

FAQ

De antwoorden in deze FAQ zijn tot stand gekomen na overleg tussen NOREA en VIPP GGZ. Deze FAQ is opgesteld voor instellingen en auditoren die betrokken zijn bij het VIPP-programma voor de ggz. 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.

Inhoudsopgave

VIPP Algemeen.....	4
1. Waar kan ik de Staatscourant, subsidieregeling/voorwaarden terugvinden?.....	4
2. Wat te doen bij een fusie van ggz-instellingen die al apart meedraaien in het VIPP-programma?.....	4
3. Waar zitten de verschillen tussen het handboek eindtoets VIPP GGZ en de 0-meting en monitor?.....	4
4. Hoe worden de ontwikkelingen op het gebied van standaarden en patiëntauthenticatie geborgd?.....	4
5. Welke ggz-instellingen komen in aanmerking voor VIPP GGZ?	5
6. In hoeverre zijn leveranciers aangehaakt op de implementatie van de zibs, MedMij en de informatiestandaard Medicatieproces?.....	5
VIPP-assessment algemeen	5
7. Door wie mag de audit worden uitgevoerd?	5
8. Is er een lijst beschikbaar met gekwalificeerde auditoren?	5
9. Hoe vaak kunnen we een VIPP GGZ assessment aanvragen?.....	5
10. Wat als er nog herstelwerkzaamheden zijn na de audit?	6
11. Hoe wordt de eindscore bepaald?	6
12. Is het zinvol om meerdere testpatiënten aan te maken?	6
13. Vindt het assessment alleen plaats voor de modules waarvoor je subsidie hebt aangevraagd?	6
14. Wat valt er onder een behandelcontact?	6
15. Wat is het 'object van onderzoek'?.....	6
16. Moet een auditor al mijn vestigingen bezoeken voor een VIPP-audit?.....	6
17. Hoe wordt er omgegaan met meerdere merken, binnen één organisatie, in de audit?	7
18. Mag de audit plaatsvinden (ruim) voor de deadline (bijvoorbeeld audit 20 april 2021 en deadline 1 november 2021)?	7

19.	Moeten alle zibs uit de Basisgegevens GGZ op dezelfde versie zitten of mogen enkele zibs ook een versie hoger zijn?	7
20.	Mag de traffic over een andere periode gemeten worden dan het moment van de audit?..	7
21.	In de auditrapportage worden scores per norm gevraagd. Hoe moet de score (de percentages) worden afgerond?	7
VIPP Assessment module A		8
22.	Hoe vindt de beoordeling van de zibs plaats?.....	8
23.	Module A1: hoe wordt getoetst op de zibs die volledig conform de datastructuur worden vastgelegd? En, hoe wordt getoetst op de zibs waarvan alleen de inhoud wordt vastgelegd?	8
24.	Moet de versie van de software waarin de zibs zijn opgenomen al geïmplementeerd zijn tijdens de meetperiode van de traffic? Of mag dat een eerdere versie zijn, die niet (alle) zibs bevat? 8	
25.	Hoe moeten de ROM-uitslagen en correspondentie aan de patiënt worden beschikbaar worden gesteld?	8
26.	Welke correspondentie moet er met de patiënt gedeeld worden?	9
27.	Welke eisen stelt de regeling aan het tonen van gegevens in het portaal?	9
28.	Moet er een download gerealiseerd worden, anders dan de upload naar een PGO?	9
29.	Is de zorgverlener verplicht om ieder onderdeel van het gegevenselement ook daadwerkelijk in te vullen? (Ook al is dit niet relevant).....	9
30.	Hoe wordt getoetst of de instelling gebruik maakt van een leverancier met het MedMij label? 9	
31.	Hoe wordt getoetst of het mogelijk is om gegevens te uploaden naar een PGO?	10
32.	In norm 2 van A1 en A2 wordt de instelling getoetst op het criterium of patiënten hun medische gegevens kunnen uploaden naar een MedMij compatibel PGO. Wanneer voldoet de instelling aan dit criterium?.....	10
33.	Hoe wordt het gebruik uit norm A1/A2.N4 gemeten als gebruik wordt gemaakt van portaalfunctionaliteit van een PGO-leverancier? Wordt daarbij gekeken naar het aantal log-ins of het aantal keer opvragen van een gegevensdienst?.....	10
34.	Is er een definitie van accordering? Is dit vanaf dat de uitslag bekend is of nadat de behandelaar de uitslag beoordeeld heeft?	10
35.	Wat is de juiste interpretatie m.b.t. minimaal 10% van het aantal patiënten, dat in een periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ met de instelling, dient in het patiënten portaal of PGO te zijn ingelogd?	11
36.	Hoeveel historie moet worden meegegeven aan de patiënt wanneer het gaat om het beschikbaar stellen van medische informatie?	11
37.	Kan ik, als instelling, voldoen aan de eisen van de zib laboratoriumuitslag als er gebruikt gemaakt wordt van een lokaal codestelsel?	11
VIPP Assessment module B.....		11

