

Transcript interview 2 - CMIO 1

00:01. Speaker 1:

Doet ie het niet. Oké, nou, ik heb al zat. Als eerste vraag eigenlijk hoe gaan jullie momenteel om met het vastleggen van patiënt problemen en diagnoses?

00:11. Speaker 2:

Uh, nou heel wisselend dus. T is uh. Wil je dat van mij persoonlijk weten of in het ziekenhuis wat? Uh. Oh oké. Uhm, nou uh. Wat we proberen te doen is dat we in elk geval nieuwe problemen of nieuwe zorgvragen, dat we daar een uh een probleem van definiëren en dat uh zeg maar uh ja, zowel diagnoses als behandelingen proberen te koppelen aan het probleem. Dus uh en uh, daar zetten we ook eigenlijk de voorgeschiedenis van dat probleem in. Dus dat is hoe wij het nu gestructureerd hebben. Uh en ja.

00:41. Speaker 2:

Dus het t EPD is zo gemaakt dat mensen heel makkelijk uh uh vrije tekst eigenlijk binnen in de toelichting kunnen plakken aan een probleem. En op die manier proberen we een beetje best of both worlds te krijgen. Dus dat je zeg maar zowel uh vindbaarheid hebt uh als uh zeg maar uh verrijking van informatie voor de zorgverleners zodat die ook het gaat gebruiken.

01:02. Speaker 1:

Ja, want ik zag dat jullie ook. In elke bijna consult ervaring hebben jullie een probleemlijst als kopje van het consult. Klopt dat? Waar ben ik dat gewoon maar in een paar sjablonen tegengekomen.

01:13. Speaker 2:

Ja, als je nou ja, dan moet je moet je een beetje in uh in de. Dan moet je de structuur van uh van van het Nictiz EPD ingaan om daar een idee van te krijgen. Maar daar is oorspronkelijk was er geen uhm ja of geen uh handzame voorgeschiedenis. Mm hu? Uh en werd daar en werd eigenlijk alleen de probleem lijst getoond wat betreft geregistreerd en probleem. Dus zeg maar apart uh erin gezet. En ja je kunt je uh. Het probleem is natuurlijk een woord en we hebben een probleem.

01:43. Speaker 2:

ZIP Ja en die gaat over uh diagnoses maar ook over en over klachten en en ja dan hebben we een probleem lijst. Dat is ook een woord wat in de medische dossiervorming gebruikt wordt, maar over het algemeen wordt dat weer meer gebruikt voor een momentopname waarin je meerdere problemen hebt en probeert te structureren voor iemand die op dat moment ziek is. Welke dingen er dan spelen. Maar zo zo is die als een als zo'n soort probleem in essentie eigenlijk een beetje in het dossier gesitueerd. Maar wij gebruiken hem eigenlijk meer om problemen te definiëren die meer als kapstok uh zitten.

02:17. Speaker 2:

En en dat doen we in wat we noemen de relevante voorgeschiedenis. Dus we hebben het hernoemd. Ja, en daar zit nog wel steeds de structuur van die probleem lijst onder, wat eigenlijk een toegang is tot UH tot een zip probleem. Mm hu. Maar het gebruik van dat ding om daar onder dan in je dossier hoe je een probleem lijst puntsgewijs op te stellen, dat gebruiken we eigenlijk niet via dit ding. Dat uh.

02:38. Speaker 1:

Nee precies. Dus dat komt terug in de relevante voorgeschiedenis. Want ik zag bij jullie ook dat je de relevante voorgeschiedenis kan koppelen aan een probleem, toch? Dat uh is.

02:47. Speaker 2:

Dus de de relevante voorgeschiedenis. Die bestaat eigenlijk uit problemen. Ja dus die begint met een probleem. Dus alles heeft een probleem en aan dat probleem kun je in de toelichting van de zit kun je zeg maar uh uh specifieke dingen zeggen die je vindt. Die uh feitelijkheden zijn die in de voorgeschiedenis mee moeten? Ja, en dat is zeg maar dat noemen we dan speciale voorgeschiedenis. Daar is niet een

specifieke plek voor, dus dat dat proberen we vast te leggen aan het aan het probleem. Ja, en hetzelfde geldt voor operatieve verrichtingen. Die zetten we ook vast aan het probleem.

03:19. Speaker 1:

Ja dus dat doen jullie dan ook via de probleem lijst of echt waar, Registreer je dat normaal gesproken.

03:25. Speaker 2:

Nou dus vanuit de.

03:26. Speaker 1:

Verrichting of vanuit t probleem?

03:28. Speaker 2:

Dus dat gedeelte uh t t t gedeelte voorgeschiedenis. Dat doen we op de plek zelf, dus in die voorgeschiedenis. Dan kunnen we ook in de dossiervorming. Als we conclusies en dossiervorming hebben, kunnen we die koppelen aan het probleem. En op de plek waar we ook verslag verslaglegging doen, daar hebben we één verplichte regel waar iemand zegt wat ie echt gedaan heeft. Dat is eigenlijk platte tekst. Dat zijn geen CTG codes, maar dat is eigenlijk uh, platte tekst. En dat tekstdeel, dat gaat ook met een timestamp naar uh naar de naar de probleem zit.

04:00. Speaker 1:

Ja en dus als je dat probleem opent dan zou je eventueel kunnen zien welke verrichtingen d'r op dat probleem voor dat probleem.

04:05. Speaker 2:

Welke operatieve sessies d'r geweest zijn. Ook echt.

04:08. Speaker 1:

Even sessies. Ja oké, ja. Nou dat is op zich wel helder, want de volgende vraag was eigenlijk de workflow, maar dat is eigenlijk nu hiermee ook wel ja.

