

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Giltig från: 2025-09-15

Innehållsansvar: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef

Giltig till: 2027-09-15

Granskad av: Therése Eriksson, (theer), Sektionsledare

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Abort

Revideringar i denna version

2024-01-18 rutin reviderad i sin helhet, mestadels under stycke

Utförande av *mycket tidig abort (VEMA)* och *Utförande medicinsk abort v 10+1 - 12+0*.

2024-03-27 rutin reviderad i sin helhet under stycke *Blödning vid abort på avdelning*. Intervall mellan Mifepristone och Cytotec för abort mellan v.10+1 - 21+6 är ändrat till: 24-48 timmar.

2024-09-19 revidering gjord under stycke Omhändertagande av foster.

2024-10-10 uppdaterade länkar och ändrat stycke under kirurgisk abort, efterkontroll.

2025-01-23 revidering gjord under stycke Överflyttning av patient från gynekologi till obstetrikavdelning.

2025-06-13 tillägg kirurgisk abort kan göras i undantagsfall upp till v 14+0.

2025-09-10 förtydligande ang veckor för kirurgisk abort samt fotografering av foster.

Innehåll

Abort	1
Revideringar i denna version	1
Syfte	2
Utförande	2
Utförande tidig medicinsk abort/hemabort <10+0	3
Utförande av mycket tidig abort (VEMA).....	5
Utförande medicinsk abort v 10+1 - 12+0.....	6
Kirurgisk abort v 7+1 - 13+0	8

Utförande sen medicinsk abort 12+1 - 21+6	10
Hämning av mjölkproduktion	12
Komplikationer under och efter abort.....	13
Ansvar	15
Uppföljning, utvärdering och revision.....	15
Relaterad information	15
Granskare/arbetsgrupp	17
Bilaga 1	18

Syfte

Rutinen beskriver hur abortvård ska bedrivas inom verksamhetsområde Kvinnosjukvård/område 1/SU och baseras på Abortlagen, Socialstyrelsens riktlinjer för abortvård SoS 2009:15, klinikens Ledningssystem för Abortverksamheten samt rekommendationer från SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi).

Utförande

Abortmetoder

Medicinsk abort är förstahandsalternativet i samtliga graviditetsveckor.

Medicinsk abort är den enda metoden som används <7+1 och >13+0 på grund av högre medicinsk säkerhet än vid kirurgisk abort.

I vecka 7+1 - 13+0 kan även kirurgisk abort göras (kan sträckas till >14+0 i särskilda fall handlagt av spec.läk), hänsyn ska tas till patientens eget önskemål och anamnes. Vid följande tillstånd ska kirurgisk abort övervägas:

- Psykisk sjukdom eller ångest
- Ökad blödningsbenägenhet eller Hb <90
- Pågående missbruk
- Kronisk smärta
- Tidigare sexuella övergrepp
- Tidigare negativ erfarenhet av medicinsk abort
- Svåra sociala förhållanden
- Intellektuell funktionsnedsättning

Åtgärder vid besök på Abortmottagning alternativt öppenvårdsmottagning

- Anamnes = abortjournal enligt Melior-mall
- Gynekologisk undersökning + ultraljud
- Särskild utredning och ansökan till Socialstyrelsen om graviditetslängd 18+1 - 21+6. Medicinskt utlåtande av läkare och psykosocialt av kurator
- Erbjudna screening för klamydia och gonorré samt cellprovtagning om det är oklart om det tagits enligt screeningprogrammet
- Vid klinisk bild som vid bakteriell vaginos insätts behandling mot detta
- Utökad STI-provtagning vid behov
- Erbjudna preventivmedelsrådgivning
- Långtidsverkande preventivmedel är förstahandsalternativ efter abort
- Erbjudna alla patienter kuratorkontakt. Kurator kopplas alltid in vid patienter <15 år
- Hb
- Blodtryck
- Puls
- Kroppslängd
- Kroppsvikt
- Blodgruppering vid kirurgisk abort och medicinsk abort från v 9+1
- BAS-test vid VEX efter sen medicinsk abort samt vid misstanke om mola.

Utförande tidig medicinsk abort/hemabort $\leq 10+0$

Aborten kan utföras i hemmet eller polikliniskt.

