

Møde	FMK teknikermøde	Sted	Trifork Århus
Deltagere	<b>SDS:</b> Thomas Sonne Olesen  <b>Trifork:</b> Ellen Simonsen, Jan Buchholdt, Ulrik Skyt.  <b>Referent:</b> Ulrik Skyt, Ellen Simonsen	Dato	2017-01-25

## Velkomst / præsentation

### Statusrunde

**Ellen Simonsen, Jan Buchholdt og Ulrik Skyt, Trifork**

**Alice Kristensen, Medcom**

FMK udbredelse, certificering af FMK og DDV

**Marianne Nielsen, Medcom**

Opsamlingsfunktionen for korrekt anvendelse

**Thomas Sonne Olesen, Lakeside / SDS**

Teknisk koordinering for FMK, DDV, NSP mm.

**Jakob Ørhøj, Systematic,**

Arbejder med en ny EOJ-løsning Cura - forventer certificering snarest til FMK 1.4.4.E1

**Morten Eriksen, CompuGroup XMO,**

Er på FMK 1.4.4E1, DDV, TAS

**Lisbeth Røhr Kristiansen, Reg.Nord, FMK projektleder**

Er pt. på FMK 1.4.2 Opus medicin. Regionen på vej mod Columna, FMK 1.4.4

**Helle Møller, Reg.Midt. Arbejder på at komme på 1.4.4 i 2017.**

Kører pt. 1.4.0 i regionen. Arbejder frem mod certificering til FMK 1.4.4.

**Bjarne Reimer Pedersen, Reg.Midt**

Driftsansvarlig i reg. Midt. Ny i denne sammenhæng.

**Thomas Andersen, Systematic**

Arbejder på Cura mod FMK 1.4.4.E1

**Bente Wengler og Jesper Raundahl, MultiMed**

MultiMed er på FMK 1.4.4.E1 og DDV

**Susanne Outzen og Søren Lejbach, Systemforvaltningen Reg.Sj.**

Er pt. på FMK 1.4.2, Opus medicin. Skal snart overgå til Sundhedsplatformen, 1.4.4

**Rene Elkjær Nielsen, Reg.Sj. IT systemforvaltning, Sundhedsplatformen**

**Karina Reimer Hansen, PL medicinering/FMK Sundhedsplatformen**

Sundhedsplatformen er på 1.4.4E1. Arbejder pt. på flere doseirngsperioder og DDV

**Matthew Zmudka, Matt Quirt EPIC, Sundhedsplatformen, FMK**

**Trine Bøgelund, Peter William Nielsen, Sundhedsplatformen**

**Ulrik Magnusson, Marie Birkemose, Stephanie Jespersen, Palle Mathiasen, CGI**

Arbejder på at blive færdig til certificering af Cosmic (RSD) på FMK 1.4.4.E1

**Maria Eisenreich, EG Team Online**

Bosted er pt. på FMK 1.4.2, laver tilløb til at skulle op på 1.4.4

**Jakob Olsen, IBM**

Teknisk PL, EPM, 1.4.4.E1, som er under afvikling

**Steen Demming, Systematic**

Arbejder med Columna på vej mod FMK 1.4.4.E1 til anvendelse i region midt og nord.

**Jesper Sørensen, Henrik Alminde, Novax**

Er igang med FMK 1.4.4.E1 udrulning. Anvender også DDV

**Bjarke Thyregod Petersen, Reg. Syddanmark**

FMK projektleder i region Syddanmark.

**Mette Vaabensted, Kamilla Siff Aadgaard, Systemforvalter EPM Reg. H,**

EPM er under afvikling i regionen.

**Pernille Jensen, Kristian Bang Jensen (Productowner) Sundhed.dk**

Ny FMK borgerløsning på 1.4.4.E1. Er netop certificeret til DDV til borgere. En opgraderet FMK løsning til sundhedsfaglige også på vej.

## **Pernille Kjær, FSA - fælles regional systemadministrator**

Nyudnævnt FSA'er (erstatte Katrine Roneklint Noer).

## **Roadmap og orientering fra Sundhedsdatastyrelsen**

### **Roadmap, Thomas Sonne**

I november lykkedes det at få godkendt roadmappet. Alle er minimum på 1.4.4 (med flere doseringsperioder) pr. 31.12.2017.

