

# FAQ

versie: 25 maart 2020

De antwoorden in deze FAQ zijn tot stand gekomen na overleg tussen Norea, ZKN en NVZ. Deze FAQ is opgesteld voor instellingen en auditoren die betrokken zijn bij het VIPPP programma voor ziekenhuizen en/of het VIPPP programma voor categorale instellingen van medisch specialistische zorg. Het ministerie van VWS stelt de uiteindelijke subsidie vast.

## Disclaimer

Wij beantwoorden alle vragen naar beste kunnen en weten. Mochten er aanvullingen nodig zijn dan zullen we dat corrigeren en kenbaar maken via een bericht.

<b>VIPPP en Corona.....</b>	<b>4</b>
1. Couulance meetperiode A2/A3/B2 als gevolg van Corona.....	4
2. Door de coronacrisis is het voor mijn instelling niet mogelijk om de auditor te ontvangen. Kan de audit verzet worden? ...	4
3. Wordt vanuit de koepels aangeraden om de VIPPP audit uit te stellen? .....	4
<b>VIPPP Algemeen.....</b>	<b>4</b>
4. Waar kan ik de Staatscourant, subsidieregeling/voorwaarden terugvinden? .....	4
5. Moet ik, gezien de publicatie van de Staatscourant over het uitstel van de VIPPP regelingen (1&2), nog individueel uitstel aanvragen of betreft het een generiek uitstel op de modules A2, A3 en B2? .....	4
6. Wat te doen bij een fusie van ziekenhuizen die al apart meedraaien in het VIPPP-programma? .....	5
7. Veranderen de doelstellingen als twee ziekenhuizen samen 1 portaal gaan doen? .....	5
8. Waar zitten de verschillen tussen het handboek eindtoets VIPPP en de 0-meting? .....	5
9. Hoe worden de ontwikkelingen op het gebied van standaarden en patiëntauthenticatie geborgd? .....	5
10. Hoe neemt het VIPPP programma patiënten mee.....	5
11. Hoe nemen instellingen de behoefte van patiënten mee?.....	5
12. Hoe zit het met universitaire centra, mogen zij ook participeren in het VIPPP programma?.....	5
13. In hoeverre zijn leveranciers aangehaakt op de implementatie van de zib's en de informatiestandaard Medicatieproces? .	5
<b>VIPPP assessment algemeen .....</b>	<b>5</b>
14. Is er een lijst beschikbaar met Norea auditors?.....	5
15. Hoe vaak kunnen we een audit aanvragen? .....	6
16. Wat als er nog rework is na de audit? .....	6
17. Hoe wordt de eindscore bepaald?.....	6
18. Wat is de bewaartermijn voor de documenten in het kader van de VIPPP subsidie? .....	6
19. Is het zinvol om meerdere testpatiënten aan te maken?.....	6
20. Vindt het assessment alleen plaats voor de modules waarvoor je subsidie hebt aangevraagd?.....	6
21. Wat valt onder geplande zorgactiviteiten? .....	6
22. Wat is het 'object van onderzoek'?.....	6
23. Moet een auditor al mijn vestigingen bezoeken voor een VIPPP audit?.....	7
24. Mag de audit plaatsvinden (ruim) voor de deadline (bijvoorbeeld audit 15 januari 2019 en deadline 31 december 2019)? .....	7
25. Moeten alle ZIB's uit de BGZ op dezelfde versie zitten of mogen enkele ZIB's ook een versie hoger zijn? .....	7
<b>VIPPP assessment module A .....</b>	<b>7</b>
26. Hoe specifiek moet je zijn bij benoemen van de zorgprofessional voor A3 logging?.....	7
27. Wat zijn de eisen voor de overdracht van de USB stick aan de patiënt? .....	7

28.	Moet je bij een patiëntenportaal ook een download kunnen bieden? .....	7
29.	Het beschikbaar stellen binnen 7 dagen is een enorme uitdaging om specialisten hierin mee te krijgen.....	7
30.	Hoe moet ik de 3 werkdagen en 7 werkdagen interpreteren bij Module A1? .....	8
31.	Hoe vindt de beoordeling van de BGZ plaats? .....	8
32.	Is de zorgverlener verplicht om ieder onderdeel van het gegevenselement ook daadwerkelijk in te vullen? (ook al is dit niet relevant).....	8
33.	Dienen voor A2 alle zib velden los aangeleverd te worden. ....	8
34.	Hoe dient de auditor de inhoud van de zibs te beoordelen? .....	9
35.	Wat moet er getoond worden van de gevraagde implantaten voor VIPP? .....	9
36.	Moeten pathologie uitslagen ook ter beschikking worden gesteld of betreft het alleen labuitslagen?.....	9
37.	Moeten er volledige codelijsten geïmplementeerd worden van bijvoorbeeld SNOMED en waar wordt dan op getoetst? .....	9
38.	Is daadwerkelijk de implementatie van de diagnosethesaurus en verrichtingthesaurus verplicht, of is de registratie van de ICD-10 code verplicht (ongeacht hoe je deze registratie doet)?.....	9
39.	Welke versie van codelijsten die gebruikt worden in de ZIB's kunnen er worden gebruikt?.....	10
40.	Is het toegestaan om in de gebruikersinterface voor onze artsen slechts een aantal opties te bieden voor zaken waar gekozen dient te worden uit een codelijst?.....	10
41.	Waar moet een test patiënt over beschikken in relatie tot de BGZ?.....	10
42.	Is er een definitie van accordering?.....	10
43.	Wat wordt verstaan onder voortgangsbrieven in module A2? .....	10
44.	Valt het Radiologie verslag buiten de toetsing van Module A2?.....	10
45.	Wat wordt verstaan onder de norm A2.N2.TC2?.....	10
46.	Bij de ZIB OverdrachtGeplandeZorgactiviteit, is er geen definitieve versie van het FHIR profiel. Voor de VIPP A2 wordt deze bouwsteen wel getoetst. Is het voldoende om de onderliggende ZIBs te implementeren, waar een toekomstige datum wordt toegestaan? .....	11
47.	Wat is de juiste interpretatie m.b.t. minimaal 10% van het aantal patiënten, dat in een periode van 30 dagen (DBC relevant) contact heeft gehad met het ziekenhuis, in het patiëntenportaal of PGO zijn ingelogd? .....	11
48.	Hoeveel historie moet meegegeven worden aan de patiënt?.....	11
49.	Definitie eHealthmeting; wat verstaan we onder eHealthmeting en wat niet?.....	11
50.	Moet voor A2 de download conform MedMij standaard te worden aangeboden?.....	11
<b>VIPP assessment module B .....</b>		<b>11</b>
51.	Hoe om te gaan met ontbreken van een BSN? .....	11
52.	Hoe om te gaan met toestemming LSP? .....	12
53.	Nemen we de raadplegingen van het LSP waarbij geen medicatie wordt teruggekoppeld mee in de telling voor B1?.....	12
54.	Reken je tijdens de audit met het regio percentage ten tijde van het verzamelen van de bewijslast?.....	12
55.	Dient voor de klinische dagopnames een volledige medicatieverificatie te worden uitgevoerd?.....	12
56.	Hoe worden patiënten gescoord die wel toestemming hebben gegeven (opt in) maar waar geen medicatie verstrekking heeft plaatsgevonden? .....	12
57.	Wat is de definitie van een zorgverlener in het kader van doelstelling B1?.....	12
58.	Hoe wordt de periode van 30 dagen gedefinieerd? .....	13
59.	Hoe worden preoperatieve screenings meegeteld die voor het (poli)klinische bezoek plaatsvinden.....	13
60.	Wat is de meetmethode van B1?.....	13
61.	Welke informatiestandaard moet worden geïmplementeerd voor module B2.1? .....	13
62.	Welke bouwstenen moeten worden geïmplementeerd voor module B2.N3? .....	13
63.	Moet een actueel overzicht van medicatie bij ontslag digitaal verstrekt worden (toetsnorm B2.N3)?.....	14
64.	In de norm B2.N3 staat een 'een actueel overzicht van medicatie aangeboden kan worden aan de patiënt en of de informatie overeenkomt met de informatie in het EPD/EVS en conform de medicatierichtlijn (zie beleidskader) wordt getoond.' Naar welk beleidskader wordt verwezen en wat zijn de eisen die gesteld worden aan het AMO? .....	14

