OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Caroline Stadelmann, (carst36), Specialistläkare
Granskad av: Maria Forslund, (marfo28), Sektionschef
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-10-19
Giltig till: 2028-10-19

Infertilitetsutredning, basal

Förändringar sedan föregående version

2026-10-07 första version.

Innehållsförteckning

Infertilitetsutredning, basal 1
Förändringar sedan föregående version 1
Innehållsförteckning 1
Bakgrund och syfte 2
Utförande 2
Förutsättningar för infertilitetsutredning (heterosexuellt par) inom offentlig regi 2
Offentligt finansierad fertilitetsbehandling kan inte erbjudas 3
Särskilda patientgrupper 3
Basal infertilitetsutredning 5
Kvinnan 5
Mannen 7
Ställningstagande till vidare utredning/behandling 10
Ovulationsinduktion - länk PM Lz 10
Kirurgisk handläggning 11
Psykosocial bedömning 12

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vid klar IVF-indikation....12
Thyroideaprover vid infertilitet....12
Diagnoser....14
Arbetsgrupp....14
Källförteckning....15

Bakgrund och syfte

- Att ge paret information om sannolik orsak till infertiliteten.
- Att bedöma parets prognos för graviditet.
- Att ta ställning till lämplig behandling.

Infertilitet drabbar cirka 10–15 % av par i reproduktiv ålder (1) och definieras som utebliven graviditet efter minst 12 månaders regelbundet oskyddat samliv (2). Orsaken till infertilitet kan vara kvinnlig, manlig eller kombinerad. Hos cirka 20–30 % påvisas ingen förklaring trots utredning. Endometrios kan vara en underdiagnostiserad orsak; i en svensk studie (3) påvisades endometriom och/eller djup endometrios hos 21,8 % av kvinnor med subfertilitet inför sin första assisterade reproduktionsbehandling, varav majoriteten tidigare saknade diagnos.

Utförande

Förutsättningar för infertilitetsutredning (heterosexuellt par) inom offentlig regi

- Ett års tid med regelbundet oskyddat samliv.
- Utredning kan inledas tidigare om det finns en känd eller starkt misstänkt orsak till infertilitet hos någon av parterna, exempelvis amenorré/oligomenorré (till exempel vid PMOS), svår endometrios där hormonell behandling inte lämpligen kan sättas ut eller kraftigt avvikande spermaprov.

- Från och med 36 års ålder kan utredning inledas efter sex månaders regelbundet oskyddat samliv.
- Kvinnan kan utredas från 19 års ålder men inte efter 40 års ålder.
- Mannen kan utredas från 19 års ålder men inte efter 56 års ålder.
- Paret ska ha en fast och stabil relation (gifta eller sammanboende).
- Infertilitetsutredning kan inledas oavsett BMI. Övervikt och obesitas kan bidra till anovulation hos kvinnan och försämrad spermakvalitet hos mannen. Informera om att BMI <35 hos kvinnan krävs för letrozolstimulering och IVF-behandling inom offentlig regi. Utredningen bör användas som ett tillfälle att erbjuda stöd till viktnedgång vid behov.

Offentligt finansierad fertilitetsbehandling kan inte erbjudas

- Par som har ett gemensamt barn (även adoptivbarn).
- Par där bara en av parterna vill genomgå utredning.
- Par där någon av parterna är steriliserade.
- Par där någon eller båda inte uppfyller åldersgränserna.
- Par där det förekommer pågående missbruk, allvarlig psykisk eller somatisk sjukdom eller betydande social problematik.

Särskilda patientgrupper

Samkönade par samt självstående kvinnor

- Hänvisas att skriva en egenremiss till Reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Äggdonation

- IVF-remiss ska skickas innan kvinnan fyllt 38 år. Egenremiss godtas ej. Finns partner ska denne/denna vara under 55 år vid uppsättande på väntelista. Donatorn kan vara antingen anonym eller bekant.