38.	Mijn leverancier biedt zowel de vooraankondiging aan conform versie 6.12 als medicatieproces 9.06. Voldoe ik met v6.12 ook aan VIPP GGZ?	11
39.	Hoe toon ik aan dat mijn leverancier in staat is om de medicatieafpraak op het LSP aan te melden voor raadpleging door andere zorgverleners, conform medicatieproces 9.06?	11
40.	Over welke behandelcontacten gaat het in de norm B2.N1 en B2.N2?	12
41.	Waaruit bestaat het medicatie overzicht bij ontslag? (B2.N3)	12
42.	Moet ik als instelling, om aan de eisen van VIPP-B2 te voldoen, regelen dat patiënten toestemming geven dat hun medicatiegegevens (m.n. de medicatieafpraak) met andere zorgverleners (bv. huisarts, medische specialist, apotheker) kunnen worden gedeeld?	12
43.	Hoe om te gaan met toestemming voor het LSP?	12
44.	Reken je tijdens de audit met het regiopercentage ten tijde van het verzamelen van de bewijslast?	13
VIPP Assessment module C		13
45.	Waar moet een eHealth module aan voldoen om mee te tellen?	13
46.	Tellen onbegeleide eHealth-modules ook mee voor de modules C1 en C2?	13
47.	Mogen eHealth-modules, die ingezet wordt op de wachtlijst of als nazorg worden meegeteld voor het berekenen van de percentages voor de modules C1 en C2?	14
48.	In module C2 wordt er gesproken over 'niet geïntegreerd aangeboden e-health modules'. Wanneer is er sprake van een niet geïntegreerde e-health module?	14
49.	Hoe toon ik aan dat vanuit mijn instelling drie reviews door professionals geleverd zijn aan de wegwijzer voor eHealth?	14
50.	Hoe wordt de doelgroep van de module (C2.N3) vastgesteld door de auditor? Het gaat om de teller in de berekening.	14

VIPP Algemeen

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

De VIPP-regeling voor de ggz is gepubliceerd in de Staatscourant van 29 oktober 2018 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2018-60877.html>) en is gestart op 1 november 2018.

Aanvullend op de regeling zijn er twee addenda gepubliceerd, namelijk op 7 maart 2019 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-12310.html>) en 4 december 2019 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-65867.html>). De wijzigingen die in deze addenda beschreven staan, zijn ook verwerkt in de audithandreiking en beoordelingsmatrix (te vinden via <https://www.dus-i.nl/subsidies/vipp-fase-3>).

Er is een nieuwe VIPP-regeling voor de ggz gepubliceerd in de Staatscourant op 9 juli 2020 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-36332.html>). In deze versie zijn de wijzigingen uit de addenda opgenomen en de nieuwe einddatum van de regeling.

2. Wat te doen bij een fusie van ggz-instellingen die al apart meedraaien in het VIPP-programma?

In de VIPP-regeling wordt verwezen naar de kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0037603/2019-08-01>). 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 (DUS-I).

3. Waar zitten de verschillen tussen het handboek eindtoets VIPP GGZ en de 0-meting en monitor?

Het handboek eindtoets VIPP GGZ 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. Het handboek is opgenomen als bijlage bij de VIPP-regeling.

4. 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. Dit wordt op de community van VIPP GGZ gepubliceerd (<https://community.vippggz.nl/>).

5. Welke ggz-instellingen komen in aanmerking voor VIPP GGZ?

Ggz-instellingen die geestelijke gezondheidszorg leveren aan eigen patiënten op basis van de zorgverzekeringswet (zvw). Alleen instellingen met een zvw-omzet groter dan €500.000 komen in aanmerking voor de subsidie. De jaren 2016 en 2017 zijn hierbij als peildatum gebruikt.

Voor instellingen die deel uitmaken van een groep (concern) is één subsidie per groep mogelijk. Ggz-instellingen die geen zelfstandig EPD-systeem hebben, maar gebruik maken van de ICT-voorzieningen van een ziekenhuis dat reeds in aanmerking komt voor een subsidie op grond van VIPP fase 1 zijn eveneens uitgezonderd van de subsidieregeling in deze beleidsregels.