Lisbeth: I region Nord savnes rigtig meget en uddybende beskrivelse af roadmappet, fx 1.4.4 extension vedr. dosisdispensering. Det er på vej, men der er fortsat ressourcemangel hos SDS pga. langvarig sygdom.

Dosisdispenseringsunderstøttelse som extension til 1.4.4.

Pauseringsperioder ibrugtagning er rykket til ultimo 2017.

### **Ændrede rettigheder på DDV**

Vaccinationer kan registreres af:

- Læger
- Lægens medhjælpere (skal stadig oprettes i bemyndigelsesregisteret)
- Sygeplejersker og andre med autorisation
- Farmaceuter ansat på et apotek

Kun læger (og apotekere) kan delegere rettigheden, andre agerer *allerede* som en form for medhjælp for lægen, selvom registreringen rent teknisk foregår under deres egen rolle.

Kan farmaceuter og farmakonomer på sygehuse også registrere? Ja, i det omfang de er bemyndiget af en læge. Trust aftalen kan ikke anvendes i FMK-online. I en integreret løsning og når DDV er klar til at anvende Trust vil det kunne implementeres.

Lisbeth: Kommer der dokumentation omkring dette? Ja, det er ved at blive lavet.

Adgangen kan være via DDV-online (fx via sikker browseropstart / "knapløsning"), eller en lokal DDV-integration.

### **Ny klinisk vejledning ved ordinationsændring**

Klinikerforum har indstillet til, at der laves en ny vejledning, hvor man ikke laver præparatskift på en ordination, ud over substitution, ny form, styrke eller lignende.

Ved præparatskift skal ordinationen seponeres og der skal laves en ny.

Dette vil også betyde, at man ikke risikerer at gamle recepter på et lægemiddel er tilknyttet en lægemiddelordination på et andet lægemiddel end det aktuelle.

Vejledningen vil nærmere præcisere hvornår man skal og hvornår man ikke behøver lave ny

ordination.

I første omgang laves ingen teknisk validering, det kan måske komme på tale senere. Evt. i form af en "blød validering" i første omgang (omtales senere på mødet).

Maria: Kan man følge med i hvad der sker på denne front? Det er svært at sige – det er klinikerforum under governance-modellen, som skal levere den kliniske vejledning.

Diskussion af i hvilken grad borgeren skal informeres om divergenser mellem fx lægemiddelordination og recept, fx i Sundhed.dk's borger-løsning. Det bliver nok ikke klinikergruppen, der vil vurdere, hvordan der skal kommunikeres til borgerne.

### **Private plejehjem**

Der er udviklet en GW løsning, som kan anvendes af private plejehjem og andre, der ikke har adgang til NSP-GW (som er forbeholdt offentlige virksomheder).

Den nye GW er 100% kompatibel med NSP-GW og kræver således ikke om-programmering.

Den nye GW kan driftes af systemudbyderen og anvendes af alle systemudbyderens kunder eller den kan driftes i selve brugerorganisationen.

### **Igangværende projekter**

- Begrænset ordinationsret
  - Gælder begrænsningen også lægemiddelordinationer? (note efter mødet: JA, det gælder opret lægemiddelordination, opdater, opret recept osv. Måske bliver der tale om forskellige typer for begrænsninger af ordinationsretten, så måske vil det kunne variere fra type til type)
  - Gælder det også sygehuslæger? Ja, det udstilles som stamdata alle kan hente.
  - Bør kunne gøres tilgængelig i Q1 2017, forudsat at stamdata er stillet til rådighed
- Minlog2
  - Niveau-opdeling: konsultation / enkelte opslag
  - Service-enabling af hentning af minlog og medhjælpslog, så andre løsninger kan vise medhjælpslog i eget-system.
  - Projektet er kun lige startet op. Forventes klart sidst på året
  - Løsninger med integration til BEM kan oplagt også lave en integration til MinLog2, så der kan følges op på medhjælperne
- Privatmarkering for borgere
  - Sundhed.dk bliver den første, der udtiller denne – tidsperspektivet er politisk bestemt – men måske medio marts 2017 i den nye borger-release
  - Kommunikation til lægerne om mulig øget brug af privatmarkering
- E-CPR
  - Uhensigtsmæssigt at FMK ikke kan understøtte udlændinge m.m.
  - Regionerne arbejder på at konsolidere deres erstatnings-CPR systemer
- Fuldmagts understøttelse for borgere

