

Transcript interview 3 - CMIO 2

00:01. Speaker 1:

De spraak mee wil aanzetten. Nou goed, de eerste vraag is eigenlijk hoe gaan jullie momenteel om met het vastleggen van patiënt problemen diagnoses?

00:13. Speaker 2:

In het algemeen in algemene zin veel te slecht.

00:17. Speaker 1:

En wat betekent dat?

00:19. Speaker 2:

Natuurlijk een antwoord. Er is gewoon heel veel aandacht voor de probleem lijst. Er is ook heel veel onderzoek naar gedaan, naar de problemen lijst en ik denk dat iedereen het er wel over eens is dat de probleem lijst eigenlijk het hart vormt van het medisch dossier. Maar toch zie je dat de vastlegging van historische maar ook actuele problemen. Ja, het is misschien ook geen onwil hoor, maar dat het toch wel vaak bij inschiet en vooral historische problemen dat wordt ervaren als een administratieve registratielast.

00:58. Speaker 2:

Zeg maar nieuwe problemen, vooral als het poliklinische problemen betreft. Ja, dat is lastig om dat in je workflow op te nemen en dat wordt dan ook wel gezien als een ehm. Nou ja, het is een omweg, wat weer toch meer administratie registratie tijd kost. En dat, dat zit er dan vaak bij in. Ja en dat is bij de afdeling wat sommige afdelingen doen het heel strak en heel conventioneel hier en heel goed. Op de afdelingen is dat gewoon veel, veel minder.

01:32. Speaker 2:

Ja, er is wel veel variatie tussen afdelingen, maar ook binnen afdelingen, tussen zorgverleners.

01:40. Speaker 1:

En wat zou dan? Wat is dan eigenlijk een vraag? Wat is dan het grootste probleem waardoor het niet wordt vastgelegd? Is dat dan de administratieve last of hoe moet ik dat zien?

01:50. Speaker 2:

Ja, dus. Dat wordt gezien als een administratieve registratielast. Dat wordt vaak ook wel gezien als te omslachtig. Niet intuïtief en. Wat je ook weleens hoort is dat datgene wat men wil vastleggen eigenlijk niet wordt teruggevonden in als probleem. Het probleem blijft dus. Dan is het wel mogelijk om het probleem en het probleem weer te veranderen. Wat betreft de weergave. Nou, dat is mij echt weer een doorn in het oog, dus dat wil ik eigenlijk ook veranderen.

02:27. Speaker 2:

Als je een probleem selecteert en vastlegt dat is dat ook waar het probleem dat uiteindelijk zal worden uitgewisseld als je dit gaat richting uitwisseling van data tussen ziekenhuizen en instanties. En als je dan het probleem verandert in een andere weergave, dan zal niet de weergave daar worden uitgewisseld, maar het oorspronkelijke probleem. Ja dus dus. Dus ik wil eigenlijk dat de mogelijkheid om te kunnen veranderen wil ik eigenlijk ook. Iets verbeteren? Yes!

02:55. Speaker 1:

En hierop aansluitend van welke workflow hanteren jullie momenteel? Dus hoe wordt dat momenteel gedaan? Als er bijvoorbeeld een patiënt op op een poli komt en er komt een nieuw probleem, hoe leggen jullie dat dan nu vast in het. Wat is jullie workflow daarbij?

03:14. Speaker 2:

Het is dan sowieso beleid en afspraak dat dat voor alle problemen, precies zoals je dat net ook al aangaf. Dus actieve en niet actieve problemen dat die worden vastgelegd als zodanig ook. Dus als er een nieuwe patiënt komt en die patiënt die komt met geen idee, met pijn in de buik. En dan moet je buikpijn ook vastleggen als probleem. Als gaandeweg de diagnostiek en dergelijke duidelijk wordt dat wat de diagnose is van die buikpijn, dan moet je het probleem buikpijn weer veranderen naar de uiteindelijke diagnose. Ja, dus er wordt vaak gebeurt en niet altijd maar vaak gebeurt is.