04:17. Speaker 2:

Maar die Nou ja goed, maar dit is de gewenste workflow en de vraag is natuurlijk een beetje hoe mensen het doen en uh, dus in de praktijk. Dus ja, je begon eigenlijk met je vraag van hoe? Hoe gebruik je het probleem toch? Dat is waar, dat is jouw ingang. Ja, en het is best een hele cultuur stap om mensen van platte tekst naar een probleem te krijgen. Dus. Dus de gedachte nu was wat van nou ja, als we het nou heel toegankelijk maken om naar het probleem toe te gaan en je hebt er ook in je dossiervorming voordeel van als je het gebruikt, dan krijg je misschien wat. Uh wat wat taak zal ik maar zeggen.

04:49. Speaker 2:

Maar er zit ook 1111 uitweg in dat als mensen er geen tijd voor hebben om dat allemaal te structureren, best veel werk. Dat ze ook in platte tekst een zogenaamde externe voorgeschiedenis kunnen plaatsen en dus de. Workflow is over het algemeen dat mensen eerst beginnen met gewoon platte tekst, daar te doen, een idee te krijgen en als er al een tijdje aan mensen aan dokters zijn, dus de tweede contact of zo. Zo'n beetje weten wat er is, dat ze dan gaan kijken of ze specifieke problemen kunnen definiëren, dat ze weten wat iemand heeft en dat ze dan wel onder een probleem kunnen kunnen neerzetten.

05:18. Speaker 1:

Een soort met terugwerkende kracht achtig. En dan heb je ergens heb je dan dus een vrije tekstveld waar je iets kan geven zonder dat je hem iets kan ingeeft zonder dat je een eigenlijke registratie van een probleem nog hebt. Ja, ja ja, want je kan natuurlijk zo'n probleem in ieder geval volgens mij ook meerdere statussen meegeven. Los van actief en inactief heb je ook bijvoorbeeld verdenking dacht ik uit mijn hoofd.

05:40. Speaker 2:

Op een klacht of zo. Dat is een een, dus een niet zozeer een diagnose, maar een buikpijn of zo. Weet je wel als iemand komt voor buikpijn en dan vind je dat die collocatie nodig heeft of zo en dan begin je met buikpijn. Dat zou je kunnen doen, maar naar de de de lading die mensen eraan geven. Dus het is eigenlijk

111 deel van de van de van de voorgeschiedenis. Dus het is iets. Het is eigenlijk een gedeelte deel een deel van een dossier wat je deelt met het hele ziekenhuis en alle andere zorgverleners. Dus daar wil je eigenlijk geen uh geen vage dingen in zitten. Wil je feitelijkheden inzetten dus.

06:11. Speaker 2:

Dus mensen zullen pas geneigd zijn om een probleem te definiëren als we ook echt een idee hebben wat het probleem is. Dus als het analyse is dan dan staat het vaak nog niet gerubriceerd.

06:21. Speaker 1:

Dan staat het in een vrije tekstveld ergens anders verborgen waarin ze dat vervolgens dan als er meer duidelijkheid is, terug ja terug naar toe refereren. Maar als er uiteindelijk niks uitkomt, dan blijft het gewoon. Dat is wel heel een beetje hangen.

06:32. Speaker 2:

Ja ja precies. En dan uh. Dus dat is op zich wel jammer. En en nou ja goed, daar kom je op het raakvlak tussen zeg maar uh uh dossiervorming en uh uhm en zeg maar uh ja, dat is ook te zeggen uh verplichte administratie. Kijk, als je iets doet dan moet je wel kijken. De winkel moet wel draaien. Je moet wel uh verantwoorden wat je eigenlijk voor uren als een consultant zegt. En je moet ook zeggen wat je gedaan hebt hè. Ja dus we hebben een consult en dat consult, daar moet wel een DBC code aan geplakt worden. Van een klacht bijvoorbeeld. En op een bepaald moment hoeveel behandelingen dan gedaan hebt.

07:06. Speaker 2:

Ja en ja, dat dat kun je uiteindelijk ook tot een probleem laten worden. Dus daar komt een uh een gedefinieerd probleem, maar dat hoeft niet. En daar, daar, daar scoor ik ook op. En ik zie dat sommige specialismen maken helemaal geen problemen aan, dus die doen alleen maar financiële DBC's. Ja doen alleen blijft geven en geen problemen. En die laatste, die hebben dat. Dat zijn vaak de specialismen die dat helemaal uitbesteed hebben aan uh functionarissen op hun afdeling. Dus die die laten de hele financiële afhandeling aan anderen. En dan krijg je dus ook nooit registratie aan de bron zeg maar. Nee.

07:36. Speaker 1:

Nee. En dat is inderdaad ook wel iets wat natuurlijk ook een een workflow dingetje is. Wat vaak ook lastig is om dat helemaal goed te krijgen denk ik in uh zeg maar gewenst te krijgen, niet goed gewenst te krijgen zoals je dat zou willen. Wij.

07:49. Speaker 2:

Maar wat dus eigenlijk de workflow zou moeten zijn, dat is dat je 1111 bijvoorbeeld een klacht pakt en dat je daar zeg maar je je hele voorgeschiedenis onder plakt en dat die dan Dat je dan later de titel aanpast naar het probleem wat de diagnose niet geworden is. Dat zou eigenlijk de workflow moeten zijn, maar dat is. Uh ja, ik denk dat we nu een taak van uh 30 tot 50% hebben of zo waar mensen het echt zo doen. Ja en de andere doet het gewoon plat. Ja, ja, ja toch wel best wel toch? En ja, van die.

08:16. Speaker 1:

Pet Ja nee, dat is zeker weten. Ja, ik wil gaan. Nog eventjes dan. Iets verder op t probleem georiënteerd EPD. In hoeverre bent u bekend met het probleem georiënteerd medisch dossier?

08:27. Speaker 2:

Ja ja, zeer omdat ik geprobeerd heb om dat uh wat door te ontwikkelen ja dus ja dat uh ja, een beetje mijn kindje hier.

