

# Directorate-General for Structural Reform Support

## ***Joint Management of Data and Analysis for Swedish Healthcare Regions***

**Contract No. 300089094 under Framework Contract procedure  
No. REFORM/2021/OP/0006 Lot 1**

### **Deliverable 5: Sub-project 5**

**April 2025**

Task	Reference to the report
Prepare a proposal for organization and principles of governance at strategic, tactical and operational level.	• Section 3, 4, 5 and 6
Prepare a proposal for a budget and financing model on which the regions can base their positions.	• Section 5.2 and 5.5
Prepare a proposal for the actor(s) responsible for the construction and operation of the new platform.	• Section 5

This project is funded by the European Union via the Technical Support Instrument, managed by the European Commission Directorate-General for Structural Reform Support.  
The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.



Funded by  
the European Union



Swedish Association  
of Local Authorities  
and Regions

# Utveckling av Kompetenscentrum

## Sammanfattning

Detta är slutleveransen för Delprojekt 5 inom ramen för projektet *Strategi för regiongemensam vårddatahantering*. Delprojektets uppdrag har varit att ta fram ett förslag för hur ett Kompetenscentrum kan etableras för att stärka regionernas gemensamma kapacitet inom sekundäranvändning av vårddata – det vill säga uppföljning, analys och kunskapsbaserat utvecklingsarbete i syfte att förbättra vården.

Förslaget bygger på en analys av behov, befintliga strukturer, samverkansmöjligheter och erfarenheter från både regional och nationell nivå. Det beskriver Kompetenscentrumets syfte, mandat, funktioner, bemanning, organisering och möjliga hemvister, samt redogör för hur centrumet kan fungera som en samlande kraft för att frigöra värde ur hälsodata. Särskilt fokus läggs vid att utveckla ett informationsdrivet arbetssätt, där datakvalitet, gemensam begreppsanvändning och insiktsfull analys stärker både strategisk planering och operativ effektivitet.

Kompetenscentrumet föreslås organiseras kring tre huvudområden:

- **Teknik**, som ansvarar för infrastruktur och dataplattformar
- **Data & Information**, med fokus på innehåll, struktur och tillgängliggörande
- **Kunskap**, som omsätter data till analyser, beslutsunderlag och kunskapsspridning

Centrumets arbete förväntas i närtid stödja regionernas behov inom uppföljning och analys, till exempel kopplat till väntetider, vårdkedjor, vårdplatser eller kostnader på patientnivå. På längre sikt kan fler användningsområden utvecklas, i takt med att datakällor och arbetssätt mognar.

Samverkan med statliga myndigheter, särskilt Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, är en central del i förslaget. Kompetenscentrumet ska verka i nära dialog med dessa aktörer för att skapa gemensamma begrepp, stödja dataleveranser och främja effektivt utnyttjande av befintlig infrastruktur.

Delprojektet rekommenderar att ett regiongemensamt Kompetenscentrum etableras stevvis. I ett första skede bör det ske inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Detta möjliggör uppstart i mindre skala redan under hösten 2025, med fokus på att ta vid efter projektets övriga delprojekt och förbereda ett långsiktigt genomförande. En successiv uppbyggnad föreslås, där centrumet kan växa i omfattning och specialisering i takt med att behov, teknik och samverkan utvecklas.

Ett etablerat Kompetenscentrum, i nära koppling till den föreslagna regiongemensamma vårddatahubben, kan bli en nyckelfunktion för att förverkliga strategin. Genom att samla och samordna kompetens, utveckla gemensamma arbetssätt och stödja analys och kunskapspridning, kan centrumet bidra till att omsätta hälsodata till konkret nytta för världens utveckling och invånarnas hälsa.

# 1 Innehåll

<b>1</b>	<b>Innehåll .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Introduktion .....</b>	<b>5</b>
2.1	Bakgrund .....	5
2.2	Uppdrag och syfte .....	8
2.3	Tillvägagångssätt.....	9
2.3.1	Arbetsgrupp.....	10
<b>3</b>	<b>Kompetenscentrumets uppdrag och arbetssätt .....</b>	<b>11</b>
3.1	Uppdrag.....	11
3.2	Arbetssätt.....	13
3.3	Användningsfall .....	14
3.4	Datakultur och långsiktighet.....	16
3.4.1	Datakultur .....	16
3.4.2	Långsiktig potential och framtida användning .....	17
<b>4</b>	<b>Utförande organisation .....</b>	<b>18</b>
4.1	Uppdelning .....	19
4.2	Ansvar och kompetensbehov .....	19
4.2.1	Styrning på utförande nivå .....	21
4.2.2	Kompetensbehov.....	22
4.3	Organisering .....	23
<b>5</b>	<b>Styrning .....</b>	<b>24</b>
5.1	Kompetenscentrumets relation till staten .....	24
5.2	Organisatorisk hemvist .....	25
5.2.1	SKR och Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård .....	26
5.2.2	Region med särskild profil .....	28
5.2.3	Ny organisation .....	29
5.2.4	Förstärkt resonemang och jämförelse av organisatoriska alternativ .....	29
5.3	Alternativa Kompetenscentrum och del i ekosystem .....	32
5.3.1	Kompetenscentrumets del i ekosystemet .....	34
5.4	Organisationsmodell .....	35
5.4.1	Styrning och bemanning på strategisk nivå .....	36

5.4.2	Styrning på taktisk nivå .....	37
5.4.3	Nationellt rådgivande kommitté .....	37
5.5	Finansiering .....	38
<b>6</b>	<b>Diskussion och rekommendation .....</b>	<b>40</b>
6.1	Sammanfattande bakgrund och behovsbild .....	40
6.2	Rekommenderad inriktning och etablering .....	40
6.3	Stegvis framväxt och organisorisk placering .....	40
6.4	Rekommenderade fokusområden för verksamheten .....	41
6.5	Rekommenderad struktur och styrning .....	42
6.6	Samverkan med staten och andra aktörer .....	42
6.7	Finansiering .....	42
6.8	Koppling till behov och användningsfall .....	43
6.9	Vägen framåt – nästa steg efter projektets slut .....	43
6.9.1	Roller och tidplan .....	44
6.10	Slutsats .....	45
<b>7</b>	<b>Slutsatser .....</b>	<b>46</b>
7.1	Styrgruppens beslut .....	46
7.2	Nästa steg – inför beslut i juni 2025 .....	46
<b>8</b>	<b>Appendix .....</b>	<b>48</b>
<b>9</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>49</b>

## 2 Introduktion

Avsnittet innehåller bakgrund till projektet, delprojektet, rapporten, uppdrag och syfte samt tillvägagångssätt.

### 2.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvården genomgår en omfattande omställning mot ökad patientfokus, bättre tillgänglighet och högre kvalitet. För att styra och utveckla vården i denna riktning krävs bättre utnyttjande av den stora mängd data som redan idag genereras i vårdens olika verksamheter. Uppföljning och analys spelar en central roll för att möjliggöra kunskapsbaserade beslut och effektiv resursanvändning. Det ökade behovet av strukturerad, tillgänglig och jämförbar data drivs bland annat av demografiska förändringar, ökad patientinvolvering och växande krav på en mer sammanhållen och förebyggande vård.

Under 2022 utarbetades förslag på en strategi för regiongemensam hantering av vårddata. Det nuvarande projektet är en fortsättning på detta arbete.

Nationell samverkansgrupp hälsodata (NSG HD) inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, har tillsatt en nationell arbetsgrupp (NAG regiongemensam vårddatastrategi) för att ta fram en första konkretisering av strategin. NSG HD är projektets styrgrupp.

Projektet genomförs av Sveriges regioner i samverkan, med stöd från SKR, DG REFORM och EY, och syftar till att ta fram förslag på hur strategin för regiongemensam hantering av vårddata för sekundärhantering kan förverkligas. Arbetet utförs i två spår med tillhörande delprojekt:

- 1) *Vilken data ska tillgängliggöras?*
  - a. Delprojekt 1 & 3: Användningsfall och prioritering av variabler
- 2) *Hur ska data tillgängliggöras?*
  - a. Delprojekt 2: Regionernas dataförmågor
  - b. Delprojekt 4: Regiongemensam lösning för vårddatahantering
  - c. Delprojekt 5: Kompetenscentrum

Denna rapport är resultatet av Delprojekt 5, som fokuserar på att etablera en gemensam nationell funktion för att stärka regionernas kapacitet inom uppföljning och analys. Förslaget innebär att ett Kompetenscentrum utvecklas som ett centralet nav för expertis, bästa praxis, stöd och utbildning kopplat till regiongemensam hantering av vårddata. Kompetenscentrumet är nära kopplat till den vårddatahubben.

som utreds i Delprojekt 4, där en ny plattform ska göra det möjligt att samla och tillgängliggöra data från alla regioner på ett och samma ställe. Detta ska minska dubbeltarbete och förbättra effektiviteten i regionernas arbete med datainsamling och analys.

Kompetenscentrumet föreslås få ansvar för att stötta datainsamling, bidra till att harmonisera begrepp och termer för ökad datakvalitet, tillgängliggöra data och analyser samt visualisera resultat på ett sätt som når en bredare målgrupp. Det ska även bidra till utvecklingen av metoder för hur data kan komma till praktisk nytta – i beslutsfattande, strategisk planering och operativ verksamhet.

Rapportens rekommendationer och slutsatser utgår i första hand från vad som bedöms vara genomförbart på kort sikt. Samtidigt har delprojektet också gjort en översiktig analys av långsiktiga behov och möjliga vägval, som kan ligga till grund för fortsatt utveckling i takt med att Kompetenscentrumet växer fram.

Projektets fokus ligger på sekundäranvändning av data – det vill säga uppföljning, analys och andra användningar utöver den enskilda patientens vård. Begreppen primär och sekundär användning kan dock upplevas som begränsande, och därför lyfts även alternativet att tala om vidareanvändning. Se Appendix 1 för en fördjupad diskussion kring detta.

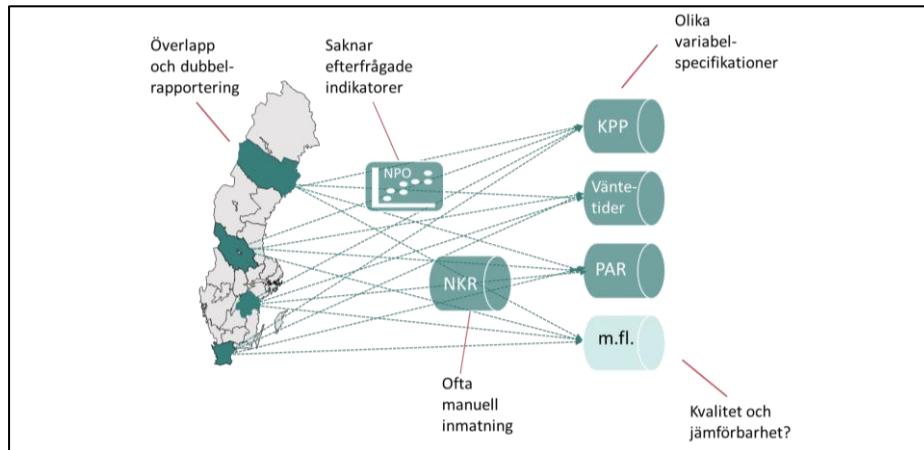
### Projektets nytta och önskade läge

I figurerna nedan, Figur 1-3, visualiseras nuläget och dess utmaningar kopplat till vårddatahantering, målsättningen samt vision med projektet (önskat läge). I nuläget beskrivs en fragmenterad process där data hanteras parallellt och överlapp mellan olika datainsamlingar sker. Arbetet med datahantering utförs till stor del ad hoc och datakvaliteten är i behov av förbättring för att öka jämförbarheten.

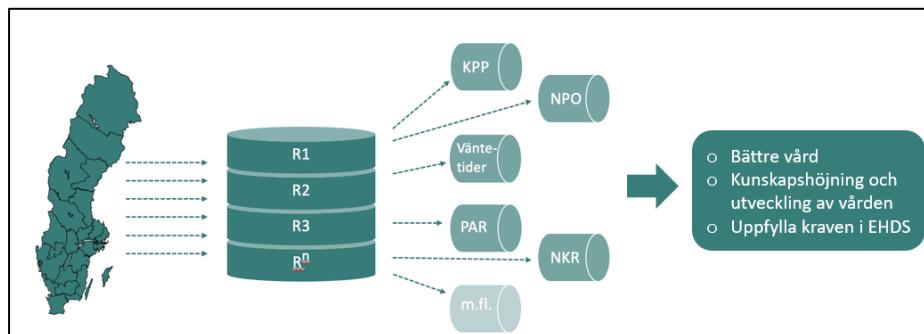
I det önskade läget samordnar varje region sitt arbete med datasammanställningar och datauttag på ett sådant sätt att det sker så få gånger som möjligt, med hög kvalitet och effektivitet. Därefter tillgängliggörs data från respektive regions vårddatalager via en gemensam vårddatahubb, vilket skapar en sammanhållen och resurseffektiv hantering för sekundäranvändning. Arbetet och kompetensen hålls samman i ett gemensamt Kompetenscentrum.

