UPPSALA
UNIVERSITET

Box 256
751 05 Uppsala

Besöksadress
Dag Hammarskjölds väg 7

Handläggare
August Aronsson

Telefon
018-471 57 93

www.uu.se
August.aronsson@uu.se

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

Socialstyrelsen

Remiss avseende sakkunniggruppers genomlysning inför beslut om nationell högspecialiserad vård

Uppsala universitet har anmodats att lämna svar på denna remiss.

Detta yttrande har utarbetats av en gemensam expertgrupp med Region Uppsala, där Uppsala universitets representation har utgjorts av professor Nils Hailer, Institutionen för kirurgiska vetenskaper (multiligamentära rekonstruktioner) och docent Yasmin Hailer, Institutionen för kirurgiska vetenskaper (acetabulär dysplasi). Fakultetshandläggare August Aronsson har tillhandahållit administrativt stöd.

Kort sammanfattning

Uppsala universitet har i samverkan med Region Uppsala tagit fram nedanstående yttranden. Varje yttrande utgör ett svar på motsvarande delremiss.

Svar på remitterat förslag till nationell högspecialiserad vård – acetabulär dysplasi

Remissynpunkter

Vårdområde och diarienummer: Acetabulär dysplasi (Dnr 49192/2025)

Remissinstans(er): Region Uppsala och Uppsala universitet

Övergripande synpunkter

Patienter med acetabulär dysplasi ingår i en komplex patientgrupp som kräver hög kompetens, multidisciplinärt omhändertagande och strukturerad uppföljning. Region Uppsala och Uppsala universitet stödjer ambitionen att förbättra jämlikhet, standardisering och nationell kunskapsutveckling inom området.

Den största invändningen mot sakkunniggruppens förslag är att det inte i tillräcklig hög utsträckning beaktar att acetabulär dysplasi utgör en integrerad del inom det bredare högspecialiserade området komplex höftproblematik hos unga vuxna. Vi anser att det föreliggande förslaget definierar vårdområdet alltför snävt och att det som helhet riskerar att försämra vården, utvecklingen och forskningen inom området.

I stället för en isolerad diagnosdefinition baserad på acetabulär dysplasi hos unga och friska patienter bör ett eventuellt NHV-uppdrag utformas

Organisationsnummer:
202100-2932

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

bredare och utgå från ett helhetsperspektiv kring komplex ledbevarande höftkirurgi hos unga patienter. Patienter i olika åldrar som har medfött eller utvecklat acetabulär dysplasi inom ramen för exempelvis metabola sjukdomar eller neuromuskulära sjukdomar behöver också kunna ta del av det nivåstrukturerade omhändertagandet. En sådan nationell nivåstrukturering skulle även vara i linje med erfarenheter från internationella högvolymcentra som talar för en specialisering av höftbevarande kirurgi som helhet, inte en organisatorisk uppdelning där acetabulär dysplasi hanteras isolerat från övrig komplex höftkirurgi.

Region Uppsala och Uppsala universitet anser därför att förslaget i sin nuvarande form inte bör genomföras. En framtida nationell nivåstrukturering bör i stället utgå från ett bredare och mer kliniskt relevant perspektiv med fokus på den samlade komplexiteten inom ledbevarande höftkirurgi och relaterad problematik, snarare än en isolerad diagnos.

Förslag till definition och avgränsningar

☐ Tillstyrker

☐ Tillstyrker med synpunkter

☒ Tillstyrker inte

Eventuella synpunkter, alternativt motivering till ställningstagandet:

Sakkunniggruppens förslag bygger i hög grad på en specifik radiologisk definition av acetabulär dysplasi och PAO-kirurgi, snarare än på helheten kring ledbevarande höftkirurgi och deformitetskirurgi hos unga vuxna. Intrycket är att denna definition utgått från ett alltför snävt metodperspektiv i stället för en djupare analys av den multidisciplinära vård som krävs för öka vårdkvaliteten för patientgruppen.