Endometrios

- Vid endometrios utan tidigare svår smärtproblematik rekommenderas spontana graviditetsförsök under minst sex månader. Uppföljning efter cirka tre månader rekommenderas för att utvärdera smärtsituationen efter utsatt hormonell behandling. Spermaprov bör tas tidigt för att undvika resultatlösa graviditetsförsök och, vid dyspareuni, onödigt smärtande samliv.
- Vid endometrios med tidigare eller pågående svår smärtproblematik ska remiss direkt till IVF övervägas utan utsättning av hormonell behandling. Synkroniserad övergång från patientens pågående hormonbehandling till GnRH-agonist rekommenderas och kan minska risken för ökad smärta.
- Vid bilaterala endometriom, hematosalpinx eller tecken på djupt infiltrerande endometrios skickas remiss till NHV-teamet för endometrios på Sahlgrenska för sambedömning och ställningstagande till eventuell kirurgi. (ref: https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2025/03/vaardprogram-nhv-endometrioskirurgi-2024-1.pdf)

Myom

- Kvinnor med kända leiomyom som inväntar eller genomgår kirurgisk behandling vid Reproduktionsmedicin kan ha en lång behandlingsperiod innan aktiva graviditetsförsök kan återupptas. Vid postoperativ kontroll efter myomektomi eller hysteroskopisk myomresektion bör graviditetsönskemål och fertilitetsanamnes aktivt efterfrågas.
- Vid manlig partner bör spermaprov övervägas tidigt, särskilt om graviditetsförsök redan pågått eller om ytterligare infertilitetsfaktor misstänks. Ställningstagande till fullständig infertilitetsutredning görs individuellt utifrån kvinnans ålder, tidigare graviditetsförsök och postoperativt fynd.

Basal infertilitetsutredning

Läkarbesöket

Par som kallas till Reproduktionsmedicin Sahlgrenska får ett brev med anamnesblankett för både kvinnan och mannen samt information kring provtagning (se bilaga 1). Läkarbesök bokas när den initiala provtagningen är genomförd och provsvaren finns tillgängliga.

- Förklara översiktligt hur utredningen går till och att den kan mynna ut i olika behandlingsförslag. Informera om att paret sätts på en separat väntelista om IVF-behandling blir aktuell.
- Anamnes (diktera mannens journal i samma diktat som kvinnans, på GYN06).
- Delgivning av inkomna provsvar inklusive spermaprov.
- Läkarbesöket bokas med fördel i follikelfas för att möjliggöra kavitetsundersökning (KAVUS) och hysterosalpingosonografi (HSS).

Gemensam anamnes

– Infertilitetsduration, tidigare graviditeter tillsammans eller med annan partner, regelbundet samliv och samlag i fertil fas, aktuella och tidigare sjukdomar, läkemedel, allergier, tidigare operationer, hereditet, arbete/studier, levnadsvanor inklusive rökning, snus, alkohol och droger samt eventuell relevant exponering i arbete eller miljö.

> Informera vid behov om att spermier kan överleva upp till fem dygn i en kvinnas kropp medan oocyten är befruktningsbar under cirka 24 h. Rekommendera därför samliv framför allt dagarna *före* förväntad ovulation.

Kvinnan

Gynekologisk anamnes

– Ålder vid menarke, cykellängd och antal blödningsdagar, tecken på ovulation, menorragi, dysmenorré, dyspareuni och vaginism. Tidigare graviditeter, förlossningar, missfall, aborter och

ektopiska graviditeter. Tidigare preventivmedel, STI, gynekologiska sjukdomar och deltagande i cervixscreening.

Provtagning

- Hb, blodtryck, vikt och längd
- PCR för klamydia/gonokocker i urin
- TSH – för tolkning, se avsnitt nedan
- Prolaktin – vid amenorré samt oligomenorré (cykellängd >35 dagar). Normalvärde: 70 – 530 mlE/L
- PMOS-prover (LH, FSH, testosteron, SHBG) – provtagning om cykellängd >35 dagar. Ett förhöjt fritt androgenindex, FAI (=totaltestosteron/SHBG) >0,05-0,1 innebär biokemisk hyperandrogenism. En LH/FSH-kvot >2 är vanligt förekommande vid PMOS, men är i sig inte diagnostisk.
- Rubellaantikroppar – kvinnor som saknar immunitet mot rubella hänvisas till vårdcentral för vaccination. De bör inte bli gravida inom en månad efter vaccination på grund av levande vaccin.
- LH-stickor – patienten uppmanas inför läkarbesöket att använda ägglossningstest för att försöka identifiera LH-toppen. Vid regelbunden cykel på cirka 28–30 dagar påbörjas testning omkring cykeldag 11.
- S-progesteron tas cirka sju dagar före förväntad menstruation om LH-stickorna inte ger positivt utslag. Ett S-progesteron >9,5 nmol/L ger stöd för att ovulation har ägt rum. Ett enstaka progesteronvärde kan inte användas för bedömning av lutealfasens kvalitet (4).

