

E-helse 17/283

2017.05.16 - Tjenestebasert Adressering - Høringsvar fra MediLink Software

Ref dokument: HIS 1153-3 Høringsutkast 2017 del 3 – tjenestetyper

https://ehelse.no/Documents/Standarder/horinger/Tjenestebasert%20adressering%20del%203_Tjenestetyper/HIS_1153_3_H%C3%B8ringsutkast.pdf

Rødt = tekst fra høringsdokument

Sort = våre kommentarer

Blått = våre nummererte spørsmål vi gjerne vil ha en tilbakemelding på.

Et lite tilbakeblikk på Tjenestebasert adressering del 1

Før vi behandler høringsdokumentet ser vi litt tilbake på HIS-1153_1_2016 Tjenesteadr del-1

https://ehelse.no/Documents/Standarder/HIS_1153_1_2016%20Tjenestebasert%20adressering%20del%201.pdf

Avsnitt 3 - side 7, hvor **kommunikasjonspart** beskrives:

Logisk avgrenset del av en virksomhet i helse- og omsorgstjenesten, som sender og/eller mottar elektroniske meldinger. Merk 2: En kommunikasjonspart vil som hovedregel være **knyttet til** en tjenestetype.

1. Hva menes med "**knyttet til**" her, på hvilken måte "**knyttet**" til?
2. I hvilke tilfeller er det ikke en slik "knytning"?

På side 8 beskrives tjenestetype:

Merk 1: Begrepet «tjeneste» er her ikke ensbetydende med «helsetjeneste».

Merk 2: En fastlege yter helsetjenester, men registreres ikke med en tjenestetype i Adresseregisteret. Som navn på kommunikasjonsparten benyttes navnet på fastlegen.

Det er uklart hvordan tjeneste skal forstås. Vi finner ingen definisjon på "tjeneste" relatert til tjenestebasert adressering.

3. Det er uklart hva som menes med dette.
4. Hva er forskjellen på kommunikasjonspart og tjeneste?
5. Hva er beskrivelsen for basisbegrepet tjeneste?
6. I hvilket dokument står dette beskrevet og forklart?

Avsnitt 4.1, side 9 i samme dokument. Her beskrives hensikten med tjenestebasert adressering:

Tjenestebasert adressering bidrar til å **frikoble** adresseringen **fra virksomhetenes interne organisering** ved at virksomhetene benytter enhetlige tjenestetyper i adresseringen. Dette fører til **enklere vedlikehold** av informasjon om virksomheter og kommunikasjonsparter i Adresseregisteret, samtidig som det blir enklere for avsender å velge **riktig mottaker** av meldingen.

Bra! Vi støtter denne fremstillingen. Med dette forventes entydighet og forenkling. Vi synes ikke det er konsekvent bruk når en tjenestetype vekselvis både kan benyttes for en klassifisering av en tjeneste og fortelle om navnet på en helseperson (lege). Da får tjeneste-begrepet flere oppgaver og det er vanskelig å se hvordan navnet på en lege kan forstås som en tjenestetype. Kan dette ha oppstått som en følge av at en begynte å kalle legene kommunikasjonsparter uten å tenke helt gjennom hva det ville føre til.

Avsnitt 4.2, side 9 i samme dokument:

Hver enkelt kommunikasjonspart **representerer** en tjeneste og navn på kommunikasjonsparten vil som **hovedregel** være en tjenestetype

7. Hva menes med **representerer** her, **representerer** på hvilke måte?
8. Finnes det noen eksempler på (navn) kommunikasjonspart som IKKE er en tjeneste/tjenestetype?
9. Det beskrives flere steder at kommunikasjonspart representer en tjeneste. Vi oppfatter at disse to begrep er samme sak i alle beskrivelser. Hva er tanken bak at det benyttes to forskjellige begrep om det samme?

I forhold til begrepet kommunikasjonspart mener vi det vil være mye enklere å forholde seg til begrepene tjeneste, tjenestenavn og tjenestetype. I tillegg bør det være kjent for alle i sektoren at begrepet kommunikasjonspartner var innarbeidet blant aktørene gjennom mange år før kommunikasjonspart dukket opp. Dette har ført til mye forvirring hos aktører og brukere. Kommunikasjonspartner er definert med EDI-noden og bakeforliggende faglig enhet (og epj).