03:49. Speaker 2:

Dan is buikpijn als oorspronkelijk probleem vastgelegd. Dat moet ook omdat je daar ook een een DBC aan moet koppelen, waar je dus alle diagnostiek en de vervolgonderzoeken kunt aan kunt koppelen. Want het is wel DBC van belang, maar wat je vaak ziet gebeuren is dat als uiteindelijk de diagnose bekend is stel buikpijn. Het blijkt IBD te zijn, want dan wordt er een nieuw probleem

aangemaakt en dan heb je dus en het probleem buikpijn en het probleem IBD probleem blijft staan en ook een probleem.

04:19. Speaker 2:

Buikpijn is dat nooit vervangen of wat dan ook. Nee, dat is niet de workflow, maar dat is wel wat vaak gebeurt. Ja.

04:26. Speaker 1:

En is er dan bijvoorbeeld een mogelijkheid dat je die twee nog aan elkaar zou kunnen linken als het er dan toch al in staat?

04:32. Speaker 2:

Nee, dat komt eraan. Ja dus. Dus heb ik die. Die ziet ook natuurlijk alle ellende met de probleem lijst. Niet alleen in Nederland, maar ook gewoon internationaal. Dus er komen wel allerlei nieuwe tools aan. Die zijn in Amerika er al. En omdat we de update in Nederland gewoon om het duplicaten zeg maar om die samen te voegen om een einddatum aan een bepaald probleem toe te voegen, zodat die automatisch uit de problemen verdwijnt op het moment dat je de einddatum hebt bereikt.

05:04. Speaker 2:

En daarnaast, en die optie is er al, die heb ik ook al gezien. Op zich best een mooie optie, maar komt pas volgend jaar. En dat is inderdaad het probleem lijst georiënteerde workflow om die ook meer te faciliteren.

05:15. Speaker 1:

En een probleem lijst georiënteerde workflow is breder dan alleen het consult bijvoorbeeld denk ik. Of niet?

05:23. Speaker 2:

Ehm, dat is ja, maar dat doe ik dus dat is echt maar heel heel pakket zal ik maar zeggen. Van wat ik de toepasbaarheid van die dossier, hygiëne, de problematiek dus dat is vrij van duplicaten. Dat is wat ik net zei, maar tegelijkertijd ook beter de mogelijkheid om per probleem het beloop te noteren. Ja ja, ja. Dus als je dan. Je dossier open hebt, je hebt je consult notities staan en dat je daarin als het ware je problemen die op dat moment gaat behandelen en bespreken in je consult notitie wordt gevlogen en dat je dan in je oor.

06:02. Speaker 2:

Dat probleem is ook overzichts notitie dat je daar zeg maar het beloop kunt noteren. En als je klaar bent dan wordt het weer automatisch terug geschoten. Het probleem blijft dus dan heb je op dat moment een continu en actueel probleem lijst met de per probleem de cursus dus. Daarmee zou worden gefaciliteerd dat de problemen juist meer en meer het hart wordt van je dossier en dat je dan ook als zorgverlener alleen je probleem bewijs hoeft te openen en dat je dan een soort totaaloverzicht hebt hoe het met de patiënt gaat per probleem.

06:33. Speaker 2:

Ja, als je het hele dossier hoeft door te akkeren.

06:37. Speaker 1:

Nee nee, precies. Dus dan hang je een soort van als een soort ja probleem, als een soort kapstok om het maar even zo te zeggen. En daar hang je dan, zeg maar het beloop van die diagnose aan in de vorm van bijvoorbeeld notities of iets dergelijks.

06:55. Speaker 2:

Ja, ja.

06:55. Speaker 1:

Oké, nee, duidelijk.

06:57. Speaker 2:

Daarmee zet je het probleem best ook steeds meer met veel meer centraal en wordt het belang daarvan ook zeg maar veel duidelijker. Ja, en dat. Ook al meer artsen om om probleemlijst georiënteerd te gaan werken.

07:10. Speaker 1:

Ja, ja zeker. Het systeem moet het natuurlijk wel ondersteunen anders dan wordt het natuurlijk helemaal lastig om zoiets erdoorheen te krijgen.

07:18. Speaker 2:

We zijn het eens Trias persoon, persoon, techniek en processen die werkafspraken maken. Ja, dat zeker. Ten tweede moet de techniek natuurlijk ook een beetje meewerken. Nou, dat is dan. In dat geval heb ik maar als laatste en dat is echt het meest weerbarstige met alles. De persoon moet ook wel willen meeveranderen. Ja en en en daar valt en staat alles mee.