Sveriges regioner i samverkan

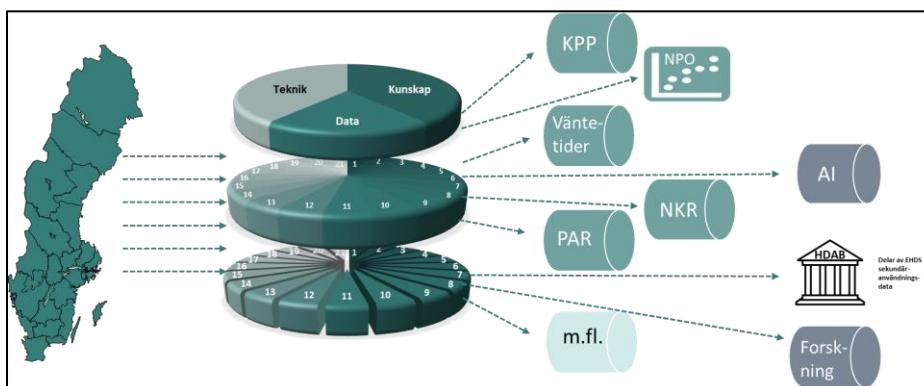
Kontaktperson: Peder Hofman-Bang, projektledare



Figur 1 Visualisering av utmaningar (dubbelarbete, kvalitet, jämförbarhet etc.)



Figur 2 Visualisering av projektets målsättning - en regiogemensam datahantering för sekundäravändning av hälso- och sjukvårdsdata



Figur 3 Projektets vision är en regiogemensam lösning för hantering av hälso- och sjukvårdsdata

Data fångas så nära källan som möjligt – direkt i vårdverksamheten – och kan omedelbart användas för lokala analyser som stödjer exempelvis daglig styrning. I nästa steg kompletteras och kvalitetssäkras informationen genom enhetliga begrepp och definitioner, för att säkerställa att data kan användas på ett meningsfullt och jämförbart sätt, både lokalt och nationellt.

Den gemensamma vårddatahubben blir en samlad kanal för nationella datainsamlingar och för vidareförfärdling av data. Kompetenscentrumet, tillsammans med regionerna, ansvarar för analys, återkoppling och stöd – vilket stärker användningen av data i det löpande utvecklingsarbetet. Regionen får inte bara tillbaka analyser och beslutsstöd utan också tillgång till gemensamma datakällor för benchmarking, tvärregionala analyser och förståelse av komplexa vårdprocesser.

Denna modell möjliggör bland annat:

- Minskad dubbelrapportering och ökad kvalitet i datainsamlingen.
- Effektivare användning av gemensamma resurser.
- Större genomslag för analyser, inklusive AI och forskning.
- Bättre förutsättningar för jämförbarhet och jämlig vård, även vid sällsynta sjukdomar där kritisk datamängd är avgörande.

## 2.2 Uppdrag och syfte

Delprojekt 5 har haft i uppdrag att ta fram ett förslag för hur ett Kompetenscentrum kan utvecklas för regiongemensam hantering av hälsodata med fokus på sekundäravändning – det vill säga uppföljning, analys och kunskapsbaserat utvecklingsarbete. Förslaget omfattar Kompetenscentrumets roll, mandat, funktioner och arbetssätt, samt hur det bör bemannas. Det innehåller även en analys av de olika aktörernas roller i ekosystemet, inklusive ansvarsfördelning och finansieringsmodeller. En del av uppdraget har varit att resonera kring vilken aktör som bör ha det övergripande ansvaret för Kompetenscentrumet, samt om det bör organiseras som ett eller flera centrum – exempelvis ett gemensamt med staten eller ett separat regionalt. Förslaget utgår från att det finns en organatorisk miljö där data är tillgänglig, medan den tekniska lösningen för en sådan miljö utreds parallellt i Delprojekt 4.

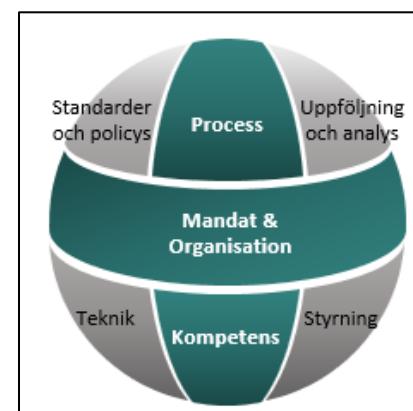
Syftet med Kompetenscentrumet är att skapa en brygga mellan datahållare och dataanvändare – för att öka tillgången till, och nyttan av, hälsodata i styrning, analys och verksamhetsutveckling. Genom att samla kompetens inom områden som dataanalys, datastandardisering, juridik och informationshantering kan Kompetenscentrumet stötta regionerna i hela kedjan – från insamling till analys och kunskapspridning. Det ska bidra till bättre datakvalitet, effektivare arbetsprocesser och mer jämförbara underlag.

För att lyckas etablera ett mer datadrivet arbetssätt krävs inte enbart rätt kompetens – utan också en stark datakultur. En datakultur kan beskrivas som de kollektiva beteenden, normer och uppfattningar som värderar, uppmuntrar och praktiseras användningen av data för att förbättra analyser och beslutsfattande. Kompetenscentrumet förväntas därmed inte bara hantera data – utan också bidra till att bygga upp en kultur som möjliggör en kunskapsdriven och strategiskt styrd hälso- och sjukvård i hela landet.

## 2.3 Tillvägagångssätt

Delprojekt 5 bemannades med ledamöter från NAG regiongemensam vårddatastrategi – en grupp som består av representanter från Sveriges sex sjukvårdsregioner. Utöver dessa har ytterligare regionrepresentanter och medarbetare från SKR deltagit i arbetet, med metod- och processtöd från EY.

NAG fungerar som ett beredande forum till styrgruppen NSG Hälsodata (NSG HD). Under projektets gång har delprojektet löpande informerat NAG om framdrift, lyft aktuella frågeställningar och förankrat viktiga delar av analysen och rekommendationerna.



Som stöd i arbetet har EY bidragit med struktur och metodik baserad på tidigare uppdrag inom etablering av liknande funktioner i offentlig verksamhet. För att utreda utvecklingen av ett Kompetenscentrum delades arbetet in i tre övergripande områden:

1. Mandat, organisation och styrning
2. Process & uppföljning och analys
3. Kompetens, bemanning samt finansiering

Arbetsprocessen beskrivs i Tabell 1 nedan.

Tabell 1 Delprojektets arbetsprocess

Diskussioner	a. Arbetsmöten inom delprojektgruppen i workshop-likt format utifrån de tre övergripande områdena b. Diskussioner med NAG Vårddatastrategi
Erfarenhetsdelning och benchlearning	a. Erfarenhetsdelning genom möten och dialog med referenspersoner från andra initiativ <ul style="list-style-type: none"><li>o SCB och MONA</li><li>o Genomic Medicine Sweden (GMS)</li><li>o Regionala cancercentrum i samverkan (RCC)</li><li>o Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA)</li></ul> b. Inspiration från tidigare utförd omvärldsbevakning i projektet (exempelvis Findata)
Summering och sammanställning	a. Delprojektgruppen summerar och konkretisrar tidigare diskussioner för respektive övergripande område
Dialog om delprojektets innehåll (förankring)	a. Referensgrupp med kompetens inom bl a organisation, ledning och forskning
Rekommendation och slutsats	a. Beredning i NAG Vårddatastrategi 20 mars 2025 b. Presentation i styrgrupp 3 april

### 2.3.1 Arbetsgrupp

Arbetsgruppen består av en delprojektgrupp och en referensgrupp. Arbetsgruppens medlemmar finns sammanställda i Tabell 2 och referensgruppens medlemmar är sammanställda i Tabell 3.

Tabell 2 Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Roll
Reidar Källström	Ansvarig, representant från NAG SVI, Region Östergötland
Sara Ribacke	Västra Götalandsregionen
Håkan Nilsson	Region Halland
Fredrik Westander	SKR
Peder Hofman-Bang	SKR
Karin Göransson	SKR
Madelene Rundin Geuken	Ansvarig, EY
Alexander Rosén	EY
Johanna Olander	EY
Alice Paulsen	EY

Tabell 3 Referensgruppens medlemmar

Namn	Roll	Perspektiv
Markus Lingman	Ledningsstrateg, professor, Region Halland	Forskning, ledning och organisation
Joel Hedlund	Data Director, CMIV/AIDA, "bigpicture"-projekt	Forskning
Anders Persson	CMIV, Trippelhelix, professor, Linköpings Universitet	Ledning och organisation
Ann Söderström	Sjukhuschef Carlanderska sjukhuset, tidigare Hälso- och sjukvårdsdirektör Västra Götalandsregionen	Ledning och organisation
Anna Trinks	Samordnare för Nationella kvalitetsregister, SKR	Kvalitetsregister
Karin Möller	Kvalitetschef och Chefläkare Carlanderska Sjukhuset, tidigare Hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Halland	Ledning och organisation

## 3 Kompetenscentrumets uppdrag och arbetssätt

I detta avsnitt beskrivs det föreslagna uppdraget för Kompetenscentrumet – både på kort och lång sikt – samt arbetssätt och exempel på relevanta användningsfall.

### 3.1 Uppdrag

Ett regiongemensamt Kompetenscentrum föreslås fungera som en samlande funktion för den data- och analyskompetens som finns inom regionerna och hos SKR. Syftet är att skapa förutsättningar för ett mer informations- och datadrivet arbetssätt, där datakultur ses som en strategisk tillgång och blir en integrerad del av verksamheten.

Genom att lyfta fram data som en naturlig del av organisationens arbetssätt, tankemönster och beslutsfattande, stärks förmågan att använda kunskap för att utveckla och styra vården. Kompetenscentrumet bör inledningsvis fokusera på att stödja och utveckla dagens arbetssätt för datainsamling och analys, bland annat för datainsamlingarna:

1. Väntetider i vården
2. Kostnad per patient, KPP-databasen

3. Disponibla vårdplatser, överbeläggning, utlokalisering
4. Patientregistret

I nedan tabell listas de kompetensområden som Kompetenscentrumet föreslår bestå av.

Tabell 4 Kompetenscentrumets kompetensområden

Kompetensområden	Uppdrag
<b>Analys</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stödja regionernas analyser</li><li>• Stödja forskare och analytiker i att förstå och använda data</li><li>• Producera relevant statistik om sjukvårdens utveckling</li><li>• Prediktiv analys; kan t.ex. avse utveckling av databaserad riskbedömning och prediktion ("AI" med dagens terminologi) av sjukdomsförlopp</li></ul>
<b>Beställning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hjälpa regionerna att optimera dataförfrågningar</li><li>• Utlämnande av regionernas hälsodata till etikgodkända forskningsprojekt</li></ul>
<b>Juridik och etik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Säkerställa att all datahantering är laglig och etiskt försvarbar</li><li>• Utveckla och underhålla en etisk granskningsprocess</li><li>• Fungera som rådgivare för både datahållare (regioner) och dataanvändare</li></ul>
<b>Utbildning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erbjuda utbildningar för regionerna och dataanvändare</li><li>• Ta fram riktlinjer och handböcker</li><li>• Skapa en kunskapsbank med vägledningar och <i>best practices</i></li><li>• Marknadsföra kompetenscentrumet och data</li></ul>
<b>Datahantering och kvalitet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stödja regionerna i datastandardisering och harmonisering</li><li>• Hantera metadata och säkerställa att datamodeller är kompatibla</li><li>• Implementera kvalitetssäkringsprocesser för data som delas</li><li>• Datahantering i form av termer, begrepp och specifikationer</li></ul>
<b>Information om data</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att ha kunskap om data i den regiongemensamma vårddatalösningen</li></ul>
<b>Sammanställning och presentation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att sammanställa data till kunskapsdelen inklusive till andra aktörer</li></ul>
<b>Förvaltning och drift</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Drift och utveckling av de tekniska komponenterna i den regiongemensamma vårdatalösningen</li><li>• Utveckling och underhåll av den säkra behandlingsmiljön</li></ul>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Teknisk support till regionerna för dataintegration och interoperabilitet</li><li>• Säkerställande av att vårddatalösningen följer EHDS, GDPR och Patientdatalagen.</li></ul> |
|--|---|

## 3.2 Arbetssätt

Arbetet i Kompetenscentrumet bör i första hand utgå från befintlig datainsamling – det vill säga den information som redan idag tillgängliggörs och används inom uppföljning och analys. Denna data ska även framöver kunna delas och nyttiggöras på ett samordnat sätt. I takt med att Kompetenscentrumets ansvar och kapacitet växer, bör möjligheten att successivt utvidga arbetet med nya datakällor och användningsområden finnas.