6. In hoeverre zijn leveranciers aangehaakt op de implementatie van de zibs, MedMij en de informatiestandaard Medicatieproces?

VIPP GGZ organiseert maandelijks informatiebijeenkomsten voor leveranciers. Hier worden deskundigen uitgenodigd om de leveranciers over deze onderwerpen te informeren. De leveranciers moeten de zorginformatiebouwstenen (zibs) en het medicatieproces inbouwen en voldoen aan het MedMij afsprakenstelsel. Voor de zorginstelling is het van belang om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen van de eigen leverancier.

VIPP-assessment algemeen

7. Door wie mag de audit worden uitgevoerd?

De audit moet worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een RE-auditor en de RE-auditor is ook degene die het rapport ondertekent. De uitvoering van de audit kan bij een ander, deskundig, persoon liggen. Het is de verantwoordelijkheid van de RE-auditor om ervoor te waken dat eventuele uitvoerders voldoende deskundig zijn en dat het onderzoek van voldoende kwaliteit is.

8. Is er een lijst beschikbaar met gekwalificeerde auditors?

NOREA heeft een lijst van auditors samengesteld. Deze lijst is hier terug te vinden:
<https://www.norea.nl/aandachtspunten-vipp-assessments>

9. Hoe vaak kunnen we een VIPP GGZ assessment aanvragen?

Instellingen betalen zelf het assessment en kunnen zoveel (proef-)assessments laten uitvoeren als ze willen, mits binnen de termijnen van de Staatscourant. De maximale kosten van de audit van drie afzonderlijke modules bedragen naar verwachting €10.000.

Als na het eerste (proef-)assessment verbeterpunten naar voren komen, dan is het mogelijk om deze verbeterpunten aan te brengen en afspraken te maken inzake het uitvoeren van een vervolg assessment 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.

10. Wat als er nog herstelwerkzaamheden zijn na de audit?

De instelling heeft tot 1 februari 2022 de tijd om eventuele herstelwerkzaamheden uit te voeren, een vervolgassessment uit te voeren en de resultaten aan te leveren bij VWS. Het assessment moet zijn aangevraagd voor de deadline van de regeling (1 november 2021).

De gegevens waar de auditor op toetst moeten afkomstig zijn uit de periode van de deadline van VIPP GGZ (of ervoor). De instelling krijgt een rapport van de auditor en stuurt dit rapport samen met het ingevulde [vaststellingsformulier VIPP](#) aan VWS.

11. Hoe wordt de eindscore bepaald?

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

12. Is het zinvol om meerdere testpatiënten aan te maken?

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

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

Het assessment vindt alleen plaats voor de modules waarvoor subsidie is aangevraagd. De volgorde speelt daarbij geen rol.

14. Wat valt er onder een behandelcontact?

Een behandelcontact is een contactmoment tussen patiënt en de instelling dat relevant is voor de behandeling in het kader van de basis ggz of de gespecialiseerde ggz, met een zorgverlener met een AGB-code. Het contact kan gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

15. 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, webapplicatie (patiënten portaal/PGO), processen en procedures.

16. Moet een auditor al mijn vestigingen bezoeken voor een VIPP-audit?

De auditor hoeft voor het VIPP GGZ assessment 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.

17. Hoe wordt er omgegaan met meerdere merken, binnen één organisatie, in de audit?

De auditor toetst of de organisatie een oplossing heeft om de gegevens aan een PGO beschikbaar te kunnen stellen. De DVZA wordt technisch dus voor de hele organisatie geïmplementeerd, maar hoeft niet bij elk merk in gebruik te zijn. De scope van de audit is de Zvw-populatie binnen de organisatie waarover de subsidie is aangevraagd.

18. Mag de audit plaatsvinden (ruim) voor de deadline (bijvoorbeeld audit 20 april 2021 en deadline 1 november 2021)?

De deadline van 1 november 2021 betreft een uiterste datum. Het is geen probleem als een auditor eerder vaststelt dat een doelstelling met een uiterste datum 1 november 2021 is behaald. Er wordt één rapport ingediend bij DUS-I. Dit betekent dus, dat als de audit van één van de modules ver voor de deadline plaatsvindt, de audit op de overige modules ook in die periode plaats moeten vinden.

