



VIPP GGZ assessments

Handreiking voor de IT-auditor bij het uitvoeren van VIPP GGZ assessments

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Achtergrond VIPP-programma.....	3
3	Doel VIPP GGZ assessments.....	5
4	Formele aspecten van de opdracht.....	5
5	Scope van het onderzoek.....	6
6	Normen VIPP GGZ assessments	6
7	Onderzoek aspecten	7
8	Uitvoering VIPP GGZ assessment.....	9
	Bijlage I Definities	11
	Bijlage II Modelrapporten bij VIPP GGZ assessments	14
	Bijlage III Beschrijving van het Object van onderzoek.....	20
	Bijlage IV Toetsingskader VIPP GGZ assessments	22
	Bijlage V Overzicht Zib's	33

In opdracht van GGZ Nederland opgesteld door M.W. de Breed RE (Lid werkgroep Zorg en ICT NOREA).

Gereviewed door de Vaktechnische Commissie van de NOREA.

1 Inleiding

In het “Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional Fase 3” van 23 oktober 2018 is opgenomen dat ggz-instellingen in aanmerking kunnen komen voor subsidie als zij bepaalde doelstellingen hebben gerealiseerd en dit kunnen aantonen door middel van een extern uitgevoerde toets.

Onderdeel van het Beleidskader is een handboek (“Handboek VIPP GGZ eindtoets”) met een toelichting voor de ggz-instellingen van de uit te voeren toets met daarin een generieke beoordelingsprocedure. In het beleidskader is opgenomen dat de resultaten van de VIPP GGZ eindtoets dienen te worden aangetoond middels de resultaten van een onderzoek uitgevoerd door een IT-auditor (i.e. een bij NOREA ingeschreven register EDP-auditor).

Onder verantwoordelijkheid van GGZ Nederland is onderhavig document betreffende een handreiking voor de IT-auditor bij het uitvoeren van een VIPP GGZ assessment opgesteld dat is afgestemd met de vaktechnische commissie van de NOREA.

Doel van deze handreiking is de IT-auditor een uniform toetsbaar kader te bieden voor het zorgvuldig uitvoeren van een VIPP GGZ assessment aan de hand van de normen uit het “Handboek VIPP GGZ eindtoets¹” gericht op het met redelijke mate van zekerheid vaststellen of opdrachtgever (de betreffende ggz-instelling) heeft voldaan aan de VIPP GGZ resultaatsdoelstellingen. De opdracht dient te worden uitgevoerd overeenkomstig met Richtlijn 3000D directe-van NOREA.

Deze handreiking beoogt de consistentie van de onderzoeken door IT-auditors te bevorderen door de bandbreedte aan te geven, waarbinnen de IT-auditor de werkzaamheden verricht met de assurance-rapportage als resultaat. De handreiking is aangevuld met een VIPP-beoordelingsmatrix² met als doel te voorkomen dat grote verschillen ontstaan in zowel de mate van diepgang bij de uitvoering van deze assessments als bij het beoordelen van afwijkingen.

Bij het uitvoeren van de VIPP GGZ assessments dient de IT-auditor deze handreiking als leidend te beschouwen en de opgenomen werkzaamheden als zodanig uit te voeren.

2 Achtergrond VIPP-programma

Doel van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) is dat ggz-instellingen een digitaliseringsslag maken om de zorg veiliger, patiëntgerichter en doelmatiger te maken. Dit houdt in dat ggz-instellingen een subsidie kunnen ontvangen vanuit het VIPP indien zij voor 1 november 2021 aantonen middels een rapport, verstrekt door een IT-auditor (RE), dat zij de doelstellingen, behorende bij de modules waarop zij hebben ingeschreven, behaald hebben. Het auditrapport is noodzakelijk voor het vaststellen van de rechtmatige verstrekking van de subsidie.

Om bij te dragen aan het doel van VIPP is het van belang dat ggz-instellingen informatie ontsluiten en daarbij dezelfde standaarden gebruiken, zodat de informatie onderling, met de patiënt en met andere zorgverleners gedeeld kan worden.

In het kader van VIPP GGZ zijn drie onderdelen geformuleerd met de volgende (hoofd)doelstellingen:

1. Patiënt & informatie

¹ Hierbij is initieel de versie gebruikt die gepubliceerd is d.d. 12-10-2018.