För att hantera inkommande behov av analyser och uppföljning föreslås Kompetenscentrumet arbeta utifrån en strukturerad och transparent process, se figur nedan. Nya behov kan uppstå från många olika aktörer – exempelvis regioner, staten, medborgare eller som ett resultat av strategiska och taktiska planer.

När antalet inkommande behov överstiger den tillgängliga kapaciteten, krävs en prioritering. Den bör då baseras på tre huvudsakliga dimensioner:

1. Verksamhetsnytta och strategisk relevans – vilket värde ett nytt användningsfall kan tillföra och hur väl det ligger i linje med uppsatta mål.
2. Komplexitet och genomförbarhet – exempelvis vad gäller krav på implementation, behov av styrning och möjlighet till skalning.
3. Regulatoriska förutsättningar – en bedömning av om användningsfallet är möjligt att genomföra inom gällande regelverk.

För användningsfall som prioriteras för vidare utveckling behöver både konsekvensbedömning och riskanalys genomföras – dels inom Kompetenscentrumet, dels kopplat till den tekniska lösningen.

### a) Konsekvensbedömning

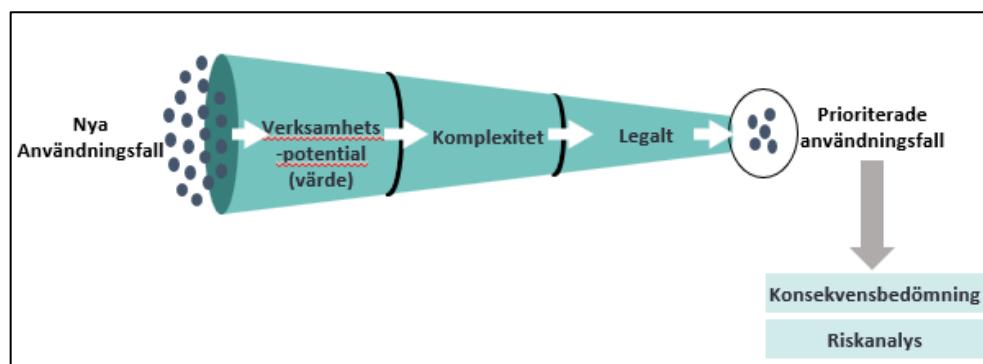
Vid en konsekvensbedömning bör följande aspekter analyseras:

- Vilka förändringar krävs i styrning och ansvarsfördelning?

- Vilka tekniska komponenter behövs? (exempelvis val av databasstruktur – relationsdatabas eller grafdbas)
- Vilken typ av data krävs, och i vilken struktur?
- Vilken kompetens och organisorisk förmåga behövs för att möjliggöra genomförandet?

### b) Riskanalys

Olika användningsfall kommer att ha olika förutsättningar och kan därmed avslutas i olika skeden av processen. Om ett användningsfall inte bedöms möjligt att gå vidare med, bör Kompetenscentrumet tydligt motivera beslutet och – i förekommande fall – hänvisa till tidigare arbete eller alternativa lösningar. På så sätt skapas transparens, samtidigt som tidigare erfarenheter dokumenteras och återanvänts. Kompetenscentrumet får därigenom också en viktig roll som supportfunktion i regionernas arbete med uppföljning och analys.



Figur 5 Förslag på framtida arbetssätt

### 3.3 Användningsfall

Det framtida Kompetenscentrumet har tillgång till en omfattande bruttolista med användningsfall som tagits fram inom ramen för projektets tidigare delprojekt – framför allt Delprojekt 1 och 3 – samt kompletterats med ytterligare analyser med särskilt fokus på regional nytta i Delprojekt 5.

Dessa användningsfall representerar olika typer av behov och möjligheter kopplade till sekundäravändning av hälsodata. De är sammanställda i Tabell 5 och utgör ett konkret underlag för hur Kompetenscentrumet kan bidra med nytta och stöd till regionerna.

Tabell 5 Bruttolista av användningsfall

#	Användningsfall
1	Skapa en överblick av vårdplatser
2	Skapa en överblick av specifika vårdflöden och vårdtillfällen (t.ex. höftfraktur)
3	Skapa en överblick av bemanningsnyckeltal i samtliga regioner
4	Skapa en tillförlitlig nationell jämförelse av vårdkörer och väntetidsuppföljning i samtliga regioner
5	Skapa underlag för att kunna följa effekterna av beslut (t.ex. nära vård)
6	Skapa beslutsstöd för att kunna prioritera inom eller mellan vårdområde
7	Skapa översikt för att kunna följa upp ersättningsmodeller
8	Skapa kvalitetsuppföljning av riktlinjer (t.ex. får en patient rätt läkemedelsbehandling)
9	Skapa underlag för kostnader på individnivå över tid
10	Analys av patientgruppars/vårdprograms total vårdkedja Hitta mönster i beteenden, goda och oönskade
11	Folkhälsoanalyser genom att matcha ihop hälso- och sjukvårdsdata med befolkningsdata, arbetsmarknadsdata, levnadsförhållanden mm
12	Metodstöd med <i>what-if</i> analyser för olika scenarier vid förslag på ändrade arbetssätt, värdeskapande/ej värdeskapande
13	Använda resultat från utförda analyser och visa på goda exempel, bidra till jämlig vård

Exempel på nytto som kan uppnås genom ett Kompetenscentrum och en regiongemensam vårddatalösning:

- **Helhetsanalyser av vårdkedjor över huvudmannagränser**  
Möjliggör översikt och uppföljning av hela patientgruppars eller vårdprograms vårdprocess – oavsett vårdgivare – för att analysera kvalitet, effektivitet och identifiera eventuella brister i vården.
- **Identifiering av mönster i beteenden**  
Tillgång till samlad data från flera regioner möjliggör identifiering av beteendemönster hos patienter, professioner och leverantörer – även sådana som inte är synliga i enskilda regioners datamängder.
- **Folkhälsoanalyser i relation till socioekonomiska faktorer**  
Genom att kombinera hälso- och sjukvårdsdata med befolkningsdata, arbetsmarknadsstatistik och levnadsförhållanden kan regioner få stöd att identifiera behov, förebygga ohälsa och prioritera insatser.
- **What-if-analyser och metodstöd för framtidsscenarier**  
Datadrivna scenarier kan ge stöd inför beslut om förändrade arbetssätt –

exempelvis inom lågvärdesvård, medicinsk utveckling, befolkningsförändringar eller migration.

- **Spridning av goda exempel och höjd lägstanivå**

Resultat från genomförda analyser kan återanvändas och spridas, vilket bidrar till att höja lägstanivån nationellt och främja en mer jämlig vård över tid.

## 3.4 Datakultur och långsiktighet

### 3.4.1 Datakultur

En datakultur bygger på en kombination av hårda och mjuka förmågor som tillsammans skapar förutsättningar för ett mer datadrivet arbetssätt i organisationen.

Hårda förmågor inkluderar:

- Datatillgång – data ska vara tillgänglig för alla som behöver den, i rätt form och vid rätt tidpunkt. Detta kräver tillräcklig dokumentation, etablerade processer och strukturer för att underlätta snabbare och mer insiktsfullt beslutsfattande.
- Dataverktyg – användarvänliga verktyg ska finnas tillgängliga med likvärdig prestanda och funktionalitet, oavsett om användaren är utvecklare eller verksamhetsnära slutanvändare.

Mjuka förmågor omfattar:

- Datakunnighet – organisationens medarbetare behöver förstå hur, när och varför data ska användas. Det kräver insatser som utbildning, vägledning och stöd för att öka förmågan att tolka och använda data korrekt.
- Datafrämjande – handlar om att kontinuerligt kommunicera och inspirera kring hur data kan skapa värde för verksamheten, samt att lyfta goda exempel för att bygga förtroende och engagemang.

När dessa förmågor samverkar – datatillgång, dataverktyg, datakunnighet och ett aktivt datafrämjande – uppstår förutsättningar för datademokratisering: att rätt

person har tillgång till rätt data vid rätt tillfälle. Detta kräver både tekniska lösningar och ett aktivt arbete med kompetens och kultur.

Tillsammans utgör datademokratisering och ett datafrämjande förhållningssätt grunden för en stark datakultur – där data inte bara finns, utan också används för att fatta bättre beslut, följa upp verksamheten och driva förbättringar.

### 3.4.2 Långsiktig potential och framtida användning

Den långsiktiga visionen är att skapa en miljö där hälsodata är tillgänglig och samordnad för regioner, kommuner och myndigheter. Det möjliggör att samtliga vårdinsatser och resultat för en patient kan följas över tid – oavsett var i vårdsystemet insatsen ges eller utvärderingen sker. En sådan datamiljö stödjer personcentrerade arbetssätt och gör det möjligt att jämföra vårdprocesser och effektivitet, till exempel genom att beräkna vilka resurser som krävs för att uppnå olika målnivåer av hälsa.

Tillgång till nationellt samlade hälsodata skapar också förutsättningar för att analysera vårdens jämlighet och genomföra så kallade real world evidence-analyser – där man bedömer hur medicinska metoder faktiskt används i praktiken, och vilka nytto eller risker de innebär. Detta kan i sin tur bidra till att stärka det kliniska beslutsfattandet och komplettera den så kallade kliniskt beprövade erfarenheten.

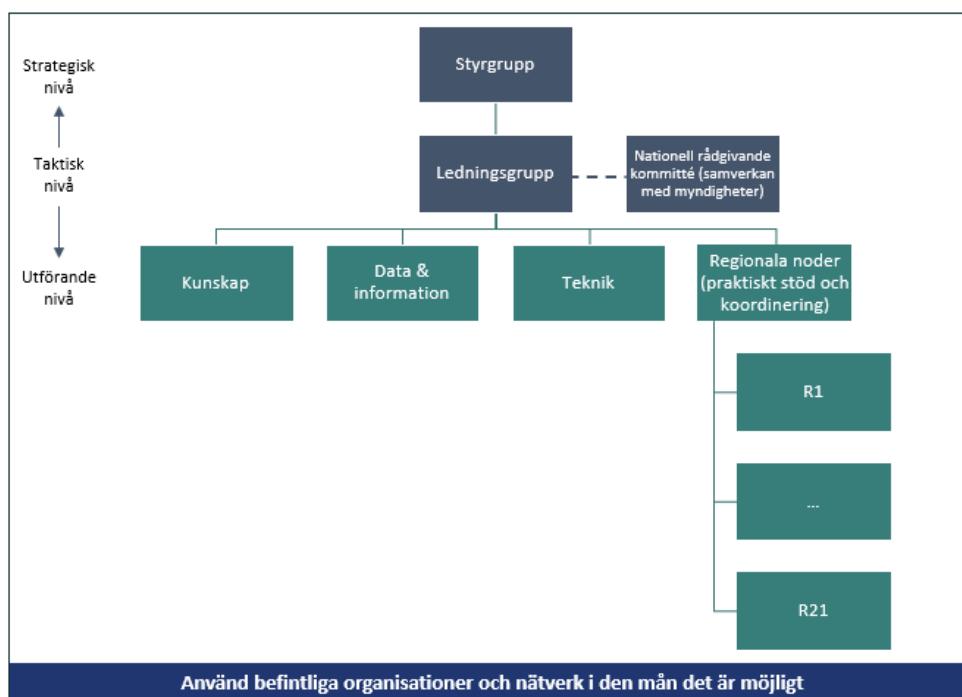
Genom att identifiera patienter med liknande tillstånd kan data dessutom användas för att avgöra vilka åtgärder som visat sig fungera i liknande situationer – och på så vis stödja mer individualiserade beslut. Denna typ av sekundäravväntning är också central i ett framtida europeiskt samarbete inom ramen för European Health Data Space (EHDS).