19. Moeten alle zibs uit de Basisgegevens GGZ op dezelfde versie zitten of mogen enkele zibs ook een versie hoger zijn?

Binnen VIPP GGZ wordt de gegevensdienst basisgegevens GGZ verplicht gesteld. Binnen A1 gaat het om een deel van de gegevensdienst (namelijk 7 zibs volledig en van 16 de inhoud). Binnen A2 moet de hele gegevensdienst aangeboden worden. De leverancier kwalificeert op een volledige gegevensdienst, dus de hele lijst van zibs. De huidige gegevensdienst is gebaseerd op de zibs uit 2017.

20. Mag de traffic over een andere periode gemeten worden dan het moment van de audit?

Ja, in de regeling staat dat de traffic over een periode van 30 dagen (module A) en 90 dagen (module C) gemeten wordt. Het meetmoment van de traffic mag echter niet te ver afliggen van het moment waarop de overige normen worden ge-audit. Bijvoorbeeld, als de audit plaatsvindt in januari, ligt de startdatum van de meting van de traffic niet voor 1 oktober.

Er wordt één rapport ingediend bij DUS-I over alle modules, omdat het doel van de VIPP GGZ-regeling is dat de modules tot een duurzame implementatie leiden. De audit kan dus pas worden uitgevoerd als de doelstellingen voor alle modules gerealiseerd zijn (zie ook vraag 17).

21. In de auditrapportage worden scores per norm gevraagd. Hoe moet de score (de percentages) worden afgerond?

We constateren dat er verschillen zijn in de manier van afronden in de auditrapportage. In de berekening van de percentages in de beoordelingsmatrix worden de percentages tussentijds niet afgerond. De percentages die in de auditrapportage worden opgenomen, om een nauwkeurige weergave van de tussentijdse score te geven worden de percentages op 2 decimalen afgerond.

VIPP Assessment module A

22. Hoe vindt de beoordeling van de zibs plaats?

De Dienstverlener Zorgaanbieder (DVZA), in combinatie met de bronsystemen die bij de instellingen worden gebruikt, wordt door MedMij gekwalificeerd op de zibs. Het is in de audit dus voldoende om steekproefsgewijs te controleren op de implementatie van de zibs in de instelling. De steekproef vindt plaats voor de items met kardinaliteit 1 of 1..*.

Dit betekent dat er voor de audit een testpatiënt moet worden gevuld met de verplichte items van de zib aangegeven met kardinaliteit 1 en 1..*.

Bij een testpatiënt toetst de auditor of het bericht dat naar een PGO wordt verstuurd, op basis van een extract van de daadwerkelijke data, overeenkomt met wat geregistreerd is voor de testpatiënt en dus ook daadwerkelijk naar een PGO kan worden verstuurd.

23. Module A1: hoe wordt getoetst op de zibs die volledig conform de datastructuur worden vastgelegd? En, hoe wordt getoetst op de zibs waarvan alleen de inhoud wordt vastgelegd?

Leveranciers moeten de hele gegevensdienst (alle zibs van de basisgegevens ggz) inbouwen om de zibs naar het PGO te kunnen ontsluiten. Instellingen kunnen ervoor kiezen om, in het kader van A1, maar een deel van de zibs functioneel implementeren. Of instellingen deze keuze hebben, is afhankelijk van de werkwijze van de leverancier. Als de leverancier de zibs alleen in de database inbouwt en de functionele implementatie bij instellingen laat, dan bestaat deze keuze. Als instellingen er dan voor kiezen om niet alle zibs volledig in te bouwen dan moet, voor de zibs die niet gestructureerd worden vastgelegd door de auditor, worden getoetst dat de inhoud wel naar een PGO kan. Dit kan alleen met de PDF/a standaard.

24. Moet de versie van de software waarin de zibs zijn opgenomen al geïmplementeerd zijn tijdens de meetperiode van de traffic? Of mag dat een eerdere versie zijn, die niet (alle) zibs bevat?

Ja, er mag op het moment van meten van de traffic gebruik worden gemaakt van een EPD waarin de zibs nog niet zijn geïmplementeerd. De zibs hoeven niet op het portaal getoond te worden, dus dat hoeft niet aan MedMij/zibs te voldoen. Voor de uitwisseling met een PGO moeten de aanpassingen in het kader van MedMij wel geïmplementeerd zijn. Zoals in vraag 19 aangegeven mag het meten van de traffic niet te ver (meer dan drie maanden) afliggen van het meetmoment van de andere normen.

