

# Abortverksamheten

till och med graviditetsvecka 12

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2007-131-23

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2007

# Förord

---

Abort under tidig graviditet kan utföras med medicinsk eller kirurgisk metod. Medicinska aborter görs i regel endast t.o.m. nionde graviditetsveckan på grund av att de aktuella läkemedlen vanligtvis inte är effektiva därefter.

Kvinnan har möjlighet att i samråd med läkare, välja den metod som ska användas, om det inte finns medicinska hinder för någon av metoderna. Långa väntetider till abort kan medföra att tidsgränsen för att kunna utföra medicinsk abort passeras och att kvinnan därmed inte längre har någon möjlighet att välja abortmetod.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga landstingens rekommendationer, prioriteringar, behandlingspraxis och väntetider till abort under tidig graviditet. Underlaget till kartläggningen har tagits fram genom en enkät till verksamhetschefer på samtliga enheter i landet där aborter utförs och genom telefonintervjuer med ansvariga personer i landstingen. I rapporten redogörs för resultatet av dessa undersökningar.

Rapporten har utarbetats av en projektgrupp bestående av *Katrin Ekström* (projektledare), *Emma Bergmark*, *Ingrid Ström* och *Maud Lindeberg*, Socialstyrelsen. *Birgitta Ollars* och *Marika Nordström*, Socialstyrelsen har bidragit med underlag till rapporten. Projektets styrgrupp har bestått av *Inger Erlandsson*, *Annika Eriksson*, *Gunilla Rådö* och *Susanne Gullack-Flyrén*, Socialstyrelsen. *Ann Britt Thörn*, Socialstyrelsen har deltagit i planering och lämnat synpunkter på underlaget. En referensgrupp har varit knuten till projektet: *Agneta Argelid* (Karolinska sjukhuset), *Karin Bishop Bondestam* (Akademiska sjukhuset Uppsala), *Viveca Odling* (Läkemedelsverket), *Birgitta S. Olsson* (Socialstyrelsen), *Margareta Pettersson* (Folkhälsoinstitutet), *Catharina Zätterström* (Barnmorskeförbundet), *Ulla Åhs* (Sveriges Kommuner och Landsting), *Margareta Goop* (Mödrahälsovårdsenheten, Karlstad) och *Lena Marions* (Karolinska sjukhuset). Referensgruppen har lämnat synpunkter under projektets gång.

Kjell Asplund  
Generaldirektör



# Innehåll

---

<b><i>Förord</i></b>	<b>3</b>
<b><i>Sammanfattning</i></b>	<b>7</b>
Slutsatser	8
<b><i>Inledning</i></b>	<b>9</b>
<b>Uppdraget</b>	<b>9</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>9</b>
Tillstånd till abortverksamhet	10
Abortprocessen	11
<b>Metod och genomförande</b>	<b>13</b>
Avgränsningar	13
Enkät till verksamhetschefer	14
Telefonintervjuer med landstingen	15
<b><i>Resultat</i></b>	<b>16</b>
<b>Enkätundersökningen</b>	<b>16</b>
Abortenheternas driftsform och finansiering	16
Utförda aborter	17
Abortmedtoder – i landstingen	17
Abortmetoder – i olika driftsformer	19
Väntetider i abortprocessen	20
Abortvården under sommarens semesterperiod	27
De viktigaste orsakerna till väntetider	29
<b>Intervjuundersökningen</b>	<b>29</b>
Landstingsövergripande vårdprogram	29
Mål för tillgänglighet beträffande väntetid	30
Mål eller prioritering av abortmetod	30
Uppföljning	31
<b><i>Diskussion och slutsatser</i></b>	<b>32</b>
Slutsatser	34
<b><i>Bilagor</i></b>	<b>35</b>



# Sammanfattning

---

Abort i tidig graviditet kan utföras med medicinsk eller kirurgisk metod. Medicinska aborter görs i regel endast t.o.m. nionde graviditetsveckan eftersom de aktuella läkemedlen vanligtvis inte är effektiva därefter. Vid tidig abort har kvinnan rätt att välja mellan medicinsk och kirurgisk abort om det inte finns medicinska hinder för någon av metoderna. Långa väntetider till abort kan medföra att tidsgränsen för att kunna utföra medicinsk abort överskrids, vilket innebär att kvinnan inte längre har någon möjlighet att välja abortmetod.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga landstingens rekommendationer, prioriteringar, behandlingspraxis och väntetider till abort under tidig graviditet. Underlaget till kartläggningen består av en enkät till verksamhetschefer på samtliga enheter i landet där aborter utförs. Enkät-svaren avsåg perioden från 1 juli 2005 till 30 juni 2006. De inkomna enkät-terna representerade 95 av totalt 96 enheter som utfört aborter under den aktuella tidsperioden. Underlaget består också av telefonintervjuer med ansvariga personer i landstingen och genomfördes i 17 av 21 landsting (inklusive Gotland).

Flera landsting har som mål att prioritera och öka andelen medicinska aborter. Enligt denna undersökning verkställdes över hälften (57 procent) av de aborter som utförs till och med graviditetsvecka nio med den medicinska metoden. Skillnaderna mellan landstingen är stora och andelarna aborter med medicinsk metod varierar mellan 41 och 83 procent. Kvinnor kan under vissa förutsättningar välja medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet. Femton av landstingen erbjöd kvinnan denna möjlighet.

Väntetider kan uppstå både till det första läkarbesöket då bl.a. graviditetslängden fastställs, till kurator för stödsamtal och till själva utförandet av aborten. Stödsamtalen kan genomföras när som helst under abortprocessen men trots det skulle den totala väntetiden kunna förlängas om det är långa väntetider till kuratorn/beteendevetaren.

Verksamhetscheferna på enheterna ombads att skatta de genomsnittliga väntetiderna i antal dagar under perioden 1 juli 2005 till 30 juni 2006. Den uppskattade totala väntetiden från första kontakt, då tid för läkarbesök bokas, till utförd abort, var generellt sett längst till kirurgisk abort, med ett genomsnitt i landet på 12 dagar (kortast 5 dagar och längst 19 dagar).

De skattade genomsnittliga totala väntetiderna till utförd abort var kortare till både medicinska aborter på vårdenheten, 10 dagar (kortaste landstingsgenomsnitt var 4 dagar och längsta 14 dagar) och medicinska aborter med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet, 8 dagar (kortast 3 dagar och längst 10 dagar), än till kirurgisk abort.

Väntetiden från tidsbokning till det första läkarbesöket var oftast längre än den tid som kvinnan därefter fick vänta på själva aborten. Landstingsdrivna enheter hade ungefär två dagars längre totala genomsnittliga vänteti-

der till samtliga metoder än privatdrivna enheter, vilket främst berodde på att de hade längre väntetider till första läkarbesöket.

Närmare en fjärdedel av vårdenheterna i undersökningen stängdes på sommaren, av dem var flertalet privata. Väntetiden i abortverksamheten uppgavs i undersökningen vara längre på sommaren på 15 procent av enheterna i landet. Det var framförallt i Stockholms län som flera enheter hade längre väntetider än resten av året.

Väntetiderna till stödsamtal var i genomsnitt tre dagar och var något längre i den privata vården än i den landstingsdrivna.

En majoritet av enheterna uppger på en sammanfattande fråga att de inte har några väntetider, trots att verksamhetscheferna har angett väntetider i antal dagar på ett flertal andra frågor i enkäten. De flesta svarade också att väntetiderna sällan eller aldrig påverkar kvinnans möjlighet att välja abortmetod.

De väntetider som ändå förekom ansåg åtta enheter bero på för liten operationskapacitet. Ungefär lika många ansåg att läkarbrist (få läkartjänster eller läkarvakanser) orsakade väntetider, men även brist på sängplatser och barnmorskor kunde ge upphov till väntetider.

Vårdprogram eller motsvarande fanns i hälften av landstingen, medan riktlinjer/rutiner på verksamhetsnivå var vanligare. Det fanns, enligt 62 procent av verksamhetscheferna, en särskild målsättning för väntetider på abortenheten.

## Slutsatser

- Abortverksamhet är att betrakta som akut vård. Målsättningen för all abortverksamhet måste därför vara att ingen kvinna ofrivilligt ska behöva vänta från tidsbeställning till det första läkarbesöket.
- Väntetiden i abortprocessen är olika lång i landstingen men även på olika vårdenheter i samma landsting. Det är angeläget att vårdenheter och landsting vidtar de åtgärder som är nödvändiga för att väntetider som orsakas av vårdenheterna ska kunna kortas. Särskilt under semesterperioder bör samordning inom landstingen, alternativt mellan landsting, ske så att kapaciteten i abortvården bibehålls.
- Behandlingspraxis varierar stort i landet beträffande andelen medicinska aborter och kvinnans möjlighet att genomföra den avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet. Orsaken till detta är inte känd. Av resultaten förefaller det som om kvinnan snabbare kan få en medicinsk abort när den avslutande behandlingen genomförs i hemmet jämfört med när den görs helt på vårdenheten. Med utgångspunkt från att abortverksamhet är akut vård anser Socialstyrelsen därför att möjligheten att genomföra den avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet vid medicinsk abort, där det är lämpligt och då kvinnan så önskar, borde kunna erbjudas i samtliga landsting.

# Inledning

---

## Uppdraget

År 2006 fick Socialstyrelsen, enligt särskilt regeringsbeslut, i uppdrag att inventera och sammanställa landstingens rekommendationer, prioriteringar och behandlingspraxis för abort vid tidig graviditet, d.v.s. medicinsk abort respektive kirurgisk abort, samt kartlägga eventuella väntetider. I uppdraget ingick att undersöka om det finns regionala skillnader. Socialstyrelsen skulle vidare göra en konsekvensbeskrivning samt lämna förslag på eventuella åtgärder. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2007.

## Bakgrund

Gällande abortlag (1974:595) trädde i kraft den 1 januari 1975. Därmed infördes fri abort i Sverige och kvinnor fick möjlighet att själva bestämma om abort till och med graviditetsvecka 18. Vissa ändringar har införts i lagen sedan den trädde i kraft; exempelvis ändrades den åttonde paragrafen till att kvinnan ska erbjudas stödsamtal efter aborten och att det är verksamhetschefen som ansvarar för att hon får erbjudandet.

Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd om hur abortlagen skall tillämpas (SOSFS1989:6). Dessa råd ersattes den 1 september 2004 av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4) om abort. Där tillades bl.a. att en skyndsamhet från första kontakt till utförd abort på enheten är av största vikt och att när kvinnan har bestämt sig för abort bör den utföras snarast möjligt.

Nya abortmetoder har tillkommit sedan abortlagen trädde i kraft 1975. År 1992 började medicinska aborter att komma i kliniskt bruk. Idag kan kvinnor som begär abort under tidig graviditet, om det inte finns medicinska hinder, välja mellan medicinsk och kirurgisk metod. Ett snabbt omhändertagande är en förutsättning för att kvinnan ska få möjlighet att välja metod, eftersom det i praktiken endast är några få veckor som den medicinska abortmetoden är möjlig att använda på grund av de aktuella läkemedlen vanligtvis inte är effektiva därefter.