## 4 Utförande organisation

Organisationen för det framtida Kompetenscentrumet föreslås bestå av tre nivåer:

- **En strategisk nivå** i form av en styrgrupp
- **En taktisk nivå** i form av en ledningsgrupp med tillgång till en nationell rådgivande kommitté
- **En operativ nivå**, där det praktiska arbetet utförs, inklusive regionala noder

De regionala noderna utgörs av medarbetare i regionerna som ger praktiskt stöd och ansvarar för att sammanställa och paketera den egna regionens data. Denna data tillgängliggörs därefter i den nya regiongemensamma vårdatalösningen och blir därmed åtkomlig för vidare analys och bearbetning inom ramen för Kompetenscentrumets verksamhet.



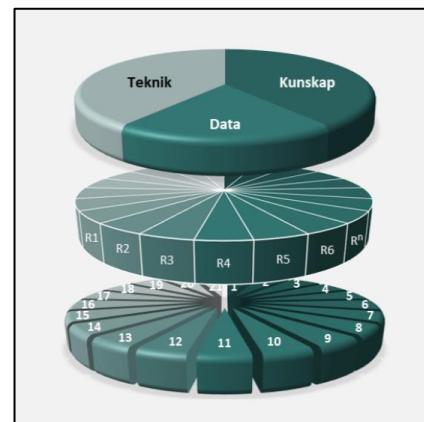
Figur 6 Kompetenscentrumets organisationskarta

I detta avsnitt beskrivs organisationen för den utförande nivån.

## 4.1 Uppdelning

Projektgruppen har hämtat inspiration från DIKAR-modellen (Data, Information, Knowledge, Action, Result), där särskilt de tre första komponenterna – data, information och kunskap – ligger till grund för hur Kompetenscentrumets verksamhet och organisation har strukturerats. Även modellens avslutande delar, *Action* och *Result*, är centrala för att uppnå konkret nytta.

För Kompetenscentrumet handlar detta om att inte bara samla och analysera data, utan också om att presentera och kommunicera kunskap på ett sätt som möjliggör agerande och förbättrade resultat i verksamheten. Det första steget är att skapa begriplighet i den data som finns och genereras. När data sätts i kontext uppstår information – och när information i sin tur systematiseras och aggregeras kan den utvecklas till användbar kunskap.



Figur 7 Kompetenscentrumet beskrivs av den översta plattan och består av tre delar: **Teknik**, **Kunskap** samt **Data & Information**

Mot denna bakgrund föreslås tre kärnkomponenter i organisationen:

1. **Teknik** – ansvarar för teknisk kompetens, systemförvaltning och lagring av data.
2. **Data & information** – säkerställer tillgång, struktur och förståelse för den data som finns i den regiongemensamma vårddatahubben.
3. **Kunskap** – utgör centrumets huvudsakliga syfte och funktion: att tillhandahålla stöd för uppföljning, analys och beslutsstöd med fokus på att skapa nytta för regionerna.

## 4.2 Ansvar och kompetensbehov

Avsnittet beskriver det framtida Kompetenscentrumets ansvar och kompetensbehov för den utförande nivån i organisationen på längre sikt.

Vad gäller de initiala ansvarsområdena och uppgifterna kan dessa delas in i två huvudspår. Dessa utgör fortsättning av delprojekten samt skulle även kunna

kompletteras med vissa av de uppgifter som idag utförs som stöd för NPO-uppföljning. Se nedan spår, som detaljeras vidare i projektets slutfas.

## **1 Samarbetsstruktur för informationsspecifikationer av variabler samt fortsatt utveckling av användningsfall**

Ett av Kompetenscentrumets uppdrag bör vara att projektleda den regiongemensamma delen av att etablera en ny samverkansstruktur – eller vidareutveckla befintliga strukturer – för samverkan mellan regionerna och staten. Fokus ligger på gemensamma arbetssätt kring:

- specifikation av variabler
- utdata från vårdinformationssystem
- dokumentationslösningar med koppling till hälsodata för registerändamål

Arbetet ska ske med beaktande av behovet av strukturerad vårddokumentation i klinisk verksamhet, för att säkerställa att lösningarna är förankrade i det praktiska vårdarbetet.

Uppdraget inkluderar även fortsatt utveckling av användningsfall, som en förlängning av det arbete som påbörjats i Delprojekt 1 och 3.

## **2 Regioners förutsättningar samt gemensam lösning för tillgängliggörande av hälsodata (vårddatahubb)**

Ett annat uppdrag handlar om att vidareutveckla en ny modell för tillgängliggörande av regionernas samlade hälsodata – det som i rapporten benämns som en *regiongemensam lösning för vårddatahantering*. Lösningen ska möjliggöra:

- Tillgång till regiongemensamma hälsodata för användning inom Kompetenscentrumets verksamhet
- Tillgängliggörande av data till staten och andra externa aktörer med behov av aggregerad information

Arbetet omfattar både *mjuka förutsättningar*, såsom organatoriska strukturer och gemensamma ramverk för regionerna, samt *hårda tekniska komponenter*, det vill säga IT-lösningar och teknisk infrastruktur.

Detta uppdrag utgör en fortsättning på det arbete som bedrivits inom Delprojekt 2 och Delprojekt 4.

Därutöver finns ytterligare uppgifter som skulle kunna vara värdefulla att samordna inom ramen för Kompetenscentrumet. Dessa behöver dock först förankras och diskuteras vidare inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Exempel:

- **Samordning av det sjukvårdsregionala uppföljningsstödet**  
Samla och koordinera det befintliga nätverket av uppföljningsstöd till nationella programområden (NPO), bestående av utsedda personer från regionerna som arbetar med analys och uppföljning.
- **Beställning av hälsodata och indikatordata från staten**  
Etablera och vidareutveckla samverkansstrukturer inom partnerskapet med myndigheterna, särskilt Socialstyrelsen, för att löpande utveckla och beställa indikatordata utifrån regionernas behov inom kunskapsstyrningssystemet.
- **Utveckling av nya uppföljningsprodukter och datapresentationer**  
Ta fram nya uppföljningsmodeller och visualiseringar baserade på befintlig data, i samverkan mellan regionerna och med staten. Detta kan ske i form av konkreta projekt beroende på behov och komplexitet – till exempelanalyser av vårdplatsanvändning, överbeläggningar och utlokalisering, eller presentationer av data kring självförsörjningsgrad och utomlänsvård för specifika tillstånd och behandlingar.

#### 4.2.1 Styrning på utförande nivå

Tabell 6 nedan innehåller ansvarsområden inom organisationen på utförande nivå för de tre kärnkomponenterna.

Tabell 6 Ansvarsområden på utförande nivå – Kunskap, Data & Information samt Teknik

Kunskap, Data & Information, Teknik (Utförande nivå)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Planerar och utför arbete</li><li>• Prioriterar behov utifrån taktisk och strategisk plan</li><li>• Eskalerar vid behov</li><li>• Identifierar behov av ramverk och policy</li><li>• Identifierar behov av uppföljning och analys</li><li>• Driver och leder samverkan med analysgrupperna i regioner</li><li>• Beslutar enligt operativt mandat</li><li>• Vidareutveckling av Kompetenscentrum och dess uppdrag</li></ul>

#### 4.2.2 Kompetensbehov

Kompetensbehovet på den utförande nivån baseras på den organatoriska uppdelningen; data och analyskompetens, infrastruktur- och lösningsskompetens, datahanteringskompetens, juridisk kompetens samt kompetens inom projektledning, förändringsledning och kommunikation.

Kompetenscentrumet väntas inkludera flertalet olika roller över tid. Projektgruppen har tagit fram ett förslag som tar avstamp i Kompetenscentrumets behov under ett förberedande år (år 0), de roller som tillkommer som ett initialt behov (år 1) och slutligen det framtida behovet (+5 år). En sammanställning av dessa roller finns nedan i Tabell 7. Rollerna beskriver den kompetens som behöver finnas och flera roller kan innehås av en och samma person. För en närmare beskrivning av rollerna, se Appendix 2.

Tabell 7 Roller att inkludera i Kompetenscentrum över tid

	<b>Kunskap</b>	<b>Data &amp; Information</b>	<b>Teknik</b>
<b>Förberedande behov (år 0)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Projektledare</li><li>• Data- och analysledare</li><li>• Samordnare</li><li>• Kommunikatör</li><li>• Administration och stöd</li><li>• Uppföljningsstöd NPO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Projektledare</li><li>• Data- och analysledare</li><li>• Kommunikatör</li><li>• Samordnare</li><li>• Administration och stöd</li><li>• Juridisk kompetens</li><li>• Dataexperter</li><li>• Data Governance-expert</li><li>• Ansvarig från respektive region (nod)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Projektledare</li><li>• Infrastrukturansvarig</li><li>• Dataarkitekt</li><li>• Lösningssarkitekt</li><li>• Juridisk kompetens</li></ul>
<b>Initialt behov (år 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Data- och analysledare</li><li>• Data Scientist</li><li>• Projektledare/business analyst</li><li>• Förändringsledare, kompetensutvecklare, pedagoger, kommunikatörer</li><li>• Samordnare / Verksamhetschef</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Data- och analysledare</li><li>• Dataproductägare</li><li>• Projektledare/business analyst</li><li>• Dataingenjörer (Data Engineer)</li><li>• Data Governance-expert</li><li>• Data Privacy Officer</li><li>• Förändringsledare, kompetensutvecklare, pedagoger, kommunikatörer</li><li>• Data Quality Manager</li><li>• Metadata-experter</li><li>• Ansvarig från respektive region (nod)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dataarkitekt</li><li>• Lösningssarkitekt</li><li>• Utvecklare</li><li>• Integrationsexpert</li><li>• Dataingenjörer (Data Engineer)</li><li>• Data Privacy Officer</li><li>• Supportfunktion</li></ul>

<b>Framtida behov (+5 år)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Data Analyst/Dashboard-utvecklare</li><li>• AI-expert</li><li>• Forskningssamordnare</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dataförfrågningsansvarig</li><li>• Data Analyst/Dashboard-utvecklare</li><li>• Forskningssamordnare</li></ul>	
-------------------------------	--	---	--

Utöver de nyckelroller som redan beskrivits, kan ytterligare kompetensområden behöva kopplas in vid behov – såsom medicinska experter, juridisk kompetens, etikspecialister och experter inom regulatoriska frågor.

I gruppens diskussioner har det tydligt framkommit att juridisk kompetens bör vara en integrerad del av Kompetenscentrumet. Det innebär att jurister inte enbart ska konsulteras vid behov, utan aktivt delta i det löpande arbetet för att bidra till framåtriktade och juridiskt hållbara lösningar. För att säkerställa framdrift och minska risken för att juridiska frågor blir ett hinder i processen, bör den juridiska kompetensen vara nära kopplad till projektet – exempelvis i form av en dedikerad funktion liknande ett Data Privacy Office (DPO).

Denna insikt stöds även av erfarenheter från internationella initiativ, där just tillgång till juridisk expertis i tidiga skeden lyfts fram som en framgångsfaktor.

### 4.3 Organisering

Organisationen för Kompetenscentrumet rekommenderas bestå av en fysisk kärnorganisation, men kommer huvudsakligen att fungera som en virtuell organisation. Kärnorganisationen bär det övergripande uppdraget, samordnar arbetet och driver gemensamma initiativ, medan den virtuella organisationen bidrar med kompetens och resurser från olika delar av landet utifrån specifika expertområden.

En viktig förutsättning för en effektiv etablering och drift är att Kompetenscentrumet i så hög grad som möjligt nyttjar redan befintliga forum, strukturer och nätverk inom regionerna och den nationella samverkansmodellen.

Regionala noder föreslås fungera som kompetensnav i varje region och ansvarar för lokal anpassning, koordinering och implementering av arbetssätt. Dessa noder utgör en förlängning av kärnorganisationen och ska säkerställa att varje region får ett stöd som är relevant och anpassat efter sina förutsättningar.

# 5 Styrning

## 5.1 Kompetenscentrumets relation till staten

En central fråga i delprojektets arbete har varit hur relationen mellan regionerna och staten bör se ut vad gäller ansvar och organisering av ett framtida Kompetenscentrum. Två alternativ har analyserats:

1. **Ett regiongemensamt Kompetenscentrum**, där regionerna själva organiserar centrumet och samarbetar med staten vid behov.
2. **Ett gemensamt Kompetenscentrum för regioner och staten**, där parterna delar ansvar, resurser och styrning.

