

Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård

Slutredovisning av
regeringsuppdrag (S2023/00971)



Sammanfattning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lämnar härmed en slutredovisning av regeringsuppdraget (S2023/00971) om förstärkt nationell tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. IVO har lämnat delredovisningar i juni 2023 och i juni 2024.

I slutredovisningen redogör myndigheten för det samlade arbetet under uppdragsperioden.

Sverige har en mycket god och medicinskt säker graviditets- och förlossningsvård och många är nöjda med den vård de får. Samtidigt finns det betydande regionala skillnader i processer och resultat samt utvecklingsområden. I över tio år har satsningar därför gjorts för att skapa en mer jämlik, personcentrerad och tillgänglig förlossningsvård med likvärdig kvalitet i hela landet.

Hösten 2023 inledde IVO en tillsyn av

- alla 45 förlossningskliniker i Sverige
- 34 verksamheter inom mödrahälsovård fördelat på 18 vårdgivare och 12 regioner
- 18 privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet vid tidpunkten för tillsynen.

IVO har riktat tillsynen mot centrala aspekter av en god och säker vård med utgångspunkt i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, bemanning och kompetens, dokumentation och kommunikation samt information och delaktighet.

Tillsynen visar att samtliga granskade verksamheter och vårdgivare har uppvisat en eller flera brister som innebär att de inte har uppfyllt gällande lagkrav fullt ut inom aktuella tillsynsområden. I ett fall har bristerna varit så allvarliga att IVO bedömt att det förelåg fara för liv och hälsa. Myndigheten fattade beslut om att förbjuda verksamheten utifrån detta.

De mest omfattande bristerna identifierades inom det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Tillsynen visade att samtliga vårdgivare som omfattades av tillsynen hade brister i en eller flera delar av områdena riskanalys, egenkontroll, processer och rutiner eller utredning av allvarliga händelser.

Resultatet visade också att brister förekom inom olika områden av vårdkedjan. Bristerna som identifierades inom ramen för tillsynen avser bland annat samverkan vid vård av patienter med psykisk ohälsa, följsamhet till kriterier för hemförlossning, följsamhet till rekommendationer om bedömning, suturering och uppföljning av bristningar samt information om fysiska och psykiska besvär efter förlossning.

IVO har hanterat och bedömt 117 redovisningar där vårdgivarna av förlossningskliniker och mödrahälsovård beskriver hur de ska åtgärda bristerna. IVO har bedömt att vårdgivarna har förutsättningar att komma till rätta med de brister som identifierats och har därmed avslutat tillsynen. IVO har förutsatt att vårdgivarna fortsätter arbetet med att genomföra och följa upp de åtgärder som redovisats inom ramen för sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Tillsynen av de privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet pågår fortfarande.

IVO:s övergripande slutsats efter mer än tre års tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård är att det systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas. Patientsäkerhetsarbetet behöver präglas av systematisk uppföljning och en kontinuerlig utveckling för att stärka förutsättningarna för en god och säker vård.

IVO bedömer därtill att det är av största vikt att vårdgivare följer de nationella riktlinjernas rekommendationer, både för patientsäkerheten och för att utjämna omotiverade skillnader i vården. IVO ser att avsteg från gällande rekommendationer i kombination med de brister inom egenkontroll som identifierats i tillsynen minskar förutsättningarna för vårdgivarna att säkerställa en god och säker vård.

Innehåll

Sammanfattning	2
Inledning	5
Bakgrund	5
IVO:s tillsynsuppdrag och rättsliga förutsättningar på området	6
Utvecklad förmåga att analysera risker	7
Förstärkt tillsyn	8
lakttagelser	10
Samverkan under graviditeten inom mödrahälsovården	12
Kriterier för planering av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet	12
Förlossningskliniker	14
Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet	17
Tidiga insatser efter förlossning	19
Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	21
Patienters upplevelser	23
Vidtagna åtgärder	24
Återföringssamtal	25
Slutsatser	27
Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är avgörande för god vård	27
Vården ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet	28
Referenser	30

Inledning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lämnar härmed en slutredovisning av regeringsuppdraget (S2023/00971) om förstärkt nationell tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård.¹ Uppdraget har omfattat att förstärka tillsynen samt att utveckla verktyg och nödvändig datatillgång för att analysera risker på området. IVO har lämnat delredovisningar i juni 2023 och i juni 2024.² I slutredovisningen redogör myndigheten för det samlade arbetet under uppdragsperioden.

Bakgrund

Sverige har en mycket god och medicinskt säker vård i samband med graviditet och förlossning.³ Många är också nöjda med vården de fått under graviditet och förlossning.⁴ Samtidigt har andra myndigheters kartläggningar visat att det finns väsentliga skillnader i processer och resultat mellan regioner och förlossningskliniker och att det finns områden som behöver utvecklas.⁵ Sedan mer än tio år tillbaka har det gjorts satsningar för att skapa en mer jämlik, personcentrerad och tillgänglig förlossningsvård som ges med samma kvalitet i hela landet.⁶ Socialstyrelsen har följt upp de åtgärder och insatser som genomförts och beskriver att det trots många insatser fortsatt finns utmaningar och områden som behöver stärkas.⁷ IVO:s tillsyn är ett viktigt verktyg för att säkerställa en patientsäker mödrahälsovård och förlossningsvård.⁸

-
1. Regeringen (Socialdepartementet). Uppdrag om förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård (S2023/00971). Stockholm: Regeringskansliet 2023-03-09.
 2. IVO (2023). Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. IVO 2023-12; IVO (2024a). Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. IVO 2024-07.
 3. Socialstyrelsen (2025a). Graviditet, förlossning och tiden efter. Förslag till nationell plan 2026–2035. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-9-9715.
 4. Sveriges kommuner och regioner, SKR (2024). Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2024.
 5. Socialstyrelsen (2019). Stärkt förlossningsvården och kvinnors hälsa. Slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Socialstyrelsen artikelnummer 2019-12-6531; Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2023). Över tiden. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Stockholm: 2023.
 6. Regeringen S2023/00971; Socialstyrelsen (2025b). Delrapport för Socialstyrelsens arbete med flickors och kvinnors hälsa. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-9-9761.
 7. Socialstyrelsen (2023a). Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023. Socialstyrelsen artikelnummer 2024-9-9187; Socialstyrelsen (2024). Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-9-9708
 8. Regeringen S2023/00971.

IVO:s tillsynsuppdrag och rättsliga förutsättningar på området

IVO svarar för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet⁹, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.¹⁰ IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården syftar till att granska att befolkningen får vård som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sin skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen.¹¹ Ansvaret omfattar all hälso- och sjukvård¹² och dess personal. Tillsynen ska genomföras av ett patient- och brukarperspektiv och planeras och genomföras med utgångspunkt i myndighetens egna riskanalyser. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll.¹³

Tillsynsansvaret ger IVO rätt att beträda lokaler eller andra utrymmen som verksamheten använder, dock inte bostäder. Tillsynen kan genomföras genom föranmälda eller oanmälda inspektioner eller genom att begära in dokumentation och andra uppgifter. Den som granskas är skyldig att ge IVO den hjälp som behövs vid inspektion. IVO har rätt att ta del av handlingar eller annat material som rör verksamheten.¹⁴

Om IVO finner att en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter och bedömer att det medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra ska myndigheten förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter.¹⁵ IVO kan också förelägga den som bedriver verksamheten eller hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna in handlingar eller annat material till myndigheten.¹⁶ IVO har även möjlighet att förbjuda en verksamhet, helt eller delvis, om myndigheten bedömer att det är påtaglig fara för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt.¹⁷

9. Med jämförlig verksamhet avses till exempel verksamheter inom tandvård, blod och vävnad, estetisk kirurgi och injektionsbehandlingar och försäkringsmedicin m. fl.

10. 1 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

11. 7 kap. 3 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

12. Enligt 7 kap. 1 § PSL står hälso- och sjukvården inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö.

13. 2 § 2st. förordningen (2013:176).

14. 7 kap. 20–21 §§ PSL.

15. 7 kap. 24 § 1st. PSL. Ett föreläggande innebär att verksamhet åläggs med krav att vidta specifika åtgärder inom en viss tid för att till exempel åtgärda fara för patientsäkerheten. Ett föreläggande får förenas med vite.

16. 7 kap. 20 § PSL.

17. 7 kap. 27–28 §§ PSL.

Utvecklad förmåga att analysera risker

En del i det aktuella regeringsuppdraget har varit att utveckla verktyg och nödvändig datatillgång för att analysera risker.

Inom ramen för uppdraget har myndigheten bland annat utvecklat ett markör- och textgranskningsverktyg för att kunna identifiera stora mängder information och bearbeta dem maskinellt. Verktöget har varit en förutsättning för att kunna ta fram underlag till riskanalyser och genomföra den maskinella granskningen av patientjournaler och CTG-loggar som genomförts i tillsynen.¹⁸

För att ytterligare stärka tillsynen att bli mer riskbaserad, effektiv och enhetlig har IVO de senaste åren även utvecklat analysstödet, förbättrat datakvaliteten och utvecklat nya digitala verktyg som stärkt utredningsarbetet. Tillsynen har i ökad utsträckning riktats mot områden och verksamheter där bristerna bedöms vara som störst och där det finns allvarliga risker för liv och hälsa.¹⁹

IVO har bland annat stärkt förmågan till datadriven analys och förbättrat förutsättningarna för myndighetens samlade riskanalys. Myndigheten har till exempel tagit fram ett digitalt visualiseringsverktyg (IVO Insikt) för att tillgängliggöra IVO:s interna data.²⁰

Under de senaste åren har även flera åtgärder vidtagits för att stärka enhetligheten i tillsynen. Arbetet har bland annat omfattat gemensamma arbetssätt, nationell organisering och förstärkt juridisk kvalitetssäkring. Sammantaget har detta bidragit till mer likvärdiga bedömningar och beslut.²¹

18. Bilaga 2. Metodbilaga.

19. IVO (2026a). Årsredovisning 2025. IVO 2026–09.

20. IVO (2024b). Åtgärder för en mer enhetligt bedriven tillsyn. Dnr 1.1.3 27419/2024.

21. IVO (2026a).

Förstärkt tillsyn

Hösten 2023 inledde IVO en tillsynsinsats av mödrahälsovården och förlossningsvården. I syfte att rikta tillsynen mot de områden där riskerna för patienter är som störst genomförde IVO en kartläggning och riskanalys baserad på såväl myndighetens egna data som på externa uppgifter.²²

Resultatet av analysen indikerade skillnader och brister i vårdgivares systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. I analysen av anmälningar enligt lex Maria²³ framkom att vårdgivare bland annat identifierade bristande bedömning av fosterövervakning, bristande kommunikation mellan professioner, otydlig ansvarsfördelning i akuta situationer och bristande information till patienter som orsaker till att vårdskada eller risk för vårdskada hade uppstått. Vid analys av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL)²⁴ sågs bland annat att patienter och anhöriga hade upplevelser av att inte bli tagna på allvar, att felaktiga bedömningar och hantering av bäckenbottenbristningar orsakat långvariga problem, och att patientjournaler saknade väsentlig information.²⁵

Utifrån den inledande riskanalysen identifierades fyra tillsynsområden:

- systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- bemanning och kompetens
- dokumentation och kommunikation
- information och delaktighet.

De identifierade tillsynsområdena har varit utgångspunkten i tillsynen, med tillägg och fördjupad analys av specifika risker och brister inom mödrahälsovården och barnmorskeassisterad förlossning i hemmet.²⁶

Som en del i en strategisk och riskbaserad tillsyn har tillsynsinsatsen bedrivits med enhetliga tillsynsfrågor, gemensamma arbetssätt och nationellt förankrade bedömningskriterier. För att stärka förutsättningarna för enhetliga bedömningar och nationella slutsatser har bland annat beredning av beslut skett nationellt. De nationella och enhetliga arbetssätten har även möjliggjort för IVO att återföra tillsynens resultat till granskade vårdgivare på samma sätt över hela landet.

22. Bilaga 2. Metodbilaga.

23. Enligt 3 kap. 5 § PSL, har vårdgivare en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria). Anmälan enligt lex Maria ska göras till IVO. Definitionen av vårdskada och allvarlig vårdskada framgår i 1 kap. 5 § PSL: med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Definitionen av allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

24. 7 kap. 10 – 18 §§ PSL.

