

**Examensarbete:**

**Abort - En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse**

**Utvecklingsarbete:**

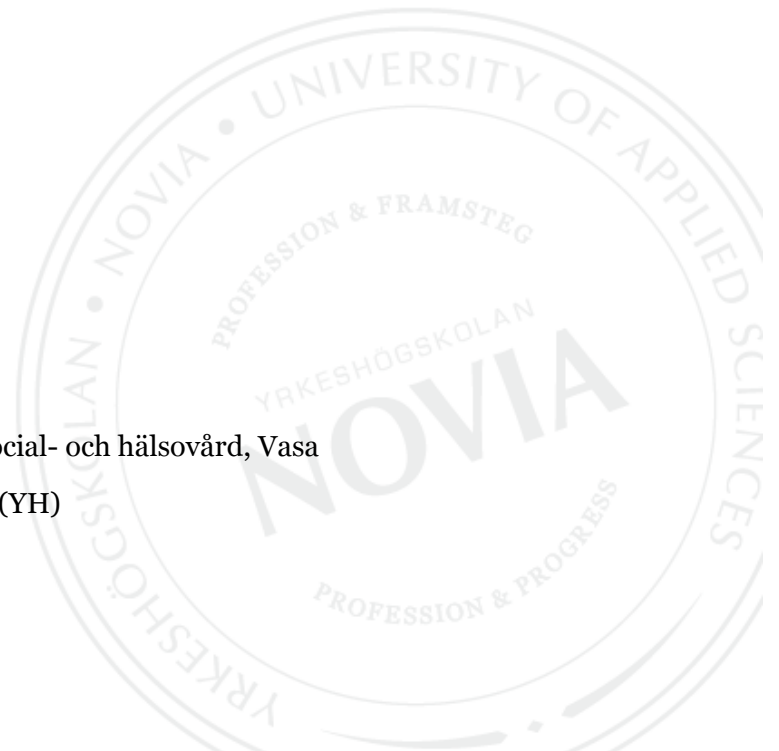
**En handlingsmodell för förebyggandet av psykologiska komplikationer hos kvinnor som genomgår avbrytande av havandeskap**

Sara Kurikkala

Utvecklingsarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 5/11 2014



## UTVECKLINGSARBETE

Författare: Sara Kurikkala  
Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa  
Handledare: Marie Hjortell

Titel: En handlingsmodell för förebyggandet av psykologiska komplikationer hos kvinnor som genomgår avbrytande av havandeskap

---

Datum 05.11.2014

Sidantal 19

Bilagor 3

---

### Abstrakt

Utvecklingsarbetet "En handlingsmodell för förebyggandet av psykologiska komplikationer hos kvinnor som genomgår avbrytande av havandeskap", är en fortsättning på examensarbetet "Abort - En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse" som publicerades och presenterades våren 2013.

Syftet med utvecklingsarbetet är att producera en handlingsmodell för hälsovårdspersonalen. Handlingsmodellen kommer att ge råd och tips på hur man som hälsovårdspersonal kan upptäcka och förebygga negativa psykologiska komplikationer hos kvinnor som vill göra abort. Med mentala problem avser skribenten den psykiska ohälsan vilket innebär: depression, självdestruktivt beteende, beroendesjukdom, psykos samt ångestsyndrom. De negativa psykologiska komplikationerna kan uppstå även flera år efter en avbrytande av graviditet. Handlingsmodellen är tänkt att kunna fungera som ett hjälpmedel i hälsovårdspersonalens arbete för att minska på de negativa psykologiska komplikationerna efter en abort.

För att kunna utveckla en handlingsmodell har skribenten med hjälp av litteratur tagit reda på vilka möjligheter det finns för en modell. Skribenten kom fram till att den modellform som bäst betjänar skribenten i den modell hon vill utveckla är användning av både den verbala och schematiska modellen. Handlingsmodellen bygger sig på sammansättningar som beskrivs i ord samt på olika figurer i stället för enbart text

Faktaunderlaget för informationen till handlingsmodellen baseras på Kurikkala & Ranta-Niilku (2013) examensarbete "Abort - En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse" samt på litteratur som hittats från Cinahl. Utvecklingsarbetets resultat, handlingsmodellen, finns att ses som bilaga i arbetet.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: handlingsmodell, inducerad, abort, mental, hälsa, psykologisk, komplikation, förebygga

---

## KEHITTÄMISTYÖ

Tekijä:  
Koulutus ja paikkakunta:  
Ohjaaja:

Sara Kurikkala  
Terveystenhoitaja, Vaasa  
Marie Hjortell

Nimike: Toimintamalli abortin jälkeisten psykologisten komplikaatioiden ennalta ehkäisemiseksi

---

Päivämäärä 05.11.2014

Sivumäärä 19

Liitteet 3

---

### Tiivistelmä

Kehittämistyö ”Toimintamalli abortin jälkeisten psykologisten komplikaatioiden ennalta ehkäisemiseksi” on jatkoa opinnäytetyölle ”Raskaudenkeskeytys - Kirjallisuuskatsaus naisten kokemuksista ja hoitohenkilökunnan merkityksestä”, joka esitettiin ja julkaistiin keuhällä 2013.

Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa toimintamalli hoitohenkilökunnalle, josta he saavat neuvoja ja vinkkejä kuinka huomata ja ennalta ehkäistä negatiiviset psykologiset komplikaatiot raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Henkisellä terveydellä tarkoitetaan psyykkistä epäterveyttä johon sisältyy: masennus, itsetuhoinen käyttäytyminen, riippuvuus sairaudet, psykoosi, sekä ahdistussyndrooma. Negatiiviset psykologiset komplikaatiot voivat kehittyä myös vuosien jälkeen raskauden keskeytyksestä. Toimintamalli tulee toimimaan hoitohenkilökunnan apuvälineenä jotta psykologisia komplikaatioita voitaisiin raskauden keskeytyksen jälkeen vähentää.

Toimintamallin kehittämiseksi kirjoittaja on etsinyt kirjallisuudesta tietoa erilaisten mallien tekemisestä. Kirjoittaja päätyi kahden eri mallin yhdistämiseen, sillä hän koki että nämä mallit yhdessä palvelevat parhaiten tuotettavaa toimintamallia. Kirjoittaja käytti sekä sanallista että semanttista mallia joten toimintamalli koostuu sekä sanallisesta materiaalista, että kuvioista.