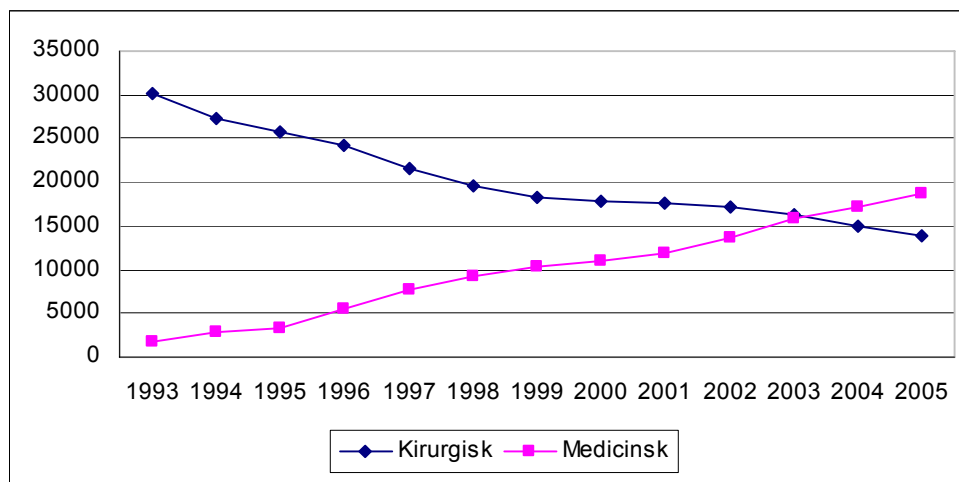
Av abortlagen<sup>1</sup> framgår det att endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort. För medicinska aborter gäller, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, att den inledande läkemedelsbehandlingen med antiprogesteron (ett hormonliknande preparat som bereder livmodern för sammandragningar) ges på ett allmänt sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen har godkänt. Den avslutande läkemedelsbehandlingen med prostaglandin (ett preparat som mjukar upp livmodertappen och underlättar vidgningen av livmoderhalskanalen) kan ges antingen på en vårdenhets eller i hemmet. Avslutande läkemedelsbehandling i hemmet förutsätter att hög

---

<sup>1</sup> Abortlag (1974:595)

patientsäkerhet kan garanteras. Ansvar för genomförandet av den medicinska aborten ligger hos den ansvariga läkaren på den sjukvårdsinrättning där den inledande behandlingen ges.

De medicinska aborterna kom i kliniskt bruk under år 1992. Metoden används i allt större utsträckning. Av det totala antalet aborter är, sedan år 2003, andelen medicinska aborter större än andelen kirurgiska, se figur 1.



Figur 1 Antal utförda aborter i första trimestern (t.o.m. graviditetsvecka 11), efter metod i riket 1993–2005. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

## Tillstånd till abortverksamhet

Abortverksamheten i Sverige ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner.<sup>2</sup> På sjukhusen görs aborter främst på gynekologiska mottagningar. Utöver landstingsdrivna sjukhus är det möjligt även för andra vårdenheter att söka tillstånd för att utföra aborter före utgången av artonde graviditetsveckan.

Socialstyrelsens hantering av en ansökan om tillstånd att i sin verksamhet få utföra tidiga aborter fokuserar på patientsäkerheten. Socialstyrelsen utreder kompetensen såväl hos de läkare som kommer att genomföra aborter som övrig personal. Dessutom granskas om verksamheten kan uppfylla abortlagen och Socialstyrelsens föreskrifter samt om verksamheten har upprättat relevanta instruktioner för säkerställandet av att abortverksamhet kan bedrivas med god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Därefter gör Socialstyrelsen en samlad bedömning av vad som kommit fram i utredningen och fattar sitt beslut att antingen tillstyrka eller avslå tillstånd till den vårdgivare som ansökt att få genomföra tidiga aborter. Ett tillståndsnummer, som ska användas av vårdgivaren vid inrapportering till Socialstyrelsens abortstatistik, lämnas till vårdenheten. Någon uppföljning av beviljad abortverksamhet sker inte rutinmässigt från Socialstyrelsen. Skulle klagomål från enskild person eller en Lex Maria-anmälan inkomma utreds detta enligt gällande bestämmelser.

Det föreligger en inrapporteringsskyldighet om utförda aborter till Socialstyrelsen, enligt lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken, för både de allmänna sjukhusen och de som beviljats till-

<sup>2</sup> Abortlag (1974:595)

stånd av Socialstyrelsen. Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen sammanställer halvårsvis statistik över utförda aborter.

## **Abortprocessen**

Kvinnan kan med ett enkelt graviditetstest själv ta reda på om hon är gravid. En del vänder sig till mödravårdscentral, privat gynekolog, ungdomsmottagning, skolhälsovård, studenthälsa, sex- och samlevnadsmottagningar (SE-SAM) etc. för att få ett graviditetstest utfört och få möjlighet till stöd och rådgivning.

Med förfinad mätteknik, ultraljud, kan man numera mäta graviditeten i veckor och dagar. Uttrycket (12+0) avser således 12 graviditetsveckor plus 0 dagar.

### ***Inför abort***

Vid första besöket på abortmottagningen görs en gynekologisk läkarundersökning, ofta inkluderande en ultraljudsundersökning, för att fastställa graviditetslängden. Kvinnan informeras om tillämpliga abortmetoder och vid behov/önskemål får hon tid för stödsamtal. Kvinnan får också rådgivning om preventivmedel. Slutligen bokas tid för själva aborten.

### ***Kirurgisk abort***

Vid kirurgisk abort vidgas livmoderhalsen och en instrumentell utrymning av livmodern görs. Den kirurgiska metoden, vakuumaspiration, kan användas upp till omkring 12–13 genomgångna graviditetsveckor. Ingreppet tar cirka 15–20 minuter och görs under lokalbedövning eller i lätt narkos. Efter ingreppet får patienten vila några timmar. Hela proceduren tar för patientens del en dag. Vid en kirurgisk abort skall patienten erbjudas en efterkontroll, framför allt för stöd och preventivmedelsrådgivning.<sup>3</sup>

### ***Medicinsk abort***

Med medicinsk abort avses att graviditeten avbryts med läkemedelsbehandling. Den medicinska aborten utförs vanligen fram till graviditetsvecka nio och genomförs i två steg. Aborten inleds dag 1 med en engångsdos av ett antiprogesteron (en substans som bereder livmodern för sammandragningar). Det andra steget startar 36 till 48 timmar efter den inledande behandlingen och innebär intag av ett prostaglandinpreparat (ett preparat som mjukar upp livmoderstappen och underlättar vidgningen av livmoderhalskanalen). Hela processen kan liknas vid ett spontant missfall. En medicinsk abort skall avslutas med en efterkontroll som syftar till att fastställa att aborten är helt genomförd.

### ***Medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet***

I vissa fall kan kvinnan själv utföra steg två i den medicinska aborten, d.v.s. den avslutande läkemedelsbehandlingen med prostaglandin, i hemmet. Detta

---

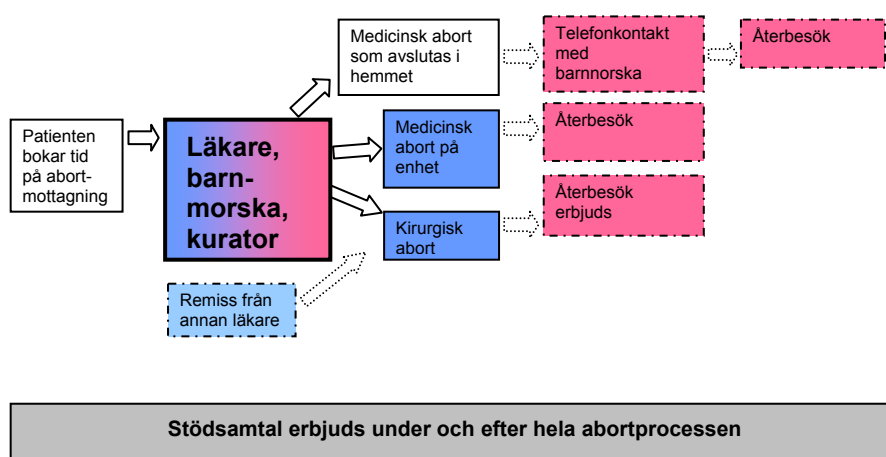
3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4) om abort

är möjligt enligt gällande abortlag då den inledande farmakologiska behandlingen, som gör att graviditeten avbryts, genomförs på en vårdenhhet. Ansvaret för att den medicinska aborten blir genomförd då den avslutas med läkemedelsbehandling i hemmet, ligger hos den ansvariga läkaren vid sjukvårdsinrättningen där den inledande behandlingen ges.<sup>4</sup> Förutsättningen för att steg två i behandlingen kan utföras i hemmet är att ansvarig läkare, i varje enskilt fall, gör en riskbedömning såväl ur ett medicinskt som ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Exempel på krav som abortmottagningar kan sätta upp för att kvinnan ska kunna avsluta aborten med läkemedelsbehandling i hemmet är att kvinnan ska bo närmare än fem mil från enheten, vara svensktalande, inte vara under 18 år, tidigare ha fött barn etc.

### Väntetid

Hur lång tid som har gått innan kvinnan har fattat sitt beslut om abort och kontaktar en abortenhet varierar mellan olika individer. Först när kvinnan vänder sig till en vårdenhhet räknas väntetiden i abortprocessen, oavsett hur långt gången graviditeten är (figur 2). För den enskilda kvinnan kan dock upplevelsen av väntetid i vården ha startat redan då graviditeten bekräftats genom ett test.



Figur 2 Abortprocessen. Tidsbeställning leder till första läkarbesöket på vårdenheten. Efter samråd beträffande val av metod och eventuella stödsamtal utförs aborten. Streckade pilar i figuren indikerar väntetider som ej mäts i denna undersökning

Som framgår av figur 2 finns det flera led i abortprocessen där väntetider skulle kunna uppstå, exempelvis väntan till första läkarbesöket och till utförande av abort. Den totala väntetiden tills aborten är utförd kan variera beroende på abortmetod. Under hela processen fram till aborten kan kvinnan ångra sig eller begära stödsamtal.

Om kvinnan väljer medicinsk abort kan hon i vissa fall få den inledande behandlingen redan vid det första läkarbesöket. Vid val av kirurgisk abort måste ny tid för genomförandet bokas.

<sup>4</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4) om abort

## Stödsamtal

Under hela abortprocessen, före och efter utförd abort, har kvinnan rätt till stödsamtal.<sup>5</sup> Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör stödsamtal ges av en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens.<sup>6</sup>

Inför en abort är det betydelsefullt att kvinnan har tid att tänka igenom sin situation innan hon fattar ett definitivt beslut om att genomgå abort. Kvinnan kan, så länge det är medicinskt möjligt, avbryta abortprocessen. Läkare och barnmorskor på abortmottagningar behöver vara uppmärksamma på ambivalens hos kvinnan som begär abort, även om kvinnan själv inte begär stödsamtal. Några dagars eller kanske ännu längre väntetid fram till aborttillfället, eventuellt i kombination med stödsamtal, kan ge kvinnan ett nödvändigt rådrum. En ambivalens hos kvinnan skulle kunna leda till en förlängd väntetid i abortprocessen, men kan ändå vara av godo för henne.

## Metod och genomförande

Underlaget till föreliggande rapport består av en enkät till verksamhetschefer på enheter som har Socialstyrelsens tillstånd att utföra aborter och på telefonintervjuer med personer med ansvar/kunskap om abortverksamheten på landstingsövergripande nivå.

Syftet med undersökningarna har varit att:

- beskriva abortprocessen
- kartlägga de abortmetoder som används
- kartlägga väntetider i abortprocessen (väntetid till första läkarbesöket, till medicinsk abort på vårdenhet respektive avslutande läkemedelsbehandling i hemmet, till kirurgisk abort och till stödsamtal)
- beskriva abortvården under sommaren
- beskriva viktigaste orsakerna till väntetider
- ta reda på förekomst av landstingsövergripande vårdprogram
- ta reda på förekomst av mål beträffande väntetider
- ta reda på förekomst av mål eller prioriteringar avseende abortmetod

## Avgränsningar

I rapporten beskrivs abortprocessen och väntetiderna utifrån enkätsvaren från verksamhetschefer vid enheter som utför aborter. Det finns även andra vårdinrättningar som kommer i kontakt med kvinnor som begär abort, t.ex. ungdomsmottagningar, mödravårdscentraler eller SESAM-mottagningar. Dessa mottagningar utför i regel inte aborter och har därför inte ingått i kartläggningen.