25. Bilaga 2. Metodbilaga.

26. Bilaga 2. Metodbilaga.

Tillsynen riktades inledningsvis mot landets samtliga 45 förlossningskliniker. Därefter har IVO genomfört en tillsynsinsats inom mödrahälsovården utifrån ett urval av mottagningar som erbjuder mödrahälsovård.²⁷ Inom ramen för uppdraget har IVO också inlett en tillsyn mot privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet^{28, 29}

Tillsynen har genomförts i form av fysiska eller digitala föranmällda inspektioner. Vid inspektionerna har IVO intervjuat respektive ledning för verksamheterna samt ett urval av barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare. Tillsynen av förlossningsklinikerna har också innefattat ett digitalt formulär med tillsynsfrågor där de drygt 3 300 inkomna svaren från vårdpersonal ingått i beslutsunderlaget.³⁰

Tillsynens traditionella tillsynsmetoder kompletterades också med en kvantitativ analys i form av en omfattande systematisk granskning av vårdokumentation från förlossningsvården. Totalt analyserades 7 180 patientjournaler och 6 770 CTG-loggar³¹ maskinellt. Syftet med den maskinella granskningen var att granska regionernas arbete utifrån krav på kvalitet och patientsäkerhet och för att jämföra uppgifter i journaler och loggar med den information som lämnats vid inspektion.³²

Även patientjournaler från de privata vårdgivarna av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet har varit underlag och granskats i tillsynen.

I samband med tillsynen av förlossningsklinikerna har IVO intervjuat 209 patienter som nyligen fött barn och som vårdades på eftervårdsavdelningar. Urvalet av patienter gjordes av vårdgivaren med utgångspunkt i frivillighet och patientens förutsättningar att delge IVO sina erfarenheter.

IVO genomförde återföringssamtal med samtliga ledningsgrupper från de 21 regionerna under hösten 2025. Syftet var att återkoppla det sammanvägda resultatet från tillsynen av förlossningskliniker och mödrahälsovård.³³ Återföringen skedde utifrån ett regionalt perspektiv med tilldelar möjlighet till nationell jämförelse. Syftet var att göra det möjligt för vårdgivaren att använda resultatet av tillsynen i det fortsatta systematiska patientsäkerhetsarbetet.

27. 34 verksamheter inom mödrahälsovården fördelat på 18 vårdgivare och 12 regioner. Urvalet skedde riskbaserat och beskrivs i metodbilagan.

28. IVO inledde tillsyn av 44 vårdgivare, 26 av dessa tillsynsändanden avskrevs på grund av att vårdgivarna inte bedrev verksamhet. I 18 fall har tillsynen lett fram till ett beslut efter genomförd tillsyn.

29. Bilaga 2. Metodbilaga.

30. Bilaga 2. Metodbilaga.

31. En CTG-logg är en strukturerad notering om en händelse från en CTG-apparat som exempelvis att apparaten slås av och på eller signering av olika slag. Varje händelse har tillhörande tidsstämpel, och i vissa fall även datum.

32. Bilaga 2. Metodbilaga.

33. Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet var inte en del av återföringen.

lakttagelser

Målet med hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det förutsätter att vårdgivare genom god ledning, planering och kvalitetssäkring leder, planerar och kontrollerar verksamheten enligt kraven i hälso- och sjukvårdslagen.³⁴

Hälso- och sjukvården ska bedrivas med den personal, i de lokaler och med den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.³⁵ Hälso- och sjukvårdspersonalen bär ansvar för att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienter en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.³⁶ I de fall särskilda anvisningar eller föreskrifter finns utfärdade av Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvårdspersonalen följa dessa som ett led i att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.³⁷ Vården ska också utformas i samråd med patienten och säkerställa att patient och närstående får nödvändig information.³⁸ För att tillhandahålla god vård på rätt nivå ska varje patient behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall behöver i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.³⁹

Totalt har IVO fattat 235 beslut inom ramen för tillsynsinsatsen.⁴⁰ I 140 beslut har IVO konstaterat brister och begärt att vårdgivarna ska redovisa hur bristerna ska åtgärdas. De flesta vårdgivare har fått mer än ett beslut med krav på återredovisning. IVO har bedömt att samtliga förlossningskliniker och vårdgivare av mödrahälsovård har redogjort för åtgärder som ger förutsättningar att komma till rätta med de brister som identifierats. IVO har förutsatt att vårdgivarna fortsätter arbetet med att genomföra och följa upp de åtgärder som redovisats inom ramen för sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Tillsynen omfattade även 44 vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet. 26 av dessa vårdgivare bedrev inte verksamhet vid tillfället och ärendena avskrevs. Tillsynen visade på brister hos samtliga av de 18 vårdgivare som bedrev verksamhet vid tidpunkten för tillsynen. I ett fall har bristerna varit så allvarliga att IVO bedömde att det förelåg fara för liv och hälsa. Myndigheten fattade utifrån det beslut om att förbjuda verksamheten. Vid tidpunkten för redovisning av regeringsuppdraget pågår IVO:s arbete med att bedöma inkomna återredovisningar från 17 vårdgivare där myndigheten konstaterat brister och begärt redovisning av åtgärder.

34. 3 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. 3 kap. 1 § PSL.

35. 5 kap. 2 § HSL.

36. 6 kap. 1 § PSL.

37. Prop. 1993/94:149. Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m, s. 65.

38. 3 kap. Patientlag (2014:821), PL.

39. 1 kap. 7 § PL.

40. Fram till den 28 februari 2026. Tillsynen av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet pågår fortfarande.

Tabell 1. Antal beslut per beslutstyp till och med den 28 februari 2026.

Beslutstyp	Förlossnings- kliniker	Mödrahälsovård	Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet
Beslut med begäran om återredovisning	87	30	23
Avslutade beslut efter återredovisning	45	18	0
Avskrivning	0	0	30
Förbud	0	0	1
Föreläggande	0	0	1

Källa: IVO 2026-02-28

Med utgångspunkt i de fyra tillsynsområdena har IVO riktat tillsynen mot centrala aspekter av en god och säker vård. Tillsynen visar att samtliga granskade verksamheter och vårdgivare uppvisat en eller flera brister som innebär att de inte fullt ut uppfyllt gällande lagkrav inom aktuella tillsynsområden.

Tabell 2. Antal vårdgivare med brister inom respektive tillsynsområde.*

Tillsynsområde	Förlossnings- kliniker	Mödrahälsovård	Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet**
Systematiskt kvalitets- och patient- säkerhetsarbete	45	18	18
Bemanning och kompetens	45	18	18
Dokumentation och kommunikation	42	6	15
Information och delaktighet	41	18	2

*En vårdgivare kan ha brister inom ett eller flera av de granskade områdena.

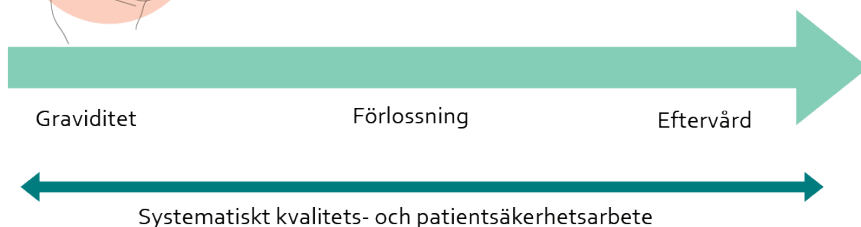
** Avser 18 ärenden med beslut efter genomförd tillsyn.

Redovisningens iakttagelser baseras på de beslut som IVO har fattat efter genomförd tillsyn. Den baseras även på resultatet från den maskinella granskningen av patientjournaler och CTG-loggar från förlossningsvården som genomförts samt vårdgivarnas återredovisningar.⁴¹ Tillsynsresultatet redovisas utifrån patientens väg genom vårdkedjan.

41. Avser endast förlossningskliniker och vårdgivare av mödrahälsovård.



Graviditet



Samverkan under graviditeten inom mödrahälsovården

Mödrahälsovården har en central uppgift i att upptäcka både medicinska och psykosociala riskfaktorer hos gravida samt att anpassa vården utifrån varje individs behov. De som lider av psykisk ohälsa, psykisk sjukdom eller skadligt bruk och beroende under eller efter en graviditet är en utsatt grupp med behov av vård och stöd från flera instanser. Ett multiprofessionellt arbetssätt och etablerade samverkansrutiner mellan mödrahälsovård, psykiatri, primärvård och socialtjänst skapar förutsättningar att tidigt identifiera, behandla och ge rätt stöd till gravida och nyblivna föräldrar.⁴² Regionen och kommunen är skyldiga att samverka och upprätta en individuell plan när patienter har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänst.⁴³ Kompetens, samverkan och multidisciplinärt samarbete är avgörande för att vården ska vara av god kvalitet och för att varje patient ska behandlas av personal med rätt kompetens och på det sätt som varje enskilt fall behöver i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁴⁴

Inom ramen för tillsynen såg IVO att mer än hälften av vårdgivarna inom mödrahälsovården hade brister kring samverkan. Bristerna avsåg både samverkan mellan verksamheter inom samma vårdgivare och samverkan med socialtjänsten.

Tillsynen visade exempel på verksamheter som saknade rutiner för samverkan med kommunen och som hade utmaningar med att psykolog inte tog emot alla patienter som mödrahälsovården bedömde hade behov av det stödet.

Kriterier för planering av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet

I Sverige är hemförlossning relativt ovanligt och det är få regioner som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet.⁴⁵ De verksamheter som finns bedrivs framför allt av privata vårdgivare. En verksamhet som

42. Socialstyrelsen (2025c). Nationella riktlinjer 2025. Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-3-9442.

43. 16 kap. 4 § HSL.

44. 1 kap. 7 § PL.

45. Socialstyrelsen (2025c).

erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet är att betrakta som vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen.⁴⁶ Det innebär ett ansvar för att bedriva verksamheten så att kraven på en god vård uppfylls.⁴⁷ Av Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår att hemförlossning kan övervägas om den gravida är omföderska med okomplicerad singelgraviditet med huvudbudning som nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma.⁴⁸

Tillsynen visar att alla utom en av de privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet i olika grad frångår kriterierna för hemförlossning i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Genom tillsynen konstaterar IVO att nästan hälften av vårdgivarna inte säkerställer den födandes anamnes för att tillförlitligt kunna bedöma om graviditeten uppfyller kriterierna för hemförlossning. Tillsynen visar också att nästan alla vårdgivare även erbjuder hemförlossning till förstföderskor. Tillsynen identifierade även ett fåtal vårdgivare som erbjuder hemförlossning vid riskförlossningar.

Det är centralt att vårdgivare säkerställer att kriterierna för att föda i hemmet är uppfyllda eftersom det inte finns samma medicinska beredskap för en akut situation som på sjukhus. Att inte följa riktlinjerna kan utsätta den födande och barnet för risker och leda till felaktig behandling och i sin tur vårdskada.⁴⁹ Underlåtenhet att följa riktlinjerna är inte heller förenligt med kravet på att vård ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁵⁰

46. Jfr 1 kap. 3 § PSL.

47. 3 kap. 1 § PSL.

48. Socialstyrelsen (2025b). Bilaga: Kunskapsunderlag.

49. Definitionen av vårdskada och allvarlig vårdskada framgår i 1 kap. 5 § PSL: med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Definitionen av allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

50. 5 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7 § PL.

Förlossning



Förlossningskliniker

IVO:s tillsyn visar att det finns delar av förlossningsvården som behöver stärkas så att risken för komplikationer eller vårdskador vid förlossning kan minimeras. Vid samtliga 45 förlossningskliniker identifierade IVO en eller flera brister som avser vården i samband med förlossningsförloppet.⁵¹

Riskbedömningar och fosterövervakning

Under en förlossning kan den födandes eller barnets hälsotillstånd snabbt förändras. Kontinuerliga riskbedömningar och bedömningar av fosterövervakningen är därför avgörande för att kunna uppmärksamma risker eller förändringar av vårdbehovet. Om dessa bedömningar inte genomförs kontinuerligt kan det medföra att komplikationer inte uppmärksammas eller att en vårdskada uppstår. Detta är inte heller förenligt med kraven på sakkunnig och omsorgsfull vård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁵²

Tre av fyra förlossningskliniker uppgav i tillsynen att en riskbedömning som regel genomförs vid ankomsten till förlossningsavdelningen men att dessa inte alltid förnyas löpande under vårdtiden.⁵³ Genom den maskinella journalgranskningen såg IVO att det ofta saknades dokumentation av riskbedömningar och att det varierade stort mellan regionerna hur ofta riskbedömningar genomfördes. Det framkom även att de riskbedömningar som genomfördes inte alltid dokumenterades och att det även förekom att dokumentationen hanterades utanför patientjournalen. Det nationella genomsnittet för andelen journaler som helt saknade riskbedömning var 16,5 procent med ett intervall mellan 0 och 58 procent.