Kriterier för hemabort:

- Över 18 år
- Patienten ska ha en vuxen person >18 år med sig som stöd under abortdagen (cytotecdagen).
- Patienten eller stödpersonen ska kunna göra sig förstådd per telefon.
- Om patienten är <18 år kan hemabort göras om förälder/vårdnadshavare samtycker till detta.

- Ej ha särskilda riskfaktorer såsom blödningsbenägenhet eller Hb <100.

Förbehandling med Mifepristone

1 tablett Mifepristone 200 mg per os i sjuksköterskas/barnmorskas/läkares närvaro.

Cytotecdagen

24-72 timmar efter Mifepristone.

4 tabletter Cytotec 0,2 mg vaginalt, tas i hemmet eller på avdelning.

Om blödning inte uppstått eller endast en sparsam blödning ses efter 3 timmar ges ytterligare 2 tabletter Cytotec 0,2 mg vaginalt.

Kvinnor gravida mellan 9+1 - 10+0 får en tredje dos att ta vid behov efter ytterligare 3 timmar om blödningen fortfarande inte startat.

Smärtlindring

Grunddos: enligt mall i läkemedelsmodulen. Dygnsdos skickas med vid hemabort.

Vid behov: Vid hemabort får patienten även med sig 3 st K. Oxynorm 5 mg, vilket är maxdos för ett dygn

Vid abort på sjukhus kan (förutom K. Oxynorm 5 mg) värmedyna, TENS, injektion Morfin 5-10 mg s.c/i.m, PCB eller EDA erbjudas.

Kriterier för hemgång

- Fått sedvanlig hemgångsinformation
- Ha ätit och druckit något under dagen
- Vara adekvat smärtlindrad, VAS/NRS <3
- Ha normal blödning
- Kapillärt/venöst Hb ska vara >110 g/L
- Vara godkänd på O-NEWS2-kontroller (=0 poäng)

Vid avvikande Hb-värde eller upprepat avvikande O-NEWS2-kontroller (trots adekvat insatta omvårdnadsåtgärder) kontaktas avdelningsansvarig abortläkare. Det krävs i så fall att denne godkänner patientens hemgång trots avvikande värden.

Efterkontroll

För att säkerställa att aborten har lyckats tas graviditetstest (1000 IU/L) ca 3 veckor efter aborten. Graviditetstestet skickas med från abortmottagningen alternativt avdelning 313.

Muntlig och skriftlig information ges enligt rutin innan hemgång. Patienten ombeds vara observant på att graviditetssymtom försvinner inom 7-10 dagar, att blödning pågått 3 dagar i rad och att graviditetstest är negativt efter 3 veckor. Om något av dessa kriterier inte är uppfyllda ombeds patienten att kontakta abortmottagningen.

Uppföljning

Återbesök kan erbjudas till barnmorska för uppföljning av aborten samt preventivmedelsrådgivning. Återbesöket kan ske vid annan barnmorskemottagning, detta ska dokumenteras i abortjournalen. I så fall skickas journalkopia för att säkerställa att överlämning har skett. Återbesöket bokas lämpligen efter 1-4 veckor.

Vid följande tillfällen kan det vara beaktningsvärt att erbjuda återbesök:

- om patienten är i behov av mer information om preventivmedel
- om det finns misstanke om att patienten inte kan förstå den skriftliga instruktionen för graviditetstestet eller om patienten inte kan göra sig förstådd per telefon

Barnmorskan dokumenterar planerad uppföljning i samt att graviditetstest är medskickat.

Skyndsam läkarkontroll skall göras om patienten:

- har positivt graviditetstest 1000 IU/l) efter 3 veckor
- har kvarstående graviditetssymtom 7-10 dagar efter aborten
- blöder färre än 3 dagar i rad efter aborten

För omvårdnadsrutiner se [Checklista abort.docx \(vgregion.se\)](#)

Utförande av mycket tidig abort (VEMA)

VEMA står för Very Early Medical Abortion.

Om gulesäck eller foster är synligt är det en intrauterin graviditet och handläggs utifrån fastställd graviditetsvecka.

Vid enbart upplärning i fundus eller förtjockad slemhinna är intrauterin graviditet INTE säkerställd. Om man ser denna ultraljudsbild, patienten är <6+0 enligt sista mens och inte har några symtom på extrauterin graviditet eller annan patologisk graviditet såsom blödning, buksmärta eller tecken till extrauterin graviditet på ultraljud är risken för extrauterin graviditet låg. Följande handläggning (VEMA) är då möjlig

- Kontrollera graviditetstest.
- Informera noggrant (vilka symptom patienten bör söka akut för).
- Ta S-hCG på Mifepristone-dagen före intag av tabletten.