² De VIPP GGZ beoordelingsmatrix is afkomstig van GGZ Nederland en niet door de Vaktechnische Commissie NOREA beoordeeld.

- Module A1 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 november 2021 een gegevensset over de behandeling van patiënten aan een Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.
- Module A2 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 november 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal

Het onderscheid tussen module A1 en A2 is gelegen in het percentage patiënten dat gegevens heeft bekeken op een patiëntenportaal of een ander platform waar je je gegevens kunt inzien of geüpload naar een PGO (A1 tenminste 10% en A2 tenminste 15%).

2. Patiënt & medicatie

- Module B1 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 november 2021 medicatievoorschriften digitaal aan kan bieden als vooraankondiging en/of elektronisch recept.
- Module B2 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 november 2021 gestandaardiseerd digitaal een actueel overzicht van medicatie kan raadplegen als onderdeel van het medicatieproces en daar medicatieverificatie op uitvoert en ditzelfde overzicht aan de patiënt kan verstrekken bij ontslag.

3. Patiënt & e-health³

- Module C1 Activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 november 2021 meer gebruik maken van e-health modules als onderdeel van de behandeling.
- Module C2 Activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 november 2021 meer gebruik maken van e-health modules als onderdeel van de behandeling en activiteiten die ertoe leiden dat op 1 november 2021 gegevens die worden verzameld met e-health modules getoond kunnen worden in het EPD.

Instellingen kunnen maximaal subsidie voor drie van de zes modules aanvragen. Daarbij moet in geval van modules A en C gekozen worden voor A1 of A2 en C1 of C2. Dit komt omdat in deze modules verschillende ambitieniveaus zijn verwerkt, om zowel middenmoters als voorlopers een impuls te geven. Van module B kan wel zowel B1 als B2 aangevraagd worden. De instelling die mee wil doen is in ieder geval verplicht om in te schrijven op module A1 of A2.

³ Zie bijlage I Definities

3 Doel VIPP GGZ assessments

Uitgangspunt voor de VIPP GGZ assessments is dat in opdracht van de ggz-instelling, een IT-auditor (Register EDP-auditor, RE) als onafhankelijke deskundige beoordeelt of de betreffende ggz-instelling heeft voldaan aan de doelstellingen van het VIPP -programma en hierover rapporteert aan de ggz-instelling. De ggz-instelling zal de IT-audit rapportage verstrekken aan VWS opdat VWS kan bepalen of de subsidie rechtmatig is verstrekt.

Daarbij wordt onderscheid gemaakt in de volgende VIPP GGZ assessments:

Programma	VIPP GGZ assessment	Tijdslijn
Patiënt & informatie	Module A1	1 november 2021
	Module A2	1 november 2021
Patiënt & medicatie	Module B1	1 november 2021
	Module B2	1 november 2021
Patiënt & eHealth	Module C1	1 november 2021
	Module C2	1 november 2021

Indien de IT-auditor tijdens het VIPP GGZ assessment vaststelt dat normen niet zijn behaald door de betreffende ggz-instelling dan biedt de IT-auditor de mogelijkheid aan de ggz-instelling om binnen de gestelde onderzoeksperiode herstelwerkzaamheden uit te voeren zodat alsnog aan de normen wordt voldaan. De IT-auditor dient vervolgens een her-audit uitvoeren. De her-audit dient binnen een periode van 22 weken na 1 november 2021 plaats te vinden met als eis dat voor de audit gebruikte gegevens afkomstig zijn uit de periode vóór 1 november 2021.

Het VIPP GGZ assessment resulteert in een rapport met het oordeel van de IT-auditor inzake de mate waarin de ggz-instelling heeft voldaan aan de gestelde eisen. Dit rapport maakt onderdeel uit van de verantwoordingsinformatie voor de aangevraagde subsidie conform het [Besluit](#) vaststelling beleidskader subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional Fase 3.

4 Formele aspecten van de opdracht

De opdrachten inzake de VIPP GGZ assessments (A1, A2, B1, B2, C1, C2) worden door RE's uitgevoerd in het kader van het Raamwerk voor Assurance-opdrachten en (dus) overeenkomstig Richtlijn 3000D Directe-Opdrachten. Voor de VIPP GGZ assessments zijn modelrapporten opgesteld (zie bijlage II). Verder gelden de Richtlijnen voor opdrachtaanvaarding, rapportage en dossiervorming, zoals die van toepassing zijn voor alle professionele diensten die door RE's worden uitgevoerd.