65.	Is het digitaal vastleggen in EVS en van daaruit printen, digitaal voorschrijven?.....	15
66.	Hoe gaan we om met implementatieafhankelijkheid bijv. van apotheken?.....	15
67.	Wat wordt beoogd met het toetscriterium van norm B2.N5.TC1? .....	15
68.	Bij welke instellingen wordt niet getoetst op het onderdeel medicatieoverzicht bij ontslag? .....	15

## VIPP en Corona

### 1. Cou lance meetperiode A2/A3/B2 als gevolg van Corona

Bij de instellingen gaat op dit moment alle capaciteit en aandacht naar het Coronavirus. Dit kan consequenties hebben voor de afronding van de VIPP doelen. Daarom is besloten dat de start van de meetperiode voor modules A2, A3 en B2 mag liggen na 31 maart 2020, mits het audit rapport binnen de gestelde termijn wordt ingediend.

Voor IT-auditors betekent dit, dat wanneer de meetperiode voor de modules A2, A3 en B2 na de deadline van 31 maart 2020 ligt, in het rapport de daadwerkelijke datum wordt opgenomen waarop de eindtoets heeft plaatsgevonden (in plaats van 31 maart 2020). Dit zal in ieder geval moeten plaatsvinden binnen 22 weken na de gestelde deadline van 31 maart 2020.

### 2. Door de coronacrisis is het voor mijn instelling niet mogelijk om de auditor te ontvangen. Kan de audit verzet worden?

De audit kan worden verzet. Indien u hier gebruik van wilt maken meldt dit dan bij VWS. Indien het door de omstandigheden niet mogelijk is om de rapportage binnen de gestelde 22 weken na de deadline op te leveren bij het ministerie van VWS, **heeft de instelling een meldplicht**. De meldplicht betekent dat u een e-mail stuurt naar DUS-I, waarin u VWS op de hoogte stelt van de situatie. Waar mogelijk geeft u aan wanneer u verwacht dat de audit plaats zal vinden en u de rapportage bij VWS kunt indienen. U kunt uw email richten aan: [vipp@minvws.nl](mailto:vipp@minvws.nl).

### 3. Wordt vanuit de koepels aangeraden om de VIPP audit uit te stellen?

We raden aan om de individuele situatie te bekijken of het mogelijk is en prioriteit heeft om de VIPP audit te laten plaatsvinden. Wij raden aan om overleg te hebben met uw auditor of het mogelijk is om de audit plaats te laten vinden in de huidige omstandigheden. De aanpak kan per auditor verschillen, afhankelijk van de afspraken en richtlijnen van het bedrijf waarvoor de auditor werkzaam is. Blijkt dat de audit niet kan plaatsvinden en dreigt u hiermee niet tijdig uw rapportage aan VWS aan te kunnen bieden, meldt dit dan ook bij VWS.

## VIPP Algemeen

### 4. Waar kan ik de Staatscourant, subsidieregeling/voorwaarden terugvinden?

De VIPP-regeling voor de doelgroep ziekenhuizen is gepubliceerd in de Staatscourant van 21 december 2016 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2016-68985.html>) en is gestart op 1 januari 2017. Voor de revalidatie-instellingen, dialysecentra en categorale instellingen is de regeling 24 juli 2017 in de Staatscourant gepubliceerd (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-41685.html>)

### 5. Moet ik, gezien de **publicatie van de Staatscourant** over het uitstel van de VIPP regelingen (1&2), nog individueel uitstel aanvragen of betreft het een generiek uitstel op de modules A2, A3 en B2?

Het betreft **geen** generiek uitstel! Dus ja, je zal, indien je dat nodig hebt, individueel uitstel aan moeten vragen. Het beleidskader is verlengd (en dus niet de modules A2/A3 en B2) en op basis van deze verlenging, kan het ministerie van VWS nu verlenging verlenen indien deze gemotiveerd is aangevraagd door de instellingen. Zie hiervoor ook de website van DUS-I:

- <https://www.dus-i.nl/subsidies/versnellingsprogramma-informatie-uitwisseling-patient-en-professional>
- <https://www.dus-i.nl/subsidies/vipp-fase-2>

**N.B.:** de datum in de door de instellingen ontvangen beschikking van VWS is leidend bij de uitstel aanvraag. Je uitstel aanvraag moet gedaan zijn voor de in de beschikking genoemde datum.

## 6. Wat te doen bij een fusie van ziekenhuizen die al apart meedraaien in het VIPP-programma?

In de VIPP regeling wordt verwezen naar de kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0037603/2018-01-01>). In deze kaderregeling staat het een en ander opgenomen over een meldingsplicht bij (juridische) fusies. (zie hiervoor artikel 5.7 Meldingsplicht). U dient een (voorgenomen) fusie tijdig te melden bij de subsidieverstrekker.

## 7. Veranderen de doelstellingen als twee ziekenhuizen samen 1 portaal gaan doen?

Bijvoorbeeld samenwerking ten aanzien van een gezamenlijk patiëntenportaal. Iedere instelling kan een subsidieaanvraag indienen voor het toegankelijk maken van medische gegevens via een patiëntenportaal. Dit mag een gezamenlijk patiëntenportaal zijn. Patiëntgegevens van beide instellingen maken dan onderdeel uit van het portaal. Het gaat er niet om dat de instelling een eigen patiëntenportaal heeft, maar dat de vereiste medische gegevens vanuit de instelling via een patiëntenportaal (of een link naar een PGO) beschikbaar aan de patiënt verstrekt kunnen worden. De doelstellingen blijven ongewijzigd.

