

**PROSJEKTMANDAT FOR
<PROSJEKTID> + FELLES KLINISK
KUNNSKAPSGRUNNLAG**

KONSEPTFASE

Versjonsnummer: 0.94		
Godkjent dato: [dato]	Godkjent av virksomhetsleder: [navn]	Utarbeidet av: Bente S. Nedrebø, Siv Ingebrigtsen, Elin Høyvik Kindingstad, Nina Bjørlykke og Øyvind Nottveit

1. BESKRIVELSE AV IDE OG BEHOV

1.1. Bakgrunn

Prosjektmandatet gjelder *en konseptutredning* for å identifisere [A1] en anbefalt måte å gi klinikere oppdatert og felles kunnskapsgrunnlag¹ slik at de effektivt kan yte likeverdig helsehjelp til sine pasienter.

En god helse- og omsorgstjeneste er avhengig av at tjenesten utnytter tilgjengelig kunnskap og erfaring, og at de tar i bruk ny kunnskap samtidig som utdatert praksis opphører.² Dette blir stadig mer utfordrende i helsevesenet da mengden av ny kunnskap øker betraktelig fra år til år.³

For å imøtekomme dagens utfordringer utarbeider blant annet helseforetakene, Helsedirektoratet og spesialistforeningene kliniske kunnskapsgrunnlag som fagprosedyrer, kliniske anbefalinger, retningslinjer og metodebøker, slik at helsepersonell lettere får tilgang til oppdatert kunnskap. Det er krevende å holde disse oppdatert og det utføres parallelt arbeid ved at det lages dupliserte kunnskapsgrunnlag i de forskjellige foretakene. For klinikerne som leter etter oppdaterte kunnskapsgrunnlag er det utfordrende med mange ulike kilder å forholde seg til. Det er vanskelig å vite hvilket kunnskapsgrunnlag som er sist oppdatert, gyldig, relevant og har tilstrekkelig kvalitet, samt dokumentere hvilke versjoner av ulike prosedyrer som er benyttet. Klinikerne savner også brukervennlige grenseflater og gode søkemuligheter i mange av kunnskapskildene som benyttes. Dagens situasjon gjør det utfordrende å redusere uønsket variasjon i helsefaglig praksis⁴, og sikre at helsehjelpen som ytes er i henhold til oppdaterte retningslinjer.

Prosjektet 'Felles klinisk kunnskapsgrunnlag' har bakgrunn i rapporten fra Nasjonal IKT tiltak 50 '[Kunnskapsbasert pasientplanlegging](#)'. Tiltak 50 omhandlet både kunnskapsstøtte, beslutningsstøtte og prosesstøtte. I dette prosjektet har vi avgrenset omfanget til kun å omhandle kunnskapsstøtte, som senere kan bli et grunnlag for prosess- og beslutningsstøtte.

1.2. Foreløpig forventede gevinster

Felles klinisk kunnskapsgrunnlag vil kunne gi betydelige gevinster for spesialisthelsetjenesten, samt fordeler for pasienter og primærhelsetjenesten. Foreløpige identifiserte gevinstområder er:

- **Reduksjon i variasjon**
Ved å dele et oppdatert kunnskapsgrunnlag vil klinikere få støtte til yte likeverdig helsehjelp. Dette vil medvirke til bedre kvalitet i behandlingen og reduksjon i uønsket variasjon⁵.
- **Faglig oppdateringer**
Et felles oppdatert kunnskapsgrunnlag bedrer forutsetningene for helsepersonell å overholde sin plikt om å holde seg faglig oppdatert ved stadig økende mengde nye metoder, prosedyrer og retningslinjer.
- **Pasientmedvirkning**

¹ Kunnskapsgrunnlag = En sekkebetegnelse for retningslinjer, veiledere, prosedyrer, anbefalinger og annen beskrivelse av kunnskap som legges til grunn for helsehjelp

² Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Helsedirektoratet 10/2012

³ <http://www.cdnsiencepub.com/blog/21st-century-science-overload.aspx> og <http://altmetrics.org/manifesto/>