- Kontrollera S-hCG efter 1 vecka.
- Om konc.fall >80% ingen ytterligare kontroll.
- Om ej adekvat HCG-fall: snar gynekologisk undersökning.

Om första S-hCG är >5000 ska fallet diskuteras med specialistläkare. T.ex. kan synlig stor hinnsäck och högt S-hCG utgöras av en missed abortion och kan fortsatt handläggas som en mycket tidig abort. Vid dålig överensstämmelse mellan ultraljudsbild, symtom och grav-längd enligt SM ska patienten istället handläggas enligt rutin för extrauterin graviditet, missfall eller mola.

Om patienten har symtom eller riskfaktorer för extrauterin graviditet, missfall eller mola eller om ultraljudsbilden och sista mens-data inte alls överensstämmer bör patienten istället utredas för patologisk graviditet enligt rutin för extrauterin graviditet, missfall eller mola.

Utförande medicinsk abort v 10+1 - 12+0

Aborten görs alltid polikliniskt på avd och ej i hemmet.

Förbehandling med Mifepristone

1 tablett Mifepristone 200 mg per os i sjuksköterskas/barnmorskas/läkares närvaro.

Cytotec: Intervall mellan Mifepristone och Cytotec: 24-48 timmar
4 tabletter Cytotec 0,2 mg vaginalt tas i hemmet klockan 06:00 eller där behov finns på sjukhus kl. 07.00).

Därefter ges T Cytotec 0,2 mg, 2 st var 3:e timma vaginalt alternativt sublinguallt (vid riklig blödning) tills abort (foster + placenta), max 4 gånger.

Patienten får äta och dricka fritt fram tills dess att foster eller placenta avgår, därefter svälter patienten fram tills att blödningsobservation avslutas helt. Svält kan vara indicerat även tidigare, om riklig blödning uppstår. Det finns ingen exakt mängd för vad som menas som en riklig blödning. I bedömningen får faktorer så som om patient haft rikligare blödning innan foster/placenta avgår, tidigare rikliga blödning i samband med abort/förlossning mm vägas in. Ett riktmärke kan dock vara en blödning på 500ml. I de fall där blödning bedöms som mer riklig ska avdelningsläkare kontaktas och informeras. Blödningsobservation pågår i minst 1 h efter att patienten genomgått komplett abort. Fysisk inaktivitet kan förlänga tiden tills dess att en eventuell blödning upptäcks, så patienten bör uppmuntras till fysisk aktivitet. Blödningsobservationen kan sedan förlängas vid behov.

Om placenta ej avgår inom 1 h efter att patienten aborterat foster skall patienten bedömas i gyn-stol för att kontrollera om placenta med lätthet kan plockas ut under undersökningen. Om placenta ej avgår trots adekvata åtgärder kontaktas avdelningsläkare, för ställningstagande för fortsatt åtgärd.

Om patienten ej aborterat foster eller placenta efter en dag med Cytotecbehandling skall ställningstagande tas i samråd med patienten till om patienten ska fortsätta med medicinsk abort eller genomgå VEX istället.

Vid VEX

Patienten stannar kvar på avdelningen och fastar inför VEX samma dygn eller nästa dag.

Ordineras 2 st T. Cytotec 0,2 mg vaginalt klockan 06:00.

Operationsanmälan görs på morgonen av avdelningsansvarig läkare.

Vid fortsatt medicinsk abort

Patienten kvarstannar på avdelningen.

Ordineras T Mifepristone 200 mg p.o. vid midnatt.

Ordineras Cytotec och smärtlindring enligt ovanstående schema för nästkommande dag.

OBS! Om det finns misstanke om att patienten har aborterat utan att personalen har sett foster eller placenta ska patienten undersökas med vaginalt ultraljud av läkare eller UL-utbildad barnmorska.