10. Hvilke ulemper vil det være om vi faser ut bruken av begrepet kommunikasjonspart?

Tilbake til HIS 1153-3 Høringsutkast 2017

https://ehelse.no/Documents/Standarder/horinger/Tjenestebasert%20adressering%20del%203_Tjenestetyper/HIS_1153_3_H%C3%B8ringsutkast.pdf

Avsnitt 3.1, side 7

..**Unntaket** er fastlegene hvor navnet på **kommunikasjonsparten** vil være **navnet** på den enkelte fastlege istedenfor en **tjenestetype** fra et nasjonalt kodeverk.

Bruken av unntak skaper misforståelser og overseelser. Her mener vi det er mulig å unngå dette helt, noe vi forklarer lengre ned i vår tilbakemelding.

11. Hvorfor har en valgt å inkludere legene i tjenestebasert adressering?

Avsnitt 3.4.1, side 11

AD3.4 Virksomheter av type 'Helseforetak og private sykehus' skal registrere følgende kommunikasjonspart: **'Samhandling nasjonale tjenester'** fra kodeverk 8666

Merk: Tjenestetypen benyttes i samhandlingen med nasjonale tjenester som **Reseptformidleren, NAV, Helfo mv.**

Se nedenfor

Avsnitt 3.4.2, side 13

AD3.6 Virksomheter av type 'Kommune' skal minimum registrere følgende **kommunikasjonsparter**:

12. Hvorfor brukes begrepet kommunikasjonspart her? Vi forventet tjeneste(type).

Avsnitt 3.4.3, side 13

Fastlegen representerer en tjeneste i tjenestebasert adressering og **navnet på kommunikasjonsparten** vil være navnet på **den enkelte fastlege**.

Dette er et eksempel på noe som gjentas flere steder i samme dokument og i flere dokument. Dette ser vi om andre ting også. Dette kan fort medføre at dokumentasjon begynner å sprike og dokumentbrukeren blir usikker på hva som er korrekt. Slikt skal beskrives i et (referanse)dokument og deretter henvises til i andre dokument.

AD3.7 For **virksomhetstypen 'Fastlege'** skal navnet på **kommunikasjonsparten** være navnet til **den enkelte fastlege**.

13. Her er bruken av virksomhetsstype uklar. Det skal kanskje stå tjenestetype her?

AD3.9 Virksomheter av type 'Fastlege' skal registrere følgende kommunikasjonspart: 'Samhandling nasjonale tjenester' fra kodeverk 8666

Merk: Tjenestetypen benyttes i samhandling med nasjonale tjenester som Reseptformidleren, NAV, Helfo mv.

Se nedenfor

Avsnitt 3.4.4 – side 14

AD3.11 Virksomheter av type 'Privat røntgeninstitutt' og 'Privat laboratorium' skal registrere følgende kommunikasjonspart: 'Samhandling nasjonale tjenester' fra kodeverk 8666

Merk: Tjenestetypen benyttes i samhandling med nasjonale tjenester som Reseptformidleren, NAV, Helfo mv.

Se nedenfor

Avsnitt 3.4.5 – side 14

AD3.13 Virksomheter av type 'Andre private virksomheter' skal registrere følgende kommunikasjonspart: 'Samhandling nasjonale tjenester' fra kodeverk 8666

Merk: Tjenestetypen benyttes i samhandling med nasjonale tjenester som Reseptformidleren, NAV, Helfo mv.

Se nedenfor

Avsnitt 3.4.7 – side 16

AD3.17 Virksomheter av type 'Tannlege/Tannhelse' skal registrere følgende **kommunikasjonspart**: 'Samhandling nasjonale tjenester' fra kodeverk 8666

Merk: **Tjenestetypen** benyttes i samhandling med nasjonale tjenester som Reseptformidleren, NAV, Helfo mv.

Bruk av begreper: I disse kravbeskrivelsene benyttes først begrepet "**kommunikasjonspart**". Deretter benyttes begrepet "**tjenestetype**" om det samme i neste setning. En slik variabel bruk av begreper gjør dokumentet mindre tilgjengelig og kan fort skape forskjellig forståelse hos forskjellige personer.

Igjen foreslår vi å fase ut begrepet "kommunikasjonspart" og erstatte det med "tjeneste" ("tjenestenummer" og "tjenestetype").