25. Hoe moeten de ROM-uitslagen en correspondentie aan de patiënt worden beschikbaar worden gesteld?

Deze gegevens moeten digitaal beschikbaar worden gesteld aan een patiënt. Correspondentie kan naar het PGO met de PDF/a standaard. ROM-uitslagen kunnen beschikbaar worden gesteld in de zib 'algemene meting'. Als voor die oplossing wordt gekozen dan hoeft het niet ook op het portaal te worden getoond. Als instellingen correspondentie en ROM-uitslagen op het portaal tonen, hoeft het niet naar het PGO. Het betreft dus een keuze van de instelling.

26. Welke correspondentie moet er met de patiënt gedeeld worden?

De correspondentie die minimaal gedeeld moet worden zijn de zorgverlenersbrieven en ontslag-/eindbrieven.

27. Welke eisen stelt de regeling aan het tonen van gegevens in het portaal?

De regeling vereist dat gegevens (zibs) beschikbaar gesteld worden aan een PGO en correspondentie en ROM-uitslagen via een PGO óf portaal. Verder zijn geen eisen gesteld aan wat in het portaal getoond wordt. De instelling mag het portaal inzetten om het percentage traffic te halen. Als de gegevens door de patiënt vanuit het PGO kunnen worden opgevraagd, is er voldaan aan deze norm. Dit hoeft niet nogmaals te worden getoetst (zie: vraag 20 FAQ). Het eHealth-platform wordt ook als portaal gezien.

Voor correspondentie en ROM-uitslagen is niet voorgeschreven of dit in het PGO of in een portaal moet. Als de instelling ervoor kiest dit in het portaal te tonen en niet beschikbaar stelt aan een PGO, toetst de auditor of de correspondentie en ROM-uitslagen in het portaal getoond worden.

28. Moet er een download gerealiseerd worden, anders dan de upload naar een PGO?

Nee, in het kader van VIPP GGZ moeten patiënten de zibs naar zich toe kunnen halen in een PGO. Voor correspondentie en ROM-uitslagen geldt dat deze vanuit het PGO opvraagbaar zijn voor een patiënt of beschikbaar gesteld worden via een portaal.

29. Is de zorgverlener verplicht om ieder onderdeel van het gegevenslement ook daadwerkelijk in te vullen? (Ook al is dit niet relevant).

Nee dat is de zorgverlener niet verplicht.

Bijvoorbeeld:

- Als een patiënt geen labonderzoek nodig heeft dan hoeft je dit niet uit te voeren en is bij die betreffende patiënt het veld lab uitslagen leeg. Als wel een labonderzoek heeft plaatsgevonden dan moet dit wel conform de zibs aangeboden kunnen worden aan de patiënt.
- Als bepaalde gegevens nooit in het zorgproces worden vastgelegd dan hoeft dat nu ook niet te gebeuren. Bijvoorbeeld als roken niet wordt geregistreerd dan hoeft dat nu ook niet. Maar, als het wel wordt vastgelegd dan moet het conform de zibs. Het moet dus mogelijk zijn om de zibs vast te kunnen leggen.

30. Hoe wordt getoetst of de instelling gebruik maakt van een leverancier met het MedMij label?

MedMij publiceert welke leveranciers, met welke versie, het label hebben en met welke gegevensdienst: <https://www.medmij.nl/overzicht-medmij-deelnemers/>. De instelling maakt gebruik van de gekwalificeerde versie van het systeem of nieuwer. MedMij verplicht een

leverancier namelijk niet om bij elke nieuwe versie van het systeem opnieuw terug te komen voor kwalificatie¹.

31. Hoe wordt getoetst of het mogelijk is om gegevens te uploaden naar een PGO?

De instelling moet met de gegevensdienst basisgegevens ggz in de zorgaanbiederslijst (ZAL) van MedMij staan. De instelling komt alleen in de lijst als het voor patiënten mogelijk is om de gegevens bij de zorgaanbieder op te vragen. Dit houdt in dat de zorginstelling gebruik maakt van een DVZA met het MedMij label en een door MedMij gekwalificeerde combinatie van bronsystemen met de DVZA. Als dit niet het geval is komt de zorgaanbieder niet in de ZAL.

32. In norm 2 van A1 en A2 wordt de instelling getoetst op het criterium of patiënten hun medische gegevens kunnen uploaden naar een MedMij compatibel PGO. Wanneer voldoet de instelling aan dit criterium?