07:42. Speaker 1:

Ja, nee, dat is zeer duidelijk. Want mijn volgende vraag is in hoeverre bent u bekend met een probleem georiënteerd medisch dossier? Maar ik denk op zich dat dat wel redelijk duidelijk is als ik het zo allemaal hoor.

07:57. Speaker 2:

Ja zeker.

07:58. Speaker 1:

Dus die ga ik even overslaan. Nou, ik had dus. Ik heb dus een kleine mock up gemaakt en die zou ik wel even delen. Beetje onhandig dat ik nu één scherm heb, dus ik ook dat het even. Ik denk nu. Dan moet ik heel even switchen. Ziet u nu mijn scherm?

08:24. Speaker 2:

Ik zit met een probleem. Ehm, ja.

08:29. Speaker 1:

Dan pak ik heel even deze erbij, want daar staat de rest van mijn vragen op. Anders moet ik de hele tijd switchen. Ik ben even aan het.

08:44. Speaker 1:

Oké, ja, dit is zeg maar. Hij is nu niet helemaal zichtbaar. Ja, zo is ie beter. Wat er op basis van de literatuur is uitgekomen, dus ik zou hem even snel doorheen gaan. Dit is vanuit Amerika heb ik een soort van deze lay out overgenomen, waarin je dus een soort probleem overview hebt waarin je dus als je dan al naar deze patiënt gaat dat je dan op de probleem lijst klikt en dat je dan zeg maar Ja zoals ik al zei, dit is verder niks, maar het gaat hier meer om wat moet hier in staan zeg maar.

09:17. Speaker 1:

Dus hier hebben we bijvoorbeeld status probleem notitie bij het probleem of die is opgelost of niet. Je kan hier een probleem toevoegen. Nu heb ik hier alleen eigenlijk velden gebruikt die vanuit de chip verplicht zijn of gebruikt worden. Er is een mogelijkheid om een samenvatting te genereren en mogelijkheid om te filteren. En ik heb één probleem even uitgewerkt als epilepsie, want er is eerder onderzoek gedaan en die had ook dit probleem uitgewerkt waarin je bijvoorbeeld medicatie, lab imaging procedures, verrichtingen, de notities en de opnames kan zien en eventueel ook een probleem kan linken.

09:59. Speaker 1:

Nu is het in deze casus niet helemaal logisch om iets te linken, maar het gaat om de relaties ertussen. Dus hierbij heb ik een volgende vraag als normaal gesproken de probleem lijst als je die invult, welke criteria hanteert u erbij en hoe bepaalt in welke problemen worden toegevoegd? Dus als we zeg maar hier dit overzicht hebben, er moet iets nieuw worden toegevoegd. Ja.

10:32. Speaker 2:

Ja. Ja, dat is natuurlijk zeg maar. Dat verschilt natuurlijk per discipline. Als er een nieuw probleem zich voordoet, maar wat voor mij niet werkt. Ja, dat is altijd de vraag. Dan is dat iets wat al hoort bij wat er wat er al staat in goede staat, bijvoorbeeld acute rachitis erbij. Maar goed, dat is iets wat natuurlijk in de historie zou moeten zijn, dus dat is een inactief probleem. Dus dan doe je een nieuw probleem toevoegen koorts en dan is dat die staat het altijd op de dag van vandaag.

11:08. Speaker 2:

Dat kun je al snel veranderen. Dus ja, alles wat met de nieuwe zorgvraag komt, dat is een nieuw probleem.

11:19. Speaker 1:

Ja, en als je dan bijvoorbeeld. Hebben jullie ook iets van zo'n overzicht wat er momenteel gebruikt wordt bij jullie? Want ik ken EPIC van alle systemen het minst goed.

11:28. Speaker 2:

Ja nee hoor, dit soort gegevens wat je hier hebt staan, dus de problemen, het probleem. Nood dus Dat is dan bij ons, Dan heet dat dan de overzicht notitie. In een startdatum kan een einddatum noteren. Je kan zeg maar een behandel behandelplan zeg maar ook nog daaraan door andere noteren. Het is dus. Je kan er ook voor kiezen of je het wel of niet wilt delen met de patiënt. Dat zijn allemaal zaken die er dus zijn.

