anslår vi at et nemndsmøte med endret sammensetning vil ha en kostnad på 2 950 kroner.

² Anslaget er basert på gjennomsnittslønn for leger i sykehus. Dersom legene som sitter i nemnd i hovedsak er overleger, vil lønnskostnaden være noe høyere.

Endring i samlet tidskostnad for nemndsmedlemmene i primærnemnd

Gitt anslagene på kostnader for et møte i primærnemnda med dagens sammensetning og sammensetningen foreslått av Abortutvalget, finner vi at hvert møte blir 350 kroner dyrere. Isolert sett innebærer derfor dette forslaget økte kostnader for møtene i primærnemnd. Sett i sammenheng med forslaget om utvidet grense for selvbestemt abort, finner vi at reduksjonen i nemndsmedlemmenes tidsbruk som følge av redusert antall møter i nemnda er større enn økningen som følge av endret sammensetning og økt antall nemndsmedlemmer.

1.3 Endret antall primærnemnder

1.3.1 Om tiltaket

Det er i dag 23 primærnemnder og 1 sentral klagenemnd i Norge. Utvalget foreslår å redusere dette til 5 til 10 nemnder. Dersom antallet reduseres til 5, foreslår utvalget at disse plasseres ved sykehusene med fostermedisinske sentre: Oslo universitetssykehus (Oslo), Haukeland sykehus (Bergen), St. Olavs hospital Trondheim, Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og Stavanger universitetssykehus (Stavanger).

1.3.2 Virkninger av tiltaket

Tidsbruk for nemndsmedlemmene – reise til møter

Medlemmene i primærnemnd som ikke er ansatt på sykehuset, må reise til og fra sykehuset for å delta på møtene. Dersom antallet primærnemnder endres, kan dette påvirke reisetiden og reisekostnaden. Nemndsmedlemmene har rett til dekning av reiseutgifter etter statens regulativ i den utstrekning disse ikke er dekket på annen måte. Vi har ikke tilstrekkelig informasjon til å vurdere omfanget av endret reisetid for nemndsmedlemmene som ikke er ansatt på sykehuset.

Tidsbruk for nemndsmedlemmene – kompetansetiltak

Forslaget om endret sammensetning av primærnemndene og endret antall primærnemnder innebærer en endring i antall personer som er nemndsmedlem eller vara for et nemndsmedlem. I dag er det 23 primærnemnder, og hver av disse har 2 medlemmer og 4 varaer (2 for hvert nemndsmedlem). Noen få sykehus har en eller to ekstra varamedlemmer, og til sammen er rundt 150 personer nemndsmedlem eller vara. Utvalget foreslår å endre til 5 primærnemnder der hver nemnd har 3 medlemmer. Gitt dagens dimensjonering av varaordningen med 2 varaer per nemndsmedlem, vil det for hver nemnd være 9 personer som er enten medlem eller vara, og det totale antallet personer som er nemndsmedlem eller vara vil bli 45. Dette betyr at det er færre personer som vil ha tidsbruk knyttet til oppdatering og vedlikehold av kompetanse, for eksempel gjennom deltakelse på abortkonferansen.

Dersom hvert nemndsmedlems tidsbruk på kompetansetiltak er uendret, vil redusert antall primærnemnder gi en reduksjon i tidsbruken på kompetansetiltak. Abortutvalget har flere tiltak som omhandler kompetanseheving og økt kunnskap.

Tidskostnad for nemndsmedlemmene

Det eksisterer lite dokumentasjon som viser hvor mye tid nemndsmedlemmene bruker på kompetansetiltak i dag, men som en illustrasjon legger vi til grunn at hvert nemndsmedlems bruker 4 timer i dag, og at dette øker til 12 timer. Vi legger til grunn at tidskostnaden for de ulike nemndsmedlemmene er som beskrevet over. Dagens kostnad for tid brukt på kompetansetiltak blir da 1,1 millioner kroner, mens kostnaden med færre nemndsmedlemmer og mer tid på kompetansetiltak for hvert medlem gir en kostnad på 1,0 million kroner.

Tidsbruk og tidskostnad for abortsøkende og pårørende

Med færre primærnemnder vil den abortsøkende og partner eller annen person som er med få lengre reisevei til sykehuset. Det er ikke krav om at den abortsøkende må møte i nemnda, og det er mulig å gjennomføre møtet digitalt eller som skriftlig saksbehandling. I mange tilfeller vil ikke nemndsmøtet innebære en egen reise til sykehuset, men gjøres i forbindelse med at den abortsøkende er der. Vi har ikke tilstrekkelig informasjon til å anslå omfanget og verdien av endringer i reisetid og reisekostnad som følge av at antallet primærnemnder reduseres.

1.4 Implementeringskostnader

1.4.1 Digitalt saksbehandlingssystem

Om tiltaket

Primærnemndene bruker i dag ulike saksbehandlingssystemer. Enkelte av nemndene har en egen modul og bruker delvis journalsystemet, noen har papirbaserte systemer, mens andre har egne journalsystemer eller bruker det digitale arkivsystemet på sykehuset. Ettersom Abortutvalget foreslår endringer i nemndene, blant annet reduksjon av antall nemnder og at de skal opprettes som nye forvaltningsorganer, vil det trolig være nødvendig med et nytt saksbehandlingssystem. Dette kan også bidra til bedre kvalitetssikring. Et nytt saksbehandlingssystem vil medføre både investeringskostnader og lisenskostnader. Utvalget har ikke gått nærmere inn i detaljer om hvordan dagens systemer fungerer, eller hvordan nytt saksbehandlingssystem skal være.