De werkzaamheden in het kader van deze opdrachten richten zich op het geven van een oordeel per norm uit het gerelateerde normenkader (zie bijlage IV) inzake de mate waarin de Opdrachtgever heeft voldaan aan de gestelde norm.

Het assurance rapport wordt uitsluitend verstrekt aan Opdrachtgever ten behoeve van haar rapportage aan VWS.

5 Scope van het onderzoek

Het onderzoek richt zich op het vaststellen van de mate waarin de, door de ggz-instelling vormgegeven, oplossing (object van onderzoek) voor het digitaal uitwisselen van gegevens tussen ggz-instelling en patiënt voor wat betreft de onderdelen patiënt en informatie, patiënt en medicatie en patiënt en e-health voldoet aan de normen voor het behalen van de VIPP-doelstellingen van de ggz-instelling⁴.

6 Normen VIPP GGZ assessments

Op basis van het Besluit subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional Fase 3 (VIPP GGZ) zijn normen en meetmethodes gedefinieerd. Deze normen en meetmethodes zijn vertaald naar het toetsingskader dat opgenomen is in bijlage IV. Verder wordt een beoordelingsmatrix beschikbaar gesteld door GGZ Nederland welke gebruikt kan worden als hulpmiddel bij het uitvoeren van de beoordeling door de IT-auditor alsmede voor de instellingen om invulling te geven aan de gestelde eisen.

De IT-auditor gebruikt bij zijn onderzoek dit toetsingskader. In het toetsingskader staan de normen en meetmethodes specifiek beschreven per VIPP-module.

De normen mogen evenwel niet worden beschouwd als af te vinken resultaatverplichtingen. In deze handreiking wordt uitleg gegeven over het te testen type object (Testpatiënt, Rapportage, Procedure) en de onderzoekswerkzaamheden om vast te stellen of al dan niet aan een norm is voldaan. Deze uitleg is een indicatie of leidraad⁵.

De IT-auditor dient te allen tijde zelf vast te stellen:

- Welke objecttypering het beste past bij de onderzochte norm;
- Welke werkzaamheden en met welke diepgang dienen te worden uitgevoerd om tot een oordeel te kunnen komen.

De modules bestaan uit normen die verder opgesplitst zijn in toetsingscriteria. Voor alle modules wordt een tolerantie van 90% gehanteerd: als tenminste 90% van de normen met betrekking tot de module in scope is gehaald door de instelling, dan voldoet de instelling aan de gestelde eisen. In hoeverre er aan de norm voldaan wordt, wordt bepaald op basis van de toetsingscriteria. Zo wordt voorkomen dat de IT-auditor een negatief oordeel moet uitbrengen als er kleine afwijkingen geconstateerd zijn in de resultaten die gehaald moeten worden.

Op de volgende wijze wordt bepaald of het resultaat van de module is gehaald. De module kent een aantal normen en per norm gelden een aantal toetsingscriteria. Als de doelstelling voor minimaal 90% is gerealiseerd (als bij 10 criteria aan 9 of meer is voldaan) dan wordt er voldaan aan de norm. De toetsingscriteria zijn daarbij ja/nee vragen die cumulatief uitmonden in een percentage per norm en zodoende ook in een percentage per doelstelling.

⁴ Voor het digitaal uitwisselen van gegevens tussen ziekenhuis en patiënt wordt bij de module B1 en B2 tevens gebruik gemaakt van medicatiegegevens afkomstig van apotheken, mits de patiënt daartoe toestemming heeft verleend.

⁵ Voor interpretatievraagstukken ligt het in de bedoeling, dat na indiening via NOREA of via GGZ-Nederland, de vraag in behandeling zal worden genomen, onderling zal worden afgestemd en in de vorm van een FAQ-lijst op de website van NOREA en GGZ-Nederland zal worden gepubliceerd.

Als ondersteunend hulpmiddel is op basis van het toetsingskader een VIPP GGZ beoordelingsmatrix in Excel opgesteld die de IT-auditor kan hanteren bij de vastlegging van zijn bevindingen en oordeelsvorming. In de beoordelingsmatrix is rekening gehouden met de mate (het percentage) waaraan de ggz-instelling voldoet aan de gestelde eisen. De classificatie 4 (groene bol en percentage > 90%) resulteert in het oordeel 'voldoet' en de overige classificaties resulteren in het oordeel 'voldoet niet'.