I båda alternativen utgår arbetet från att hälsodata görs tillgänglig genom en ny regiongemensam vårddatalösning. Den tekniska lösningen är alltså densamma, men organiseringen och styrningen skiljer sig åt.

### Alternativ 1: Regiongemensamt Kompetenscentrum

Detta alternativ innebär att regionerna etablerar ett eget Kompetenscentrum, fristående från staten. Staten – exempelvis Socialstyrelsen – kan fortsatt använda tillgängliggjord data, men ansvarar då för att själva analysera och bearbeta data utifrån sina behov. Detta kan innebära parallella centrumfunktioner, men behöver inte utesluta samarbete. Tvärtom förutsätter modellen en fungerande dialog mellan parterna, exempelvis kring gemensamma variabelspecifikationer, dataleveranser och metadata.

Ett regiongemensamt centrum ger regionerna större självständighet i utveckling, prioriteringar och stöd till det egna kunskapsstyrningssystemet. Det skapar tydliga mandat och ansvar, särskilt i uppbyggnadsfasen.

### Alternativ 2: Gemensamt Kompetenscentrum (regioner och staten)

I detta alternativ organiseras ett gemensamt centrum där både regionerna och staten ingår i styrning och genomförande. Parterna bidrar med olika perspektiv och expertis. Ett gemensamt centrum skulle kunna bidra till ökad koordinering av resurser, analyser och kompetens – men förutsätter en hög grad av samsyn kring mål, prioriteringar och ansvarsfördelning.

## Överväganden och rekommendation

Delprojektet ser fördelar och nackdelar med båda modellerna. Samtidigt lyfter arbetsgruppen fram följande faktorer som avgörande:

- Behovet av tydligt fokus på regionnytta
- Skillnader i behov och arbetssätt mellan regioner och statliga myndigheter
- Genomförbarhet – att snabbt kunna realisera ett centrum som kan ge konkret stöd i uppföljning och analys

Mot denna bakgrund rekommenderar delprojektet att ett regiongemensamt Kompetenscentrumetableras som första steg. Samtidigt bör arbetet bedrivas i nära samverkan med berörda statliga myndigheter, med tydliga strukturer för samarbete, och med möjlighet att på sikt övergå till en gemensam organisation – om det visar sig lämpligt.

För en mer detaljerad beskrivning av analysen och modellerna, se Appendix 3.

## 5.2 Organisatorisk hemvist

Delprojektet har analyserat olika alternativ för var Kompetenscentrumet organisatoriskt bör placeras. Tre huvudsakliga alternativ har identifierats:

- **Integrering i en befintlig organisation**, SKR i kombination med Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård
- **Etablering i en eller flera regioner**, med särskild kompetensprofil och nära koppling till operativ datahantering
- **Skapande av en ny fristående organisation**, med ett tydligt nationellt uppdrag

Andra potentiella aktörer som kan spela roller i samverkan inkluderar Inera, universitet och forskningsinstitutioner samt regionala register- och cancercentrum. Oavsett organisatorisk hemvist behöver ett framtida Kompetenscentrum ha ett nära samarbete med aktörer som myndigheter, SKR och Inera.

## Rekommenderad strategi – stegvis utveckling

För att kombinera snabb etablering med långsiktig hållbarhet föreslås en stegvis strategi:

**1. Kort sikt (0–3 år):**

Kompetenscentrumet etableras inom SKR och det Nationella systemet för kunskapsstyrning. Det möjliggör snabb uppstart, tillgång till etablerade nätverk och minimerar initiala trösklar.

**2. Medellång sikt (3–6 år):**

Om en eller flera regioner med relevant profil och intresse identifieras, kan centrumets organisering flyttas dit. Det skapar närhet till operativ verksamhet och kan fungera som testbädd för nya arbetssätt.

**3. Lång sikt (>6 år):**

Om behovet kvarstår och det finns förutsättningar för stabil finansiering, kan en ny nationell och självständig organisation etableras med ett tydligt uppdrag att stödja sekundäravändning av hälsodata.

Det rekommenderas att det initiala Kompetenscentrumet under de första 1–2 åren får i uppdrag att fördjupa analysen av långsiktiga hemvistalternativ. Denna analys bör inkludera juridiska, organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av olika modeller.

### Slutsats

En stegvis etablering minimerar risker, maximerar genomförbarhet och skapar förutsättningar för en långsiktigt hållbar nationell struktur för hantering och användning av hälsodata. Det ger samtidigt flexibilitet att anpassa organiseringen i takt med att behov, förutsättningar och mognad utvecklas.

### 5.2.1 SKR och Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Det första alternativet för organisatorisk hemvist för Kompetenscentrum är en placering inom en etablerad nationell organisation. Regionerna arbetar tillsammans sedan 2018 i en gemensam samverkansstruktur för kunskapsstyrning. Samverkan sker inom områden där det är mer ändamålsenligt och effektivt att göra det nationellt gemensamt än att regionerna gör det var och en för sig.

Organisationen på nationell nivå innehåller idag 26 nationella programområden, sex nationella samverkansgrupper, en beredningsgrupp och en styrgrupp samt en nationell stödfunktion placerad på SKR. Samverkansstrukturen är förankrad och beslutad på politisk och tjänstemannanivå, ett partnerskap med myndigheterna är etablerat och det finns en styr- och finansieringsmodell.

SKR är en medlems- och arbetsgivarorganisation med uppgift att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet. Organisationen fungerar bland annat som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR har ett brett fokus avseende välfärdens utveckling och utmaningar. Det bedöms finnas en utmaning i att ett Kompetenscentrum och dess uppdrag ska beredas tillräcklig plats och prioritet i en organisation med ett så pass brett uppdrag. Kompetenscentrumet riskerar också att hamna längre ifrån regionernas verksamheter som nyttjar data.

Å andra sidan innebär SKR som organisorisk bas en närhet till politiken, tjänstemannanätverk och andra upparbetade strukturer som kan innebära fördelar för etablering och framtida drift av ett Kompetenscentrum. Det är en organisation som har vana av nationella uppdrag och som regionrepresentanter är väl förtroagna med. SKR har också regionernas uppdrag att samordna det nationella arbetet inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning inklusive partnerskapet med myndigheterna. SKR ansvarar även för samordning av olika nationella datainsamlingar och analyser och har därmed delvis redan tillgång till sådan kompetens som efterfrågas inom ramen för Kompetenscentrumets uppdrag. De uppdrag som SKR har inom kunskapsstyrningen finansierar regionerna gemensamt med så kallad tilläggsfinansiering. Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) har mandat att fatta beslut om hur de regiongemensamma medlen ska fördelas och kan göra omfördelningar inom befintlig budgetram utifrån behov och prioriteringar.

### Utmaningar och osäkerheter

**Avstånd till den operativa verksamheten:** Kompetenscentrumet behöver ha nära koppling till den faktiska dataanvändningen i regionerna, och det finns en risk att en placering inom SKR skapar en viss distans till den dagliga hanteringen av vårddata.

**Vissa beslutsprocesser kan vara långsamma:** Eftersom SKR arbetar genom medlemsbeslut och konsensusmodeller kan vissa beslut ta längre tid jämfört med en mer autonom organisation. Genom att sätta upp ett Kompetenscentrum inom

ramen för Kunskapsstyrningen samt med en dedikerad styrgrupp med tydligt beslutsmandat så minimeras denna osäkerhet.

### 5.2.2 Region med särskild profil

Det andra alternativet för organisatorisk hemvist för Kompetenscentrumet är att placera det inom en region med särskild profil inom hälsodata och analys. Detta innebär att en region, utifrån sin kapacitet och kompetens, tar ett nationellt ansvar för att driva och utveckla Kompetenscentrumet med stöd från övriga regioner och nationella aktörer.

En av de största fördelarna med detta alternativ är närheten till den praktiska hanteringen av vårddata, vilket kan underlätta både teknisk integration och förståelse för regionernas faktiska behov av dataanvändning. En region med stark befintlig kompetens inom kvalitetsregister, hälsodataforskning och analys kan snabbt etablera en funktionell verksamhet och dra nytta av sina existerande resurser.

En region kan också utveckla Kompetenscentrumet som en specialiserad enhet inom en redan etablerad organisation, exempelvis genom samverkan med universitet, forskningsinstitut eller befintliga innovationskluster. Detta kan skapa synergier mellan forskning, klinisk verksamhet och dataförädling, och ge Kompetenscentrumet en stark förankring i både den akademiska och vårdoperativa miljön.

#### Utmaningar och osäkerheter:

Trots de potentiella fördelarna finns det vissa risker och utmaningar med att placera Kompetenscentrumet inom en enskild region:

**Risk för regional dominans:** En viktig fråga blir hur nationell styrning och balans mellan olika regioners behov ska säkerställas. Det måste finnas en tydlig modell för hur Kompetenscentrumet ska verka för alla regioner och inte enbart den som är värd för organisationen.

**Formeringsprocessen kan ta tid:** Att bygga upp en nationell struktur inom en enskild region kan kräva nya avtal, beslut och styrmodeller, vilket kan innebära en längre uppstartstid jämfört med att inordna Kompetenscentrumet i en redan etablerad nationell organisation.

### 5.2.3 Ny organisation

Det tredje alternativet för organisorisk hemvist för Kompetenscentrumet är att etablera en fristående, ny organisation med ett tydligt nationellt uppdrag. Detta skulle innebära att en helt ny juridisk enhet skapas, antingen som en statlig myndighet, en offentligägd bolagsform eller en icke-vinstdrivande organisation.

En sådan lösning skulle erbjuda möjligheten till en nystart, där Kompetenscentrumet byggs upp från grunden med fullt fokus på dataförädling, governance och sekundäravändning av vårddata. Det skulle möjliggöra en mer neutral och långsiktig organisation, fri från de begränsningar som kan finnas i befintliga strukturer.

En ny organisation skulle även kunna skapa skalfördelar genom att samla expertis inom datahantering, analys och teknisk utveckling på ett och samma ställe, och därmed möjliggöra effektivisering och standardisering av vårddatahanteringen på nationell nivå. Den kan även ges ett tydligt innovationsmandat, vilket kan skapa bättre förutsättningar för långsiktig teknikutveckling och internationell samverkan.

#### Utmaningar och osäkerheter:

**Etableringstid:** Det skulle ta längre tid att bygga upp strukturer, rekrytera personal och skapa styrningsmodeller, vilket kan försena nyttan av Kompetenscentrumet.

**Risk för parallella strukturer:** Om en ny organisation skapas utan tydlig samverkan med befintliga aktörer, kan det uppstå dubbeltarbete och ineffektiva processer.

### 5.2.4 Förstärkt resonemang och jämförelse av organisoriska alternativ

För att tydligare belysa de olika alternativen för organisorisk hemvist för Kompetenscentrumet har vi sammanställt en mer omfattande jämförelse mellan de tre huvudalternativen: 1) En befintlig organisation (SKR/Nationellt system för kunskapsstyrning), 2) En region med särskild profil, och 3) Ny organisation.

Nedan presenteras en strukturerad jämförelse med för- och nackdelar samt en rekommendation utifrån projektets mål och genomförbarhet.

### Del i befintlig organisation (SKR/Nationellt system för kunskapsstyrning)

**Beskrivning:** Kompetenscentrumet inordnas i en redan etablerad nationell struktur som SKR och Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Detta alternativ drar nytta av befintliga styrningsmodeller och samverkansstrukturer.

Tabell 8 Fördelar och nackdelar SKR/Kunskapsstyrning

Fördelar	Nackdelar
Befintlig nationell struktur med etablerade samverkansprocesser.	Kan ha komplex styrning och finansiell struktur.
Närhet till regionernas samarbetsforum och myndigheter.	Risk för att kompetenscentrumet får lägre prioritet i en bred organisation.
SKR har erfarenhet av nationella datainsamlingar och analyser.	Större avstånd till den praktiska hanteringen av vårddata i regionerna.
Snabbare att etablera än en ny organisation.	Risk att beslutsprocesser blir långsamma på grund av bredare uppdrag.
Kan vara en naturlig del av Nationellt system för kunskapsstyrning och partnerskapet med myndigheterna	Mindre autonomi för kompetenscentrumet jämfört med en ny organisation.

#### Bedömning:

💚 **Kort sikt:** Rekommenderas som en snabb väg att etablera kompetenscentrumet.

⚠️ **Lång sikt:** Risk för att Kompetenscentrumet hamnar i skuggan av andra uppdrag.