Virkninger av tiltaket

Dersom det skal etableres et nytt saksbehandlingssystem, vil det trolig være hensiktsmessig å identifisere om noen av nemndene har et system i dag som kan ruller ut til alle nemndene. I så fall vil utviklingskostnadene være lavere enn ved å utvikle et nytt system, men det vil trolig være noe kostnader knyttet til integrasjon med eksisterende saks- og arkivsystemer. Det må påregnes at det vil påløpe en økt årlig driftskostnad ettersom lisenser ofte har begrensninger på antall brukere eller installasjoner.

Dersom det skal kjøpes inn et nytt saksbehandlingssystem, vil kostnaden være avhengig av om det kan benyttes et standard saksbehandlingssystem, om det er mulig å ta utgangspunkt i et standardssystem og videreutvikle dette, eller om det skal utvikles en skreddersydd løsning. Et standard saksbehandlingssystem (hylleware) uten integrasjoner mot andre systemer koster mellom 0,5 og 1 million kroner som engangskostnad og 100 000-200 000 som årlig lisenskostnad. Dersom det derimot er behov for å utvikle et system som er tilpasset egen virksomhet, med integrasjoner til saksarkiv og datafangst, vil kostnaden bli høyere. Kostnaden for denne typen løsninger avhenger ikke av antall saker som behandles, men av grad av skreddersøm og antall integrasjoner med andre systemer. Som et eksempel ble utvikling og nasjonal innføring av løsningen *Digihelse*, en løsning for digitale innbyggertjenester knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester på en nasjonal digital plattform (helsenorge.no), finansiert med prosjektstøtte på 14,4 millioner kroner (tilsvarende 16,1 millioner 2023-kroner) (KS, 2021). Riksantikvaren bestemte i 2017 at de skulle få et nytt saksbehandlingssystem, og de planla at dette ville koste 16 millioner (tilsvarende 21 millioner 2023-kroner).

Uavhengig av om saksbehandlingssystemet som velges er en standardløsning eller skreddersøm, vil et nytt system medføre implementeringskostnader. Disse knytter seg til opplæring og redusert produktivitet i en overgangsperiode. Det er usikkert hvor stor denne kostnaden vil være, men som en illustrasjon kan vi si noe om hva kostnaden blir dersom kostnaden tilsvarer et halvt ukesverk (lavt anslag) og ett ukesverk (høyt anslag) for hver bruker av systemet. Vi legger til grunn at det med Abortutvalgets forslag til ny sammensetning og antall primærnemnder vil være 45 nemndsmedlemmer totalt (avsnitt 1.2.1 og 1.3.2), og at medlemmene vil være jevnt fordelt på sykehusleger, personer med helsefaglig eller sosialfaglig kompetanse og jurister. Gitt anslagene på tidskostnad for disse gruppene (avsnitt 1.2.2), anslår vi at implementeringskostnaden for et nytt saksbehandlingssystem utgjør 1,5 millioner kroner dersom tidsbruken tilsvarer et halvt ukesverk (18,75 time) for hvert nemndsmedlem, og 6,0 millioner kroner dersom tidsbruken tilsvarer ett ukesverk (37,5 time) for hvert nemndsmedlem.

1.4.2 Implementeringskostnader ved ny organisering

Om tiltaket

De foreslåtte tiltakene knyttet til endring i grensen for selvbestemmelse, sammensetning av primærnemndene og antall primærnemnder vil medføre et behov for videre juridisk utredning og høringsrunde blant grupper og instanser som berøres av lovendringene.

Dersom de foreslåtte lovendringene blir vedtatt, vil det være behov for å utarbeide informasjonsmaterieill til helse- og omsorgstjenesten, og de ansatte i tjenesten vil måtte bruke noe tid på å sette seg inn i endringene og hva det innebærer for dem.

Virkninger av tiltaket

Kostnadene knyttet til nødvendig forarbeid og utredning av de foreslåtte lovendringene vil trolig være betydelig større enn kostnadene ved de årlige endringene i tidsbruk for personene som er involvert i behandlingen av begjæringer i primærnemnda. Lovarbeidet vil innebære utredning, høring, lovproposisjon, lovvedtak, sanksjon og

ikrafttredelse (Regjeringen.no, 2018). Deler av dette arbeidet kan trolig løses innenfor rammene av allerede eksisterende organiseringer i den sentrale helseforvaltningen, mens andre deler av arbeidet kan lyses ut og gjennomføres med bruk av ekstern bistand. Forslag til lovendring vil også medføre arbeid hos høringsinstansene. Dersom forslagene til lovendring blir godtatt, vil den sentrale helseforvaltningen måtte jobbe med informasjonstiltak rettet mot aktørene som berøres av lovendringen. De må også følge opp endringene i antall og sammensetning av primærnemnder. Arbeidet vil anslagsvis ha en kostnad på mellom 20 og 50 millioner kroner.

I tillegg kommer ressursbruken i både primær- og spesialisthelsetjenesten knyttet til at helsepersonell skal sette seg inn i den nye organiseringen. Det er om lag 580 000 personer sysselsatt i helse- og sosialtjenesten (SSB-tabell 13470), og som en illustrasjon kan vi legge til grunn at mellom 2 og 5 prosent av disse bruker 1 time på å sette seg inn i endringene. Dersom vi legger til grunn en årsverkskostnad på 1 million kroner, gir dette et anslag på mellom 7 og 17 millioner kroner. Det ventes at deltakelse på kurs i stor grad kan skje som del av ordinær fagutvikling.