Särskild rutin när avdelning 313 inte har nattöppet

- Patienten informeras vid första besöket att hon kommer att få göra VEX om hon ej har aborterat klockan 15:00 Cytotecdagen.
- Hon får äta fram till 08:30, efter dess endast klara drycker.
- Patienten hålls svältande från klockan 11:00.
- Om patienten ej har aborterat klockan 14:30 tas ställning till VEX av tjänstgörande ”abortläkare” som vid behov utför VEX. Operationsanmälan görs av operatör.
- **OBS!** Blodgruppering tas vid läkarbesöket. Rh-negativa patienter ska ha Rh-profylax efter eventuell VEX.

Smärtlindring

Grunddos: enligt mall i läkemedelsmodulen. Upprepas vid behov till dygnsmaxdos.

Vid behov: K. Oxynorm 5 mg, värmedyna, TENS, injektion Morfin 5-10 mg s.c/i.m, PCB med Carbocain-Adrenalin 10mg/5mg.

Kriterier för hemgång

- Fått sedvanlig hemgångsinformation
- Ha ätit och druckit något under dagen
- Vara adekvat smärtlindrad, NRS/VAS <3
- Ha normal blödning
- Kissat efter komplett abort
- Kapillärt/venöst Hb ska vara >110 g/L Vara godkänd på O-NEWS2-kontroller (=0 poäng).

Vid avvikande Hb-värde eller upprepat avvikande O-NEWS2-kontroller (trots adekvat insatta omvårdnadsåtgärder) kontaktas avdelningsansvarig abortläkare. Det krävs i så fall att denne godkänner patientens hemgång trots avvikande värden.

Efterkontroll

Muntlig och skriftlig information ges enligt rutin innan hemgång.

Uppföljning

Återbesök kan erbjudas till barnmorska för uppföljning av aborten samt preventivmedelsrådgivning. Vid följande tillfällen kan det vara beaktningsvärt att erbjuda återbesök:

- om patienten är i behov av mer information om preventivmedel
- om det finns misstanke om att patienten inte kan göra sig förstådd per telefon

Barnmorskan dokumenterar planerad uppföljning i Melior.

För omvårdnadsrutiner se [Checklista abort.docx \(vgregion.se\)](#)

Kirurgisk abort v 7+1 - 13+0

Aborten utförs på operationsavdelning vanligtvis i narkos men kan även utföras i spinal- eller lokalbedövning.

Preoperativa förberedelser:

- Ingen fast föda efter klockan 24:00 dagen före operation
- Klara drycker fram till klockan 06:00 operationsdagen
- Vanlig dusch med tvål på morgonen
- Inget smink, smycken, piercing, nagellack

- Förbehandling: 2 T Cytotec á 0,2 mg sublingualt 1 timma innan operation (alternativ vaginalt 3 timmar innan operation).
- Grunddos smärtstillande ges enligt läkemedelsmodulen samtidigt som Cytotec

Vaginalt ultraljud görs alltid på operationsavdelningen efter VEX för att säkerställa ingen kvarvarande viabel graviditet.

Om patienten är Rh-neg ges Rhophylac 1500 IE iv el im.

Smärtlindring

Grunddos: enligt mall i läkemedelsmodulen. Upprepas vid behov till dygnsmaxdos.

Vid behov: K. Oxynorm 5 mg, värmedyna, TENS.

Kriterier för hemgång

- Fått sedvanlig hemgångsinformation
- Ha ätit och druckit något postop
- Vara adekvat smärtlindrad, NRS/VAS <3
- Ha normal blödning
- Kissat efter operationen
- Kapillärt/venöst Hb ska vara >100 g/L samt utan fall $\geq 10\%$ jämfört med värde på abortmottagningen
- Vara godkänd på O-NEWS2-kontroller (=0 poäng)

Vid avvikande Hb-värde eller upprepat avvikande O-NEWS2-kontroller (trots adekvat insatta omvårdnadsåtgärder) kontaktas avdelningsansvarig abortläkare. Det krävs i så fall att denne godkänner patientens hemgång trots avvikande värden.

Efterkontroll

Patienten ska informeras om att kontakta abortmottagningen om hon fortfarande känner graviditetssymtom 1 vecka efter aborten.

Patienten ska ta ett graviditetstest 4 veckor efter kirurgisk abort/exeres. Patientens köper själv detta test.

Uppföljning

Återbesök kan erbjudas till barnmorska för uppföljning av aborten samt preventivmedelsrådgivning.

För omvårdnadsrutiner se

[Checklista abort.docx](#)

Utförande sen medicinsk abort 12+1 - 21+6

Aborten görs alltid på avdelning och ej i hemmet. Efter vecka 18+0 krävs tillstånd från Socialstyrelsen.