Spørsmålet og kommentarer nedenfor er felles for punktene AD3.4, AD3.9, AD3.11, AD3.13, AD3.17 :

14. Hva er logikken bak å benytte "Samhandling nasjonale tjenester" som tjeneste på et legekontor, sykehus, private institusjoner, tannlege osv, når det er RF, NAV etc. som tilbyr tjenesten og forøvrig har disse de nødvendig tjenester definert i kodeverk 8658 for statlig forvaltning?

Her forstår vi det slik at en fastlegetjeneste skal angi seg selv med en annen spesiell tjenestetype på avsender legekantoret når en sender til NAV, mens en ellers sender fra fastlegekantoret. Dette er enda et unntak som ikke følger resten konseptet for tjenestebasert adressering. Dette er et nytt eksempel hvor begrepet tjenestetype får flere oppgaver. En slik flerbruk av et begrep er lett å misforstå og må unngås.

Dette blir det samme som å skulle definere "Samhandling Bildediagnostikk" som en tjeneste på legekantoret når legekantoret utveksler med et røntgensenter. En helseinstitusjonens tjenester skal være relle for institusjonens tjenester og ikke variere avhengig av hvem en sender til?

Dette synes vi er en merkelig komplisering av et ellers greit begrep - dette blir forvirrende, kompliserende og helt unødvendig. De nevnte nasjonale virksomhetene har alle sine tjenestetyper definert og noe mer trengs ikke. Vi ser heller ikke hvordan "mange til en" påvirker noe her, eller hva en mener med "mange til en". Hvis 100 legekantorer utveksler mot et røntgensenter kan en jo se på dette også som en "mange til en" situasjon.

Leger versus Tjenestebasert Adressering.

Det er kanskje allerede tydelig; vi synes det å inkludere leger i tjenestebasert adressering passer veldig dårlig med med konseptet tjenestebasert adressering. Selv om en lege/person er ansvarlig behandler for en melding, skal ikke legen være en del av tjenestebasert adressering. Her må en skille de tekniske behovene for å utveksle informasjon fra de organisatoriske og ansvarsmessige sider. Dette betyr ikke at en melding ikke kan rettes til en lege som relaterer til tjenesteadressen. Angivelse av legen gjøres på vanlig måte med identifikatorer i selve meldingens innhold, normalt basert på HER-id.

En "tjenesteadresse" (HER-id) vil ha adresseparametre relaterte til selve transporten av informasjonen, dette kan være meldingstype, EDI-adresse, ebXML-parametre osv. En lege/person har ingen slike egne adresseparametre (kommunikasjonsparametre).

Vi ser dette slik: Tjeneste er en klassifisering med tjenestetyper. På et fastlegekantoret utføres det fastlegetjenester. Det er ofte flere leger/personer som utfører samme tjeneste. I forhold til tjenestebasert adressering er det altså fastlegetjenesten som er mottaker/avsender av en melding. I tillegg vil HER-id for lege/person selvfølgelig være inkludert i meldingsinnholdet, men disse identifikatorene har ingenting med

tjenesteadresseringen å gjøre. Legene/personene er brukere i et felles fagsystem med en eller flere tjenester definert.

Dette kan bekreftes ved å se på kommunikasjonsparametrene på et legekantor, hvor alle fastlegene har de SAMME kommunikasjonsparametre – de er felles for legekantoret/epj/edi.

Primære kommunikasjonsparametre gjelder for en ebXML kommunikasjonsnode (punkt) (ebMSH). Disse nodene (transportpunktene) har dessverre falt ut av dagens konsept inkludert AR. Dette ligger langt tilbake i tid (før 2008 og meldingsløftet [XML/ebXML]), og har gjennom årende medført store utfordringer relatert til strukturering og relatering av parametre. Dette har vært (er) utveksling av informasjon hvor nøkkelen til utvekslingen, transportnodene, er usynlige uten egen definisjon eller oppføring noe sted.

For legekantor er det normalt et fagsystem (epj) pr kommunikasjonsnode (edi). Vår erfaring er at ett sett meldingstyper omfatter hele fagsystemet (epj). Likevel, hvis flere tjenester er involvert pr epj kan det skilles på meldingstyper avhengig av tjenestetype (men ikke lege som tjeneste da!).