Patientgruppen består i praktiken sällan av isolerade tillstånd och en kirurgisk teknik som är relevant för flera diagnosgrupper. Många patienter har kombinerade deformiteter och samtidiga patologier, exempelvis femoroacetabulärt impingement (FAI/FAIS), femoral deformitet, rotationsavvikelser eller sekundära dysplasier kopplade till neuromuskulära tillstånd, syndrom eller tidigare barnortopediska diagnoser. Hos dessa patienter är PAO ofta endast en del av den totala behandlingen.

Baserat på ovanstående ses tre (3) huvudsakliga risker med att exkludera stora delar av denna komplexa patientgrupp från definitionen:

1. minskad patientnytta på grund av en uppdelad och fragmenterad vårdkedja där olika delar av patientens problematik hanteras vid olika enheter. Exempelvis och konkret riskerar patienter med acetabulär dysplasi i behov av en PAO i kombination med andra korrigerande

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

ingrepp (som femurosteotomier, artroskopisk behandling av FAIS eller annan deformitetskirurgi) att den kirurgiska behandlingen delas upp och utförs av olika vårdgivare. Detta skulle leda till fler vårdtillfällen, fler narkoser, försämrad kontinuitet och otydliga behandlingsansvar

2. försämrad vårdutveckling då viktiga samband och synergier för kompetensutveckling, stabilitet och forskning inom området bryts
3. minskad kirurgisk volym och kompetens vid enheter som idag handlägger habiliteringspatienter, ungdomar med skelettdysplasier och patienter med kombinerade deformiteter.

Därutöver vill Region Uppsala och Uppsala universitet lyfta betydelsen av *transition of care* mellan barn- och vuxenortopedi. Många patienter med kongenital eller developemental höftdysplasi, Perthes sjukdom, femur epifysiolys, cerebral pares eller andra barnortopediska tillstånd följs under lång tid och utvecklar senare behov av avancerad ledbevarande kirurgi i vuxen ålder. För dessa patienter är kontinuitet, etablerade remissvägar och nära samarbete mellan barn- och vuxenortopedi av central betydelse.

Det nuvarande förslaget riskerar att bryta denna kontinuitet genom att separera specifika kirurgiska ingrepp från de enheter som redan idag har det långsiktiga helhetsansvaret för patienterna. Detta kan försämra överrapportering, långsiktig uppföljning och den samlade förståelsen för patientens komplexa ortopediska problematik.

Avseende den övre åldersavgränsningen bör det noteras att tillgänglig evidens talar för att patienter med acetabulär dysplasi har bäst förutsättningar för ett gott långsiktigt utfall när de är yngre än cirka 40 år med minimal eller ingen artrosutveckling (Tönnis grad 0–1). Hos äldre patienter kring 45 års ålder föreligger oftast redan degenerativa förändringar i höftleden, vilket begränsar den potentiella nyttan av ett höftbevarande ingrepp som PAO. Med hänsyn till ingreppets komplexitet, den betydande återhämtningstiden och de mer begränsade möjligheterna att påverka sjukdomsförloppet kan primär höftprotes i många fall utgöra ett mer ändamålsenligt behandlingsalternativ.

Sammantaget anser Region Uppsala och Uppsala universitet att den föreslagna avgränsningen inte speglar vårdområdets verkliga komplexitet och därmed riskerar att motverka målen om förbättrad kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling. Vi föreslår således ett bredare uppdrag baserat på en definition som inkluderar en större patientgrupp med komplex höftproblematik:

Höftbevarande kirurgi vid symtomgivande höftdeformitet

Region Uppsala och Uppsala universitet förespråkar att NHV-uppdraget omfattar utredning, multidisciplinär bedömning och kirurgisk behandling

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

av ungdomar och vuxna under 40 års ålder med symtomgivande höftdeformitet där avancerad höftbevarande kirurgi kan vara aktuell.

Vården omfattar patienter med acetabulär och/eller femoral deformitet, såsom primär eller sekundär höftdysplasi (LCEA vanligen <25°), femoroacetabulärt impingement i kombination med annan anatomisk avvikelse, femoral eller acetabulär versionsavvikelse samt resttillstånd efter barnortopediska höftsjukdomar och neuroortopediska tillstånd.