12:00. Speaker 2:

Een aantal dingen die al die vol staan aangevinkt en wordt. Ik zou het product.

12:05. Speaker 1:

Nee dus. Je zou hier bijvoorbeeld ook als je bijvoorbeeld epilepsie hebt, want het is de enigste die ik de. Kan zij daar ook een behandelplan aan kunnen linken en ergens kunnen aanvinken van de patiënt mag dit wel of niet zien?

12:19. Speaker 2:

Ja dus die staat die gaat nu zeg maar. Als je dus een probleem opent dat zijn dat allemaal de opties die je nu hebt om in te kunnen vullen als je dat zou willen.

12:29. Speaker 1:

Ja oké, oké. En gebruiken jullie ook mogelijke filtering? En hoe ziet die eruit?

12:38. Speaker 2:

Ja dus. Er zijn allerlei soorten filters, dus sowieso actief, niet actief. Je kan zeg maar filteren per discipline dat je zegt van ik ben eigenlijk alleen maar de problemen zien wat binnen mijn eigen specialisatie staat bovenaan en onderaan. Je kan zeg maar per probleem aangeven wat de prioriteit is van dat probleem en dan komt zeg maar het probleem met de hoogste prioriteit komt bovenaan.

Uiteraard zoals je zegt op die manier zeg maar de volgorde hebt. Dus er zijn wat dat betreft ik kan het op datum filter, dus er zijn meerdere filters en ook volgorde die je kunt kunt aangeven.

13:19. Speaker 2:

Dat kun je dus helemaal personaliseren.

13:22. Speaker 1:

Dus er zijn wel meerdere mogelijkheden om erin te filteren.

13:25. Speaker 1:

Ja, oké, en dan had ik een vraag, want ik dat kom ik best vaak tegen. Ook in de literatuur en in andere interviews. Het stukje complicaties Linken jullie dat ook op een of andere manier aan een probleem? Want dat kan natuurlijk op meerdere manieren op verschillende varianten voorkomen.

13:42. Speaker 2:

Theoretisch kan het wel. Het gebeurt lang niet altijd en en, en en en. Het lastige is daarin dat ik het zeg maar linkerarm complicaties. Dat kan vooralsnog in het in in app. Ik althans vooral aan verrichtingen, want complicaties worden vooral gezien in het kader van verrichtingen. Dat kan dus. Dat kun je dus daaraan linken.

14:06. Speaker 2:

Maar heel vaak en dat is het verzoek die we al een tijdje hebben uitstaan richting heb je ook complicaties naar aanleiding van medicatie? En die die link staan dus nog niet oké.

14:19. Speaker 1:

Maar dat is wel gewenst denk ik. Of niet? Dat is.

14:22. Speaker 2:

Zeer gewenst. Ja ja ja. Dus je kan het ook aan de complicaties, maar dan moet die complicatie dus ook wel geregistreerd staan. En dan.

14:29. Speaker 2:

Is het meestal een complicatie wellicht.

14:33. Speaker 1:

En in dit hebben jullie ook zo'n soort overzicht zeg maar. Echt met dus echt een soort probleem overzicht. En ja, welke informatie zou hier dan gewenst zijn in zo'n soort overzicht?

14:47. Speaker 2:

Ja dus. We hebben dus verschillende. Ook daarin hebben we dus verschillende weergaven vormen. Dus dan zou ik zeggen van ja, ik wil eigenlijk alleen maar het probleem zien. Punt. Je hebt zeg maar een weergave voor bij zeg maar. Ik wil alleen de weergave laten zien, maar je hebt ook zeg maar een weergave voor wat je zegt van ik wil eigenlijk alleen maar actieve poliklinische problemen zien en dus niet de ziekenhuis problemen of andersom. Of je zegt ik wil ze eigenlijk allemaal zien, maar ik wil alleen de actieve en de niet actief en aanzien en de niet actieve wil ik niet zien.

15:18. Speaker 2:

Dan heb je nog de vorm waarbij zegt van ik wil de probleem lijst zien inclusief de overzichts notitie. Dus zeg maar alles wat je eronder noteert en dan krijg je dus zeg maar 1111 langere lijst, maar dan heb je er wel per probleem ook zeg maar de overzicht notitie. En het belooft te.

