

# Sterilisering, M4

**Förtydligande:** Med ”kvinna” respektive ”man” jämförs annan person med för riktlinjen relevant anatomi.

## Förändringar sedan föregående version

Layout och formateringar är ändrade enligt ny gemensam dokumentmall för VGR. Versionsnumrering är förändrad då detta dokument är migrerat från Alfresco till SharePoint/SOFIA. Ansvar kring riktlinjen är förtydligat med en egen rubrik.

## Bakgrund och syfte

En person som fyllt 25 år och är bosatt i Sverige kan på egen begäran få bli steriliserad. [Steriliseringslag \(1975:580\) Svensk författningssamling 1975:1975:580 t.o.m. SFS 2013:1140 - Riksdagen](#)

Den som fyllt 18 år men inte 25 år kan efter egen ansökan hos Socialstyrelsen få tillstånd till sterilisering om det finns särskilda skäl.

[Ansökan om tillstånd enligt steriliseringslagen.](#)

Sterilisering får inte ske utan att den som begär åtgärden noggrant har informerats om ingreppets innebörd och följder samt om andra möjligheter att förebygga graviditet. Sådan information kan ges av läkare, barnmorska eller kurator.

[Bekräftelse enligt §5 Steriliseringslagen](#) på mottagen information måste vara påskrivet innan operativt ingrepp får göras.

## Sterilisering av kvinnliga könsorgan

Sterilisering sker i narkos via laparoskopi, varvid äggledarna blockeras, eller via minilaparotomi/ laparotomi om laparoskopi visar sig vara olämplig. Operationen utförs som ett dagkirurgiskt ingrepp.

## Utförande

### Besök på barnmorskemottagning (BMM)

Kvinnor som önskar steriliseras får preventivmedelstid hos barnmorska. Vid besöket ges både muntlig och skriftlig information om sterilisering och dess konsekvenser.

Se Patientinformation på hemsidan. Kvinnan bör även ges individuell information och råd om andra alternativa preventivmetoder.

Informationsbekaftelsen (ovan) ges till henne vid besöket.

### Information

- Ingreppet är oftast polikliniskt, man inte behöver läggas in på sjukhus. Sjukskrivning behövs oftast inte, men man får räkna med lindrig till måttlig smärta under några dagar.
- Det finns en liten risk för komplikationer (till exempel skador på blåsa/tarm/blodkär), som kan medföra att buken måste öppnas och man måste då läggas in för vård.
- Sterilisering är inte reversibelt. Det innebär att det är ett bra val endast för kvinnan som inte önskar bli gravid igen oavsett hur hennes nuvarande relation och livssituation förändras.
- Sterilisering påverkar inte kvinnans hormoner eller mensmönster.
- Sterilisering är mycket effektivt men det finns en liten risk för graviditet även efter ingreppet.

Kvinnan hänvisas till öppenvårdsgynekolog för medicinsk bedömning, kompletterande information, påskrift av informationsbekaftelse samt remiss för operation.

Egenremiss som kvinnan kan fylla i finns på [1177 Vårdguidens e-tjänster](#).

Är kvinnan gravid eller nyförlöst kan ärendet läggas på administrationslistan så att MHV-läkaren kan ta ställning till om remiss kan utfärdas utan läkarbesök.

Kvinna mellan 18 och 25 år hänvisas direkt till gynekolog, utan barnmorskebesök, om hon vill diskutera sterilisering.

### **Läkarbesök på gynnottagning**

- Undersökning och anamnesuppgifter inför operation inkluderar:
  - Vikt, längd, BMI, blodtryck, Hb
  - Blodgruppering
  - Eventuell provtagning för MRB
  - Sjukdomar, medicinering, allergier
  - Tidigare bukkirurgi
  - Obstetrisk anamnes, tidigare erfarenhet av preventivmedel

Bekräftelse enligt §5 skrivs på och bifogas remiss till opererande enhet. På KK Östra sätts patienten upp på väntelista för steriliseringsoperation utan ytterligare preoperativ bedömning av gynekolog på kliniken. Det finns även andra vårdgivare som utför sterilisering. En förteckning över dessa, med respektive patientselektion och krav på remiss, kan med fördel hållas aktuell av enhetschef.

### **Sterilisering i samband med kejsarsnitt**

Beslut om sterilisering kan bli mer komplicerat vid abort eller i samband med förlossning, då det kan innebära en ökad risk för att kvinnan senare ångrar sig. Å andra sidan kan det vara bra för en kvinna som haft svårt att hitta en preventivmetod som passar henne att få ta ställning till sterilisering vid ett planerat kejsarsnitt eller om oplanerat kejsarsnitt behöver utföras. Frågan om sterilisering kan med fördel även ställas av barnmorska eller läkare vid risk för medicinska komplikationer eller uttalad psykosocial utsatthet relaterat till

framtida graviditeter. Det är, som alltid vid sterilisering, helt och hållet kvinnans eget beslut.

### **Handläggning enligt ovan, med följande ändringar**

- Sterilisering utgörs i samband med kejsarsnittet och förlänger operationstiden med några minuter. Äggledarna delas med diatermi eller skalpell.
- Kvinnan tar med sig påskriven informationsbekräftelse (se ovan) till förlossningen om kejsarsnitt inte planerats. Patientnotering skrivs om kvinnans önskemål om sterilisering.
- Vid planerat kejsarsnitt skickas påskriven informationsbekräftelse tillsammans med remissen. Dokumenteras i MHV3 och patientnotering.

### **Sterilisering av manliga könsorgan**

Sterilisering av manliga könsorgan, vasektomi, görs i lokalbedövning.

Sädesledarna som ligger tätt under huden knyts av och delas via ett litet snitt i övre delen av pungen. Män över 25 år som söker för sterilisering kan, i mån av tid, få preventivmedelstid hos barnmorska för såväl muntlig som skriftlig information om ingreppet och dess följder.

- Ingreppet sker i dagkirurgi, oftast i lokalbedövning. Man läggs alltså inte in på sjukhus.
- Ingreppet innebär att sädesledarna delas, detta påverkar varken hormonnivåer eller erektil funktion.
- Efter ingreppet måste man använda annan preventivmetod i cirka tre månader, och sedan lämna spermprov för att kontrollera att man verkligen är steril.
- Ingreppet är inte reversibelt. Det lämpar sig endast för mannen som inte i framtiden vill bli pappa, oavsett hur hans relation och livssituation ändras.

Mannen hänvisas sedan att kontakta någon av de enheter som utför vasektomi. Dessa tar emot egenremiss. Mer information finns på [1177.se](http://1177.se).

## Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

## Arbetsgrupp

### Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

### Godkännare

Susanne Samuelsson, områdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, M4, Regionhälsan.

Helena Hognert, sektionschef, gynekologi och reproduktionsmedicin, SU.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje verkställighet

**Gäller för:** Barnmorskemottagning och gynekologi

**Innehållsansvar:** Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

**Godkänd av:** Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef,  
Helena Hognert, (helho13), Sektionschef

**Dokument-ID:** RHS9927-391389789-101

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-12-29

**Giltig till:** 2027-12-29