För att kartlägga abortprocessen och eventuella väntetider ur ett patientperspektiv bör enskilda patienter följas från den första kontakten med vårdinrättningen till utförd abort. Detta har inte tidsmässigt varit möjligt inom ramen

---

<sup>5</sup> Abortlag (1974:595)

<sup>6</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4) om abort

för detta uppdrag. Rapportens kartläggning av väntetider, abortmetoder och övrig behandlingspraxis utgår därför från vårdenheternas uppgifter.

Denna utredning kartlägger endast abortprocessen under tidig graviditet t.o.m. graviditetsvecka tolv. Abortprocessen, se figur 2, avgränsas och definieras i denna rapport som tiden från det tillfälle som kvinnan kontaktar en abortenhet med önskemål om att genomgå en abort till dagen den utförs. För den enskilda kvinnan har det vid hennes första kontakt med abortenheten förmodligen redan gått en tid innan hon fattat sitt beslut att genomgå abort.

## Enkät till verksamhetschefer

Varje vårdenhet eller enskild läkare som har fått tillstånd av Socialstyrelsen att utföra aborter har erhållit ett tillståndsnummer, som enheten/läkaren även anger när den årligen rapporterar antalet utförda aborter till Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen. Ett tillståndsnummer kan representera olika antal utförare, t.ex. en klinik med en eller flera läkare som utför aborter, en klinik med flera geografiskt skilda enheter, en enskild läkare som arbetar ensam eller på klinik med, eller utan, andra tillståndsinnehavare.

Utifrån uppgifter om 134 tillståndsnummer för abortverksamhet som EpC använder för sin statistik, samt kompletterande kontroller av adresser, verksamheter etc. (via bl.a. telefonsamtal) skickades 118 enkäter ut, till verksamhetschefer, i oktober 2006 (se bilaga 1). För att fånga så många tillståndsinnehavare som möjligt sändes enkäterna till verksamhetscheferna på varje aktuell enhet, oavsett vad (person eller enhet) tillståndsnumret avsåg.

Syftet med enkäten var att kartlägga vårdenheternas verksamhet samt väntetider till abort. Frågorna behandlade områdena driftsform, finansiering, antal utförda aborter, mål i abortverksamheten, verksamheten under sommaren, väntetider för patienter som genomgår tidig abort (t.o.m. graviditetsvecka tolv) och orsaker till väntetider. Samtliga svar i enkäten avsåg perioden 1 juli 2005–30 juni 2006.

De inkomna enkäterna granskades och bearbetades statistiskt. Vid beräkning av medelvärden inom landstingen, medelvärden i landet och vid andra sammanställningar har data viktats. Viktningen har baserats på antal utförda aborter inom varje enhet för att ta hänsyn till enheternas olika storlek.

## *Svarsfrekvens och bortfall*

Av de 118 enkäter som skickades till verksamhetschefer på enheter som utför abort inkom 88 besvarade enkäter. Några av dessa vårdenheter innehade fler än ett tillståndsnummer men lämnade ett gemensamt svar. Andra hade ett (1) tillståndsnummer men var uppdelade på flera geografiskt åtskilda enheter. Deras svar har, förutom uppgifter om antal utförda aborter, räknats som flera enskilda enheter. Av de ursprungliga 118 tillstånden hade några enheter upphört eller inte påbörjat sin verksamhet trots att de innehade tillståndsnummer. Några enheter som var aktiva endast under delar av mätperioden ingår inte i undersökningen. Detta ledde till att det sammantaget fanns 96 enheter som utförde abort under hela perioden från 1 juli 2005 till 30 juni 2006. En (1) enkät inkom besvarad till Socialstyrelsen en månad efter att bearbetning av data påbörjats och betraktas därför som externt bortfall. Detta bortfall är en landstingsenhet i Västra Götaland som hade utfört 245 aborter under den ak-

tuella tolv månaders perioden. Eftersom Västra Götaland i övrigt är väl representerat av såväl landstings- som privata vårdenheter anses bortfallet inte vara av den digniteten att det kan påverka analys och resultat. De inkomna enkäterna svarar sammantaget för 95 enheter som utfört aborter under den aktuella tidsperioden.

Det interna bortfallet, d.v.s. enkäter där hela eller delar av frågor inte har besvarats, har granskats. De obesvarade frågorna är oftast av karaktären missad kryssruta *vet ej*, eller uteslutet svar på fråga *om annat, vad?*. De uteblivna svaren har inte funnits vara av sådan karaktär, att det föranleder att övriga data från dessa enheter kan ifrågasättas eller exkluderas. I ett fåtal databearbetningar har det interna bortfallet förorsakat att analys måste göras på färre enheter.

### Telefonintervjuer med landstingen

För att ytterligare belysa uppdragets frågeställningar gjordes telefonintervjuer med företrädare på landstingsövergripande nivå, som ett komplement till enkäten. Syftet med intervjuerna var att få ett övergripande ledningsperspektiv på styrningen av abortverksamheten i landstingen. Landstingsdirektören i samtliga landsting ombads att utse en person som hade det övergripande ansvaret för abortverksamheten i landstinget. Intervjuerna följde en strukturerad frågemall (bilaga 2). De frågor som ställdes i intervjun gällde landstingsövergripande vårdprogram för abortverksamheten, mål för tillgänglighet, d.v.s. väntetider, om de hade landstingsövergripande mål för eller prioritering av abortmetod samt frågor om uppföljning av mål och program.

Telefonintervjuerna kunde genomföras med 17 av 21 landsting (inklusive Gotland). Ett landsting skickade skriftlig information. I flertalet fall gjordes intervjuerna med personer som hade landstingsövergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor generellt (hälso- och sjukvårdsdirektör, strateg, planeringschef, avtalsansvarig etc.), eller mer specifikt för kvinnosjukvård och abortverksamhet (divisionschef, länschef, processledare etc.). I ett par fall gjordes intervjun med verksamhetschefer för en större kvinnoklinik i landstinget. Intervjuerna gjordes under senhösten 2006.

# Resultat

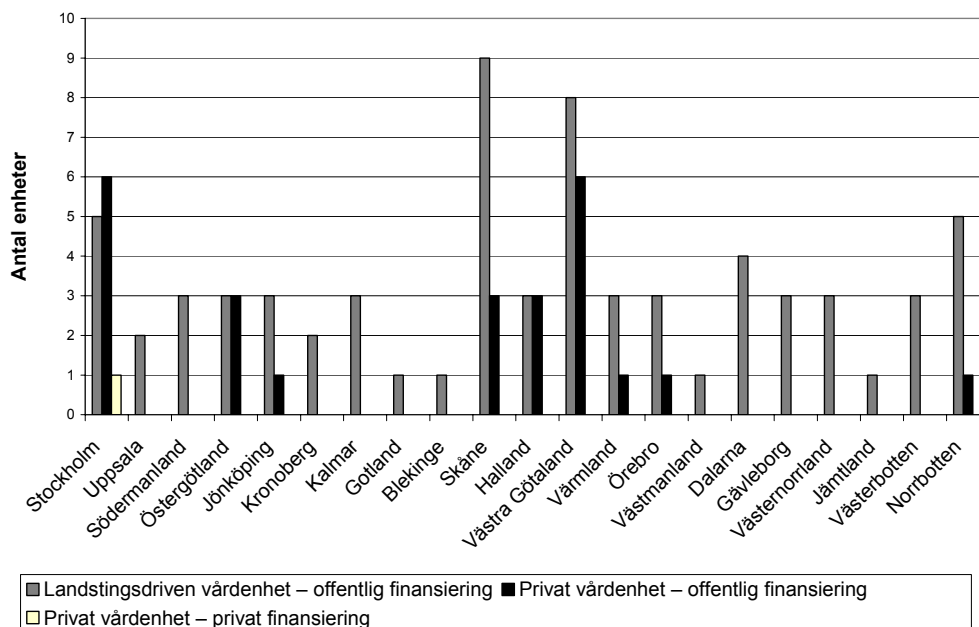
## Enkätundersökningen

Resultatredovisningen baseras på Socialstyrelsens enkät som har besvarats av verksamhetscheferna på de vårdenheter som utför abort i Sverige (bilaga 1). Redovisningen gör det möjligt att jämföra verksamheterna på landstingsnivå. I vissa fall redovisas även resultat uppdelat på landstingsdrivna enheter, privata vårdenheter med såväl offentlig som privat finansiering samt enheter i de tre storstadsregionerna, Stockholm, Västra Götaland och Region Skåne. *Region och kommun* benämns genomgående som *landsting* i denna rapport.

## Abortenheternas driftsform och finansiering

Totalt presenteras 95 vårdenheter i resultatredovisningen. De består av landstingsdrivna och privata enheter med offentlig finansiering. Totalt var 69 av de 95 enheterna landstingsdrivna och 25 var privata enheter med offentlig finansiering. En (1) privat enhet med privat finansiering var verksam i landet och hade tillstånd att utföra aborter under aktuell mätperiod.

I Stockholm var hälften (6) av enheterna privata med offentlig finansiering. Dessutom fanns den enda helt privata abortenheten med privat finansiering i Stockholm. Tolv av de 21 landstingen hade endast landstingsdrivna abortmottagningar. I fyra landsting (Gotland, Blekinge, Västmanland och Jämtland) fanns det under mätperioden endast en vårdenhet som utförde aborter.

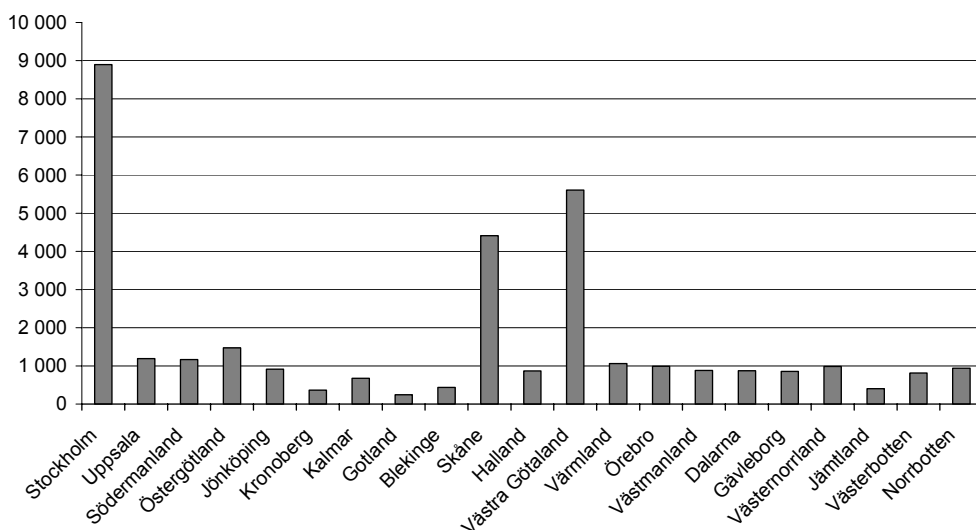


Figur 3 Abortenheternas driftsform. Antal enheter per landsting under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006

Ingen av de enheter som ingår i undersökningen bedriver enbart abortverksamhet. Gynekologi och abort är den vanligaste kombinationen (86 procent). Förlossning, BB, operation, obstetrik och mödravård är andra verksamheter som kombineras med aborter.

### Utförda aborter

Antalet aborter t.o.m. tolfte graviditetsveckan (12+0), som utfördes på de enheter som deltog i undersökningen, var totalt 34 041 under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006. Det antal aborter som rapporterats till Socialstyrelsen under samma period var 33 032 och avsåg de aborter som utförts till graviditetsvecka 11 plus 6 dagar (11+6). Att antalet rapporterade aborter till abortstatistiken och antalet aborter i denna undersökning är olika kan bero på en divergerande graviditetslängd vid insamling av data, eventuell överrapportering i enkäterna eller att aborter inte har inrapporterats till Socialstyrelsen.



Figur 4 Antal utförda aborter, t.o.m. tolfte graviditetsveckan (12 + 0), fördelat på landsting under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006

Figur 4 visar stora skillnader i antalet verkställda aborter i landstingen. I Stockholms län utfördes nära 9 000 aborter, vilket är cirka 26 procent av antalet aborter i Sverige t.o.m. graviditetsvecka tolv. Därefter följde Västra Götaland med dryga 5 000 (16 procent), och Skåne med drygt 4 000 (13 procent) av samtliga aborter, t.o.m. graviditetsvecka tolv. Lägst andel utförda aborter hade Gotland (0,7 procent).