Med avancerad höftbevarande kirurgi avses periacetabulär osteotomi (PAO), femur osteotomi, öppen höftkirurgi, höftartroskopi eller kombinationer av dessa.

Isolerad höftartroskopi för okomplicerad FAI eller labrumskada omfattas inte av NHV. Inte heller omfattas patienter med etablerad avancerad höftartros där primär höftprotes är indicerad.

Förslag till antal enheter

☐ Tillstyrker

☐ Tillstyrker med synpunkter

☒ Tillstyrker inte

Eventuella synpunkter, alternativt motivering till ställningstagandet:

Antal NHVe kan inte bedömas meningsfullt utan att först ompröva definitionen av vårdområdet. I nuvarande form riskerar förslaget att skapa en organisatorisk struktur som inte svarar mot patienternas behov och inte heller optimalt stödjer patientsäkerhet, kvalitet eller kunskapsutveckling.

Särskilda villkor

Eventuella synpunkter:

Kritisk personalkompetens

Region Uppsala och Uppsala universitet anser att ett eventuellt NHV-uppdrag, baserat på en bredare definition, bör omfatta centra med bred kompetens inom:

- ledbevarande höftkirurgi
- deformitetskirurgi
- höftartroskopi
- barnortopedi
- neuro- och habiliteringsortopedi
- multidisciplinär rehabilitering
- långsiktig uppföljning från barn till vuxen ålder.

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

Förslagets krav på dokumenterad erfarenhet och multiprofessionell kompetens är i sig rimligt och i linje med målsättningen att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet. I förslaget kopplas dock denna kravprofil till en för snäv patientgrupp. Vi anser att en breddning av definitionen krävs för att skapa stabila kompetensmiljöer.

För de mest komplexa patienterna (där flera samtidiga deformiteter och bakomliggande tillstånd föreligger) är just den samlade erfarenheten och den integrerade bedömningen avgörande för att säkerställa adekvat patientsäkerhet. Om dessa patienter står utanför den definierade strukturen riskerar de samtidigt att hamna i miljöer med mer begränsat patientunderlag och därmed svagare förutsättningar för kompetensutveckling.

Det finns därmed en inneboende motsättning i förslaget. Samtidigt som det syftar till att stärka kompetens och långsiktig utveckling, riskerar den snäva definitionen att försvaga just de kliniska miljöer där denna kompetens byggs och utvecklas genom en bred, sammanhållen och högspecialiserad verksamhet.

Andra kompetenser eller förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

Region Uppsala och Uppsala universitet betonar att organiseringen av den multidisciplinära vården är av central betydelse. En förutsättning för hög kvalitet och patientsäkerhet är inte enbart tillgång till enskilda kompetenser, utan att dessa är organiserade inom en sammanhållen struktur med gemensam mottagningsverksamhet, koordinerade remissflöden och möjlighet till integrerad multidisciplinär bedömning. Detta inkluderar tillgång till högspecialiserad ortopedi, kärlkirurgisk kompetens, strukturerad fysioterapi samt etablerade former för sambedömning mellan relevanta professioner.

För många patienter är det ofta avgörande att flera ortopediska åtgärder kan planeras och genomföras samordnat i en sammanhållen behandlingsstrategi och vid behov under samma vårdtillfälle. Detta förutsätter ett nära och kontinuerligt samarbete mellan barnortopedi, vuxenortopedi, habilitering, rehabilitering samt kompletterande specialistfunktioner inom en gemensam vårdstruktur.

Den föreslagna definitionen motverkar i praktiken uppbyggnaden av sådana integrerade miljöer eftersom stora och kliniskt centrala patientgrupper exkluderas.