För att bedöma hur barnet mår under förlossningen krävs fosterövervakning i någon form. Vid förlossningskliniker sker det oftast via mätning med CTG⁵⁴ där barnets hjärtfrekvens och livmoderns värkarbete registreras.

51. IVO (2024a).

52. 5 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7 § PL.

53. IVO (2024a).

54. CTG (Cardiotokografi) är en medicinsk övervakningsteknik som används för att registrera fostrets hjärtfrekvens och livmoderns sammandragningar under graviditet och förlossning.

Mätningen kan ske kontinuerligt över längre tid eller vid enstaka tillfällen som ett komplement till analog fosterövervakning. Används CTG som kontinuerlig övervakning behöver kurvan bedömas regelbundet. Syftet med att regelbundet genomföra och bedöma fosterövervakning är att tidigt uppmärksamma förändringar i barnets hälsotillstånd och därmed ge möjlighet att agera. I den genomförda tillsynen framkom att var sjätte förlossningsklinik använde CTG-övervakning utan kontinuerlig bedömning.⁵⁵

I den inledande riskanalysen IVO genomförde för att identifiera tillsynsområden såg myndigheten att vårdgivarna ofta lyfte fram bristfällig eller felaktig tolkning av CTG som en orsak till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada i sina anmälningar enligt lex Maria. Därför undersökte IVO antalet signeringar av utförda CTG-övervakningar i en fördjupad journalgranskning. Granskningen baserades på de CTG-loggar från högriskförlossningar⁵⁶ som IVO begärt in från vårdgivarna.⁵⁷ Resultatet visade att endast något fler än hälften av regionerna signerade övervakningskurvorna i CTG-loggarna minst varannan timme i enlighet med vad som rekommenderas för normalförlossning.⁵⁸ I tillsynen framkom också exempel på att en avvikande eller patologisk⁵⁹ CTG-kurva kunde förekomma under längre tid utan att det uppmärksammades eller att en läkare kontaktades för bedömning.

Akuta situationer

I internationell jämförelse har Sverige en mycket god och medicinskt säker vård i samband med graviditet och förlossning. Även mödra- och barnadödligheten i samband med förlossning är mycket låg i Sverige.⁶⁰ Likväl kan akuta situationer uppstå under en förlossning. Brister i kompetens, bemaning eller ledarskap i sådana situationer kan leda till fördröjd eller felaktig behandling. Därför är det avgörande att vårdgivare säkerställer förutsättningar för god vård även vid akuta händelser.⁶¹ Resultatet av tillsynen visade att de flesta förlossningskliniker inte hade säkerställt detta fullt ut. Det framkom till exempel att det fanns oklarheter om vem som fattar beslut och driver den medicinska vården framåt när situationen för barnet eller den födande blir akut. I vissa fall såg tillsynen också exempel på att tillgången till de professioner och den kompetens som behövs vid en akut situation inte alltid tillgodosågs.⁶²

Bedömning och suturering av bristningar

Bäckenbottenbristningar är vanliga i samband med förlossning och kan orsaka stort lidande för den drabbade om skadan inte identifieras och behandlas korrekt. Strukturerad och dokumenterad diagnostik kan bidra till rätt behandling och uppföljning och därmed minska risken för långsiktiga komplikationer efter bristningar. Omfattningen av bristningarna

55. IVO (2024a).

56. Avser diagnoskoderna för syrebrist hos barnet (P91 och P21) och instrumentellt avslut (O81).

57. Momentet inkluderade inte patientjournaler i löptext.

58. Säker Förlossningsvård. Fosterövervakning i samband med förlossning. (2022).

59. Patologisk CTG-kurva innebär att kurvan visar tecken som tyder på syrebrist eller stress hos barnet.

60. Socialstyrelsen (2025a).

61. 5 kap. 1 § HSL.

62. IVO (2024a).

delas in i en fyrgradig skala efter allvarlighetsgrad. Lindriga bristningar som läker väl uppstår vid de flesta förlossningar. Cirka hälften av vaginala förlossningar resulterar i bristningar av andra graden och omkring tre procent drabbas av allvarliga bristningar (grad tre till fyra).⁶³ Med utgångspunkt i den kunskap som finns på området rekommenderar Socialstyrelsen att två utförare⁶⁴ undersöker misstänkta bristningar direkt efter förlossningen och att det även bör vara två utförare som hjälps åt att suturera⁶⁵ de bristningar som bedöms utgöra grad två till fyra. Syftet med rekommendationerna är att ge förutsättningar för ett bättre behandlingsresultat och förebygga framtida besvär.⁶⁶

Tillsynen visade att vårdgivarna inte alltid följde Socialstyrelsens rekommendationer. Underlaget visade framför allt att suturering av bristningar av grad två till fyra inte alltid genomfördes av två utförare. Dessutom framkom det i tillsynen att klinikernas arbetssätt vid undersökningar av bäckenbottnen bristningar för att bedöma omfattning och behandlingsbehov inte alltid stämde överens med rekommendationerna på området.⁶⁷ IVO bedömde i tillsynen att bristande följsamhet till rekommendationerna innebar att vårdgivarna inte uppfyllde kravet på att vård ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁶⁸

Dokumentation

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten och journalen ska därmed innehålla de uppgifter som behövs för att uppnå det.⁶⁹ Det är vårdgivarens ansvar att säkerställa att en patientjournal innehåller de uppgifter som behövs samt att regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar enligt gällande regelverk.⁷⁰ Av regleringen framgår också att patientjournaler är en informationskälla i arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Journalerna ska utgöra ett underlag i vårdgivarens systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbete och kan vara relevanta för den tillsyn som utövas inom området.⁷¹ För läkemedelsordinationer är huvudregeln att dokumentationen ska vara skriftlig och signerad innan läkemedlet ges. Muntlig ordination får enbart ges vid akuta situationer och ska dokumenteras snarast av ordinerande läkare, eller av sjuksköterska vid förhinder.⁷²

Tillsynen visade att en majoritet av förlossningsklinikerna hade brister på ett eller flera av de områden som granskats inom tillsynsområdet dokumentation. Det framkom att dokumentationen i patientjournaler av läkemedel,

63. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2021). Förlossningsbristningar. Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. SBU rapport 323; Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret 2024.

64. Innebär två barnmorskor eller läkare enligt Socialstyrelsen (2025c).

65. Sår stygn för att hålla samman hud.

66. Socialstyrelsen (2025c); Socialstyrelsen (2022). Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå. Socialstyrelsen artikelnummer 2022-12-8287.

67. IVO (2024a).

68. 5 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7 § PL.

69. 3 kap. 2 och 6 §§ patientdatalag (2008:355), PDL.

70. 5 kap. 5 och 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

71. 3 kap. 2 § PDL.

72. 6 kap 13-16 §§, 8 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

ordinationer och bedömningar inte fördes i enlighet med gällande bestämmelser. Bristerna bestod till exempel av att dokumentationen inte alltid gjordes i anslutning till vårdtillfället, att administrering av läkemedel inte alltid dokumenterades eller att läkare inte alltid dokumenterade sina muntliga ordinationer eller de konsultationer som skett via telefon. IVO såg också att riskbedömningar inte alltid dokumenterades och kontroller av fosterövervakning inte signerades, alternativt signerades i efterhand.⁷³ Detta bekräftades även i den maskinella journalgranskningen som genomfördes.

Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet

IVO:s tillsyn visar att det finns delar inom barnmorskeassisterad förlossning i hemmet som behöver stärkas för att vårdgivarna ska leva upp till kravet om god vård och att vården ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. IVO har funnit en eller flera brister hos samtliga granskade vårdgivare.

Två barnmorskor vid förlossning i hemmet

Tillsynen visar att majoriteten av de vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet frångår Socialstyrelsens riktlinjer om att två barnmorskor bör medverka vid förlossning och hantering av eventuella bristningar.⁷⁴

I den genomförda tillsynen framkom att det inte alltid är två barnmorskor närvarande vid en förlossning vilket innebär att en akut händelse behöver handläggas av en ensam barnmorska. Händelser som en omfattande blödning hos den födande eller om barnet föds livlöst är akuta situationer som behöver hanteras omedelbart och sannolikt med behov av flera parallella åtgärder.

I de fall där vårdgivarna inte säkerställer närvaro av två barnmorskor vid förlossningen uppfylls inte heller Socialstyrelsens rekommendationer att bedömning av bristningar och suturering av bristning grad två till fyra bör genomföras av två utförare. Socialstyrelsens riktlinjer för bedömning och suturering av bristningar tar inte hänsyn till var förlossningen äger rum. Syftet med rekommendationerna är att ge förutsättningar för ett bättre behandlingsresultat och förebygga framtida besvär för den drabbade. Det innebär att rekommendationerna om att vara två barnmorskor vid bedömning och suturering av bristningar grad två till fyra gäller även om förlossningen sker vid en barnmorskeassisterad förlossning i hemmet.

Fosterövervakning

Vid tillsynen har det också framkommit att fosterövervakning under förlossningar i hemmet inte alltid genomförs i den omfattning som rekommenderas. Att regelbundet genomföra och bedöma fosterövervakning syftar till att tidigt uppmärksamma förändringar i barnets tillstånd och därmed ge möjlighet att agera.⁷⁵ Tillsynen visar att de flesta vårdgivare inte säkerställer

73. IVO (2024a).

74. Socialstyrelsen (2025c).

75. Av rekommendationerna framgår att fosterljud bör avlyssnas var 15–30 minut under öppningsskedet och efter varje värk under utdrivningsskedet, se Säker Förlossningsvård (2022).

att fosterövervakning genomförs i den omfattning som rekommendationerna föreskriver. Bland annat framkom det flera exempel i tillsynen på att barnmorskan inte lyssnar på fosterljuden i tillräcklig omfattning för att säkerställa att förlossningen framskrider normalt. Att säkerställa att förlossningen framskrider normalt är avgörande för att kunna bedöma och hantera förlossningsförloppet på ett patientsäkert sätt.

IVO bedömer att bristande följsamhet till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna kan innebära stora risker och att detta inte är förenligt med kravet på att vård ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁷⁶

Läkemedelshantering

Ordnation och hantering av läkemedel är tydligt reglerat. En ordination ska vara individuell och utfärdas av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. Inom förlossningsvården innebär detta att endast läkare får ordinera läkemedel efter en lämplighetsbedömning som tar hänsyn till patientens hälsotillstånd och individuella förutsättningar.⁷⁷ Utifrån regelverket är det även möjligt för en läkare att ge ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling. Direktivet gäller då patienter på en viss vårdenhets och vid särskilt angivna tillstånd.⁷⁸ Ett beslut om generellt direktiv ska användas restriktivt och omprövas återkommande.⁷⁹

Tillsynen visar att majoriteten av de vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet inte uppfyller gällande krav för läkemedelshantering. Flera verksamheter saknar en läkare knuten till verksamheten och kan därmed inte utfärda individuella ordinationer. Av granskningen framgår det att flera vårdgivare använder sig av de generella direktiv som är gällande inom regionens förlossningsklinik.

Under tillsynen framkom det även exempel på att vissa vårdgivare använde läkemedel till den födande som var hämtade från en förlossningsklinik. Det framkom också att vissa vårdgivare använde sig av läkemedel som vårdgivaren mottagit från bekanta eller sparat från vård av närstående.⁸⁰ Exempelen visar på ett förfarande som innebär att läkemedel administreras utan ordination och att läkemedel ibland används trots att det är förskrivet till en annan patient.

Dokumentation och information

Liksom inom övrig hälso- och sjukvård syftar dokumentationen inom barnmorskeassisterad förlossning i hemmet till att säkerställa god vård vid det enskilda vårdtillfället och kvaliteten i verksamheten.⁸¹ Av regleringen framgår också att det ska föras en patientjournal per patient och att varje vårdgivare måste föra sina egna journaler. Journalen ska också hanteras på ett

76. 5 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § PSL.

77. 2 kap 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit, 5 kap. 1 § och 6 kap. 2 § HSLF-FS 2017:37.

78. 3 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

79. 6 kap. 6 § HSLF-FS 2017:37.