Vedlegg A - Kodeverk

Kodeverk 8663, side 23

NY KODE: "Fastlege, ubesatt hjemmel" - Benyttes i de tilfellene hvor det finnes en fastlegeliste hvor det ennå ikke er tilordnet en navngitt fastlege ('Liste uten fast lege')

15. Hvordan er dette tenkt brukt? Dette er jo uansett fastlegetjenesten på legekantoret. Hvorfor blander en inn slike detaljer som ubesatt fastlegeliste som egen tjenestetype? Vi tenker at denne bruken av tjenestetypekoder gjør begrepet tjenestetype uklart og blir vanskeligere å oppnå at alle bruker dette likt. Derimot kan dette begrepet føres opp som en ubesatt fastlegehjemmel på et fastlegekantor, side om side med fastlegene.

16. Hvorfor er ikke fastlege inkludert som tjenestetype?

Kodeverk 8666, side 25

Flott å se at **Allmennlege** er tatt med. Dette samsvarer med våre tanker om at alle tjenestebasert adressering for typer helseenheter skal være basert på tjenester hvor en helseperson ikke defineres som tjeneste – men som helsepersonell med HER-id for bruk i selve fagmeldingene.

Vedlegg 2 – Interkommunalt samarbeid

Avsnitt 2.1 - Interkommunale selskap registrert som en egen virksomhet

Eksemplet på meldingsflyt er uklart. Selv om legen søker opp legevakt for kommune A så det tydelig fremkomme at henvisningen sendes til Interkommunal Legevakt (AB). Det finnes ingen egen legevakt for

Kommune A og legen skal heller ikke bli gitt dette inntrykket i EPJ. Kommune A var bare utgangspunktet for søket som gir Interkommunal Legevakt som resultat. Det skal ikke forutsettes at fastlegen må "forstå" ting – hvorfor skal det være noe som må "forstås"?

Når legen mottar epikrisen fra Interkommunal Legevakt (AB) så er dette samme tjeneste som henvisningen ble sendt til. Det er nok for legen å holde styr på om en ikke skal få inntrykk av å sende til A men få svar fra AB – og forstå at det er korrekt. En kan ikke forutsette at legen skal måtte tolke og "forstå" ting slik det fremstilles her. Det skal fremstå helt tydelig for legen at henvisningen sendes til Interkommunal Legevakt og at svar med epikrisen kommer fra samme.

Avsnitt 2.2 Interkommunale samarbeid og vertskommuner med samarbeidskommuner registrert under en kommune

Begrepet "databehandlingsansvarlig" nevnes her. Det er vel uinteressant for legen hvor data behandles; det legen skal forholde seg til er "legevakten", enten den er interkommunal eller ikke. Dette eksemplet er mer uklart fremstilt enn det forrige. Igjen forutsettes det at fastlegen må tolke og forstå. Her vil det samme gjelde som i eksempel 2.1: Legen skal oppleve å sende til Interkommunal Legevakt og få svar fra samme.

Tilleggs kommentarer

Tjenestebasert adressering versus kommunikasjonsparametere og CPP/CPA

Vi deltar i det nylig revitaliserte CPP/CPA (FIA) prosjektet. Dette gjør vi (som i forrige runde) av egen interesse og uten noen form for økonomisk støtte da vi er overbevist om at dette vil være det som muliggjør automatisering av utvekslinger i helsesektoren og vil være win-win og til det beste for alle; våre brukere (kunder), HF-ene, sentrale aktører (RF, NAV etc.) og relevante leverandører samt eHelse.

Det er utfordrende i 2017 å fortsatt forholde seg til kvasiløsninger med alle variasjoner (avvik) som hersker i praksis når det gjelder elektronisk samhandling. Rutineoppgaver som å endre adresser, oppdatere med nye sertifikat osv er krevende og fordrer både prosjektplanlegging og stoppeklokke. Glidende oppgraderinger og endringer er sjeldent mulig.

Det er derfor veldig viktig at CPP/CPA får høyest mulig prioritet hos alle denne gangen, slik at vi kan komme oss forbi stadiet hvor feil stadig oppstår pga sertifikat og liksom-CPA-identer og mye annet rot – pga manuelle "løsninger" som ofte overlates til det enkelte legekontor.

Vi har gode erfaringer gjennom mange år med CPP/CPA mot NAV/HELFO og synes det er leit at det ikke har vært større fokus og prioritering på dette. Mekanismene i CPP/CPA konseptet vil fungere godt for å automatisere.

