

			Prosedyre
Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF			Side 1 av 8
Dokument ID: 1.3.9.5-17	Godkjent dato: 19.01.2026	Gyldig til: 19.01.2028	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Omfang: Ca 12.000 årlig i Norge, ca 95 % i første trimester. Livstidsrisiko nær 40 %

Ansvar: Gynekologer og sykepleier

Definisjon: Svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov. Se link abortloven.

<https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1975-06-13-50>

Ved varighet over 18 fullgatte uker, 17+6 g uker; må søknaden behandles i nemnd. Se under (side 5).

ICD-10: O04.9 Legalt abort

Handling:

Kvinnen kan søke sykehuset direkte ved å ringe gynekologisk ekspedisjon 38073070 SSK.

Forundersøkelse på gynekologisk poliklinikk, hvor "Krav om abort" utarbeidet av helsetilsynet utfylles av sykepleier og lege. Pasienten må signere krav. Sykepleier / lege har ansvar for å gi informasjon om inngrepets art, mulige komplikasjoner og råd om prevensjon. Sykehuset har ansvar for å gi tilbud om rådgivning, spesielt dersom kvinnen er i tvil om sitt valg. Ved særdeles krevende situasjoner kan sykehusets sosionomtjeneste kontaktes. Helsepersonell kan reservere seg mot å assistere ved- eller å utføre behandlingen. Fritaket omfatter ikke journalskriving, pleie, stell eller håndtering av komplikasjoner. Pasienten har kan få sykemelding i inntil tre dager i forbindelse med abort i første trimester. Denne skal skrives på poliklinikken. De fleste tar ut egenmelding.

Anbefalte undersøkelser:

Rh-typing¹ på alle fra og med uke 9+0. Det skal også tas Chlamydia-prøve rutinemessig av alle.


Vaginal og eller abdominal ultralyd for å anslå svangerskapets lengde. Ved over 12 uker bør abdominal ultralyd utføres og kontrollmåles av lege eller ultralydjordmor. Ultralydskjermen skal vendes bort fra den abortsøkende.

Prevensjonsveiledning²: Prevensjonsveiledning er obligatorisk. Tas opp ved journalskriving. I tillegg før kvinnen reiser. ev. ved telefonkonsultasjon.

¹ Rh-faktoren er uforanderlig. Dersom det foreligger et Rh-svar fra flere år tilbake i Dips, trenger ikke pasienten ta ny blodprøve.

² Kvinner opp til 20 år støtte til prevensjonsmidler med NOK 100,-/mnd.

Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Dokumentnr.: D38591
---	---	---	------------------------

 SØRLANDET SYKEHUS	Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF				Side: 2 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Ved medisinsk abort: P-pille og P-plaster kan startes samme kveld eller dagen etter svangerskapsavbruddet. Ev. ved første dag i første menstruasjon. Spiral innsettes i forbindelse med første menstruasjon eller senere.

Nuvaring kan startes med to dager etter svangerskapsavbruddet. Implantat kan settes inn i forbindelse med svangerskapsavbruddet.

Ved kirurgisk abort: P-pille og P-plaster kan påbegynnes operasjonsdagen eller dagen etter inngrepet. Spiral kan innlegges i forbindelse med inngrepet. Nuvaring to dager etter. Implantat kan settes inn i forbindelse med svangerskapsavbruddet

Rhesus-(D)-negative kvinner: Får 1500 IE *anti-D-immunoglobulin* i.m. innen 72 timer etter aborten dersom kvinnen er over 9 uker gravid.

Chlamydiabehandling: Se [Chlamydia trachomatis - Prosedyre SSHF](#)

Komplikasjoner:

Risiko mindre enn 5 %. Skyldes ofte ufullstendig tømning av uterinkaviteten. Inkomplett abort og infeksjon er hyppigst forekommende for begge metodene. Akutte komplikasjoner er like hyppig ved kirurgisk som medikamentell abort. Medisinsk abort kan forårsake behandlingstrengende blødning. Perforasjon av uterinkaviteten ved kirurgisk abort kan forekomme, men svært sjelden. Ved erkjent perforasjon, bør pasienten observeres i avdelingen noen timer, ev. til neste dag. Vurder engangsdose med Cefurexim 1,5 g / Metronidazole 1,5 g. Et ukomplisert abortinngrep påvirker ikke senere evne til å bli gravid eller gjennomføre svangerskap.

Abortavgjørelsen er for mange svært vanskelig. Det er viktig at kvinnen ikke er presset eller er i tvil når inngrepet gjøres. Forskning har vist at disse kvinnene etterpå er mer utsatt for psykiske reaksjoner som skyldfølelse, selvbepreidelse og sorgreaksjoner. Vurder behov for videre oppfølging eller henvisning til andre instanser.