80. Se IVO:s beslut den 23 november 2025 med dnr 07702/2025.

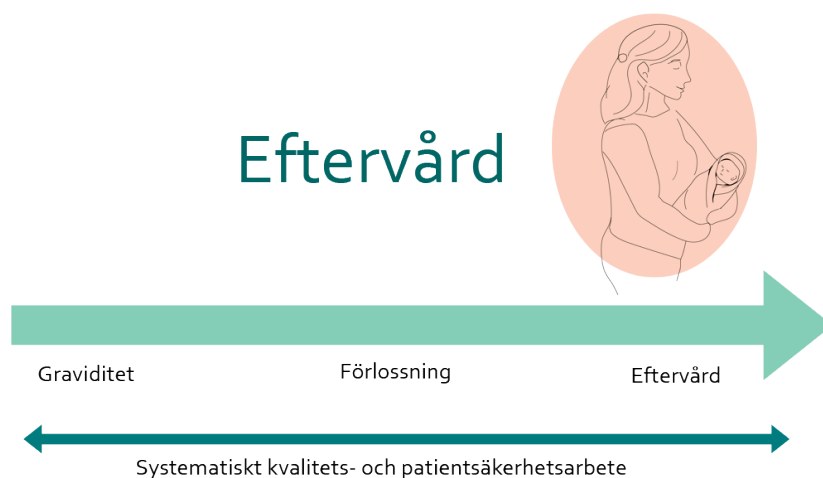
81. 3 kap. 2 och 6 §§ PDL.

ändamålsenligt och säkert sätt i verksamheten.⁸² Dessutom utgör journalen en informationskälla för patientens möjlighet till insyn och delaktighet.

Tillsynen visar brister i dokumentationen hos de flesta vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet. Vid tillsynen framkom att flera vårdgivare hade dokumenterat i samma patientjournal och därtill utan att signera sina anteckningar. Det innebär bland annat att det saknas uppgifter om vilken vårdgivare som har gjort en bedömning eller genomfört en insats under förlossningen.

Vid tillsynen framkom också att vårdgivarna inte dokumenterar i nödvändig omfattning vilken information som ges till patienten. Vid inspektionen uppgav till exempel flera vårdgivare att verksamheten informerar den födande om risker som finns vid hemfödelse, om avstånd till sjukhus och i vilka situationer en förlossning behöver överföras till sjukhus. Vårdgivare uppgav att informationen till viss del dokumenteras i journalen. Vid granskning av inskickade patientjournaler identifierade IVO att informationen i de flesta fall inte dokumenteras alls. När uppgifter om given information saknas går det inte att utläsa i efterhand om patienten haft möjlighet att göra informerade val om sin vård.

Tidiga insatser efter förlossning



Uppföljning av bäckenbottenbristningar

Förlossningsvården och mödrahälsovården har ett gemensamt ansvar för stöd och uppföljning efter förlossning.⁸³ För att upptäcka komplikationer och minska besvär och lidande är det av vikt att erbjuda tidiga insatser. Därför är det viktigt att eventuell bäckenbottenbristning undersöks före hemgång från förlossningskliniken⁸⁴ och att tidig uppföljning erbjuds inom mödrahälsovården.⁸⁵

82. 3 kap. PDL.

83. Socialstyrelsen (2025a).

84. Undersökning av bäckenbottenbristning före hemgång eller inom en vecka vid återbesök, se Socialstyrelsen (2025c).

85. Tidig uppföljning innebär under den första eller andra veckan efter hemgång, se Socialstyrelsen (2025c).

Flera av förlossningsklinikerna genomförde inte alltid undersökning av bristningar innan hemgång eller vid ett uppföljande besök inom en vecka. I tillsynen beskrevs bristen bero på hög arbetsbelastning och bristande tillgång på personal. Vid vissa förlossningskliniker löste verksamheten situationen genom att sjuksköterskor genomförde undersökningen i stället för barnmorska eller läkare som Socialstyrelsens riktlinjer förespråkar. IVO bedömer att avsteg från rekommendationerna i de nationella riktlinjerna ökar risken för felbedömningar.

Tillsynen visade också på omfattande brister avseende tidig uppföljning inom mödrahälsovården. Det framkom att vissa vårdgivare inte hade infört tidig uppföljning men också att vissa vårdgivare inte erbjöd uppföljningen i perioder på grund av bristande tillgång till personal. Tillsynen visade också att ingen av de vårdgivare som omfattades av tillsynen hade säkerställt att undersökning av bäckenbotten vid efterkontroll uppfyllde kraven på en god vård. Det framkom bland annat att barnmorskorna upplevde sig ha bristande kunskap om de senaste riktlinjerna och därmed bristande kompetens för att fullt ut bedöma och identifiera skador. I vissa verksamheter beskrev barnmorskorna att de utförde undersökningar trots att de upplevde sig ha kunskapsbrist. Det framkom även exempel på att ledningen i verksamheter inte hade kunskap om de utbildningar som finns att tillgå inom ämnet och därmed inte säkerställde att personalen tog del av dem.

Att inte ha kunskap om att bedöma och identifiera skador eller möjlighet att erbjuda tidig uppföljning av bristningar innebär bristande förutsättningar att ge god vård som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet.⁸⁶

Information om var patienter kan vända sig vid fysiska och psykiska besvär

Nyblivna föräldrar vet inte alltid var de ska vända sig vid hälsoproblem efter förlossningen. Det är viktigt att de får tydlig och gärna skriftlig information om förväntat efterförlopp och var de nyblivna föräldrarna kan vända sig vid fysiska eller psykiska besvär.⁸⁷ Information och förståelse är en förutsättning för patienters delaktighet i den egna vården. Den som lämnar informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått och informationen ska anpassas efter individuella förutsättningar.⁸⁸

Majoriteten av förlossningsklinikerna uppfyllde inte kraven på information, vare sig hur den gavs eller att patientens förståelse säkerställdes.⁸⁹ Om informationen brister eller uteblir från förlossningskliniken och övertagande mödrahälsovård inte erbjuder tidig uppföljning kan det innebära att patienten helt går miste om nödvändig information.

Precis som inom förlossningsvården identifierade IVO omfattande brister i hur mödrahälsovården informerade patienterna om vart de kan vända

86. 5 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7 § PL.

87. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets årsrapport 2024; Socialstyrelsen (2025c).

88. Patienten har rätt till information om till exempel det förväntade vård- och behandlingsförloppet och planerad eftervård, enligt 3 kap. 1–2 och 2 b § PL. Enligt 3 kap. 6–7 §§ ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

89. IVO (2024a).

sig vid fysiska och eller psykiska besvär. Dessutom var den information som gavs sällan skriftlig. IVO bedömde att detta både strider mot angiven lagstiftning och mot rekommendationerna i Socialstyrelsens kunskapsstöd. I kunskapsstödet framgår att patienten bör få information om var denne kan vända sig, även för besvär som kvarstår eller uppkommer lång tid efter förlossningen.⁹⁰

Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Eftersom en vårdgivares uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder är avgörande för god vård har IVO i denna tillsynsinsats granskat verksamheternas och vårdgivarnas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska fortlöpande identifiera risker i verksamheten och vidta nödvändiga åtgärder för att förebygga vårdskada. Händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada ska utredas och anmälas till IVO.

IVO har identifierat brister inom det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet hos samtliga vårdgivare som omfattats av tillsynen.

Risikanalys

Regelbunden uppföljning av verksamheten är av stor betydelse men lagstiftaren framhåller i förarbetena att det inte är tillräckligt för att förebygga vårdskador. Vårdgivaren ska även fortlöpande undersöka vilka risker som finns i verksamheten baserat på både intern och extern information samt vidta de åtgärder som är nödvändiga för att undanröja riskerna eller hålla dem under kontroll. Att utföra riskanalyser sporadiskt eller endast vid planerade förändringar räcker alltså inte för att uppfylla regelverkets krav på riskanalys⁹¹

IVO har bedömt att majoriteten av vårdgivarna har verksamheter som brister i att löpande, regelbundet och systematiskt genomföra riskanalyser av patientsäkerheten. Inom förlossningsklinikerna innebar bristen oftast att riskanalyser inte genomfördes i tillräckligt stor utsträckning.⁹² Inom mödrahälsovården visade tillsynen att systematiska riskanalyser sällan utgjorde en del av det förebyggande arbetet då det saknades en struktur för att identifiera, bedöma och analysera risker i verksamheten. Hos merparten av de vårdgivare som erbjöd barnmorskeassisterad förlossning i hemmet saknades ett kontinuerligt och löpande arbete med att identifiera och analysera relevanta risker för den typ av vård som bedrivs. IVO ser också i tillsynen att dessa verksamheter inte gör riskanalyser alls i vissa fall. Vid inspektionen framkom en bristfällig kunskap om riskanalyser och förväxling mellan riskanalyser kopplade till patientsäkerhetsarbetet och de riskbedömningar som görs av barnmorskan under förlossningsförloppet.

90. Socialstyrelsen (2022).

91. 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn, s. 85.

92. IVO (2024a).

Egenkontroll

Egenkontroll är en grundläggande del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, eftersom den möjliggör upptäckt och åtgärd och därmed förebygger vårdskada. Egenkontrollen ska ske i den utsträckning som krävs så att kravet på god vård uppfylls och att kvaliteten i verksamheten säkerställs.⁹³ Regelbunden uppföljning av genomförande och resultat är således avgörande för att uppfylla kraven på god vård.⁹⁴

Inom vissa förlossningskliniker saknades systematisk och regelbunden egenkontroll inom granskade tillsynsområden. Inom andra förlossningskliniker genomfördes egenkontrollen endast sporadiskt eller begränsat till ett fåtal områden. Förlossningsklinikerna saknade också i många fall egenkontroll av följsamhet till rutiner och riktlinjer, exempelvis arbetssätt vid bäckenbottenbristningar, agerande och beslutsfattande vid akuta situationer och information till patienter.⁹⁵

Tillsynen av mödrahälsovården visade att samtliga vårdgivare hade brister i regelefterlevnad för egenkontroll. Tillsynen identifierade främst bristande egenkontroll av att verksamheten följde rutiner och riktlinjer inom de granskade områdena. Tillsynen visade exempel på att egenkontroll inte utfördes av om samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog vid psykisk ohälsa hos patient sker. Egenkontroll utfördes inte heller för att säkerställa att alla patienter erbjuds tidig uppföljning, eller om undersökning av bäckenbotten vid efterkontrollen sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Processer och rutiner hos vårdgivare av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas med stöd av ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning samt innehålla fastställda processer och rutiner för kvalitetssäkring.⁹⁶ En process beskriver ett sammanhängande flöde av aktiviteter som syftar till ett bestämt resultat. En riktlinje anger övergripande principer för vad som ska göras och en rutin förklarar hur arbetet ska utföras och hur ansvaret är fördelat.

Majoriteten av de vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet saknar de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.⁹⁷ Tillsynen visar bland annat att vårdgivare inte har anpassat rutiner och riktlinjer till verksamhetens inriktning och omfattning utan tillämpar regionens rutiner för den sjukhusbaserade förlossningsvården. Det framkom också att vårdgivare saknar gemensamt framtagna kriterier med den sjukhusbaserade förlossningsvården som bör finnas enligt de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen. Kriterierna ska omfatta urval av födande, samarbetsrutiner, avstånd till förlossningsklinik samt handläggning efter födseln.⁹⁸ Hos två av vårdgivarna saknas ett ledningssystem helt.

93. 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

94. Prop. 2009/10:210, s. 85.

95. IVO (2024a).

96. 3 och 4 kap. SOSFS 2011:9.

97. 4 kap. 2 och 4 §§ SOSFS 2011:9.