08:33. Speaker 1:

Ja ja dat hoorde ik al hier door ontwikkeling ZVV want jullie zijn ook met deze werkwijze begonnen. Zijn jullie daar al lang mee bezig?

08:42. Speaker 2:

Nee maar dus we zijn nu een jaar zit GV bezig en we hebben t zeg maar daar voor. Dus eigenlijk uh het jaar daarvoor hebben we voorbereid en zo en je hebt van Nexus heb je de gebruikersgroep van de

ziekenhuizen hier? Dat is redelijk overzichtelijk. Dat zijn er vijf ja en met uh de dat heet de NMR En in de NMR hebben we dit eigenlijk als belangrijkste uh onderwerp voor dossiervorming herkent dat we het heel belangrijk vinden om een goede en hebben we dan onder voorgeschiedenis uh genoemd. Maar het gaat eigenlijk om de probleem lijst. Ja, dat we die uh goed en beter ingericht wilden hebben.

09:14. Speaker 2:

Dus daar is met alle ziekenhuizen over nagedacht hoe dat dan zou zijn. Ja en die structuur, die zijn wij als eerste dan hier gaan gebruiken en dat ja dat is voor gedeelte fijn, voor gedeelte ook niet fijn omdat je ook alle kinderziekten dan hebt. En uh ja nu na een jaar nog steeds met dingen zitten die eigenlijk niet helemaal kloppen. Nee dat dat, dat is wel vervelend en dat is ook wel lastig om dan het heilige woord zeg maar uit te spreiden als het niet werkt zeg maar. Eigenlijk zou ik niet doen, want dat doet het niet, weet je? Dus uh ja, het liefst zou je daar wel wat meer ondersteuning van uh van uh van de leverancier willen hebben.

09:44. Speaker 2:

Ja, dat je dat je commitment hebt van ja dat moet je snel oplossen anders dan krijg je die cultuurverandering niet en die uh ja die denk je dan. Ja die die, die is er dan toch minder dat dat zit er toch meer front of minder front of mind bij een leverancier dan bij een gebruiker?

09:57. Speaker 1:

Ja nee snap ik, want wat zijn dan bijvoorbeeld dingen waar jullie dan. Tegenaan gelopen.

10:02. Speaker 2:

Nou gewoon technische dingetjes dus.

10:03. Speaker 1:

Uh systeem technisch gezien.

10:06. Speaker 2:

Ja een een uh. Nou, we hadden bedacht dat je je. Soms bedenk je dingen en dan blijkt het anders te zijn. Dat het en laat ik het zo zeggen voor zoiets als een probleem. Eigenlijk moet je ook een probleemeigenaar hebben ja, En een voorgeschiedenis zoals hier klassiek wordt vastgelegd, daar zit iedereen aan te sleutelen. Dat is van niemand en ook niet traceerbaar. Wie het dan heeft gedaan zal ik maar zeggen. Dus wat we bedacht hadden was dat je een probleem dat er bij een specialisme zou horen en dat als je een ingreep doet en een operatie, dat die dan eigenlijk gewoon op dat moment door de door de direct door de doen van de ingreep dat ie op dat moment moet worden vastgelegd met een timestamp van op dat moment is die operatie gedaan en dat je er ook niet meer aan kunt komen.

10:47. Speaker 2:

Dus niet iemand anders die dan weer kan gaan wijzigen, zodat je eigenlijk gewoon gaandeweg dossiervorming hebt door je en door je medische verrichtingen zeg maar. Maar ja, we hebben niet zo nagedacht dat je ook die foutjes kunt maken en zo. Dus dat ding, dat is dat nu vastgeplakt? Maar je kunt ook niet meer veranderen en dat is best vervelend. Dus je kunt je voorstellen dat je een. Je kunt een eenzijdigheid verkeerd doen of een typfout of weet ik veel wat en dat staat er dan eendeloos in. Ja, dat kan natuurlijk eigenlijk niet. Nee dus. Maar dat moet dan gewijzigd worden.

11:12. Speaker 1:

Ja, nee, dat snap ik nou goed. Ehm, even kijken. Want dat beantwoordt eigenlijk ook gelijk de volgende vraag Hoe kijkt u aan tegen het introduceren van een probleem georiënteerd medisch dossier? Maar ik geloof dat ik dat wel.

11:24. Speaker 2:

Ja, ja, nou ja, goed, maar ik denk wel dus. Nou ja, dus. Uhm jouw uh uh. Jij en je vakgenoten kunnen daar een geweldige rol in spelen denk ik. Uhm uh. Maar ja. Dus de dat uh ik denk dat het een gedeelte implementatie is, maar daarnaast is het ook uh laten zien wat het uh wat het doet. En dan kan het helpen

als je uh als je ook wat uh onderbouwing hebt dat het dat het nou bijvoorbeeld voor patiëntveiligheid zou zou helpen. En ik denk dat het evident is als je als je dingen goed hebt opgeschreven en kunt terugvinden dat dat veel makkelijker is voor de volgende zorgverlener.

11:59. Speaker 2:

Ja, alleen ja. Het is heel moeilijk om mensen daar uh uh, je moet om dat te doen. Dat kost meer tijd om gestructureerd vast te leggen en en dus die tijd moet je erin investeren en dat doe je uh ja, voor je volgende poli contacten. Dus Uh dokter, die eerste contacten moet je dan heel veel werk doen om te zorgen dat het daarna makkelijker wordt. En gaandeweg moet je ook als je iets doet moet je het meteen op de juiste manier d'rin zetten. Maar sommige dokters en die die hebben eigenlijk alleen maar patiënten met een heleboel problemen die elders zijn vastgelegd.

12:30. Speaker 2:

En die, die komen dan langs. En die die zijn dus een soort van de lul om dan alles van anderen te mogen gaan structureren en dan een eenmalig advies te geven. Ja dat werkt niet nee dus dat is heel moeilijk.