Övriga/särskilda villkor

De föreslagna kraven på kritisk personalkompetens och samverkan med närliggande subspecialiteter är i grunden välmotiverade och ligger i linje med behovet av hög kvalitet och patientsäkerhet. Samtidigt tydliggör

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

dessa krav den komplexitet som präglar patientgruppen och som inte låter sig avgränsas till en enskild diagnos eller ett specifikt kirurgiskt ingrepp.

Den kompetensprofil som beskrivs motsvarar i praktiken en högspecialiserad helhetsmiljö för komplex höftkirurgi. Detta står i kontrast till den snäva diagnosdefinition som föreslås utgöra uppdragets innehåll.

Vidare anges att samarbete ska ske med ett flertal närliggande kompetensområden, såsom höftartroskopi, proteskirurgi och barnortopedi. I klinisk praxis är dessa funktioner dock inte perifera, utan centrala och ofta integrerade delar av utredning och behandling för denna patientgrupp. Att organisera detta som "samarbete" snarare än som en sammanhållen vårdstruktur riskerar att underskatta behovet av kontinuerlig gemensam bedömning och samordnat behandlingsansvar.

För att dessa kompetenser ska kunna utnyttjas effektivt krävs inte en punktvis samverkan, utan en integrerad verksamhet med gemensam mottagningsstruktur, koordinerade remissflöden och etablerade former för sambedömning mellan professioner.

Sammantaget talar detta för att de särskilda villkoren är mer förenliga med ett bredare, integrerat uppdrag inom komplex ledbevarande höftkirurgi, än med en snävt avgränsad diagnos- och metodbaserad nivåstrukturering. I nuvarande form riskerar förslaget att skapa en organisatorisk modell där de krav som ställs inte fullt ut kan omsättas i klinisk praktik.

Konsekvensanalys

Eventuella synpunkter:

Patient-, närstående- och barnperspektiv

Region Uppsala och Uppsala universitet anser att de negativa konsekvenserna har underskattats. Kontinuiteten är särskilt viktig för patientgruppen.

Avancerad utredning, kirurgi, rehabilitering och uppföljning kräver återkommande vårdkontakter över lång tid. För unga patienter och deras familjer är det därför inte enbart den geografiska resvägen som är av betydelse, utan i hög grad hur sammanhållen och förutsägbar vården är över tid.

En struktur som delar upp vården mellan olika enheter riskerar att leda till upprepade bedömningar, ökad belastning för patient och närstående samt otydlighet kring ansvar och behandlingsplan.

Kunskaps- och kompetensöverföring

Det är positivt att nationell samverkan, kunskapsspridning och standardisering lyfts som centrala mål. Förutsättningarna för detta avgörs dock i hög grad av hur vårdområdet definieras och organiseras.

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

Underlaget beskriver att patienterna redan idag i stor utsträckning handläggs genom etablerade professionella nätverk mellan ortopeder med särskilt intresse för området. Detta speglar att kunskapsutbyte och klinisk samverkan växt fram organiskt över tid inom ett bredare kliniskt sammanhang, där olika typer av höftpatologi hanteras integrerat.

En nivåstrukturering som bygger på en snävt definierad diagnos riskerar att försvaga dessa befintliga kunskapsstrukturer. I stället för att stärka kunskapsöverföringen finns en risk att erfarenhet och klinisk kompetens fragmenteras.

Högspecialiserad kunskap inom området utvecklas genom kontinuerlig exponering för ett brett spektrum av patienter och tillstånd. Om delar av detta spektrum separeras ut i en egen struktur minskar möjligheten till helhetsförståelse, vilket är centralt både för kliniskt beslutsfattande och för kunskapsutveckling.

Det finns därför skäl att ifrågasätta om en snävt avgränsad NHV-struktur är det mest ändamålsenliga sättet att stärka kunskapsspridning och kvalitet.

Forskning och utbildning

Förslaget utgår från antagandet att en koncentration av den definierade vården i sig leder till stärkt forskning och kunskapsutveckling. Denna effekt förutsätter dock att det definierade vårdområdet dels motsvarar den kliniska verkligheten, dels tar hänsyn till de viktiga synergierna inom forskningsfältet som helhet.