1.5 Anslag på kostnadene ved dagens nemndsystem

I dag er nemndene delvis finansiert av helseforetakene og delvis finansiert av Helsedirektoratet via statsforvalterne. Statsforvalterne utbetaler godtgjørelse til nemndsmedlemmene og har en åpen belastningsfullmakt hos Helsedirektoratet som har vært på 500 000 kroner årlig. Belastningsfullmakt i forbindelse med drift av nemndene er ikke nevnt i Helsedirektoratets årsrapport for 2021 eller 2022. Nemndene er heller ikke nevnt i tildelingsbrev eller instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, men delegeringsforskriften av 18. mars 2010 nr. 425 bestemmer at Helsedirektoratet skal fastsette godtgjøring til nemndas medlemmer (jf. abortforskriften § 14). Det er ikke satt av spesifikke midler til drift av abortnemndene over statsbudsjettet.

Hvert nemndsmøte involverer i dag to leger, og vi anslår at kostnaden for legenes tidsbruk til forberedelse og deltakelse i møtet er 2 600 kroner (avsnitt 1.2.2).³ Nemndsmedlemmene har hver sine vararepresentanter som får tilsvarende ytelser dersom de møter. I tillegg til å vurdere enkeltsaker bruker både medlemmer og vararepresentanter tid til kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid, herunder deltakelse på felles seminar mv. I tillegg kommer tidskostnad for hjelpepersonell på sykehuset, samt møter med sosionom for noen av kvinnene. Samlet sett anslår vi et nemndsmøte medfører en tidsbruk for helsepersonell på sykehuset tilsvarende om lag 3 000 kroner. For å ta hensyn til kostnader knyttet til lokaler, legger vi til et påslag på 10 prosent. Med 660 møter i året, i tillegg til om lag 15 møter i klagenemnda, anslår vi at tidsbruken til nemndsmøtene og kompetanseutvikling medfører en årlig kostnad på om lag 3 millioner kroner (usikkerhetsspenn +/- 20 prosent: 2,4 millioner – 3,6 millioner kroner).

Helsedirektoratet har tolkningsansvar for abortforskriften og abortloven, holder oversikt over medlemmene i nemndene og arrangerer årlige abortnemndkonferanser for medlemmer og varamedlemmer. FHI mottar statistikken som rapporteres fra nemndene. Vi anslår at arbeidet hos FHI og Helsedirektoratet har en kostnad på 3 til 4 millioner kroner. Inkludert kostnadene ved nemndsmedlemmenes tidsbruk til kompetanseutvikling og konferanser, anslår vi at de årlige kostnadene ved dagens nemndsystem er på mellom 6 og 9 millioner kroner.

1.6 Anslag på kostnadene ved endret organisering, men uendret grense for selvbestemmelse

Gitt anslagene på kostnader for et møte i primærnemnda med dagens sammensetning og sammensetningen foreslått av Abortutvalget, finner vi at hvert møte blir 350 kroner dyrere (avsnitt 1.2). Dersom dagens grense for selvbestemmelse beholdes, vil dette være kostnadsøkningen for hvert av de 660 nemndsmøtene. Vi anslår vi at selve endringen i nemndas sammensetning vil gi en årlig kostnadsøkning på om lag 200 000 kroner (usikkerhetsspenn +/- 20 prosent: 150 000 – 300 000 kroner).

Samtidig vil de foreslåtte endringene i organisering på kort sikt medføre implementeringskostnader. Ettersom den foreslåtte endringen innebærer at antallet nemndsmedlemmer og varar er redusert betydelig, vil også kostnadene til vedlikehold og utvikling av kompetanse reduseres sammenlignet med i dag. Samlet sett er det derfor ikke gitt at endret organisering, men uendret grense for selvbestemmelse vil gi høyere kostnader knyttet til nemndsystemet.

³ Anslaget er delvis basert på gjennomsnittslønn for leger i sykehus. Dersom legene som sitter i nemnd i hovedsak er overleger, vil lønnskostnaden være noe høyere.

2. Øvrige tiltak

Abortutvalget foreslår en rekke tiltak som skal bidra til bedre informasjon, råd og veiledning til kvinner som ønsker abort, samt tiltak for enklere abortforløp. Utvalget foreslår også at det blir gjennomført en utredning av abort utenfor sykehus for kvinner som ønsker abort før uke 10. For å bidra til økt kunnskap om abort i Norge, foreslår utvalget også tiltak knyttet til forskning, samt utredning av endringer i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister.

2.1 Informasjon, råd og veiledning

Utvalget foreslår flere ulike tiltak som handler om informasjon, råd og veiledning, både til den abortsøkende og til ansatte i helsetjenesten. Vi har ikke gjort en konkret vurdering av de økonomiske konsekvensene av de ulike tiltakene. Vi har gruppert tiltakene inn i fire hovedgrupper:

- Tiltak for bedret informasjon
 - Bygge ut informasjonssidene på helsenorge.no med mer informasjon
 - Bygge ut nettressursene på helsenorge.no med flere språk og funksjonaliteter
 - Utarbeide nasjonale standardiserte pasientinformasjonsskriv
- Utredningstiltak
 - Utrede etablering av en digital nasjonal løsning for å sende inn søknad om abort
- Lovendringstiltak
 - Lovfeste kvinnens rett til tilbud om samtale, veiledning og beslutningsstøtte fra helsepersonell
 - Lovfeste plikt for helsetjenesten til å gi tilbud om veiledning med kompetent personell som kan tilby samtaler og gi veiledning til abortsøkende og i etterkant av abort
- Kompetansehevingstiltak
 - Utarbeide kurs for etter- og videreutdanning av helsepersonell om veiledning om abort
 - Utarbeide nasjonalt nettkurs for fastleger og helsepersonell om veiledning/informasjon til kvinner som er gravide ifm. tilbud om tidlig ultralyd og NIPT

2.1.1 Bedret informasjon

Bygge ut informasjonssidene på helsenorge.no med mer informasjon

Abortutvalget foreslår å videreutvikle og utdype den offentlig tilgjengelige informasjonen om abort. Dette omfatter både informasjon til befolkningen generelt og til personer som vurderer abort. Utvalget foreslår at helsenorge.no bygges ut med mer og utdypende informasjon om abort og at informasjon på nett rettet mot unge videreutvikles. Informasjonen skal være lett tilgjengelig, basert på oppdatert kunnskap og retningslinjer og oversettes til flere språk. Utvalget presiserer at informasjonen og nettsidene bør oppdateres i forbindelse med arbeid med nasjonale retningslinjer (se avsnitt 2.2).

