



## SFOG-råd Medicinska råd Inducerad abort

Uppdatering av SFOG-råd om abort 2020-08-26

*Arbets- och referensgruppen för familjeplanering (FARG)  
Januari 2024*

### ALLMÄNT

Organisationen av abortverksamheten ser olika ut på olika sjukhus/sjukvårdsinrättningar. I de flesta fall består verksamheten av ett teamwork mellan kuratorer, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor. Dessa råd beskriver kortfattat hur abort ska handläggas. Mer detaljerad information finns i ARG-rapporten Inducerad abort.

### BESÖKET PÅ ABORTMOTTAGNINGEN

I anamnesen är följande faktorer viktiga att belysa:

- Antal graviditeter och utfall.
- Överkänslighet mot mifepriston/misoprostol, blödningsrubbing/antikoagulantia, binjurebarksinsufficiens, okontrollerad svår astma.
- Förekomst och hereditet för högt blodtryck, interkurrenta sjukdomar och venös tromboembolism (VTE)
- Livsstil (för bedömning av behov provtagning för sexuellt överförbara infektioner (STI) och för preventivmedelsrådgivning).
- Behov av stödsamtal och ev. sociala åtgärder.

Abortbesöket ska innehålla information om preventivmedel då studier visat att motivationen att påbörja en preventivmetod är som störst i direkt anslutning till aborten. Målet ska vara att kvinnan har en fungerade preventivmetod med hög compliance då hon lämnar abortmottagningen. Långverkande preventivmedel har visat sig minska andelen kvinnor som gör en ny abort. SFOG har kvalitetsmål avseende preventivmedelsrådgivning vid abort. Personalen som arbetar på abortmottagningen ska vara uppdaterade i preventivmedelsrådgivning vid abort samt om dessa kvalitetsmål.

Vid besöket på abortmottagningen ska följande undersökningar utföras:

- Screening för bakteriell vaginos bör ske rutinmässigt. Vid bakteriell vaginos ska kvinnan ha påbörjat behandling innan aborten.

- Screening för klamydia hos alla som söker för abort bör ske rutinmässigt med den metod som används vid kliniken. Behandling ska insättas före kirurgisk abort. Om svar ej föreligger kan man överväga att behandla kvinnan som vore hon positiv. Vid medicinsk abort kan kvinnan behandlas i efterhand. Aborten ska inte fördröjas p.g.a. uteblivet prov eller i väntan på provsvar. Övrig STI screening sker på indikation.
- Sedvanlig gynekologisk undersökning med särskilt angivande huruvida uterus är retro- eller anteflekterad då detta har stor betydelse vid kirurgisk abort.
- Ultraljudsundersökning för att fastställa graviditetslängd. En exakt datering är inte alltid nödvändig och undersökningen kan ske abdominellt i särskilda fall.
- Blodgruppering vid graviditetslängd över 12 veckor eller vid kirurgisk abort

Kvinnan har alltid rätt att välja metod såvida den inte är direkt medicinskt olämplig. T.o.m. v.7 är medicinskt avbrytande den mest effektiva metoden men kirurgisk abort kan vid behov väljas (se "Kirurgisk abort").

## MEDICINSK ABORT

Medicinsk abort kan påbörjas vid positivt graviditetstest enligt nedan.

- Om man konstaterat en intrauterin hinnsäck med foster och/eller gulesäck.
- Om hinnsäck utan foster/gulesäck eller ingen tydlig hinnsäck ses och ingen misstanke om ektopisk graviditet (blödning, smärta) eller mola föreligger ska bedömning göras om ultraljudsbilden kan stämma med senaste mensdata. Om data överensstämmer kontrolleras ett S-hCG dagen för mifepristonintag (OBS- provet måste bedömas som adekvat i förhållande till status) och cirka en vecka därefter för att kontrollera att S-hCG är i sjunkande. S-hCG ska minska med 80 procent på en vecka. Kvinnan ska informeras om att extrauterin graviditet ej kunnat uteslutas och vid vilka symptom hon ska uppsöka sjukhus. Kvinnan ska också informeras om att risken för fortsatt graviditet är högre vid abort i extremt tidiga graviditeter och att uppföljningen med ett graviditetstest hemma är särskilt viktig.