12:41. Speaker 1:

Nee, dat snap ik. Uh even heel wat anders. Maar hebben jullie ook wel eens een praatje gehad van Want we hebben daar ook wel zeg maar echt presentatie van volledig gefocust zijn op het nut van het probleem, liefst op een wat hoger abstractieniveau.

12:52. Speaker 2:

Ja, nou hebben we wel uh uh, dat hebben we wel in uh in in onze eigen EPD commissie gehad met uh met uh met DHD hebben we dat gedaan. Dank je wel. Ja uh, maar ik ik wil het eigenlijk nog een keer voor de staf gaan doen, maar eigenlijk als dat. We wachten eigenlijk nog op één iteratie van uh de problemen eerst hier dat het helemaal werkt. Ja, en dan wil ik eigenlijk een keer bij een staf bijeenkomst zou ik even willen vragen of ie een verhaaltje wil houden. Zeg maar over wat er dan voor wetenschap is en misschien iemand van uh van Nictiz of weet ik veel wat. Hier een beetje een verhaal over. Je zou dat goed kunnen plaatsen.

13:24. Speaker 1:

Ja, ja, ja zeker Ja, Ik denk ook dat dat wel zeker nuttig kan zijn.

13:27. Speaker 2:

Ja, ik denk het zeker, maar. Maar nogmaals, ik denk dat het t Moet wel zo zijn dat je dan een uh. Als je er veel geluid aan gaat geven dan moeten we het ook wel helemaal staan weet je wel. Als er dan allemaal gaten in geschoten kunnen worden dan is dat uh lastig? Ja zeker.

13:41. Speaker 1:

En dan gaan mensen dat proberen. Dan denken ze oh help, dat werkt niet. Ja, even kijken, want ik had uhm. Ik heb nog een kleine mock up gemaakt, maar volgens mij is dat ook voor u best wel helder hoe het eruit kan zien. Dat is zeg maar gewoon gebaseerd op literatuur waarin ik zie dat die nu iets kan en misschien wel uh zeg maar dat is niet per se hoe het er moet gaan uitzien, maar even gewoon een zwart wit mockup van hoe het eruit kan zien. Dus dit is dan van één patiënt waarin je, nou ja, volgens literatuur en allerlei andere onderzoeken het fijn zou zijn om dan zo'n soort overzichtje te hebben.

14:15. Speaker 1:

Van welke problemen bestaan er dat je een probleem kan toevoegen op basis eigenlijk wat hierin staat? Die onderdelen?

14:23. Speaker 2:

Waar heb je deze nu? Wat is dit? Is uh wat? Wat voor een uh Wat voor een invoerscherm is dit? Waar komt dit vandaan? Dit is wel gemaakt.

14:32. Speaker 1:

Gewoon even een beeldvorming te geven, dat kan er in. Zit hier achter uit. Ik zit hier.

14:36. Speaker 2:

Uh ik weet dat dit ergens achter of zo.

14:38. Speaker 1:

Dat is gewoon een mock up dingetje. Het is nog.

14:41. Speaker 2:

Niks, dat doet niets.

14:42. Speaker 1:

Het is meer. Ja ik kan een paar knopjes aanklikken, maar het was meer even voor de beeldvorming om dat laat zien. Want hier heb je bijvoorbeeld als we via. Hier wordt dan bijvoorbeeld zo'n. Ik heb hier een voorbeeld uitspraak van epilepsie waar bijvoorbeeld deze dingen daar aan zouden kunnen hangen. Ja. En ik had hier eigenlijk een vraagje over. Want welke behoefte heeft u met betrekking tot de inhoud van een probleem lijst? Als ik in welke problemen zou willen zien of welke filtering daaraan zou willen geven en hoe?

15:16. Speaker 1:

Bijvoorbeeld als je hier een filtering dan zoiets doet, wat zou je dan in zo'n overzicht willen zien? Wat voor soort informatie?

15:23. Speaker 2:

Ja, nou ja, er zitten verschillende aspecten aan, dus één is zeg maar de wat je net liet zien dus de invoer hè. Mm hu. Dus uh. Nou ja, dat is best best lastig om de invoer goed te structureren. Zeker omdat je wil dat mensen ermee willen gaan gaan werken. Dan moet het voor hun nut hebben. En ja, dit is wel. Je kunt hier wel naar een uh de cd ICT elf komen zal ik maar zeggen, maar daar heeft de clinicus heeft er geen drol aan en dan wordt je patiënt niet beter van. Nee dus. De grootste nut voor de dokter zou zijn dat je een een diagnose titel hebt die niet te specifiek is eigenlijk.

15:59. Speaker 2:

Dus je wil het liefst wil je een meer dan een algemeen kapstok. Je wil een ziekte hebben, maar niet zozeer de stagnering van de ziekte, want je gaat nog vaak nog door met die ziekte. Ja en en Dus iemand heeft Corona ja lijden en die heeft eerst pijn op de borst en dan krijg je een hartinfarct. En eigenlijk wordt dat allemaal bij hetzelfde probleem. Ja canaria lijden dus. Dus ja. Dus dat is een beetje de vraag hoe je dus je wil eigenlijk in elk geval een ingang hebben daar naar een, naar een, naar een kapstok. En het liefst is dat een kapstok die op de gebruiker gericht is.

16:30. Speaker 2:

Dus uh, die moet eigenlijk leren wat die gebruiker voor een problemen aanmaakt en dan dus bedenken dat die die aanbiedt. En dan is de volgende nog. En dat Dat klinkt een beetje suf, maar uh uh. Je hebt te maken met mensen die op een bepaalde manier opgeleid zijn en die en dan die een historie bij zich hebben en die op die manier werken. En uh, de huidige zitting van dokters. Die zijn vooral gericht op het schrijven van rekeningen en de juiste DBC invullen en zorgen dat daar de juiste vulling aankomt, omdat dat de systematiek is die de afgelopen tien jaar over ons uitgestort is.