## 8. Waar zitten de verschillen tussen het handboek eindtoets VIPP en de 0-meting?

Het handboek eindtoets VIPP beschrijft de wijze waarop de toetsing van de VIPP-resultaatsdoelstellingen wordt uitgevoerd voor het toekennen van de subsidie door VWS. De nulmeting beschrijft de stand van zaken bij aanvang van het programma. Het kan zijn dat er in de monitormetingen iets anders wordt uitgevraagd dan noodzakelijk voor de eindtoets.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/12/27/handboek-vipp-eindtoets>

## 9. Hoe worden de ontwikkelingen op het gebied van standaarden en patiëntauthenticatie geborgd?

Het programmabureau VIPP zorgt voor aansluiting op de landelijke programma's die standaarden ontwikkelen. Het VIPP-team is aangesloten op verschillende netwerken waarin informatie wordt uitgewisseld die relevant is voor standaarden, patiëntauthenticatie en overige onderwerpen die voor VIPP-doelstellingen relevant zijn. Kennis en informatie die daar opgedaan wordt, wordt vertaald naar informatie voor de deelnemers van VIPP.

## 10. Hoe neemt het VIPP programma patiënten mee

Door onder andere afstemming te hebben met de Patiëntenfederatie Nederland en cliëntenraden. Daarnaast ontwikkelt het VIPP programma informatief materiaal voor patiënten dat instellingen kunnen gebruiken. Zie bijvoorbeeld het handboek online inzage: [https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Handboek\\_online\\_inzage\\_definitief.pdf](https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Handboek_online_inzage_definitief.pdf)

## 11. Hoe nemen instellingen de behoefte van patiënten mee?

Dat kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door een gebruikersgroep op patiënten niveau of cliëntenraad

## 12. Hoe zit het met universitaire centra, mogen zij ook participeren in het VIPP programma?

UMC's nemen niet deel aan het VIPP programma, omdat zij op een andere manier bekostigd worden.

## 13. In hoeverre zijn leveranciers aangehaakt op de implementatie van de zib's en de informatiestandaard Medicatieproces?

Elk half jaar is overleg met de leveranciers. De leveranciers zijn betrokken voorafgaand aan het publiceren van de definitieve regeling. Het zijn uitdagende doelstellingen dit betekent dat je jouw leverancier aangehaakt moet houden.

## VIPP assessment algemeen

## 14. Is er een lijst beschikbaar met Norea auditors?

Norea heeft een lijst van auditors samen gesteld. Deze lijst is hier terug te vinden:

<https://www.norea.nl/aandachtspunten-vipp-assessments>

**15. Hoe vaak kunnen we een audit aanvragen?**

Instellingen betalen zelf de audit en kunnen zoveel audits laten uitvoeren als ze willen, mits binnen de termijnen van de Staatscourant. Dus zijn er na de 1<sup>e</sup> audit verbeterpunten naar voren gekomen, dan is het mogelijk om dit aan te passen en een her-audit aan te vragen binnen de gestelde termijn. Indien een instelling in de subsidieaanvraag de deadline van een doelstelling eerder in de tijd heeft gezet dan de termijn die in de Staatscourant is genoemd dan is deze datum van toepassing.

**16. Wat als er nog rework is na de audit?**

Vanaf de deadline heb je 22 weken de tijd om je herstelwerkzaamheden uit te voeren en resultaten aan VWS aan te leveren. De audit moet zijn aangevraagd voor de deadline (bijvoorbeeld 1 juli 2018). De gegevens waar de auditor op toetst moeten afkomstig zijn uit de periode van de deadline van de module (of ervoor). De instelling krijgt een rapport van de auditor en stuurt dit rapport samen met het ingevulde [vaststellingsformulier](#) aan VWS.

**17. Hoe wordt de eindscore bepaald?**

Voor een positief resultaat is een score van 90% op module niveau nodig.

**18. Wat is de bewaartermijn voor de documenten in het kader van de VIPP subsidie?**

Alle documenten die in het kader van de verantwoording voor de subsidievaststelling van belang zijn moeten worden bewaard gedurende 10 jaar.

**19. Is het zinvol om meerdere testpatiënten aan te maken?**

Meerdere test patiënten inrichten is een mogelijkheid, bijvoorbeeld voor de inzichtelijkheid. De test patiënt moet worden 'gevuld' met alles wat je in je zorgproces registreert. Het is zinvol om de testpatiënt tijdig voor te bereiden. En om daarnaast het voorgesprek met de auditor tijdig aan te gaan en te bespreken hoe de auditor graag een testpatiënt wil beoordelen.

**20. Vindt het assessment alleen plaats voor de modules waarvoor je subsidie hebt aangevraagd?**

Het assessment vindt alleen plaats voor de modules waarvoor je subsidie hebt aangevraagd. De volgorde speelt geen rol. Een bundeling van assessments behoort ook tot de mogelijkheden bijvoorbeeld door tegelijkertijd module A2 en A3 te auditen. Je mag bijvoorbeeld eerst module A3 doen en vervolgens A2.

**21. Wat valt onder geplande zorgactiviteiten?**

Hebben we het over DBC relevante activiteiten, dus activiteiten die onderdeel uitmaken van het DBC pakket, dan is het een activiteit die meetelt als geplande zorgactiviteit. Als een verpleegkundige handeling zoals bijvoorbeeld een telefoontje naar familie van de patiënt niet als zodanig wordt vastgelegd dan is dat geen geplande zorgactiviteit. Omdat het gaat over geplande zorgactiviteiten en omdat de vertragingstermijn maximaal 7 dagen is, lijkt het logisch dat bepaalde verpleegkundige activiteiten, die op korte termijn plaatsvinden, niet zichtbaar zijn.

**22. Wat is het 'object van onderzoek'?**

Het 'object van onderzoek' geeft de scope van de audit weer. Dit is een onderdeel dat in de rapportage van iedere module wordt opgenomen. Mogelijk vraagt de auditor voorafgaand aan de audit om een beschrijving van het 'object van onderzoek'. Voor de beschrijving van bepaalde onderdelen kunt u de hulp van uw EPD leverancier inschakelen. Het 'object van onderzoek' bestaat uit 5 onderdelen: Infrastructuur, EDP/EVS applicatie, web applicatie (patiëntenportaal/PGO), processen en procedures.

**23. Moet een auditor al mijn vestigingen bezoeken voor een VIPP audit?**

De auditor hoeft voor de VIPP toets niet alle vestigingen te bezoeken als de procedures en systemen van de locaties gelijk zijn, tenzij een auditor hier aanleiding voor heeft. Bijvoorbeeld als de vestigingen een andere realisatie van de VIPP doelstellingen hebben, aanvullend op het reeds uitgevoerde assessment. Een toetsing bij een andere vestiging vindt altijd plaats in overleg met de instelling. In het object van onderzoek moet een andere opzet van procedures en systemen binnen de instelling blijken waardoor het duidelijk wordt dat de auditor meerdere locaties dient te bezoeken voor het assessment.

**24. Mag de audit plaatsvinden (ruim) voor de deadline (bijvoorbeeld audit 15 januari 2019 en deadline 31 december 2019)?**

Vanaf het begin is gesteld dat de deadline van 31 december 2019 een uiterste datum betreft. Het is geen probleem als een auditor begin januari 2019 vaststelt dat een doelstelling met een uiterste datum van 31 december 2019 is behaald.