7 Onderzoek aspecten

De IT-auditor voert zijn werkzaamheden uit in lijn met geldende vaktechnische voorschriften (c.q. Richtlijn 3000D Directe-Opdrachten'). De IT-auditor is vanuit de privacywetgeving niet bevoegd om een dossier van een patiënt in te zien om waar te nemen dat daadwerkelijk de relevante medische gegevens (gestandaardiseerd) zijn uitgewisseld met de patiënt of de zorgverlener. De wijze van het verzamelen van geschikte en relevante assurance-informatie bestaat daarom uit twee onderdelen: Testpatiënt methodiek en Rapportage methodiek.

- 1 De testpatiënt methodiek (fictieve patiënten met representatieve gegevens) wordt toegepast indien toetsing nodig is op individueel patiëntniveau. Bijvoorbeeld om de inhoud van de medische gegevensset die aan patiënten beschikbaar wordt gesteld te toetsen.
- 2 De rapportage methodiek wordt toegepast indien toetsing nodig is op groepen patiënten. Bijvoorbeeld om het percentage patiënten te meten dat gegevens opvraagt voor het uploaden naar een PGO, de gebruikspercentages van een patiëntenportaal te meten, het aantal verzonden recepten.

Ad 1 Testpatiënt

Het onderdeel Testpatiënt (fictieve patiënten met representatieve gegevens) wordt toegepast indien toetsing nodig is op individueel patiënten niveau. Bijvoorbeeld voor het toetsen van de inhoud van de medische gegevensset die aan patiënten beschikbaar wordt gesteld.

Het is de verantwoordelijkheid van het management van de ggz-instelling dat in een omgeving (vergelijkbaar met de productie omgeving) één of meer testpatiënten zijn aangemaakt waarmee de, te toetsen onderdelen, kunnen worden vastgesteld.

Op basis van de normen moeten voor de testpatiënten de volgende gegevens minimaal te toetsen zijn:

- De patiënt heeft klinische en/of ambulante contacten (in het kader van de generalistische basis ggz of specialistische ggz);
- De patiënt heeft recente medische gegevens (bijvoorbeeld niet ouder dan 2 maanden);
- De patiënt heeft gegevens ten aanzien van de zib's voor de ggz (zie bijlage V);
- De patiënt heeft medicatie voorgeschreven gekregen;
- De patiënt heeft uitgaande correspondentie, zoals een verwijfsbrief, eindbrief of evaluatiebrief;
- De patiënt heeft Routine Outcome Monitoring (ROM)-uitslagen

Ad 2 Rapportage

Het onderdeel Rapportage wordt toegepast indien toetsing nodig is op het behalen van gestelde percentages. Dit is van toepassing voor het aantonen van de actuele patiënten en medicatie(regel) aantallen en het gebruik van het patiëntenportaal dan wel download.

Het is de verantwoordelijkheid van het management van de ggz-instelling dat relevante en betrouwbare Rapportages aanwezig zijn, die gebaseerd zijn op gegevens (die de werkelijkheid representeren), documentatie, observaties of andere werkzaamheden ter onderbouwing van de rapportages.

Bij het beoordelen van de rapportages dient de IT-auditor de relevantie en betrouwbaarheid van de informatie die gebruikt zal worden als assurance-informatie te beoordelen, en in overweging te nemen of dit voldoende is. Het is mogelijk dat informatie die verkregen is uit één bron inconsistent is met de informatie verkregen uit een andere bron. Verder is het mogelijk dat de IT-auditor twijfels heeft over de betrouwbaarheid van informatie die voor de beoordeling wordt gebruikt. In die gevallen dient hij te bepalen welke aanpassingen of toevoegingen aan de werkzaamheden nodig zijn om de aangelegenheid op te lossen en dient hij het eventuele effect van de aangelegenheid op andere aspecten van de opdracht in aanmerking te nemen.

Voor het deelprogramma Patiënt & informatie (A-modules) dient de ggz-instelling te voorzien in de volgende rapportages:

- a) Het aantal patiënten dat in een periode van 30 dagen contact heeft gehad met de zorginstelling in het kader van de SGGZ of BGGZ.
- b) Het aantal unieke patiënten wat daadwerkelijk ingelogd heeft in het patiëntenportaal en/of gegevens heeft opgevraagd om te uploaden naar een PGO in een periode van 30 dagen gelijk aan a).