## MEDICINSK ABORT på sjukvårdsinrättning t.o.m. v. 10+0.

### Behandling

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 24-72 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av kvinnan eller av personal.
- Om kvinnan ej börjat blöda inom tre timmar efter att hon tagit misoprostol ges ytterligare 0,4 mg misoprostol vaginalt eller peroralt. Kvinnor i graviditetsvecka 9+0 till 10+0 får en tredje dos att ta v.b. efter ytterligare tre timmar. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges. Denna regim har visat sig ge fler kompletta aborter. Sublingual administration kan användas som ett alternativ.
- Rh-profylax behövs ej.

Smärtlindring bör ges i samband med administration av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID som paracetamol och ev. tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Kvinnan observeras tills hon börjat blöda. I de fall kvinnan inte aborterat på mottagningen ska hon informeras noggrant innan hemgång. Hon bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymptom.

### MEDICINSK HEMABORT t.o.m. v. 10+0.

#### **Definition**

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

Kvinnan ska

- Vara frisk, d.v.s. ha adekvat fysisk och psykisk hälsa och inga medicinska tillstånd som kan öka risken för akut komplikation.
- Rekommenderas att ha någon myndig närstående med under aborten.
- Kunna förstå instruktioner och göra sig förstådd per telefon.

Kvinnan bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymptom.

### EFTERKONTROLL vid medicinsk abort t.o.m. v. 10+0.

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att efterkontroll utförs för att fastställa att graviditeten är avslutad. Då begreppet efterkontroll ej är tydligt definierat kan denna utföras på olika sätt utifrån kompetens och geografi t.ex. via självtest hemma med lågkänsligt U-hCG, vilket rekommenderas i första hand vid abort tom v 10+0. I särskilda fall kan uppföljning ske med S-hCG eller ultraljud.

Vid fortsatt graviditet erbjuds kvinnan kirurgisk abort alternativt kan hon erbjudas en ny medicinsk abort efter eget önskemål och medicinsk bedömning.

### MEDICINSK ABORT v. 10+1 t.o.m. v. 12+0.

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 36-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av kvinnan eller av personal.
- Om kvinnan ej aborterat inom fyra timmar, upprepas misoprostol med 0,4 mg peroralt/sublinguallt eller vaginal var tredje timme. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges.
- Rh-profylax behövs ej.

Smärtlindring bör ges i samband med inläggande av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID som paracetamol och ev. tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Om kvinnan ej aborterat under dagen kan man planera för vakuumaspiration nästkommande dag, eller på kvinnans begäran fortsätta medicinsk behandling dagen efter.

## MEDICINSK ABORT v. 12+1 t.o.m. v. 21+6.

Hos kvinnor som tidigare förlöst med sectio bör risken för uterusruptur beaktas vid graviditetslängd över v. 18+0. Lägre misoprostoldoser kan övervägas. Man kan då starta med halverad dos, och öka efter ett dygn om behandlingen ej verkar få effekt.

Vid utdraget förlopp bör man vara särskilt uppmärksam. Observera risken vid användning av oxytocin, som aldrig får ges utan adekvat primingeffekt och moget cervixstatus.

Fr.o.m. v. 18+1 ska ansökan göras till Socialstyrelsens rättsliga råd för abort- och steriliseringsärenden. Tillstånd ska föreligga innan aborten påbörjas. Den som ger mifepriston har ansvar för att kontrollera att tillstånd föreligger.

### Behandling

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 36-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av kvinnan eller av personal. Denna första dos kan tas i hemmet av friska kvinnor utan ökad blödningsrisk. Kvinnan ska då informeras om risk för abort i hemmet.
- Om kvinnan ej aborterat inom tre timmar, upprepas misoprostol med 0,4mg peroralt eller vaginalt var tredje timme. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges. Fortsätt administrera misoprostol var tredje timme tills aborten sker eller tills man vill bryta för natten.
- Om kvinnan ej aborterat under dagen: ge ytterligare mifepriston 200mg peroralt snarast.
- Avvakta till morgondagen och starta om enligt ovan med 0,8mg misoprostol vaginalt samt upprepa misoprostoladministrationen med 0,4mg peroralt alternativt gå över till sublingual administration var tredje timme. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges.
- Amniotomera om möjligt.
- Antibiotikaproylax bör övervägas om amniotomi utförts.
- Överväg mekaniska dilatationsmetoder såsom ballongkateter eller osmotiska dilatorer såsom Dilapan eller laminaria.