**25. Moeten alle ZIB's uit de BGZ op dezelfde versie zitten of mogen enkele ZIB's ook een versie hoger zijn?**

In de Staatscourant is opgenomen dat de minimale versie van de BGZ v1.0 of hoger is. De ZIB's moeten dan ook minimaal BGZ v1.0 zijn. Indien enkele ZIB's een hogere versie hebben (bijvoorbeeld als gevolg van doorontwikkeling) en enkele ZIB's conform BGZ v1.0 zijn dan is dat voor de VIPP vereisten voldoende. Geef voorafgaand aan de audit bij de auditor aan welke versie(s) van de standaard geïmplementeerd is. De beoordelingsmatrix is voor VIPP2 als zodanig te downloaden op <https://www.dus.nl/documenten/publicaties/2018/02/27/vipp-2-beoordelingsmatrix>

**VIPP assessment module A****26. Hoe specifiek moet je zijn bij benoemen van de zorgprofessional voor A3 logging?**

Je moet een vertaalslag maken van de functie en afdeling van de zorgprofessional, niet met naam en toenaam vanwege privacy van de zorgprofessional. Dit wordt ook beschreven in het systeemvereisten document.

**27. Wat zijn de eisen voor de overdracht van de USB stick aan de patiënt?**

Vanuit het VIPP programma zijn er geen eisen geformuleerd voor het aanleveren van medische gegevens op bijvoorbeeld een USB stick. Het is wel verstandig om een USB stick beveiligd aan te leveren aan de patiënt. Het advies is ja beveiligen, en nee het is geen verplichting voor de audit. Er is een voorbeeld bekend dat een instelling de patiënt laat tekenen dat de gegevens op de stick vanaf afgifte zijn/haar eigen verantwoordelijkheid zijn.

**28. Moet je bij een patiëntenportaal ook een download kunnen bieden?**

Wij hanteren als definitie van een patiëntenportaal: een beveiligd digitaal platform, zoals een website, waar de eigen medische gegevens op te vragen zijn en/of in te vullen zijn, mogelijk aangevuld met handige functionaliteiten zoals online een afspraak maken of een herhaalrecept aanvragen. Authenticatie van de patiënt voor het verkrijgen van toegang tot zijn/haar eigen medische informatie moet mogelijk zijn op minimaal niveau 2-factor authenticatie. Er moet een download beschikbaar zijn van de in de Staatscourant vereiste gegevens. De reden dat gevraagd wordt om een download in plaats van enkel een 'kijkfunctie' is dat de patiënt met een download kan beschikken over zijn medisch gegevens en deze desgewenst kan opnemen in een PGO of delen met een andere zorgprofessional. Via de beschikbare functionaliteit op de browser een download functionaliteit aanbieden mag ook. Alleen een kijkfunctie aanbieden is niet voldoende.

**29. Het beschikbaar stellen binnen 7 dagen is een enorme uitdaging om specialisten hierin mee te krijgen.**

Dit is een vereiste van VWS, het klopt dat dit een uitdaging is.

### 30. Hoe moet ik de 3 werkdagen en 7 werkdagen interpreteren bij Module A1?

In de beoordelingsmatrix staat bij norm A1.N4.TC1: Op 1 oktober 2018 moet de download van gegevens binnen 3 werkdagen na aanvraag van de patiënt, met in achtneming van de, door de instelling vastgestelde vrijgavetermijn van gegevens van maximaal 7 werkdagen, beschikbaar zijn voor alle patiënten die dit aanvragen.

Ten aanzien van de 3 werkdagen: Na (geauthentiseerde) aanvraag van gegevens door de patiënt moeten de gegevens binnen 3 werkdagen voor de patiënt beschikbaar zijn. De medisch specialist heeft 7 werkdagen de tijd om de gegevens te autoriseren.

Meetpunt hiervoor is het ontvangstmoment van de volledige aanvraag.

Als voorbeeld: Als de patiënt op maandag 16 juli een aanvraag doet, worden op uiterlijk donderdag 19 juli de gegevens beschikbaar gesteld voor de patiënt. Het gaat dan om de gegevens die op donderdag 5 juli beschikbaar waren (7 werkdagen, rekening houdend met 2 weekenden).

### 31. Hoe vindt de beoordeling van de BGZ plaats?

Uit het BGZ formulier volgt een percentage voor de gehele BGZ. Voor het beoordelen van de BGZ items wordt gekeken naar de kardinaliteit. Indien je een gegeven in je zorgproces gebruikt (en dus vastlegt) dan moet je dat item tonen. Ook items met kardinaliteit 0 tot 1 worden meegeteld als je deze registreert in je zorgproces. Aan de hand van de 26 elementen van de BGZ komt er een totaal percentage uit. Vanaf een percentage van 90% komt er bij de toetscriteria 'Ja'. Als je alle kardinaliteiten vastlegt dan scoor je 100%, als je 1-2 kardinaliteiten mist dan scoor je 50%, als je 3 of meer kardinaliteiten mist dan scoor je 0%. Gebruik je een bouwsteen niet bijv. wilsverklaring dan hoeft je deze niet te registreren, daar houdt de auditor rekening mee. Hiervoor registreer je bij het toetscriteria "N.v.t."

### 32. Is de zorgverlener verplicht om ieder onderdeel van het gegevenselement ook daadwerkelijk in te vullen? (ook al is dit niet relevant).

Nee dat ben je niet verplicht.

Bijvoorbeeld:

- als een patiënt geen lab onderzoek nodig heeft dan hoeft je dit niet uit te voeren en is bij die betreffende patiënt het veld labuitslagen leeg. Als er wel een labonderzoek heeft plaatsgevonden dan moet dit wel conform de BGZ aangeboden kunnen worden aan de patiënt.
- Als we het over het BGZ item hulpmiddel hebben dan moet je de dingen vastleggen die je normaal in je zorgproces vastlegt. Dus als je een bril vastlegt in je zorgproces dan moet je dit in de basis van de bouwsteen worden vastgelegd. Advies is om te kijken naar je zorgproces en aan de hand daarvan te bepalen wat logisch is om vast te leggen als hulpmiddel.

### 33. Dienen voor A2 alle zib velden los aangeleverd te worden.

Als voorbeeld de zib patiënt en de adresgegevens daarbinnen en de losse velden: Huisnummer, Huisnummerletter, Huisnummertoevoeging en AanduidingBijNummer. Mag in het bestand dat binnen A2 wordt opgeleverd enkele van deze velden zijn samengevoegd of moeten alle velden los worden aangeleverd.

Voor wat betreft het gebruik van de BGZ-elementen dient de auditor vast te stellen dat er sprake is van een gestructureerd formaat (A2) met een veldindeling conform de ZIB (publicatie 2016 of nieuwer). Dit met het feit dat de geleverde gegevens kunnen worden ingelezen in een ander ZIS of PGO. Velden die niet genormaliseerd zijn en gebundeld worden, voldoen niet aan de gestelde eis. Dus zouden los aangeleverd moeten worden. Aanpassing van de ZIB's dient bij Nictiz plaats te vinden. De auditor heeft hier geen rol in. Het hierboven genoemde probleem is inmiddels bij Nictiz bekend (ZIB komt ook niet overeen met bijvoorbeeld de Vektis standaard voor vastlegging van adresgegevens) en naar aanpassing wordt gekeken. Een instelling is hier niet gehouden het onmogelijke te realiseren en dus kan dit worden goedgekeurd.