⁴ Oppdragsdokument 2018 til helseregionene fra regjeringen

⁵ Helse og omsorgsminister Bent Høie sykehustaler, styringsmål 2016 og -2017

Et tilgjengelig kunnskapsgrunnlag kan gi sterkere pasientmedvirkning ved at pasienten får innsyn og oversikt over ulike typer behandling. Prosjekt for Digitale Innbyggertjenester (DIS) utreder konsepter for personlig kunnskapsstøtte til innbyggere og pasienter. Det er stort potensiale for å spare ressurser dersom kunnskapsstøtten for pasienter og helsepersonell kan baseres på samme kunnskapsgrunnlag. Felles kunnskapsgrunnlag kan støtte samarbeid med pasienter og primærhelsetjeneste. for å spare ressurser dersom kunnskapsstøtten for pasienter og helsepersonell kan baseres på samme kunnskapsgrunnlag. Felles kunnskapsgrunnlag kan støtte samarbeid med pasienter og primærhelsetjeneste.

- **Reduksjon i parallelt arbeid**

Felles IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten⁶ peker på økt effektivitet ved hjelp av samordning. Et tilgjengeliggjort kunnskapsgrunnlag vil medføre mindre dobbeltarbeid ved utarbeiding av retningslinjer. Det vil også være enklere å søke etter og distribuere oppdaterte retningslinjer på tvers av ulike helseforetak og regioner.

- **Grunnlag for beslutningsstøtte**

Både Meld.St. 9 «Én innbygger – én journal» og Felles IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten har formulert beslutningsstøtte som et mål. Felles klinisk kunnskapsgrunnlag kan være et godt grunnlag for felles beslutningsstøtte.

- **Tidsbruk for helsepersonell som skal bruke kunnskapsgrunnlag**

Et samlet, brukervennlig og oppdatert kunnskapsgrunnlag kan være effektiv støtte for helsepersonell. Det er mindre tidkrevende for klinisk personell å søke i en kilde enn å søke i flere kilder. Et felles kunnskapsgrunnlag kan presenteres på mobile løsninger og kunnskapsgrunnlag kan enkelt gjenbrukes for eksempel ved dokumentasjon i EPJ.

- **Tidsbruk for helsepersonell som skal dokumentere utført helsehjelp**

Et samlet kunnskapsgrunnlag med effektiv versjonshåndtering vil redusere tidsforbruket knyttet til dokumentasjon av utført behandling.

2. BESKRIVELSE AV MÅL (KONSEPTFASEN)

Konseptfasen vil resultere i en konseptutredning med anbefalt konsept og plan for videre arbeid. I konseptutredningen vil man synliggjøre tilnærminger for et mulig hovedprosjekt, vurdere usikkerhet og gevinster som et hovedprosjekt vil innebære

Konseptutredningen skal gi en anbefaling for hvordan klinisk kunnskapsgrunnlag bør lages, publiseres, brukes, revideres og faglig forvaltes i spesialisthelsetjenesten. [A2] Konseptutredningen adressere følgende spørsmål:

- Hvordan bør kunnskapsgrunnlaget helsefaglig forvaltes?
- Hvilke områder gir det størst gevinst å etablere felles kunnskapsgrunnlag på?
- Hva er de viktige funksjonelle kravene til systemstøtte? (f.eks. søk og brukervennlighet)
- Hva er behovet for strukturert format på kunnskapsgrunnlaget?
- Hvordan sikre at resultatet av hovedprosjektet blir klinikernes hovedkilde til klinisk kunnskapsgrunnlag?
- Hvordan kan kunnskapsgrunnlaget være et bidrag til senere innføring av prosess- og beslutningsstøtte⁷?

6

<https://nasjonalikt.no/Documents/Saksdokumenter%20for%20styremøte%20og%20PF/Strategi%20NIKT%202016%20-%202019.pdf>

