

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-03-17

Innehållsansvar: Malin Pasanen, (malpa12), Underläkare, ST

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Abort - handläggning och läkemedelsordination

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Vägledning för hantering av patienter vid abort vid olika graviditetstids-der inklusive läkemedelsordinationer.

Efter kontakt via 1177 eller telefon bokas tid för rådgivande abortsamtal till läkare eller ultraljudsutbildad barnmorska efter utebliven mens.

Besök på mottagning

I anamnesen är följande faktorer viktiga att belysa:

- Antal eventuella tidigare förlösningar och aborter samt utfall (för Socialstyrelsens statistik).
- Kontraindikationer såsom överkänslighet mot mifepriston (Mifegyne) eller misoprostol (Cytotec), blödningsrubbnig, binjurebarksinsufficiens, okontrollerad svår astma.
 - Arvet för högt blodtryck och VTE samt tidigare erfarenheter av preventivmedel (för preventivmedelsrådgivning).
 - Livsstil (för preventivmedelsrådgivning).
- Behov av stödsamtal – ambivalens. Erbjud kuratorskontakt.
- Våld i nära relation.

Vid besöket på abortmottagningen ska följande utföras:

- Preventivmedelsrådgivning. Alla kvinnor som inte planerar graviditet i närtid bör ha ett preventivmedel efter besöket. För att uppnå detta erbjuds kvinnan ett snart återbesök till gynnottagningen om

hon inte går hem med effektivt preventivmedel. **Var god se stycket [Preventivmedel efter abort](#).**

- Screening för bakteriell vaginos, klamydia och gonorré ska **erbjudas**. Mykoplasma testas endast om patienten har symtom som kan tala för gynekologisk infektion. Vid kirurgisk abort ska antibiotikabehandling sättas in före operation. Om svar inte föreligger kan man överväga att behandla kvinnan som om hon vore positiv. Se även styrdokumentet [Avbrytande av graviditet – infektions-screening och behandling vid påvisade genitala infektioner](#).
- Gynstatus med angivande gällande uterusstorlek och huruvida retro- eller anteflekterad då detta har stor betydelse vid kirurgisk abort samt behandling.
- Ultraljudsundersökning för att fastställa graviditetslängd.
- Kvinnan har alltid rätt att välja metod såvida den inte är direkt medicinskt olämplig. Medicinsk abort är i de flesta fall den rekommenderade metoden. Från vecka 10+1 ska abort alltid utföras helt på sjukvårdsinrättning.

Avgränsningar barnmorska

Barnmorskan ska ha genomgått godkänd utbildning eller fått utbildning på annat sätt som är jämförligt med ett certifikat. Rådgivande barnmorska ansvarar för att rätt patient bokas.

- **Kvinnan ska vara väsentligen frisk**
- **Kvinnan ska vara över 18 år**
- **Kvinnan ska inte ta läkemedel regelbundet, med undantag för receptfri analgetika, Levaxin eller singelbehandling med SSRI/SNRI**
- **Graviditetslängd till och med vecka 10+0**

I. Medicinsk abort t o m vecka 10+0.

Medicinsk abort kan påbörjas vid positivt graviditetstest enligt nedan:

- Om man konstaterat en intrauterin hinnsäck med foster och/eller gulesäck.
- VEMA (very early medical abortion): icke-konstaterad intrauterin graviditet (hinnsäck utan foster/gulesäck eller graviditet med oklar lokalisation, PUL) och låg misstanke om extrauterin graviditet eller mola (avsaknad av blödning, smärta). **Ultraljudsbild bedöms för överensstämmelse med mensdata.**

- S-hCG tas innan mifepristonintag, svar behöver inte inväntas före administration av Mifegyne. Om S-hCG är > 5 000 – diskutera med specialistläkare.
- Om risken för extrauterin graviditet bedöms som fortsatt låg handläggs patienten enligt VEMA.
- Om risken för extrauterin graviditet ändå bedöms vara ökad, handlägg i stället enligt styrdokument för extrauterin graviditet.
- Informera patienten om att extrauterin graviditet inte är utesluten och vilka symtom patienten behöver söka akut för. Informera även om viss ökad risk för kvarvarande graviditet och vikt av uppföljning.
- Kontrollera S-hCG efter cirka sju dagar och om minskat > 80 % behövs ingen ytterligare kontroll, annars snar bedömning på mottagning.