**34. Hoe dient de auditor de inhoud van de zibs te beoordelen?**

De zib AllergieIntolerantie kent een veld BeginDatumTijd: De datum en tijd dat de allergie of de ongewenste reactie is vastgesteld, kardinaliteit is 0..1. Stel een instelling legt alleen de registratiedatum vast, dus de datum wanneer het bekend is geworden bij de instelling en niet de BeginDatumTijd. De datum en tijd dat de allergie of de ongewenste reactie is vastgesteld. Bij A2 komt deze in het digitale uitwisselingsbestand. Feitelijk klopt dit veld niet. Bij de testpatiënt zal dit niet spelen, maar het gaat niet helemaal goed met de data-uitwisseling van de instelling bij A2. Voor wat betreft het gebruik van de BGZ-elementen dient de RE vast te stellen dat er sprake is van een gestructureerd formaat (A2) met een veldindeling conform de ZIB (publicatie 2016 of nieuwer). Foutieve registraties maken geen onderdeel van de toets uit met uitzondering van het foutief overnemen uit het ZIS.

**35. Wat moet er getoond worden van de gevraagde implantaten voor VIPP?**

Voor wat betreft de informatie die je voor de patiënt zichtbaar wil maken moet je denken vanuit de patiënt. Bij bepaalde berichtgeving in bijvoorbeeld de pers moet de patiënt na kunnen gaan of het ingebrachte implantaat overeenkomst met het implantaat in de berichtgeving. Een type aanduiding met aanvullende informatie is dan wel zo logisch. Indien een patiënt de gegevens (later) wil overbrengen naar een eigen omgeving is de ZIB-structuur noodzakelijk (doelstelling A2).

**36. Moeten pathologie uitslagen ook ter beschikking worden gesteld of betreft het alleen labuitslagen?**

Je spreekt altijd van pathologische labuitslagen. Je kan ervoor kiezen om 'gewone' uitslagen en brieven na interne accordering vrij te geven en de pathologie uitslagen met een vertraging van maximaal 7 dagen vrij te geven. Er zijn instellingen die per type uitslag onderscheid maken in het vrijgeven. Dus ja pathologie uitslagen moeten ook zichtbaar worden gemaakt binnen 7 werkdagen na interne accordering. Voor module A2 staat pathologie niet specifiek genoemd. Echter pathologie is een vorm van labonderzoek. In de BGZ staan alleen klinisch chemische genoemd onder lab uitslagen dat kun je dus niet conform de BGZ structuur aanleveren maar wel als PDF.

**37. Moeten er volledige codelijsten geïmplementeerd worden van bijvoorbeeld SNOMED en waar wordt dan op getoetst?**

Nee er hoeven geen volledige SNOMED codelijsten geïmplementeerd te worden. Dat wil zeggen dat niet gecontroleerd wordt of de hele SNOMED codelijst is geïmplementeerd in het systeem maar dat gecontroleerd wordt of de door u vastgelegde informatie wordt vastgelegd conform de codelijst. Bijvoorbeeld roken: het antwoord op de vraag hoeveel rookt u kan volgens de codelijst zijn weinig of veel. In de audit wordt getoetst of in de testpatiënt het woord weinig of veel staat. Er wordt dus gekeken naar wat de uitkomst is richting patiënten en of die overeenkomt/correspondeert met wat in de codelijst staat.

Daarnaast hebben een aantal coderingszaken nu niet de status, die we op het moment dat we de regeling schreven, hadden verwacht. De SNOMED-vertaling is nog niet gereed en de verrichtingentabel is bij veel instellingen nog niet ingebouwd. Dit maakt dat het logisch is dat instellingen nog niet geheel conform de eigenlijke coderingen alles kunnen vastleggen. Dit staat los van het vereiste dat instellingen het technisch wel moeten kunnen. Dit dienen ze dan ook aan te tonen met behulp van een testpatiënt.

Wel zien wij dat de minister van plan is om de bouwstenen (incl. coderingen) te verplichten. En als vervolg daarop zal de minister ook de uitwisseling op basis hiervan verplichten. Het is dus voor de instelling van belang om successievelijk toe te groeien naar juiste invoer en juist gebruik van de coderingstabellen. Dit laatste is geen onderdeel van de audit maar voor iedere instelling wel goed om in het achterhoofd te houden.

**38. Is daadwerkelijk de implementatie van de diagnosethesaurus en verrichtingthesaurus verplicht, of is de registratie van de ICD-10 code verplicht (ongeacht hoe je deze registratie doet)?**

Voor VIPP is de diagnosethesaurus en verrichtingthesaurus niet verplicht. Op dit moment is het acceptabel om voor VerrichtingType te werken met de NZa-zorgactiviteitentabel. Het heeft de voorkeur om te werken met codestelsels die gebaseerd zijn op SNOMED CT. De ZIB Probleem en de onderliggende

codes (SNOMED) moeten gestructureerd aan de patiënt aangeboden kunnen worden. De diagnosethesaurus is daarbij een hulpmiddel om het vastleggen en vertalen naar de betreffende codes te faciliteren. De diagnosethesaurus (en verrichtingthesaurus) zijn voor instellingen een hulpmiddel om tot SNOMED-codes te komen. De verwachting is dat 'eenheid van taal' een wettelijke verplichting zal worden. Ook hierbij is dan het gebruik van de thesaurus een logische stap.

### **39. Welke versie van codelijsten die gebruikt worden in de ZIB's kunnen er worden gebruikt?**

Alle waardenlijsten, die gebruikt worden in de zibs, zijn statisch, behalve waardenlijsten die expliciet naar een heel codestelsel, middels een expressie naar een codestelsel deel of naar een SNOMED CT refset verwijzen. Deze waardenlijsten zijn dynamisch. Hierbij dient bij voorkeur de meest recente versie gehanteerd te worden.

### **40. Is het toegestaan om in de gebruikersinterface voor onze artsen slechts een aantal opties te bieden voor zaken waar gekozen dient te worden uit een codelijst?**

**Bijvoorbeeld als het gaat om de MeetLocatieCodeLijst bij de ZIB Bloeddruk (zie [hier](#)). Is het daarbij toegestaan om bijvoorbeeld alleen de opties te tonen voor de rechter bovenarm en linker bovenarm? Voor de duidelijkheid: Het gaat hier enkel om de UI voor onze zorgverleners. Het gaat hier enkel om de opties die we tonen als we zelf de vastleggende partij zijn.**

Het is toegestaan dat aan professionals alleen de opties worden getoond die voor hen relevant zijn. Dit maakt de codelijsten ook behapbaar en het systeem gebruiksvriendelijker.

Op de data laag moet de volledige codelijst worden ingericht zodat bij uitwisseling alle codes uit de codelijst ontvangen kunnen worden.