### Abortmedtoder – i landstingen

De flesta enheter utför såväl kirurgiska som medicinska aborter. Sedan år 2004 har enheter, om rätt förutsättningar finns, kunnat verkställa medicinsk abort där kvinnan avslutar den andra delen av läkemedelsbehandlingen i hemmet.

Den största andelen av totala antalet medicinska aborter med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet återfanns i Jämtland (20 procent), tätt följt

av Västerbotten (19 procent). Sex av landstingen, Gotland, Blekinge, Halland, Värmland, Dalarna och Gävleborg, utförde inte medicinsk abort med avslutandeläkemedelsbehandling i hemmet. Kalmar erbjöd det, men utförde ingen sådan abort under mätperioden.

Andelen medicinska aborter som utförs på vårdenhet, t.o.m. graviditetsvecka nio, varierar starkt i landet. Lägst andel hade Stockholm med 39 procent och högst Kalmar med 83 procent.

Som framgår av tabell 1 var 43 procent av aborterna i landet, fram till och med graviditetsvecka tolv, kirurgiska. Mer än hälften av de aborter som utfördes totalt i riket, t.o.m. graviditetsvecka nio, var medicinska som utfördes på vårdenhet (51 procent) och 6 procent var medicinska aborter där den avslutande läkemedelsbehandlingen utfördes i hemmet.

Tabell 1 Antalet aborter t.o.m. graviditetsvecka 12 (12+0) fördelade efter abortmetoder och landsting under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006, i antal och procent av totala antalet aborter

	Medicinsk abort på klinik		Medicinsk abort som avslutas i hemmet totalt		Medicinska aborter i graviditetsvecka (9+1–12+0)		Kirurgisk abort		Totalt antal aborter	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Stockholm	3 427	39	518	6	–	–	4 812	55	8 757	100
Uppsala	593	52	12	1	–	–	539	47	1 144	100
Södermanland	775	65	105	9	–	–	312	26	1 192	100
Östergötland	829	55	237	16	–	–	435	29	1 501	100
Jönköping	676	74	19	2	1	<1	221	24	917	100
Kronoberg	196	54	1	0.3	–	–	166	46	363	100
Kalmar	559	83	0	0	1	<1	115	17	675	100
Gotland	183	75	*	*	1	<1	60	25	244	100
Blekinge	265	60	*	*	–	–	175	40	440	100
Skåne	2 562	62	105	3	105	3	1 370	33	4 142	100
Halland	615	71	*	*	–	–	252	29	867	100
Västra Götaland	2 371	43	295	5	6	<1	2 884	52	5 556	100
Värmland	421	42	*	*	–	–	582	58	1 003	100
Örebro	661	67	62	6	–	–	266	27	989	100
Västmanland	278	32	106	12	–	–	495	56	879	100
Dalarna	284	41	*	*	1	<1	409	59	694	100
Gävleborg	533	64	*	*	3	<1	297	36	833	100
Västernorrland	629	64	64	6	3	<1	291	29	987	100
Jämtland	180	45	83	20	–	–	141	35	404	100
Västerbotten	498	62	153	19	8	1	145	18	804	100
Norrbottn	558	60	107	11	–	–	270	29	935	100
<b>Totalt</b>	<b>17 093</b>	<b>51</b>	<b>1 867</b>	<b>6</b>	<b>129</b>	<b>&lt;0,4</b>	<b>14 237</b>	<b>43</b>	<b>33 326</b>	<b>100</b>

\*Metoden användes ej.

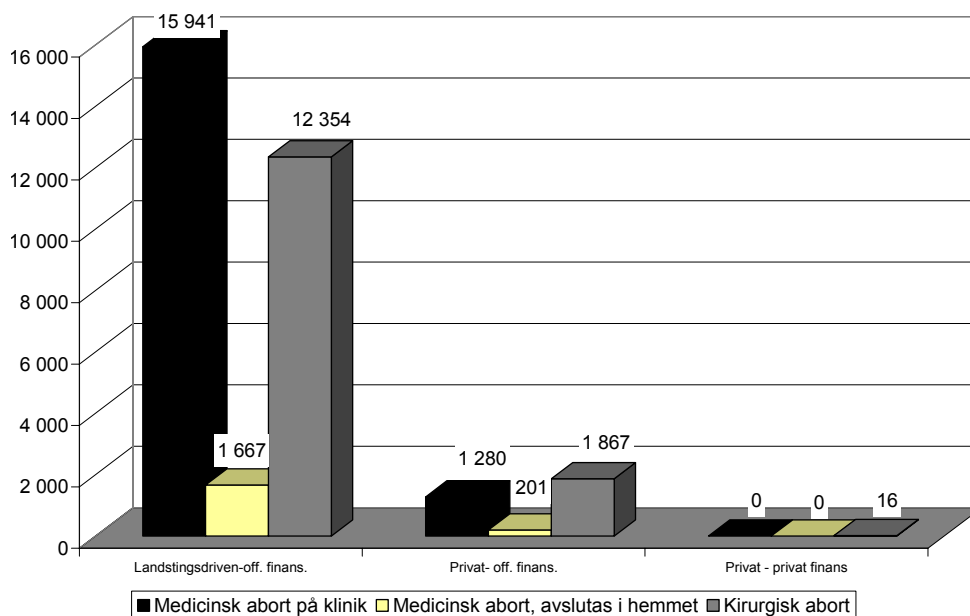
Efter graviditetsvecka nio verkställs som regel endast kirurgiska aborter. Det utfördes dock totalt 129 medicinska aborter fr.o.m. graviditetsvecka nio t.o.m. graviditetsvecka tolv, vilket motsvarar cirka två procent av det totala

antalet aborter mellan nionde och tolfte graviditetsveckan. Skåne utförde 105 och Västerbotten 8 medicinska aborter efter graviditetsvecka nio. Skåne hade en försöksverksamhet under den aktuella perioden, vilket förklarar det stora antalet medicinska aborter efter den nionde graviditetsveckan.

### Abortmetoder – i olika driftsformer

Några enheter saknar eller har liten operationskapacitet och därmed inga eller få kirurgiska aborter. Andra enheter saknar möjlighet att verkställa abort som avslutas med läkemedelsbehandling i hemmet, exempelvis på grund av att de saknar jourhavande barnmorska. Figur 5 visar att de flesta tidiga aborter i landet (15 941) utfördes med medicinsk metod på en landstingsstyrd vårdenhet. Ett mindre antal medicinska aborter (1 667st) påbörjades på en landstingsdriven enhet och avslutades med läkemedelsbehandling i hemmet. Totalt utfördes 12 354 tidiga kirurgiska aborter på landstingsstyrda enheter.

Det omvända gällde för privata vårdenheter med offentlig finansiering, som utförde färre medicinska aborter på vårdenhet (1 280) än kirurgiska aborter (1 867). Antalet medicinska aborter med avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet var få, oavsett finansiering av verksamheten. Den enda helt privata enheten i undersökningen gjorde endast kirurgiska aborter (16).



Figur 5 Antal utförda aborter till och med graviditetsvecka 12 (12+0), uppdelat på metod, landstingsdriven enhet, privat enhet med offentlig finansiering och privat enhet med privat finansiering, under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006

Andelen aborter som avslutas med läkemedelsbehandling i hemmet (sex procent) var lika stor i såväl landstingsdrivna enheter som dess privata alternativ. Däremot var andelen kirurgiska aborter större på privata enheter (56 procent) än på landstingsdrivna (41 procent).

## Väntetider i abortprocessen

Verksamhetscheferna tillfrågades om väntetidernas längd på deras enheter:

- till det första läkarbesöket (antalet dagar från tidsbeställning till läkarbesök)
- till ett första stödsamtal (antalet dagar från patientens begäran om stödsamtal till det första samtalet)
- till medicinsk abort som utfördes på enheten (antalet dagar från det första läkarbesöket till utförandet av den medicinska aborten)
- till medicinsk abort där den avslutande behandlingen med prostaglandin utfördes i hemmet (antalet dagar från första läkarbesöket till utförandet av den medicinska aborten)
- till kirurgisk abort (antalet dagar från det första läkarbesöket till utförandet av den kirurgiska aborten)

För varje väntetid skulle det genomsnittliga antalet dagar under perioden 1 juli 2005 till 30 juni 2006 anges. Enheternas redovisning av den genomsnittliga väntetiden har i en del fall baserats på data från patientjournaler och är i andra fall skattad. Det framgår inte av enkätsvaren hur skattningen är gjord.

Datum för patientens första kontakt registreras i regel inte på enheterna. Detta gör att måttet antal dagar *mellan första telefonkontakt med enheten till första tidsbeställda läkarbesöket* oftast är en skattning som gjorts av den som besvarat enkäten.

För att få en uppfattning om hur mycket väntetiderna kunde variera skulle enheterna även ange den längsta respektive kortaste väntetiden. Det kan röra sig om antingen en enskild patient eller gälla flera patienter. Det framgår inte av enkätsvaren hur stor andel av patienterna som fick vänta den maximala tiden.

Det går inte att addera samtliga uppgifter om olika typer av väntetider för att beräkna en sammanlagd väntetid på enheten. Antalet dagar fram till läkarbesök och antalet dagar till utförande av abort sammanräknas på aggregerad nivå för att beräkna den totala väntetiden. Däremot sker besök för stödsamtal, hos kurator, eller annan beteendevetare, som regel inom väntetiden till såväl läkarbesök som utförande av aborten. Antalet dagar för väntan till stödsamtal går således inte att addera till övriga väntetider.

### *Väntetid till det första läkarbesöket*

Den genomsnittliga väntetiden i landet, från tidsbeställningen till det första läkarbesöket, som rapporterats i enkätsvaren, var 6,4 dagar (tabell 2). Blekinge var det landsting som angav den längsta genomsnittliga väntetiden till det första läkarbesöket, 10 dagar. Den näst längsta genomsnittliga väntetiden till första läkarbesöket rapporterades i Stockholm (8,6 dagar) och den kortaste i Norrbotten (2,5 dagar). Från Kronoberg saknas uppgift om den genomsnittliga väntetiden; dock har de redovisat en maximal väntetid på sju dagar.

Den maximala väntetiden till det första läkarbesöket i de olika landstingen varierade mellan 7 och 21 dagar i de olika landstingen. Nio landsting hade skattade maximala väntetider på 14 till 21 dagar.

Tabell 2 Väntetider från tidsbeställning till ett första läkarbesök. Skattade genomsnittliga väntetider samt de kortaste respektive maximala väntetider i varje landsting, under perioden 1 juli 2005 – 30 juni 2006. Antal svarande enheter samt väntetider i antal dagar

Huvudman	Antal svar <sup>a</sup>	Skattat genomsnitt <sup>b</sup>	Minimal väntetid	Maximal väntetid
Stockholm	10	8,6	0	21
Uppsala	1	7,0	1	14
Södermanland	2	4,9	1	10
Östergötland	6	3,9	0	7
Jönköping	4	5,7	0	20
Kronoberg	0	i.u. <sup>c</sup>	1	7
Kalmar	3	5,3	1	7
Gotland	1	3,5	1	7
Blekinge	1	10,0	3	21
Skåne	9	6,7	0	12
Halland	6	4,0	0	7
Västra Götaland	9	5,4	0	14
Värmland	2	7,1	0	12
Örebro	4	3,8	0	10
Västmanland	1	4,0	1	7
Dalarna	1	6,0	1	7
Gävleborg	2	7,0	0	21
Västernorrland	3	6,7	0	14
Jämtland	1	7,0	0	14
Västerbotten	3	6,1	1	14
Norrbottn	5	2,5	0	7
<b>Riket</b>	<b>74</b>	<b>6,4</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

a Antalet enheter som besvarat fråga om det skattade genomsnittliga antalet dagar från tidsbeställningen till det första läkarbesöket.

b Vid beräkning av medelvärdet inom varje landsting har uppgifterna viktats med avseende på antalet utförda aborter på varje enhet.

c i.u. = Ingen uppgift .pg.a. att frågan ej besvarats.