17:04. Speaker 2:

Ja dus. Die wil via de DBC kunnen zoeken, dus die wil eigenlijk een DBC intoetsen en dan wil je zien welke problemen die dan kan kiezen die voor hem relevant zijn. Dus dat is eigenlijk wat je zou willen hebben voor de.

17:15. Speaker 1:

Invoering is dat je eigenlijk een DBC zo bijvoorbeeld zou zoeken en dat je dan ziet wat daaraan gekoppeld zit. Want zo'n DBC dat kan uit meerdere onderdelen bestaan. Of kan dat niet?

17:26. Speaker 2:

Dat weet je kunt Nou nee. En de een zit eraan, weet je, er is een uh. Dus eigenlijk komt het er volgens mij op neer dat je dus uh van uh dat T-Rex dat je die zou moeten koppelen aan de invoer van je probleem en

dan nog een keertje uh, het liefst gevuld met data van de dokter die er zit, zodat je weet wat zijn patiënten zijn. En dan en dan op specialisme ook denk ik, omdat je wil dat iemand alleen problemen uit zijn eigen specialisme vult.

17:56. Speaker 2:

Uhm, ken je dat dan niet die uh.

17:59. Speaker 1:

Ik ben zelf niet extreem bekend met DBC. Uh ja wel, ik weet wel wat een DBC is, maar ik.

18:11. Speaker 2:

Deze. Deze is wel handig en die kun je per specialisme doen en je kunt dus ook uh, als ik een uh chirurgie doe en ik doe nu bijvoorbeeld iemand die loopt problemen heeft, dan krijg ik hier onder deze DBC welke problemen daarna afleiden. Want die die die die problemen tussen ouders die leidt af naar naar DBC en dan is de tien hè. Dus die dus die uh dus die heeft gewoon maar bepaalde waarden die dat kunnen kunnen hebben. Ja en en dat is dus een ingang die dokters nodig hebben. En ja, ze kunnen wel hier naartoe.

18:42. Speaker 2:

Maar ja, weet je, ik kan dit honderd keer wel zien dat ze dat daar kunnen doen. Maar dan nog steeds is t best onhandig. Want dan als je dan hier wil gaan kijken waar het zit dan dan kun je hier zeg maar dit aanklikken en dan zie je nou dit is dan toevallig eentje en maar het kan ook. Een uh kan ook een hele boom zijn waar die in zit en dat je dan eigenlijk op een probleem komt dat er wat er ergens boven zit hier dus Dit is zeg maar van een systeem. Dit is dan de meest logische om te pakken zal ik maar zeggen als uh in de hiërarchie. Ja dus dat.

19:07. Speaker 1:

Is als je dat dat je eigenlijk automatisch zou willen dat dat zeg maar suggesties zou geven van wat bij dat specialisme zou kunnen horen. Op basis van als je iets intypt van nou.

19:16. Speaker 2:

Dus dat is dus dat is de invoer zeg maar. Dus weet je dat je het makkelijk maakt om in te voeren. Dat is één. En dan vervolgens hoe ga je filteren? Goed, waar hebben we zelf iets iets voor bedacht? Hoe wij dat uh nu nu hebben? Ik weet niet of dit net is, een patiënt die best wel wat heeft en dit is zeg maar hoe het dan bij ons uh staat. Dus hier heb je de problemen en achter die problemen daar zetten wij onze specifieke en speciale voorstellen. Dus dit is dan dus nou dat is zo'n gevoel, n voordeel wat ik noemde voor de de de de, de cardioloog. Ja zo kan je ook. Die heeft deze patiënt als konijn sclerose en die heeft allerlei events gehad en we hebben met elkaar dan per specialisme afgesproken hoe we daarmee omgaan.

19:53. Speaker 2:

En Nou, in principe, als iemand meerdere events heeft dan, dan noemen we dat daar konijn lijden van. Hebben ze dan een hartinfarct gehad, dan zet hij die volgens mij weer apart in of dan maakt hij er een diagnose hartfalen van of zo. Met met dat je dat je op gehoor alert bent dat die patiënt ook echt een uh 111 slechte hartfunctie heeft. En dit gaat eigenlijk alleen maar over de toegankelijkheid van de kransslagaders. Nou dat kan het dus zijn dat uh dat dat je wel daarin geïnteresseerd bent. Maar ik ga niks aan die kransslagader.

20:23. Speaker 2:

Nee dus. We hebben het zo gemaakt dat je dan kunt filteren en dat je zeg maar kunt bepalen voor zo'n patiënt. Dat je zeg maar dus wel de ziekte ziet, maar dat je voor deze voor de patiënt die ik nu behandel is voor mij niet interessant wanneer er wat gedaan is, zodat ik daar dan zeg maar dus de specifieke seksuele voorgeschiedenis uit haal. Zo kan ik ook sommige dingen er helemaal uithalen en dit is dan zeg maar dus

onze erfenis die we meenemen. Ja, terwijl alle platte voorgeschiedenis waar je niks gestructureerd in kunt doen. Nee, ik moet zeggen dat ik t t t gedeelte actueel of niet actueel, Dat klinkt wel.

20:55. Speaker 2:

Klinkt wel aardig, alleen als je het daar over hebt dus. Dus ja, in in de structuur zoals wij m hier hebben kun je of je dat een beetje kent. Maar als ik een compleet probleem lijst open en ik vind er niks aan vastleggen maar. En als ik als ik deze wil wijzigen.

21:18. Speaker 2:

Staan nu van al die gegevens erin zal ik maar zeggen en en. Je zou dit dus. Deze patiënt heeft in 2014 een Charcot voet gehad. Eigenlijk is die Charcot voet niet meer actueel in de zin van dat die mevrouw en dat dat nu actief is. Alleen het is wel extreem relevant, want ze ligt nu met een geïnfecteerde uh Charcot voet, of tenminste de overblijfselen van de voet ligt ze in het ziekenhuis. Dus het is voor ons wel heel relevant om te weten dat ze die sarco voet gehad heeft. Ja dus dan. Dus daarom noemen wij het ook relevant en en ja, of iets actueel is of niet actueel dat dat dat is, Ja, dat is wel informatie ja.