Behandling

- På gynnottagning: tablett Mifegyne 200 mg, 1 st per oralt.
- Efter 24–72 timmar: tablett Cytotec 0,2 mg, 4 st vaginalt.
 - Om aborten ska utföras på sjukvårdsinrättning kan dessa administreras i hemmet innan ankomst till sjukhuset.
 - Efter ytterligare 3 timmar: ge Cytotec 2 st vaginalt (eller per oralt om kvinnan börjat blöda).
Mellan vecka 9+1–10+0: vid behov ytterligare 2 st Cytotec efter 3 timmar vid utebliven effekt.
 - Smärtlindring bör ges en halvtimme innan administration av första dosen misoprostol – var god se rubriken Analgetika, nedan.

I a. Medicinsk abort i hemmet t o m vecka 10+0

Abort som inleds på sjukhus med intag av mifepriston och fullföljs hemma med administration av misoprostol enligt ovan.

Patienten bör:

- Bedömas vara tillräckligt medicinskt frisk för att genomgå medicinsk abort i hemmet.
- Ha någon myndig närstående med under aborten.
- Kunna förstå instruktioner och göra sig förstådd per telefon.
- Vara > 18 år (undantag kan göras).

I b. Medicinsk abort på sjukvårdsinrättning t o m vecka 10+0

Abort som inleds på sjukhus med intag av mifepriston och fullföljs på sjukvårdsinrättning med misoprostol enligt ovanstående behandling vid abort fram till och med vecka 10+0. Ytterligare Cytotec, 2 st, kan ges efter var 3:e timme om patienten inte börjat blöda (max 12 tabletter/dygn).

Genomförande på sjukvårdsinrättning ska ske:

- Då kriterierna för hemabort inte är uppfyllda.
- Vid patientens önskan.

Patienten observeras tills hon börjat blöda. I de fall patienten inte aborterat på sjukvårdsinrättningen ska hon informeras noggrant innan hemgång. Hon bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymtom eller utebliven blödning.

II. Medicinsk abort fr o m vecka 10+1 t o m vecka 12+0

Behandling

- *På gynnottagning:* tablett Mifegyne 200 mg, 1 st per oralt.
- *Efter 36–48 timmar:*
 - Tablett Cytotec 0,2 mg, 4 st vaginalt. Eventuellt administreras dessa i hemmet.
 - Därefter ges tablett Cytotec 0,2 mg, 2 st var tredje timme om patienten inte aborterat. Maxdos under dagen är 4+2+2+2+2 (12 tabletter).
- Smärtlindring bör ges en halvtimme innan administration av första dosen misoprostol – var god se rubriken Analgetika, nedan.

Om kvinnan inte aborterat under dagen, ordineras ny dos Mifegyne 200 mg 1 st per oralt tillkvällen följt av Cytotec påföljande dag enligt samma dosering som ovan. I andra hand exeres.

III. Medicinskt fr o m vecka 12+1 t o m vecka 21+6

Från och med vecka 18+1 ska ansökan göras till Socialstyrelsens [rättsliga råd](#). Fyll i checklista [Legal abort vid fosterskada](#) när det är aktuellt.

Se [Arbetsbeskrivning för avbrytande som är godkända av Socialstyrelsen](#) och [Checklista senabort](#).

Från vecka 18+1 bör patienten i första hand vårdas på förlossningsavdelningen på grund av blödningsrisk.