### Väntetid från det första läkarbesöket till medicinsk abort

Den genomsnittliga tid som patienten fick vänta från sitt första läkarbesök till utförandet av medicinsk abort, var enligt vårdenheternas uppgifter 3,5 dagar för dem som behandlades med prostaglandin på enheten (tabell 3). De längsta genomsnittliga väntetiderna på cirka 6 dagar hade Västernorrland och Västerbotten, medan Norrbotten hade den kortaste genomsnittliga väntetiden på 1,6 dagar.

Medicinsk abort med den avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet utfördes i 15 landsting, och den genomsnittliga väntetiden från det första läkarbesöket till genomförd abort var 1,5 dagar. Den längsta genomsnittliga väntetiden var 4 dagar (Örebro) och den kortaste 0 dagar (Uppsala).

Till medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet, var väntetiderna kortare i nio landsting och längre i tre landsting än till aborter som utfördes på vårdenheten.

I de olika landstingen varierade den maximala väntetiden mellan 5 och 14 dagar till medicinsk abort på vårdenhet och mellan 2 och 14 dagar för medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet. Åtta landsting hade skattade maximala väntetider på 14 dagar till medicinsk abort på vårdenhet medan endast ett landsting hade en maximal väntetid på 14 dagar då den medicinska aborten avslutas med läkemedelsbehandling i hemmet.

*Tabell 3 Väntetider från första läkarbesök till medicinsk abort på vårdenhet och till medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet. Skattade genomsnittliga väntetider samt maximal väntetid uppdelat på landsting. Under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006. Svarande enheter samt väntetider i antal dagar*

Huvudman	Medicinsk abort på enheten			Medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet		
	Antal svar <sup>a</sup>	Skattat genomsnitt <sup>b</sup> (antal dagar)	Maximal väntetid	Antal svar <sup>a</sup>	Skattat genomsnitt <sup>b</sup> (antal dagar)	Maximal väntetid
Stockholm	8	4,1	14	6	0,5	6
Uppsala	2	3,4	8	1	0,0	2
Södermanland	3	2,4	14	3	0,5	3
Östergötland	4	4,0	10	3	3,3	5
Jönköping	4	2,8	12	3	3,4	7
Kronoberg	1	5,0	7	0	i.u. <sup>c</sup>	i.u. <sup>c</sup>
Kalmar	1	2,0	10	2	Ingen utförd	10
Gotland	1	3,5	7	*	*	*
Blekinge	1	4,5	7	*	*	*
Skåne	10	3,3	14	5	3,6	9
Halland	4	3,3	14	*	*	*
Västra Götaland	10	2,9	7	4	0,1	2
Värmland	4	3,8	14	*	*	*
Örebro	4	3,7	14	1	4,0	7
Västmanland	1	4,0	6	1	3,0	6
Dalarna	4	3,6	7	*	*	*
Gävleborg	3	2,2	7	*	*	*
Västernorrland	3	6,1	14	3	1,9	7
Jämtland	1	2,5	5	1 <sup>e</sup>	i.u. <sup>c</sup>	i.u. <sup>c</sup>
Västerbotten	2	6,0	14	2	3,3	14
Norrbotten	5	1,6	7	5	0,8	7
<b>Riket</b>	<b>76</b>	<b>3,5</b>	<b>14</b>	<b>37</b>	<b>1,5</b>	<b>14</b>

*a* Antal enheter som besvarat frågan om det skattade genomsnittliga antalet dagar från patientens första läkarbesök till utförandet av medicinsk abort.

*b* Vid beräkning av medelvärdet inom varje landsting har uppgifterna viktats med avseende på antal utförda aborter på varje enhet.

*c* i.u. = Ingen uppgift p.g.a. att frågan inte besvarats.

*e* Enheten i Jämtland har svarat att den kortaste väntetiden är 0 dagar men inte uppgivit uppskattat genomsnitt eller maximal väntetid.

\* Utförs ej.

### Väntetider från första läkarbesök till kirurgisk abort

Den genomsnittliga rapporterade väntetiden till kirurgisk abort i landet var 5,5 dagar från det första läkarbesöket (tabell 4). Den längsta genomsnittliga väntetiden var 9 dagar (Blekinge) och den kortaste var 2,1 dagar (Västernorrland).

De skattade maximala väntetiderna till kirurgisk abort i de olika landstingen var mellan 7 och 21 dagar. Fjorton landsting hade maxväntetider på 14–21 dagar.

Tabell 4 Väntetider från första läkarbesök till kirurgisk abort. Skattade genomsnittliga antal dagar samt kortaste respektive maximala enskilda väntetiden uppdelat på landsting, under perioden 1 juli 2005 – 30 juni 2006. Svarande enheter samt väntetider i antal dagar

Huvudman	Antal svar <sup>a</sup>	Skattade genomsnitt <sup>b</sup> (antal dagar)	Minimal väntetid	Maximal väntetid
Stockholm	10	5,7	0	14
Uppsala	1	5,0	1	10
Södermanland	3	6,5	1	14
Östergötland	4	4,0	1	7
Jönköping	4	5,8	1	15
Kronoberg	1	7,0	3	14
Kalmar	1	5,0	1	14
Gotland	1	3,5	2	7
Blekinge	1	9,0	7	14
Skåne	8	6,6	1	17
Halland	4	4,4	1	10
Västra Götaland	12	5,6	0	21
Värmland	4	4,9	1	20
Örebro	4	4,9	1	14
Västmanland	1	4,0	1	7
Dalarna	4	6,8	1	14
Gävleborg	2	7,0	1	14
Västernorrland	3	2,1	1	14
Jämtland	1	7,0	1	14
Västerbotten	3	5,7	1	10
Norrbotten	4	2,3	1	7
<b>Riket</b>	<b>76</b>	<b>5,5</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

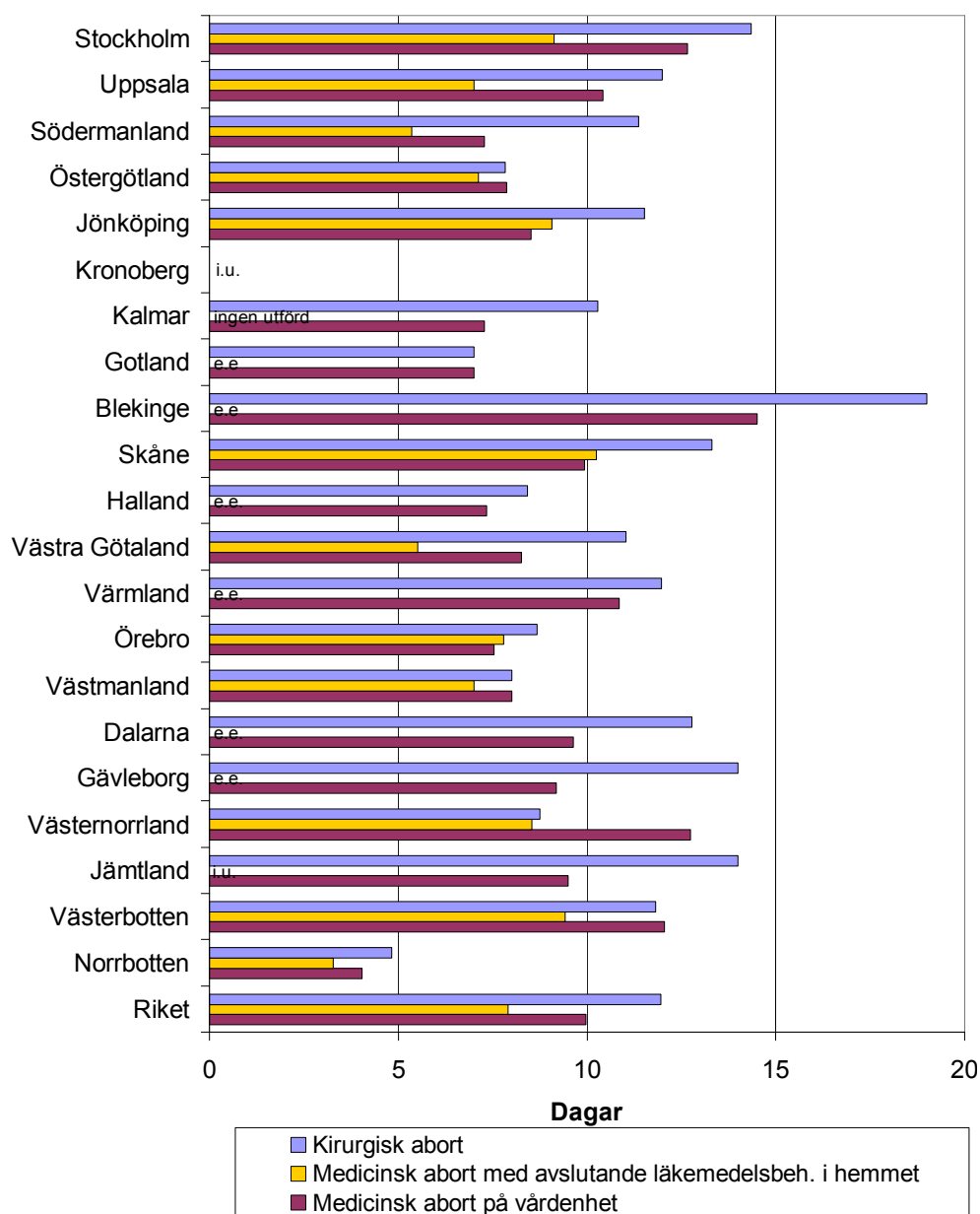
*a* Antal enheter som besvarat fråga om det skattade genomsnittliga antalet dagar från patientens första läkarbesök till utförandet av kirurgisk abort.

*b* Vid beräkning av medelvärdet inom varje landsting har uppgifterna viktats med avseende på varje enhets antal utförda aborter under tolv månadersperioden.

### Total väntetid till abort

Den totala väntetiden är den tid som patienten får vänta från sin första kontakt med vårdenheten då tid bokas till det första läkarbesöket och fram till själva aborten. I figur 6 visas de sammanlagda väntetiderna där det genomsnittliga antalet dagar från tidsbokningen till det första läkarbesöket lagts

samman med det genomsnittliga antalet dagar från det första läkarbesöket till utförandet av medicinsk respektive kirurgisk abort.



Figur 6. Totala väntetider till abort. Skattade genomsnittliga väntetider, uppdelat i landsting, under perioden 1 juli 2005 – 30 juni 2006. Väntetid i antal dagar

Den totala väntetiden har beräknats genom att viktade medelvärden för det första läkarbesöket adderats till det viktade medelvärdet för väntetiden från det första läkarbesöket till abortingreppet. Underlaget är från tabell 2, 3 och 4.

i.u. = ingen uppgift, e.e. = erbjuds ej.

De totala väntetiderna i Kronobergs landsting kan inte beräknas eftersom uppgift om väntetiden till det första läkarbesöket saknas. Väntetiderna från det första läkarbesöket till medicinsk abort på enheten eller kirurgisk abort var i Kronoberg fem respektive sju dagar.

Den rapporterade totala väntetiden till kirurgisk abort var i genomsnitt 12 dagar (6,4+5,5) i landet. För medicinsk abort på vårdenhet och medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet var de totala väntetiderna 10 dagar (6,4+3,5) respektive 8 dagar (6,4+1,5). Väntetiden till det första läkarbesöket var oftast längre än den tid som patienten därefter fick vänta på själva aborten.