Voor het deelprogramma Patiënt & medicatie (B-modules) dient de ggz-instelling te voorzien in de volgende rapportages:

- a) Aantal ambulante patiënten (incl. spoed) die in een periode van 30 dagen zorgcontact hebben gehad;
- b) Aantal ambulante patiënten (incl. spoed), waarvan een actueel overzicht van medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd mag worden binnen de instelling, die in een periode van 30 dagen zorgcontact hebben gehad;
- c) Aantal klinische patiënten die in een periode van 30 dagen opgenomen zijn;
- d) Percentage patiënten dat toestemming heeft gegeven voor het opvragen van medicatie (opt-in), (dit kan door de IT-auditor worden nagegaan bij VZVZ);
- e) Aantal klinische patiënten, waarvan een actueel overzicht van de medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd is, die in een periode van 30 dagen opgenomen zijn geweest;
- f) Aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen ontslagen is uit de instelling;
- g) Aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen ontslagen is uit de instelling en ontslagmedicatie kreeg voorgeschreven;
- h) Aantal ambulante patiënten (incl. spoed) waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen;
- i) Aantal klinische patiënten waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen;
- j) Aantal voorgeschreven receptregels (elektronisch+ niet elektronisch) in de instelling in een periode van 30 dagen;
- k) Aantal elektronisch voorgeschreven receptregels die elektronisch zijn verstuurd.

Voor het deelprogramma Patiënt & e-health (C-modules) dient de ggz-instelling te voorzien in de volgende rapportages:

- a) Het aantal patiënten dat aantoonbaar gebruik heeft gemaakt van een eHealth module tijdens de behandeling in een periode van 90 dagen;

- b) Het aantal patiënten dat een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ in een periode van 90 dagen;
- c) Aantal patiënten dat in de doelgroep (de patiënten waarbij de eHealthmodule binnen de behandeling worden ingezet) van de eHealth modules valt, waarvan de gegevens in het EPD getoond kunnen worden en die in een periode van 90 dagen (gelijk aan b) een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ.

Vorbereiding ggz-instelling

Ter voorbereiding van het VIPP GGZ assessment dient de ggz-instelling de volgende zaken te faciliteren:

- Inrichting van testpatiënten;
- Beschikbaarheid procesbeschrijvingen t.a.v. inzage medische gegevens
- Beschikbaarheid rapportage EPD/EVS;
- Beschikbaarheid rapportage download/patiëntenportaal;
- Beschikbaarheid rapportage gebruik eHealth toepassingen;
- Aanvullende door de instelling relevant geachte documentatie.

8 Uitvoering VIPP GGZ assessment

Om in opdracht van de ggz-instelling de VIPP-resultaten en procedures van het betreffende ggz-instelling te beoordelen voert de IT-auditor in overeenstemming met de relevante beroepsreglementen en vaktechnische richtlijnen van de NOREA de volgende stappen uit:

1. De onafhankelijke IT-auditor informeert zich over de te beoordelen instelling: organisatiestructuur, omvang, locatie(s), IT-omgeving, zorgprocessen, enzovoort om begrip van de organisatie te krijgen. De IT-auditor gebruikt o.a. het jaarverslag, het organogram en eventueel verkennende gesprekken met stakeholders in de instelling.
2. De IT-auditor is bekend met 'Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3', de normen en meetmethodes zoals vermeld in de beoordelingsmatrix en deze handreiking.
3. De IT-auditor verkent de behaalde resultaten van een instelling door gebruik te maken van verschillende bronnen. Deze zijn soms expliciet als formeel document aanwezig en soms impliciet. Het laatste blijkt dan uit een of meerdere interviews, handelingen en uit systeemfunctionaliteit.
4. De IT-auditor bepaalt vanuit deze verkenning, de uit te voeren deelwaarnemingen, te inspecteren documenten, te inspecteren e-health modules op het voldoen aan de definitie en indien nodig aanvullend te houden interviews.
5. De IT-auditor voert het veldwerk op locatie uit. De resultaten van (deel)waarnemingen (bevindingen) worden indien mogelijk door de IT-auditor direct teruggekoppeld en bevestigd door zowel de auditee als de IT-auditor om latere discussie te vermijden en om eventueel herstelwerk door de instelling mogelijk te maken. Als formele interviewverslagen worden gemaakt worden deze op basis van het 'hoor-en-wederhoor' principe ter afstemming aan de gespreksdeelnemers aangeboden.
6. De IT-auditor beoordeelt de huidige situatie van de instelling t.a.v. de te toetsen VIPP GGZ module(s) door elk normelement van de aangevraagde module te beoordelen met behulp van de beoordelingsmatrix.