Eén van de doelen van de VIPP GGZ-regeling is dat patiënten met een PGO naar keuze gegevens kunnen ophalen bij de instelling. Om aan dit toetsingscriterium te voldoen moet de instelling live zijn met MedMij. Dit betekent dat de oplossing op productie moet staan. De instelling voldoet aan het criterium als aangetoond kan worden dat het voor een patiënt mogelijk is om met een MedMij compatibel PGO gegevens op te vragen. Dit mag ook binnen een gecontroleerde livegang zijn.

33. Hoe wordt het gebruik uit norm A1/A2.N4 gemeten als gebruik wordt gemaakt van portaalfunctionaliteit van een PGO-leverancier? Wordt daarbij gekeken naar het aantal log-ins of het aantal keer opvragen van een gegevensdienst?

In de norm wordt onderscheid gemaakt in de berekening voor het gebruik van een portaal of PGO. Bij een portaal wordt het aantal unieke log-ins geteld. Bij gebruik van een PGO wordt het aantal uploads naar een PGO geteld.

Het onderscheid in meetmethoden is in de regeling opgenomen omdat het bij het gebruik van een PGO niet mogelijk is om het aantal log-ins te tellen. Een patiënt kan immers zelf een PGO kiezen, de ggz-instelling heeft hier geen invloed op. De instelling kan wel meten hoe vaak de basisgegevens ggz opgevraagd worden met een PGO.

Als een instelling geen portaal heeft, maar gebruik maakt van portaalfunctionaliteit van een PGO-leverancier wordt dit op dezelfde manier geteld als het aantal log-ins in een portaal. Als er gebruik gemaakt wordt van portaalfunctionaliteiten van een PGO-leverancier, kunnen wel afspraken worden gemaakt over het inzien van het aantal log-ins en wordt dus dezelfde meetmethode bij het portaalgebruik gehanteerd.

34. Is er een definitie van accordering? Is dit vanaf dat de uitslag bekend is of nadat de behandelaar de uitslag beoordeeld heeft?

Accordering is verschillend per systeem en instelling. Beoordeling van de brief is het moment dat de behandelaar de brief heeft gezien en geaccordeerd. Na interne accordering dienen de

¹ <https://www.medmij.nl/veelgestelde-vragen-leveranciers/>, Wat zijn de afspraken voor het opnieuw kwalificeren?

gegevens binnen 7 werkdagen beschikbaar te zijn voor het uploaden naar een PGO en eventueel op het patiënten portaal.

35. Wat is de juiste interpretatie m.b.t. minimaal 10% van het aantal patiënten, dat in een periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ met de instelling, dient in het patiënten portaal of PGO te zijn ingelogd?

Minimaal 10% (A1) of 15% (A2) van het aantal patiënten, dat in een periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad met de instelling, hebben gegevens opgevraagd in het PGO of hebben zich aangemeld op het patiënten portaal. De personen die zich hebben aangemeld hoeven niet dezelfde personen te zijn als degene die, in die periode, de instelling hebben bezocht.

36. Hoeveel historie moet worden meegegeven aan de patiënt wanneer het gaat om het beschikbaar stellen van medische informatie?

In de voorwaarden zoals omschreven in de Staatscourant zijn geen historievereisten 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.

37. Kan ik, als instelling, voldoen aan de eisen van de zib laboratoriumuitslag als er gebruikt gemaakt wordt van een lokaal codestelsel?

De zib laboratoriumuitslag (versie 2017) schrijft het gebruik van het codestelsel LOINC voor. In een aantal regio's wordt er gebruik gemaakt van een lokaal codestelsel voor de laboratoriumuitslagen. De instelling hoeft dit niet handmatig om te zetten naar LOINC, maar kan ook met het lokale codestelsel voldoen aan de eis. Op deze manier kan de ggz-patiënt ook over de uitslag beschikken, dit is in lijn met de doelstellingen van VIPP GGZ.

VIPP Assessment module B

38. Mijn leverancier biedt zowel de vooraankondiging aan conform versie 6.12 als medicatieproces 9.06. Voldoe ik met v6.12 ook aan VIPP GGZ?

Ja, als de instelling gebruik maakt van v6.12 en de apotheken de vooraankondiging in versie 9.06 nog niet kunnen ontvangen, voldoet de instelling aan de norm B1.N1.

39. Hoe toon ik aan dat mijn leverancier in staat is om de medicatieafspraken op het LSP aan te melden voor raadpleging door andere zorgverleners, conform medicatieproces 9.06?