Vi synes likevel at en ved automatisk ukritisk opprettelse av CPA på AR like godt kunne droppet hele CPA'en og heller basere utvekslingen på CPP og en fast liksom-CPA(løs)-ID. Det ville forenklet betraktelig og med samme resultat. Dette har vi tidligere meldt tilbake til CPA-prosjektet så vi skal ikke dvele mer med dette her.

Derimot ønsker vi å rette fokus på **tjenester** versus **CPP/CPA**. Slik det legges opp nå er det planlagt at hver tjeneste skal ha sin CPP definert. Dette høres fornuftig ut i strukturer som sykehus og større organisasjoner.

Dette vil også fungere fint på legekantor, men blir meningsløst hvis hver lege skal være en tjenesteadresse og dermed ha sin egen CPP. Legene representerer ingenting som hører til i en CPP.

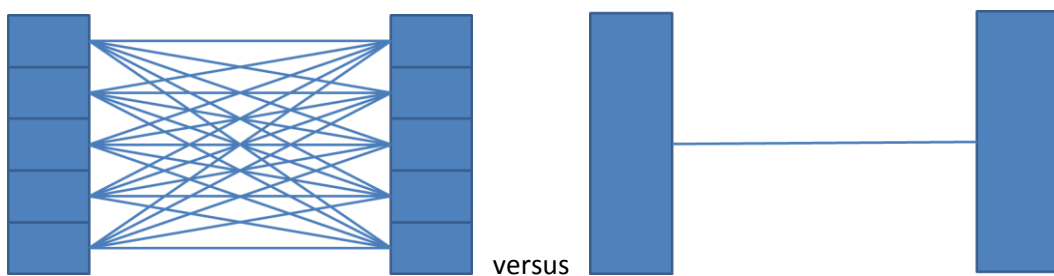
På et legekantor med 5 fastleger vil en altså operere med 5 CPP – hvor alle 5 er helt like. En slik fin granularitet vil medføre et stort antall like CPP og dermed stort antall helt like CPA mellom legekantor. Selv om forutsetter at ikke alle leger kommertil å etablere CPA mot hverandre, vil antallet CPA blir meget stort.

Vi kan bruke 2 legekantor med 5 leger som eksempel:

Med 1 CPP per lege vil det opprettes 5 helt like CPP pr legekantor og hele 25 CPA for utveksling mellom disse. De 25 CPA er helt like – hvilket betyr at bare 1 CPA er nødvendig for å ivareta utveksling.

Med 1 CPP per tjeneste (fastlegekantor) (epj og kommunikasjonsnode) vil det opprettes 1 CPP pr legekantor og 1 CPA for utvekslingen mellom disse.

Dette er illiustert nedenfor. Figuren til venstre viser 25 helt identiske CPA mot hverandre. Figuren til høyre viser at det trengs bare 1 CPA mellom tjenestene for kontorene.



Legenes HER-id inne i fagmelding vil styre hvem som er ansvarlig sender/mottaker for en melding og det blir ingen forskjell fra det en ønsker – en slipper bare veldig mange helt unødvendige CPP og CPA.

Eksemplet over viser prinsippet for dette. Hvis en ser på et annet eksempler med 10 legekantor og 5 leger på hvert legekantor vil det trengs 10 CPP totalt og 45 CPA for at alle legene skal kunne utveksle mot hverandre basert på tjenester. Hvis CPP og CPA opprettes pr lege vil en for disse 10 kontorene teoretisk få hele 9,8 millioner CPA (9 765 625 helt nøyaktig)! Selv om bare 2 leger på hvert av disse 10 legekantorene ønsker å utveksle med hverandre, vil det gi 512 stk CPA.

Kan en nå se for seg 1000 helseenheter hvor minst 2 leger har CPA mot hverandre! Dette vil gi en halv million CPA hvis en baserer seg på 1 CPA per legekantor-par, dvs i praksis pr tjeneste-par som utveksler. Hvis en tenker seg dette basert på gjennomsnittlig 2 leger pr legekantor vil dette gi hele $1,07 \times 10^{301}$ CPA hvis individuelle CPA for alle koblinger.

Nå vil dette antakelig ikke skje i virkeligheten, men hvem kan forutse hvor mange CPA en bør regne med om 1-2-3-5-10 år? Som en kan forstå blir det mer enn stort nok antall CPA selv om en begrenser det til reelle tjenestetyper uten å trekke legene inn i dette. Dette viser samtidig hvor viktig det vil være å begrense antall tjenestetyper, da hver tjenestetype alende vil bli ansvarlig for et svært stort antall CPA.