Utbedring av informasjon på nett og bedret digital plattform vil bidra til at abortsøkende får bedret tilgang til korrekt og oppdatert informasjon. Det kan bidra til mer forutsigbart forløp og økt trygghet for den abortsøkende. Det er Helsedirektoratet som leverer informasjonen om abort på helsenorge.no, og arbeidet med å bygge ut informasjonen kan trolig løses innenfor de eksisterende rammene til Helsedirektoratet. Arbeidet kan også medføre noe ressursbruk hos Norsk Helsenett som har ansvar for drift og utvikling av nettsiden.

Bygge ut nettressursene på helsenorge.no med flere språk og funksjonaliteter

For å bedre tilgangen til informasjon om abort, foreslår Abortutvalget at informasjon og nettressurser på helsenorge.no bygges ut med tekst, språk og funksjonaliteter. Eksempler på funksjonaliteter er høytlesning, videoveiledning, chatbot som kan besvare standardspørsmål og AI-samtale med lyd.

En forbedret digital plattform og oversettelse til flere språk vil kunne bidra til økt tilgang til informasjon for mennesker med nedsatt funksjonsevne og personer som ikke har norsk som morsmål. Dette kan bidra til et likere tilbud uavhengig av funksjonsevne og morsmål. Oversettelse til flere språk trolig være relativt lite kostbart. Gjeldende normalsats for oversettelse er kr 242 kroner per 1000 tegn med mellomrom (Den norske forleggerforening, 2023). De økonomiske konsekvensene ved å utvikle en digital plattform med en chatbot og andre funksjoner er ikke utredet og vil avhenge av funksjonalitet. Et forenklet anslag er 5-10 millioner kroner.

Utarbeide nasjonale standardiserte pasientinformasjonsskriv

Abortutvalget foreslår at det utarbeides nasjonale standardiserte pasientinformasjonsskriv til de som skal ta abort. Formålet er å sikre at alle gravide som søker abort får informasjon om abortforløpet, metode, rettigheter og medisinske konsekvenser. Sykehusene kan lenke til informasjonsskrivene fra sykehusenes nettsider, og informasjonsskrivene skal være i nedlastbart format så man kan skrive det ut som en brosjyre eller lese på nett i digitalt format på helsenorge.no

På samme måte som for arbeidet med å bygge ut informasjonssidene på helsenorge.no med mer informasjon, kan dette tiltaket bidra til bedre tilgang til korrekt og oppdater informasjon, samt et bedre forløp for kvinnen som ønsker abort. Arbeidet med å utarbeide nasjonale standardiserte pasientinformasjonsskriv kan trolig langt på vei løses innenfor de eksisterende rammene til Helsedirektoratet, men vil i tillegg kreve involvering og kvalitetssikring fra eksterne fagekspert.

2.1.2 Utredningstiltak – digitalt søknadsskjema for abort

Utvalget foreslår en utredning av muligheten for å utvikle digitalt søknadsskjema for abort. I dag benyttes søknadsskjema fra Helsedirektoratet i forbindelse med begjæring om abort. Skjemaet benyttes for alle begjæringer om abort, uavhengig av om det er før eller etter uke 12. Uavhengig av om grensen for selvbestemmelse blir flyttet, foreslår utvalget at man vurderer å etablere en digital nasjonal løsning for å sende inn begjæring om abort. Søknadsfunksjonen kan bli innlemmet som en funksjon under veiledningssidene på helsenorge.no.

På søknadsskjema om abort kan det være mulig å krysse av for om søker har mottatt veiledning om abortmetoder og inngrepets art, og om søker har mottatt beslutningsstøtte etter ønske. Løsningen krever egen utredning og vurdering, blant annet for å vurdere hensiktsmessig utforming, konsekvenser, kostnader og ressursbehov knyttet til et eventuelt digitalt søknadsskjema.

Foreløpig er det ikke utredet hvordan et søknadsskjema for abort vil utformes og dermed hvilke virkninger det vil ha for helsepersonell og abortsøkende. Integrasjon med eksisterende journalsystemer vil være avgjørende for kostnadsnivået på løsningen. Til sammenligning har Helsedirektoratet anslått at prosjektkostnaden for digital triageringsløsning på fastlegekontor er 43,5 millioner kroner i perioden 2022-2025. Dette prosjektet innebærer utvikling og utprøving av flere digitale skjema integrert på helsenorge.no, og selv om ikke prosjektet er direkte sammenlignbart, gir det en pekepinn på kostnadsnivået ved arbeid med digitale skjemaer som integreres på helsenorge.no.

2.1.3 Lovendringstiltak – lovfestet rett og plikt til veiledningstjeneste

Abortutvalget foreslår at gravide som vurderer abort skal ha lovfestet rett til tilbud om samtale, veiledning og beslutningsstøtte fra helsepersonell dersom hun ønsker slik samtale og veiledning. Kvinnen har også rett til informasjon om selve aborten, medisinske konsekvenser og tilbud fra tjenestene.

Abortutvalget foreslår også å lovfeste helsetjenestens plikt til å tilby samtaler og veiledning til abortsøkende kvinner og til kvinner som ønsker samtale etter abort. Utvalget foreslår videre at det i de nasjonale faglige retningslinjer for abortforløp stilles særskilte kompetansekrav til personell som skal veilede gravide som vurderer abort.