98. Socialstyrelsens (2025d)..

Utredning av allvarliga händelser inom förlossningsklinikerna

Vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada, med en omfattning anpassad till händelsens allvar. Vid vårdskador som inte är allvarliga ska utredningen dokumentera händelseförlopp, analys och planerade åtgärder. Vid allvarlig vårdskada gäller utökade krav på utredningens innehåll samt anmälningsskyldighet till IVO enligt lex Maria.⁹⁹ En utredning är därmed en förutsättning för att vårdgivaren ska kunna bedöma om skadan varit undvikbar och för att ta ställning till om anmälan ska göras. IVO avsåg att granska om utredningar genomförs i tillräckligt hög utsträckning inom förlossningsklinikerna. Inom ramen för den maskinella journalgranskningen begärde IVO att få ta del av samtliga regioners utredningar som genomförts med anledning av händelser som inneburit en bristning av grad tre till fyra hos den födande eller syrebrist hos barnet.¹⁰⁰ För att kontrollera i hur stor utsträckning regionerna efterlevde gällande lagkrav beräknades andelen av händelseutredningar per förlossning. Granskningen visade att ingen region kunde uppvisa att utredningar alltid genomfördes vid vårdskada eller risk för vårdskada. Ett antal regioner kunde inte uppvisa några utredningar alls.¹⁰¹ Den nationella andelen händelseutredningar per förlossning var 5-6 procent. Att inte utreda vårdskada eller risk för vårdskada innebär att vårdgivarna inte lever upp till skyldigheten att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som uppfyller kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen.¹⁰²

Patienters upplevelser

Vården ska bedrivas så att den tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vården ska också främja patientens självbestämmande och delaktighet.¹⁰³ Vid den inledande riskanalysen där en kvalitativ analys av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) genomfördes såg IVO bland annat att patienter och anhöriga hade upplevelser av att inte bli tagna på allvar. Bland annat i situationer där patienten uttryckt oro för situationen eller närstående uttryckt oro för den födandes tillstånd.¹⁰⁴

I tillsynen intervjuade IVO 209 patienter vid förlossningsklinikerna om deras upplevelser av trygghet, information och delaktighet i samband med förlossningen. Sammantaget beskrev patienter och deras partners en övervägande positiv upplevelse av både förlossning och eftervård. Nästan alla uppgav att de känt sig trygga med personalen under förlossningen, även i fall där komplikationer uppstått. Majoriteten var också positiva till den information de fått. Negativa erfarenheter avsåg främst information om smärtlindring eller vissa ingrepp. Patienterna upplevde generellt god delaktighet, även om några i efterhand önskat större inflytande över

99. 3 kap. 3 och 5 §§ PSL, 3 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

100. Diagnoskoderna för asfyxi (diagnoskoder P91 och P21), bristning grad tre och fyra i samband med instrumentellt avslut (diagnoskoder O70.2 och O70.3 i kombination med O81) under 2022 och 2023.

101. Det har framkommit i dialogen med regionerna att begäran uppfattats avse internutredningar inför anmälan om lex Maria. Oavsett detta är händelseutredningarna generellt mycket låga till antalet i förhållande till förlossningarna.

102. 3 kap. 1 § PSL.

103. 5 kap. 1 § 2 HSL, 1 kap. 1 § PL.

104. Bilaga 2. Metodbilaga.

smärtlindring. Delaktigheten beskrevs som lägre i akuta situationer, vilket patienterna samtidigt uttryckte förståelse för.

Vidtagna åtgärder

Resultatet av IVO:s tillsyn visar om vårdgivare fullgör kraven i gällande bestämmelser eller inte. Myndighetens tillsyn leder därmed till att brister och patientsäkerhetsrisker identifieras. Inom ramen för en tillsyn kan IVO begära att verksamheter och vårdgivare ska redovisa vilka åtgärder som vidtas för att komma tillrätta med aktuella brister. Tillsynen gör inte anspråk på att vara en fullständig garanti för att en vårdgivare har förutsättningar eller förmåga att säkerställa att kraven på en god vård uppfylls. Vårdgivarna har det yttersta ansvaret för att följa upp verksamhetens kvalitet och förebygga vårdskada.¹⁰⁵

Inom ramen för tillsynsinsatsen och de 140 beslut med begäran om återredovisning har IVO hanterat och bedömt 117 återredovisningar från vårdgivarna.¹⁰⁶ Återredovisningarna innehåller information om genomförda och planerade åtgärder som är anpassade för varje vårdgivares unika förutsättningar.

Åtgärder för att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är centrala för att vårdgivarna ska kunna säkerställa kvaliteten i vården. Åtgärderna är avgörande för att åtgärda identifierade brister i vårdgivarnas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete men även för att följa upp redovisade åtgärder kopplade till brister inom övriga tillsynsområden.

Flera vårdgivare visar genom de inskickade återredovisningarna ett tydligt skifte i fokus när det kommer till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Åtgärderna syftar inte endast till att följa upp risker och tillbud som redan inträffat utan också till att identifiera risker i förebyggande syfte. Många vårdgivare har även påbörjat åtgärder för att stärka den organisatoriska strukturen och utvidgat arbetet med informationsspridning av det genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Exempelvis redovisar de flesta vårdgivare en förstärkt systematik, regelbundenhet och omfattning av arbetet med egenkontroller, riskanalyser, händelseutredningar och uppföljning av effekter. Flera vårdgivare har bland annat redovisat införande av systematisk och regelbunden journalgranskning för att undersöka följsamhet till både rutiner, arbetssätt och dokumentation. Vårdgivare redogör bland annat för att Regionernas ömsesidiga försäkringsbolags (Löf) verktyg Rutinkollen kommer att användas som en grund vid journalgranskning.¹⁰⁷ Verktöget syftar till att verksamheten själv ska granska om man följer bästa praxis inom mödrahälsovård och vid förlossning. Vissa verksamheter och vårdgivare har redovisat att de även kommer att utöka

105. 3 kap. 1 och 2 § PSL, 5 kap. 4 § HSL, 5 kap. SOSFS 2011:9.

106. Avser återredovisningar från förlossningskliniker och mödrahälsovård. Vid tidpunkt för slutrapporteringen av regeringsuppdraget har inte samtliga återredovisningar från vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet bedömts än. En förlossningsklinik eller vårdgivare av mödrahälsovård kan ha inkommit med mer än en återredovisning.

107. Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). Rutinkollen. (2025) <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/rutinkollen> [hämtad 2026-02-15].

den strukturerade journalgranskningen. Flera vårdgivare redovisar också ett stärkt patientsäkerhetsarbete genom att införa olika systematiska sätt att bedriva kvalitetsarbete i den dagliga verksamheten för att identifiera risker och vårdskador.

IVO ser också att många andra redovisade åtgärder syftar till att säkerställa god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Exempelvis redovisar vårdgivare att barnmorska eller läkare ska genomföra undersökning av bristning innan hemgång från förlossningen och att detta därmed inte längre ska göras av en sjuksköterska. Andra åtgärder avser till exempel att informationen vid efterkontrollen inom mödrahälsovården förstärks med skriftligt material. Flera vårdgivare har också redovisat åtgärder i form av utbildningsinsatser och etablering av till exempel multidisciplinära team för samverkan vid psykisk ohälsa.

IVO ser genom de inkomna återredovisningarna att berörda vårdgivare har påbörjat och ibland redan vidtagit en rad åtgärder som syftar till att stärka och höja patientsäkerheten inom mödrahälsovården och förlossningsvården. Inom ramen för denna tillsynsinsats har IVO dock inte följt upp att vårdgivarna säkerställer att de vidtagna åtgärderna genomförs eller får avsedd effekt. IVO har avslutat tillsynsinsatsen av förlossningskliniker och mödrahälsovård och förutsätter att vårdgivarna fortsätter arbetet inom ramen för sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Återföringssamtal

Som ett led i IVO:s uppdrag att återföra resultat av tillsyn till vårdgivare för att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet¹⁰⁸ genomförde IVO återföringssamtal med samtliga 21 regioner. Under hösten 2025 genomfördes möten med personer i ledande befattningar på olika nivåer i regionerna. Dessa möten innehöll återkoppling av det sammanvägda resultatet från tillsynen av förlossningskliniker och mödrahälsovård¹⁰⁹ samt en redovisning av en fördjupad analys av lex Maria.¹¹⁰ Tillsynsresultatet styrktes också i flera avseenden av resultatet från den maskinella granskningen av patientjournaler och CTG-loggar som hade genomförts. Vidare framfördes även resultatet från den maskinella granskningen gällande vårdgivarnas följsamhet till kravet att utreda händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Den samlade informationen syftade till att ge utrymme för dialog och fördjupning om bakgrunden till IVO:s bedömningar av bristande regelefterlevnad. Återföringen skedde därför med ett regionalt perspektiv med möjlighet till nationell jämförelse. IVO:s avsikt var att bidra med kunskap så att varje enskild vårdgivare får möjlighet att använda tillsynens resultat som en del i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Den samlade bilden som återfördes till regionerna utgick ifrån tillsynens och den maskinella journalgranskningens resultat, samt den fördjupade genomgången av lex Maria. Tillsynsområdena som återfördes delades upp

108. 2 § 3st. förordningen (2013:176), 7 kap. 4 § 3 PSL.

109. Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet var inte en del av återföringen.

110. Bilaga 2. Metodbilaga.

i följande kategorier baserat på var myndigheten identifierat de största bristerna:

- Systematiskt kvalitetsarbete
- Bäckebottenbristning
- Riskbedömning
- CTG- och fosterövervakning
- Kommunikation och ledarskap.

Slutsatser

IVO:s samlade bild efter mer än tre års tillsyn bekräftar i flera avseenden iakttagelser från tidigare tillsynsinsatser¹¹¹ och andra myndigheters iakttagelser.¹¹² Mödrahälsovården och förlossningsvården präglas av en generellt god kvalitet med en stor andel nöjda patienter. Samtidigt har IVO i denna tillsynsinsats identifierat att de granskade vårdgivarna behöver stärka sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för att säkerställa att kraven på en god och säker vård uppfylls fullt ut.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är avgörande för god vård

IVO konstaterar att brister i mödrahälsovården och förlossningsvården kan leda till allvarliga vårdskador och få förödande konsekvenser för den drabbade. Vårdgivarna ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet och därmed för att förebygga vårdskador. Mot bakgrund av att hälso- och sjukvården i många avseenden är en högriskverksamhet är kraven stora på det förebyggande arbetet.¹¹³ IVO bedömer därför att vårdgivarna har ett långtgående ansvar att inte enbart följa upp inträffade vårdskador utan även genomföra förebyggande arbete i större omfattning än vad som framkommit i tillsynen. Det förebyggande arbetet behöver ske genom de sätt som finns reglerat i aktuell föreskrift där fokus tydligt ligger på att följa upp den egna verksamheten löpande, regelbundet och systematiskt.¹¹⁴

IVO har i tillsynen identifierat att samtliga granskade vårdgivare har brister inom det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. IVO konstaterar dock ett tydligt skifte i fokus hos flera vårdgivare då de genomförda eller planerade åtgärderna som inrapporterats till myndigheten inom ramen för tillsynen fokuserar på att identifiera risker i förebyggande syfte och inte endast följa upp risker och tillbud som redan inträffat. De flesta vårdgivare har också redovisat en förstärkt systematik, regelbundenhet och omfattning av arbetet med egenkontroller, riskanalyser, händelseutredningar och uppföljning av effekter.

IVO har avslutat tillsynsinsatsen för bland annat förlossningsklinikerna, och vårdgivarna är ansvariga för det fortsatta arbetet inom ramen för sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Myndigheten kan dock se indikationer på att vårdgivare ännu inte lyckats förstärka det systematiska uppföljningsarbetet i tillräcklig omfattning. Detta baseras på att

111. Tillsyn av elva vårdgivare med fokus på det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom förlossningsvården; IVO (2020). Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador. Iakttagelser i korthet. IVO nr 5/2020.

112. Socialstyrelsen (2019); Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2023).

113. Prop. 2009/10:210, s. 194-195.

114. SOSFS 2011:9.

myndigheten fortsätter få uppgifter om nya händelser med tragisk utgång där vårdgivares utredningar beskriver samma bakomliggande orsaker och vidtagna åtgärder som innan myndighetens tillsynsinsats. IVO menar att det pekar på fortsatta brister i det regelbundna och systematiska arbetet med bland annat egenkontroller och uppföljning av vidtagna åtgärder.

Bristerna i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som myndigheter identifierat hos de privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet pekar på en otillräcklig kännedom om de skyldigheter som följer med vårdgivaransvaret. Majoriteten av vårdgivarna säkerställer inte att risker i verksamheten identifieras och analyseras för att skydda mot vårdskador. Tillsynen har även identifierat att flera vårdgivare saknar rutiner och processer anpassade till verksamheten och att det finns omfattande brister avseende läkemedelshanteringen. Tillsynen av de vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet är fortfarande pågående. Tillsynen kommer att fortsätta tills patientsäkerhetsrisker är åtgärdade och förutsättningar för god och säker vård är säkerställda.

En återkommande iakttagelse i IVO:s tillsyn är att åtgärder vidtas efter tillsyn, men att de inte alltid leder till långsiktigt lärande eller bestående förbättringar. För att tillsynen ska få effekt krävs det att resultaten aktivt används av verksamheterna i styrning, uppföljning och kompetensutveckling.¹¹⁵

IVO:s övergripande slutsats efter mer än tre års tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård är att det systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas. Patientsäkerhetsarbetet behöver präglas av systematisk uppföljning och en kontinuerlig utveckling för att stärka förutsättningarna för en god och säker vård.