Dette har stor betydning for aktørene som skal implementere løsninger for dette.

17. Vi vil gjerne høre hva dere tenker om dette. Hvilke antall CPP og CPA ser en for seg i adresseregisteret?

Selv om kapasiteten på disk og nettverk er blitt stor med årene virker det merkelig om en velger å sløse med kapasitet på en slik måte. En annen faktor som er enda viktigere, er hvordan dette vil bety større utfordringer for aktørene og leverandørene. En slik detaljering av tjenester vil kreve en helt annen mekanisme til å håndtere CPP/CPA enn hva som trengs om det skal vrimle med helt like CPP/CPA. Når flere CPP er helt like og inneholder sertifikat-informasjon, betyr det at et legekontor som skifter sertifikat må opprette og oppdatere AR med en CPA pr lege. Dette blir mye mer sårbart enn om legekontoret har bare 1 CPP å oppdatere. En slik helt unødvendig komplisering er uforståelig for oss. Vi har meldt våre bekymringer tilbake til CPP/CPA prosjektet og skal bl.a. behandle temaet i et møte med prosjektet den 18.05.2017.

Adresseregisteret

Hensikten med adresseregisteret er bl.a. å beskrive helsesektoren på en slik måte at en effektivt kan slå opp og finne frem til samhandlere en ønsker å utveksle meldinger mot.

Det bør være forståelig for de fleste at det er vanskelig å beskrive helsesektoren med bare 2 nivå. Resultatet blir at enhver struktur som er mer enn 2 nivå må forflates og tvinges inn på 2 nivå. Dette kreves ofte mye kreativitet. Samtidig er dette ofte en enveis forflating, da det er vanskelig å se den virkelige strukturen som er nødvendig for forståelsen og å finne frem til korrekt valg. Vi håndterer og bidrar ofte i organisasjonsendringer for våre kunder. De ber om hjelp til å foreslå hvordan organisasjonen kan beskrives i AR med alle begrensningene der, i forhold til å reflektere den reelle organisasjonsstrukturen.

Uten å gå i detalj her vil vi påstå at 3 nivå i AR antakelig vil løse 95% av alle utfordringer. Det er derfor vårt håp at dette blir vurdert videre. 3 nivå vil fungere svært godt for de fleste typer organisasjoner, fra små legekontor til store helseenheter med mange avdelinger og tjenester. I dag opplever vi at det må "trikses" veldig mye for å få dette presset inn på 2 nivå i AR. I ettertid klarer en ikke å forstå den virkelige strukturen. Vi kan fremskaffe gode eksempler på dette om det er ønskelig.

Med 3 nivå kan legene ligge på nivå 3 slik: legekontor -> tjeneste -> lege.

Avslutning

Vi setter stor pris for muligheten til å gi tilbakemelding på en slik høring. Vi håper våre tilbakemelding kan være til nytte. Gjennom vår daglige kontakt med samhandling i praksis har erfart mye gjennom mange år og mange tanker om hva som er viktig for suksess og hvilke tuer som kan velte meldingene av sporet på veien fra tjeneste til tjeneste.

Standardisering – noen nøkler...

- Vellykket standardisering ligger i detaljene. En liten misforstått detalj kan skape store problemer.
- Et begrep skal ikke ha flere oppgaver/roller.
- Forenkling, tydelighet og entydighet er viktig og grunnleggende for god standardisering.
- Kompliserte regler gir komplisert beskrivelse – resultatet er ofte uklart.