21:54. Speaker 2:

Alleen er is niet zo snel een. De vraag is hoe je die informatie up to date houdt, want er is geen noodzaak voor de dokter omdat er in te zetten. Ja, wie gaat dat? Wie gaat dat bijhouden?

22:05. Speaker 1:

Dat snap ik dus.

22:06. Speaker 2:

Niet. Dus dat zou je naar mijn idee beter kunnen afleiden uit het feit of er onder die diagnose ook een DBC loopt.

22:13. Speaker 1:

Ja precies ja, want ik zeg je hebt inderdaad wel richtlijnen wanneer een probleem wel of niet actueel is. Daar heb je hele ja modellen flowcharts voor. Maar ja, vanuit Nictiz is dat aangeleverd. Als het nog wel relevant is voor de huidige zorg van de patiënt valt het onder actueel. Als het zeg maar. Ze hebben daar een soort gedachtegang van gemaakt. Uh, ik heb het wel ergens kan en ik heb.

22:35. Speaker 2:

Wel zo'n vierkantje en zo ging dat op dezelfde is. Maar uh ja, nou goed.

22:38. Speaker 1:

Maar ja, ik snap het wel, want anders moet je hier dan weer moet je dat een soort met terugwerkende kracht ja dat is uh in het kader van de tijd. Ik weet niet hoeveel tijd ie nog heeft. Ik heb nog één vraag, of 1,5 omdat we iets uitlopen. Uhm ja oké, ik heb zeg maar ehm de want we hadden net welke filtering ze er aan willen geven. Welke informatie zou je dan willen zien? In het overzicht is er zeg maar. Als je zo hier dit overzicht hebt vanuit de consult voor voeding, is dit dan wel de informatie die je ook daadwerkelijk zou willen zien.

23:10. Speaker 1:

Dus bijvoorbeeld hier ook een heel ander soort overzichtje, maar zou dit data zijn die dan ook willen zien als in Als je al een filtering toepast, welke stukjes zou je dan willen zien van het probleem?

23:21. Speaker 2:

Ja uh nou ja dus dat uh dat ligt er dus aan. Uh. Dus ik denk dat je uh de titel van het probleem wil weten en en eventueel de aanvullende informatie die daarop uh betrekking heeft. Dus wat voor behandeling daaronder zit of wat voor behandelingen gedaan zijn. Dus Dus dan, dan denk ik dat dat de ik zou verwachten dat dat elke dokter die aan iemand aan het behandelen is, dat die een probleem definieert en dat die de dingen die zeg maar blijvende informatie zijn dat die achter dat die die aan dat probleem koppelt.

23:55. Speaker 2:

En dat kan dus een uh een tumor classificatie zijn of zoiets dergelijks, of een een operatie, een been amputatie. Ik bedoel dat been is eraf dat dat is gewoon een feit. 13 januari is het been geamputeerd. Ja, dat je die dingen eigenlijk daar. Dan verwacht je dat de dokter die de patiënt behandelt, dat die zorgt dat dat kenbaar is voor de rest van de zorgverleners om te zien. Daar gaat het volgens mij om. Ja, ja, want daar is dit voor bedoeld naar mijn idee. Om informatie te delen die je relevant vindt en naar mijn idee is ook een van de belangrijke verkoopargumenten voor de probleem lijst is de uh de BgZ zeg maar hè.

24:32. Speaker 2:

Dus als je nou mensen nou bewust maakt dat dit de manier is waarop zij kunnen zorgen dat gegevens over hun patiënt bij andere zorgverleners bekend worden, ja, dan kunnen ze misschien ook wat gemotiveerder zijn om het te laten zien. Ja dus. Ik denk dat dat de dingen zijn die ik nu laat zien. En ik kan daar niet een hele. Nou ja, weet je wat ik dan? Dan gaat het naar mijn idee dus om. Bij mijn chirurgische vakken gaat het om uh om operatieve verrichtingen wat mij betreft. Die die moeten daar denk ik echt in staan. En ja, ik denk PH diagnoses. Uh dat is denk ik belangrijk.

25:04. Speaker 2:

En voor de rest dingen die voor een andere zorgverlener van belang zijn om te weten.

25:09. Speaker 1:

Ja ja ja, want natuurlijk dit zeg maar het voorbeeld wat vaak gebruikt wordt is als een patiënt terugkomt met iets, terwijl de behandelend arts bijvoorbeeld niet is of zulk soort dat ze dan is informatie uit het dossier willen halen terwijl ze de patiënt niet kennen. Ja, en dat het dan dus aan de hand van zo'n lijst makkelijker. En daar is ook wat ook wat onderzoek naar gedaan, dat dat makkelijker is om als je dat via een gestructureerde probleem lijst vastlegt dat de kans groter is dat het dat het zeg maar goed overkomt die informatie daadwerkelijk bij de arts is.

25:37. Speaker 2:

Dan heb je het over een uh als je het binnen een specialisme hebt. Maar ja nog nog uh nog uh. Interessanter is het als je het over specialisme heen doet hè. Dus uh, als ik iemand ga behandelen en die heeft ook uh prostaat carcinoom, dan is het wel fijn als de uroloog t op zo'n manier notuleert dat ik het kan zien. Dat ik niet honderd brieven hoeft te bladeren om te kijken wat er nou wat wat een plan is met die prostaat carcinoom. Ja ja ja.

26:00. Speaker 1:

Nee precies oké. Uhm oké. En dan had ik nog hoe ziet ie dit in de huidige workflow passen Als in wie kan en mag de lijst updaten? Verschillende lijsten voor verschillende disciplines. Iets wat met patiënten en eigen inzicht in deze lijst? Hoe kijkt u daar tegen?