Blekinge var det landsting som hade de längsta totala väntetiderna, både till medicinsk och också kirurgisk abort (14,5 respektive 19 dagar). I Blekinge finns endast en vårdenhet och där har verksamhetschefen uppgett att orsaken till de långa väntetiderna är för få läkartjänster. Landstingen med de näst längsta väntetiderna till medicinsk abort var Stockholm och Västernorrland, med cirka 13 dagar, till kirurgisk abort hade Stockholm, Gävleborg och Jämtland 14 dagar. De kortaste totala väntetiderna fanns i Norrbotten med 3–5 dagar till samtliga metoder.

De flesta landsting (15) hade längre totala väntetider till kirurgisk abort än till medicinsk abort. Fyra landsting hade ungefär lika långa väntetider till medicinsk abort på vårdenhet som till kirurgisk abort. Västernorrland däremot var det enda landsting som hade längre totala väntetider till medicinsk abort på vårdenhet (13 dagar) än till kirurgisk abort (9 dagar).

Väntetiderna i de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne har jämförts med väntetiderna i de övriga landstingen tillsammans. De längsta totala väntetiderna till både medicinsk och kirurgisk abort fanns i Stockholm. De näst längsta totala väntetiderna fanns i Skåne, där den totala väntetiden till medicinsk abort på vårdenhet emellertid låg på samma nivå som riksgenomsnittet. Västra Götaland hade de kortaste totala väntetiderna till medicinsk abort, medan den totala väntetiden till kirurgisk abort låg under riksgenomsnittet. Väntetiderna i de övriga landstingen låg under riksgenomsnittet när medelvärdet beräknats för dessa.

### *Väntetid till stödsamtal*

Tid till stödsamtal kan bokas parallellt med övrig tidsbokning till läkare eller barnmorska, dvs. när som helst under abortprocessen om kvinnan önskar detta. Ofta får kvinnan en tid till stödsamtal på samma vårdenhet och inom övrig väntetid. Väntetiden till stödsamtal ska därför inte läggas samman med väntetiden till det första läkarbesöket eller väntetiden till abort.

Den skattade väntetiden till kurator eller beteendevetare var i genomsnitt 2,8 dagar från patientens begäran om stödsamtal. Den längsta väntetiden på 8,5 dagar hade Kalmar. I Gävleborg var väntetiden cirka 1 dag, vilket var kortast i landet. Från två landsting, Gotland och Blekinge, saknas helt uppgifter om väntetider till stödsamtal. Den angivna längsta maximala väntetiden till stödsamtal var 14 dagar.

Frågan om väntetider till stödsamtal besvarades av endast två tredjedelar av vårdenheterna. Det förekommer att privata mottagningar inte har möjlighet att bistå med stödsamtal och därför hänvisar till landstingens vårdenheter. Av enkätsvaren framgår dock inte alltid om enheten har en egen kurator, eller annan beteendevetare, eller om man hänvisar patienten vidare.

Tabell 5 Väntetider från patientens begäran om stödsamtal till det första besöket hos kurator/beteendevetare. Skattade genomsnittliga väntetider samt den kortaste respektive maximala enskilda väntetiden i respektive landsting. Under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006. Svarande enheter samt väntetider i antal dagar

Huvudman	Antal svar <sup>a</sup>	Uppskattat genomsnitt <sup>b</sup> (antal dagar)	Minimal väntetid	Maximal väntetid
Stockholm	6	3,4	0	10
Uppsala	2	1,9	0	3
Södermanland	1	2,0	0	7
Östergötland	3	2,0	0	4
Jönköping	3	3,3	0	7
Kronoberg	0	i.u. <sup>c</sup>	0	2
Kalmar	2	8,5	1	10
Gotland	0	i.u. <sup>c</sup>	i.u. <sup>c</sup>	i.u. <sup>c</sup>
Blekinge	0	i.u. <sup>c</sup>	i.u. <sup>c</sup>	i.u. <sup>c</sup>
Skåne	9	2,8	0	7
Halland	4	3,4	0	7
Västra Götaland	7	2,4	0	7
Värmland	2	2,9	1	7
Örebro	3	2,6	0	10
Västmanland	1	4,0	1	7
Dalarna	4	2,1	0	3
Gävleborg	3	0,7	0	2
Västernorrland	3	3,0	0	14
Jämtland	1	5,0	1	7
Västerbotten	3	2,4	0	7
Norrbotten	4	1,3	1	7
<b>Riket</b>	<b>61</b>	<b>2,8</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

*a* Antal enheter som besvarat fråga om det skattade genomsnittliga antalet dagar från patientens begäran om stödsamtal till det första besöket hos kurator/beteendevetare.

*b* Vid beräkning av medelvärdet inom varje landsting har uppgifterna viktats med avseende på antalet utförda aborter på varje enhet.

*c* i.u. = Ingen uppgift p.g.a. att frågan inte besvarats.

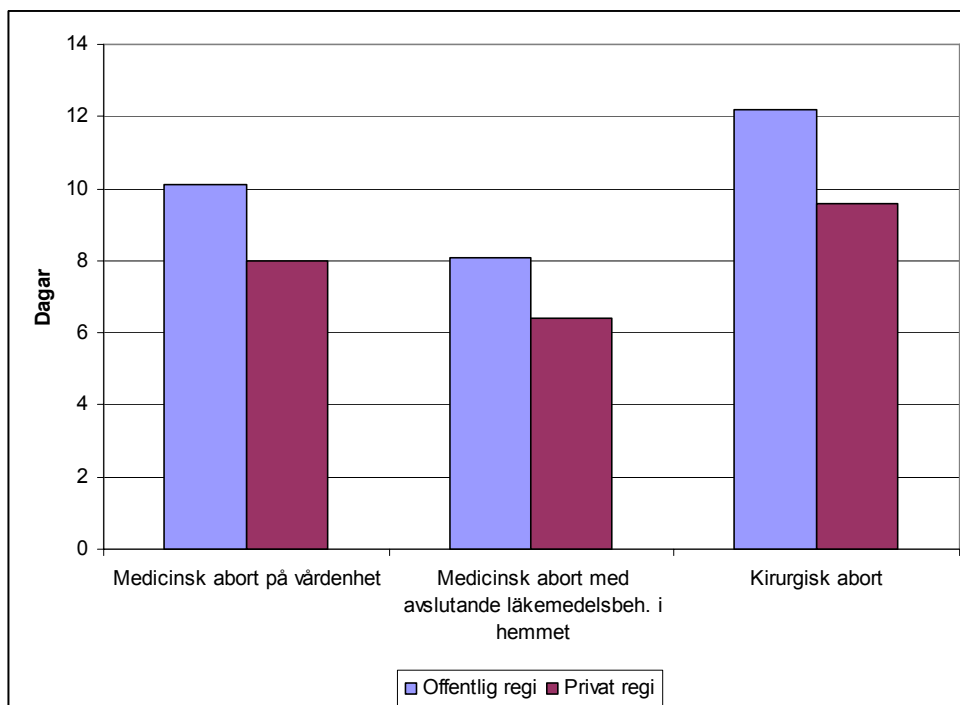
### Väntetidernas inverkan på kvinnans valmöjlighet

Verksamhetscheferna tillfrågades om huruvida väntetiderna påverkade kvinnans möjlighet att välja abortmetod. De flesta, 68–88 procent beroende på vilken väntetid som avsågs, svarade att väntetiderna sällan eller aldrig påverkade kvinnans valmöjlighet eller att de inte hade några väntetider. Det var ingen som svarade att väntetiderna alltid påverkade kvinnans möjlighet att välja metod. Endast en enhet, i Stockholm, svarade att väntetiderna till medicinsk abort ofta påverkade kvinnans valmöjlighet. Som orsak uppgavs sängplatsbrist.

### Driftsform och väntetider

Väntetiderna på vårdenheter i offentlig regi har jämförts med väntetiderna på enheter i privat regi, figur 7. De privata enheterna hade ungefär två dagar kortare total väntetid till både medicinsk abort på vårdenhet och abort som

avslutas med läkemedelsbehandling i hemmet, samt till kirurgisk abort. Det berodde framförallt på att de privata enheterna hade två dagars kortare väntetid till det första läkarbesöket. Däremot hade de privata enheterna något längre väntetider, cirka 0,5 dagar, från läkarbesöket till medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet, samt till stödsamtal.



Figur 7 Väntetider per driftsform. Skattade genomsnittliga väntetider. Under perioden 1 juli 2005–30 juni 2006. Medelvärde för landstingsdrivna enheter och enheter i privat regi i antal dagar. Viktade medelvärden

### Abortvården under sommarens semesterperiod

En helt tydlig bild av vårdenheternas verksamhet under sommarens semesterperiod gavs inte i enkätsvaren. Personalbemanningen på de flesta enheter förändras under sommarsemesterna, vilket kan påverka enhetens kapacitet. Detta tillsammans med att en del enheter stängs några sommarveckor gör att belastningen kan öka på de öppna abortmottagningarna.

Det framgår av tabell 6 att tjugotvå enheter i landet stängde mottagningen under sommarsemestern; enheterna var relativt jämnt fördelade i de tre storstadsregionerna och i landet.

Verksamhetscheferna på 21 enheter i landet har angivit att de utför ett ökat antal aborter under sommarens semestrar. Enheterna är relativt jämnt fördelade i de tre storstadsregionerna och övriga landet.

Verksamhetscheferna på 46 enheter (49 procent) har redovisat *oförändrat antal aborter* på sommaren. Enheterna var relativt jämnt fördelade över landet.

Totalt fem enheter, samtliga i Stockholm, Västra Götaland och Skåne, hade minskat antal aborter, vilket motsvarar fem procent av enheterna i undersökningen.

Tabell 6 Förändringar i abortverksamheten under sommarens semestrar år 2006. Uppdelat i tre storstadsregioner, övriga landet samt totalt i riket i antal och procent

	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landsting		Riket	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ökat antal aborter	3	25	3	21	3	25	12	21	21	22
Oförändrat antal	4	33	5	36	5	42	32	57	46	49
Minskat antal	2	17	2	14	1	8	0	0	5	5
Mottagn. stängs	3	25	4	29	3	25	12	21	22	23
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

För att ytterligare belysa enheternas verksamhet under sommarmånaderna gjordes en uppdelning på enheternas driftsform, se tabell 7. Hälften (50 procent) av de privata enheterna stängde mottagningen under sommarsemestern. Även landstingsdrivna abortmottagningar (13 procent) stängde under sommarens semesterperiod.

Men det var framför allt landstingsdrivna enheter som i större utsträckning (26 procent) än de privata (12 procent), hade ökat antal aborter på sommaren.

Tabell 7 Förändringar i abortverksamheten under sommarens semestrar år 2006. Uppdelat på enheternas driftsform, i antal och procent

	Ökat antal aborter		Oförändrat antal aborter		Minskat antal aborter		Mottagn. stängs		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Landstingsenhet m. off. finansiering	18	26	41	59	1	2	9	13	69	100
Privat vårdenhet m off. finansiering	3	12	5	21	4	17	12	50	24	100
Privat vårdenhet priv. finansiering	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
<b>Riket</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

### Väntetider under sommarens semestrar

Väntetiderna på vårdenheterna under sommarens semestrar redovisas i tabell 8. Totalt uppgav fjorton enheter (15 procent) att de hade längre väntetider på sommaren. I Stockholms län svarade mer än hälften av enheterna, 67 procent, att de hade längre väntetider. I övriga landet uppgav fyra enheter (sju procent) att de hade längre väntetider.

I riket angav 58 enheter (62 procent) att de hade oförändrade väntetider under sommarens semestrar. Endast en abortenhet i Stockholm redovisade oförändrade väntetider. I övriga landet hade merparten av enheterna (73 procent) oförändrade väntetider. Ingen abortenhet i landet uppgav att de hade kortare väntetider på sommarsemestrarna.

Tabell 8 Förändringar i abortverksamheten under sommarens semestrar år 2006. Uppdelat i tre storstadsregioner, övriga landet samt riket totalt, antal och procent

	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga lands- ting		Riket	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Längre väntetider	8	67	1	7	1	8	4	7	14	15
Oförändrade väntetider	1	8	8	57	8	67	41	73	58	62
Kortare väntetider	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mottagn. stängs	3	25	5	36	3	25	11	20	22	23
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

### De viktigaste orsakerna till väntetider

En fråga i enkäten avsåg de viktigaste orsakerna till väntetider i abortprocessen. Flera alternativ kunde väljas.