Behandling

- På sjukvårdsinrättning: tablett Mifegyne 200 mg, 1 st per oralt.
- Efter 36–48 timmar:
 - Tablett Cytotec 0,2 mg, 4 st vaginalt. Eventuellt administreras dessa i hemmet.
 - Därefter ges tablett Cytotec 0,2 mg, 2 st var tredje timme om patienten inte aborterat. Maxdos under dagen är 4+2+2+2+2 (12 tabletter).
 - Smärtlindring bör ges en halvtimme innan inläggande av misoprostol, var god se rubriken [Analgetika, nedan](#).
- Övriga smärtlindringsmetoder innefattar: PCB, epiduralbedövning och morfin i v. [Se även styrdokument Paracervikalblockad \(PCB\) som smärtlindring vid gynnottagning eller gynavdelning](#).
- Efter fostrets framfödande ges 1 ml Oxytocin 8,3 mikrogram/ml i v [långsamt](#).

Om kvinnan inte aborterat under dagen:

- Ges ytterligare mifepriston 200 mg peroralt till kvällen.
- Avvakta till morgondagen och starta om enligt ovan med 0,8 mg misoprostol vaginalt och upprepa misoprostoladministrationen med 0,4 mg peroralt var tredje timme med ytterligare fyra doser misoprostol.
- Vid utebliven abort upprepa enligt ovan. Alternativt överväg BARD-kateter.

Om placenta inte avgår spontant ska patienten undersökas i gynstol. I de fall man ser placenta kan denna fattas med ringtång eller fingrar och med hjälp av Credés handgrepp försöka lösas spontant. I de fall detta misslyckas men patienten inte blöder kan man avvakta och eventuellt ge ytterligare misoprostol.

Exeres ska utföras om:

- Patienten blöder rikligt.
- Placenta inte avgår trots åtgärder.

Varning!

Vid tidigare sectio eller uteruskirurgi genom myometriet bör risk för uterusruptur beaktas vid graviditetslängd över 18+0. Reducerad Cytotecdos kan övervägas. Särskild uppmärksamhet ska iakttas vid utdraget förlopp.

- Tablett Cytotec 0,2 mg, 2 st vaginalt var sjätte timme. Det kan ökas efter ett dygn om behandlingen inte gett effekt.

Laktationshämning fr o m graviditetsvecka 15+0:

Ofta fungerar lindning av bröstet samt en tight sport-BH. Annars kan tablett Dostinex 0,5 mg, 2 st peroralt inom 24 timmar övervägas. Observera att patienten ska vara cirkulatoriskt stabil och inte lida av obehandlad psykos. Alternativt tablett Pravidel 2,5 mg, 1 st två gånger dagligen i samband med morgon- och kvällsmålen under 14 dagar.

Rh-profylax

Rh-profylax ska ges till alla Rh-negativa kvinnor med graviditetslängd på minst 12+0 vilka bär på ett Rh-positivt foster, eller foster med okänd Rh och vilka inte redan är RhD-immuniserade. Vid instrumentell utrymning av livmodern (VEX eller aspirationskit) ska Rh-profylax ges oavsett graviditetslängd. Injektion Rhophylac 1 500 IE i förfylld spruta i m. Se styrdokument [Rh-profylax inom kvinnosjukvård](#).

IV. Kirurgisk abort t o m vecka 12+0

Behandling

- Rekommenderas inte tidigare än vecka 7+0.
- Rh-profylax (injektion Rhophylac 1 500 IE i förfylld spruta i m) ska ges till alla Rh-negativa kvinnor som bär på ett Rh-positivt foster, eller foster med okänd Rh och som inte redan är RhD-immuniserade.

Förbehandling inför farmakologisk cervixdilatation – gäller alla patienter

Cytotec, 0,4 mg sublinguallt eller vaginallt tre timmar preoperativt, **skickas med patienten**. Om Cytotec-tablett har glömts eller kommit ut inom 60 minuter, ge ny dos Cytotec 0,2 mg vaginallt alternativt sublinguallt på dagkirurgiska avdelningen. Operatör meddelas.

Ordinationsmall i läkemedelsmodul finns.

Oxytocin 8,3 mikrogram/ml i v kan ges vid behov under operationen vid dålig uteruskontraktion.

