

Sterilisering – kapittel til høring

Erik Andreas Torkildsen, Statsforvalteren i Rogaland (eatorkildsen@hotmail.com)

Heidi Thornhill, Haukeland universitetssjukehus

Vanja Popovic, St. Olavs Hospital

Paul Grude, Statsforvalteren i Rogaland

ICD-10 koder

Z30.3 Sterilisering

Søkestrategi

Pubmed

Cochrane database

Gjennomgang av lowverk

Rundskriv

Søkeord: Begjæring om sterilisering, forplantningsevne, salpingektomi, sterilisering, steriliseringsmetode og tubeligasjon.

Anbefalinger

- *Anbefaler* at graviditet utelukkes.
- *Anbefaler* at kvinnen informeres om prosedyren og inngrepet, og at dette er en irreversibel metode. I tillegg informere om andre reversible metoder til sterilisering, resultat og risiko for metodesvikt, og om mulige komplikasjoner. Informasjonen og innholdet dokumenteres i pasientens journal.
- *Anbefaler* at legen kontrollerer begjæringen og at denne er gyldig FØR inngrepet påbegynnes. Der vedtak fra steriliseringsnemnda er nødvendig, skal denne foreligge skriftlig.
- *Anbefaler* laparoskopisk prosedyre, om ikke kvinnen allerede skal laparotomeres av andre årsaker.
- *Foreslår* at kvinnen informeres om at tubeligasjon og salpingektomi reduserer risiko for ovarialcancer, at salpingektomi gir størst risikoreduksjon, og at steriliseringsmetode velges basert på et samlet risikobilde.
- *Anbefaler ikke* hysteroskopisk metode med implantat for sterilisering

Definisjon

Sterilisering regnes som medisinske prosedyrer som tar sikte på å irreversibelt oppheve en persons forplantningsevne (1). Hvis formålet ved inngrepet eller behandlingen ikke er å oppheve forplantningsevnen, regnes det ikke som sterilisering selv om reproduksjonsevnen går tapt.

Begjæring og vedtak

Sterilisering reguleres av en egen lov (2). Hovedregel er at alle som bor i Norge og som har fylt 25 år, kan bli sterilisert etter eget ønske (3). Den som ønsker å bli sterilisert, må fylle ut skjema for begjæring om sterilisering (IS-1134) (4). I dette skjemaet må vedkommende også bekrefte at hun har fått nødvendig informasjon om inngrepet.

Spesielle forhold:

- Personer 18–25 år, eller som har en alvorlig sinnslidelse, psykisk utviklingshemming eller som er psykisk svekket, må søke steriliseringsnemnd. For at søknaden skal kunne innvilges, må bestemte vilkår i steriliseringsloven være oppfylt.
- Personer <18 år, eller har alvorlig sinnslidelse, alvorlig psykisk utviklingshemming eller er alvorlig psykisk svekket, er det også krav om samtykke fra verge^a. Dersom personen varig har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse hun ikke evner å ta standpunkt til inngrepet, kan vergen fremme begjæring uten kvinnens samtykke. Hvis personen ikke har verge, kan det oppnevnes hjelpeverge for den aktuelle situasjonen.
- Tvangssterilisering: Steriliseringsloven har ikke hjemmel til tvangssterilisering. Dersom kvinnen ikke er samtykkekompetent og motsetter seg inngrepet, vil hjemmelen for evt. å sterilisere kvinnen med tvang, være pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A (5). For å fatte vedtak etter dette regelverket må fravær av sterilisering kunne føre til vesentlig helseskade for kvinnen.
- For personer som må søke om å bli sterilisert, sender legen det undertegnede skjemaet sammen med søknaden og annen nødvendig dokumentasjon, til steriliseringsnemnda i det fylket der den som søker om å bli sterilisert er bosatt. Det er utarbeidet egen sjekkliste av Helsedirektoratet som legen kan bruke før oversendelsen (4).