I sista hand ska kirurgisk ultraljudsledd evakuering utföras med aborttång (D&E), alternativt digital evakuering av fostret och placentalösning. Oxytocinstimulering ska inte ges då cervix är slutet p.g.a. risken för uterusruptur, men kan ges i samband med evakuering för att få uteruskontraktion under och efter ingreppet.

Smärtlindring bör ges i samtidigt med misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID som paracetamol och ev. tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Övriga smärtlindringsmetoder som kan erbjudas är t.ex. PCB eller epiduralbedövning. Efter fostrets framfödande kan 8,3 mikrogram (5IE) oxytocin ges iv. Om placenta ej avgår spontant ska kvinnan undersökas i gynstol. I de fall man ser placenta ska denna fattas med ringtång eller fingrar och med hjälp av Credés handgrepp försöka lösas spontant. I de fall detta misslyckas men kvinnan inte blöder kan man avvakta och ev. ge ytterligare misoprostol.

Exaeres ska utföras om

- Kvinnan blöder.
- Om placenta ej avgår trots adekvata åtgärder.

Laktationshämning kan övervägas vid graviditetslängd över v. 14+6. Studier visar att laktationshämning med cabergolin är mer effektiv än konservativa råd och har mycket god tolerabilitet. Kontraindikationer finns och ska beaktas.

Rh-profylax ska ges vid behov.

## KIRURGISK ABORT

### Behandling

- Vakuumaspiration är rekommenderad metod till och med v. 13+0. Vakuumaspiration rekommenderas ej tidigare än v. 7+0 men kan vid behov väljas. Ansvarig gynekolog och kvinnan ska då vara medvetna om att risken för misslyckad abort är ökad. Ultraljudskontroll efter vakuumaspiration kan då vara av värde. I graviditetsvecka 12+0 till 13+0 ska vakuumaspiration endast göras av gynekolog med särskild kompetens. Ultraljudsundersökning efter utförd abort kan vara av värde i v. 12 till 13.
- Från v. 13+1: Dilatation & Evakuering (D&E) (Kan utföras av gynekolog med särskild kompetens v.13+1 till 15+0). Övriga kirurgiska metoder ska ej användas. Ultraljudsundersökning efter utförd abort kan vara av värde.
- Rh-profylax ska ges.

### Förbehandling för farmakologisk cervixdilatation

Förbehandling av cervix ska alltid ges.

- 0,4 mg misoprostol sublingualt en timme före ingreppet eller vaginalt tre timmar preoperativt
- Alternativt: 200 mg mifepriston 24-48 timmar preoperativt

Syntocinon 8,3 mikrogram (5 IE) iv. kan ges vid behov under operationen efter ordination av respektive operatör.

Vid kirurgiska aborter ska man förvissa sig om att graviditeten är avslutad. Vid osäkert abortutbyte kan detta ske med ultraljudsundersökning i omedelbar anslutning till operationen.

Efterkontroll ska erbjudas alla kvinnor som genomgått kirurgisk abort.

## ADMINISTRATION OCH PÅBÖRJANDE AV PREVENTIVMEDEL EFTER ABORT

(Nedan förutsätts att kvinnan valt den preventivmetod som nämns)

**Implantat** bör sättas in dagen för mifepristonintag vid medicinsk abort eller vid kirurgisk abort.

**Spiral** bör sättas in inom 48 timmar efter medicinsk abort före v. 9 och kan även sättas in inom en vecka vid övriga graviditetslängder men då med högre utstöttningsrisk. I särskilda fall kan spiral sättas in vid återbesöket efter medicinsk abort. Spiral ska sättas in vid kirurgisk abort.

**Sterilisering** bör ej utföras i samband med aborten men kan bokas i samband med denna. Adekvat antikonception ska förskrivas fram till operation.

### **Övrig hormonell antikonception**

Vid medicinsk abort kan hormonell antikonception påbörjas samma dag som misoprostolbehandlingen eller senast dagen efter. Vid kirurgisk abort påbörjas all hormonell antikonception inklusive p-ring samma dag eller senast dagen efter aborten.

### **Referenser**

ARG rapport 78 om Inducerad abort

Abortlagen

Socialstyrelsens författningssamling