Vården ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet

Tillsynen visar stora variationer i följsamhet och ibland omfattande avsteg från de rekommendationer som finns publicerade inom området graviditet, förlossning och vården efter.

Vården ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket innebär att vårdgivare ska sträva efter att basera sina insatser på bästa tillgängliga kunskap. Rekommendationer från Socialstyrelsen och andra aktörer utgör sammanvägda bedömningar av den för närvarande bästa tillgängliga kunskapen och bygger på befintlig forskning samt i stor utsträckning på beprövad erfarenhet inom området.¹¹⁶

Tidigare kartläggningar visar att avsteg från nationella rekommendationer kan hänföras både till varierande tillgång till resurser och kompetens samt till lokala arbetssätt och kulturer.¹¹⁷ IVO:s tillsyn förstärker den bilden då

115. IVO (2026a). Vad har IVO sett 2025. IVO 2026-08.

116. Socialstyrelsen (2025c); Säker Förlossningsvård (2022).

117. Socialstyrelsen (2023b). Normalförlossning. En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer. Socialstyrelsen artikelnummer 2023-12-8887.

underlaget visar att rekommendationerna frångås i någon grad inom flera av de områden som granskats. IVO har inte undersökt om avsteg görs utifrån skillnader i kultur eller förutsättningar. Myndigheten ser dock i tillsynsunderlaget att avsteg sker både på grund av att vårdgivarna har en annan uppfattning än riktlinjerna förespråkar och på grund av upplevda brister i förutsättningar.

Delar av de avsteg som myndigheten har identifierat i tillsynen rör samverkan vid vård av patienter med psykisk ohälsa, kriterier för hemförlossning, bedömning, suturering och uppföljning av bristningar samt information om fysiska och psykiska besvär efter förlossning.

IVO bedömer att det är av största vikt att vårdgivare följer de nationella riktlinjernas rekommendationer, både för patientsäkerheten och för att utjämna omotiverade skillnader i vården. IVO ser att avsteg från gällande rekommendationer, i kombination med de brister inom egenkontroll som identifierats i tillsynen, minskar förutsättningarna för vårdgivarna att säkerställa en god och säker vård.

Referenser

Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets årsrapport 2024.

IVO (2020). Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador. Iakttagelser i korthet. IVO nr 5/2020.

IVO (2023). Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. IVO 2023-12.

IVO (2024a). Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. IVO 2024-07.

IVO (2024b). Åtgärder för en mer enhetligt bedriven tillsyn. Dnr 1.1.3 27419/2024.

IVO (2026a). Årsredovisning 2025. IVO 2026-09.

IVO (2026b). Vad har IVO sett 2025. IVO 2026-08.

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2023). Över tiden. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Stockholm: 2023.

Prop. 1993/94:149. Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.

Prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn.

Regeringen (Socialdepartementet). Uppdrag om förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård (S2023/00971). Stockholm: Regeringskansliet 2023-03-09.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). Rutinkollen. (2025) <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/rutinkollen> [hämtad 2026-02-15].

SFS 2008:355 Patientdatalag.

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen.

SFS 2013:176 Förordningen om instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

SFS 2014:821 Patientlag.

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag.

Socialstyrelsen (2019). Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa. Slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Socialstyrelsen artikelnummer 2019-12-6531.

Socialstyrelsen (2022). Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå. Socialstyrelsen artikelnummer 2022-12-8287.

- Socialstyrelsen (2023a). Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023. Socialstyrelsen artikelnummer 2024-9-9187.
- Socialstyrelsen (2023b). Normalförlossning. En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer. Socialstyrelsen artikelnummer 2023-12-8887.
- Socialstyrelsen (2024). Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-9-9708.
- Socialstyrelsen (2025a). Graviditet, förlossning och tiden efter. Förslag till nationell plan 2026–2035. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-9-9715.
- Socialstyrelsen (2025b). Delrapport för Socialstyrelsens arbete med flickors och kvinnors hälsa. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-9-9761.
- Socialstyrelsen (2025c). Nationella riktlinjer 2025. Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen artikelnummer 2025-3-9442.
- Socialstyrelsen (2025d). Bilaga: Kunskapsunderlag. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/faod312188a74cfabdbeaa122bab10be/2025-3-9442-kunskapsunderlag.pdf> [hämtad 2026-03-03].
- Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret 2024. [hämtat 2025-12-22].
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2021). Förlossningsbristningar. Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. SBU rapport 323.
- Sveriges kommuner och regioner, SKR (2024). Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa. Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2024.
- Säker Förlossningsvård. Fosterövervakning i samband med förlossning. (2022). <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/Fosterovervakning-i-samband-med-forlossning.pdf> [hämtad 2026-03-03].

Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr: IVO 2026-18

Diarienummer: 1.1.1-11183/2023

Utgiven mars 2026

www.ivo.se

Bilaga 1. Vårdgivare och verksamheter som ingått i tillsynen

Förlossningskliniker och Mödrahälsovård

Region	Ärendetitel	Område	Ärende- nummer
Jönköping	Tillsyn av förlossningsvård vid Länssjukhuset Ryhov i Region Jönköpings län	Förlossningsvård	41638/2023
Jönköping	Tillsyn av förlossningsvård vid Höglandssjukhuset Eksjö i Region Jönköpings län	Förlossningsvård	41640/2023
Jönköping	Tillsyn av förlossningsvård vid Värnamo sjukhus i Region Jönköpings län	Förlossningsvård	41641/2023
Värmland	Tillsyn av förlossningsvård vid Centralsjukhuset i Karlstad i Region Värmland	Förlossningsvård	41642/2023
Västmanland	Tillsyn av förlossningsvård vid Västmanlands sjukhus Västerås i Region Västmanland	Förlossningsvård	45983/2023
Gotland	Tillsyn av förlossningsvård vid Visby lasarett i Region Gotland	Förlossningsvård	45984/2023
Örebro	Tillsyn av förlossningsvård vid Universitetssjukhuset Örebro i Region Örebro	Förlossningsvård	45986/2023
Blekinge	Tillsyn av förlossningsvård vid Blekingesjukhuset i Region Blekinge	Förlossningsvård	45989/2023
Dalarna	Tillsyn av förlossningsvård vid Falu lasarett i Region Dalarna	Förlossningsvård	45991/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Danderyds sjukhus i Region Stockholm	Förlossningsvård	45993/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Södertälje sjukhus i Region Stockholm	Förlossningsvård	45995/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Barnbördshuset i Stockholm AB i Region Stockholm	Förlossningsvård	45996/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Capio St Görans sjukhus i Region Stockholm	Förlossningsvård	46065/2023
Jämtland	Tillsyn av förlossningsvård vid Östersunds sjukhus i Region Jämtland Härjedalen	Förlossningsvård	46156/2023
Skåne	Tillsyn av förlossningsvård vid Centralsjukhuset Kristianstad i Region Skåne	Förlossningsvård	46214/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Karolinska universitetssjukhuset Solna i Region Stockholm	Förlossningsvård	46215/2023
Östergötland	Tillsyn av förlossningsvård vid Universitetssjukhuset Linköping i Region Östergötland	Förlossningsvård	46216/2023

Region	Ärendetitel	Område	Ärende- nummer
Halland	Tillsyn av förlossningsvård vid Hallands sjukhus Varberg i Region Halland	Förlossningsvård	46217/2023
Kalmar	Tillsyn av förlossningsvård vid Länssjukhuset Kalmar i Region Kalmar	Förlossningsvård	46218/2023
Västernorrland	Tillsyn av förlossningsvård vid Örnsköldsviks sjukhus i Region Västernorrland	Förlossningsvård	46219/2023
Södermanland	Tillsyn av förlossningsvård vid Mälarsjukhuset Eskilstuna i Region Sörmland	Förlossningsvård	46220/2023
Skåne	Tillsyn av förlossningsvård vid Helsingborgs lasarett i Region Skåne	Förlossningsvård	46221/2023
Skåne	Tillsyn av förlossningsvård vid Lasarettet i Ystad i Region Skåne	Förlossningsvård	46222/2023
Kronoberg	Tillsyn av förlossningsvård vid Centrallasarettet Växjö i Region Kronoberg	Förlossningsvård	46223/2023
Västra Götaland	Tillsyn av förlossningsvård vid Norra Älvsborgs Länssjukhus Trollhättan i Region Västra Götaland	Förlossningsvård	46226/2023
Västra Götaland	Tillsyn av förlossningsvård vid Södra Älvsborgs sjukhus Borås i Region Västra Götalandsregionen	Förlossningsvård	46227/2023
Norrbotten	Tillsyn av förlossningsvård vid Gällivare sjukhus i Region Norrbotten	Förlossningsvård	46229/2023
Västerbotten	Tillsyn av förlossningsvård vid Norrlands Universitetssjukhus Umeå i Region Västerbotten	Förlossningsvård	46230/2023
Uppsala	Tillsyn av förlossningsvård vid Akademiska sjukhuset Uppsala i Region Uppsala	Förlossningsvård	46279/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Södersjukhuset i Region Stockholm	Förlossningsvård	46573/2023
Gävleborg	Tillsyn av förlossningsvård vid Hudiksvalls sjukhus i Region Gävleborg	Förlossningsvård	46575/2023
Norrbotten	Tillsyn av förlossningsvård vid Sunderby sjukhus i Region Norrbotten	Förlossningsvård	46578/2023
Skåne	Tillsyn av förlossningsvård vid Skånes universitetssjukhus Lund i Region Skåne	Förlossningsvård	46720/2023
Skåne	Tillsyn av förlossningsvård vid Skånes universitetssjukhus Malmö i Region Skåne	Förlossningsvård	46722/2023
Stockholm	Tillsyn av förlossningsvård vid Karolinska universitetssjukhuset Huddinge i Region Stockholm	Förlossningsvård	46724/2023
Östergötland	Tillsyn av förlossningsvård vid Vrinnevisjukhuset Norrköping i Region Östergötland	Förlossningsvård	46731/2023

Region	Ärendetitel	Område	Ärende- nummer
Gävleborg	Tillsyn av förlossningsvård vid Gävle sjukhus i Region Gävleborg	Förlossningsvård	46732/2023
Halland	Tillsyn av förlossningsvård vid Hallands sjukhus Halmstad i Region Halland	Förlossningsvård	46733/2023
Kalmar	Tillsyn av förlossningsvård vid Västerviks sjukhus i Region Kalmar	Förlossningsvård	46735/2023
Västernorrland	Tillsyn av förlossningsvård vid Sundsvalls sjukhus i Region Västernorrland	Förlossningsvård	46736/2023
Södermanland	Tillsyn av förlossningsvård vid Nyköpings lasarett i Region Sörmland	Förlossningsvård	46737/2023
Västra Götaland	Tillsyn av förlossningsvård vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen	Förlossningsvård	46743/2023
Västra Götaland	Tillsyn av förlossningsvård vid Skaraborgs sjukhus Skövde i Västra Götalandsregionen	Förlossningsvård	46748/2023
Västerbotten	Tillsyn av förlossningsvård vid Skellefteå lasarett i Region Västerbotten	Förlossningsvård	46752/2023
Västerbotten	Tillsyn av förlossningsvård vid Lycksele lasarett i Region Västerbotten	Förlossningsvård	05219/2024
Jämtland	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Jämtland-Härjedalen	Mödrahälsovård	27387/2024
Värmland	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Värmland	Mödrahälsovård	27388/2024
Skåne	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Skåne	Mödrahälsovård	27391/2024
Södermanland	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Sörmland	Mödrahälsovård	27393/2024
Västra Götaland	Tillsyn av mödrahälsovård i Västra Götalandsregionen	Mödrahälsovård	27396/2024
Östergötland	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Östergötland	Mödrahälsovård	27400/2024
Norrbottn	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Norrbotten	Mödrahälsovård	27390/2024
Stockholm	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Stockholm	Mödrahälsovård	27392/2024
Västmanland	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Västmanland	Mödrahälsovård	27394/2024
Örebro	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Örebro	Mödrahälsovård	27398/2024
Västernorrland	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Västernorrland	Mödrahälsovård	27399/2024
Kronoberg	Tillsyn av mödrahälsovård i Region Kronoberg	Mödrahälsovård	27403/2024
Skåne	Tillsyn av mödrahälsovård på Barnmorskegruppen Öresund AB i Skåne	Mödrahälsovård	28387/2024
Stockholm	Tillsyn av mödrahälsovård på Capio Stockholm	Mödrahälsovård	28412/2024

Region	Ärendetitel	Område	Ärende- nummer
Skåne	Tillsyn av mödrahälsovård på Barnmorskegruppen Mamma Mia i Skåne	Mödrahälsovård	28414/2024
Skåne	Tillsyn av mödrahälsovård på Capio Närsjukvård AB i Skåne	Mödrahälsovård	28417/2024
Västernorrland	Tillsyn av mödrahälsovård på Familjeläkarna Mitt	Mödrahälsovård	28422/2024
Västmanland	Tillsyn av mödrahälsovård på Läkargruppen Barnmorskemottagning i Västerås	Mödrahälsovård	32329/2024

Privata vårdgivare av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet

Beslut till och med den 28 februari 2026.