Toimintamallin pohjatieto koostuu Cinahlista löydetyistä kirjallisuudesta, sekä opinnäytetyöstä ”Raskaudenkeskeytys - Kirjallisuuskatsaus naisten kokemuksista ja hoitohenkilökunnan merkityksestä”, (Kurikkala & Ranta-Nilkku, 2013). Kehittämistyön tulos, toimintamalli, on liitteenä työn lopussa.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: toimintamalli, indusoitu, abortti, henkinen, terveys, psykologinen, komplikaatio, ennaltaehkäisy

---

## DEVELOPMENT PROJECT

Author: Sara Kurikkala  
Education and place: Public Health Nurse, Vasa  
Supervisor: Marie Hjortell

Title: A pattern for preventing psychological complications after an induced abortion

---

Date 05.11.2014

Number of pages 19

Appendices 3

---

### Summary

The study "A pattern for preventing psychological complications after an induced abortion" is a continuation of the thesis "The process of an elective abortion – a literature review of the effects that an induced abortion has on a woman and of what the healthcare personnel has to offer her". The thesis was published and presented in spring 2013.

The aim of the study is to create a tool for health care professionals. The tool is in form of a pattern which will give advice to discover and prevent psychological complications after an induced abortion. Mental health is regarded as psychic health including depression, suicidal behavior, dependence disease, psychosis and anxiety syndrome. Psychological complications can appear even years after an induced abortion. The patter will function as a tool for health care professionals. The aim is to reduce negative psychological complications after an induced abortion.

In order to create a pattern, the respondent has found out how a pattern is done correctly. The optimal model for creating the pattern for this study is to use verbal and semantic models. Therefore, the pattern consists of words and figures.

The fact-based information is based on literature, found at Cinahl, and on the thesis "The process of an elective abortion – a literature review of the effects that an induced abortion has on a woman and of what the healthcare personnel has to offer her" (Kurikkala & Ranta-Nilkku, 2013). You can find the result of this study, the pattern, in the appendix.

---

Language: Swedish

Key words: pattern, induced, abortion, mental, health, psychological, complication, prevent

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte.....	2
3	Bakgrund.....	3
3.1	Tidigare forskning.....	3
3.2	Det hälsofrämjande arbetet.....	6
3.3	Förebyggande arbete.....	7
3.4	Den non-verbala kommunikationen.....	8
3.5	Den psykiska hälsan.....	8
3.5.1	Depression.....	9
3.5.2	Självdestruktivt beteende.....	9
3.5.3	Beroendesjukdom.....	10
3.5.4	Psykos.....	10
3.5.5	Ångestsyndrom.....	10
4	Metod.....	11
4.1	Modell.....	11
4.2	Handlingsmodell.....	12
4.3	Praktiskt genomförandet.....	13
5	Resultat.....	14
6	Kritisk granskning och diskussion.....	15
	Källförteckning.....	17
	Bilagor	

## 1 Inledning

Detta utvecklingsarbete är en fördjupning och utveckling av examensarbetet "Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse". (Kurikkala & Ranta-Nilkku 2013). I examensarbetet studerade skribenterna kvinnornas upplevelser av abort samt hälsovårdarens betydelse för kvinnorna under abortprocessen. Studien var en systematisk litteraturstudie som baserade sig på 18 vetenskapligt godkända artiklar.

I examensarbetet kom skribenterna fram till att det finns ett samband mellan mentala störningar och kvinnor som genomgått en inducerad abort. Statistik visar att dessa kvinnor har 30 % mera mentala problem än kvinnor som inte gjort abort. Allvarigare negativa psykologiska komplikationer förekom hos 10-20 % av kvinnor som gjort abort. (Kurikkala & Ranta-Nilkku 2013, s.30-32).

Enligt ovan anser skribenten att det finns ett antal kvinnor som drabbas av mentala problem vilket kunde förhindras med förebyggande arbete. Därmed vill hon också i sitt utvecklingsarbete tillämpa det resultat hon hittat i sitt examensarbete och utarbeta hjälpmedel som kan hjälpa hälsovårdspersonalen i sitt arbete. Skribenten kommer att fokusera på hur hälsovårdspersonalen kan upptäcka och förebygga mentala problem hos kvinnor som vill avbryta sin graviditet. Med mentala problem avser skribenten den psykiska ohälsan vilket innebär: depression, självdestruktivt beteende, beroendesjukdom, psykos samt ångestsyndrom. Skribenten kommer att utforma material, en handlingsmodell som hälsovårdspersonalen kan använda sig av som hjälp i att upptäcka dessa kvinnor som kan vara i riskzonen för att lida av mentala problem efter en inducerad abort.

Skribenten kommer, i sitt utvecklingsarbete, att använda sig av resultatet från examensarbetet (Kurikkala & Ranta-Nilkku 2013). Skribenten har fått lov att använda det gemensamma examensarbetet som hon skrev med Ranta-Nilkku (Bilaga 1).

## 2 Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet är att utarbeta en handlingsmodell för hälsovårdspersonalen. Handlingsmodellen är till för att ge råd och tips på hur man som hälsovårdspersonal kan upptäcka och förebygga negativa psykologiska komplikationer hos kvinnor som vill göra abort. Handlingsmodellen kommer att fungera som ett hjälpmedel för hälsovårdspersonalen som i sitt arbete kommer i kontakt med kvinnor som vill avbryta sina graviditeter. Handlingsmodellen görs för att minska de negativa psykologiska komplikationer som kan uppstå även flera år efter avbrytande av graviditet.

## 3 Bakgrund

I examensarbetet "Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse" (Kurikkala & Ranta-Nilkku 2013, s.30) kom det fram att aborten i sig själv inte nödvändigtvis innebär ett enkelt ingrepp, även om abortbeslutet framstått som självklart. Det finns 10-20% av kvinnor som drabbas av allvarigare negativa psykologiska komplikationer efter att ha gjort en abort.

I tidigare forskningar använder skribenten en del av forskningar från examensarbetet "Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse" (Kurikkala & Ranta-Nilkku 2013). Skribenten har också sökt nya forskningar från Cinahl med full text.