Mange kvinner får allerede veiledning i forbindelse med at de søker abort. Tiltaket forventes å øke antall informasjons- og veiledningssamtaler. Med utgangspunkt at det i 2022 var om lag 12 000 svangerskaps-avbrudd, anslår vi at tiltaket vil føre til en økning på opptil 500 samtaler i året. Kompetansehevingen vil innebære utarbeidelse av veiledningsmateriell og kurs til helsepersonell i de aktuelle tjenestene (se avsnitt 2.1.4). Det ventes at opplæringen i stor grad kan skje som del av ordinær fagutvikling. Lovarbeidet krever trolig både utredningsstøtte i den sentrale helseforvaltningen og ved hjelp fra eksterne ressurser.

Samlet vurderer vi at de økonomiske konsekvensene ved lovarbeidet vil være på mellom 5 og 30 millioner kroner, og det vil trolig være en fordel om dette gjøres i forbindelse med et eventuelt lovarbeid for utvidelse av grensen for selvbestemmelse. Det vil også være årlige kostnader til gjennomføring av veiledningssamtaler på anslagsvis 0,5 millioner kroner.

2.1.4 Kompetansehevingstiltak – kurs for helsepersonell

Helsepersonell fra forskjellige fagbakgrunner kan være involvert i abortforløpet. Abortutvalget foreslår kurs for etter- og videreutdanning av helsepersonell om veiledning om abort. Målgruppe for kursene vil være

helsepersonell som er involvert i abortforløpet, som blant annet sykehussosionomer, sosionomer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, sykepleiere, helsesykepleiere, jordmødre, leger, psykologer og sykehusprester. Kursene kan gi tellende kurspoeng for leger i spesialisering innen allmenntidmedisin, medisinsk genetik, gynekologer, samfunnsmedisin, pediatri, psykiatri mv.

I dag får gravide som er 35 år eller eldre ved termin tilbud om tidlig ultralyd og NIPT. Tilbudet ble innført 1. januar 2022. Tilbudet innebærer at noen gravide får mer informasjon om fosteret tidligere i svangerskapet. Abortutvalget foreslår at Helsedirektoratet utarbeider et nasjonalt nettkurs for fastleger og helsepersonell om veiledning av gravide i forbindelse med tidlig ultralyd og NIPT.

Det er om lag 7 000 årsverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten (SSB-tabell 11994) og 5 000 fastleger (Helsedirektoratet). Vi antar at det er 5 000 ansatte i sykehus og primærhelsetjenesten i berørte stillinger. Vi antar mange vil delta på kurs tilsvarende om lag en dag, mens andre vil ha et kortere kursopplegg. Andre vil ha delta på kurs tilsvarende en til to uker for å kunne ha en veiledningsrolle. I snitt legger vi til grunn en tidsbruk tilsvarende en dag for alle ansatte i helsetjenesten i berørte stillinger, og dette gir en anslått kostnad på 68 millioner kroner, med et usikkerhetsintervall på mellom 50 og 100 millioner kroner. Det ventes at deltakelse på kurs i stor grad kan skje som del av ordinær fagutvikling.

I tillegg kommer kostnader til utarbeidelse av kurs og kursmateriell, anslått til mellom 5 og 10 millioner kroner.

2.2 Enklere abortforløp

Abortutvalget foreslår en rekke tiltak som skal bidra til et enklere abortforløp. Tiltakene spenner over et bredt spekter av virkemidler, og kostnadene ved tiltakene vil variere avhengig av omfang og detaljnivå. Det er grunn til å tro at det vil være relativt store forskjeller mellom de økonomiske konsekvensene, og det vil for eksempel være mer ressurskrevende å prøve ut og evaluere sykepleierstyrt poliklinikk for abort enn å oppdatere lokale pasientundersøkelser med egne spørsmål som skiller ut abortpasienter. Før man går videre med tiltakene, bør det gjøres en grundigere vurdering av hvilke økonomiske virkninger de ulike tiltakene vil medføre.

- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for abort, inkludert standardisert pasientforløp. Abortutvalget foreslår at retningslinjene utarbeides av Helsedirektoratet.
 - Helsedirektoratet har en veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Utarbeidelser av retningslinjer vil anslagsvis koste mellom 5 og 10 millioner kroner. Deler av dette arbeidet kan trolig løses innenfor de eksisterende rammene til Helsedirektoratet
- Innføre takst for fastleger ved oppfølgende samtale etter abort slik at egenandelen ved konsultasjonen bortfaller (både ved spontanabort og provosert abort).
 - Innføringen av en egen takst kan gi fastlegene insentiver til å styrke tilbudet til kvinner som har gjennomført en abort, i tillegg til at det kan senke terskelen for å ta kontakt for kvinnene. I 2022 ble det gjennomført 11 967 provoserte aborter i Norge (FHI, 2023). Det er usikkert hvor mange som opplever en spontanabort, men anslagsvis mellom 10 og 30 prosent av alle erkjente svangerskap avsluttes med en spontanabort (Helsenorge.no, 2021). Med utgangspunkt i at det ble født 51 480 barn i Norge i 2022 (SSB-tabell 04331), anslår vi at det var mellom 6 000 og 22 000 spontanaborter. Inkludert provoserte aborter, anslår vi at det årlig er mellom 18 000 og 34 000 aborter.
 - Noen kvinner møter allerede fastlegen til en oppfølgende samtale etter abort, men innføring av en takst som gjør at egenandelen fjernes kan bidra til at flere gjennomfører en slik samtale. Som en illustrasjon legger vi til grunn en økning på 10 prosentpoeng i andelen kvinner som gjennomfører en oppfølgingsamtale med fastlegen, tilsvarende 1 800 til 3 400 flere samtaler enn tidligere. Vi legger til grunn at halvparten vil ha en ordinær time, og halvparten vil ha en dobbelttime. Gjennomsnittskostnaden blir da anslagsvis 650 kroner per konsultasjon (KPI-justert til 2023-kroner) (SLV, 2021). Dette gir en kostnad på mellom 1 og 2 millioner kroner for de nye konsultasjonene.
- Gjennomføre kvalitetssikringsprosjekter og evaluering på tvers av helseforetak om organisering og oppgavedeling med hensyn til abort.
 - Kostnaden vil avhenge av innretning og kostnadene ved tilsvarende evalueringer spenner fra 2 til 20 millioner kroner.
- Prøve ut og evaluere sykepleierstyrt abort-poliklinikk på sykehusene flere steder i landet.
 - Tiltaket må utredes nærmere før det settes i gang. Drift og evaluering av et pilotprosjekt koster erfaringsmessig i overkant av 25 millioner kroner i året. Dette kommer i tillegg til de ordinære personellkostnadene. Det er mulig å gjennomføre utprøvinger som er mindre kostbare, men erfaringene fra andre prosjekter indikerer likevel at denne typen utprøvinger kan være svært ressurskrevende.