Hjerteklaffefeil: Amoxicillin 350 mg x 2 etter inntak av Mifegyne.

Medikamentell abort – generelle tiltak

Amning ingen restriksjoner.

Kontraindikasjoner:

- Alvorlig astma.

		Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF			Side: 3 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

- Binyrebarksvikt.
- Pasient som er ute av stand til å forstå omfang og betydning.

Bør unngås dersom:

- Pasienten er svært ung.
- Det foreligger språk – og kommunikasjonsproblemer.
- Kvinnen er > 35 år og røyker mer enn 15 sigaretter/dag.
- Pasienten er rusmisbruker.

< 9. svangerskapsuke

Se pasientinformasjon: [Medikamentell abort hjemme \(under 9 uker\) - Pasientinformasjon, SSHF](#)

Mifepristone (Mifepristone Linepharma®) 200 mg pr os inntas på sykehuset. Dersom kvinnen er plaget med kvalme bør hun også få tilbud om metoklopramid tbl.

- 42-48 timer senere tar pasienten selv 0,8 mg *misoprostol* (Cytotec®- 4 tabletter à 200 µg) vaginalt hjemme kl 06. Dersom det er grunner til at hun ikke kan være hjemme kommer hun på sykehuset kl 08.
- Kvalme behandles med *metoklopramid*
- En sykepleier i avdelingen kontakter pasienten pr telefon kl 11-14. Pasienten får også telefonnummeret til avdelingen.
- Pasienten sørger selv for å ta en graviditetstest etter 4 uker. Hun skriver under samtykkeskjema på forundersøkelsen.


Analgetika under 9 uker. Får med pose hjem.

2tbl Paralgin major supp®
2tbl Paralgin forte® /Altermol®
2tbl Dexametason® 4mg (totalt 8mg)
3tbl. Ibux® (Ibuprofen)400 mg
1 tbl Afipran® (Metoclopramide)10 mg (evt)

9. – 17+6. svangerskapsuke

Se pasientinformasjon [Medikamentell abort i uke 9-17+6. Pasientinformasjon SSHF](#)

Mifepristone (Mifepristone Linepharma®) 200 mg pr os på sykehuset. Dersom kvinnen er plaget med kvalme bør hun også få tilbud om metoklopramid tbl.

		Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF			Side: 4 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

- 42-48 timer senere tar pasienten selv 0,8 mg *misoprostol* (Cytotec®) vaginalt hjemme kl 06 om morgenen.
- Veneflon legges inn når pasienten kommer på sykehuset.
- Etter tre timer gis *misoprostol* (Cytotec®) 0,4 mg vaginalt hver 3. time inntil abort. Cytotec skal gis til både foster og placenta er kvittert. Maksimal dose er 2,4 mg/døgn. Dersom hun ikke har abortert etter maxdose, skal revisio vurderes ev. gjentatt medikamentell prosedyre med *misoprostol* neste dag. Det skal gjøres vaginal UL før man avgjør videre behandling.
- To sykepleiere (ev. en spl og en lege) skal verifisere at kvinnen har abortert. Hun kan ikke reise før også placenta er kvittert. Kvinner over 9 uker trenger derfor ikke ta graviditetstest etter 4 uker.
- Anti- D settes på rhesus negative pasienter

Analgetika 9. – 17+6. svangerskapsuke:

Lette til moderate smerter: Paralgin Major® supp inntil x 5, Dexametason® 8 mg x1 og Ibus® 400mg tbl x3

Sterke smerter: Morfin® 2,5-5 mg iv inntil 3 ganger.

Ved behov kvalmestillende og/eller avslappende: Afiran® 10 mg og Sobril® 15 mg. Eventuelt *diazepam* (Stesolid)® 2,5 mg iv.

Kirurgisk abort [Kirurgisk abort - Pasientinformasjon SSHF](#)

Se pasientinformasjon: *Misoprostol* (Cytotec®) 0,6 mg utleveres pasienten ved forundersøkelsen. Disse settes vaginalt hjemme kl 06.00 den dagen inngrepet utføres og minst to timer før.


Vakuumaspirasjon utføres i generell anestesi (en sjelden gang i paracervical blokkade (PCB)). Det dilateres med Hegar stifter til 1 mm større enn planlagt diameter på vakuumsug (9 eller 11, vakumsugene har Hegar 8 og 10). 5 IE *oxytocin* i.v. gis peroperativt etter ferdig dilatasjon, og før sug startes.

Postoperativ smertelindring: Ibuprofen og paracetamol. OBS: Døgn dose. Noen har også behov for Morfin 2,5 - 5 mg iv når de er på postoperativ.