### 3.1 Tidigare forskning

Den mentala hälsan kan påverkas på olika sätt: bl.a. av ångest, alkohol och drogberoende, självmordstankar och av allvarigare depression. Ett samband mellan kvinnor som genomgått en inducerad abort och mellan mentala störningar existerar. Det finns också studier som visar att unga kvinnor som gjort abort i tjugooårsåldern har en ökad risk att insjukna i depression senare i livet. Inget samband hittades dock mellan tonåringarnas aborter och senare depressioner. Jämfört med kvinnor som inte gjort abort har kvinnor som gjort abort 30 % mera mentala problem. (Fergusson, Hortwood & Boden 2008, s. 444-451; Pedersen 2008, s. 424-428)

Karaktäristiska drag som kan ge problem med mentala hälsan är: att vara ogift, en dålig eller otrygg relation med sin egen mamma eller separation från mamman under ett års tid eller längre före 16 års ålder, tidigare känslomässiga problem eller olösta trauman, samt tonåren. Den mentala hälsan påverkas också om man har en konservativ syn på abort och/eller religiös tillhörighet samt lever i en våldsam relation. Risken för negativa resultat efter aborten ökar om det funnits känslor av att bli tvingad att göra abort, på grund av sin partner, på grund av andra eller på grund av livssituationen. (Coleman, Reardon, Strahan & Cogle 2005, s. 237-271)



De kvinnor som påverkas negativt har många stressrelaterade symptom. Man kan identifiera symptom, såsom ångest, sömnstörningar, depression, (drog)missbruk och ökad risk för självmord. De vanligaste känslorna som rapporteras är däremot ångest, lättnad, sorg och tomhet. Kvinnor som rapporterar både smärtsamma och positiva känslor fortsätter att uppvisa dessa känslor efter tolv månader. (Coleman, Reardon, Strahan & Cogle 2005, s. 237-271; Lie, Robson & May 2008, s. 150-159)

Efter aborten är kvinnor mer benägna att få psykiska problem om de har någon av följande egenskaper: dålig självkänsla, känslomässig involvering i graviditeten, låg kapacitet att klara av abort, svårigheter med beslutfattandet, partner/familjemedlemmar/vänner som upplevs vara icke-stödjande. Den mentala hälsans historia före aborten är dock den bästa indikatorn för kvinnans mentala hälsa efter aborten. (Coleman, Reardon, Strahan & Cogle 2005, s. 237-271; Harris 2004, s. 105-112)

Kvinnor som blev stödda och välinformerade under beslutsfattandeprocessen hade mindre psykosociala problem. De var inte osäkra över graviditeten och upplevde heller inga skuld känslor för fostret före aborten. Då kvinnorna vårdas lika, favoriseras och diskrimineras ingen, det kan dock finnas kvinnor som kräver en annorlunda strategi beroende på hur de klarar aborten. (Kjelvik & Gjengedal 2011, s. 169-175; Coleman, Reardon, Strahan & Cogle 2005, s. 237-271; Lipp 2011, s. 892-900)

I direktiven för sexuell och reproduktiv hälsa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007-2011, s.108) skrivs att rekommendationerna för avbrytande av graviditeten ska följa de lagar som ställts i Finland. Man ska ta i beaktande individens personliga behov och avbrytande ska vara medicinskt tryggt. Vården ska erbjudas och genomföras hos primärhälsovård och specialistsjukvården. Syftet är att förebygga rådgivning i avbrytande av graviditeter. På så sätt stödjer man ett gott och fungerande parförhållande och strävar till att minska på antalen och minska upprepade graviditetsavbrytande.

I examensarbetet "Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse" (Kurikkala & Ranta-Nilkku 2013, s.10) kom det

fram att kvinnornas upplevelser och behov av stöd är individuella. Kvinnornas emotionella reaktioner varierar och de kan få olika hälsokonsekvenser. För att kvinnan ska kunna återhämta sig efter en abort är det viktigt att de har möjligheter att bearbeta känslorna som uppstått en längre tid och kunna prata med en pålitlig vuxen.

Vårdpersonalen kan försöka förhindra olika problem som kan uppstå efter en abort med hjälp av psykosocialt stöd. Detta kan verkliggöras genom konkret information, genom att vårdpersonalen lyssnar och är tillgänglig eller genom att utreda kvinnans livssituation. Det är viktigt att faktiskt lyssna på kvinnans ångest, inte komma med egna synpunkter i egenskap av vårdare. Därigenom förebygger man mentala problem, problem med självförtroendet och sociala svårigheter. (Halonen 2010, s. 22-24; Nwose 2008, s. 228-232)

Det kan identifieras fyra mönster då man betraktar kvinnans emotionella reaktioner och dess förändringar över en längre tid efter abort. Dessa fyra mönstren är: lineär återhämtning, ihållande upprördhet, negativ omvärdering och ingen upprördhet. Lineär återhämtning beskrivs så att till en början är kvinnorna upprörda, men känslorna minskar med tiden och kvinnorna anpassar sig och återvänder sig till det normala. Då kvinnor är upprörda direkt efter aborten samt flera år efteråt kan ihållande upprördhet igenkännas. Kvinnorna kan inte glömma händelserna och känslorna blir inte lindrigare med tiden. (Goodwin & Ogden 2006, s. 236-238)

Negativ omvärdering innebär att kvinnorna är upprörda direkt efter aborten och dem beskriver det som hände några år efter aborten. Ett sätt att hantera problem är att aldrig vara upprörd. Aborten påverkar inte kvinnornas liv negativt och kan innebära även positiva känslor. (Goodwin & Ogden 2006, s. 238-240)

Omvårdnad i abortvården delas i två karakteristiska roller: att undervisa samt att ge råd om olika alternativ. Som vårdare bör man kunna ge aktuell och saklig fakta. Vård och stöd som bygger på mycket information har angelägenhet. Det visar sig dock att det finns brist på skriftlig och muntlig information. Om kvinnan är osäker kan det leda till rädsla vilket i sin tur kan leda till känsla av utsatthet. I svåra situationer kan en lugn och accepterande vårdmiljö hjälpa kvinnan. (McLemore &

Levi 2011, s. 675; Thorp, Hartmann & Shadigian 2003 s. 67-69; Rainto 2010, s. 6-7)

Vårdpersonalen borde kunna respektera kvinnornas situation, samt orsaker som lett till beslutet om abort. I stället för att personalen antar att abort varit ett alternativ som kvinnan valt att använda kan vårdpersonalen hjälpa med beslutfattandet. För att kunna ge kvinnor den information som behövs för beslutfattandet, bör vårdarna ha tillräckligt med hjälpmedel och kunskap. (Lipp 2008, s. 13-16; McLemore & Levi 2011, s. 675)

I följande kapitel tar jag upp om hur man kan främja och förebygga till exempel den mentala hälsan. Jag går djupare in i ämnet psykisk hälsa och förklarar mera om de olika formerna av psykisk ohälsa.