Förbehandling med Mifepristone: 1 tablett Mifepristone 200 mg per os i sjuksköterskas/ barnmorskas/läkares närvaro.

Cytotecbehandling: Intervall mellan Mifepristone och Cytotec 24-48 timmar.

4 tabletter Cytotec 0,2 mg vaginalt tas klockan 06.00. Vid lång resväg till sjukhuset, tidigare erfarenhet med mycket snabb förlossning eller abort, stor blödning i samband med tidigare graviditet eller förväntad stor blödningsrisk tas Cytotec vid ankomsten till avd istället.

Därefter max 4 ggr T Cytotec 0.2 mg, 2 st var 3:e timme vaginalt/sublinguallt (vid riklig blödning) tills abort (foster + placenta).

Patienten får äta och dricka fritt fram tills dess att foster eller placenta avgår, därefter svälter patienten fram tills att blödningsobservation avslutas helt. Svält kan vara indicerat även tidigare, om riklig blödning uppstår. Det finns ingen exakt mängd för vad som menas som en riklig blödning. I bedömningen får faktorer så som om patient haft riklig blödning innan foster/placenta avgår, tidigare riklig blödning i samband med abort/förlossning mm vägas in. Ett riktmärke kan dock vara en blödning på 500ml. I de fall där blödning bedöms som mer riklig ska avdelningsläkare kontaktas och informeras. Blödningsobservation pågår i minst 1 h efter att patienten genomgått komplett abort. Fysisk inaktivitet kan förlänga tiden tills dess att en eventuell blödning upptäcks, så patienten bör uppmuntras till fysisk aktivitet. Blödningsobservationen kan sedan förlängas vid behov.

Om placenta ej avgår inom 1 h efter att patienten aborterat foster skall patienten bedömas i gyn-stol för att kontrollera om placenta med lätthet kan plockas ut under undersökningen. Om placenta ej avgår trots adekvata åtgärder kontaktas avdelningsläkare, för ställningstagande för fortsatt åtgärd.

Om patienten ej aborterat efter en dag med Cytotecbehandling upprepas Mifepristone vid midnatt. Cytotecbehandling startar igen nästföljande morgon. Abortansvarig läkare informeras om att patienten ej har aborterat och tar ställning till om ultraljud bör göras.

Om inga särskilda risker eller fynd identifierats fortsätter Cytotecbehandling enl mall med upprepad Mifepristone vid midnatt.

Amniotomera om möjligt.

Om patienten inte aborterat efter 2 dagars Cytotecbehandling görs ny ultraljudsbedömning av läkare. Därefter görs ställningstagande till byte eller komplettering med någon av följande behandlingar:

- BARD-kateter om möjligt. Patienten i gynstol. BARD-kateter nr 18 förs in genom cervix förbi inre modermunnen. Fyll ballongen med 50 ml koksalt. Kontrollera kuffens läge palpatoriskt. Sträck katetern och tejpa fast den på insidan av låret. (OBS! Det skall inte framkalla någon smärta hos patienten)! Barnmorska drar lätt i katetern efter ca 3 timmar för att kontrollera om kuffen är på väg ut. Om ingen effekt av behandlingen erhållits efter 10 timmar tas katetern bort
- Om Cx helst slutet och BARD ej möjlig att anlägga -överväg att göra det på op i narkos med dilatation med Heagarstift o sedan inläggning av BARD-kateter.
- Behandling med Dilapan-S-stift. Se förpackning för instruktioner, stiftet finns i läkemedelsrummet på avdelning 313. OBS! Fortsätt samtidigt med Cytotecbehandling enligt vanligt schema

OBS! Vid ovanstående mekaniska behandlingar (dilapanstift, BARD-kat) fortlöper Cytotecbehandling enligt vanligt schema och Mifepristone ges vid midnatt dagligen.

Vid utebliven effekt byter man nästa dag till någon av de behandlingar man ännu ej provat.

OBS! Om det finns misstanke om att patienten har aborterat utan att personalen har sett foster eller placenta ska patienten undersökas med vaginalt ultraljud av läkare eller UL-utbildad barnmorska.

Efter fostrets framfödande ska 8,3 mikrogram Syntocinon (1ml) ges i.m. alternativt långsamt i.v.