Av de orsaker till väntetider som angavs var den vanligaste för liten operationskapacitet, (8 enheter) vilket kan påverka väntetiden till kirurgisk abort. Brist på sängplatser (6 enheter) kan innebära längre väntan för såväl kirurgiska som medicinska aborter på enheten. Få läkartjänster (5 enheter) och läkarvakanser (4 enheter) var problem på en del enheter vilket kan innebära att väntetiden till abort ökar, oavsett metod. En enhet svarade att barnmorskevakanser var en orsak till väntetid på deras enhet. Ingen har svarat brist på kurator eller att kuratorsvakanser orsakat väntetid till aborter. Att beställaravtal kan orsaka väntetider för kvinnor som begär abort har två enheter svarat.

De flesta, 68 enheter, svarade emellertid att de inte hade några väntetider.

### Intervjuundersökningen

Intervjuredovisningen bygger på de halvstrukturerade intervjuer som gjordes per telefon med sjukvårdsansvariga i landstingen. Redovisningen av intervjuerna nedan görs utifrån de frågeområden som avser att belysa landstingens styrning av abortverksamheten.

### Landstingsövergripande vårdprogram

Landstingsövergripande vårdprogram för abortverksamheten var inte vanligt förekommande. Om programmen fastställs, görs det som regel av medicinska programråd/motsvarande eller av medicinskt ansvariga för kvinnokliniken, inte av landstingsledningen. Om man med vårdprogram inbegriper PM och riktlinjer som är gemensamma, uppger cirka hälften av landstingen att sådant finns. I några fall finns enbart en vårdenhet som utför abort i länet.

Flera, som uppger att landstinget saknar landstingsövergripande vårdprogram, hänvisar till att det finns på vårdenheterna eller att det är en fråga för verksamhetschefen. Några nämner också att det finns samarbetsgrupper på

såväl länsnivån som sjukvårdsregionen där överenskommelser och riktlinjer för kvinnosjukvård och abortfrågor diskuteras.

### Mål för tillgänglighet beträffande väntetid

Drygt vart fjärde landsting uppger att de har mål som avser tillgänglighet. Mål uppges vara att abort ska utföras senast 1–2 veckor och ingen kvinna som är i graviditetsvecka 8–9 ska behöva vänta. Ett landsting uttryckte målet som att ”ingen ska tvingas söka annan abortklinik på vår förskyllan”.

Flertalet landsting svarar att de inte har några övergripande mål för tillgänglighet beträffande väntetider i landstingets abortverksamhet. Spontant uppger också flera att de har god tillgänglighet till abortverksamhet. Några framför också att de har god tillgänglighet så de har inte sett något behov av nedskrivna mål för väntetider. Flera intervjuade uppger att de har akuttider för aborter. Någon nämner särskilt att detta är ett krav på såväl landstingets vårdenheter som de privata enheter som upphandlas. Kvinnor som hör av sig i graviditetsvecka 8–9 prioriteras. Många uppger att de arbetar flexibelt, och samverkan mellan vårdenheter är ett exempel.

Några landsting uppger andra typer av mål, exempelvis tillgänglighet till ungdomsmottagning – oberoende av besöksorsak – eller att mål för tillgänglighet kan finnas men fastställs i vårdverksamheten, inte landstingsövergripande.

Flera svarar att tillgänglighet till kurator inte är något problem i abortverksamheten. Några landsting nämner att telefonbokning för abort sköts av en kurator och att kvinnan därmed direkt kommer i kontakt med en beteendevetare. Någon nämner att man tidvis har problem med läkartillgänglighet.

Ett par landsting tar upp att de har haft problem med väntetider. Stockholms läns landsting uppger att en kösituation uppstod på en landstingsklinik sommaren 2006, och att man därför satt in åtgärder för att förbättra situationen. Bl.a. har de försökt att förbättra hänvisningen till andra vårdenheter via ”Vårdguiden”. Landstinget i Östergötland uppger att de hade problem med tillgänglighet 2005 men att denna situation löstes genom genombrottsprojekt. Bl.a. infördes mål och ekonomiskt incitament för att de medicinska aborterna skulle prioriteras.

### Mål eller prioritering av abortmetod

Drygt hälften av de intervjuade uppger att landstinget har mål eller prioriterar en särskild abortmetod – den medicinska i samtliga fall. Flera framhåller särskilt kvinnans valmöjlighet.

Mål kan t.ex. vara uttryckt som andel, t.ex. att mellan 50 och 60 procent av aborterna före graviditetsvecka nio ska utföras med den medicinska metoden. Andra landsting har enbart mål för prioritering av typ av abortmetod, den medicinska.

Några som uppger att landstinget inte har mål eller prioritering uppger att den medicinska metoden omnämns i ”positiva” ordalag, t.ex. i program, eller att deltagare i samrådsgrupper m.m. är ”överens om” den medicinska metodens fördelar eller att ”det finns en strävan mot” den metoden. Som skäl till att prioritera den medicinska metoden anger flertalet först och

främst medicinska skäl som färre komplikationer och att metoden är enklare. Andra skäl som några anger är t.ex. att metoden är efterfrågad ger större delaktighet för kvinnan, är kostnadseffektiv och mindre resurskrävande, samt inte beroende av operationskapacitet.

## Uppföljning

Frågor om uppföljning har ställts i anslutning till frågorna om mål och program, och då långt ifrån alla landsting har haft sådana har det inte varit meningsfullt att särredovisa dessa uppgifter. Hur uppföljningen går till kan också ses som en följd av landstingens olika struktur och styrmodeller.

Några landsting nämner avtalsuppföljningar, årliga kvalitets- och produktivtetsuppföljningar, länsträffar och ”kraftsamlingar” för verksamhetschefer. Generellt sett följs andelen aborter, per metod, upp i landstingen. På så sätt kan måluppfyllelse följas upp om ett sådant mål finns.

Vad gäller väntetider tycks uppföljning i allmänhet saknas. Ett landsting uppger att de under en period följt ”ledtider” från första telefonsamtal och gör regelbundna stickprov. Ett par landsting följer väntetiderna månadsvis eller gör stickprov på väntetid. Några uppger ”signalsystem” och ”larmfunktioner” i verksamheten, dvs. att kuratorer och barnmorskor direkt larmar om problem uppstår eller om en patient snabbt behöver vård.

## Diskussion och slutsatser

---

Flera landsting har som mål att prioritera och öka andelen medicinska aborter. Resultat i denna undersökning visar att över hälften (57 procent) av aborterna som utförs till och med graviditetsvecka nio verkställs med den medicinska metoden. Andelen verkställda medicinska aborter varierar allt från 41 procent till 83 procent mellan landstingen. Under vissa förutsättningar kan kvinnor välja medicinsk abort med den avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet, alla landsting erbjöd emellertid inte kvinnan denna möjlighet.

Det kan ha betydelse för kvinnans totala väntetid, fram till utförd abort, hur långt gången hennes graviditet är när hon kontaktar vårdenheten. Efter den nionde graviditetsveckan återstår i regel endast den kirurgiska abortmetoden. I praktiken blir det därför vanligtvis endast några få veckor som den medicinska abortmetoden är möjlig att använda. Det första läkarbesöket, då besked om graviditetens längd och information om abortmetoder ges, bör därför ske utan fördröjning från tidsbeställningen, så att tidsgränsen för att kunna utföra medicinsk abort inte passeras. Detta bör gälla även privata vårdenheter med offentlig finansiering, vilket kan åstadkommas via landstingens avtal med de privata aktörerna. Om kvinnan själv väljer att avvakta eller förlänga väntetiden måste vården vara flexibel nog att klara detta.

Den av verksamhetscheferna skattade totala genomsnittliga väntetiden från patientens tidsbokning till utförd abort var i denna undersökning generellt sett längst till kirurgisk abort (12 dagar). Det var i genomsnitt kortare väntetid till såväl medicinska aborter på vårdenhet (10 dagar) som medicinska aborter där den avslutande läkemedelsbehandlingen tas i hemmet (8 dagar). Väntetiden till det första läkarbesöket var oftast längre än den tid som patienten därefter fick vänta på själva aborten.

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) anförs att vården ska vara *lätt tillgänglig*. För abortverksamhet är det därför rimligt att tid till första läkarbesöket ska ske inom kortast möjliga tid. Av de enheter eller landsting som har mål för väntetider låg dessa oftast på maximalt 14 dagars total väntetid. I några fall var det längre och i andra fall kortare.

Väntetiderna beror troligtvis på en kombination av flera orsaker. Såväl organisation, styrning och mål, som tillgängliga resurser och personal kan inverka. För att få veta mer om orsakerna till väntetiderna är det viktigt att verksamheterna efterfrågar patienternas erfarenheter i utvecklingen av abortprocessen. Detta kan göras med hjälp av en enkät som följer kvinnans väg från den första kontakten med abortkliniken via läkarbesök, kurator, barnmorska etc., till utförandet av aborten. Då kan kunskap om hur, var och varför väntetid uppstått tillföras.

Att det finns en särskild målsättning för väntetider på abortenheten angavs av 62 procent av verksamhetscheferna. Några av de landstingsansvariga anger i intervjuerna att abortverksamheten i deras landsting har god tillgänglighet och att mål inte behövs. Andra har utarbetade vårdprogram.

Väntetider till stödsamtal hos kurator eller annan beteendevetare upplevdes inte av verksamhetscheferna som bekymmersamt. Denna väntetid påverkar oftast inte det totala antalet dagar fram till abort, eftersom stödsamtalen ligger inom tidsperioden fram till utförandet av aborten. Kvinnan kan dock själv begära att skjuta upp aborten om hon behöver fler samtal eller i är övrigt ambivalent i sitt beslut. Väntetiderna till stödsamtal var något längre i den privata vården än i den landstingsdrivna, vilket kan bero på att privata enheter inte har skapat möjlighet att erbjuda stödsamtal, med kurator eller beteendevetare på enheten, utan hänvisar till landstingets kuratorer.

Aborter är att betrakta som akut vård som bör ges snarast möjligt inom en relativt kort tidsperiod efter det att kvinnan begärt abort. Eftersom aborter utförs dagtid och på vardagar kan abortverksamheten planeras på ett annat sätt än förlossningsvården, som måste fungera dygnet runt. Då abortmottagningar stänger på långhelger och semestrar, kan det innebära att köerna blir längre eftersom antalet kvinnor som begär abort inte brukar minska under sommartid eller vid annan ledighet. Ingen abortenhet har för övrigt redovisat att de har kortare väntetider under sommarens semestrar.

I det närmaste en fjärdedel av alla mottagningar i undersökningen stängdes på sommaren, av dem var flertalet privata. Väntetiden i abortverksamheten var längre på sommaren uppgav 15 procent av vårdenheterna i landet. Hur många dagars längre väntetid det är på sommaren ger inte denna undersökning svar på. De längre väntetiderna kan bero på en kombination av den egna enhetens läkar- och barnmorskevakanser på sommaren, och det ökade antalet patienter på grund av andra stängda mottagningar. Det var framförallt i Stockholms län som flera enheter hade längre väntetider än resten av året.

Tre fjärdedelar av enheterna uppgav på en sammanfattande fråga att de inte hade några väntetider trots att verksamhetscheferna hade angett väntetider i antal dagar på ett flertal andra frågor. De flesta uppgav också att väntetiderna sällan eller aldrig påverkade kvinnans möjlighet att välja abortmetod. De väntetider som ändå förekom ansåg åtta enheter bero på för liten operationskapacitet. Ungefär lika många ansåg att läkarbrist (för få läkartjänster eller läkarvakanser) orsakade väntetider. Även brist på sängplatser och barnmorskor ansågs i några fall kunna orsaka väntetider.