Ärendetitel	Ärendenummer	Beslut
Tillsyn av förlossningsvård vid BB Gårda i Västra Götalandsregionen	06353/2024	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Fatimas hembarnmorskeri i Stockholm	06673/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Kirsten Nisted i Södertälje	06684/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Barnmorska Cornelia Andersson i Södertälje	06688/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Mimansas barnmorskeverksamhet i Södertälje	06696/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Barnmorskeliv på Färingsö i Ekerö kommun	06715/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Martina Barnmorska i Västervik	07690/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid JM Renée i Sala	07699/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Jordmor Värmland i Karlstad	07702/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Birth in Harmony by Cia i Umeå	07707/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Föda i Skåne i Burlöv	08084/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Li Thies-Lagergren i Båstad	08097/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Camilla Segerllind i Malmö	08102/2025	Beslut med begäran om återredovisning

Ärendetitel	Ärendenummer	Beslut
Tillsyn av hemförlossning vid Lumos Midwifery i Lund	08118/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Barnmorska Ståhl i Laholm	09029/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Föda i tillit i Dals-Ed	09038/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid Barnmorske teamet Kolikhjälpen i Göteborg	09042/2025	Beslut med begäran om återredovisning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Lerum	09032/2025	Förbud
Tillsyn av hemförlossning vid Hembarnmorskan i Stockholm AB i Järfälla	06667/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Strängnäs	06708/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Akupunktur och Barnmorskecenter i Stockholm	06711/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Östgötamorskorna AB i Linköping	07694/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Roos Matla-Fodor i Sunne	07696/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid PG-Art of Life i Västerås	07704/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Simrishamn	08121/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Holli Health by S i Nacka	06700/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Elisa Hembarnmorska i Region Stockholm	06703/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Stockholm	06721/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Södermanlands mobila barnmorskeservice i Gnesta	06725/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Märta Engblom Birth Support AB i Uppsala	06726/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Blue Hedwig AB i Stockholm	06730/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Norrköping	07701/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Mora	07703/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Ingegerd Hildingsson Konsult AB i Härnösand	07706/2025	Avskrivning

Ärendetitel	Ärendenummer	Beslut
Tillsyn av hemförlossning vid Kär-Lek-Lust EB i Simrishamn	08106/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Ystad	08110/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Nandi Zulu i Malmö	08124/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Simrishamn	08127/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Moderliv i Svalöv	08128/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid privat barnmorskeverksamhet i Varberg	09025/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Barnmorskan i Bohuslän hemförlossning i Orust	09026/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Samamama AB i Halmstad	09030/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Föda trygg med Victoria, Gravidbalans Hemförlossningsverksamhet i Göteborg	09035/2025	Avskrivning
Tillsyn av hemförlossning vid Barnmorska Elisabeth Frisk i Göteborg	09040/2025	Avskrivning

Förbud och föreläggande

Beslut till och med den 28 februari 2026

Ärendetitel	Ärendenummer
Förbud mot fortsatt verksamhet	27878/2025
Föreläggande	06292/2026
Föreläggande	23711/2025

Bilaga 2. Metodbilaga

I denna bilaga redovisar IVO fördjupad information om de metoder, analyser och urval som genomförts inom ramen för regeringsuppdraget (S2023/00971) om förstärkt nationell tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård.¹

1 Markör- och textgranskningsverktyg

En del i det aktuella regeringsuppdraget har varit att utveckla verktyg och nödvändig datatillgång för att analysera risker inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Som ett led i att förstärka den riskbaserade tillsynen har myndigheten utvecklat ett markör- och textgranskningsverktyg för att möjliggöra maskinell identifiering, bearbetning och textanalys av stora mängder information.

Anmälningar enligt lex Maria² är en viktig informationskälla för IVO. Informationen i anmälningarna används bland annat för att analysera vilka konsekvenser som risker och brister får för patienter. Varje anmälan om lex Maria blir ett ärende som i sin tur innehåller flera olika typer av dokument så som anmälningsblankett,³ vårdgivarens utredning av händelsen, eventuell komplettering begärd av IVO samt myndighetens beslut.

För att maskinell bearbetning ska vara möjlig behöver informationen vara maskinellt läsbar. För att informationen i materialet ska gå att söka i och aggregera slutsatser ifrån krävs strukturerade data. Vid utvecklingen av verktyget vidtogs därför åtgärder för att anmälningsblanketter och myndighetens beslut skulle bli maskinellt läsbara. Verktyget identifierar ärenden utifrån valda begrepp och strukturerar upp dess information i flera databastabeller⁴. Verktyget samkör därefter underlaget med metadata från IVO:s övriga system.

Utvecklingen av verktyget var avgörande för att myndigheten skulle kunna utveckla och genomföra större granskningar. Däribland journalgranskningen som genomfördes inom ramen för aktuellt regeringsuppdrag (*se kapitel 3.4 i denna metodbilaga*).

¹ Regeringen (Socialdepartementet). Uppdrag om förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård (S2023/00971). Stockholm: Regeringskansliet 2023-03-09.

² Enligt 3 kap. 5 § PSL, har vårdgivare en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria). Anmälan enligt lex Maria ska göras till IVO. Definitionen av vårdskada och allvarlig vårdskada framgår i 1 kap. 5 § PSL: med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Definitionen av allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

³ IVO. Anmälan enligt lex Maria. 2024. <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/anmal-lex-maria-lex-sarah/lex-maria/> [hämtad 2026-02-16].

⁴ Innebär en strukturerad tabell i en databas där information lagras i rader och kolumner.

2 Riskanalys

Nedan beskrivs de underlag och metoder IVO använt i den inledande riskanalysen. Syftet med analysen har varit att identifiera var patientsäkerhetsriskerna inom mödrahälsovården och förlossningsvården är som störst. Riskanalysen har varit utgångspunkten för tillsyn i de tre olika områden av vårdkedjan⁵ som tillsynen riktats mot. Fördjupad analys av specifika risker inom mödrahälsovården och de privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet redovisas under respektive kapitel i denna metodbilaga.

2.1 Underlag i riskanalysarbetet

2.1.1 Kvalitativ analys av anmälningar enligt lex Maria och enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL)

Markör- och textgranskningsverktyget läste in och bearbetade samtliga anmälningar enligt lex Maria från en femårsperiod.⁶ En kvalitativ analys genomfördes därefter av 120 slumpmässigt utvalda ärenden. Syftet med analysen var att få en bild av vilka bakomliggande orsaker till allvarliga vårdskador och risker för vårdskador som vårdgivare lyfter i sina utredningar.

För att även fånga patienters och närståendes perspektiv genomförde IVO en kvalitativ analys av inkomna anmälningar om klagomål på hälso- och sjukvård⁷ avseende förlossningsvård. Analysen baserades på ärenden inkomna till myndigheten mellan 2022 och 2023. Urvalet begränsades till de senast inkomna klagomålen och uppgick till 65 ärenden. Analysen syftade till att identifiera vilka upplevda brister och händelser patienter och närstående främst anmäler till myndigheten.

2.1.2 IVO:s tidigare genomförda tillsynsinsatser

IVO har inkluderat den information som framkommit i myndighetens tidigare tillsynsinsatser och analyser. Underlaget avser framför allt information från IVO:s tillsyn av akutsjukhus 2022–2024⁸, förlossningsvården och dess kvalitets- och patientsäkerhetsarbete 2020–2022⁹ samt den analys IVO publicerade av myndighetens förlossningsärenden 2020¹⁰.

⁵ Förlossningskliniker, vårdgivare av mödrahälsovård och privata vårdgivare av barnmorskeassisterad förlossning i hemmet.

⁶ Räknat från inhämtningsdatum och avser perioden 2018 till 2023, vilket i september 2023 genererade 535 ärenden.

⁷ 7 kap. 10 – 18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

⁸ IVO (2023). Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen. IVO 2023–02.

⁹ Tillsyn av elva vårdgivare med fokus på det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom förlossningsvården.

¹⁰ IVO (2020). Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador. Iakttagelser i korthet. IVO nr 5/2020.

2.1.3 Externt underlag

IVO genomförde en översiktlig analys av patienters anmälningar om ersättning till regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Lön.

Dataunderlaget bestod av individuella anmälningar om ersättning som Lön beslutat om mellan 2018 och 2023 där antingen huvuddiagnos eller skadediagnos rörde förlossning eller nyfött barn.¹¹ Vid tidpunkten då underlaget togs emot rörde det sig om 5 013 anmälningar. Syftet med analysen var att få en bild av vilka förlossningsskador patienter och anhöriga söker ersättning för.

IVO har även analyserat statistik från Graviditetsregistret, Graviditetsenkäten och Socialstyrelsens medicinska födelseregister.

2.2 Identifiering av tillsynsområden

Nedan beskrivs de viktigaste iakttagelserna avseende patientsäkerhetsrisker och brister som framkommit i IVO:s kartläggning och analys. Iakttagelserna kategoriserades i fyra områden, som kom att utgöra tillsynsområden i tillsynsinsatsen.

2.2.1 Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Resultat från analysen visar att antalet anmälningar enligt lex Maria i relation till antalet förlossningar varierar mellan olika förlossningskliniker. Antalet anmälningar enligt lex Maria per sjukhus kan vara en indikation på att skador sker, men också på hur väl patientsäkerhetsarbetet fungerar. En analys av enbart antalet anmälda lex Maria ger dock inte tillräcklig information om en vårdgivares kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Variationen i antal anmälningar tyder ändå på att det kan finnas skillnader i patientsäkerhetsarbetet.

Inom ramen för IVO:s riktade tillsynsinsats mellan 2020–2022 granskades elva vårdgivare med fokus på det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom förlossningsvården. Tillsynsresultatet visade då på bristande analys av eller kännedom om avvikelser, brister i struktur och tydlighet i roller. Tillsynen visade också bristande kunskap om patientsäkerhetsarbetet bland hälso- och sjukvårdspersonalen, bristande uppföljning av förbättringsåtgärder samt att patienter och närstående inte i tillräcklig omfattning inkluderades i patientsäkerhetsarbetet. Dessa tidigare tillsynsresultat stärkte IVO:s bedömning av att det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet skulle utgöra ett tillsynsområde i aktuell tillsynsinsats.

2.2.2 Bemanning och kompetens

Den kvalitativa analysen av anmälningar enligt lex Maria visade att vårdgivarna ofta identifierade felaktigheter kopplade till CTG-användning¹² som bakomliggande orsak till uppkomst av eller risk för allvarlig vårdskada. Exempelvis framkom att CTG bedömts felaktigt, att fosterövervakningen inte

¹¹ Diagnoskoderna O00-O99 (Graviditet, förlossning och barnsängstid) eller P00-P99 (Vissa perinatala tillstånd).

¹² CTG (Cardiotokografi) är en medicinsk övervakningsteknik som används för att registrera fostrets hjärtfrekvens och livmoderns sammandragningar under graviditet och förlossning.

signerats eller att personal inte uppmärksammat när CTG registrerat mammans puls i stället för barnets.

Analysen visade att bäckenbottenbristningar sällan ligger till grund för att vårdgivare anmäler en händelse enligt lex Maria. Bäckenbottenbristningar förekommer däremot oftare i patienters klagomål enligt PSL. Patienter beskrev exempelvis att bäckenbottenbristningar blivit felaktigt bedömda och felaktigt suturerade, vilket bland annat hade orsakat långvarig smärta, avföringsproblem och infektioner.