Råd og informasjon

- Henvisning, sammen med steriliseringsbegjæringen, sendes til det sykehuset eller klinikken som pasienten ønsker skal utføre inngrepet. Hvis kvinnen ønsker sterilisering samtidig med et keisersnitt, beskrives dette i henvisningen og begjæringen sendes til sykehuset.
- Preoperativ informasjon om inngrepets art, risiko, medisinske virkninger og alternative måter å forebygge svangerskap på er lovpålagt (1, 3). Legen som utfører steriliseringen, skal forsikre seg om at slik informasjon er gitt.
- Inngrepet må betraktes som irreversibelt. Hvis kvinnen angrer, er assistert befruktning den mest aktuelle metode for å oppnå graviditet.
- Beslutning om sterilisering bør være vel overveid. Det er ugunstig å ta den knyttet til omstendigheter som svangerskapsavbrudd, samlivskrise eller akutt keisersnitt.
- Ved komplikasjoner kan laparoskopi måtte konverteres til laparotomi.
- Kvinnen bør få Helsedirektoratets informasjon om sterilisering.

Nyttige informasjonssider:

- Sjekkliste, skjema og informasjon kan lastes ned fra nettsidene til helsenorge.no - <https://www.helsenorge.no/sex-samliv/prevensjon/sterilisering/>

^a Verge for medisinske spørsmål kan være samme person som verge for andre forhold, som økonomi. Men er vergen kun oppnevnt for økonomi, må vergen få et tilleggsmandat til medisinske forhold, eller om det oppnevnes en annen verge for dette spesifikke formålet.

- Helsedirektoratet har egen informasjonsbrosjyre:
<https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/informasjon-om-sterilisering/Informasjon%20om%20sterilisering%20-%20brosjyre.pdf/> /attachment/inline/06f1ee47-c41f-4fd0-aa02-6c7415c36417:f417e133fbc5a93ff31e6916e7118730fd92b896/Informasjon%20om%20sterilisering%20-%20brosjyre.pdf

Indikasjoner og kontraindikasjoner

- Indikasjonen for sterilisering er ønske om permanent å fjerne muligheten for å bli gravid - *prevensjonsmetode*.
- Der er ingen særskilte kontraindikasjoner ut over det som generelt gjelder for kirurgiske inngrep i abdomen.
- Aktuell graviditet bør utelukkes (6).

Fremgangsmåter

Valg av tilgang/fremgangsmåte beror på situasjon og individuell vurdering. Sterilisering kan utføres ved okklusjon-ligatur/*klips*, destruksjon eller fjerning av hele eller deler av egglederne. Prosedyren kan bli utført når som helst i løpet av menstruasjonssyklusen, under et keisersnitt og/eller umiddelbart etter fødselen (postpartum) og/eller abort (7).

Anestesi: Regional eller generell anestesi.

Laparoskopi:

- **Bilateral salpingektomi:** Denne metoden har siste årene blitt mest vanlig grunnet funn av risikoreduksjon for senere ovarial kreft, uten å øke kirurgiske komplikasjoner. Salpingektomi gir størst risikoreduksjon (8-17). Hele egglederen må fjernes ved å frigjøre alle festepunktene. Egglederen settes av ved proksimal isthmus umiddelbart ved siden av uterus cornua (7).
- **Bilateral tubeokklusjon:** Ved okkludering av egglederen skal man bruke midt istmisk tubesegment (innenfor 2cm fra cornea uteri). Okklusjon mer proksimalt øker risiko for fistulering og okklusjon mer distalt er assosiert med høyere metodesvikt (18).
- **Bilateral tubedestruksjon:** Ved destruksjon av tube skal man også bruke midt-istmisk tubesegment og diatermere på 3 eller med sammenhengende steder langs egglederen som resulterer i at minst 3 cm av egglederen er destruert, og med god avstand til cornua (9).

Laparotomi:

Sterilisering kan utføres samtidig med andre inngrep som krever laparotomi, f.eks keisersnitt. *Utføres umiddelbart etter lukking av uterotomien og før lukking av buken*. Mini-laparotomi kan utføres postpartum, hos pasient med kontraindikasjon for laparoskopi, eller hvis det er begrenset laparoskopisk tilgang. Mini-laparotomi utføres ved 2-3 cm laparotomi. For tubesterilisering snitt bør settes nær fundus, dette betyr ofte infraumbilikalt post-partum og suprapubisk ved intervall sterilisering. Reseksjon av et parti av tuben har vært vanlig i Norge (Modifisert Pomeroy teknikk) (19).