Enligt abortlagen<sup>7</sup> är det endast den som är behörig att utöva läkaryrket som får utföra abort. I och med att den medicinska metoden på senare år allt mer kommit att ersätta den kirurgiska metoden, har det inneburit att barnmorskor i större utsträckning blivit involverade, exempelvis med att ge information till kvinnan, övervakning under behandlingen samt uppföljning efter behandlingen. Från flera håll har det framförts att ett sätt att korta väntetiderna skulle vara att barnmorskor, efter kompletterande utbildning/träning skulle få ansvara för hela abortprocessen vid de medicinska aborterna. Huruvida det är lämpligt eller inte att låta barnmorskor utföra medicinsk abort måste utredas utifrån medicinska grunder och med ansatsen att undersöka vilken medicinsk kompetens som är nödvändig för att utföra den medicinska åtgärden i fråga. Denna utredning har inte haft i uppdrag

---

<sup>7</sup> Abortlag (1974:595)

eller för avsikt att utreda behörighetsfrågan. Därför kan resultaten inte utgöra underlag för någon bedömning i den frågan.

Den landstingsövergripande styrningen av abortverksamheten skiljer sig åt i de olika landstingen, bl.a. beroende på skillnaderna i antalet vårdenheter som utför abort. Vårdprogram eller motsvarande fanns i hälften av landstingen, medan riktlinjer/rutiner på verksamhetsnivå var vanligare. Några av de intervjuade hänvisade särskilt till vårdverksamheten och menade att man i deras landsting lägger ett stort ansvar på enskilda verksamhetschefer. De stora variationer i behandlingspraxis som finns i landet tyder också på det. Den relativt ringa förekomsten av landstingsövergripande program och mål tyder på att abortverksamheten inte är en "tung" verksamhet i landstingens totala hälso- och sjukvårdsansvar. Ett par av de intervjuade betonade att program och mål fastslås och följs upp på landstingsövergripande nivå om det efterfrågas av de politiskt ansvariga.

## Slutsatser

- Abortverksamhet är att betrakta som akut vård. Målsättningen för all abortverksamhet måste därför vara att ingen kvinna ofrivilligt ska behöva vänta från tidsbeställning till det första läkarbesöket.
- Väntetiden i abortprocessen är olika lång i landstingen men även på olika vårdenheter i samma landsting. Det är angeläget att vårdenheter och landsting vidtar de åtgärder som är nödvändiga för att väntetider som orsakas av vårdenheterna ska kunna kortas. Särskilt under semesterperioder bör samordning inom landstingen, alternativt mellan landsting, ske så att kapaciteten i abortvården bibehålls.
- Behandlingspraxis varierar stort i landet beträffande andelen medicinska aborter och kvinnans möjlighet att genomföra den avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet. Orsaken till detta är inte känd. Av resultaten förefaller det som om kvinnan snabbare kan få en medicinsk abort när den avslutande behandlingen genomförs i hemmet jämfört med när den görs helt på vårdheten. Med utgångspunkt från att abortverksamhet är akut vård anser Socialstyrelsen därför att möjligheten att genomföra den avslutande läkemedelsbehandlingen i hemmet vid medicinsk abort, där det är lämpligt och då kvinnan så önskar, borde kunna erbjudas i samtliga landsting.

# Bilagor

---

1. Socialstyrelsens enkät till verksamhetschefer
2. Socialstyrelsens frågeunderlag till landstingen

Besvaras och insänds före **19 oktober 2006** till:

**Katrin Ekström**

**HS/UU**

**Socialstyrelsen**

**106 30 Stockholm**

**Tillstånd nr:** \_\_\_\_\_\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Om fler än ett tillståndsnnummer finns inskrivet ovan, ombeds endast **en** ansvarig att besvara enkäten

Besvaras av **verksamhetschef**

Klinikens

namn: \_\_\_\_\_

Landsting: \_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare: (titel, namn, tfn) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1. Driftsform och finansiering

1.1 Hur drivs och finansieras kliniken?

- Offentlig regi med offentlig finansiering
- Privat regi med offentlig finansiering
- Privat regi med privat finansiering

1.2 Vilken typ av verksamhet finns på kliniken?

- Abort- och gynekologiverksamhet
- Enbart abortverksamhet
- Annat

om *annat*, ange

vad: \_\_\_\_\_

## 2. Bakgrundsinformation om aborter på kliniken under perioden 1 juli 2005 – 30 juni 2006

2.1 Hur många aborter upp till graviditetsvecka **12+0** har utförts på kliniken under perioden fr.o.m. 1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006?

antal aborter: \_\_\_\_\_

2.2 Vilka abortmetoder används på kliniken?

- Medicinsk, där prostaglandin-behandlingen utförs **på kliniken**
- Medicinsk, där prostaglandin-behandlingen utförs **i hemmet**
- Kirurgisk

2.3 Ange, i nedanstående tabell, **antal aborter** som utfördes på kliniken, under perioden fr.o.m. 1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006!

Graviditets-veckor	Medicinska aborter där prostaglandin-behandlingen utförs <b>på kliniken</b>	Medicinska aborter där prostaglandin-behandlingen utförs <b>i hemmet</b>	Kirurgiska aborter
– 9+0			
9+0 – 12+0			

## 3. Mål i abortverksamheten

3.1 Finns det vårdprogram för abortverksamheten i landstinget/motsvarande?

- Ja
- Nej
- Vet ej

3.2 Har kliniken lokala PM/riktlinjer/skriftliga rutiner, för abortverksamheten?

- Ja
- Nej
- Vet ej

3.3 Har kliniken **lokala riktlinjer** för prioriteringar av patienter i abortverksamheten?

- Ja
- Nej
- Vet ej

om *ja*, vilka? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.4 Har kliniken kvalitetsmål för abortverksamheten avseende **väntetider**?

- Ja
- Nej

om *ja*, vilka? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. Abortverksamheten under sommarens semesterperioder

4.1 Ange nedan hur **abortverksamheten** påverkas under sommarens semesterperioder.

- Ökat antal aborter
- Oförändrat antal aborter
- Minskat antal aborter

Mottagningen stängs

Annat

4.2 Hur påverkas **väntetiden** i abortverksamheten under sommarens semesterperioder?

Längre väntetider

Oförändrade väntetider

Kortare väntetider

Ej relevant, mottagningen stängs under sommaren

## 5. Väntetider för patienter som genomgår abort, t.o.m. graviditetsvecka 12+0

5.1 Hur lång var väntetiden från patientens **tidsbeställning** till **första läkarbesöket**, under perioden fr.o.m. 1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006?

Max antal dagar: \_\_\_\_\_

Min antal dagar : \_\_\_\_\_

Uppskattat genomsnitt: \_\_\_\_\_

Vet ej

5.1.a Påverkar väntetiderna till **läkarbesöket** kvinnans möjlighet att välja abortmetod?

Vi har inga väntetider

Alltid

Ofta

Sällan

Aldrig

---

5.2 Hur lång var väntetiden från patientens begäran om **stödsamtal** till första besöket hos kurator/beteendevetare under perioden fr.o.m. 1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006?

Max antal dagar: \_\_\_\_\_

Min antal dagar : \_\_\_\_\_

Uppskattat genomsnitt: \_\_\_\_\_

Vet ej

5.2.a Påverkar väntetiderna till **stödsamtal** kvinnans möjlighet att välja abortmetod?

Vi har inga väntetider

Alltid

Ofta

Sällan

Aldrig

---

5.3 Hur lång var väntetiden från patientens första **läkarbesök** till utförandet av **medicinsk abort** där prostaglandinbehandlingen utförs **på kliniken** under perioden fr.o.m.1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006?

**Medicinsk abort:** Max antal dagar: \_\_\_\_\_

(där prostaglandin-  
behandlingen utförs  
på kliniken) Min antal dagar: \_\_\_\_\_

Uppskattat genomsnitt: \_\_\_\_\_

5.3.a Påverkar väntetiderna till **medicinsk abort** där prostaglandin utförs på **kliniken**, kvinnans möjlighet att välja abortmetod?

Vi har inga väntetider

Alltid

Ofta

Sällan

Aldrig

---

5.4 Hur lång var väntetiden från patientens **första läkarbesök** till utförandet av **medicinsk abort** där prostaglandinbehandlingen utförs i **hemmet** under perioden fr.o.m.1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006?

**Medicinsk abort:**  
(där prostaglandin-  
behandlingen utförs  
i **hemmet**)

Max antal dagar: \_\_\_\_\_

Min antal dagar: \_\_\_\_\_

Uppskattat genomsnitt: \_\_\_\_\_

5.4.a Påverkar väntetiderna till **medicinsk abort** där prostaglandin utförs i **hemmet**, kvinnans möjlighet att välja abortmetod?

- Vi har inga väntetider
  - Alltid
  - Ofta
  - Sällan
  - Aldrig
- 

5.5 Hur lång var väntetiden från patientens **första läkarbesök** till utförandet av **kirurgisk abort** under perioden fr.o.m.1 juli 2005 t.o.m. 30 juni 2006?

**Kirurgisk abort:**

Max antal dagar: \_\_\_\_\_

Min antal dagar: \_\_\_\_\_

Uppskattat genomsnitt: \_\_\_\_\_

5.5.a Påverkar väntetiderna till **kirurgisk abort** kvinnans möjlighet att välja abortmetod?

- Vi har inga väntetider
  - Alltid
  - Ofta
  - Sällan
  - Aldrig
-

5.6 Finns det **andra** faktorer än väntetider, som påverkar kvinnans möjlighet att välja abortmetod? Obs! Flera svarsalternativ är möjliga!

- Långt gången graviditet
- Andra medicinska skäl
- Sociala faktorer
- Annat

om *annat*, ange vad: \_\_\_\_\_

## 6. Orsaker till väntetider, från patientens tidsbeställning till utförd abort, t.o.m. graviditetsvecka 12+0

6. Ange de **viktigaste** orsakerna till väntetider från patientens tidsbeställning till utförd abort, t.o.m. graviditetsvecka **12+0**.

Obs! Flera svarsalternativ är möjliga!

- Vi har inga väntetider
- Få läkartjänster
- Få barnmorsketjänster
- Brist på tider för stödsamtal hos kurator
- Läkarvakanser
- Barnmorskevakanser
- Kuratorsvakanser
- Beställaravtal begränsar antalet aborter
- För liten operationskapacitet
- Brist på sängplatser
- Annat

om *annat*, vad: \_\_\_\_\_

7. Övriga synpunkter: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Tack för att du har fyllt i alla frågor! Skicka tillbaka enkäten nu! Svarkuvert är bifogat.**

Besvaras och insänds före **19 oktober 2006** till  
**Katrin Ekström**  
**HS/UU**  
**Socialstyrelsen**  
**106 30 Stockholm**

## Bilaga 2

Landsting..... Intervjuare \_\_\_\_\_  
Namn.....Datum \_\_\_\_\_  
Tfn.nr.....  
Funktion.....

<b>Inledningsfraser.....</b>
------------------------------

**1** Finns det ett *övergripande vårdprogram* för **abortverksamheten** som gäller inom hela ditt landsting/region?

Om nej, gå till fråga 2. ↓

**1.a** Innefattar vårdprogrammet även privata vårdgivare?

**1b** Följer ni upp att vårdprogrammet efterlevs?

Hur? \_\_\_\_\_

**2** Har ni *övergripande mål* för tillgängligheten beträffande **väntetider** inom landstingets/regionens **abortverksamhet**?

Om nej, gå till fråga 3. ↓

Vad? \_\_\_\_\_

**2b** Följer ni upp om dessa mål för väntetider efterlevs?

Hur? \_\_\_\_\_

3 Har ni *övergripande mål* eller *prioriteringar* för **abortmetoder** för hela landstinget/regionen?

Om nej, gå till 4. ↓

3a Om ja, vilken abortmetod prioriteras och hur?

---

---

3b Av vilken anledning prioriteras den metoden?

---

3c Följer ni upp att dessa mål/prioriteringar efterlevs?

Hur? \_\_\_\_\_

**Övrigt:** \_\_\_\_\_

---

**4 SLUT!**