De kwalificatie, door Nictiz, op versie 9.06 is voldoende om aan te tonen dat het EVS in staat is de medicatieafspraken aan te melden op het LSP. Op het moment dat de andere zorgverleners, zoals apotheken, het kunnen opvragen kan de instelling er gebruik van gaan maken. De leverancier ontvangt de kwalificatie van Nictiz en de instelling kan deze bij de leverancier opvragen om dit bij de audit aan te tonen.

40. Over welke behandelcontacten gaat het in de norm B2.N1 en B2.N2?

In norm B2.N2 staat in de berekening: 'Aantal ambulante patiënten (incl. spoed) die in een periode van 30 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ met een medisch specialist (psychiater) of andere zorgverlener die bevoegd is om medicatie voor te schrijven'. Gaat dit alleen over behandelcontacten waar een medicatiecontact is geweest of over alle behandelcontacten van iemand die voor mag schrijven (ongeacht het soort behandelcontact)?

Dit gaat over behandelcontacten waarbij medicatie is voorgeschreven. In de audit wordt gekeken naar het aantal behandelcontacten van een behandelaar die medicatie voor mag schrijven.

41. Waaruit bestaat het medicatie overzicht bij ontslag? (B2.N3)

Voor het medicatie overzicht bij ontslag hoeven alleen de medicatie afspraken beschikbaar te zijn. Zie ook: MP 9.06 ontslag. Een volledig overzicht van de medicatie bestaat uit drie bouwstenen, namelijk medicatie afspraak, toedieningsafpraak en medicatiegebruik. De toedieningsafpraak wordt in de apotheek vastgelegd, als de patiënt de medicatie ophaalt. Het medicatiegebruik kan een patiënt zelf vastleggen. Deze twee bouwstenen zijn op het moment van ontslag niet aanwezig.

In het kader van de A-module moeten instellingen de medicatieafpraak en het verstrekingsverzoek beschikbaar kunnen stellen aan het PGO. Hiermee wordt ook aan deze norm (B2.N3) voldaan.

42. Moet ik als instelling, om aan de eisen van VIPP-B2 te voldoen, regelen dat patiënten toestemming geven dat hun medicatiegegevens (m.n. de medicatieafpraak) met andere zorgverleners (bv. huisarts, medische specialist, apotheker) kunnen worden gedeeld?

Het gaat hier met name over punt 4 bij B2:

B2.N4 Op 1 november 2021 moet minimaal de informatiestandaard voor het medicatieproces (MP) versie 9.06 of hoger voor het registreren van medicatieafspraken in het EPD of EVS zijn geïmplementeerd en worden medicatieafspraken volgens deze standaard vastgelegd en, indien de patiënt daar expliciet toestemming voor heeft gegeven, beschikbaar gesteld aan andere zorgverleners via een regionale of landelijke uitwisselingsinfrastructuur.

De instelling moet alleen toestemming vragen als de medicatiegegevens beschikbaar worden gesteld aan andere zorgverleners. Vanuit VIPP GGZ wordt niet vereist dat de instelling voor een bepaald percentage van de patiënten de medicatiegegevens deelt. Het EVS moet alleen de mogelijkheid bieden om de medicatieafpraak aan te melden op het LSP.

43. Hoe om te gaan met toestemming voor het LSP?

In de berekening wordt rekening gehouden met een opt-in correctie afkomstig van VZVZ. VIPP heeft niet de doelstelling om het opt-in te verhogen en daarmee dus het gebruik van bijvoorbeeld het LSP. Het doel van VIPP is om van patiënten, die toestemming hebben gegeven, de medicatie te raadplegen. De doelstelling van module B2 heeft betrekking op patiënten die al toestemming voor inzage hebben gegeven.

Als bijvoorbeeld het opt-in 50% is, dan wordt het totaal aantal ambulante of klinische patiënten eerst gecorrigeerd naar 50%. Vervolgens wordt gekeken of bij 40% (klinisch) of 10% (ambulant) (van 50% patiënten) een actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd, opgenomen en gebruikt. Doelstelling B2 heeft dus betrekking op patiënten die al toestemming voor inzage hebben gegeven.

Als een instelling patiënten uit meerdere regio's heeft mag er met de opt-in percentages van die regio's gerekend worden. De instelling stemt de wegingsfactor per regio af met de auditor. Als er in de instelling patiënten vanuit het hele land behandeld worden mag ook het landelijk opt-in percentage gebruikt worden.

44. Reken je tijdens de audit met het regiopercentage ten tijde van het verzamelen van de bewijslast?

Tijdens de audit van module B2 wordt gerekend met het percentage 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 print screen met de regio percentages en de datum. De percentages zijn [hier](#) te vinden.