### 3.2 Det hälsofrämjande arbetet

En hälsovårdare är expert i omvårdnad, i synnerhet hälsovård, och i främjande av hälsa och folkhälsa, i olika faser av livet. Hälsovårdaren tar till hänsyn faktorer som påverkar hälsa och välbefinnande. Hälsovårdsarbete har en preventiv och promotiv synvinkel, vilket innebär konstruktiv och kreativ hälsotillstånd stödjande verksamhet. Hälsovårdarens huvuduppgift är att stödja och stärka klienternas egen resursanvändning för att klara av livet. (Opetusministeriö 2006, s. 85)

Varje form av hälsoarbete vilar på någon form av värdemässig grund som styr övervägande och agerande. Det handlar om insatser som syftar till att hälsan påverkas på ett positivt sätt. Det mål vi har för hälsoarbetet avgör vilken idé som är bärande och vilka strategier som är mest användbara. Det finns två centrala aspekter i det hälsofrämjande arbetssättet. Den första är aktiv medverkan av de berörda. Den andra är process, dvs. förbättring och utveckling kräver tid. (Winroth & Rydqvist 2008, s.25-27)

Professionellt samspel borde främja individens eller familjens hälsa och hälsokunnighet. Samspelet kräver speciella färdigheter och kunskaper, så att situationen ska vara främjande för klienternas hälsa och hälsokunnighet. För att

stärka hälsokunnigheten krävs det professionell verksamhet. Man ska ta hänsyn till individens kognitiva attityder, motivation, verksamhets ändamål och till personliga färdigheter samt människornas förmåga att uppnå resultat. Hälsosamtal, som baserar sig på omvårdnad och på att bry sig om den andra människan, hjälper klienterna att analysera sin situation och resurser. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2008, s.220-237)

Det finns faktorer som påverkar hälsan, dessa är; omgivande miljö/individens livsvillkor, mellanmänskliga samspelet och individuella förutsättningar dvs. vår livsstil och våra levnadsvanor. Omgivande miljö/individens livsvillkor kan handla om de ekologiska aspekterna eller boendemiljön. Här ingår också hur den offentliga verksamheten är organiserad samt de kulturella faktorerna. Mellanmänskliga samspelet är en av de faktorer som påverkar den upplevda hälsan, detta innebär arv och genetiska faktorer. De individuella förutsättningarna handlar om hur vår livsstil och våra levnadsvanor ser ut. Det sistnämnda är mest påverkbar och kan påverka hälsan på både kort och lång sikt. I denna kategori kan man skilja på fysisk, psykisk, social och existentiell hälsa. Det är viktigt inom vårdarbete att inse de olika faktorerna som påverkar vår hälsa och öka förståelse för detta. (Winroth & Rydqvist 2008, s.22-24)

### 3.3 Förebyggande arbete

Det finns tre olika former av förebyggande arbete: primär, sekundär och tertiär profylax. Primär profylax syftar till att bevara hälsan och erbjuda hjälp innan skadan har skett. Sådant kan vara t.ex. olika annonser, broschyrer och även olika kurser. Sekundär profylax syftas för kvinnor som visar tecken på problem och sjukdom. För att förebygga vidare utveckling av problemen bör anpassning av behandlingen börja medan skadan är liten. (Brudal 1985, s.114-115) Som t.ex. kvinnor som tidigare gjort abort och är nu gravida.

Tertiär profylax innebär att det tidigare påvisats en anpassningssvårighet eller en sjukdom. För att förebygga återfall eller för att återanpassa personen i samhället krävs eftervård. (Brudal 1985, s.114-115) Om kvinnan t.ex. gjort en abort tidigare

och kommer in för att göra en abort kan det vara viktigt att ta hänsyn till hur den första avbrytande av graviditeten gått.

Gränsen mellan behandling och förebyggande arbete kan vara otydlig. Förebyggande arbete betyder att man söker sig fram, man rör sig mellan det kända och okända. Primär, sekundär, och tertiär förebyggande är arbete som kräver kunskaper, ny inlärning och planering. (Brudal 1985, s.114-115)

### 3.4 Den non-verbala kommunikationen

Den non-verbala kommunikationen existerar i kroppen, i våra ansikten, i ögon, händernas rörelser och position, i vår kroppshållning, temperament och närvaro. Det är svårt att ha kontroll över allt detta men kroppsspråket är ett verktyg man kan använda för att avslöja dolda känslor och bluff samt att hindra sig själv från att skicka ut falska eller ofrivilliga signaler till andra. (Hills 2012, s. 83-84)

Den non-verbala kommunikationen är mer eller mindre avslöjande av två orsaker. För det första förekommer det mycket och för det andra så är människorna dåliga på att gömma det. Ungefär 60-93% av vår kommunikation är non-verbal. (Hills 2012, s. 83)

Kroppsspråket berättar ofta de dolda orden. Det är dock viktigt att komma ihåg att när man utvärderar någons kroppsspråk är det grundläggande att man känner igen den andras normala beteende. På detta sätt är tolkningen av kroppsspråket mera pålitlig. Det är ofta så att det som blir osagt berättar mera än det som blir sagt. (Pearl 2012, s. 185)

### 3.5 Den psykiska hälsan

Psykisk hälsa innebär både en positiv och en negativ laddning. En klar definition för psykisk hälsa finns inte, eftersom psykisk hälsa kan definieras på många olika sätt. Psykisk hälsa påverkas av många olika faktorer: kulturella värden, strukturella samhällsfaktorer, social interaktion och av individuella faktorer. Den psykiska

hälsan varierar från erfarenheter och livssituationer. Den psykiska hälsan påverkas även av människan själv, andra människor samt av förhållanden. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 12)

Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är två olika begrepp. Psykisk hälsa kan inte diagnostiseras eller behandlas medicinskt. Däremot kan man diagnostisera och behandla psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan omfattar psykiska störningar och problem. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 13)

### 3.5.1 Depression

Depression är en vanlig psykisk störning vilket med svåra och ihållande symptom kan leda till självmordstankar. En depression får vanligen sin början i en kris, besvikelse, kränkning eller svår utmaning. (Hardy 2012, s. 51; Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 38)

Depression har minst två av följande symptom: ovanligt nedstämt humör, Förlorad förmåga och intresse att kunna njuta av sådant man tidigare njutit av, kraftlöshet och trötthet. En deprimerad person har också andra symptom såsom: skuld känslor utan orsak, dödsönska eller tankar kring döden, nedsatt självförtroende eller självuppskattning, aptitförlust eller ökad aptit, sömnsvårigheter/exceptionell trötthet, svårigheter att fatta beslut och koncentrationssvårigheter samt långsamma rörelser eller rastlöshet och upprördhet. Desto lindrigare depression, desto mindre symptom har man. En person med depression behöver inte alltid ha alla symptom som nämnts. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 39)

### 3.5.2 Självdestruktivt beteende

Alla människor har självdestruktiva tankar i något skede av livet. Återkommande självmordstankar är dock tecken på att den psykiska hälsan vacklar. Självdestruktivt beteende omfattar beteenden med vilket man medvetet eller omedvetet förorsakar sig. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 26)