- Vil anvende Den fællesoffentlige fuldmagtsløsning fra Digitaliseringsstyrelsen
- Hvad hvis fx den ældre ikke selv har NemID? Måske kan en administrator hos kommunen eller lignende registrere en fuldmagt – det vides dog ikke pt.
- Løsningen bør kunne være klar omkring Q4 2017
- Forbedrede testmuligheder
  - Er færdigudviklet
  - Der kommer en selvbetjeningsløsning til at oprette nye stamdata; personer, læger osv. Man kan også ændre, fx markere en person død eller skifte egen læge, og på sigt sikkert også forældremyndighed og værge-relationer.
  - Replikering af nye stamdata tager noget tid (timer), så det kan ikke anvendes til automatisk tests.
  - Kan man regne med at stamdata passer med ens lokale miljø? Registre med ikke-personhenførbare oplysninger er ens i test og produktion.
  - Kan det gøres nemmere at få testcertifikater? Det styres af Nets og vil ikke blive prioriteret i dette regi.
  - Er det ikke et problem at anvende yder-stamdata fra produktion? Der fremgår virksomheder, der er navngivet efter lægernes egne navne. Holdningerne varierer, men der er enighed om at det kun udstiller oplysninger, som i forvejen er offentligt tilgængelige.
- Udfordringer med håndtering af bestillinger
  - Ifm. app'en – hvilken medicin må der laves receptanmodninger på?
  - Hvem har ansvar for at forny recepter, egen læge, speciallæge eller sygehus? Det er nok ikke patienten selv, som ved det.
  - Hvis egen læge har udstedt recept eller har lavet/ændret ordinationen, så får han receptanmodningen.
  - Ellers kan receptanmodningen sendes til en anden læge.
  - Drøftet muligheden for at videresende en receptanmodning.
  - Er det afdækket hvordan ansvaret fordeles i regionerne? Det menes at klinikergruppen har afdækket dette. Det nye er, at der ikke er aftale med borgeren om, hvor receptanmodninger skal sendes hen.
  - Pernille: Bliver der mulighed for at angive en afvisningsårsag? Måske en struktureret årsag (et sæt faste muligheder) – det er under afklaring.
  - Morten, XMO: Bør man ikke tilbyde lægesystemerne gratis NemID login, for ikke at forvride konkurrencen? TSO: Der er faktisk indgået en frikøbsaftale, som muliggør lige præcis dette med et login via Sundhed.dk. Mere information forventes at komme i løbet af Q1, når den tekniske løsning er afklaret. Jesper, Nvax: Løsningen via sundhed.dk er snørklet. TSO: det muliges kunst på den korte bane
  - Bente Wengler: den nye app skaber meget support
- AK-projektet
  - Der ønskes et pilotprojekt.
  - Det kræver integration med labsvar, også i testmiljøerne.
  - Økonomien skal genbekræftes, for det var oprindeligt på ØA14 budget
  - Nogen har rejst spørgsmål om det er hensigtsmæssigt at lave en national løsning, når Marevan behandling er for nedadgående. Den forsvinder dog ikke helt, idet mange patienter er på livslang behandling.

- Diabetes er spillet ind til mulig anvendelse af de samme mekanismer, hvilket måske kan bane vejen for at projektet køre videre.
- Lisbeth: Der mangler en forpligtelse til, at alle kommer med på løsningen. Ja, det kan aftales, eller beskrives i en bekendtgørelse eller andet. Løsningen var oprindeligt tænkt sammen med DMDB, som dengang allerede var bredt tilgængelig, men som siden er blevet lukket.
- Dosis-dispensering
  - Der arbejdes videre i retning af den løsning, der blev resultatet af efterårets workshop og høringer.
  - Der mangler fortsat afklaringer på en række spørgsmål, som er under behandling i SUM.
  - Specifikation af den endelige løsning forudsætter at den nye reviderede recept bekendtgørelse er på plads.
  - Det er ikke muligt at udforme de endelige certificeringskriterier før afklaringerne fra SUM og bekendtgørelsen er på plads.
  - Aktuelt ved vi, at dosis-dispenseringsprojektet bliver forsinket i forhold til de tidsplaner der før har været aftalt, men vi ved ikke hvor meget.

## **Status vedr. DD-projektet, FMK 1.4.6, 1.4.4.E2**

### **FMK 1.4.4.E2 (til lægerne)**

- Hent dosisdispenseringskort
  - Oversigt over lægemidler og dosering i de enkelte DD perioder
  - Deadline for ændringer
- Sæt dosisdispensering i bero (fx ved indlæggelse)
- Genoptag dosisdispensering (typisk egen læge)

### **FMK 1.4.6.E3 (til apotekerne)**

- Dosisdispenseringskortet vil på sigt kunne indeholde ikke-lægeordnede lægemiddelordinationer.
- Apoteket vil kunne konkretisere fordelingen af medicinen i poser via en struktur til planlagt administration (en lidt simplificeret doseringsstruktur), samt administrere flere dosisdispenseringskort pr. patient, ekstra ruller (fx ved akutte ændringer) osv.
- Pakkeapotekerne skal kunne hente en oversigt over patienter med dosisdispenseringskort, der skal pakkes.

### **EO 1.4.4.E2 (ikke endeligt fastlagt)**

- Begrundelse for afvisning af receptanmodning (enum med et sæt standard-begrundelser)
- Mulighed for at egen læge kan videresende anmodning til fx en speciallæge eller en bestemt sygehusafdeling (bliver måske muligt i eksisterende snitflade)

## DD recepters gyldighed

Ved oprettelse af recepter til dosisdispensering skal perioden for dosisdispensering defineres. I dag tages start- og slutdato fra lægemiddelordinationen, enten doseringsperioden eller behandlingsperioden. Der skal være en slutdato, og den må ikke være mere end 2 år frem i tiden. I virkeligheden er recepten kun gyldig i denne periode!

Hidtil har man dog kunnet ekspedere på recepten i 2 år, uanset slutdato.

Fremover sættes lighedstegn mellem receptens gyldighedsperiode og perioden fra DD startdato til slutdato. Perioden starter ved receptoprettelsen og slutter ved den angivne slutdato.

Fra 1.4.6 kan gyldighedsperiode angives eksplicit, og behøver derfor ikke tages fra andre datoer på lægemiddelordinationen.

DD recepter tillades i dag ikke på lægemiddelordinationer med flere doseringsperioder (fordi disse ikke kan ses på recepten af apoteket). Engang i fremtiden – når apotekerne foretager dosisdispensering ud fra oplysninger på FMK – kan der evt. laves mere detaljestyrt dosisdispensering. Det kunne fx være optrapning og nedtrapning. Et standard nedtrapningsforløb kunne fx være tilgængeligt som doseringsforslag.

## Best practices

Punktet forventes som et fast tilbagevendende punkt på dagsordenen. Ideen er, at aktuelle emner tages op. Det kan være emner fra den centrale overvågning, en ny smart måde at gøre ting på etc.

## Kald til hent medicinanmodninger

Disse kald udgør nu 50% af alle FMK kald, primært fordi der systematisk polles på enkelte CPR-numre frem for organisationens ID.

Der kaldes ofte `GetOrderedEffectuations` frem for `GetOrderedEffectuationSummary`. Forskellen er at i `GetOrderedEffectuations` logges kaldet i borgerens MinLog på ALLE de personer, der returneres data for eller spørges på. Kun 5 ud af 30 systemer anvender `GetOrderedEffectuationSummary`, den anonyme udgave af kaldet.

I begge kald er det muligt for at begrænse søgninger.

Mulighed for angive et tidsstempel og dermed hente medicinanmodninger siden sidste kald. Flere henter alle bestillinger eller henter for de sidste 14 dage, op til hver 5 minut.

Mulighed for kun at hente ubehandlede receptanmodninger.

Det kan helt undgås at polle ved at anvende `advis`.

Det er ikke kun FMK, der belastes. BRS og MinLog er også belastet pga. voldsom polling af `GetOrderedEffectuations`

Hvis parterne er enige om det, ville man kunne udvide certificeringskriterierne, så det checkes at systemerne bruger snitfladen hensigtsmæssigt mht. disse opslag.

De enkelte systemleverandører kan desuden kontaktes individuelt med opfordring til at ændre opførsel. Inden da informeres på FMK-teknik.

### **Anvendelse af FlowID**

I Den Gode WebService headeren kan angives et FlowID sammen med MessageID. Det bruges ikke til noget i dag, og den tænkte anvendelse i DGWS standarden er lidt uklar.

Det kunne evt. bruges til at bundle alle requests fra klienten i samme "konsultation" / "session" (under samme opslag på CPR?). I så fald skulle klienten tage initiativ til at udfylde dette felt og holde det konstant i sessionen og unikt på tværs af sessioner.

Dette ville kunne give en lettere sporbarhed i logs på tværs af enkelt-requests.

Thomas Sonne: Feltet har vistnok været tiltænkt at serveren kunne returnere en server-specifik værdi med henblik på at en load-balancer kunne implementere stickyness, så den samme session fortsætter på den samme server. Det kan være nødvendigt med sådan en mekanisme, hvis servicen er stateful, og kan give mere effektiv anvendelse af caches m.m. selv for stateless services.

Konklusion: Vi lægger ikke op til at klienterne generelt skal sætte FlowID. På kort sigt kan klienter, der kalder via SOSIGW evt. sætte et FlowID, for at undgå forkert rapportering af fejl, der opstår inden man rammer backend-serveren. Men ellers er den generelle hensigt stadig (som specificeret i DGWS), at hvis serveren returnerer et FlowID, så bør klienten huske dette og sætte det på det næste request.

### **Validering med mulighed for forceret opdatering**

Der findes en række tilfælde, hvor det normalt vil være en fordel med en skrappe validering for at undgå fejl, men hvor det nogle gange skal være muligt at foretage samme opdatering uden at valideringen forhindrer det.

Eksempler:

- Opret lægemiddelordination på ikke-eksisterende CPR-nr., som måske er blevet tildelt til et nyfødt barn. Måske er det en tastefejl og måske er det en almindelig ordination.
- Seponering af en lægemiddelordination tilbage i tid.

Man kunne forestille sig en lang række eksempler på sådanne valideringer, der kunne indføres over tid, hvis det kunne håndteres fornuftigt og generisk.

Forslag:

- Valideringer som kan overstyres får et særligt range af fejlkoder, fx koder i intervallet 10.000 - 11.000



- Hvis klienten modtager en fejl i dette range, præsenteres brugeren for fejltteksten og gives mulighed for gennemføre handlingen på trods af valideringen.
- I teorien kan der gælde flere af disse valideringer, så brugeren præsenteres for fejltteksterne, én ad gangen. Dette vil formentlig være sjældent, selv hvis anvendelsen af disse valideringer udbygges betragteligt.

Eksempel på SOAP Fault (hvor namespaces er udeladt):

The diagram shows an XML snippet for a SOAP Fault. Three callout boxes provide context:

- Callout 1 (top right):** "Hvilken validering er det der skal ignoreres?" (Which validation is it that should be ignored?). It points to the `<FaultCode>10005</FaultCode>` element, which is circled in red.
- Callout 2 (middle right):** "Hvilken del af opdateringen knytter valideringsfejlen sig til? Fx hvis der oprettes 3 lægemiddelordinationer på én gang." (Which part of the update does the validation error refer to? For example, if 3 prescriptions are created at once). It points to the `<Value>2</Value>` element within the `<SequenceNumber>` key, which is circled in red.
- Callout 3 (bottom right):** "Opdateringselementerne i requests bliver implicit tildelt et sekvensnummer. I kommende snitfladen kan de evt. specificeres af klienterne." (Update elements in requests are implicitly assigned a sequence number. In the upcoming interface, they can be specified by clients). It points to the `<SequenceNumber>` key element, which is circled in red.

The XML snippet is as follows:

```
<Envelope> <Header>...</Header> <Body>
  <Fault>
    <faultcode>Client</faultcode>
    <faultstring>CPR-nr. findes ikke i FMKs stamdata, men kunne tilhøre en nyfødt, så
    handlingen kan godt tillades alligevel, hvis det ikke er en fejl.</faultstring>
    <details>
      <FaultCode>10005</FaultCode>
      <FaultText>CPR-nr. findes ikke i FMKs stamdata, men kunne tilhøre en nyfødt, så
      handlingen kan godt tillades alligevel, hvis det ikke er en fejl.</FaultText>
      <FaultDetails>
        <KeyValueSet>
          <Key>SequenceNumber</Key>
          <Value>2</Value>
        </KeyValueSet>
      </FaultDetails>
    </details>
  </Fault>
</Body> </Envelope>
```

Teknisk kan forslaget gennemføres med ModificationMetadata elementet. De kan angives på alle aktuelle FMK snitflader (v1.4.0+) ifm. opdaterende operationer. Dette element har ikke hidtil været anvendt til noget.

Systemer kan evt. whitelisteres forskudt til denne anvendelse, så nogen kan indføre det hurtigt, andre med lidt længere forsinkelse.

Mulighed 1, som ignorerer to valideringsregler (kræver schema-ændring):

```
<ModificationMetadata>Ignore clinical validation 10005</ModificationMetadata>
<ModificationMetadata>Ignore clinical validation 10012</ModificationMetadata>
```

Mulighed 2, som ignorerer to valideringsregler:

```
<ModificationMetadata>Ignore clinical validation (10005,10012)</ModificationMetadata>
```

På mødet udtrykte ingen præferencer for hvilken mulighed, der foretrækkes. Det tolkes

sådan, at det ikke har nogen stor betydning om modellen bliver den ene eller den anden.

Feedback: Valideringer skal indføres med forsigtighed. For mange valideringer og advarsler irriterer brugerne og gør blind i forhold til vigtige advarsler. Eksempelvis vil fødselsafdelinger blive overbebyrdet med advarsler for nyfødte.

Lige præcis fødselsafdelinger – som konsekvent har med nyfødte at gøre og som givetvis har styr på at de anvender korrekte CPR-numre – kan godt vælge konsekvent at sende `ModificationMetadata` som angiver at valideringsreglen vedr. nyfødte skal ignoreres. På den måde undgår de at blive konfronteret med den valideringsregel. Valideringsreglen vedr. nyfødte skal primært hjælpe andre parter end fødselsafdelingerne.

*Efter mødet er der kommet et alternativt forslag, som gør at man kan undgå at systemerne skal whitelistedes til at de er klar til disse bløde valideringer. I stedet kunne de systemer, der er klar og ønsker valideringen, angive det med en anden værdi i samme `ModificationMetadata` element (fx "Soft validation supported"). Dermed kan de bløde valideringsregler aktiveres for de klienter, der selv aktivt anvender `ModificationMetadata` elementer, og andre fritages (som nu).*

## Doseringsforslag

Doseringsforslag ligger på NSP'en som stamdata og skal hentes herfra som en KRS replikering.

Problemet med den eksisterende udstilling er 5 datakilder og at der altid leveres et fuldt udtræk.

Lægemiddelstyrelsen, LMS står for nye doseringsforslag, pt. 4 gange om året, men senere skal de følge taksten, hver 14 dag.

Det er derfor nødvendigt at udstille doseringsforslag på en enkel måde og således at ændringer i forslag og enheder kan identificeres.

Derfor er der foreslået følgende ændringer i udstillingen af doseringsforslag og enheder.

Vil fjerne behov for regnearkene der udgives parallelt.

Én kilde med følgende informationer

- ``dosageDrugProposalsCode`` # Id for doseringsforslag. Unik for drug/forslag
- ``drugId`` # DrugID svarende til LMS01
- ``drugName`` # Navn på lægemiddel svarende til LMS01
- ``dosageProposalsText`` # Representation af doseringen.
- ``dosageUnitCode`` # Id for doseringsenheder
- ``textSingular`` # Doseringsenheder ental
- ``textPlural`` # Doseringsenheder flertal

Her er ingen XML snippets da XML snippets eller kort/lang tekst. Disse er FMK snitflade specifik og vil ændre alle doseringsforslag når der udgives en ny snitflade eller dosis2tekst

ændres.

'dosageUnitCode' giver mulighed for at angive et Id for enheder

```
<DosageUnits source="Doseringsforslag" >
  <Code>3455678765</Code>
  <Singular>tablet</Singular>
  <Plural>tabletter</Plural>
</DosageUnits>
```

Hvordan får man så XML snippets. Her er der 2 forslag som vi gerne vil høre jeres mening om.