- Selv om en utprøving og evaluering av sykepleierstyrt abort-poliklinikk vil medføre betydelige kostnader, kan en omlegging til en sykepleierstyrt poliklinikk på sikt gi lavere kostnader enn en legestyrt poliklinikk.
- Gjennomføre en nasjonal undersøkelse om pasientopplevelser og pasienterfaringer blant kvinner som tar abort (gjennomføres av Folkehelseinstituttet).
 - Kostnaden ved en slik undersøkelse vil avhenge av innretting. Tilsvarende undersøkelser koster anslagsvis mellom 2 og 5 millioner kroner.
- Oppdatere pasientundersøkelsene ved helseforetakene med egne spørsmål til abortpasienter (både for selektiv abort og spontanabort) for å få mer kunnskap om pasientenes opplevelse og gjøre tjenestene mer tilpasset.
 - Kostnaden ved å utarbeide tilpassede skjema og lokal innføring koster anslagsvis 1-2 millioner kroner.
- Etablere læringsnettverk for jordmødre og sykepleiere om abort med årlige regionale samlinger og digitale kurs.
 - Det er 1 700 jordmødre og 7 000 årsverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten (SSB-tabell 11994). Dersom 5 prosent av disse deltar på dette, vil dette anslagsvis koste 3,5 millioner kroner for tidsbruk til deltakelse. I tillegg kommer kostnader til utvikling av læringsnettverkene, anslagsvis mellom 3 og 5 millioner kroner.
- Utvikle et e-læringskurs for helsepersonell om informasjon, veiledning og rådgivning til kvinner.
 - Kostnaden vil avhenge av innretting av e-læringskurset, anslagsvis 4 til 8 millioner kroner.
- Vurdere oppdatering av de nasjonale kvalitetsindikatorerne til å også omfatte flere kvalitetsindikatorer på abortområdet.
 - Kostnaden vil avhenge av omfanget av oppdateringen, anslagsvis 2 til 4 millioner kroner.

2.3 Utrede abort før uke 10 utenfor sykehus

I dag utføres abort på sykehus eller hjemme etter oppstart på sykehuset. Abortutvalget foreslår at det utredes hvordan man kan organisere et tilbud utenfor sykehusene til kvinner som skal ta abort hjemme før uke 9/10. Utredningen skal gi kunnskap om hvordan tjenesten kan organiseres, og utvalget foreslår at utredningsoppdraget kan gis til Helsedirektoratet.

En utredning vil innebære ressursbruk til planlegging, informasjonsinnhenting, analyse og dokumentasjon, samt behov for involvering av de berørte aktørene. Tilsvarende utredninger har hatt en kostnad på mellom 3 til 5 millioner kroner. Hele eller deler av dette arbeidet kan trolig løses innenfor de eksisterende rammene til Helsedirektoratet og de berørte aktørene. Dersom utredningen fører til endret praksis, kan det påvirke helsetjenestekostnadene for disse abortene.

2.4 Mer kunnskap om abort

Utvalget foreslår flere tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om abort:

- Bredere forskning på abort i Norge
- Utrede endringer i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister
- Følgeevaluering av tidlig ultralyd og NIPT

2.4.1 Forskning

Abortutvalget mener det bør satses bredere på forskning på abort i Norge innen flere fagområder. Utvalget anbefaler et eget satsingsområde for forskning på abort der prosjekter fra ulike fagdisipliner kan søke om midler til forskning på abort gjennom Norges forskningsråd.

Økt kunnskap om abort kan gi et bedre beslutningsgrunnlag for utforming av tjenestene. Tiltakene som er foreslått vil medføre økte kostnader til opprettelse av satsingsområde for forskning på abort. Vi mangler informasjon om hvor mye som skal settes av til satsingsområdet. Til sammenligning har Forskningsrådet nylig gitt 60 millioner kroner til forskning på kvinnehelse (Forskningsrådet, 2023). Forskningsrådet har også en ordning der forskningssentre kan søke om finansiering over en tiårsperiode (SFF-ordningen, Sentre for fremragende forskning). Sentrene som ble tildelt midler i 2022 fikk 155 millioner kroner over 10 år (Forskningsrådet, 2022).