### **41. Waar moet een test patiënt over beschikken in relatie tot de BGZ?**

Voor A1 gaat het erom dat bijvoorbeeld rookgedrag of implantaat ergens staat. Het maakt niet uit in welk formaat. Als je als testpatiënt inlogt of een USB stick krijgt moet je het digitaal ergens terug kunnen vinden en naar je toe kunnen halen. Voor A2 moet de patiënt het digitaal naar zich toe kunnen halen in een gestructureerd formaat zodat het ook kan worden uitgewisseld.

### **42. Is er een definitie van accordering?**

**is dit vanaf dat de uitslag bekend is of nadat de arts de uitslag beoordeeld heeft?**

Accordering is verschillend per systeem en instelling. Beoordeling van de brief is het moment dat de arts de brief heeft gezien en geaccordeerd. Na interne accordering dienen de gegevens binnen 7 werkdagen beschikbaar te zijn op het patiëntenportaal. De brief kan dan naar de huisarts.

### **43. Wat wordt verstaan onder voortgangsbrieven in module A2?**

Een voortgangsbrief is een type van een specialistenbrief. Deze brief stuur je bijvoorbeeld als je een patiënt langere tijd behandelt om tussentijds de huisarts te informeren. Als je gebruik maakt van deze brieven dan moeten ze aan de patiënt ter beschikking worden gesteld.

### **44. Valt het Radiologie verslag buiten de toetsing van Module A2?**

In de Staatscourant zijn radiologieverslagen niet expliciet opgenomen in module A2. Het is voor de patiënten wel wenselijk om over deze informatie te beschikken. Voor de overdracht naar b.v. een PGO kan hierbij gebruik worden gemaakt van de bouwsteen Tekstuitslag.

### **45. Wat wordt verstaan onder de norm A2.N2.TC2?**

**(Definitieve medische gegevens zijn digitaal, in een formaat leesbaar op een computer, raadpleegbaar voor de patiënt via een link) en wat is het verschil met A2.N2.TC1?**

Onder norm A2.N2.TC2 kan worden verstaan een link waar de opvraag van de set aan gegevens kan worden gedaan. Bij norm A2.N2.TC1 wordt getoetst of inzage in de patiëntgegevens mogelijk is via een portaal of PGO. Bij norm A2.N2.TC2 wordt getoetst of het ook mogelijk is voor de patiënt om de gegevens naar zich toe te halen. Deze download kan dan via een downloadbutton/ link worden verkregen. Het gaat dus is essentie om het naar je toe kunnen halen van de gegevens.

Uitgangspunt voor norm A2.N2.TC2 is dat de patiënt kan beschikken over zijn medische gegevens in zib formaat. Op dit moment is dit zover we weten niet beschikbaar via een PGO maar wordt het via het portaal aangeboden. Norm A2.N2.TC2 wordt aan de hand van een procedure getoetst, zoals beschreven in de beoordelingsmatrix.

**46. Bij de ZIB OverdrachtGeplandeZorgactiviteit, is er geen definitieve versie van het FHIR profiel. Voor de VIPP A2 wordt deze bouwsteen wel getoetst. Is het voldoende om de onderliggende ZIBs te implementeren, waar een toekomstige datum wordt toegestaan?**

Het is voldoende om de onderliggende ZIB's, met datums in de toekomst te implementeren.

**47. Wat is de juiste interpretatie m.b.t. minimaal 10% van het aantal patiënten, dat in een periode van 30 dagen (DBC relevant) contact heeft gehad met het ziekenhuis, in het patiëntenportaal of PGO zijn ingelogd?**

Minimaal 10% van het aantal patiënten, dat in een periode van 30 dagen (DBC relevant) contact heeft gehad met het ziekenhuis, hebben in het patiëntenportaal of PGO ingelogd. De personen die hebben ingelogd hoeven niet dezelfde te zijn als degene die in die periode het ziekenhuis hebben bezocht.

**48. Hoeveel historie moet meegegeven worden aan de patiënt?**

**Als het gaat om het beschikbaar stellen van medische informatie.**

In de voorwaarden zoals omschreven in de Staatscourant zijn geen historie vereisten opgenomen. De instelling moet actuele medische gegevens aan de patiënt kunnen aanbieden. Het is dus niet zo dat de instelling alle oude medische informatie of uitslagen aan de patiënt moet kunnen aanbieden. Bij onderdeel A3 is wel een eis opgenomen dat een overzicht aan de patiënt aangeboden moet kunnen worden waarop staat wie de laatste 180 dagen in het EPD van de patiënt heeft gekeken. Dit is wel een vorm van historie.

**49. Definitie eHealthmeting; wat verstaan we onder eHealthmeting en wat niet?**

Een e-health toepassing is onderdeel van de behandeling, wanneer de data die met de e-health toepassing verzameld worden, in het zorgproces worden gebruikt. Het kan bijvoorbeeld gaan om (een combinatie van) instructies, vragenlijsten, virtual reality en bewegend beeld in interactie met de patiënt. Een e-health toepassing wordt ingezet zodat het aantal face-to-face contacten met de hulpverlener omlaag kan of het is aanvullend op de behandeling. Een toepassing waarmee alleen een enkel digitaal formulier wordt ingevuld door patiënten (zoals PROM of PREMS vragenlijst of een evaluatie vragenlijst), of een toepassing met als enige functionaliteit schriftelijke (mail, app) of mondelinge communicatie (beeldbellen) valt niet binnen de definitie van e-health toepassing zoals gebruikt in deze regeling. Bij de e-health toepassing moet het gaan om een interventie waarbij de individuele patiënt er baat bij heeft voor zijn/haar behandeling. Deze definitie staat ook in de matrix (Toelichting bij A3.N1.TC1).

**50. Moet voor A2 de download conform MedMij standaard te worden aangeboden?**

Voor A2 hoeft de download niet conform de MedMij standaard te worden aangeboden. Dit mag wel. Voor A2 is het uitgangspunt dat de patiënt via het portaal of PGO of beiden over zijn medische gegevens kan beschikken. De download is gestructureerd conform BGZ zodat een patiënt deze desgewenst zelf kan opnemen in een PGO. Zie hiervoor ook het addendum van VWS: <https://www.dus-i.nl/subsidies/vipp-fase-2/documenten/publicaties/2018/07/30/medmij-vipp-addendum>

**VIPP assessment module B**

**51. Hoe om te gaan met ontbreken van een BSN?**

**(bv. ouderen zonder ID, illegalen, pasgeboren baby's)**

Iedere patiënt die naar het ziekenhuis komt, moet zich kunnen identificeren. Dit staat in de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg.

**52. Hoe om te gaan met toestemming LSP?**

Er wordt met een opt-in correctie gerekend. VIPP heeft niet de doelstelling om het opt-in te verhogen en dus gebruik van bijvoorbeeld het LSP. Het doel van VIPP is om van patiënten die opt-in hebben gegeven de medicatie te raadplegen. Als bijvoorbeeld het opt-in 50% is dan wordt het totaal aantal (poli)klinische patiënten eerst door 2 gedeeld. Vervolgens wordt gekeken of bij 25% of 70% een actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd, opgenomen en gebruikt. Doelstelling B1 heeft dus betrekking op patiënten die al toestemming voor inzage hebben gegeven.