⁷ Mld. St. 9 (2012 – 2013) Én innbygger – én journal

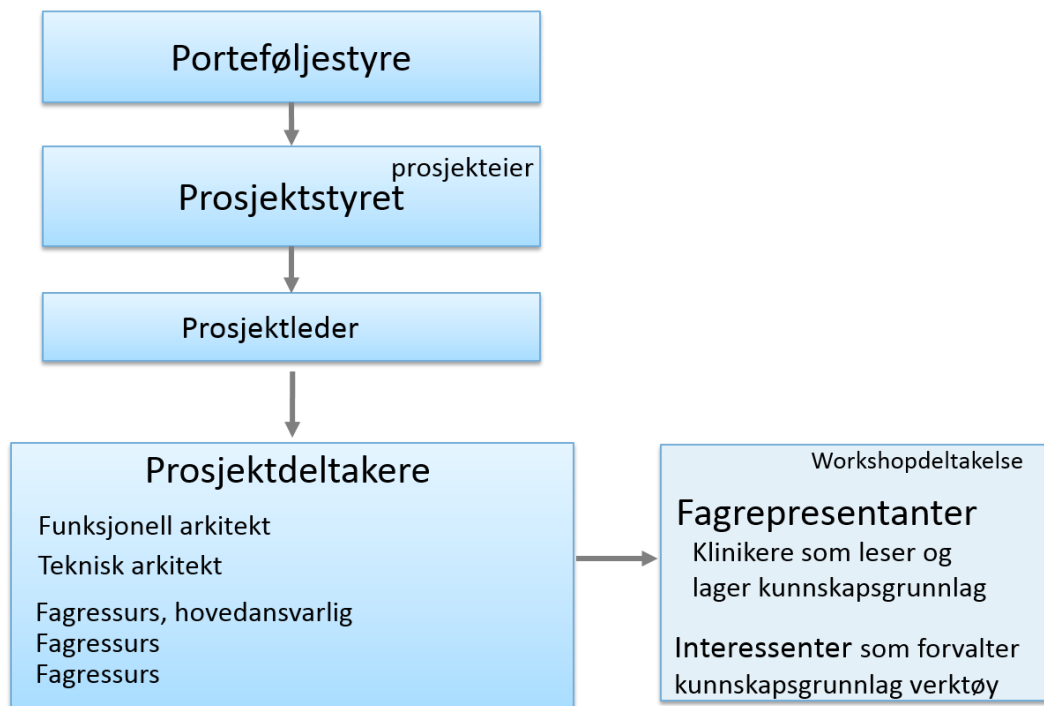
Det er en forutsetning at antall kunnskapsskilder blir redusert dersom en skal gå videre med planleggings- og gjennomføringsprosjekt. Kvalitet og brukervennlighet i felles kunnskapsgrunnlag må være så høy at helsepersonell foretrekker å benytte dette felles kliniske kunnskapsgrunnlaget i stedet for de mange eksisterende kunnskapsskildene.

3. INTERESSENER

Ved inngangen til konseptfasen er det avdekket følgende interesser:

Interessent	Begrunnelse
Klinikere som lager kunnskapsgrunnlag	Klinikere som utarbeider rutiner, retningslinjer, prosedyrer og metodebøker har behov for et sted å lagre, forvalte og publisere kunnskapsgrunnlaget.
Klinikere som bruker kunnskapsgrunnlag	Klinikere som bruker kunnskapsgrunnlag har behov for å få lett tilgang på disse ved hjelp av god funksjonalitet (gode søk, intuitive og brukervennlige grensesnitt).
Pasienter og pårørende	Pasienter som mottagere av helsetjenester og pårørende som søker informasjon om tjenesten.
Helseregionene og sykehusledelse, inkludert fagdirektører	Hovedansvarlige for behandling basert på tilgjengelig kunnskapsgrunnlag.
Kvalitetssjefer (regionale og lokale)	Ansvarlige for etablering og forvaltning av metodebøker, prosedyrer og kliniske retningslinjer på overordnet nivå.
Helsedirektoratet	Utarbeider og publiserer nasjonale retningslinjer.
Kunnskapssenteret ved Folkehelseinstituttet	Samarbeid for publisering av kunnskapsgrunnlag.
Helseregionenes IKT-organisasjoner	Prinsipper for teknisk forvaltning og eventuell integrasjon mellom kliniske systemer og kunnskapsgrunnlag.
Direktoratet for e-helse	Informasjonsbehov som koordinator innen e-helseområdet og forvalter av nasjonal nettløsning helsenorge.no.
Pågående regionale og lokale prosjekter eller arbeidsgrupper som arbeider med kunnskapsgrunnlag	Samler, utarbeider og publiserer kunnskapsgrunnlag .
Prosjekt 'Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten'	Delprosjekt 'Personlig kunnskapsoversikt' tilbyr kunnskapsgrunnlag for pasienter.
Nasjonalt senter for e-helseforskning	Vil levere forskning til konseptutredningen. Gjennomfører litteraturstudie og intervjuer om erfaringer fra bruk og forvaltning av kunnskapsgrunnlag.
Primærhelsetjenesten	Behovet for kunnskapsgrunnlaget i spesialist- og primærhelsetjenesten er overlappende.