15:32. Speaker 1:

Ja en zou overzichts notitie vergelijkbaar zijn met het stukje klinische noot clinic notes wat ze hier bijvoorbeeld gebruiken? Of is dat wat anders?

15:43. Speaker 2:

Ja, dat dat dat zou die klinische notitie is, is een vrij tekstveld. Dit is ziet er nog keurig uit met met ook een datum en alles wat je gebruikt, maar discreet registreren. De notitie is een vrij tekstveld en dat is een een, een doorlopende, dus dat kun je iedere keer weer aanvullen mocht dat nodig zijn.

16:03. Speaker 1:

Dat is duidelijk. In ieder geval als dit zeg maar. Dan heb ik nog twee vragen, waarvan de één de eerste is. Hoe zou dit in de huidige workflow passen? En dan bijvoorbeeld wie kan en mag de lijst updaten? Misschien verschillende lijsten voor verschillende disciplines, maar dat is eigenlijk al zo zoals ik net hoorde. Communicatie tussen disciplines en eigen beheer of inzicht van patiënten.

16:29. Speaker 2:

Ja dus. Op dit moment is het zo dat alleen de zorgverleners en en andere zeg maar gemachtigden dat kunnen doen. En dan? Wat er dan vaak gebeurt is dat we dan bijvoorbeeld een co-assistenten vragen om het OM het in te vullen. Of om de doktersassistenten die dan vooral bij nieuwe patiënten dan problemen blijven inhuren. Verpleegkundigen mogen dat niet.

17:00. Speaker 1:

Verpleegkundigen mogen het helemaal niet invullen.

17:04. Speaker 2:

Tenzij ze daartoe worden gemachtigd, maar het.

17:07. Speaker 1:

Wordt gewoon afgevangen met rechten, denk ik.

17:12. Speaker 1:

Want beloop, dat kan bijvoorbeeld misschien ook iets in de verpleegkundige sector betekenen of niet?

17:20. Speaker 1:

En die kunnen dan wel notities zorgen dat die aan het probleem komen. Of is dat juist ook wat daarin niet?

17:27. Speaker 2:

Dat is echt een medisch dossier.

17:31. Speaker 1:

Nou goed, dat is ook.

17:33. Speaker 2:

We kijken er wel heel vaak. Hier dus dus. Dus ja. Dus er is een. Het is een een generieke klacht hoor. En en daar zijn wij niet uniek in, Dat is dat is echt. Ik durf wel te zeggen Nederland breed en er is echt geen enkel ziekenhuis in Nederland die dat goed op orde heeft. Ja, dat dat dat probleem blijft, dat moet gewoon veel beter. Ja, want iedereen kijkt ernaar, iedereen vraagt ernaar. Het is belangrijk voor de overdracht, want het wordt ook. Steeds meer en meer wordt natuurlijk de overdracht elektronisch gedaan.

18:04. Speaker 2:

En dan moet dan ook makkelijk. Dat betekent dat je dan alle relevante data met betrekking tot de BgZ weet dat de BgZ heeft geborgd. Die moeten dan automatisch uit het dossier worden opgehaald. Dus ook. Probleem blijft regelmatig dat we dan patiënten overplaatsen naar een VVT instelling.

18:23. Speaker 2:

Lang opgenomen heeft gelegen met en met, met een met een echt en een half leeg probleem. Dat is gewoon af en toe. Als je de antwoorden.

18:29. Speaker 1:

Ja nee, zeker zeker? Nee. Nou goed, dan heb ik dus nog een laatste vraag. Dat is een beetje vooruitlopend op de zaken, maar toch ook wel wat vaak genoemd wordt. En dat gaat over clinical decision support als we het hebben over clinical decision support binnen een probleem georiënteerd medisch dossier. Wat zou u hierin handig vinden? Bijvoorbeeld automatisch vullen van velden, relaties tussen verschillende elementen, triggers, spelfouten, noem maar op. Automatisch registreren van diagnoses uit andere delen van het systeem of bijvoorbeeld gerelateerde termen als je iets aan het intypen bent.