**53. Nemen we de raadplegingen van het LSP waarbij geen medicatie wordt teruggekoppeld mee in de telling voor B1?**

*'Bij hoeveel van de in de afgelopen 30 dagen poliklinische patiënten (incl. SEH/EHH) met zorgcontact is, in de afgelopen 30 dagen een digitaal actueel overzicht van medicatie of verstrekkingsinformatie geraadpleegd, gebruikt en opgenomen in het dossier als onderdeel van het medicatieproces in de poliklinische setting?'* is een totaal van geraadpleegde en gebruikte informatie van het LSP. Het kan zijn dat er raadplegingen bij zitten terwijl patiënt geen medicatie gebruikt, hier zal dan ook geen informatie van worden getoond. Echter deze tellen wel mee als raadpleging en gebruik. De arts moet dan ook daadwerkelijk naar het medicatieoverzicht kijken en dit moet aantoonbaar worden gemaakt.

**54. Reken je tijdens de audit met het regio percentage ten tijde van het verzamelen van de bewijslast?**

**Tijdens de audit van module B1 wordt gerekend met het percentages patiënten dat toestemming heeft gegeven, onderdeel B in de berekening: Percentage patiënten dat – regio – toestemming heeft gegeven voor opvragen van medicatie (opt-in).**

Tijdens de audit wordt gekeken naar het opt-in percentage (in de verschillende regio's) op het moment dat de bewijslast is verzameld. Maak voor de auditor bijvoorbeeld een printscreen met de regio percentages en de datum.

**55. Dient voor de klinische dagopnames een volledige medicatieverificatie te worden uitgevoerd?**

In de beoordelingsmatrix onder tabblad 'VIPP normen' staat ook dat het overzicht van actuele medicatie daadwerkelijk gebruikt moet worden en dit moet aantoonbaar gemaakt kunnen worden voor de audit. De 'light' versie zoals toegelicht in de modelprocedure B1 kan voor een deel van de dagbehandeling patiënten ook zeker passend zijn, denk hierbij bijvoorbeeld aan: huisarts patiënten die worden doorverwezen voor een endoscopie, of onderzoeken in het kader van een bevolkingsonderzoek.

**56. Hoe worden patiënten gescoord die wel toestemming hebben gegeven (opt in) maar waar geen medicatie verstrekking heeft plaatsgevonden?**

Deze patiënten tellen mee, want ze hebben toestemming gegeven. Het is niet zichtbaar of een medicatie verstrekking heeft plaatsgevonden.

**57. Wat is de definitie van een zorgverlener in het kader van doelstelling B1?**

In het kader van het aantoonbaar maken van gebruik van het actueel overzicht van medicatie (module B1) spreken we van een voorschrijvend zorgverlener, dit betreft alle zorgverleners die medicatie mogen voorschrijven. Bijvoorbeeld:

- een verpleegkundige die een wondpoli uitvoert valt hier niet onder
- een apothekersassistente kan wel meetellen als zorgverlener door een verlengde arm constructie. In de procesbeschrijving moet dan worden opgenomen dat de apothekersassistente de verificatie onder verantwoording van de hoofdbehandelaar uitvoert (verlengde arm) en dat geconstateerde bijzonderheden worden besproken met de hoofdbehandelaar. Mits bovenstaande goed is vastgelegd in procedures. Houdt hierbij rekening met het toetsen van de procedure door de auditor door het doen van navraag op de werkvloer.

Voorbeeld: Als een verpleegkundig specialist medicatie mag voorschrijven dan wordt geacht dat zij ook medicatie verificatie uitvoert. Als een revalidatie arts medicatie voorschrijft dan wordt geacht dat dit ook in de tellingen mee wordt genomen. Komt een patiënt vervolgens elke dag 6 weken lang bij de therapeut dan hoef je niet elke dag wijzigingen in medicatie uit te vragen. Deze bezoeken neem je dan

ook niet mee in de telling. Tenzij er een vermoeden is dat hier een wijziging in is opgetreden en het van belang kan zijn voor de therapie.

### 58. Hoe wordt de periode van 30 dagen gedefinieerd?

Dit mag een maand zijn of 30 dagen. Een voorbeeld voor 30 dagen is van 15 mei tot en met 14 juni (= 30 dagen). Bij inloggen op het portaal of PGO omgeving pak je een periode van 30 dagen en dan tel je hoeveel unieke patiënten er hebben ingelogd. Dit aantal zet je af tegen het aantal unieke patiënten dat bij jou in de instelling is geweest.

### 59. Hoe worden preoperatieve screenings meegeteld die voor het (poli)klinische bezoek plaatsvinden.

Dit is afhankelijk van de meetmethode.

- Methode 1: je definieert een periode van 30 dagen. Je stelt het aantal klinische patiënten in deze periode vast. Je stelt het aantal (toekomstige) klinische patiënten in dezelfde periode vast waarbij medicatie verificatie heeft plaatsgevonden.
- Methode 2: Je stelt vast welke patiënten je in de periode van 30 dagen hebt opgenomen. Vervolgens ga je van deze opgenomen patiënten bekijken/controleren op basis van patiëntnummer of een medicatieverificatie screening heeft plaatsgevonden.

Bij methode 2 leg je dus een 1 op 1 relatie op basis van patiëntnummer. Hierbij relateer je patiënt en medicatieverificatie direct aan elkaar. De richtlijn voor preoperatieve screening stelt vast hoever van te voren in tijd de medicatie verificatie uitgevoerd mag worden. VIPP stelt hieraan geen eisen.

### 60. Wat is de meetmethode van B1?

De auditor maakt onderscheid in 3 niveaus om gebruik te meten.

1. Technisch gebruik (raadplegen) via cijfers, bijv. VZVZ;
2. Optioneel: bruikbaar maken gegevens; vindt er schoning/filtering of een andere bewerking plaats om het bruikbaar te maken voor de arts (systeemaanpassing). Het schonen maakt het aannemelijk dat de informatie wordt gebruikt, op dit moment is de informatie geraadpleegd vanuit het LSP niet direct bruikbaar. **N.B indien medicatie verificatie direct wordt uitgevoerd door de arts is deze stap zeker niet noodzakelijk omdat bijvoorbeeld de arts de geraadpleegde gegevens zelf opschoont.**
3. Daadwerkelijk gebruik meten en aantonen door ofwel loggen (percentages uit systemen, vink) ofwel procedures en/of interviews artsen. Dit laatste kan extra tijd (en dus kosten) met zich meebrengen.

Kortom het is dus een optelling van bijvoorbeeld de volgende (deels optionele) acties:

- Het ophalen van de medicatiegegevens van (poli)klinische patiënten;
- Het schonen/filteren van gegevens (kan deels automatisch, afhankelijk van systeem);
- Het bruikbaar maken / controleren van de gegevens door b.v. een apothekersassistent;
- Het raadplegen (evt. ook accorderen voor gezien) door de behandelaar van de medicatiegegevens;
- De procedurebeschrijving;
- De controle op het uitvoeren van de procedure tijdens het assessment.