4. ORGANISERING OG ANSVAR



‘Felles klinisk kunnskapgrunnlag’ konseptfasen gjennomføres som et prosjekt i Nasjonal IKT. Prosjektet vil følge prinsipper og retningslinjer for prosjekteierstyring for Nasjonal IKT. Tabellen under beskriver viktige roller for styring av prosjektet.

Rolle	Ansvar	Navn	Virksomhet/ Tittel
Prosjekteier (leder for prosjektstyret)	Prosjekteier er overordnet ansvarlig for å levere prosjektet i henhold til prosjektets mandat.	Ulf Sigurdson	Leder e-helse Helse Sør-Øst RHF
Prosjektstyre	Prosjektstyret er ansvarlig for godkjenning av mandat for prosjektleder, inkludert spesifisering av toleranser.	Stig Hartug	Kvalitetssjef Helse Vest RHF
Prosjektleder	Prosjektleder avrapporterer til prosjekteier og porteføljeansvarlig og sikrer framdrift ihht prosjektplan	Frikjøpes	

5. TIDSPLAN OG RESSURSBEHOV

Tidsramme for konseptfasen er satt mai 2018 til februar 2019. Planen avhenger av prosjektdeltagernes muligheter til å delta på møter og involvering av deltagere utenfor spesialisthelsetjenesten.

Ressursbehov i prosjektet fra regionale helseforetak er estimert til 1,4 årsverk.

Det vil i perioden april til desember 2018 være behov for følgende ressurser fra regionene:

Ressurs	Ansvar	Allokering	Avklart ressurs
Prosjektleder	Prosjektleder er ansvarlig for å gjennomføre konseptfasen.	95%	
Virksomhetsarkitekt / funksjonell arkitekt	Virksomhetsarkitekt er ansvarlig for å beskrive arbeidsprosesser og informasjonsbehov i nåsituasjon og konsepter for fremtidig situasjon, og er ansvarlig for å utarbeide en funksjonell behovsbeskrivelse.	50%	
Teknisk arkitekt	Teknisk arkitekt er ansvarlig for å beskrive relevant systemstøtte i dag, teknologisk utvikling og teknisk side av konsepter for fremtidig situasjon, og er ansvarlig for å utarbeide en teknisk behovsbeskrivelse.	50%	
Fagressurs med hovedansvar	Klinisk ressurs som er overordnet ansvarlig for å få frem dagens utfordringsbilde, prioritering av krav, og å bidra til utforming av konsepter.	50%	
Fagressurs	Klinisk ressurs som bistår hovedansvarlig fagressurs i arbeidet.	20%	
Fagressurs	Klinisk ressurs som bistår hovedansvarlig fagressurs i arbeidet	20%	

I tillegg vil prosjektet benytte fagforumene i Nasjonal IKT og sentrale interessenter i arbeidsmøter.

6. FØRINGER OG RAMMEBETINGELSER

6.1. Overordnede føringer

Forhold og rammer som prosjektet må forholde seg til omfatter:

- Helsepersonells plikt til faglig forsvarlighet, herunder å holde seg faglig oppdatert og dokumentere helsehjelp⁸
- Nasjonal e-helsestrategi⁹
- Strategi for Nasjonal IKT HF – En felles IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten¹⁰
- Nasjonal IKTs arkitekturprinsipper¹¹
- Eksisterende fellesløsninger som for eksempel 'Felles nettløsning for pasienter' (Helsenorge.no)

6.2. Avgrensning for prosjektet

Identifiserte avgrensninger for prosjektet omfatter følgende:

- Prosjektet omfatter ikke beslutningsstøtte. Helsedirektoratet er overordnet ansvarlige for tiltak på det området.
- Det er kun relevant for prosjektet å vurdere hvordan det ferdige kunnskapsgrunnlag fra Helsedirektoratet kan sameksistere med kunnskapsgrunnlag i ny løsning.
- Hovedprosjektet skal ikke lage et fullstendig klinisk kunnskapsgrunnlag, men fasilitere en begrenset pilot.