Gynekologisk undersökning och ultraljud

- Gynekologisk undersökning inkluderande spekulumundersökning, bimanuell palpation samt ultraljud med bedömning av uterus och ovarier.
- Transvaginalt ultraljud genomförs systematiskt med bedömning av cervix, uterus i sagittal- och transversalplan, endometriet samt båda ovarierna. Dokumentera endometriets AP-mått och räkna samtliga antrala folliklar med diameter 2–10 mm (5) i respektive

ovarium (AFC). Diktera exempelvis AFC 5 + 3 för höger och vänster ovarie. Bedöm även förekomst av endometriom eller annan ovarialcysta, adenomyos samt hydro- eller hematosalpinx.

- Kavitetsundersökning (KAVUS): hydrosonografi med NaCl för bedömning av livmoderhålans kontur och förekomst av polyp >10 mm, submukös myom (FIGO 0–2), septum eller intrauterina synekier. NaCl framträder hypoekogent/ekofritt vid ultraljud.
- KAVUS kan användas som enda undersökning inför IVF, som postoperativ kontroll eller när bedömning av tubarpassage inte är indicerad – till exempel vid återkommande missfall.
- Hysterosalpingosonografi (HSS): utförs vanligen i anslutning till KAVUS med SonoVue, som framträder hyperekogent, för bedömning av tubarpassage.

Kontraindikation till KAVUS/HSS

Kontrastallergi, hydro-/hematosalpinx, bakteriell vaginos, pågående vaginal blödning

Övrigt

- Om cytologprov inte föreligger enligt screeningprogram hänvisas kvinnan i första hand till sin vårdcentral/MVC.
- BMI. Betona nyttan av viktreduktion vid BMI >30, information om FaR (fysisk aktivitet på recept) eventuell remiss till dietist. Kvinnor med BMI >30 och anovulation ska informeras om att viktnedgång sannolikt ökar chans till konception. Överväg metformin hos PMOS-patienter med BMI >25.
- Vid unilateralt passagehinder - ingen operativ åtgärd.

Mannen

Andrologisk anamnes

- Tidigare graviditet med nuvarande eller tidigare partner, testikeltrauma, kirurgi eller sjukdom, testiklarnas storlek och konsistens samt erektions- och ejakulationsproblem.

> Erektil dysfunktion kan vara ett tecken på endotelsjukdom; kontrollera blodtryck och metabol profil.

Vid avvikande spermaprov efterfrågas även tidigare retentio testis, varikocele, långvarig värmeexponering, rökning, hög alkoholkonsumtion, cannabisbruk och användning av anabola steroider. Även obesitas, uttalad stress, tidigare infektioner såsom parotit eller STI, ejakulationsstörning samt vissa läkemedel kan påverka spermatogenesen.

Provtagning

- Blodtryck, vikt och längd
- PCR för klamydia/gonokocker i urin
- Spermaprov

Spermaprov

Nedre referensgränser enligt WHO:s sjätte upplaga från 2021.

Volym >1,4 ml, spermiekoncentration ≥16 miljoner/ml, andel rörliga spermier >42 %, progressiv motilitet >30 %, totalt antal spermier ≥39 miljoner/ejakulat.