26:17. Speaker 2:

Dat soort laatste.

26:18. Speaker 1:

Eigen beheer of inzicht van patiënten of patiënten die dan zelf ook op hun portaal bijvoorbeeld kunnen zien? Zo'n lijst is zo'n probleem lijst.

26:26. Speaker 2:

Ik denk dat dit het is. Dossier dossiers van de patiënt, dus de patiënt moet dat kunnen zien. En dat dat is, denk ik, dat is voor elke medisch dossier zo. En als ze niet kunnen zien, kunnen ze dat het opvragen. Dus in zekere zin is het gewoon voor de patiënt. Maar ze hoeven niet te begrijpen wat mij betreft. Je moet dus een heel boek opzoeken en ik denk dat het euh, ja, ik geloof heel erg in dat die problemen, dat die zeg maar voor de dat die vakken specifiek zijn, dus dat die van een specialisme zijn. Ja, en dus als je multidisciplinair aan een probleem werkt, dan moet je denk ik gewoon een tweede probleem open maken voor de andere disciplines die aan en ook aan dat probleem werkt, zodat je de informatie bij elkaar houdt.

27:04. Speaker 2:

Ja, want ik ben niet geëquipeerd om uh om uh om op te schrijven wat met longkanker aan de hand is en de longarts niet wat er met de vaatziekte aan de hand is, dus dat dat hoort iemand anders niet te doen.

27:15. Speaker 1:

En dan verschillende lijsten voor verschillende disciplines. Zou dat daarbij kunnen helpen? Of zou het fijn zijn om toch één soort standaard lijst te hebben?

27:23. Speaker 2:

Wel ja, sommige ziektes zijn nou eenmaal heel algemeen hè. Dus uh waar heeft ie? Sommige ziektes, daar heeft iedereen mee te maken. Dus dan dan ja dan kun je het niet goed onder een specialisme zetten. En ik denk dat de dat de probleem lijst die hoort naar mijn idee die die is die die gaat over de beschrijving van de patiënt dus. Dus dat wordt één leest lijsten zijn waar alle problemen in zitten. Ja en niet uh eentje met alleen maar 0.59u specialisme. En ik kan me dus wel voorstellen dat je het zo maakt. En ik denk dat dat dus ook een eis is.

27:54. Speaker 2:

Ik denk dan weer dat alle dokters dat eigenlijk wel vinden, dat een een dat leveranciers het zo zouden moeten maken dat jij kunt gaan filteren welke problemen voor jou, voor jou, uh voor die patiënt naar jou relevant zijn.

28:07. Speaker 1:

Ik zie hier dat wel op cardio chirurgie intern en dergelijke gefilterd kan worden op alles is wel een uh een voordeel dan. Misschien ook qua filtering wat hier gedaan wordt.

28:17. Speaker 2:

Ja volgens mij lopen wij mijlen vooruit.

28:19. Speaker 1:

Uh dat weet ik wel zeker ja. En dan is de allerlaatste vraag ook als we het hebben over clinical decision support binnen een probleem georiënteerd medisch dossier, wat zou hier een handig zijn? Dus bijvoorbeeld het automatisch vullen van velden relaties tussen verschillende elementen dus. Wat ik denk ik ook net liet zien met die Thyrax Uh, dat Thyrax stukje triggert spelfouten automatisch registreren van diagnoses uit andere delen van het systeem. Zulk soort dingen dus echt kijken naar clinical decision support.

28:50. Speaker 2:

En ja, ik vind dat heel moeilijk. Ik uh ik denk ik zou zelf denken dat het uh dat je dat het het beste werkt als het on demand is. Dus uh. Want ja zeg maar uh wordt al best veel uh beïnvloed door dingen. En over het algemeen zit je toch in een situatie dat je uh uh van A naar B wil. En als je van allerlei uh zij uh dingen krijgt van denk je ook hieraan en zo dat over t algemeen ben je geneigd om dat weg te klikken? Ja dus. Maar het moment dat je een beslissing moet maken en je weet dat je op een knopje kunt drukken om zeg maar extra informatie te krijgen, dan kan het denk ik wel heel interessant zijn en.

29:25. Speaker 1:

Dus niet in de vorm van pop ups. Dan neem ik aan van denkt u aan, dit.

29:30. Speaker 2:

Ik denk het niet want want uh ja of ik moet echt heel goed werken. Maar ik, ik, ik, ik zie het niet zo heel goed voor me, maar ik denk ik denk eerder in een uh we hebben best wel veel uh uh gevalideerde uh databases die we kunnen raadplegen bij uh bepaalde ziekte groepen hè. Dus dan? Dan moet je zelf wat gegevens gaan invoeren om risico's op bepaalde uh ongewenste events uh in te schatten. Nou dat zou denk ik onder water kunnen, alleen dan denk ik dat je wel uh ja, dan moet je gewoon op die knop drukken en dan moeten de data eruit komen denk ik.

30:03. Speaker 2:

Ja uhm nou ja die kan niet of je die kent. Uh periscoop. Dat lijkt me ook wel een mooi ding om bij ons op te gaan plakken. Dat is zo'n uh een soort van een algoritme wat uh ik dacht in het AMC of zo ontwikkeld is, maar om uh de kans op het krijgen van uh infecties uh te uh in te schatten op basis van uh diagnose gegevens, medicijngebruik en zo die uh lab dingen die je uit het systeem haalt.

30:29. Speaker 2:

Ja, dat kan best interessant zijn. Alleen de vraag is wanneer je het dan? Wanneer moet je dat dan doen hè? Dus dan zou je dat denk ik bij ontslag of zo kunnen aangeven. Ja van uh ja dan. Dan steken we de thermometer erin om te kijken of we hier of hier een hoger risico lopen.