⁸ Helsepersonelloven § 4 og <http://tidsskriftet.no/2001/01/rett-og-urett/helsepersonelloven>

⁹ <https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20m%c3%a5l%202017-2022.pdf>

¹⁰

<https://nasjonalikt.no/Documents/Saksdokumenter%20for%20styremøte%20og%20PF/Strategi%20NIKT%202016%20-%202019.pdf>

¹¹ <https://kilden.sykehusene.no/x/IQBP>

6.3. Prosjektets avhengigheter

Identifiserte avhengigheter for prosjektet er:

- **Nasjonale særtema.** Nasjonale særtema utarbeides av Direktoratet for e-helse i samarbeid med Én innbygger - én journal, Helsedirektoratet og Helseplattformen.
- **Helsebiblioteket.** Helsebiblioteket publiserer i dag faglige prosedyrer, og har en eksisterende løsning som dekker noe av de samme behovene som dette prosjektet.
- **Personlig kunnskapsoversikt (Helsenorge).** I Digitale Innbyggertjenester i Spesialisthelsetjenesten (DIS-prosjektet) utarbeides det i disse dager en konseptrapport for "Personlig kunnskapsoversikt" for pasienter og pårørende. Prosjektet har mange sammenfallende behov med prosjekt Felles kunnskapsgrunnlag.

6.4. Overordnede økonomiske føringer for prosjektet (konseptfasen)

Estimert kostnad for konseptfasen er 2 MNOK, og dekker hovedsakelig deltakelse av prosjektleder samt reiseaktivitet og møterom for deltagere i prosjektet samt risikopåslag.

Konseptfasens toleransegrenser før behandling i prosjektstyret er forsinkelse på mer enn en måned, prognose på overforbruk på mer enn 10% samt vesentlige utfordringer knyttet til gevinstrealisering.

6.5. Identifiserte usikkerhetslementer

Identifiserte usikkerhetslementer for gjennomføring av konseptfasen inkluderer at det kan være utfordrende å identifisere og analysere konsekvenser ved valg av de ulike konseptene, at det kan være krevende å komme til enighet om konseptalternativer og anbefalt konsept, og å finne en velfungerende styringsmodell for felles kunnskapsgrunnlag.

Vellykket gevinstuttak har følgende vesentlige usikkerhetslementer: Løsningen er ikke brukervennlig nok eller har ikke tilstrekkelig relevant innhold. Dette fører til at kunnskapsgrunnlaget ikke blir brukt. Et annet usikkerhetslement er at forvaltningsmodellen ikke følges eller virker etter hensikten slik at oppdatert kunnskapsgrunnlaget ikke er tilgjengelig på ett sted.

7. KONSEKVENSN HVIS IDEEN IKKE BLIR UTREDET

Dersom konseptfasen ikke gjennomføres har man ikke beslutningsgrunnlag for å velge konsept for å få etablert et felles kunnskapsgrunnlag innen spesialisthelsetjenesten.

Hvis prosjektet ikke gjennomføres vil de nåværende utfordringene bli forsterket som følge av økende kunnskapsmengde.

- Det vil utvikles flere nasjonale, regionale og lokale «portaler» med kunnskapsgrunnlag, og kunnskapsgrunnlaget vil ha varierende format og kvalitet. I tillegg benyttes mange av de internasjonale portalene. Dette fører til at klinikere fortsatt må bruke unødvendig lang tid på å finne fram til relevant oppdatert kunnskapsgrunnlag.
- Det er risiko for uønsket variasjon i pasientbehandling og risiko for redusert kvalitet i behandling ved at de ulike kunnskapsgrunnlagene i sektoren har ulik oppdatering, kvalitet og tilgjengelighet.
- Det vil fortsatt pågå mye parallelt arbeid med utvikling av duplisert kunnskapsgrunnlag. I 2009 var 4700 ansatte i norske helseforetak involvert i å lage fagprosedyrer og det totale antallet fagprosedyrer var 45 00012.



NASJONAL IKT

- Det vil være et økende behov for deling av kunnskapsgrunnlag på tvers av helseforetak og helseregioner i forbindelse med faglig samarbeid, spesialisering og funksjonsdeling mellom ulike sykehus.
- Ressurssterke pasienter vil i økende grad etterspørre kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for pasientbehandlingen.
- Det vil være mer utfordrende å etablere prosess- og beslutningsstøtte, og da det ikke vil finnes et felles kunnskapsgrunnlag som prosess- og beslutningsstøtten kan ta utgangspunkt i.