### 3.5.3 Beroendesjukdom

Addiktion eller beroende kan uppstå av nästan vilka saker eller substanser som helst. Med hjälp av dessa saker eller aktiviteter försöker man uppnå omedelbar njutning. Beroendet begränsar livet och människan behöver med tiden mer och mer av det som framkallat beroende. Beroenden kan vara både psykiskt eller fysiskt och socialt. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 70)

Karaktäristiskt för en beroendesjukdom är någon av följande: ett beroende av droger eller alkohol, missbrukning av droger eller alkohol som leder till problem i vardagslivet eller ett så rikligt bruk av alkohol eller droger att den skadar hälsan. Tillfrisknandet från beroendesjukdom förutsätter en nykter levnadssätt. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 70)

### 3.5.4 Psykos

Psykos är en definition på sådan psykisk ohälsa där verklighetsuppfattningen är förvrängd. Beteende, känsloliv och tankegångar är avvikande. Störningen kan innehålla också hallucinationer. Psykoser indelas i bipolär sjukdom, psykotisk depression, schizofreni och rusmedelspsykos. Exempel på vanliga symptomen när psykos utvecklas är: ångest, depression, märkliga tankar, social isolering, ovanliga sinnesförmimmelser, irritabilitet, misstänksamhet, svårigheter med koncentration, sömnsvårigheter etc. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 94-95)

### 3.5.5 Ångestsyndrom

Ångestsyndrom kallas en långvarig ångest som tenderar att bli värre. Ett långvarigt ångestsymtom tenderar att göra människor mera mottagliga för depression och t.ex. alkoholmissbruk. Ångest kan ha olika fysiska, psykiska eller funktionsmässiga symptom. Exempel på symptom: muskelvärk, rastlöshet, illamående, hjärtklappningar, hyperventilation, koncentrations- och minnessvårigheter, trötthet, tvångstankar- och handlingar, otålighet och ilska, med mera. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2006, s. 53)

## 4 Metod

Skribenten kommer att göra en handlingsmodell för hälsovårdspersonalen. Handlingsmodellen kommer att ge råd och tips på hur man som hälsovårdspersonal kan upptäcka och förebygga negativa psykologiska komplikationer hos kvinnor som vill göra abort.

Skribenten har använt examensarbetet "Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse" (Kurikkala & Ranta-Nilku 2013) som faktaunderlag i produkten, samt litteratur som hittats i databas, Cinahl. I följande kapitel kommer skribenten beskriva hur man utformar en modell.

### 4.1 Modell

En modell är en förenklad bild av verkligheten: idealbilder hur t.ex. någonting fungerar eller för hur någonting ska vara uppbyggd. En modell kan underlätta aktiviteter av olika slag och därför väljer vi modeller för att underlätta diskussion, analys eller beslut i den pågående situationen. (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2006, s.72-73)

Vanligen krävs att modellen ska täcka problemområdet och att den ska vara förståelig. Ordet modell kan också täcka realistiska bilder som i vissa sammanhang är mer användbara. Man kan bygga upp en modell på många sätt men om man begränsar modeller lite, hittar man tre vanliga typer av modeller. Dessa modellen är: verbala, schematiska och matematiska. Om man bygger en modell på dokumenterade och väl samlade erfarenheter får man ett mycket effektivt verktyg. (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2006, s.72-74)

Olika skäl påverkar valet av vilken modellutformning undersökaren väljer att använda. En viss modellteknik kan vara mer eller mindre lämplig för det problem som studeras. De tre olika modellutformningars metoder kan anses som definitioner av reaktioner. De olika modellteknikerna behöver inte heller utesluta varandra. Läsaren kan föredra en viss modell men undersökaren kan sätta



gränser enligt eget kunnande eller syfte. (Eriksson & Wiedersheim-Paul 1999, s.208)

Det finns tre olika modeller. Dessa är den verbala, den schematiska och den matematiska modellen. Den modell som passar bäst för att ge råd och tips hur man som hälsovårdspersonal kan förebygga negativa psykologiska komplikationer hos kvinnor som vill göra abort är den verbala och den schematiska modellen. Med en kombination av dessa två modeller får man ett tydligt hjälpmedel.

Verbala modeller är sammansättningar av sambandet som beskrivs i ord. I princip sker all vår kommunikation med hjälp av modeller även om vi inte själva alltid är medvetna om det. En risk med den verbala modellen kan vara att den kan bli oprecis. (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2006, s.74)

Med schematiska modeller kan man poängtera vissa egenskaper hos modellen. Modellen använder sig av olika figurer och i stället för enbart text, får vi en bild att se på. Även om det kan vara effektivt att använda sig av illustrationer, pilar och rutor, måste den också innehålla text som beskriver modellens element och samband. Nackdelen med den schematiska modellen är att man bygger upp den utifrån estetiska ideal, även om det naturligtvis är logiken som borde styra uppbyggnaden. (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2006, s.75-76)

## 4.2 Handlingsmodell

Skribenter sökte efter forskning om olika handlingsmodeller (bilaga 2). Hon kom fram till att det inte finns handlingsmodeller för förebyggandet av psykologiska komplikationer hos kvinnor som genomgår avbrytande av havandeskap. Däremot fanns det olika handlingsmodeller för vården inom vissa sjukdomar så som diabetes, samt den mentala hälsan. Handlingsmodellernas innehåll varierade och berodde mycket på ämnet det berörde. Inga statistik hittades för användning av modeller eller hur de fungerat i praktiken.

### 4.3 Praktiskt genomförandet

Material som använts till utvecklingsarbete och handlingsmodellen har tagits från skribentens examensarbete, litteratur, artiklar och internetsidor. Skribenten har använt Cinahl med full text då hon sökt sina artiklar. Med hjälp av dessa källor har skribenten producerat en handlingsmodell som ska hjälpa vårdpersonalen att upptäcka och förebygga negativa psykologiska komplikationer hos kvinnor som vill göra abort.

Efter att skribenten bekantat sig och forskat i det material som används i handlingsmodellen har hon börjat utforma tankar hur en handlingsmodell skulle kunna se ut. Efter mycket funderande och skissande började handlingsmodellen hitta sin form. Skribenten beslöt att använda både det verbala och schematiska sättet av modeller och därmed utformat en skiss vilket hon önskar ge en bild på vad handlingsmodellen kommer att handla om. Därefter har hon beskrivit innehållet av skissen både skriftligt och med hjälp av mindre skisser. I slutet av handlingsmodellen finns det en minneslista där man snabbt ser den fakta som berör ämnet abort.