19:04. Speaker 2:

Ja, nou, we zijn er al mee bezig. Twee AI tools zijn we mee bezig om die te ontwikkelen binnen Amsterdam UMC. Één. AI. Doel is om vanuit verwijsbrief en andere brieven die er al in het systeem bestaan middels een AI tool te kijken. Van welke problemen kunnen we daar in herkennen die wellicht in de problemen komen te staan en die worden dan vervolgens aan de zorgverlener aangeboden van hey, dit hebben we gevonden.

19:37. Speaker 2:

Is dit iets wat een probleem zou moeten staan, dan is het alleen een kwestie van accorderen of niet. En dan gaat het om het probleemlijst en dat is dus zeg maar kijkende naar de probleem lijst vanuit historische gegevens, om dat op die manier op die manier de lijst te vullen. Dus dat is 1 tool die we bezig zijn dat dat in de studie, in een soort studie project, dat heet dan Apropos. En daarnaast zijn we ook bezig met een andere AI tool. Het is aan met een andere vendor.

20:07. Speaker 2:

Dat is met auto scribe misschien wel eens van gehoord? Met auto scribe, willen kijken of je dat prospectief als een zorgverlener bezig is om het EPD te vullen in de vrije tekst, dat die dan in de tekst herkent waarmee je schrijft hier dat op is dat misschien iets wat in de tijd of in de probleemlijst zou moeten komen te zijn. Dus op die manier willen we dan ook kijken of of we dan de problemen prospectief kunnen vullen.

20:38. Speaker 2:

Dus ja, dat zijn nu twee initiatieven waar we dus mee bezig zijn. Derde waar we mee van start willen gaan zodra we daar een goede tool voor hebben. Dat is zeg maar om vanuit de speech dat te kunnen gaan doen, de speech to text met een language model erachteraan. Dus wel vanuit spraakherkenning eigenlijk ook problemen herkend en dat op dezelfde manier aanbiedt voor de probleemlijst.

21:06. Speaker 1:

Pas ergens is daar een pilot mee van start gegaan, toch? Ik hoorde het ergens in zorg innovaties dat ze dat ergens in een ziekenhuis gingen proberen gister.

21:16. Speaker 2:

Dit niet, niet op deze manier, want die is die is nog nergens. Het probleem zit hem in al die verder. Dit doen ze dus nu wel met met gewoon uit vrij tekst, dus dat kan wel gaan, maar vanuit spraak naar tekst en dan vervolgens met een model dat daaruit destilleren, die is er nog niet.

21:32. Speaker 1:

Laatste stapje.

21:34. Speaker 2:

Omdat dat alles alle vendors die dat tot nu toe zijn, die hebben nog niet echt de Nederlandse taal model en auto scribe heeft dat wel, maar met auto scribe krijgen is het probleem dat die die is niet geïntegreerd in het EPD. Nee en en en Daar heb je dus een apart. Apart programma voor nodig. Om vervolgens te copy paste uit. Uit het ene softwareprogramma naar het andere programma.

22:04. Speaker 1:

Nou ja, ik. Ik hoop in ieder geval dat die twee tools goed getest kunnen worden en geïmplementeerd kunnen worden.

22:13. Speaker 2:

Even kijken als ik kan kan delen, want ik heb. Ik heb net eventjes Epic opgestart. Als je nou een beetje idee krijgt hoe ik dat interessant vind?

22:21. Speaker 1:

Ja zeker! Nu ga ik over twee weken ook werken bij het Amsterdam UMC, dus als het goed is ga ik er alleen maar meer kennis over krijgen.

22:30. Speaker 2:

Wat goed, Waar ga je werken?

22:31. Speaker 1:

Ja, op de afdeling Klinische Informatiekunde voor een vervolg van eigenlijk een PhD. Ook weer bij Ronald Cornet vanuit mijn thesis zo alleen dat gaat over het stukje implementatie van ICD elf in zie wel wat anders maar. Maar goed, ik ben wel benieuwd hoe Epic eruit ziet. Ik weet niet of het lukt om te delen.

22:52. Speaker 2:

Je moet het. Wel even kijken. Kun je het niet zien of niet?

23:02. Speaker 1:

Ja zeker.