2.4.2 Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister

Abortregisteret er et aidentifisert register over aborter i Norge (FHI, 2022). Permanent registrering i Medisinsk fødselsregister av svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c⁴ kan inkludere personidentifiserende opplysninger, men bare dersom kvinnen ikke motsetter seg dette. Dersom dagens praksis for registrering videreføres ved økt grense for selvbestemmelse, uten forskriftsendringer av Medisinsk fødselsregisterforskriften vil antallet svangerskapsavbrudd i denne kategorien reduseres, og man vil få mindre kunnskap om aborter i Norge.

Utvalget foreslår at det utredes nærmere om registrering i Abortregisteret skal endres slik at det registreres personidentifiserbare opplysninger for alle provoserte aborter. Utvalget foreslår videre at det skal utredes om det skal etableres et felles register eller felles «registerparaply» for svangerskap i Norge der Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret samles.

Endring av registrering i Abortregisteret vil bidra til å vedlikeholde og utvide kunnskapen om provoserte aborter. Krav til lagring av personsensitiv data kan medføre økte kostnader dersom Abortregisteret gjøres personidentifiserbart, med mindre eksisterende systemer kan benyttes. Det kan også være behov for utredninger knyttet til eventuelle endringer i abortregisterforskriften.

En utredning av endring i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister vil anslagsvis koste mellom 3 og 10 millioner kroner avhengig av behovet for ekstern juridisk kompetanse. Det er usikkert hva en eventuell overgang til personidentifiserbare opplysninger i Abortregisteret og etablering av et felles register for svangerskap vil koste. Til sammenligning ble nylig det pseudonyme Reseptregisteret erstattet av et nytt personidentifiserbart legemiddelregister (FHI, 2023). Folkehelseinstituttet anslo at kostnadene ved å etablere Reseptregisteret som et personidentifiserbart legemiddelregister til mellom 30 og 35 millioner kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Anslaget omfattet blant annet kostnader knyttet til etablering av en ny IT-løsning og overføring av data fra dagens Reseptregister. Folkehelseinstituttet anslo videre at etablering av et personidentifiserbart legemiddelregister ville gi noe økte kostnader til forvaltning og drift sammenliknet med det eksisterende reseptregisteret. Kostnadsøkningen ble anslått til om lag 2,5 millioner kroner årlig og omfattet kostnader til økt systemforvaltning, økte driftskostnader i Norsk Helsenett og kostnader til helsenorge.no for innsynsløsninger. Det er usikkert i hvilken grad kostnadene ved overgangen fra det pseudonyme Reseptregisteret til det personidentifiserbare Legemiddelregisteret er representative for hva forslaget til endring i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister vil koste.

2.4.3 Følgeevaluering – tidlig ultralyd og NIPT

Fra 2022 ble det innført tilbud om NIPT og tidlig ultralyd (uke 11+0-13+6) til alle gravide over 35 år, og i løpet av 2022-2023 innføres tilbud om tidlig ultralyd for alle gravide (Regjeringen.no, 2021). Utvalget anbefaler at tilbudet følges opp med en følgeevaluering.

Kostnadene ved en følgeevaluering vil avhenge av hvor detaljert kunnskap det er behov for. Dersom det både skal brukes kvalitative og kvantitative data, vil dette for eksempel være mer ressurskrevende enn dersom evalueringen kun skal basere seg på en type data. Særlig analyser av registerdata på individnivå er ressurskrevende, ettersom slik analyser innebærer behov for utarbeidelse av forskningsprotokoll og søknad om dispensasjon fra taushetsplikten, søknader til registrene og databehandling og analyse. Flere av de nasjonale helseregistrene har for tiden lang ventetid for utlevering av data.

Som eksempel hadde følgeevalueringen av digital triageringsløsning på fastlegekontor en økonomisk ramme på 1,8 millioner kroner ekskl. mva. Evalueringen gjennomføres på oppdrag fra Helsedirektoratet i perioden 2023-2025. Evalueringen er i hovedsak basert på intervjuer og spørreundersøkelser blant fastleger og andre ansatte på legekontorene som prøver ut løsningen. Et annet eksempel på en følgeevaluering er evalueringen av primærhelseteam, som hadde en økonomiske ramme på 17 millioner kroner ekskl. mva. for perioden 2018-2021. Følgeevalueringen ble gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen bygger på et omfattende datamateriale bestående av registerdata fra en lang rekke registre, intervjuer med listeinnbyggere og pårørende, ansatte på legekontorene og i øvrig helse- og omsorgstjeneste og fagforeninger, samt spørreundersøkelser til listeinnbyggere, ansatte på legekontorene og ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste.

⁴ Aborter innvilget dersom innvilges dersom «det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet».