Nemdaborter -Aborter etter uke 17+6

Henvises nemdsekretariatet OUS tlf 23072959. Meld fra om pasient til nemd. Henvissende foretak sender relevante saksdokumenter via P360. se vedlegg. [Nemdaborter-Informasjon om nye abortnemnder og rutiner for samarbeid mellom helseforetakene.pdf](#)

Behandling etter 17+6 g. uke

 SØRLANDET SYKEHUS	Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF				Side: 5 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Forutsetter innvilget begjæring om svangerskapsavbrudd. "Journal ved nemndbehandling av svangerskapsavbrudd" skal være utfylt

Det er viktig å ha et samarbeid med fødeavdelingen om senabortpasientene.

Kristiansand:

Føden skal alltid ha beskjed når vi har aborter etter uke 16. Ring og meld i forveien:4089 (enhetsleder) eller 4088 (jordmor koordinator)

Pasienten blir vanligvis ivaretatt på poliklinikken i åpningstiden, hvis aborten ikke er fullført flyttes pasienten til føden. Pasienter over uke 20 skal overflyttes føden for bedre smertelindring og hjelp men de starter på poliklinikken.

Når poliklinikken stenger skal:

- Pasienter i svangerskapsuke 12 til 16 uker overflyttes til 3C.
- Pasienter mellom uke 16 og 22 skal overflyttes til føden når poliklinikken stenger. Når pasienten har kvittert kan hun overflyttes avd 3C ved behov.

Alternative løsninger hvis føden har problemer med rom og kapasitet:


- 1) Flytte pasienten til føden med personalet fra poliklinikken hvis mulig, føden overtar så fort som mulig.
- 2) Pasienten skal være i poliklinikken og få hjelp av jordmor/lege og evt sykepleier til overflytting er mulig
- 3) Pasienten overflyttes til 3C, med LIS lege til stedet. Dette må i så fall avklares i forkant. (Dette kan være vanskelig å gjennomføre og bør helst unngås)

Kirurgisk avdeling 3C skal ha fått meldt pasientene i forkant. 3799/3652/6166 (leder/fagsykepleier 3C).

Arendal:

- Pasienter som er opptil uke 16 (altså t.o.m. 15+6) møter på 3C, gynekologisk seksjon for å få Mifepristone og informasjon om planlagt prosedyre og forløp .
- Pasienter over uke 16+0 møter på føden for å få Mifepristone og info om planlagt prosedyre og forventet forløp. Dette kan tilpasses ut fra kapasitet i avd.

Forløp for pasientene:

 SØRLANDET SYKEHUS	Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF				Side: 6 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

- Pasienten tar Mifepristone 200mg pr os før hun reiser hjem og kommer tilbake etter 36-40 timer.
- Pas skal ta Hgb og type&screen .
- Pasienten kan selv sette 0,8 mg misoprostol(Cytotec) vaginalt kl.06 hjemme før oppmøte etter 36-40 timer. Dette vurderes i hvert enkelt tilfelle i forhold til reisevei, språkproblemer eller andre hensyn som gjør dette vanskelig. Da settes første dose Cytotec etter ankomst på sykehuset.
- Venflon legges kort tid etter innkomst.
- Neste dose misoprostol 0,4 mg gis etter tre timer og hver tredje time inntil abort, tas enten vaginalt eller pr.os. Maksimaldose er 2,4 mg pr. døgn.
- Dersom kvinnen ikke har abortert etter maxdose, skal det vurderes revisio evt. gjentatt medikamentell prosedyre med misoprostol dagen etter. Det gis da ny dose mifepristone 200 mg ved midnatt. Hun må da vaginaleksplorerer og eventuelt ta ultralyd først.
- Neste dag settes 0,8 mg misoprostol vaginalt, deretter 0,4 mg etter tre timer. Maximal døgndose på døgn 2 er 1,2 mg. Ved manglende respons på dette tiltak, bør man forsøke amniotomi/oxytocin infusjon.
- Meld fra til føden at vi har sen abort i avdelingen, i tilfelle behov for assistanse.

Analgetika:

Lette til moderate smerter: Paralgin Major[®] supp inntil x 5 og Dexametason tbl 8 mg og Ibux 400 mg x 3


Sterke smerter: Morfin[®] 2,5-5 mg iv inntil x 4 ganger. (Petidin[®] 100 mg supp hver 4. time inntil x 3). Dersom pasienten har behov for smertelindring utover dette skal lege kontaktes. Det skal vurderes epidural og om pasienten skal overflyttes til Fødeavdelingen.