Hysteroskopi:

Sterilisering kan utføres hysteroskopisk, men implantater er ikke lenger tilgjengelig i Norge da innsetting av substanser i uterinkaviteten eller egglederne er omdiskutert. Denne metoden anbefales ikke (20-24).

Metodesvikt og komplikasjoner

Metodesvikt i løpet av første år rapporteres til under $< 5/1000$ prosedyrer. En kumulativ 10 års risiko for graviditet $18,5/1000$ prosedyrer er imidlertid rapportert. Risikoen for metodesvikt er høyest hos unge kvinner (25-27).

Ved graviditet etter sterilisering er det økt risiko for ektopisk graviditet (28-29).

Større komplikasjoner er sjeldne med alle metodene (29). Mindre alvorlige komplikasjoner er imidlertid signifikant sjeldnere og operasjonstiden kortere ved laparoskopi.

Sterilisering påvirker ikke hormonproduksjonen og øker ikke hyppigheten av menstruasjonsforstyrrelser, dysmenore eller PMS (30-31)

Egenandel

Kvinner som gjennomgår sterilisering betaler forhøyet egenandel, 6.079,- kroner (september 2024) (32).

Det er unntak for egenandel ved én eller flere følgende punkter:

- Hvis steriliseringsinngrepet utføres mens kvinnen er innlagt i sykehus for annen behandling eller årsak, for eksempel i forbindelse med fødsel eller svangerskapsavbrudd
- Medisinsk indikasjon:
 - medisinske årsaker til at kvinnen ikke bør bli gravid, f.eks ved fare for liv og helse
 - kvinner som ikke tolererer annen prevensjon
 - kvinner som får inngrepet utført etter vedtak i steriliseringsnemnd

Når sterilisering utføres i spesialisthelsetjenesten registreres behandlingen med takstkode B23d, mens ved medisinsk indikasjon brukes takstkode B23i (da er egenandelen 75,- kroner). Unntaket er hvis pasienten er innlagt som døgnpasient, eksempelvis ved keisersnitt (33).

Det er ikke anledning til å kreve egenandel eller pasientbetaling for materiell.

Pasienten har rett til skyssgodtgjørelse etter vanlige regler.

Referanseliste

- 1) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1977-06-03-57> (sett: 03.11.2024)
- 2) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1977-06-03-57> (sett: 03.11.2024)
- 3) <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer> (sett: 03.11.2024)
- 4) <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sterilisering/begjaering-og-soknad-om-sterilisering> (sett: 03.11.2024)
- 5) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (sett: 03.11.2024)
- 6) Kasliwal A, Farquharson RG. Pregnancy testing prior to sterilisation. BJOG 2000; 107: 1407-1409.
- 7) Sarah Marino; Christinne D. Canela; Suzanne M. Jenkins; Noor Nama. Tubar Sterilization. feb 2024
- 8) Rachel B Danis, Carl R Della Badia, Scott D Richard. Postpartum Permanent Sterilization: Could Bilateral Salpingectomy Replace Bilateral Tubal Ligation? mai 2016
- 9) I B Runnebaum, A Kather, J Vorwergk, J J Cruz, A R Mothes, C R Beteta, J Boer, M Keller, M Pölcher, A Mustea, J Sehoul Ovarian cancer prevention by opportunistic salpingectomy is a new de facto standard in Germany. aug 2023
- 10) Rice MS, Hankinson SE, Tworoger SS. Tubal ligation, hysterectomy, unilateral oophorectomy, and risk of ovarian cancer in the Nurses' Health Studies. Fertility and sterility. 2014;102(1):192-8.e3.
- 11) Lessard-Anderson CR, Handlogten KS, Molitor RJ, Dowdy SC, Cliby WA, Weaver AL, et al. Effect of Tubal Sterilization Technique on Risk of Serous Ovarian and Primary Peritoneal Carcinoma. Gynecologic oncology. 2014.