- Omprov bör övervägas vid spermiekoncentration <16 miljoner/ml och bör tidigast tas 75 dagar efter föregående prov. Om det vid utredning framkommit en klar kvinnlig faktor som motiverar IVF behöver inte spermaprovet kontrolleras om – nytt spermaprov tas i samband med IVF-behandlingen.
- Omprov vid spermiekoncentration <16 miljoner/ml är indicerat om paret önskar avvakta IVF-behandling, om paret är aktuella för letrozolstimulering eller om Reproduktionsmedicin Sahlgrenska inte kan erbjuda IVF av exempelvis åldersskäl.
- Vid upprepat avvikande spermaprov görs en samlad bedömning av koncentration, totalt spermieantal och motilitet samt ställningstagande till vidare andrologisk utredning och/eller IVF/ICSI.

- Vid grav oligozoospermi i två spermaprov (<4 miljoner/ml), kontrollera FSH, LH, testosteron, TSH, prolaktin samt kromosomanalys. Undersökning av manliga genitalia ska ingå. Genetisk orsak bör övervägas, exempelvis Klinefelters syndrom. Vid mycket grav oligozoospermi eller azoospermi kan även analys av mikrodeletioner på Y-kromosomen vara aktuell enligt andrologisk rutin.
- Vid azoospermi (frånvaro av spermier) ska remiss skickas till andrologmottagningen på Reproduktionsmedicin Sahlgrenska.
- Om avvikande kromosomanalys även remiss till klinisk genetik på Sahlgrenska Universitetssjukhus för genetisk rådgivning.

Ställningstagande till vidare utredning/behandling

Fynd/diagnos:	**Handläggning:**
Anovulation – WHO II	Ovulationsinduktion med letrozol (används off label)
Anovulation – WHO I	Viktuppgång, träningsrestriktioner, uppföljning
Endometrios	Bedöm svårighetsgrad och diskutera vid behov med specialist
Uterusfaktor (polyp, myom, septa)	Ställningstagande till kirurgisk åtgärd
Tubarfaktor med sacto-/hematosalpinx	Kirurgisk bedömning inför IVF
Tubarfaktor med bilateral ocklusion	Remiss till IVF
Manlig faktor – nedsatt koncentration/motilitet	Ställningstagande till IVF med ICSI – intracytoplasmatisk spermieinjektion
Azoospermi	Andrologisk utredning, eventuell TESA/PESA*
Oförklarlig infertilitet	Expektans eller IVF beroende på ålder, infertilitetsduration och parets önskemål

*TESA/PESA står för Testicular Sperm Aspiration respektive Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration och innebär att man med en tunn nål suger ut vävnad och spermier direkt från testikeln/bistestikeln.

Ovulationsinduktion

- Indikation finns för letrozolbehandling vid oligo/anovulation av WHO II (PMOS). Indikation föreligger inte vid anovulation av typ WHO I (hypotalamisk amenorré) eller oförklarad infertilitet.
- Normalt spermaprov (koncentration >16 miljoner/ml)
- Kvinna <40 år
- BMI <35 hos kvinnan
- Kavitetsundersökning och HSS ska vara normal med tubarpassage på minst en sida.
- Behandling börjar vid spontan mens alternativt blödningsinduktion med T. Provera 10 mg 1x1 i 10 dagar (en blödning provoceras fram några dagar efter avslutad medicinering). Ordinera T. letrozol 2,5 mg 1x1 från cykeldag 3–7.

- Kontroll av LH-sticka från cykeldag 11 (oftast omslag cykeldag 16–17). Ovulation förväntas för de flesta kvinnor inom 10 dagar efter sista letrozoltabletten.
- Vid osäkerhet om ovulation har ägt rum, kan S-progesteron tas cirka 7 dagar före förväntad menstruation. Ett S-progesteron på >9,5 nmol/L indikerar ovulation.
- Vid utebliven ovulation på 2,5 mg letrozol kan dosen ökas till 5 mg i nästa cykel.
- Vid utebliven ovulation även på 5 mg kan dosen ökas till 7,5 mg, då med tillägg av ultraljudskontroll av behandlingseffekt i cykeldag 11–14. Patienten får ringa in cykeldag 1 för att boka tid, alternativt meddela via 1177.
- Vid ultraljud bedöms antal och storlek på ledande folliklar samt endometrietjocklek.
- Vid fler än två folliklar ≥14 mm avbryts behandlingscykeln och paret avråds från oskyddat samlag på grund av risken för flerbörd.
- Med tanke på långa väntetider för IVF-behandling kan remiss för IVF skickas i samband med start av ovulationsstimulering.
- Metformin i tillägg till livsstilsförändringar kan övervägas till kvinnor med PMOS och BMI >25 för att åstadkomma förändring i vikt och metabolism. Metformin sätts in i låg dos och titreras långsamt upp för att minska risken för gastrointestinala biverkningar. Måldos: 2,5 g hos vuxna. (6)