3. Referanser

- Den norske forleggerforening, 2023. *Norsk oversetterforening*. [Internett]
Available at: <https://forleggerforeningen.no/avtaler-og-jus/avtaler/norsk-oversetterforening/>
[Funnet 2023].
- FHI, 2022. *Dette registreres i Abortregisteret*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abortregisteret---helseregister-ove/>
[Funnet 2023].
- FHI, 2023. *Aborttall for Norge*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/#svangerskapsavbrot-i-2022>
[Funnet 2023].
- FHI, 2023. *Overgang fra Reseptregisteret til Legemiddelregisteret*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/he/reseptregisteret/overgang-fra-reseptregisteret-til-legemiddelregisteret/>
[Funnet 2023].
- Forskningsrådet, 2022. *1,4 milliarder kroner til ni nye sentre for fremragende forskning*. [Internett]
Available at: <https://www.forskningsradet.no/nyheter/2022/14-milliarder-kroner-til-ni-nye-sentre-for-fremragende-forskning/>
[Funnet 2023].
- Forskningsrådet, 2023. *60 millioner kroner til forskning på kvinnehelse*. [Internett]
Available at: <https://www.forskningsradet.no/nyheter/2023/60-millioner-kroner-til-forskning-pa-kvinnehelse/>
[Funnet 2023].
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. *Prop. 63 L. Endringer i helseregisterloven m.m. (Tilgjengeliggjøring av helsedata)*, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, 2012. *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, u.d. § 14. *Godtgjørelse til nemndsmedlemmer*. [Internett]
Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift/oppnevning-av-primær-og-klagenemnd-m.m/-14.godtgjorelse-til-nemndsmedlemmer#506759a8-f5d8-411d-9880-a8aee855a423-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet, u.d. *Fastlegestatistikk*. [Internett]
Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>
[Funnet 2023].
- Helsedirektoratet, u.d. *Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke*, s.l.: s.n.
- Helsenorge.no, 2021. <https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/spontanabort/>. [Internett]
[Funnet 2023].
- KS, 2021. *Vilkår for tilknytning til digitale helse- og omsorgstjenester (DigiHelse)*. [Internett]
Available at: <https://www.ks.no/contentassets/8adb234d0fe24bd9a7c318dd253f2445/Avtale-for-etablering-av-DigiHelse.pdf>
- Oslo Economics, 2022. *Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsepersonellkommissjonen*, s.l.: s.n.
- Regjeringen.no, 2018. *Lover og lovarbeid*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/innsikt/lover-og-lovarbeid/id2006116/>
[Funnet 2023].
- Regjeringen.no, 2021. *Fra januar 2022 vil alle gravide over 35 år få tilbud om NIPT og tidlig ultralyd*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fra-januar-vil-gravide-over-35-ar-fa-tilbud-om-nipt/id2885986/>
[Funnet 2023].

SLV, 2021. *Enhetskostnadsdatabase*. [Internett]

Available at: <https://www.legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/metodevurdering-av-legemidler/dokumentasjon-for-metodevurdering/enhetskostnadsdatabase>
[Funnet 2023].

Statens personalhåndbok, 2023. *Statens personalhåndbok 2023. 10.14.2 Godtgjøring til leder, medlemmer og sekretærer i statlige utvalg*, s.l.: s.n.

THL, 2023. *Induced abortions in the Nordic countries 2021. The number of induced abortions is declining in the Nordic countries*, s.l.: s.n.

UiO, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Oslo Economics, 2021. *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger*, s.l.: s.n.

Vedlegg A Forutsetninger for anslag

Tabell A-1: Forutsetninger for anslag på verdien av tid for abortsøkende og pårørende, 2023.

Brutto månedslønn	kr 58 547
Årslønn	kr 702 567
Skatt	27,3 %
Brutto årslønn inkl. sosiale kostnader	kr 913 337
Netto årslønn ekskl. sosiale kostnader	kr 510 766
Antall timer i et årsverk	1 750
Andel av pasienter som er sysselsatt	75 %
Andel av nemndsmøter som gjennomføres i arbeidstid	100 %

Kilde: SSB-tabell 11418 for brutto månedslønn, KPI-justert til september 2023. Anslag på skatt hentet fra <https://skattekalkulator.app.skatteetaten.no/#/>

Tabell A-1: Forutsetninger for anslag på kostnader ved nemndsbehandling av begjæring om svangerskapsavbrudd, 2023

	Dagens sammensetning av primærnemnd	Foreslått sammensetning av primærnemnd
Nemndsmedlemmer		
Sykehuslege	1 person	1 person
Lege oppnevnt av fylkesmannen (lege som ikke er ansatt på sykehuset)	1 person	Ingen
Jurist (ikke ansatt på sykehuset)	Ingen	1 person
Person med helsefaglig eller sosialfaglig kompetanse (ansatt på sykehuset)	Ingen	1 person
Timekostnad		
Lønnskostnad sykehuslege (inkludert sosiale kostnader)	650 kr	650 kr
Lønnskostnad person med helsefaglig eller sosialfaglig kompetanse (inkludert sosiale kostnader)	350 kr	350 kr
Godtgjørelse for arbeid i møter (nemndsmedlem som ikke er ansatt på sykehuset)	1 425 kr	1 425 kr
Godtgjørelse møteforberedelser (nemndsmedlem som ikke er ansatt på sykehuset)	518 kr	518 kr
Tidsbruk		
Antall minutter forberedelse per nemndsmedlem	20 minutter	20 minutter
Antall minutter arbeid i møtet per nemndsmedlem	40 minutter	40 minutter
Antall minutter reisetid (gjelder nemndsmedlem som ikke er ansatt på sykehuset)	60 minutter	60 minutter

Kilde: Kostnad per time for sykehuslege og helsefaglig eller sosialfaglig kompetanse er hentet fra *Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsepersonellkommissjonen (Oslo Economics)*. Kostnad per time for lege oppnevnt av fylkesmannen er hentet fra *Statens personalhåndbok kapittel 10.14.2 Godtgjørelse til leder, medlemmer og sekretærer i statlige utvalg*.

Tabell A-2: Anslag på kostnader ved nemndsbehandling av begjæring om svangerskapsavbrudd

	Dagens sammen- setning av primærnemnd	Foreslått sammensetning av primær- nemnd
Sykehuslege	650 kr*	650 kr
Lege oppnevnt av fylkesmannen (lege som ikke er ansatt på sykehuset)	1 950 kr	Ingen
Jurist (ikke ansatt på sykehuset)	Ingen	1 950 kr
Person med helsefaglig eller sosialfaglig kompetanse (ansatt på sykehuset)	Ingen	350 kr
Sum	2 600 kr	2 950 kr

*Anslaget er basert på gjennomsnittslønn for leger i sykehus. Dersom legene som sitter i nemnd i hovedsak er overleger, vil lønnskostnaden være noe høyere.

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo