Hantera hälsorelaterade tillstånd, basuppgifter

Arkitekturella beslut

*(Beslut som påverkar arkitekturens utformning)*

Version 1.0.0

2013-12-16

**Innehållsförteckning**

[1. Inledning 4](#_Toc374971753)

[1.1. Syfte 4](#_Toc374971754)

[1.2. Begrepp 4](#_Toc374971755)

[2. Arkitekturella beslut 5](#_Toc374971756)

[2.1. AB: Beslut om att inte avvika från gemensam arkitektur 5](#_Toc374971757)

**Revisions historik**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Revision Nr** | **Revision Datum** | **Beskrivning av ändringar** | **Ändringar gjorda av** | **Granskad av** |
| PA1 | 2013-12-16 | Första version | Nadeem Hossain, Mawell |  |

**Referenser**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Namn** | **Dokument** | **Kommentar** | **Länk** |
| R1 | Tjänstekontraktsbeskrivning – clinicalprocess\_healthcond\_basic.docx |  |  |

# Inledning

Detta dokument beskriver de viktiga arkitekturella beslut (AB) som fattats under projektet. Ett arkitekturellt beslut kan innefatta alla aspekter av arkitekturen såsom systemstruktur, funktionalitet, standarduppfyllnad samt operationella aspekter.

En arkitektur kan delvis förstås genom de beslut som fattats för att komma fram till den, därför är det viktigt att dessa beslut dokumenteras. Varje beslut som beskrivs i detta dokument motiveras och dess påverkan på resten av arkitekturen eller andra faktorer beskrivs.

## Syfte

Syftet med detta dokument:

* Etablera en enda plats där alla viktiga arkitekturella beslut samlas
* Explicit uttrycka skälen till och resultatet av att beslut har fattats
* Säkerställa att arkitekturen är utbyggbar och att den stödjer ett system i utveckling
* Säkerställa att nya personer som startar i projektet snabbt kan sätta sig in i arkitekturen och skälen till att den ser ut som den gör.

## Begrepp

I texten relateras till följande begrepp, vilka man läsa mer om enligt hänvisningarna.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Begrepp** | **Hänvisning** | **Kommentar** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Arkitekturella beslut

## AB: Beslut om att inte avvika från gemensam arkitektur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID | AB-2.1 | |
| Problembeskrivning | Avvikelser är icke önskvärda | |
| Antaganden | Det finns inget behov att avvika från den gemensamma arkitekturen | |
| Motivation  (varför detta beslut är viktigt) |  | |
| Alternativ | 1 | **Undvika avvikelser** |
| 2 | **Tillåta avvikelser** |
| Beslut | **Alternativ 1** (*2013-12-16*) | |
| Skäl till beslut | Vi har för avsikt att följa den gemensamma arkitekturen utan avvikelser | |
| Konsekvenser |  | |
| Avvikelsehantering |  | |

## AB: Beslut om att använda NI 2015:1 som referensmodell

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID | AB-2.2 | |
| Problembeskrivning | Vid framtagandet av denna specifikation finns två tänkbara nationella referensmodeller, VTIM 2.2 samt Nationell Informationsstruktur 2015:1. Inera I-godkänner i dag endast VTIM 2.2, men denna domän är baserad på NI 2015:1 och mappningen mot denna modell är därför naturlig | |
| Antaganden |  | |
| Motivation  (varför detta beslut är viktigt) | NI 2015:1 är den referensmodell som Socialstyrelsen publicerar. VTIM 2.2 kommer enligt beslut från Socialstyrelsens generaldirektör avpubliceras under 2015 och ersättas av Nationell Informationsstruktur. | |
| Alternativ | 1 | **Endast visa mappning mot NI 2015:1** |
| 2 | **Endast visa mappning mot VTIM2.2** |
|  | 3 | **Visa mappning mot båda referensmodellerna** |
| Beslut | **Alternativ 3** (*2014-12-16*) | |
| Skäl till beslut | Detta är en kompromiss i övergången mellan gammal och ny referensmodell. | |
| Konsekvenser | Utökad dokumentation | |
| Avvikelsehantering |  | |

## AB: Beslut om att tillåta att krav på tilläggsspecifikationer utöver informationsspecifikation + tjänstekontraktsbeskrivning (modellering i flera nivåer)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID | AB-2.3 | |
| Problembeskrivning | Denna tjänstedomän innehåller tjänster som är så abstrakta att det krävs ytterligare specifikationer för att beskriva hur klinisk information representeras av dem. | |
| Antaganden | Genom att göra tjänsterna flexibla kan man med ett mindre antal tjänster representera en mycket större omfattning av informationsmängder. Detta kommer att spara tid, pengar och resurser på utvecklingssidan och för tjänsteplattformsförvaltning (exempelvis färre tjänster att lägga upp och administrera, mindre arbete med att bygga aggregerade tjänster) | |
| Motivation  (varför detta beslut är viktigt) |  | |
| Alternativ | 1 | **Tillåta modellering i ”två nivåer”**  D.v.s. det krävs tilläggsspecifikationer utöver tjänstekontraktsbeskrivningen för att beskriva en viss klinisk företeelse. |
| 2 | **Endast tillåta konkreta tjänster utan tilläggsspecifikationer**  D.v.s. det krävs i storleksordningen lika många tjänster som det finns kliniska företeelser (förutom det som kan representeras med kodade begrepp och klassifikationer). |
| Beslut | **Alternativ 1** (*2014-02-16*) | |
| Skäl till beslut | Alternativ 1 möjliggör ett mer verksamhetsnära arbete med att representera klinisk information. Detta ger möjlighet till kortade ledtider och minskade förvaltningskostnader jämfört med den mycket stora mängd tjänstekontrakt som alternativ 2 leder till. | |
| Konsekvenser | Utökad dokumentation | |
| Avvikelsehantering |  | |