VIPP Assessment module C

45. Waar moet een eHealth module aan voldoen om mee te tellen?

Dit staat beschreven in de publicatie van de regeling in de Staatscourant: 'Een e-health module maakt onderdeel uit van de behandeling. De data die met de e-health module verzameld wordt, wordt gebruikt in het zorgproces. Het kan bijvoorbeeld gaan om een combinatie van instructies, vragenlijsten, virtual reality en bewegend beeld in interactie met de patiënt (animaties, gamification). Een module waarmee alleen een enkel digitaal formulier wordt ingevuld door patiënten (zoals de ROM-vragenlijst of een evaluatie-vragenlijst), of een module met als enige functionaliteit schriftelijke (mail) of mondelinge communicatie (enkel beeldbellen) valt niet binnen de definitie van e-health module zoals gebruikt in deze regeling. Dit is te beperkt en draagt onvoldoende bij aan het reduceren van wacht- en/of behandeltijd.'

46. Tellen ongeleide eHealth-modules ook mee voor de modules C1 en C2?

EHealth-modules mogen alleen worden meegerekend als zij onderdeel vormen van de behandeling en de data die de patiënt met de eHealth-module verzamelt, wordt gebruikt in het zorgproces. Als de behandelaar geen feedback geeft in de eHealth-module én de data uit de module niet wordt opgehaald en gebruikt in het zorgproces, dan kunnen deze modules niet worden meegerekend in de modules C1 en C2.

47. Mogen eHealth-modules, die ingezet wordt op de wachtlijst of als nazorg worden meegeteld voor het berekenen van de percentages voor de modules C1 en C2?

Ja, het percentage wordt berekend op basis van het aantal patiënten dat in een periode van 90 dagen een behandelcontact heeft gehad (de noemer) en het aantal patiënten dat in 90 dagen aantoonbaar gebruik heeft gemaakt van eHealth (de teller).

De personen die aantoonbaar gebruik maken van eHealth hoeven niet dezelfde te zijn als de personen met een behandelcontact. Aantoonbaar gebruik wordt gedefinieerd als minimaal 3 keer inloggen of 80% van de module doorlopen.

48. In module C2 wordt er gesproken over 'niet geïntegreerd aangeboden e-health modules'. Wanneer is er sprake van een niet geïntegreerde e-health module?

Als de e-health module door een andere leverancier aangeboden wordt dan de EPD-leverancier is er geen sprake van een geïntegreerde oplossing. Als de e-health module door dezelfde leverancier aangeboden wordt als het EPD, maar het technisch gezien wel een op zichzelf staande applicatie is, is de e-health module niet geïntegreerd. Het kan bijvoorbeeld gaan om een white-label toepassing van een andere leverancier die door een EPD-leverancier wordt aangeboden. Daarnaast moet de EPD-leverancier die een e-health applicatie aan de klanten aanbiedt ook kunnen aantonen in staat te zijn met andere applicaties te koppelen.

49. Hoe toon ik aan dat vanuit mijn instelling drie reviews door professionals geleverd zijn aan de wegwijzer voor eHealth?

De reviews worden ingediend bij stichting MIND. Als er drie reviews zijn ingediend ontvangt de projectleider een bevestigingsmail van MIND. Met deze mail kan aan de auditor getoond worden dat voldaan is aan de norm C1.N2 of C2.N4.

50. Hoe wordt de doelgroep van de module (C2.N3) vastgesteld door de auditor? Het gaat om de teller in de berekening.

Met deze norm wordt vastgesteld of de instelling gegevens uit een eHealthmodule kan tonen binnen het EPD over de omvang van de doelgroep met als doelstelling tenminste 10% van de populatie. Er wordt hier dus alleen gekeken naar de potentie in de patiëntgroep, de doelgroep van de module, niet het daadwerkelijke gebruik. Het gebruik van eHealth wordt namelijk al in C2.N1 gemeten. Om de berekening bij C2.N3 te kunnen maken levert de instelling documentatie aan waarin de doelgroep van de eHealth module beschreven staat, bijvoorbeeld patiënten met een bepaalde diagnose. Vervolgens wordt vastgesteld hoeveel patiënten in een periode van 90 dagen uit deze doelgroep een behandelcontact hebben gehad (moet gaan om actieve patiënten). Het aantal patiënten in doelgroep (teller) moet minimaal 10% van het aantal patiënten zijn die in diezelfde 90 dagen een behandelcontact hebben gehad (noemer).