### 61. Welke informatiestandaard moet worden geïmplementeerd voor module B2.1?

#### Het elektronisch versturen van vooraankondiging/recepten.

De informatiestandaard Medicatieproces 6.12.2 of nieuwer. Dit mag dus ook met de informatiestandaard Medicatieproces 9.0x.

### 62. Welke bouwstenen moeten worden geïmplementeerd voor module B2.N3?

#### Het aanbieden van een actueel overzicht van medicatie aan klinische patiënten bij ontslag.

Voor het opleveren van het medicatieoverzicht is het van toepassing om de bouwstenen medicatieafpraak en/of medicatiegebruik (en afhankelijk van de inrichting van het zorgproces ook toedieningsafpraak) volgens de informatie standaard Medicatieproces te registreren en op te leveren. Deze bouwstenen worden in dit geval dus gebruikt voor het medicatieoverzicht dat digitaal aan de

patiënt verstrekt moet worden. De overige bouwstenen van Medicatieproces (verstrekingsverzoek, verstrekking, medicatietoediening) hoeven nog niet geïmplementeerd te zijn. De modelprocedure en het operationalisatie document (bijlage in modelprocedure), geven gedetailleerde informatie:

<https://drive.google.com/file/d/1BrW2dV0xM7PZvTKAC6UGgCdnSJctI7t1/view>.

### 63. Moet een actueel overzicht van medicatie bij ontslag digitaal verstrekt worden (toetsnorm B2.N3)?

Het VIPP programma is een digitaliseringsprogramma wat gericht is op uitwisseling. Daarom is het ook een vereiste dat de informatie digitaal uit de systemen gehaald kan worden en digitaal beschikbaar gesteld kan worden aan de patiënt (Handboek VIPP eindtoets). Alleen op papier kunnen verstrekken is dus onvoldoende. M.b.t. het AMO bij ontslag:

- 80% vastgelegd conform Medicatieproces versie 9.03 of nieuwer.
- Patiënt krijgt een AMO bij ontslag digitaal en desgewenst op papier (geen eisen aan gebruik)
- Indien de patiënt het AMO niet standaard digitaal (bijv. via een patiëntenportaal) meekrijgt is er een werkende procedure aanwezig op basis waarvan de patiënt desgevraagd wel over een digitaal AMO kan beschikken

### 64. In de norm B2.N3 staat een 'een actueel overzicht van medicatie aangeboden kan worden aan de patiënt en of de informatie overeenkomt met de informatie in het EPD/EVS en conform de medicatierichtlijn (zie beleidskader) wordt getoond.' Naar welk beleidskader wordt verwezen en wat zijn de eisen die gesteld worden aan het AMO?

In onderdeel B2.N3 moet de instelling in staat zijn een actueel overzicht van alle bekende medicatieafspraken en waar van toepassing toedieningsafspraken en medicatiegebruik digitaal aanbieden aan de patiënt. De richtlijn waarnaar verwezen wordt is de '[Leidraad medicatie overdracht in de keten](#)'. Zie voor de elementen waaruit basisset medicatiegegevens is opgebouwd de tabel op pagina 9 van de [modelprocedure module B2](#). In de basisset medicatiegegevens staan minimaal de volgende gegevens:

- 1) het medicatieoverzicht:
  - a) geneesmiddel, handelsproductnaam of generieke naam;
  - b) dosering (doseerfrequentie, dosis en doseervorm) en therapeutische gebruiksduur, inname tijdstippen, stop- of einddatum;
  - c) toedieningsweg;
  - d) sterkte per toedieningseenheid;
  - e) gestopte of gewijzigde medicatie in de laatste twee maanden 11,12.
- 2) patiëntgegevens (NAW), geboortedatum en geslacht;
- 3) afwijkende nierfunctiewaarden plus datum van bepaling<sup>13</sup>;
- 4) geneesmiddelovergevoeligheden (intoleranties, voor de patiënt relevante contra- indicaties, allergieën (ICA) en ernstige bijwerkingen);
- 5) reden(en) van voorschrijven<sup>14</sup>;
- 6) datum wanneer wijzigingen in medicatie zijn doorgevoerd.

Aanvullend kunnen, afhankelijk van de risico-inschatting en wettelijke eisen, de volgende gegevens worden weergegeven (deze kunnen van belang zijn voor het veilig voorschrijven of - ter hand stellen van de medicatie):

- 1) meest recente laboratoriumuitslagen (minimaal elektrolyten, INR, geneesmiddelconcentraties, met datum afname laboratorium);
- 2) de reden van stoppen en wijzigen van medicatie;
- 3) relevante (beperkte) gezondheidsvaardigheden en persoonskenmerken (gewicht, competenties: geletterdheid, reken- en digitale vaardigheden, taal/beheersing Nederlands en het eigen vermogen om te informeren en alle zorgverleners adequaat op de hoogte stellen van relevante informatie) die impact kunnen hebben op medicatiegebruik/behandeling;
- 4) alcohol, drugs, zelfzorgmiddelen en additionele voedingssupplementen.

Voor het goed functioneren van overdracht van medicatie is de basisset medicatiegegevens aanwezig bij de huisarts en bij de door de patiënt aangewezen apotheker.

**65. Is het digitaal vastleggen in EVS en van daaruit printen, digitaal voorschrijven?**

Nee, uitprinten is niet digitaal. Doelstelling B2 is het digitaal versturen van recepten. Dit gaat niet per fax of papier, maar rechtstreeks naar de openbare apotheek.

**66. Hoe gaan we om met implementatieafhankelijkheid bijv. van apotheken?**

Als ziekenhuizen recepten digitaal kunnen verzenden moet er nog een slag worden gemaakt bij de apothekers voor het digitaal binnenhalen van recepten. VIPPP levert een bijdrage door voortgang te signaleren en agenderen bij o.a. KNMP. Daarnaast heeft er vanuit VIPPP een inventarisatie plaats gevonden naar de stand van zaken van apotheeksystemen om actuele medicatie overzichten te versturen en recepten te ontvangen.

**67. Wat wordt beoogd met het toetscriterium van norm B2.N5.TC1?**

**Het aantal medicatieafspraken bij ontslag dat in een periode van 30 dagen volgens de geldende standaard is vastgelegd in minimaal 80% van het totaal aantal gemaakte medicatieafspraken.**

Toetsingscriterium is: Wat wordt er met dit toetsingscriterium beoogd. Met dit criterium wordt beoogd vast te stellen dat de standaard voor medicatie afspraken niet alleen in opzet is geïmplementeerd maar in de praktijk ook wordt uitgevoerd. Daarbij is het niet vanzelfsprekend dat bij ontslag de medicatie afspraken opnieuw worden vastgesteld. Het gaat dus om een AMO bij ontslag.

**68. Bij welke instellingen wordt niet getoetst op het onderdeel medicatieoverzicht bij ontslag?**

Bij instellingen die geen klinische patiënten hebben, zoals dialysecentra, hoeft de auditor niet te toetsen op het onderdeel medicatieoverzicht bij ontslag (B2 norm 3, 4 en 5). Dit mag uiteraard wel.