Om placenta ej avgår inom 1 h efter att patienten aborterat foster skall patienten bedömas i gyn-stol för att kontrollera om placenta med lätthet kan plockas ut under undersökningen. Om detta ej är möjligt skall ansvarig läkare kontaktas och patienten operationsanmälas.

Om patienten är Rh-neg ges Rhophylac 1500 IE iv eller im efter komplett abort.

Smärtlindring

Grunddos: enligt mall i läkemedelsmodulen. Upprepas vid behov till dygnsmaxdos.

Vid behov: värme, TENS, K. Oxynorm 5mg, inj Morfin 5-10 mg s.c/i.m., PCB eller EDA.

Kriterier för hemgång

- Fått sedvanlig hemgångsinformation
- Ha ätit och druckit något under dagen
- Vara adekvat smärtlindrad, NRS/VAS <3
- Ha en normal blödning
- Kissat efter komplett abort
- Kapillärt/venöst Hb ska vara >100 g/L samt utan fall ≤10% jämfört med värde på abortmottagningen
- Vara godkänd på O-NEWS2-kontroller (=0 poäng)

Vid avvikande Hb-värde eller upprepat avvikande O-NEWS2-kontroller (trots adekvat insatta omvårdnadsåtgärder) kontaktas avdelningsansvarig abortläkare. Det krävs i så fall att denne godkänner patientens hemgång trots avvikande värden.

Muntlig och skriftlig information ges enligt rutin innan hemgång.

Uppföljning

Återbesök kan erbjudas till barnmorska för uppföljning av aborten samt preventivmedelsrådgivning. Patienter som kommer för abort på grund av fosterskada ska erbjudas återbesök till läkare inom obstetrikern, vilket ombesörjs av obstetrikern.

För omvårdnadsrutiner se [Checklista abort.docx \(vgregion.se\)](#)

Hämning av mjölkproduktion

Om aborten skett efter vecka 15 informeras patienten enligt [Rutin Amningsnedläggning](#) om vilka alternativ som finns. Patienten väljer sedan själv vilken metod hon föredrar.

Icke farmakologisk nedläggning

Informera kvinnan om det naturliga förloppet med ökade bröstspänningar inom 2-5 dagar efter aborten. Undvik att stimulera bröstet. Använd en stadig bh. Vid besvärande symtom på svullnad eller obehag rekommenderas smärtlindring med ibuprofen 400 mg, 3 gånger/dygn. Komplettering kan ske med paracetamol vid behov, 1g 4 gånger/dygn. Om detta inte ger tillräcklig lindring kan försiktig handmjölkning ske. Använd detta så lite som möjligt för att undvika stimulering av bröstet. Skriftlig patientinformation ges.

Farmakologisk nedläggning

Kabergolin (T. Dostinex) 0,5 mg 2 tabl som engångsdos inom 24 timmar efter abort.

Kontraindikationer för farmakologisk behandling

- Känd psykosanamnes eller där risk för postpartum psykos anses föreligga
- Preeklampsi eller hypertension efter förlossning
- Måttligt till gravt nedsatt leverfunktion
- Försiktighet bör iakttas vid allvarlig kardiovaskulär sjukdom, magsår eller gastrointestinal blödning. Försiktighet också vid nedsatt njurfunktion samt vid Raynauds sjukdom

Vanligaste biverkningarna är hypotension, huvudvärk och yrsel.

Överflyttning av patient från gynekologi till obstetrikavd.

När avd. 313 har stängt, ska patienter som ej har aborterat vid stängning flyttas till avdelning 312 för fortsatt omhändertagande.

Kontakt tas tidigt på eftermiddagen med förlossningskoordinator samt sektionsledare på avdelning 312 för information om att patient finns på avdelning som kan behöva vård. Avstämning görs med förlossningskoordinator under eftermiddag/kväll.

OBS! Detta gäller ALLA aborter oavsett indikation.

Fortsatt dokumentation görs i Melior (GYN3).

Sektionsledare på Gyn tar på morgonen/efter helgen kontakt med sektionsledare på avdelning där patient vårdas för att efterhöra om den överflyttade patienten är kvar eller om hon ska tillbaka till gyn för fortsatt behandling.

Patienter som ångrar sig efter att ha tagit Mifepristone/Cytotec

Patienten informeras om ökad missfallsrisk och att det inte går att säga om tabletterna ger några ökade risker för missbildningar. Patientens bokas in till läkare efter 10-14 dagar för viabilitetskontroll. Eventuell remiss till antenatal för utökad organscreening.