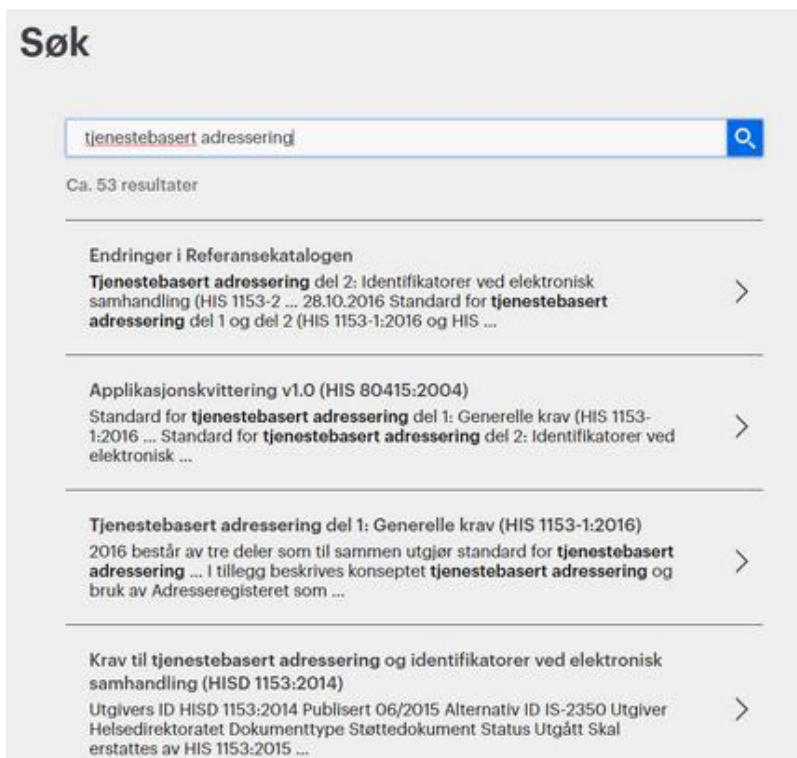
- Uklare og vage regler er vanskelig å beskrive - gir tilsvarende uklar beskrivelse.
- Uklar beskrivelse gir rom for tolking og misforståelser

Litt om dokumentasjon på eHelse.

Dokumentene på eHelse er ofte omfattende og kan virke unødig lange. Mye av det som beskrives i dokumentene kan sløyfes uten at det går utover budskapet og de kan komprimeres og forenkles.

Vi er klar over at dette kan være krevende, men totalt vil det sikre bedre forståelse og resultat, spesielt felles forståelse. I dag er det altfor mange misforståelser og rom for tolkninger. Tenk på at de fleste som leser dokumentene (dokumentbrukerne) ønsker å tilegne seg mest mulig informasjon på kortest mulig tid – det

ligger andre (mer viktige) oppgaver i kø.



Søk

tjenestebasert adressering

Ca. 53 resultater

Endringer i Referanse katalogen

Tjenestebasert adressering del 2: Identifikatorer ved elektronisk samhandling (HIS 1153-2 ... 28.10.2016 Standard for tjenestebasert adressering del 1 og del 2 (HIS 1153-1:2016 og HIS ...

Applikasjonskittering v1.0 (HIS 80415:2004)

Standard for **tjenestebasert adressering del 1: Generelle krav (HIS 1153-1:2016 ... Standard for tjenestebasert adressering del 2: Identifikatorer ved elektronisk ...**

Tjenestebasert adressering del 1: Generelle krav (HIS 1153-1:2016)

2016 består av tre deler som til sammen utgjør standard for **tjenestebasert adressering ... I tillegg beskrives konseptet tjenestebasert adressering og bruk av Adresseregisteret som ...**

Krav til tjenestebasert adressering og identifikatorer ved elektronisk samhandling (HISD 1153:2014)

Utgivers ID HISD 1153:2014 Publisert 06/2015 Alternativ ID IS-2350 Utgiver HelseDirektoratet Dokumenttype Støttedokument Status Utgått Skal erstattes av HIS 1153:2015 ...

Det begynner samtidig å bli et veldig stort antall dokumenter som berører samhandling i helsesektoren. Det er i dag tidkrevende å skaffe seg oversikt over dokumentene og sammenhengen mellom disse. Vi mener det er stort behov for en dokumentindeks, med god informasjon og navigasjonsmuligheter.

I dag er det vanskelig å finne dokumenter når en ikke vet spesifikt hvilket dokument en leter etter. Når en så finner relevante dokumenter er det vanskelig å se om det er de korrekte, om det er siste versjon etc. Det er vanskelig å se hvilke dokumenter som erstatter andre.

Det er veldig tidkrevende på å gå inn og ut av alle funn da disse er begrenset mht informasjon, ingen info om dato og versjon i oversikten, og gamle dokument kan listes foran nyere. Bildet over illustrerer et søk.

Et forslag helt til slutt: Kan det være en idé med webinar/webcast (som også records) for å øke kunnskap og felles forståelse. Vi har god erfaring med slike innenfor programvareutvikling som selv med over 100 deltakere er veldig effektive.

Med vennlig hilsen

MediLink Software
v/Viggo Kleven