1. **Som selvstændig KRS kilde med følgende felter**
  - `dosageProposalsCode` varchar(11) # Reference til tilsvarende felt i DosageProposals
  - `xml` varchar(10000) # XML snippets, XML for alle FMK snitflader
  - `shortTranslation` varchar(70) # Kort oversættelse af forslag
  - `longTranslation` varchar(10000) # Lang oversættelse af forslag, tilfældige datoer
2. **Som selvstændig JS komponent svarende til dosis2tekst**

```
-> `dosageProposalsText` # reference til tilsvarende felt i DosageProposals
    `startDate` # Dosering start
    `endDate` # Dosering slut
    `version` # Den version af snitfladen hvortil der ønskes XML snippets
<-  `xml` # XML snippets
    `shortText` # Kort tekst
    `longText` # Lang tekst med korrekte datoer
```

Karina: hvad er meningen med dette punkt ? vi kan ikke beslutte noget her og nu

Denne opgave er vedtaget på CAB-møde, så dette er blot for at afklare om den tekniske løsning skal være på den ene eller den anden måde.

Palle: Det er svært at tage stilling uden at få lidt mere tid til at vurdere det.

Der laves en mini-høring på fmk-teknik.

## Dosis2text – status på udstilling

Siden sidste teknikermøde er dosis2tekst udstillet på NPM. På siden er der eksempler på hvorledes komponenten anvendes som JS komponent.

Fra NPM kan nye versioner af komponenten hentes og det kan checkes om der er nye versioner. Kun versioner, der er kvalitetssikret havner på NPM.

Der er lavet en jar wrapper af javascript komponenten, der indlejer komponenten og udstiller den som et normalt java jar. Denne wrapper kan anvendes i Java 8.

Dokumentationen med links til NPM repository og wrapper findes på <http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php?id=fmk:generel:doseringsoversaettelse>

Hvad der ikke er lavet af de udstillingsmuligheder vi snakkede om på sidste teknikermøde er:

- WebService (XML dosering → kort tekst, lang tekst, type). Der er rejst spørgsmål om det er relevant. Vil det ikke være bedre at udstille interne services?
- Indlejret i jar-fil i ældre java versioner. Er der stadig behov for en wrapper til java 7?
- .NET wrapper. Er alle på .NET 4++?

Palle: Vil gerne melde tilbage skriftligt, altså ikke på dette møde.

Jesper (Novax): .Net-wrapper er nødvendig, og vi er på mindst v4.

## Forbedring af testmuligheder

Demo af FMK-U på TEST2 miljøet. Herunder 1.4.6 funktionalitet til apoteker.

For at bruge det skal man have en testbruger, der er registreret som Apoteker. Se den udsendte vejledning på FMK-teknik.

## Indkomne punkter / evaluering / næste møde

### Næste møde 21. juni 2017. Sted oplyses ifbm. udsendelse af dagsorden

Indkomne punkter:

- Dosis2tekst laver ikke kort tekst når der er mere end et tidspunkt  
Eks. 1 tablet kl. 8 og kl. 12
  - Laves som fejlrettelse. Desuden overvejes i govenernance regi om der skal defineres et lille projekt, som kan afklare om der er flere lignende doseringer, der med fordel kunne have en kort doseringstekst.
- OrgUsingID validering. Plan fremadrettet.
  - Der er indført forbedret logning, så vi bedre kan følge op.
  - Valideringen indføres gradvist for de systemer, der er klar, hvilket på nuværende tidspunkt er de fleste.
- Emner / dato for end2end test (Marianne, Medcom)
  - Receptanmodninger / apoteksbestillinger (igen)
  - Doseringsstart og -slut?
  - Flere doseringsperioder
  - Evt. kunne testen paralleliseres, så der kører forskellige temaer gruppevis.

Evt. med opsamling af hvad man er kommet frem til.

- Måske behøver testcases ikke være forberedt i detalje på forhånd, men det er vigtigt, at alle har adgang til et fælles sæt CPR-numre.
- Online deltagelse (KMD)
  - Det er ikke en god ide med så stort et forum.

#### Evaluerings:

- Det er vigtigt at der fortsat er plads til tunge tekniske emner, når det nu er et teknikerforum.
- I nogle tekniske diskussioner er der behov for indspark fra den kliniske side også, fx problemstillinger, man har kæmpet med i praksis.
- Når der kommer en forholdsvis bred skare, må det være fordi de mener det er tiden værd.
- Man skal ikke regne med at der kan træffes beslutninger på dette møde.