Komplikationer under och efter abort

Stor blödning vid abort på avdelning

Om patienten börjar blöda kraftigt oavsett graviditetsvecka så görs följande

- Tillkalla hjälp
- Ta om möjligt ut patienten i undersökningsrum
- Om placenta ej avgått görs SPU och försök att ta ut placenta med ögletång.
- Hämta ”blödningslåda” i läkemedelsrum och ”blödningslåda” i kyl

- Hämta stickvagn och sätt två grova PVK:er
- Hämta NEWS apparaten
- Prover: Hb, Bastest och ev blodgrupp tas och skickas
- Infusioner: Koppla Ringeracetat
- Väg blödning för att ha koll på blödningsmängd
- Följ läkarordination vad gäller läkemedelsadministrering

Vid stor blödning

- Huvudändan sänks och patienten ges syrgas 5-10L på mask
- Följ läkarordination vad gäller läkemedelsadministrering
- Håll aortakompression, vid pågående riklig blödning. Se bilaga 1
- Till operation efter läkarbedömning

Farmakologisk behandling vid blödning

Tablett **Cytotec** (misoprostol) 0,2mg, 2 st sublingualt

Injektion **Oxytocin 8,3µg**, 1 ml i.v. långsamt under 60 sekunder.

Upprepas 1 gång vid behov.

Relativ kontraindikation: Ischemisk hjärtsjukdom, arytmibenögenhet.

Injektion **Methergin 0,2 mg/ml**, 1ml i.m. eller långsamt i.v under 60 sekunder och upprepas vid behov, max 4 gånger.

Kontraindikation: placenta ej har avgått, Preeklampsi, hypertoni, kärlsjukdom, sepsis, allergi mot ergotaminpreparat

Infusion **Strataxen 100mg/ml**, 1g blandas med 100ml NaCl. Infunderas under minst 10min.

Strataxen 100mg/ml kan även ges i.v. 1ml /min

Medicinsk abort

Vid riklig blödning eller kraftig smärta efter mifepristoneintag hänvisas patient att söka gynekologisk akutmottagning. Patient som gör avbrytande på grund av missbildning eller missed abortion som kommer till avdelningen via obstetrisk mottagning hänvisas att kontakta förlossningskoordinator.

Patienter som behöver rådgivning efter abort ringer under dagtid till abortmottagningen, vid misstanke om icke akuta komplikationer bör patienten i första hand bokas till läkare på gyn Östra. Om det saknas lediga tider hänvisas patienten till akutmottagning gynekologi Sahlgrenska. Akuta besvär hänvisas till gynakuten.

Hemabort

Patienter som gör hemabort och behöver rådgivning kan ringa till ”hemaborttelefonen”. Under helger eller när avdelning 313 är stängd hänvisas patienten istället till 1177. En patient som gör hemabort under vardagar och som behöver extra smärtlindring kan i mån av plats få komma till avdelning 313. Övrig tid hänvisas patienten till akutmottagning gynekologi Sahlgrenska.

Omhändertagande av foster

Allt graviditetsmaterial vid kirurgisk abort < v 14+1 hanteras som biologiskt avfall. Vid medicinska aborter är hanteringen individuell och beror på om ytterligare diagnostik behöver göras till exempel vid indikation fostermisbildning eller om det finns önskemål om särskilt omhändertagande. Se [Flöde-omhändertagande foster.docx \(vgregion.se\)](#) för en översikt på hur fostret ska hanteras vid särskilt respektive sedvanligt omhändertagande samt vid PAD.

Vid fotografering för Picsara av foster kontakta avd 314/315 031-3435983

Vid önskemål om hand och fotavtryck på foster så finns en särskild låda i rena sköljen på avdelning 313.

Missed abortion

För patienter som gör medicinsk eller kirurgisk abort p.g.a. missed abortion .v.g. se separat rutin [Missfall och fördröjt missfall \(missed abortion\)](#).