- 12) Sieh W, Salvador S, McGuire V, Weber RP, Terry KL, Rossing MA, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer subtypes: a pooled analysis of case-control studies. *International journal of epidemiology*. 2013;42(2):579-89.
- 13) Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016, 8, 1465-1858
- 14) Falconer H, Yin L, Grönberg H, Altman D. Ovarian cancer risk after salpingectomy: a nationwide population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2015; 107
- 15) Madsen C, Baandrup L, Dehlendorff C, Kjaer SK. Tubal ligation and salpingectomy and the risk of epithelial ovarian cancer and borderline ovarian tumors: a nationwide case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94:86.
- 16) Rice MS, Murphy MA, Vitonis AF, et al. Tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer in the New England Case-Control Study. *Int J Cancer* 2013; 133:2415.
- 17) Sandoval C, Fung-Kee-Fung M, Gilks B, et al. Examining the use of salpingectomy with hysterectomy in Canada. *Curr Oncol* 2013; 20:173.
- 18) B Peterson 1, Z Xia, L S Wilcox, L R Tylor, J Trussell. Pregnancy after tubal sterilization with bipolar electrocoagulation. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group.
- 19) Mills K, Marchand G, Sainz K, Azadi A, Ware K, Vallejo J, Anderson S, King A, Osborn A, Ruther S, Brazil G, Cieminski K, Hopewell S, Rials L, Klipp A. Salpingectomy vs tubal ligation for sterilization: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Sep 14: S0002-9378(20)31068-1. doi: 10.1016/j.ajog.2020.09.011. Epub ahead of print. PMID: 32941790.
- 20) Kumar A, Pearl M. Mini-laparotomy versus laparoscopy for gynecologic conditions. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014 Jan-Feb;21(1):109-14. doi: 10.1016/j.jmig.2013.06.008. Epub 2013 Jul 31. PMID: 23911561.
- 21) Casey J, Cedo-Cintron L, Pearce J, Yunker A. Current techniques and outcomes in hysteroscopic sterilization: current evidence, considerations, and complications with hysteroscopic sterilization micro inserts. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017 Aug;29(4):218-224. doi: 10.1097/GCO.0000000000000369. PMID: 28537948
- 22) Sánchez-Cuerda C, Cuadra M, Cabrera Y, Duch S, Fabra S, Peay-Pinacho J, Álvarez P, Rubio J, Álvarez Bernardi J, Lobo P. Analysis of clinical data associated with Essure® sterilization devices: An expanded case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Nov;278:125-130. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.09.018. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36166976.
- 23) Yunker AC, Ritch JM, Robinson EF, Golish CT. Incidence and risk factors for chronic pelvic pain after hysteroscopic sterilization. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015 Mar-Apr;22(3):390-4. doi: 10.1016/j.jmig.2014.06.007. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24952343; PMCID: PMC4272330.
- 24) Øian P, Grammeltdedt E, Iversen OE, Grammeltdedt GA. Establishment of treatment methods without critical reflection. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2021 Feb 18;141(3). English, Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.20.0917. PMID: 33624979.
- 25) Chouinard, Sujata, and Eve Espey, 'The Risk of Pregnancy After Tubal Sterilization: Findings From the U.S. Collaborative Review of Sterilization the CREST Study', in Michael Hochman (ed.), *50 Studies Every Obstetrician-Gynecologist Should Know* (New York, 2021; online edn, Oxford Academic, 1 Jan. 2021) 2021)
- 26) Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Apr;174(4):1161-8; discussion 1168-70. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70658-0. PMID: 8623843.
- 27) Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 5;2016(8):CD003034. doi: 10.1002/14651858.CD003034.pub4. PMID: 27494193; PMCID: PMC7004248.
- 28) McCausland A. High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures. Incidence and etiology. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1980;136(1):97-101.
- 29) The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group, H B Peterson 1, Z Xia, J M Hughes, L S Wilcox, L R Tylor, J Trussell, mar 1997
- 30) Kulier R, Boulvain M, Walker D, Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD001328.
- 31) Gentile GP, Kaufman SC, Helbig DW. Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? *Fertil Steril*. 1998 Feb;69(2):179-86. doi: 10.1016/s0015-0282(97)00229-x. PMID: 9496325.
- 32) <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandler/ventetider-for?bid=79> (sett: 03.11.2024)
- 33) <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/egenandeler-og-pasientbetaling-ved-poliklinisk-helsehjelp> (sett: 17.11.2024)