23:04. Speaker 2:

Ja dus dit is dit is een dummy patiënt en dit is echt een iedere zorgverlener die die misbruik meneer dummy voor het invullen van van alles in het probleem lijst. Ja dus dan heb je dus je hebt altijd een dossier overzicht en dan heb je hier in het dossier overzicht. Nou ja, dat zegt het al. Dat zijn dus allerlei items, dus het is een complexe patiënt die persoon dialyseren. Er zijn actieve problemen. Dan heb je hier dus problemen zitten. Dat zijn heel veel problemen, want iedereen misbruikt deze patiënt.

23:35. Speaker 2:

Alleen de problemen dus met met overige problemen en NAW medicatie. Dus dit is gewoon echt een soort hoog overzicht. En dan kun je natuurlijk een deep dive doen zeg maar in de probleem lijst en dan kun je hier op klikken en dan krijg je hier vervolgens de verschillende problemen en je ziet al dat het hier al is gecategoriseerd naar interne geneeskunde, interne geneeskunde problemen. En als je naar beneden scrolt dat ze nu ook andere problemen hebben en dan hebben ze dus alles nu zoals het nu staat. Alles dus ook oude problemen.

24:06. Speaker 2:

Die zijn er nu doorgestreept, die zijn er. Ook in verwerkt. Ja. Het gaat allemaal een beetje door elkaar heen, maar nogmaals, dat kun je dus allemaal.

24:17. Speaker 1:

Veel te.

24:18. Speaker 2:

Veel als je dat wil. Je kan hier de volgorde allemaal ook veranderen als je dat wil. Je kan hier zeg maar zeggen het kan heel makkelijk. Als je zegt ik wil dit probleem sluiten, dan kun je hier sluiten en toevoegen aan de opties. Dan gaat hij naar de niet actieve problemen. Je kan hier aangeven wat ik wil wel of niet zeg maar eerder problemen getoond zien of niet en kan hier dan vervolgens bij de steeksleutels kun je dat vervolgens aangeven en krijg je filters.

24:50. Speaker 2:

Ik wil alle interne geneeskunde problemen zien. Ik wil wel of niet groeperen. Ik wil een klasse zien en dat is dan zeg maar prioriteiten zeg maar. Hier is prioriteit dan weer. Dus je wilt delen of niet delen. Dus je hebt allerlei soorten weergaves en filters waar je wat je kunt toevoegen aan het systeem. En als je er één probleem weer openen, dan stel je voor kopen dit probleem. Dat is dan de betreffende besluiten. Zij voor ik open, zeg maar Child Pure cirrose.

25:21. Speaker 2:

Dan heb je hier de details. Dus het is aan het probleem. Dit is gewoon de de tien of zo werkt codering en hier kun je de weergave vandaan. Die kun je niet veranderen als je dat zou willen. Wanneer het geconstateerd gediagnosticeerd dan kun je Hier wordt mij nooit ingevuld, klasse invullen en je gaat hier ook weer sluiten als je wil. Je kan het koppelen aan zorgtrajecten. Ja en dan heb je hier de complicatie wel op de koppeling aan complicaties waar we het net ook al over hadden.

25:58. Speaker 2:

En dit is in je overzicht notitie. En hier kun je dus van allerlei teksten noteren wat je wil. Ja dus.

26:12. Speaker 1:

Ja, interessant. Het is ook grappig om te zien hoe het in andere systemen er natuurlijk weer heel anders uitziet.

26:21. Speaker 2:

Ja, kijk het. Of het nou EPIC is, systeem, het zit er allemaal in. Is het werkbaar? Ik vind het wel werkbaar, maar het grootste deel van de collega's vindt dat eigenlijk vervelend. HiX hetzelfde probleem. Een NEXUS probleem dus. Dus we worstelen allemaal met Ja zeker.

26:41. Speaker 1:

Zeker. Ja. Heeft u verder nog vragen voor mij? Of ehm.

26:46. Speaker 1:

Nee. Alright. Oke, dan had ik nog. Als het datamodel er is, zou ik die dan eventueel ook weer kunnen opsturen zodat u nog zou kunnen kijken? Oh wat vind ik hiervan.

26:58. Speaker 1:

Als ik een datamodel heb gemaakt kan ik dat nog naar je opsturen om te kijken dat u denkt oh wat vind ik hiervan? Nou dat is super fijn!