Vid kirurgisk **abort** ska man förvissa sig om att graviditeten är avslutad.

Vid osäkert abortutbyte kan detta ske med ultraljudsundersökning i omedelbar anslutning till operationen.

För samtliga ovanstående handläggningar gäller:

Analgetika i samband med medicinsk **abort**

Smärtlindring bör ges en halvtimme innan administration av misoprostol.

400 mg Ibuprofen kombineras initialt med **Paracetamol 500 mg, 2 st.**

Därefter ges paracetamol samt ibuprofen. Eventuellt tillägg av

Oxycodone 5 mg kan ges vid behov eller om kontraindikation mot

NSAID föreligger. Vid abort på sjukhusinrättning kan ytterligare

smärtlindring ges. Se ordinationsmall i läkemedelsmodulen.

Vid hemabort skickas läkemedel med hem i form av:

- Ibuprofen 3 st á 400 mg.
- Paracetamol 6 st á 500 mg.
- **Oxycodone** 2 st á 5 mg.

Uppföljning efter abort

Effekten av misoprostol ska utvärderas. Patienten bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymtom eller utebliven blödning vid hemabort. Graviditetstest (med 2000mIU/ml känslighet) skickas med alla och test ska utföras 2-3 veckor efter behandling. Om fortsatt positivt graviditetstest så ska kvinnan kontakta gynmottagning och få komma på kontroll. Vid fortsatt graviditet erbjuds patienten kirurgisk abort alternativt kan hon erbjudas en ny medicinsk abort efter eget önskemål och medicinsk bedömning.

Preventivmedel efter **abort**

Vid medicinsk **abort** kan hormonell antikonception påbörjas samma dag eller dagen efter misoprostolbehandlingen. Spiral kan sättas **inom 48 timmar** efter medicinsk **abort vid graviditetslängd till och med vecka 9+0.**

Samtliga hormonella metoder bör påbörjas direkt efter kirurgisk abort.

Vid kirurgisk abort kan spiral sättas in vid operationen.

Önskas insättning av spiral eller p-stav på BMM kort efter abort kan detta ske i särskilda fall efter direktkontakt med berörd mottagning.

Hantering av foster

Se styrdokument [Dött foster till och med vecka 21+6 – omhändertagande](#).

ICD-10

Diagnoskoder

O04.1	Legal abort, inkomplett, komplicerad med blödning
O04.3	Legal abort, inkomplett, komplicerad med infektion
O04.5	Legal abort, komplett med infektion
O04.9	Legal abort, komplett eller icke specificerad utan komplikation
O04.9A	Legal abort t o m graviditetsvecka 9+0
O04.9B	Legal abort fr o m graviditetsvecka 9+1 t o m vecka 12+0
O04.9C	Legal abort fr o m graviditetsvecka 12+1 t o m vecka 18+0
O04.9D	Legal abort fr o m graviditetsvecka 18+1 t o m vecka 22+0
O04.9E	Legal abort fr o m graviditetsvecka 22+1
O08.9	Komplikation efter abort, extrauterin graviditet och mola, ospecificerad
O35.9 + O04.9	Legal abort på grund av fosterskada
Z64.0	Abortrådgivning

Z09.8 + O04.9 Kontroll efter legal abort

Operationskod

MBA00 Exceres med vakuumaspiration

Åtgärds-koder

DL005 Förbehandling inför farmakologisk (medicinsk) abort
(Mifegyne)

DL006 Inledande av farmakologisk (medicinsk) abort (Cytotec)

DT023 Medicinsk cervixuppmjukning inför kirurgisk abort
(Cytotec)

Referenser

ARG-rapport nr 78, 2018, [Inducerad abort](#)

[Abortlagen](#), SFS 1974:595, ändring 1980:222. 1995:660

[SFOG-råd Medicinska råd Inducerad abort](#)

[Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 2009:15\(M\)](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Malin Pasanen, (malpa12), Underläkare, ST

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-4

Version: 20.0

Giltig från: 2026-03-17

Giltig till: 2028-03-31