Kirurgisk handläggning

Laparoskopi

– Åtgärd av hydro/pyosalpinx inför IVF (kirurgisk åtgärd med salpingektomi)
– Symtomgivande endometriom, bilaterala endometriom eller hematosalpinx (remiss till NHV-teamet).

Hysteroskopi

– Resektion av intrakavitära polyper >10 mm som upptäcks vid hydrosonografi.

- Myom (FIGO klass 0-1) som buktar in i kaviteten ska avlägsnas. Större submukösa myom (>4 cm) kan kräva preoperativ behandling och hysteroskopisk resektion i flera seanser.
- Delning av septa/synekier. Misstänkt septa ska alltid undersökas med 3D-ulj preoperativt. Bilder dokumenteras i PICSARA.

Myomektomi via laparotomi/laparoskopi

- Ställningstagande till myomektomi vid större eller multipla intramurala myom görs individuellt utifrån myomens storlek och lokalisation, eventuell påverkan på kaviteten, symtom och reproduktiv anamnes.

Psykosocial bedömning

- Vid behov av psykosocial sambedömning skickas remiss till psykolog/kurator vid Reproduktionsmedicin.
- Vid behov av enbart stödjande samtal kan paret få kontaktuppgifter till psykolog/kurator och själva ta kontakt.

Vid klar IVF-indikation

- Vid behandlingsstart ska kvinnan vara <40 år och partnern <56 år. Vid remisstillfället ska kvinnan inte ha fyllt 39 år och partnern inte ha fyllt 55 år.
- BMI hos kvinnan ska vara ≥18,5 och <35 vid behandlingsstart
- Infektionsscreening med HIV, hepatit B och C, syfilis samt HTLV I/II behöver inte tas inom den basala infertilitetsutredningen eller inför remiss till IVF. Provtagningen utförs vid IVF-nybesök på Reproduktionsmedicin.

Thyroideaprover vid infertilitet

Referensintervallet för TSH vid infertilitet är detsamma som för icke infertila: TSH 0,4 – 3,7 mIE/L.

Eftersom evidensläget är oklart kan man överväga att provta för TPO-ak om IVF planeras och om TSH ligger >2,6 mIE/L.

- TSH 0,4 – 2,5 mIE/L: ingen ytterligare provtagning

- TSH ≥ 2,6 mIE/L: kontrollera TSH på nytt samt ta TPO-ak. Om TPO-ak är negativa ingen ytterligare provtagning eller tyroxinbehandling. Om positiva överväg behandling med 25 µg tyroxin dagligen. Ny kontroll efter 6–8 veckor. Målvärde TSH 0,4 – 2,5 mIE/L.
- TSH 3,8 – 19,9 mIE /L: Starta behandling oavsett TPO-ak status med 50 µg tyroxin dagligen. Ordinera uppföljning med provtagning för TSH och T4 efter 6–8 veckor. Justera tyroxindosen i steg om 25 µg/dag. Målvärde är TSH 0,4 – 2,5 mIE/L. Avvakta med fertilitetsbehandling till målvärdet är uppnått.
- TSH >20 mIE/L: ordinera omgående behandling med tyroxin 50 µg dagligen. Målvärde är TSH 0,4 – 2,5 mIE/L. Avvakta med fertilitetsbehandling till målvärdet är uppnått. Konsultera endokrinolog.
- TSH <0,4: Ordinera omkontroll av TSH och T4 och komplettera med TRAk. Om positiva TRAk kontaktas endokrinolog.
- Remiss skickas till patientens vårdcentral för uppföljning när patienten ligger inom målvärde och behandlingen på Reproduktionsmedicin är avslutad.