30:44. Speaker 2:

Ja. Heb je zelf ideeën over hoe je staat, informatie zou willen ontsluiten om.

30:48. Speaker 1:

Nou ja, wat zeg maar. Waar wij zelf wel over nadachten was bijvoorbeeld van Maar ik denk dat dat net ook een beetje is afgevangen met dat T-rex stukje. Dat stukje wist ik niet exact dat dat zo werkte, maar als je bijvoorbeeld een bepaald probleem hebt dat je misschien suggesties kan geven van bepaalde behandelingen of als je een bepaald symptoom hebt dat je suggesties kan geven van bepaalde problemen en ze zo die richting op.

31:12. Speaker 2:

Ja, ja ja, ja, ik ik zit zelf. Ik heb zo het idee dat dat zeg maar beslist ondersteuning. Dat heeft denk ik wel meer te maken met ook behandeling toch? Dus medicijn keuze, dosering, uh uh risico's uh en en dit is echt. Dit is meer rubricering toch? Dat uh dat Thyra dus dat dat is dat uh. Dit heeft niet per se invloed op hoe je iemand gaat behandelen als meer over hoe je de welk welk naampje je dus dat je je dossiervorming wat makkelijker maakt.

31:43. Speaker 1:

Ja, dat is ook een ding als je bijvoorbeeld wat typt dat je al suggesties krijgt. Dat is ook valt voor mijn idee ook wel onder beslissingen ondersteuning. Maar goed dat.

31:53. Speaker 2:

Ik vind dat. Dat vind ik dus wel lastiger, want wat ik uh. Maar dat is misschien ook wel iets van generaties hè. Hoe dat werkt? Misschien dat jij er al heel anders in zit dan ik daarin zit. Uhm. Maar. Ik denk, maar ik denk het niet. Volgens mij word je toch. Als academicus word je getraind om te denken in in structuren, dus in euh ja, in indelingen en in en uh. Uh zeg maar hoe zoek ik het in rubricering eigenlijk? En wat ik dus heel erg mis bij auto aanvul is de rubricering.

32:25. Speaker 2:

Dus ik krijg gewoon lukraak uh zeg maar een een pagina op Twitter aangeboden zal ik maar zeggen die misschien wel of niet past bij wat ik wil. Ja, en ik heb liever dat ik dat ik weet onder welke structuur ik kan kiezen en dan dat ik dat aangeboden krijgt. Dat lijkt mij prettiger. En dat is precies ook wat je bij sommige dingen mist. Uh, nou ja, ik weet niet of jij. Je hebt uh mensen informatica gestuurd toch? Of uh ja, klopt ja en dan uh. Maar ga jij je nou ook bezig houden op het vlak van uh uh interactie van dokters met systemen?

33:01. Speaker 2:

Is dat wat jij interessant vindt of weet je.

33:03. Speaker 1:

Uhm, nou dat is voor nu een beetje buiten de scope van dit onderzoek, maar interacties van dokters en systemen is natuurlijk altijd interessant.

33:14. Speaker 2:

Uh nou ja, ik weet niet, we hebben t niet. Ik Misschien blijf je nog lang hier zitten.

33:19. Speaker 1:

Ik ben hier de hele dag.

33:26. Speaker 2:

Wat nu? Heel simpel problemen. Je wil een Dit is aanvragen als een dokter wil een thoraxfoto aanvragen of zo. Nou dan. Of een foto aanvragen. Nou, d'r is nu een systeem gemaakt waarbij je in één keer alle aanvragen die je wil bedenken. Die kun je hier doen. Ja, dat kun je doen via zoeken kan ik hier intypen thoraxfoto en dan gaat ie aanvullen. Ja dan ga ik dus allerlei bullshit doctors bij. Staat er echt helemaal niet op invullen. Nee, als ik zeg maar kijk in een catalogus dan heb ik hier.

33:57. Speaker 2:

Hier heb ik gewoon de foto's van de thorax en daar heb ik alle thorax foto's die er zijn. Ja dat is veel makkelijker en dat is zeg maar dus 111 structuur. Snap je dat je weet waar je ongeveer het hoofdstuk kan vinden? Dus of je nou een auto aanbod of catalogus. Ik heb zelf die weet je liever de catalogus hebt en dan daarna zeg maar kunt dinges. Martens t Is per plek denk ik verschillend.

34:17. Speaker 1:

Ja, nou als ik dit zo zie, want dit is t Nieuwe aanvragen stukje had ik zelf nog niet helemaal gezien, maar dan lijkt me dat inderdaad ook handiger en duidelijker. Ook ten aanzien van het maken van. Misschien als je snel klikt of zo dat je iets compleet anders hebt aangevraagd en gevraagd.

34:31. Speaker 2:

Nou ja goed, weet je uiteindelijk uh, ik denk niet hier zo snel fout gemaakt, maar het gaat meer hoe hoe ontsluit je dan dingen en zo? Uh ja ik weet niet hoe je nog, maar ik. Maar ik denk dat er wel een heleboel mogelijkheden zijn om om veel meer informatie te ontsluiten die erin zit, die wij niet zien natuurlijk. Dat is natuurlijk wel het voordeel van een UH van een database die lekker gevuld raakt en uh die kan leren. Dus ik ja, ik, ik geloof daar wel heel sterk in, maar hoe je het nou uh hoe je t hoe je dat gaat aanbieden? Ik uh, ik ik ik denk ja t t zal hoe dan ook denk ik uh herleidbaar moeten zijn wat je aanbiedt dus.

35:03. Speaker 2:

Dus uh, je krijgt heel moeilijk uh dokters overtuigd van iets als ze niet snappen wat ze doen zal k maar zeggen hè. Dus Dus je zult toch moeten laten zien wat de structuur is die daarachter zit. Maar ja, als het als het zeg maar echt voordeel biedt dan dan weten mensen t wel te vinden.