## 5 Resultat

Resultat av detta utvecklingsarbete är den handlingsmodell som skribenten kommit fram med. Handlingsmodellen innehåller information och fakta om hur avbrytande av graviditet påverkar kvinnan samt hur man som hälsovårdspersonal skulle kunna upptäcka och förebygga negativa psykologiska komplikationer hos kvinnor som vill göra abort. Handlingsmodellen finns att ses som bilaga i arbete (Bilaga 3).

På den första sidan av handlingsmodell har skribenten valt att utforma en skiss som snabbt ger en inblick på vad man borde tänka och ta i beaktande när man bemöter en kvinna som vill göra abort. Därmed har skribenten gått djupare in i varje del och berättat mera detaljerade på vilka saker man borde ta i beaktande. I slutet har skribenten utformat en minneslista gällande abort.

## 6 Kritisk granskning och diskussion

I sitt examensarbete "Abort - En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse", (Kurikkala & Ranta-Nilkku, 2013), kom skribenterna fram till att det finns ett samband mellan mentala störningar och kvinnor som genomgått en inducerad abort. Det var i första hand detta som fångade skribentens intresse att spinna vidare på ämnet och producera något som skulle hjälpa att förhindra dessa mentala störningar.

Handlingsmodellen som skribenten producerade är ämnad för hälsovårdspersonalen som i sitt arbete kommer i kontakt med kvinnor som vill göra abort. Med hjälp av handlingsmodellen är det tänkt att hälsovårdspersonalen skulle ha lättare att upptäcka de kvinnor som är i risk att få psykologiska komplikationer efter avbrytande av graviditeten.

Handlingsmodellen är för att ge riktning för hur man kan upptäcka och därmed förebygga uppkomsten av psykologiska komplikationerna. Eftersom människor är olika kan man inte generalisera alla i ett likadant mönster men med hjälp av riktlinjer för hur människor vanligen beter sig kan man hitta de kännetecknande beteendeformer och därmed kunna förebygga något. Skribenten önskar att den handlingsmodell som gjorts ger råd och tips för hur man kan upptäcka de kvinnor som är i risk att få negativa psykologiska komplikationer efter en avbrytande av graviditet. Med hjälp av handlingsmodellen tror skribenten att de psykologiska komplikationerna kan minskas.

För att vårdpersonalen skulle ha lättare att använda den handlingsmodell som producerades använde skribenten en kombination av både verbal och schematisk modell. Skribenten tror att det underlättar användning av handlingsmodellen eftersom man får både läsa, samtidigt som man ser de viktigaste punkterna i en skiss.

Produkten som producerades har ingen beställare men skribenten tror att det skulle finnas behov av den produkt som producerats. Materialet och produkten,

handlingsmodellen, är skriven på ett språk, dvs. på svenska och därmed skulle det vara bra att översätta den till finska för att bättre få den i bruk.

Skribenten anser att de mål som ställdes för produkten uppfylldes. Skribenten känner sig nöjd med det slutliga produkt och önskar att den handlingsmodell som gjordes är till nytta.

## Källförteckning

Brudal L. (1985). *Födandets psykologi: Lärobok i förebyggande arbete*. Vällingby: Offset-Tryck AB

Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T. & Cogle J. R. (2005). The psychology of abortion; A review and suggestions for future research. *Psychology and Health*, 20 (2), 237-271.

Eriksson L.T. & Wiedersheim-Paul F. (1999). *Att utreda forska och rapportera*. (6. Uppl.) Malmö: Daleke Grafiska AB

Eriksson L.T. & Wiedersheim-Paul F. (2006). *Att utreda forska och rapportera*. (8. Uppl.) Slovenien: Korotan Ljubljana

Fergusson, D., Horwood, J. & Boden, J. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 444-451.

Goodwin, P. & Ogden, J. (2006). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22, 231-248.

Halonen, M. (2010). Nuoren toipuminen raskaudenkeskeytyksestä. *Kättilölehti – Tidskrift för Barnmorskor*, 3, 22-24.

Heiskanen T., Salonen K., Kitchener B. & Jorm A. (2006). *Handbok i psykiska första hjälpen*. Singsby: Ykkös-Offset Oy

Hills, L. (2012). Reading and using body language in your medical practice. *The Journal of Medical Practice Management*, 201, 83-91.

Harris, A. (2004). Supportive Counseling Before and After Elective Pregnancy Termination. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 105-112.

Kjelsvik, M. & Gjengedal, E. (2011). First-time pregnant women's experience of the decisionmaking process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 169-175.

Lie, M. LS., Robson, S. C. & May, C. R. (2008). Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 8, 150-159.

Lipp, A. (2008). A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 31, 9-19.

Lipp, A. (2011). Self-preservation in abortion care: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 892-900.

McLemore, M. & Levi, A. (2011). Nurses and Care of Women Seeking Abortions, 1971 to 2011. *JOGGN*, 40, 672-677.

Nwose, A. (2008). Abortti, adoptio vai äitiys? *Kättilölehti – Tidskrift för Barnmorskor*, 6, 228-232.

Opetusministeriö. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon*, 2006.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> (Hämtat 22.03.2014)

Pearl, B. (2012). Understanding Body Language. *Podiatry Management*, 5, 185-186.

Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428.

Pietilä A-M., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P., Salminen E-M. & Sirola K. (2008). *Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät*. (1.-2. uppl.) Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

Rainto, S. (2010). Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys naisten kokemana. *Kättilölehti – Tidskrift för Barnmorskor*, 5, 6-7.

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, 2007-2011*. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf> (Hämtat 20.02.2014)

Thorp, J., Hartmann, K. & Shadigian, E. (2003). Long-term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: a Review of the Evidence. *Obstetrical & Gynecology Survey*; 58 (1), 67-79.

Winroth J. & Rydqvist L-G. (2008). *Hälsa & hälsopromotion: Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Litauen: Logotipas



Med nedanstående underskrift tillåter *Emilia Ranta-Nilkku* att *Sara Kurikkala* får använda det gemensamma examensarbete och utvecklingsarbete, som undertecknade har tillsammans skrivit till sin barnmorske examen. Sara Kurikkala får rättighet att använda examensarbete samt utvecklingsarbete i sina fortsatta studier till hälsovårdare.

Härmed får Sara Kurikkala fortsätta att utveckla det gemensamma examensarbete samt utvecklingsarbete till ett utvecklingsarbete som Sara Kurikkala kommer att göra för sin hälsovårdarexamen.