#### 5.2.4.1 En region med särskild profil

**Beskrivning:** Kompetenscentrumet placeras inom en region som har en stark profil inom hälsodata, kvalitetsregister eller forskning. Regionen ansvarar för drift och utveckling men med ett nationellt uppdrag.

Tabell 9 Fördelar och nackdelar region med särskild profil

Fördelar	Nackdelar
Närhet till operativa verksamheter och vårddataanvändning.	Risk att enskild region påverkar prioriteringar och perspektiv.
Tillgång till lokal expertis inom dataanalys, forskning och kvalitetsregister.	Kan ta längre tid att implementera på grund av anpassningar och samverkan.
Möjlighet att specialisera och fördjupa arbetet med hälsodata.	Kräver en region som frivilligt åtar sig uppdraget.
Möjlighet att nyttja erfarenheter från andra uppdrag (tex. GMS, RCC, CPUA mm)	Risk för begränsad nationell förankring om styrningen inte är tydlig.
Kan fungera som en mellanstegsmodell inför en nationell enhet.	Kan upplevas som en regional snarare än en nationell lösning.

### **Bedömning:**

- 💚 **Medellång sikt:** Ett realistiskt alternativ om en region med rätt förutsättningar identifieras.
- ⚠️ **Långsiktig risk:** Kräver stark nationell förankring för att undvika att upplevas som en enskild regions initiativ.

#### **5.2.4.2 Ny organisation**

**Beskrivning:** Kompetenscentrumet etableras som en fristående organisation med nationellt uppdrag. Detta kan möjliggöra en mer neutral, långsiktig lösning utan att vara knuten till en specifik region eller befintlig struktur.

*Tabell 10 Fördelar och nackdelar ny organisation*

Fördelar	Nackdelar
Möjlighet att bygga en dedikerad organisation med fullt fokus på hälsodatahantering.	Högre initial kostnad och längre startsträcka.
Skapar en neutral nationell enhet som kan vara opartisk och autonom.	Kräver omfattande finansierings- och styrningslösning.
Kan optimeras för framtidens behov och teknisk utveckling.	Risk för längre etableringstid och rekryteringsutmaningar.
Skalbarhet – kan växa och anpassas efter framtidens krav.	Ingen etablerad styrmodell, måste byggas från grunden.
Inspiration från exempel som RKA (Rådet för kommunala analyser).	Risk för parallell administration och svårigheter att attrahera initial finansiering.

### **Bedömning:**

- 💚 **Lång sikt:** Kan vara en stark framtidslösning om finansiering och styrning är lösta.
- ⚠️ **Kort sikt:** Svårt att genomföra omedelbart, men bör övervägas som en strategisk målbild.

#### **5.2.4.3 Samlad jämförelse av alternativen**

*Tabell 11 Samlad jämförelse av de tre alternativen*

Kriterium	SKR/Nationellt system för Kunskapsstyrning	Region med särskild profil	Ny organisation
<b>Snabb implementering</b>	💚 Ja	⚠️ Tidskrävande	⚠️ Lång process
<b>Nationell förankring</b>	💚 Starkt nationellt	⚠️ Risk för regional dominans	💚 Neutral nationell aktör
<b>Närhet till operativ verksamhet</b>	⚠️ Samverkan finns	💚 Mycket nära	⚠️ Beror på organisationens uppbyggnad

Flexibilitet och autonomi	⚠️ Medel	⚠️ Medel	💚 Hög
Styrningsstruktur	💚 Befintlig, men komplex	⚠️ Behöver utvecklas	❗️ Måste byggas från grunden
Risk för långsamma beslut	⚠️ Viss risk	💚 Lägre risk	❗️ Högre risk

#### 5.2.4.4 Generell utmaning – finansiering

En gemensam utmaning, oavsett vilken organisationsform som väljs för Kompetenscentrumet, är att säkerställa en långsiktigt hållbar finansieringsmodell. Det krävs tydliga ekonomiska förutsättningar för såväl etablering som drift, oavsett om centrumet organiseras inom en befintlig struktur eller som en ny enhet.

Om Kompetenscentrumet inledningsvis placeras inom SKR, behöver finansieringen hanteras genom en tydlig nationell överenskommelse, då SKR är en medlemsorganisation som finansieras av regionerna. Det behöver därför säkerställas att uppdraget har en stabil och gemensamt förankrad finansiering.

Om en region tar huvudansvar för centrumet, måste det finnas garantier för att kostnaderna inte faller enbart på den enskilda regionen. En gemensam finansieringslösning, där samtliga regioner bidrar proportionerligt, är avgörande för att upprätthålla legitimitet och långsiktig bärkraft.

Vid ett framtida alternativ där Kompetenscentrumet organiseras som en ny fristående nationell organisation, krävs ett tydligt beslut om finansieringsmodell och ansvarsfördelning. Det kan inkludera finansiering från regionerna, staten, externa medel som EU-projekt, eller en kombination av dessa

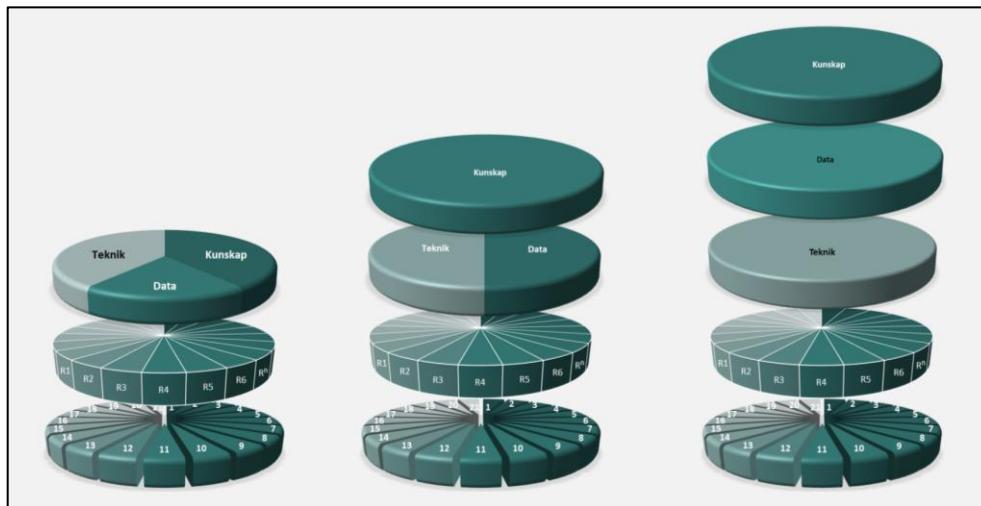
### 5.3 Alternativa Kompetenscentrum och del i ekosystem

Den organisationsmodell för Kompetenscentrumets utförande verksamhet som beskrivits ovan utgör utgångspunkten och illustreras som alternativet längst till vänster i Figur 8. De två andra alternativen i figuren visar varianter där kompetensområden separeras i olika organisoriska enheter – antingen genom att kunskapsdelen särskiljs, eller genom att alla tre komponenter (Teknik, Data & Information, samt Kunskap) hålls isär.

I figurens nedersta lager visualiseras varje regions egna vårddatalager, som i nästa steg kopplas samman genom en gemensam regiongemensam vårddatahubb. Ovanpå detta beskrivs de tre huvudkomponenterna:

- Teknik – ansvarar för teknisk infrastruktur och datalagring
- Data & Information – hanterar datakändedom, struktur, tillgängliggörande och metadata
- Kunskap – analyserar och förmedlar insikter och beslutsunderlag

Det rekommenderas att dessa tre delar verkar nära varandra i ett integrerat arbetssätt. Särskilt viktigt är att Teknik och Data & Information är tätt sammankopplade, då ett fungerande samspel mellan dessa är avgörande för tillförlitlig och tillgänglig datahantering. Kunskapsdelen utgör en vidareutveckling av detta samarbete och kan – i takt med att verksamheten växer – differentieras i flera kompetenscentrum med olika specialiseringar och fokusområden

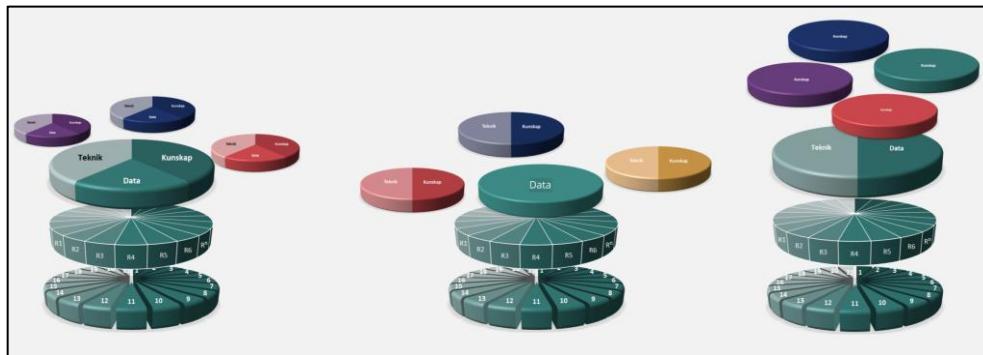


*Figur 8 Alternativ för Kompetenscentrum*

Kompetenscentrumets organisation och funktion bör utformas så att den kan växa och utvecklas över tid. Det ska finnas möjlighet att etablera flera Kompetenscentrum med olika inriktningar och specialiseringar, som verkar parallellt inom olika ämnesområden eller analysbehov. En sådan modell möjliggör att olika centrum kan möta specifika behov, stimulera metodutveckling och bidra till ökad kvalitet genom mångfald och viss konkurrens inom analysområdet.

Figur 9 illustrerar att det även på längre sikt finns flera tänkbara sätt att organisera samspelet mellan de tre huvudkomponenterna: Kunskap, Data & Information och

Teknik. Hur dessa delar relaterar till varandra kan variera beroende på inriktning, mognadsgrad och organizatoriskt sammanhang.



*Figur 9 Möjliga alternativ vid vidareutveckling av Kompetenscentrumet*

### 5.3.1 Kompetenscentrumets del i ekosystemet

Kompetenscentrumet och projektets resultat i stort kan ses som ett nätverk som binder ihop och kompletterar organisationer kring bland annat regionemas nationella system för kunskapsstyrning, regionala register- och cancercentrum och myndigheter.

Kompetenscentrumet kommer bli en ny aktör som agerar bland befintliga organisationer och initiativ såsom exempelvis kunskapsstyrningssystemet, SCB, Vetenskapsrådet och Socialstyrelsen. Det blir därför viktigt att veta hur Kompetenscentrumet ska förhålla sig till, och eventuellt samverka, med dessa.

Huvudsakliga användare av Kompetenscentrumets data och kunskap kommer vara myndigheter, forskare, industri och regionsfären själv i olika konstellationer. Som tidigare visualisering och beskrivet kommer Kompetenscentrumet dessutom ha kontakt med en nationellt rådgivande kommitté som ska fungera som en brygga mellan regionernas vårdatalösning och myndigheternas behov. Aktuella aktörer i kommittén föreslås vara föränderliga utefter behov.

Kompetenscentrumetssamarbete med statliga myndigheter i gemensamma frågor om hälsodatainsamlingar kommer att ske löpande. Gemensamma frågor kan exempelvis vara;

- Inkludering av nya variabler i en datainsamling från regioner och övriga vårdgivare, samt prioriteringar av dessa

- Variabelbeskrivningar, informationsspecifikationer och anvisningar för datafångst, liksom dokumentationen av dessa, som bör vara gemensam, oavsett i vilken datainsamling en viss variabel förekommer
- Etablering av modeller för kvalitetsvärdering/granskning av register/vårddatalager, till exempel utveckling av IT-stöd för journalgranskning
- Praktiska frågor om rutiner för att tillgängliggöra data för olika användare, även staten (baserat på att det är Kompetenscentrumet som försörjer till exempel Socialstyrelsen med respektive regions hälsodata)
- Framtida utveckling av nya datainsamlingsmodeller och tekniker för utvecklat skydd för personuppgifter som lösningar med federativa datalager, syntetiska data eller andra tekniker för avidentiering av personuppgifter

Det kommer även vara viktigt att beakta medborgarperspektivet och inte bara patientperspektivet, eftersom alla medborgare också utgör en del i ekosystemet och behöver hållas informerade.