Vid analys av underlaget från LÖF identifierades att syrebrist hos fostret samt bäckenbottenbristning av andra och tredje graden var vanliga orsaker till anmälan om ersättning. Samtidigt visade statistik från Socialstyrelsen och Graviditetsregistret att det fanns skillnader mellan sjukhus och mellan regioner i utfallsmåten om andelen bäckenbottenbristningar och låg Apgar.¹³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter att den här typen av skillnader inte enbart kan förklaras av skillnader i patientsammansättning.¹⁴

IVO:s sammantagna bedömningen var att brister inom bemanning och kompetens kan innebära risker för den gravida och barnet vilket föranledde att området skulle utgöra ett tillsynsområde.

2.2.3 Dokumentation och kommunikation

Den kvalitativa analysen av anmälningar enligt lex Maria visade att brister avseende dokumentation och kommunikation återkom bland de orsaker som vårdgivare angav bakom vårdskador eller risk för vårdskador.

Vårdgivarnas utredningar beskrev situationer där exempelvis bristande kommunikation mellan professioner bidragit till att felaktigheter uppstått. Vårdgivare lyfte också fram i utredningarna att en otydlig ansvarsfördelning, och därmed ett bristande helhetsansvar, hade uppstått i akuta situationer.

Bristande dokumentation och informationsöverföring framträdde också som bakomliggande orsaker i vårdgivarnas utredningar. Exempelvis beskrevs att journalanteckningar och överrapportering mellan vårdpersonal skett bristfälligt.

IVO:s analys av enskildas klagomål enligt PSL visar därtill att patienter upplever att patientjournalen saknat väsentlig information. Det kan till exempel avse utebliven dokumentation av patientens framförda oro eller bristande dokumentation om patientens medicinska besvär.

2.2.4 Information och delaktighet

Bristande information och delaktighet identifierades som en av flera orsaker till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada vid den kvalitativa analysen av anmälningar enligt lex Maria. Vårdgivare uppgav till exempel att patienter fått

¹³ Bedömning enligt Apgar är ett hjälpmedel för att på ett standardiserat sätt bedöma barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet. Bedömningen kan ge högst 10 poäng och utförs 1, 5 och 10 minuter efter barnet är fött. Lågt poäng efter 5 minuter indikerar behov av medicinsk vård eller övervakning.

¹⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). Olik eller ojämlig. En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan. Rapport 2019:4

bristande information om medicinska risker och om den medicinska bedömning som legat till grund för rekommendationen av tillvägagångssätt vid förlossning.

I analysen av enskildas klagomål enligt PSL identifierade IVO att patienter eller närstående beskrev upplevelser av att inte blivit tagna på allvar, till exempel där patienten uttryckt oro för situationen eller där närstående uttryckt oro för den födandes tillstånd.

Graviditetsenkätens fritextsvar 2022 visade att lyhördhet inför patientens önskemål bidrog till en känsla av delaktighet, och att patienter efterfrågade stärkt information genom hela vårdkedjan, framför allt kring kvinnans egen hälsa efter förlossning¹⁵

Statistik från Graviditetsregistret visade att det finns skillnader mellan olika sjukhus i huruvida patienter vet vart de ska vända sig vid eventuella besvär efter förlossningen.¹⁶ Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan skillnader i graden av personcentrering vara en orsak till att det förekommer skillnader i processer och utfall mellan sjukhus och regioner.¹⁷

3 Förstärkt tillsyn

Med utgångspunkt i de fyra tillsynsområdena riktade IVO tillsynen mot centrala aspekter av en god och säker vård.

Nedan beskrivs de tre olika områdena i vårdkedjan som tillsynen riktades mot och hur urvalet av verksamheter och vårdgivare tagits fram. Under respektive område redovisas även fördjupad information om tillsynsaktiviteter och kompletterande riskanalyser.

3.1 Förlossningskliniker

För att få en heltäckande bild valde IVO att inspektera landets samtliga 45 förlossningskliniker. Myndigheten konstruerade frågor inom respektive tillsynsområde till gruppintervjuer med barnmorskor (inklusive sjuksköterskor), läkare, undersköterskor och verksamhetsledning.

För att komplettera den information som framkom i samband med gruppintervjuerna använde IVO ett digitalt formulär med tillsynsfrågor till samtlig personal vid förlossnings- och eftervårdsavdelningarna. IVO inhämtade kontaktuppgifter till personalen via vårdgivarna. Det digitala formuläret skickades till 6 830 medarbetare¹⁸ på 45 sjukhus. När enkäten stängdes hade totalt 3 351 svar inkommit. Vid undersökning av bortfallet identifierade IVO indikationer på att felaktiga kontaktuppgifter inkommit till myndigheten. IVO bedömde att det inkomna svarsunderlaget var tillräckligt stort för att kunna användas i tillsynen.

Frågorna i det digitala formuläret utformades för att kunna jämföras med underlaget i gruppintervjuerna. Svaren på frågorna i formuläret vägdes samman

¹⁵ Sveriges kommuner och regioner (2022), Graviditetsenkätens fritextsvar – Kvinnors erfarenhet av vården under och efter graviditet. 1 dec 2020 – 31 maj 2022 (18 månader).

¹⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Graviditetsenkäten. Enkät 3. Från och med 2019. [hämtat 2023-11-12].

¹⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). Olik eller ojämlig. En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan. Rapport 2019:4.

¹⁸ Inkluderade både ordinarie och inhyrd personal.

med resultaten från gruppintervjuerna och utgjorde tillsammans underlag för IVO:s beslut.

IVO intervjuade också patienter på eftervårdsavdelningar. Frågorna utgick från tillsynsområdena. Förlossningsklinikerna valde ut och tillfrågade patienter på eftervårdsavdelning. Deltagandet var frivilligt. Totalt intervjuades 209 patienter på eftervårdsavdelningar.

3.2 Mödrahälsovård

Den inledande riskanalysen kompletterades av ytterligare analyser och kartläggning med fokus på mödrahälsovård. Myndigheten analyserade anmälningar enligt lex Maria samt upplysningar som inkommit till IVO:s upplysningstjänst avseende mödrahälsovård. IVO vägde också in den information om mödrahälsovård som framkommit vid tillsynen av förlossningsklinikerna.

IVO identifierade att riskerna inom mödrahälsovården bland annat avsåg vård och behandling av förlossningsrelaterade besvär i bäckenbotten, samverkan i vården av patienter med psykisk ohälsa, psykisk sjukdom eller skadligt bruk och beroende samt information om vart patienterna kan vända sig vid eventuella fysiska eller psykiska besvär.

IVO beslutade att göra ett riskbaserat urval och begränsade tillsynen till den mödrahälsovård som sker inom primärvården.¹⁹ Det saknades en heltäckande förteckning över mottagningar, vilket föranledde IVO att begära in uppgifter om verksamheter inom respektive regions geografiska område. Enligt de inkomna uppgifterna fanns vid tidpunkten för insamlingen 561 verksamheter inom mödrahälsovård.

Det riskbaserade urvalet baserades på en digital enkät besvarad av barnmorskor inom mödrahälsovården. Enkäten innehöll åtta frågor som utgick ifrån de risker myndigheten identifierat. Antalet kompletta svar uppgick till 1 325 som inkom från barnmorskor i 480 verksamheter. Den genomsnittliga svarsfrekvensen per region var 75,9 procent (median: 77,8 procent), med en spridning från 44,1 procent (lägsta) till 96,3 procent (högsta). I åtta regioner var svarsfrekvensen lägre än 75 procent.

Utifrån svaren beräknade IVO en riskpoäng per verksamhet. Urvalet gjordes sedan i flera steg. I första steget inkluderades 23 verksamheter vars riskpoäng var statistiskt avvikande jämfört med andra verksamheters riskpoäng. De 23 verksamheterna fanns i åtta regioner, där tre regioner endast hade en statistiskt avvikande verksamhet. I de tre regionerna med endast en statistiskt avvikande verksamhet inkluderades även den verksamhet med näst högst riskpoäng i regionen, för att säkerställa minst två verksamheter per region. Därefter beaktades svarsfrekvens. Åtta regioner hade en beräknad svarsfrekvens per region på under 75 procent. Fyra av regionerna ingick redan i urvalet då där fanns verksamheter som avvikit statistiskt. I de fyra andra regionerna valdes de två verksamheter ut med högst riskpoäng. Det slutliga urvalet omfattade 34 verksamheter, fördelade över 12 regioner i Sverige. Åtta regioner inkluderas utifrån svaren på enkäten och fyra på grund av låg svarsfrekvens i regionen.

¹⁹ Inkluderade inte specialistmödravården.

Tillsynen av de 34 identifierade verksamheterna genomfördes genom fysiska och digitala inspektioner där intervjuer genomfördes med barnmorskor och verksamhetsledning.

3.3 Barnmorskeassisterad förlossning i hemmet

Vid tidpunkten för tillsynen saknades ett register över vilka vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet. IVO kunde därför inte använda sig av registerdata för att på ett tillförlitligt sätt identifiera vårdgivare. I stället identifierade IVO vårdgivarna via myndighetens egna underlag i form av inkomna ärenden och upplysningar samt via sökningar på webbsidor rörande hemförlossning. IVO identifierade 44 vårdgivare och inledde en tillsyn av samtliga.

Den inledande riskanalysen kompletterades med analys av inkomna anmälningar enligt lex Maria samt inkomna upplysningar som avsåg barnmorskeassisterad förlossning i hemmet. IVO identifierade att riskerna bland annat avsåg

Utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och de risker som framkommit i riskanalysen anpassade IVO tillsynen för granskning av privata vårdgivare som erbjuder barnmorskeassisterad förlossning i hemmet.

3.4 Maskinell granskning av patientjournaler och CTG-loggar

Med markör- och textgranskningsverktyget (*se kapitel 1 i denna metodbilaga*) som grund utvecklades tekniken för att möjliggöra en omfattande granskning av vårddokumentation från förlossningsvården. Metoden för granskningen utvecklades för att möjliggöra systematisk genomgång av omfattande datamängder, och för att komplettera traditionella tillsynsmetoder med kvantitativa analyser.

Syftet med den maskinella bearbetningen var att granska regionernas arbete utifrån krav på kvalitet och patientsäkerhet och för att jämföra uppgifter i journaler och loggar med den information som lämnats vid inspektion. Dokumentation från vårdgivare avseende händelseutredningar, riskbedömningar och CTG analyserades för att besvara tre frågeställningar;

1. Genomförs händelseutredningar vid risk för vårdskada i tillräckligt hög utsträckning?
2. Görs CTG-signering i tillräckligt hög utsträckning?
3. Sker riskbedömning vid ankomst till förlossning och uppdateras den under förlossningen?

Frågeställningarna låg till grund för avgränsning av datainsamlingen, i syfte att begränsa materialet samtidigt som tillräcklig grund säkerställdes för statistiskt hållbara analyser.

En strukturerad datainsamling genomfördes där samtliga regioner ombads inkomma med händelseutredningar, förlossningsjournaler och CTG-loggar för specificerade årtal och definierade högriskförlossningar.²⁰ Det inkomna materialet lästes in maskinellt och genomgick en process där data extraherades, strukturerades

²⁰ Avsåg diagnoskoderna för asfyxi (diagnoskoder P91 och P21), bristning grad 3 & 4 i samband med instrumentellt avslut (diagnoskoder O70.2 och O70.3 i kombination med O81) och åren 2022 och 2023.

och kvalitetssäkrades. Totalt analyserades därefter 7 180 journaler och 6 770 CTG-loggar.

Metoden möjliggjorde identifiering av mönster, variationer och brister på en aggregerad nivå, vilket gav ett bredare och mer systematiskt underlag.

3.5 Fördjupad analys av anmälningar enligt lex Maria inför återföringssamtal

Inför återföringssamtalen med landets 21 regioner genomförde IVO en fördjupad analys av anmälningar enligt lex Maria. Den fördjupade analysen inkluderade anmälningar som avsåg förlossningsvård under 2020–2024. Ärendantalet uppgick till 358 ärenden. Syftet med analysen var att granska i vilken utsträckning det på respektive förlossningsklinik fanns orsaker och åtgärder som var återkommande. Analysen riktades mot orsaker och åtgärder inom områdena CTG- och fosterövervakning, kommunikationsbrister på förlossningssal och riskbedömningar. Samtliga områden hade granskats i tillsynen. Orsaker och åtgärder bedömdes som återkommande när samma uppgift angavs två eller fler gånger för en och samma klinik. Återkommande orsaker och åtgärder skulle kunna indikera att det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte varit tillräckligt för att förebygga att samma eller liknande händelser uppstår igen.