Om patienten blir gravid rekommenderas hon öka veckodosen tyroxin från 7 till 9 ordinarie dygnsdoser så snart graviditeten konstaterats. Två dagar i veckan ska patienten ta dubbel dos, fem dagar i veckan sedvanlig dos.

Kvinnor med känd TPO-antikroppspositivitet ska informeras om risken att insjukna i tyreoideasjukdom senare i livet och vara uppmärksamma på sådana symtom (hjärtklappning, uttalade viktförändringar, trötthet). Vid graviditet bör TSH samt T4 kontrolleras på vårdcentral 6 månader postpartum.

S-prolaktin

- Vid lätt till måttligt förhöjt S-prolaktin (530–1000 mIE/L) tas ett nytt prov, helst på förmiddagen, tidigast 3–4 timmar efter uppvaknandet och efter cirka 30 minuters vila.

- Vid kvarstående förhöjt S-prolaktin utan typiska symtom såsom menstruationsrubbning, galaktorré eller sänkt libido bör makroprolaktinemi uteslutas. Makroprolaktin utgörs huvudsakligen av prolaktin bundet till immunoglobulin, har låg biologisk aktivitet och kräver ingen behandling.
- Vid bekräftad hyperprolaktinemi utan annan uppenbar förklaring tas ställning till MR hypofys och vid behov endokrinologisk bedömning. Vid synpåverkan eller misstanke om makroadenom kompletteras undersökningen med synfältsundersökning.
- Hyperprolaktinemi sekundär till hypotyreos behandlas i första hand genom insättning av levotyroxin. Vid prolaktinom är dopaminagonist förstahandsbehandling; preparatval och fortsatt uppföljning görs enligt endokrinologisk rutin.

Diagnoser

Infertilitet, kvinnlig

Anovulation	N97.0
I samband med endometrios	N97.8D
Manlig faktor som orsak till kvinnlig infertilitet	N97.4
Oförklarad infertilitet (efter utredning)	N97.8C
Tubarfaktor (bäckenadherenser efter infektioner/operationer, missbildningar, stenos, ocklusion)	N97.1
Uterusanomalier (adherenser, missbildningar, myom, polyper)	N97.2

Infertilitet, manlig

Azoospermi	N46.9A
Andra störningar i sädeskvaliteten än azoospermi	N46.9B
Beroende på faktorer hos partner	N46.9C

Arbetsgrupp

Läkargruppen, Reproduktionsmedicin/SU

Källförteckning

1. Evers JL. Female subfertility. Lancet. 2002 Jul 13;360(9327):151-9. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09417-5. PMID: 12126838.
2. https://www.who.int/health-topics/infertility?utm
3. Alson S, Jokubkiene L, Henic E et al. Prevalence of endometrioma and deep infiltrating endometriosis at transvaginal ultrasound examination of subfertile women undergoing assisted reproductive treatment. Fertil Steril. 2022 Nov;118(5):915-923. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.07.024. Epub 2022 Sep 26. PMID: 36175206.
4. Wathen NC, Perry L, Lilford RJ et al. Interpretation of single progesterone measurement in diagnosis of anovulation and defective luteal phase: observations on analysis of the normal range. Br Med J (Clin Res Ed). 1984 Jan 7;288(6410):7-9. doi: 10.1136/bmj.288.6410.7. PMID: 6418326; PMCID: PMC1444184.
5. Broekmans FJ, de Ziegler D, Howles CM, et al. The antral follicle count: practical recommendations for better standardization. Fertil Steril. 2010 Aug;94(3):1044-51. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.040. Epub 2009 Jul 8. PMID: 19589513.
6. Helena J Teede, Chau Thien Tay, Joop J E Laven et al - on behalf of the International PCOS Network, Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 108, Issue 10, October 2023, Pages 2447–2469

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Caroline Stadelmann, (carst36), Specialistläkare

Granskad av: Maria Forslund, (marfo28), Sektionschef

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

Dokument-ID: SU9786-1429723585-423

Version: 2.0

Giltig från: 2026-10-19

Giltig till: 2028-10-19