Ansvar

Gäller för all personal inom VO kvinnosjukvård/område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har VC/VÖL. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Relaterad information

[Ledningssystem Abortverksamheten](#)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

[Rutin Amningsnedläggning](#)

[Missfall och fördröjt missfall \(missed abortion\)](#)

[Checklista abort.docx \(vgregion.se\)](#)

Granskare/arbetsgrupp

Helena Hognert, sektionschef benign gynekologi Östra

Therese Eriksson, barnmorska, sektionsledare benign gynekologi Östra

Malin Larsson Johansson KPO/Barnmorska

Avd 313/Abortmottagningen

Karin Rydin KPO/Barnmorska avd 313/Abortmottagningen

Bilaga 1

Aortakompression instruktion

Aortakompression ska vara den första åtgärden vid en pågående blödning. Väl genomförd stoppar den omedelbart blödning nedanför kompressionsstället. Aortakompression är en medicinsk åtgärd som skall journalföras.

Instruktion

Börja med att få kontakt med patienten och förklara vad du ska göra och varför.

Om du står på patientens vänstra sida:

Tag din vänstra hand och känn efter femoralispulsen i patientens vänstra ljumske. Håll kvar handen. Tag sedan din högra hand och knyt den med tummen på utsidan. Placera den knutna handen i navelhöjd eller strax ovanför naveln på patienten. För den sedan långsamt ner mot ryggraden. På väg ner känner man aortan pulsera. Det är meningen att man ska klämma aorta mot ryggraden. När detta görs på ett korrekt sätt försvinner pulsen i femoralisartären.

Stå helt still. Den som håller aortakompression ska inte göra något annat. Rörelse i kompressionshanden är mycket obehagligt för patienten och man riskerar att tappar taget om aortan. Vid transport av patienten ska den som håller aortakompression åka i sängen.

Se till att du står så bekvämt som möjligt. På operation kan det innebära att du behöver stå på en pall. Om du blir trött i armen, se till att bli avlöst.

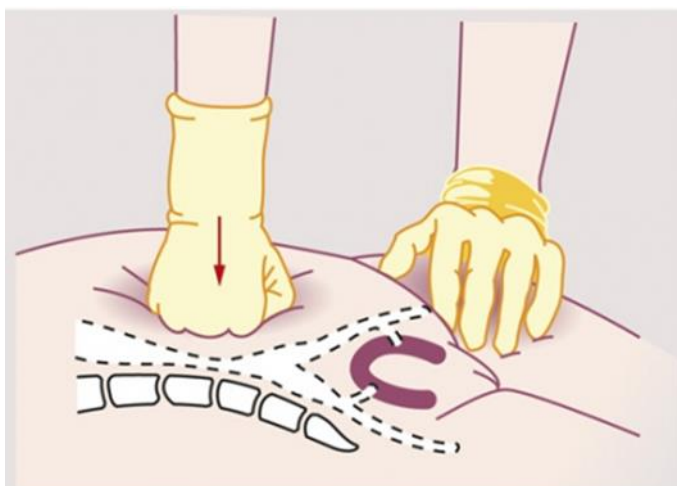


Bild: Läkartidningen2012-08-21 nummer 34

Vad gör man om femoralispulsen inte försvinner? Om pulsen känns fortsätter patienten att blöda.

1. **Korriger läget, flytta uppåt.** Den vanligaste orsaken till att kompressionen inte fungerar är att man håller för långt ner på patienten. Den knutna handen hamnar då under det stället där aorta delar sig.
2. **Korriger läget, flytta lite åt vänster.** Aorta går lite till vänster om ryggraden och om kompressionen inte fungerar kan man komma åt aortan genom att trycka lite från vänster.

Om man trots vidtagna åtgärder inte får pulsen att försvinna är aortakompressionen utan effekt och innebär bara obehag för patienten. Det är då bättre att övergå till bimanuell uteruskompression.

OBS! Om aortakompression hålls och läkemedel tillförs intravenöst måste man släppa aortakompressionen en kort stund för att läkemedlet ska nå fram till uterus.

Det går utmärkt att söva en patient under pågående aortakompression. Om patienten inte blött så mycket kan man lägga en spinalbedövning. Man behöver då oftast släppa aortakompressionen när patienten läggs i sidoläge. Så fort patienten kommer tillbaka på rygg kan man återuppta aortakompressionen.

Vid kvarhållen placenta kan man med fördel hålla aortakompression tills placenta är utförskaffad.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef

Granskad av: Therése Eriksson, (theer), Sektionsledare

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-283

Version: 28.0

Giltig från: 2025-09-15

Giltig till: 2027-09-15