Føden SSK: kan bruke Fentanyl som smertestillende . Se [fentanyl som smertebehandling](#)

Kvalmestillende/avslappende: Afiran[®] 10 mg. Sobril[®] 15 mg eller *diazepam* (Stesolid)[®] 2,5 mg iv. (kan ev. gjentas)

Overvåkning: ved smerter, blødning, kvalme, brekninger, feber og BT fall. **OBS: fare for uterusruptur!**

Praktisk håndtering: Pasienten kan abortere i seng eller på bekken/bekkenstol. Utstyr: saks, blå klype og pussbekken. Ferdige fødesett eller avnavlingssett kan hentes på Føden. Dersom ikke placenta kommer kort tid etter foster skal navlesnoren klippes og det skal festes blå klype på enden av navlesnoren inntil denne er kvittert. Oxytocin 5 IE skal være tilgjengelig når foster og placenta er abortert – og skal settes iv etter legeordning.

 SØRLANDET SYKEHUS	Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF				Side: 7 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Det sendes med til føden konvolutt med div skjema som ligger ferdig på kk-poliklinikk og eske til foster dersom pasienten flyttes opp dit. På føden må det skrives notat i Dips. Se sjekkliste

Se [Sjekkliste abortering/obduksjon av foster - SSK](#)

Lege bestemmer i forkant hvilke blodprøver som eventuelt skal tas. Det er ikke de samme som ved dødfødsel.

Ved provoserte abort anbefaler vi ikke at pasienten ser foster, unntatt ved misdannelser da det kan være viktig for sorgbearbeidelse. Ved misdannelser kan det også være aktuelt å ta hånd – og/eller fotavtrykk til minnekort. Dersom pasienten ønsker bilde må de ta det med eget kamera.

Revisio vurderes i hvert enkelt tilfelle. Ikke indikasjon om placenta og hinner kommer i sin helhet.

Se pasientinformasjon: [Utskrapping av livmorhulen \(revisio uteri\) - Dagkirurgi - Pasientinformasjon SSHF](#)

Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke: fylles ut for alle **spontanaborter** fra og med 12 fullgatte svangerskapsuker. Missed abortion/intrauterin fosterdød må lege som har vakt dokumentere.

Sykepleier/jordmor må sende intern melding om spontan abort/fødsel til lege. Sykepleier/jordmor bruker sjekkliste og dokumenterer barnets vekt, ant uker, osv .

Provoserte aborter/nemnder føres i partus


Laktasjionshemming: Informerer pasienten om at stram BH vil hindre melkeproduksjonen. Man kan evt binde noe annet stramt rundt brystene. Det er ytterst sjeldent man bruker medikamenter (eks Dostinex)

Sykemelding: vurderes individuelt i 2. trimester

Etterkontroll etter abort i 2. trimester: Ved sosial indikasjon: Pasienten skal følges opp av egen lege. Bør gå til kontroll hos denne etter 6-8 uker. Ved misdannelser: Gi individuell vurdering. Gi ev. dobbelttime på poliklinikken etter ca 6-8 uker. Flertallet får tilbud om tidlig UL ved neste svangerskap. Sykepleier/jordmor tilbyr en ringetime evt oppmøtetime 1-2 uker etter aborten.(den som har vært hos pasienten)

Håndtering av aborterte foster

Skal foregå i samsvar med Helsetilsynets retningslinjer, se rundskriv [IK-9/2001](#). Rutinen gjelder både ved spontan og provosert abort. Se [Aborterte fostere, Håndtering - Retningslinjer SSK](#)

 SØRLANDET SYKEHUS	Provosert abort, alle metoder - Prosedyre SSHF				Side: 8 Av: 8
Dokument-id: I.3.9.5-17	Utarbeidet av: Inger Ragnhild Klouman	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Nora Johansen	Godkjent dato: 19.01.2026	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 4.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Kryssreferanser

I.3.9.5-2	Chlamydia trachomatis - Prosedyre SSHF
I.3.9.5-16	Aborter/ obduksjon av foster - sjekklister SSK
I.3.9.5-18	Aborterte fostere, Håndtering - Retningslinjer SSK
I.4.2.7-15	Utskrapping av livmorhulen (revisio uteri) - Dagkirurgi - Pasientinformasjon SSHF
II.SOK.KKK.GPK.12-2	Kirurgisk abort - Pasientinformasjon SSHF
II.SOK.KKK.GPK.12-6	Medikamentell abort i uke 9-17+6. Pasientinformasjon SSHF
II.SOK.KKK.GPK.12-9	Medikamentell abort hjemme (under 9 uker) - Pasientinformasjon, SSHF
<i>Nemdaborter-Informasjon om nye abortnemnder og rutiner for samarbeid mellom helseforetakene.pdf</i>	

Eksterne referanser

[***Chlamydia trachomatis - Prosedyre SSHF***](#)