Vid Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet bedrivs redan idag en bred och integrerad forskning kring primär och sekundär acetabulär dysplasi genom hela vårdkedjan – från barndom till vuxen ålder. Forskningen omfattande såväl barnortopediska höfttillstånd och deras konsekvens i vuxen ålder som också nyupptäckt höftrelaterad problematik hos unga vuxna. Denna forskning bygger på just den variation och komplexitet som kännetecknar patientgruppen, där flera tillstånd överlappar och där diagnostik och behandling behöver förstås i ett sammanhang.

En avgränsning till enbart acetabulär dysplasi hos friska patienter innebär i detta perspektiv en betydande inskränkning av det kliniska och vetenskapliga underlaget. Risken är att forskningen inriktas mot en selekterad delmängd patienter och därmed tappar både i relevans och generaliserbarhet. Centrala frågeställningar kring samspelet mellan olika deformiteter, funktionella faktorer och behandlingsstrategier riskerar att falla utanför den strukturerade kunskapsutvecklingen.

UPPSALA UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

Även ur utbildningsperspektiv är denna bredd avgörande. Kompetens inom området utvecklas genom exponering för hela den kliniska variationen, inte genom arbete med en isolerad diagnos.

Sammantaget innebär detta att en alltför snäv definition av vårdområdet riskerar att begränsa snarare än stärka förutsättningarna för både forskning och utbildning, inklusive vid redan etablerade akademiska miljöer med bred klinisk och vetenskaplig kompetens.

Närliggande områden

Konsekvensanalysen underskattar i betydande grad påverkan på närliggande verksamheter, särskilt inom barnortopedi, habilitering och den del av vuxenortopedin som handlägger komplex deformitetskirurgi och ledbevarande höftkirurgi.

Dessa verksamheter är i praktiken tätt integrerade, både vad gäller patientflöden, kompetensförsörjning och kliniskt beslutsfattande. Patienter med höftproblematik rör sig ofta mellan dessa delar av vården över tid, och deras tillstånd kan inte delas upp i isolerade diagnoser utan att den medicinska helhetsbilden går förlorad.

Genom att definiera och koncentrera endast en selekterad del av detta spektrum riskerar förslaget att skapa en strukturell uppdelning mellan verksamheter som i klinisk praxis är beroende av varandra. Detta kan leda till att patientflöden bryts upp, att ansvar förskjuts mellan enheter och att kontinuiteten i vården försämras.

För patienter med komplex problematik (inklusive de med bakomliggande neurortopediska eller barnortopediska tillstånd eller behov av samtidiga ingrepp) innebär detta en risk att vården fragmenteras mellan olika organisatoriska enheter. Detta kan leda till fler vårdkontakter, otydligare behandlingsansvar och i förlängningen en ökad risk för suboptimala behandlingsresultat.

Vårdkedjan

Region Uppsala och Uppsala universitet delar uppfattningen att vårdkedjan i dag kan vara otydlig och att förbättrade remissvägar, strukturerad uppföljning och nationell samordning behövs. Den föreslagna modellen riskerar dock att skapa nya artificiella gränsdragningar snarare än att tydliggöra den patientcentrerade vårdkedjan, genom att avgränsa en specifik diagnos och ett begränsat behandlingsområde.

Detta innebär parallella strukturer där en selekterad patientgrupp inkluderas i den nationella högspecialiserade vården, medan andra patienter med likartad eller högre komplexitet exkluderas. För dessa patienter uppstår ett särskilt problem: de remitteras initialt för högspecialiserad bedömning men återförs därefter till samma vårdnivå, utan att något tydligt helhetsansvar etableras. Detta skapar ett

UPPSALA
UNIVERSITET

YTTRANDE

2026-09-29 Dnr UFV 2026/661

ansvarsglapp och risk för upprepade remitteringar, fragmenterade bedömningar och fördröjd behandling.

Sammantaget innebär detta att vårdkedjan riskerar att bli mer komplex och fragmenterad, med otydligt behandlingsansvar, snarare än mer sammanhållen och patientsäker.a