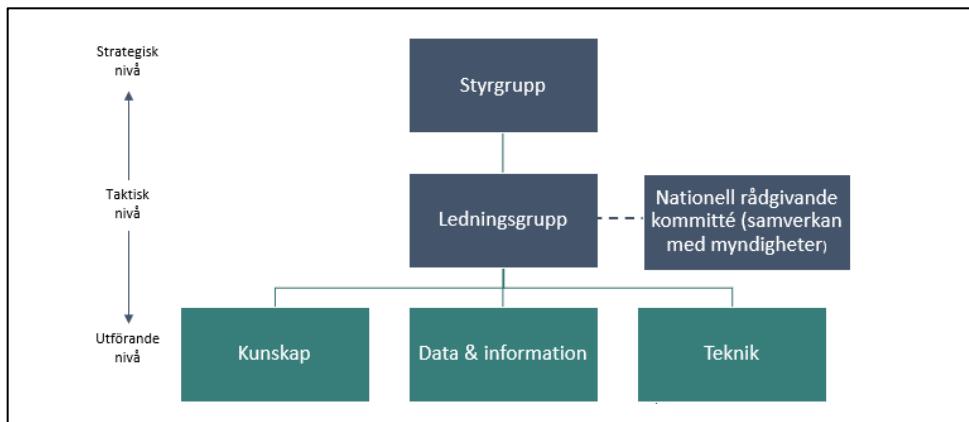
## 5.4 Organisationsmodell

I en organisation av detta slag är det viktigt att alla regioner är representerade och har reellt inflytande över verksamheten. Ett alternativ som bör övervägas är att utgå från representation via sjukvårdsregionerna, för att säkerställa bred förankring och hanterbarhet i styrningen.

Styrmodellen föreslås bestå av tre nivåer – strategisk, taktisk och operativ – vilket illustreras i Figur 10.

- På strategisk nivå utövar regionerna det övergripande beslutsmandatet.
- Myndigheterna bidrar med vägledning, insyn och samordning utifrån sina respektive roller.
- På operativ nivå finns de tre centrala funktionerna: Kunskap, Data & Information samt Teknik, vilka bör ha en nära och integrerad koppling sinsemellan för att säkerställa effektivt genomförande.

Denna styrstruktur skapar en tydlig ansvarsfördelning, samtidigt som den möjliggör ett nära samspel mellan beslutsfattare, sakkunniga och utförare.

*Figur 10 Kompetenscentrumet kommer agera i tre nivåer kopplat till styrning*

#### **5.4.1 Styrning och bemanning på strategisk nivå**

Styrgruppen är strategiskt ansvariga för Kompetenscentrums riktning och prioriteringar. I Tabell 12 listas styrgruppens tänkta ansvarsområden.

*Tabell 12 Ansvarsområden inom organisationen på strategisk nivå*

Styrgrupp (Strategisk nivå)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styr och beslutar över kompetenscentrumets riktning och prioriteringar.</li> <li>• Styr regionövergripande principer och policy samt tilldelar mandat till taktisk och utförande nivå.</li> <li>• Definierar och beslutar 3–5 års strategiska planer</li> <li>• Beslutar om taktisk plan (1–3 år)</li> <li>• Beslutar om och följer upp KPI: er på strategisk nivå</li> <li>• Beslutar enligt eskaleringssordning och strategiskt mandat</li> <li>• Säkerställer att vårddatalösningen uppfyller regionernas behov.</li> <li>• Hanterar finansiering och resursfördelning.</li> <li>• Fastställer samverkansavtal och ansvarsfördelning med myndigheter</li> </ul>

Styrgruppen bör vara en grupp som regionerna känner stort förtroende för och som besitter rätt kompetens med rätt förankringsmöjligheter. Delprojektgruppen föreslår bemanning enligt Tabell 13 nedan.

*Tabell 13 Styrgruppens föreslagna bemanning*

Bemanning	Kompetens
Representanter från regionerna, exempelvis en representant per sjukvårdsregion	Regionspecifik kompetens

Representanter från NSG HD	Driva arbete för sammanhållan, ändamålsenlig och effektiv uppföljning och analys
Chief Medical Information Officer, CMIO	Brygga mellan teknik och användning
Representanter från Digitaliseringensnätverk	Utvecklingsperspektiv, IT/digitalisering
Representant från Arkitekturrådet	Arkitekturkompetens
SKR	Rådgivning och nätverk för kunskapsutbyte och samordning
Representanter från teknisk leverantör (förslagsvis Inera)	Teknisk kompetens, IT-förvaltning
Administrativt stöd	Struktur och koordinering

#### 5.4.2 Styrning på taktisk nivå

Den taktiska nivån föreslås utgöras av en ledningsgrupp med tänkta ansvarsområden enligt Tabell 14 nedan.

Tabell 14 Ansvarsområden inom organisationen på taktisk nivå

Ledningsgrupp (Taktisk nivå)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Har ansvar för att styra arbetet, leda samarbeten och hantera strategiska vägval.</li><li>• Ansvarar för drift, utveckling och användarstöd av vårddatalösningen.</li><li>• Definierar taktisk plan (1-3 år)</li><li>• Beslutar enligt eskaleringsordning och taktiskt mandat</li><li>• Ger input på uppdatering av ramverk och policy</li><li>• Följer upp KPI:er på taktisk nivå</li><li>• Leder operativa aktiviteter och driver samverkansinitiativ.</li><li>• Säkerställer att arbetsflöden mellan regionerna fungerar effektivt.</li><li>• Säkerställer att vårddatalösningen är anpassad efter regionernas behov.</li></ul>

Ledningsgruppen föreslås bestå av verksamhetschefer och administrativt stöd.

#### 5.4.3 Nationellt rådgivande kommitté

Den nationellt rådgivande kommittén som ska agera rådgivande till Kompetenscentrumet föreslås bestå av styrgrupprepresentanter, E-hälsomyndigheten (expertis inom nationell och EU-lagstiftning samt EHDS), Socialstyrelsen (standardisering av hälsodata och vårdkvalitet), SKR (samordning mellan regionerna), Forskning och akademi (stöd i metodutveckling och analys), Vetenskapsrådet och SCB. Deltagande föreslås vara föränderligt över tid beroende på behov. Ansvarsområden för den nationellt rådgivande kommittén finns sammanställda i Tabell 15.

Tabell 15 Ansvarsområden för en nationellt rådgivande kommitté

Nationell rådgivande kommitté (Endast rådgivande)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Stödja kompetenscentrumet med juridisk och regulatorisk rådgivning.</li><li>• Säkerställa att vårddatalösningen är kompatibel med nationella och europeiska initiativ.</li><li>• Fungera som en bro mellan regionernas vårddatalösning och myndigheternas behov.</li><li>• Inga beslutsbefogenheter – endast rådgivande.</li><li>• Ger vägledning kring regelverk, interoperabilitet och strategiska initiativ kopplat till EHDS.</li></ul>

## 5.5 Finansiering

Projektgruppen har diskuterat olika tänkbara finansieringsalternativ för ett Kompetenscentrum. Dessa finns sammanställda nedan, i Tabell 16.

Tabell 16 Alternativ för finansiering av Kompetenscentrum

Alternativ	Beskrivning
<b>Regionfinansiering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fördelas enligt storlek eller användning.</li><li>• Möjlighet att införa en avgiftsmodell där de som använder vårddatalösningen mer betalar mer.</li><li>• Tilläggsfinansiering (medel från regionerna)</li><li>• Omfördelning av riktade medel från regionerna för särskilda nationella uppdrag vid SKR, exempelvis KPP</li><li>• Alternativ för långsiktig och stabil finansiering.</li></ul>
<b>Statligt stöd</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Staten kan bidra genom riktade bidrag för utveckling och säkerhet.</li><li>• Kan säkerställa att vårddatalösningen håller nationella krav.</li><li>• <a href="#">Regeringen inrättar effektivitetsdelegation för hälso- och sjukvården - Regeringen.se</a></li></ul>
<b>Avgiftsfinansiering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forskare och företag kan betala för tillgång till specifika dataset eller analysverktyg.</li><li>• <a href="#">kunskapsstyrningvard - industriksamverkan</a></li><li>• Alternativ för delfinansiering.</li></ul>
<b>EU-finansiering genom EHDS och Horizon Europe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Möjlighet att söka medel för specifika forsknings- och innovationsprojekt.</li><li>• Alternativ för kortsiktig finansiering.</li></ul>
<b>Vinnova, Vetenskapsrådet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Möjlighet att söka medel för specifika forsknings- och innovationsprojekt.</li><li>• Alternativ för kortsiktig finansiering.</li></ul>

Det alternativ som föreslås för långsiktig finansiering av Kompetenscentrumet är en gemensam regionfinansiering. Fördelningen mellan regionerna kan exempelvis

baseras på befolkningsstorlek, nyttjandegrad eller en kombination av båda. En sådan modell ger stabilitet och speglar att centrumet är till för hela Sveriges hälso- och sjukvårdssystem.

För den kortsiktiga finansieringen, särskilt under etableringsfasen, kan externa finansieringskällor övervägas. Det kan exempelvis handla om att söka EU-medel eller ansöka om projektfinansiering via nationella innovationsaktörer som Vinnova.

När en regiongemensam teknisk lösning är etablerad kan även avgiftsfinansiering vara ett komplement, där externa aktörer som önskar tillgång till data eller analysstöd betalar för nyttjandet. En sådan modell kan utformas med inspiration från bland annat SCB:s MONA-system, där avgiften baseras på handläggningstid och resursåtgång. Detta möjliggör delfinansiering utan att belasta den gemensamma grundfinansieringen.

# 6 Diskussion och rekommendation

## 6.1 Sammanfattande bakgrund och behovsbild

Projektets analys visar ett tydligt behov av ett samordnat och långsiktigt stöd för regionernas arbete med sekundärarvändning av vårddata. Identifierade användningsfall, ökade krav på datadriven styrning, komplexa regelverk och tekniska utmaningar visar att regionerna behöver en gemensam funktion som kan driva utveckling, säkra kvalitet och skapa förutsättningar för jämförbarhet och effektivitet.

Utifrån detta behov rekommenderas att ett regiongemensamt Kompetenscentrum för vårddata etableras. Det ska fungera som en brygga mellan datahållare och dataanvändare, stödja uppföljning och analys samt bidra till utvecklingen av en stark datakultur i hela hälso- och sjukvården.

---

## 6.2 Rekommenderad inriktnings och etablering

Delprojektet rekommenderar att ett regiongemensamt Kompetenscentrum etableras som första steg. Det ger regionerna kontroll, möjligheten att utgå från sina behov och flexibilitet i uppbyggnaden. Centrumet bör samverka tätt med statliga aktörer, men inte initialt organiseras gemensamt med staten.

På sikt kan det finnas skäl att ompröva organiseringen. Om behovet kvarstår och förutsättningar finns, bör ett gemensamt centrum med staten eller en ny nationell organisation kunna övervägas. En sådan utveckling bör ske när struktur, samverkan och finansiering är etablerade.

---

## 6.3 Stegvis framväxt och organatorisk placering

För att balansera snabb uppstart med långsiktig hållbarhet föreslås en stegvis etableringsstrategi:

### 1. Kort sikt (0–3 år):

Kompetenscentrumet etableras inom SKR och det Nationella systemet för

kunskapsstyrning. Det ger snabb tillgång till etablerade nätverk och strukturer.

**2. Medellång sikt (3–6 år):**

Ansvar kan övergå till en eller flera regioner med relevant profil och intresse. Detta skapar närlhet till operativ verksamhet och möjlighet till testbäddar.

**3. Lång sikt (>6 år):**

Om behovet kvarstår och förutsättningar finns, kan en ny, fristående nationell organisation etableras med långsiktig finansiering och tydligt uppdrag.

Det inledande Kompetenscentrumet bör samtidigt få i uppdrag att analysera alternativa organisationsformer på djupet, inklusive juridiska, ekonomiska och tekniska konsekvenser.

---

## 6.4 Rekommenderade fokusområden för verksamheten

För att skapa nytta för regionerna och stödja den nationella vårddatastrategin bör Kompetenscentrumet särskilt fokusera på tre områden:

- Uppdrag och ansvar:**

Tydligt definierat uppdrag att stödja regionerna i arbetet med sekundäravändning, inklusive styrning, prioritering och samordning av användningsfall och analysbehov.

- Datahantering och kvalitet:**

Harmonisering av begrepp, variabelspecifikationer och metadata samt kvalitetssäkring av hälsodata i nära samverkan med regionernas vårddatalager.

- Utbildning och kompetensutveckling:**

Stödja ökad datakunnighet i regionerna genom utbildningar, metodstöd och nätverk för erfarenhetsutbyte – från verksamhetsnära personal till analytiker och beslutsfattare.