Respektive examensarbete: Kurikkala, S & Ranta-Nilkku, E. *Abort – en systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse, (2013).*

Respektive utvecklingsarbete: Kurikkala, S & Ranta-Nilkku, E. *En informativ broschyr om avbrytande av graviditet, (2013).*

Båda parten har ett exemplar av detta dokument.

Ort, datum

Vasa 20.12.2013

Vasa 20.12.2013

Emilia Ranta-Nilkku

Sara Kurikkala

Emilia Ranta-Nilkku

Sara Kurikkala

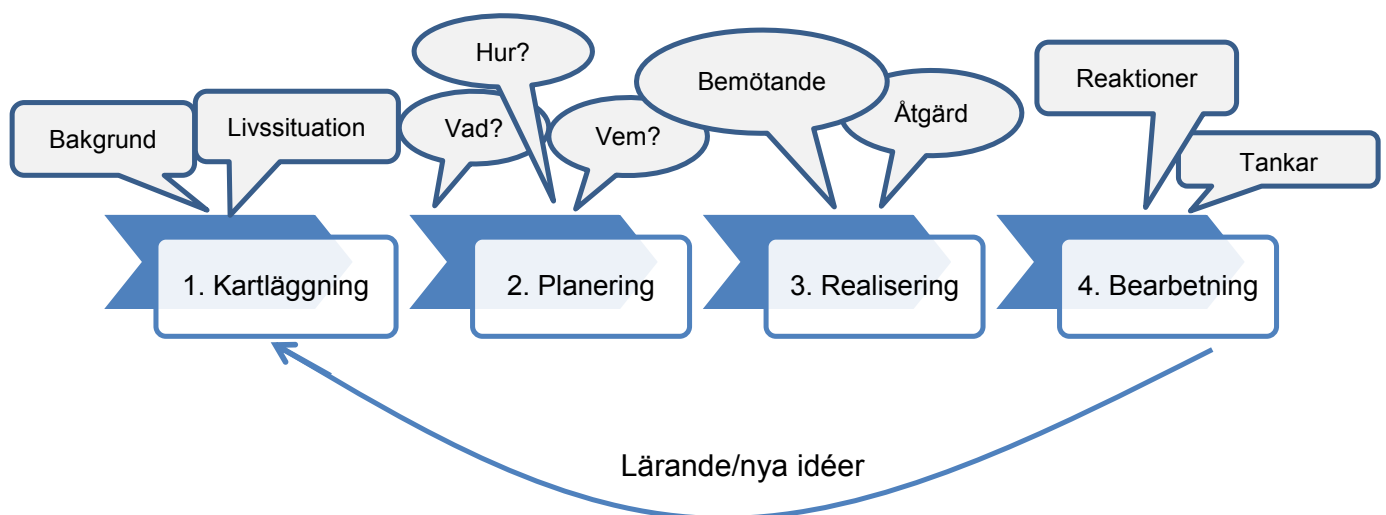
## Bilaga 2

### Sökhistorik

Som sökord har använts kombinationer av följande ord: handlingsmodell, användning, toimintamalli, abortti, käyttö, pattern, healthcare, mental health, use, prevent, induced abortion.

Databas	Antal träffar	Antal valda
EBSCO CINAHL/ CINAHL with full text Academic Search Elite	240	0
SweMed+	2	0
Springer Link	18	0
Terveysportti	27	0
Sammanlagt	287	0

## En handlingsmodell för förebyggandet av psykologiska komplikationer hos kvinnor som genomgår avbrytande av havandeskap



**Kurikkala, S. (2013) Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse**

**Yrkehögskolan Novia, Vasa**

**Utbildning: Hälsovårdare**

Fullständig referenslista tillgänglig i  
Theseus

# 1. Kartläggning

Det är viktigt att som vårdare kartlägga de egenskaper och tillståndet hos kvinnan som vill göra abort. Med en bra kartläggning över situationen kan man förebygga de psykologiska följder som en abort kan förorsaka hos kvinnor. För en bra kartläggning bör man få fram kvinnans livssituation, tankar kring abort samt beslutet. Kom ihåg att kroppsspråk kan avslöja det som inte blir sagt. Med följande frågor får man en inblick i det man bör ta i beaktande.

- Är kvinnan i en relation?
- Har kvinnan berättat om sin situation för någon?
- Har kvinnan stödpersoner som hon kan prata med?
- Vilka tankar har kvinnan kring abort?
- Blir kvinnan tvingad till att göra abort?
- Är beslutet om att göra abort gjort?

Har kvinnan någon av dessa symptom?

- Dålig självkänsla?
- Känsломässig involvering i graviditeten?
- Låg kapacitet att klara av abort?
- Svårigheter med beslutfattande?
- Icke-stödjande partner/familjemedlemmar/vänner?
- Tidigare historia av psykisk ohälsa?
- Känslor av att bli tvingad till att göra abort?

➔ Risk att få problem efter abort. Ge akt på kvinnans mentala hälsa!

Om kvinnan tidigare gjort en abort och kommer in för att göra en abort är det viktigt att ta hänsyn till hur det första avbrytandet av graviditeten gått.

Med de två skisserna nedanför får man en snabb inblick på vad som påverkar den mentala hälsan.

## Riskfaktorer som kan påverka den mentala hälsan negativt

depression  
ångest  
alkohol + droger  
självordstankar  
tonåren  
ogift  
dålig/otrygg relation med mamma  
>1års separation från mamma, före 16års ålder  
känslomässiga problem/olösta trauman  
våldsam relation  
religiös tillhörighet  
konservativ syn på abort

## Känslor och symptom?

### Vanliga känslor:

- ångest
- lättnad
- sorg
- tomhet

### Negativt påverkande symptom:

- ångest
- sömnstörningar
- depression
- (drog)missbruk
- risk för självmord

### Faktorer som påverkar positivt:

- stöd och information
- ingen osäkerhet inför beslutet
- inga skuldupplevelser före abort

## 2. Planering

Efter att man noggrant kartlagt information om kvinnan börjar steg nummer två. Det allra viktigaste är att noggrant gå igenom möjligheterna och ge konkret information om abort (Obs! minneslistan i slutet). Eftersom kvinnan går igenom så många olika tankar kring aborten, kommer hon inte att komma ihåg allt som tagits upp på mottagningen.

Det är viktigt att kvinnan får med sig något konkret. Information och material behövs om abort och skriftliga instruktioner när och hur och vart hon kan gå, när det är dags för avbrytande av graviditeten. Det är även bra att redan i detta skede berätta vad som kommer att hända kvinnan efter att avbrytande av graviditeten skett. Som hälsovårdare är huvuduppgiften att stödja och stärka kvinnans resursanvändning för att klara av abort.