## 6.5 Rekommenderad struktur och styrning

Kompetenscentrumet bör organiseras i en fysisk kärnorganisation, kompletterad av en virtuell organisation med resurser från regionerna. Arbetet bör struktureras i tre nivåer:

- **Strategisk nivå:** Styrgrupp med regional representation (t.ex. via sjukvårdsregioner)
- **Taktisk nivå:** Ledningsgrupp med nationell rådgivande funktion
- **Operativ nivå:** Regionala noder samt funktioner för teknik, data & information och kunskap

De tre operativa delarna bör arbeta nära varandra, med särskilt stark koppling mellan teknik och datadel. Kunskapsfunktionen kan på sikt utvecklas till flera specialiserade kompetenscentrum.

## 6.6 Samverkan med staten och andra aktörer

Oavsett organisorisk placering är ett nära samarbete med statliga myndigheter, särskilt Socialstyrelsen, avgörande. Det bör finnas tydliga strukturer för samverkan kring variabelspecifikationer, dataleveranser och prioriterade analysområden. I ett inledande skede föreslås dock att regionerna har huvudansvaret för Kompetenscentrumets styrning.

## 6.7 Finansiering

Delprojektet rekommenderar en gemensam regionfinansiering som långsiktig lösning, där bidrag kan fördelas utifrån exempelvis befolkningsstorlek eller användningsgrad.

För etableringsfasen bör extern finansiering övervägas, såsom EU-medel eller projektfinansiering via Vinnova.

När en teknisk infrastruktur är på plats kan avgiftsfinansiering införas som

komplement, där externa aktörer betalar för tillgång till data eller analysstöd – enligt principer som t.ex. SCB:s MONA-modell.

---

## 6.8 Koppling till behov och användningsfall

Rekommendationen grundar sig på de behov och användningsfall som identifierats i delprojektets tidigare delar. Kompetenscentrumet möjliggör exempelvis:

- Helhetsanalyser av vårdkedjor
  - Identifiering av mönster i beteenden
  - Folkhälsodataanalyser kopplade till socioekonomiska faktorer
  - Simuleringar och scenarioanalyser (what-if)
  - Spridning av goda exempel och stärkt jämlig vård
- 

## 6.9 Vägen framåt – nästa steg efter projektets slut

För att säkra kontinuitet i arbetet efter projektets avslut föreslås följande:

1. **Fortsatt arbete inom NAG Vårddatastrategi**, som fortsatt beredande och samordnande forum för regionernas gemensamma utveckling.
2. **Etablering av ett mindre Kompetenscentrum** inom ramen för det Nationella systemet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, med uppstart redan hösten 2025.

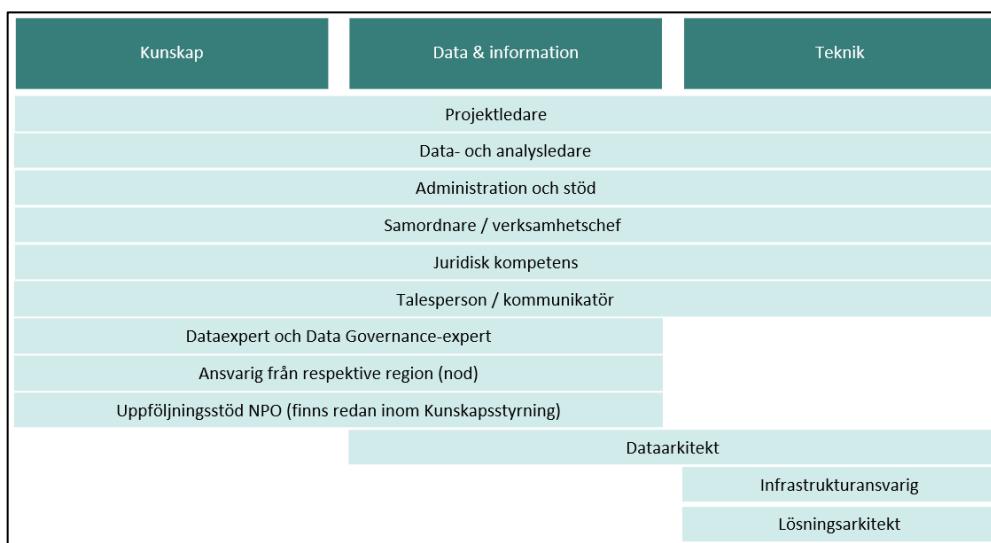
Det inledande uppdraget bör vara att ta vid där delprojekten slutar, samordna nästa steg i vårddatastrategins genomförande och påbörja prioriterade aktiviteter såsom test av användningsfall, kompetensuppbryggnad och samverkansstrukturer.

---

### 6.9.1 Roller och tidplan

Kompetenscentrumet behöver över tid bemannas med ett flertal olika roller för att täcka verksamhetens behov. Bemanningen föreslås byggas upp stegvis, med utgångspunkt i ett förberedande etableringsår, benämnt år 0.

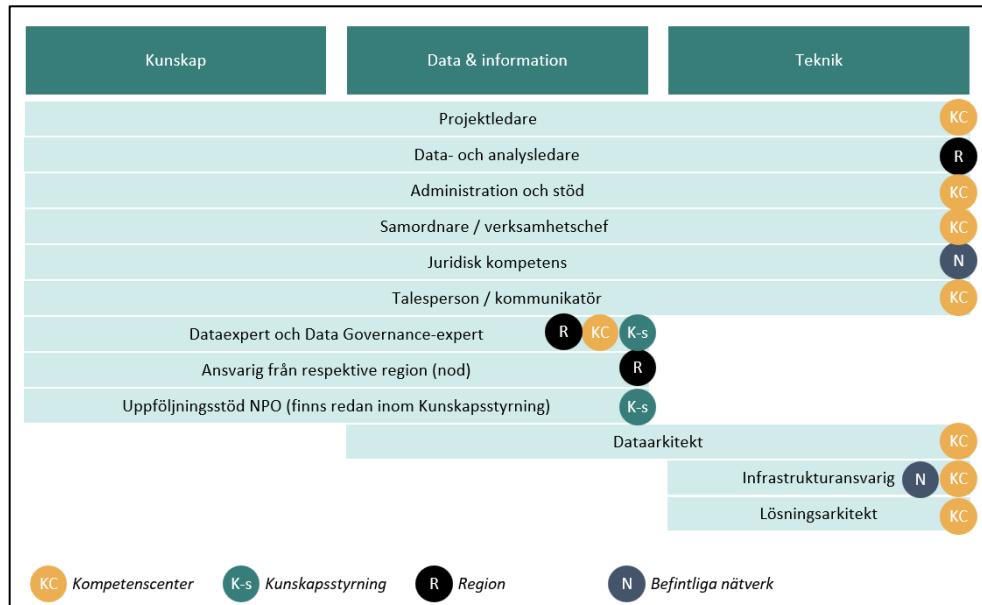
I Figur 10 visas en översikt över de roller som bör ingå redan från start, strukturerade utifrån de tre kärnområdena: Kunskap, Data & Information samt Teknik. Denna initiala bemanning skapar förutsättningar för att påbörja arbetet i liten skala, men med rätt kompetensbas för att stödja analys, datahantering och teknisk utveckling.



Figur 10 Roller att inkludera i Kompetenscentrumet under år 0

Bemanningen i Kompetenscentrumet föreslås utgöras av en kombination av centralt anställda resurser och virtuella resurser. De virtuella resurserna är anställda inom exempelvis regioner och bidrar till centrumets arbete genomav satt tid och specialistkompetens. Denna modell möjliggör både flexibilitet och bredd i kompetensförsörjningen, samtidigt som den bygger vidare på befintliga strukturer och erfarenheter i regionerna.

I figuren nedan illustreras ett förslag på varifrån olika typer av kompetens kan hämtas. En uppskattning av resursbehovet för år 0 – uttryckt i antal heltidstjänster – finns sammanställd i Appendix 4.



Figur 11 Förslag på var kompetensen kan komma ifrån

## 6.10 Slutsats

Ett regiongemensamt Kompetenscentrum är en genomförbar, flexibel och kraftfull lösning för att stödja regionernas arbete med sekundäranvändning av hälsodata. Genom att kombinera tydlig styrning, stegvis utveckling och nära samverkan med staten och andra aktörer, kan centrumet skapa konkret nytta på kort sikt och samtidigt lägga grunden för en hållbar nationell struktur för hälsodatahantering.

## 7 Slutsatser

Nedan följer en summering av delprojektets förslag till beslut samt nästa steg.

### 7.1 Styrgruppens beslut

Arbetsgruppens rekommendation är att styrgruppen fattar beslut att:

*a) Godkänna leverans av delprojekt 5*

Godkännandet av denna leverans innebär att styrgruppen godkänner rapporten. Det innebär dock inte ett beslut om att påbörja konkreta aktiviteter, såsom etableringen av ett Kompetenscentrum.

Beslut om projektets rekommendationer för eventuellt skapande av ett kompetenscentrum kommer att tas i samband med projektets sista leverans (Leverabel 6) i juni 2025, då styrgruppen får tillgång till en samlad bedömning baserad på samtliga delprojekt.

De beslut som fattas i juni föreslås avse verksamhet under hösten 2025 och våren 2026. Ytterligare beslut – bland annat kopplade till den regiongemensamma tekniska lösningen och fortsatt verksamhet – förväntas tas under våren 2026.

### 7.2 Nästa steg – inför beslut i juni 2025

För att styrgruppen ska kunna fatta beslut i juni 2025 och för att säkerställa fortsatt framdrift i projektet, har delprojektet sammanställt de nästa steg som behöver genomföras av projektet och NAG Vårddatastrategi under våren 2025.

#### 1. Utreda förutsättningarna för fortsatt arbete med Kompetenscentrumet fram till beslut i juni

a. Klargöra när år 0 bör starta och om det finns behov av en förberedande uppstartsfas i ännu mindre skala, t.ex. med NAG, ett mindre team från SKR (3–4 resurser) och utvalda ämnes experter.

b. Detaljera vidare:

- Uppdragets innehåll under år 0
- Kompetens- och bemanningsbehov
- Kostnadsestimat

Dessa ska baseras på rekommendationerna i denna rapport samt nästa steg från övriga delprojekt.

- c. Det initiala uppdraget för ett etablerat Kompetenscentrum (år 0) bör inkludera:
- \* Fortsättning av arbetet från delprojekt 1–4
  - \* Nationell harmonisering av variabler
  - \* Vidareutveckling och prioritering av användningsfall
  - \* Utredning och genomförande av pilot med ett fåtal regioner kring ett gemensamt ramverk för Data Governance och datakvalitet
  - \* Förberedelser för marknadsdialog
  - \* Fortsatt samverkan med berörda myndigheter
- 

## 2. Fortsatt omvärldsbevakning genom NAG

NAG bör genomföra kontinuerlig omvärldsbevakning för att följa utvecklingen i andra parallella initiativ, både nationellt och internationellt. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot European Health Data Space (EHDS) och andra relevanta arbeten som kan påverka strategiska vägval och samverkansformer.

---

## 3. Förankringsarbete inför beslut

NAG bör fortsätta och fördjupa förankringsarbetet inom två huvudsakliga områden:

### a. Breddad förankring med fler regioner

Projektets resultat och förslag bör presenteras och diskuteras med fler regioner än de som hittills varit involverade, för att säkerställa att viktiga perspektiv fångas upp. Fokus bör ligga på nyttan med ett Kompetenscentrum för regionerna. Särskild vikt bör läggas vid att engagera de regioner som enligt analysen i delprojekt 2 har kommit kortare i sin datamognad.

### b. Dialog med nationella myndigheter

En fortsatt förankring och dialog med Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten är avgörande för att skapa samsyn kring roller, ansvarsfördelning och gemensamma utvecklingsområden.

---

## 8 Appendix

Appendix 1: Primär- och sekundärar använtning

Appendix 2: Beskrivning av roller

Appendix 3: Diskussionsunderlag statlig involvering

Appendix 4: Dimensionering av Kompetenscentrum år 0

## 9 Referenser

- [1] OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), "Health at a Glance: Europe 2024," OECD, 2024.
- [2] EY och SKR, "Strategi för gemensam vårddatahantering inom området uppföljning och analys," 2021.
- [3] Venkatraman, "Managing IT resources as a value center," in *IS Executive Seminar Series, Cranfield School of Management*, 1996.