Det är bra att komma ihåg att man inte kommer med sina egna åsikter om abort utan man ger den fakta som litteraturen säger. Om kvinnan är osäker, kan hon lätt bli rädd, vilket i sin tur kan leda till känsla av utsatthet och därför är det viktigt att skapa en lugn och accepterande vårdmiljö.

### 3. Realisering

När det blir dags för att avbryta graviditeten gäller det att bemöta kvinnan med respekt och mildhet. Som vårdare är det viktigt att veta hur kvinnor överlag upplever abortprocessen och beslutfattandet. Man bör vara medveten om sin "makt" som vårdare. Om man med en öppen och uppmärksam attityd låter kvinnan uttrycka sig själv får man ut mera av kvinnan.

Det kan vara svårt som vårdare att ta en neutral ställning oavsett orsaken bakom beslutet att göra abort. Genom en neutral ställning och språkbruk kan man dock förebygga att kvinnorna inte känner sorg, ensamhet, osäkerhet eller skam.

Man bör ta i beaktan både de psykologiska och fysiologiska upplevelser som en kvinna genomgår under graviditets avbrytande. Att bemöta klientens begäran och ta reda på klientens önskemål främjar patienten.

Bra att komma ihåg:

- Har patient en stödperson? Får hon stöd av någon annan än vårdpersonalen?
- Informera kvinnan om vad som händer och vad som görs.



## 4. Bearbetning

Efter att kvinnan gjort abort är det nödvändigt att personalen uttrycker sin tro på kvinnornas förmåga att klara sig. Ett tryggt förhållningssätt och icke-dömande vårdmiljö bör behållas. Personalen bör förbereda kvinnor för de normala reaktioner som dem kan förvänta sig efter avbrytande av graviditet och hjälpa med att bearbeta dessa tankar. Lika viktigt som att låta kvinnorna känna lättnad eller glädje är det viktigt att tillåta kvinnor känna sorg efter aborten. Efter abort är det normalt med ett brett spektrum av tankar. Dessa tankar kan förekomma också efter en tid.

Tre viktiga teman som bör diskuteras:

- Tillåta sorg
- Ge möjlighet till förlåtelse
- Identifiera olika stödpersoner

Som vårdare är det bra att komma ihåg att remittera kvinnor vidare till kollegor inom den mentala vården samt till olika grupper där de kan få kamratstöd. Det kan vara väldigt skadligt om kvinnan blir isolerad. Speciellt religiösa kvinnor kan ha problem med det. Kamratstödet omfattar rådgivning i grupp, online-grupper samt telefonrådgivning. Då individerna i gruppen har liknande bakgrund och erfarenheter är det lättare att få den stöd som behövs.

Skisser, nedanför kan hjälpa dig att identifiera hur kvinnan kommer att klara sig efter avbrytandet av graviditet.

Riskfaktorer  
som kan  
känneteckna  
kvinnor med  
oförmåga att  
klara sig  
självständigt  
efter en abort

demografiska riskfaktorer

minderårighet

abort i andra trimestern

svårigheter att fatta beslut om abort

graviditetsavsikter

minskad socialt stöd

dålig självkänsla

när beslutet inte varit kvinnans eget

flera aborter

brist på psykosocial stabilitet före aborten

självklagelser

## Var befinner sig kvinnan?

### Lineär återhämtning

- Kvinnan är upprörd till en början men med tiden minskar känslorna och kvinnan anpassar sig till det normala.

### Ihållande upprördhet

- Kvinnan är upprörd direkt efter aborten men även flera år efteråt. Känslorna blir inte lindrigare efter en tid.

### Negativ omvärdering

- Kvinnan är upprörd direkt efter aborten, men stänger ut händelsen och försöker leva ett normalt liv utan att lyckas med det. Kvinnan blir upprörd igen efter några år.

### Ingen upprördhet

- Kvinnan är inte upprörd efter aborten och blir aldrig upprörd över det. Kvinnan kan ha positiva känslor och aborten har inte påverkat kvinnans liv negativt.

## Minneslista

Förordning om avbrytande av havandeskap (1970/359) är den lag som gäller i Finland. Enligt denna lag behöver kvinnan inte vara finsk medborgare, inte heller myndig för att ansöka om tillstånd till avbrytande. Argumentationen bör dock uppfylla lagens kriterier.

Tillstånd fås antingen av en eller två läkare, eller från Valvira (tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården)

*En läkare:* Då antalet graviditetsveckor inte överstiger 12+0 och kvinnan är under 17 år, har fyllt 40 år eller redan fött fyra barn.

*Två läkare:* 1) Antalet graviditetsveckor inte överstiger 12+0, födseln och vården av barnet skulle vara särskilt betungande, graviditeten har orsakats av våldtäkt eller föräldrarna är oförmögna att ta hand om barnet

2) Oberoende av graviditetens längd ifall fortsatt graviditet skulle hota kvinnans liv eller hälsa.

*Valvira:* 1) När läkarens beslut är negativt eller utgående från samma kriterier som läkarna.

2) Om svår sjukdom eller missbildning hos fostret misstänks ( $\leq 20+0$ ) eller resultat från en pålitlig undersökning ( $\leq 24+0$ ) påvisar detta.

### Den medicinska aborten:

- Används upp till H 24+0 men helst före H 9+0.
- Kombination av anti-progestin (Mifepriston) och prostaglandin (Misoproston).
- Poliklinisk, ingen anestesi behövs (kan delvis göras hemma).
- Efterblödning i ca 10-14 dagar, även upp till 4 veckor.
- Sjukledighet för 1-3 dagar.
- Efterkontroll 2-3 veckor efter avbrytande.

### Den kirurgiska aborten:

- Används upp till H 12+0.
- Steg 1: Livmoderhalsen mjukas upp med prostaglandin (Misoproston).
- Steg 2: Innebär en sug skrapning, görs dagkirurgiskt, under anestesi.
- Efterblödningen är vanligen knapp.
- Sjukledighet för 1-3 dagar.
- Efterkontroll 2-3 veckor efter avbrytande.

### Preventivmedel:

- Inleds senast efter eftergranskningen
- Spiral kan sättas oftast i samband med efterkontroll eller i samband med första mens. Hormonella preventivmedel kan inledas i samband med aborten.

## Källor

Förordning om avbrytande av havandeskap 29.5.1970/359. [online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (Hämtat 3.11.2014).

Kurikkala, S. & Ranta-Nilkku, E. (2013). Abort – En systematisk översikt av kvinnornas upplevelser och av vårdpersonalens betydelse, 1-48.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Käypä hoito suositus - raskauden keskeytys, 2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi27050> (Hämtat 3.11.2014).