7. Aan de hand van de normelementen, de aangeleverde documentatie en het werkbezoek eventueel aangevuld met extra bewijsmateriaal volgt de IT-auditor bij het beoordelen van de behaalde resultaten de beoordelingsmatrix en voert bij elk onderdeel de volgende stappen uit:
 - a. Gaat na of de instelling voor het normelement de relevante onderdelen heeft geïmplementeerd en gebruikt;
 - b. Gaat na of sprake is van niet geïmplementeerde doelstellingen zonder argumentatie;
 - c. Gaat na of het behaalde resultaat waarneembaar en verifieerbaar is (middels interviews, waarnemingen, documenten).
 - d. De IT-auditor:
 - i. Brengt in beeld welk (deel van) het element/ criterium van toepassing is;
 - ii. Brengt in beeld welke onderdelen van toepassing zijn;
 - iii. Toetst aan de hand van het bewijsmateriaal of en in welke mate aan de betreffende norm (of onderdelen daarvan) wordt voldaan waarbij de beoordelingsmatrix als uitgangspunt wordt genomen.
 - e. Gaat na of sprake is van mogelijke tekortkomingen en zo ja op welk gebied;
 - f. Koppelt de bevindingen terug indien dat het geval is;
 - g. Legt het resultaat vast door middel van een Assurance-rapportage;
 - h. Meldt in de rapportage eventueel waargenomen tekortkomingen.
8. De IT-auditor scoort het resultaat/ de bevindingen volgens de beoordelingsmatrix, en koppelt specifieke bevindingen en conclusies over de huidige situatie terug aan het ziekenhuis middels de ingevulde beoordelingsmatrix en opgestelde assurance-rapportage.

Aandachtspunten:

- De IT-auditor zal eventuele tegenstrijdigheden in documentatie, interviews, waarnemingen en/of door het ontbreken van documenten in eerste instantie trachten op te lossen of tenminste te verklaren. De IT-auditor dient te documenteren op welke wijze hij met de inconsistentie is omgegaan.
- Uitvoering van verbeterpunten en opvolging van tekortkomingen kunnen in een (eventuele) volgende toets worden getoetst.
- De ggz instelling dient de assurance rapportage, opgesteld door de IT-auditor op basis van het modelrapport in bijlage II, vervolgens in te dienen bij VWS ter verantwoording op de verkregen subsidiegelden met ingevuld en ondertekend aanvraagformulier⁶.

⁶ <https://www.dus-i.nl/subsidies/vipp-fase-3>

Bijlage I Definities

In deze subsidieregeling worden diverse begrippen regelmatig gebruikt. Voor de eenduidigheid van de toepassing van de regeling en tevens voor de leesbaarheid is onderhavige begrippenlijst opgenomen.

Assessment: een instrument dat wordt ingezet voor toetsing en beoordeling.

Behandelcontact: 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-code⁷. Het contact kan gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

DBC: Diagnose Behandeling Combinatie: een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg.

E-health module: 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, gamificatie). 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, app) of mondelinge communicatie (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.

E-health toepassing: een e-health toepassing kan allerlei ICT-toepassingen in de zorg betreffen waarmee informatie verzameld of uitgewisseld wordt, zoals een digitale vragenlijst, een website of een app op de mobiele telefoon.

Elektronisch Patiëntendossier (EPD): Hiermee wordt het betreffende systeem bedoeld, maar ook de digitale geïntegreerde plek waar behandelaren de medische en administratieve gegevens van patiënten verwerken en waarin die gegevens in één of verschillende bronssystemen opgeslagen kunnen worden.

Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS): een softwaretoepassing voor het voorschrijven van geneesmiddelen die tevens beslissingsondersteuning biedt ('medicatiebewaking') ter voorkoming van onveilige situatie. Een EVS kan een losstaande applicatie zijn of geïntegreerd in het EPD zijn.

Gebruikersvereniging: een vereniging met als doel het product van de EVS- of EPD-leverancier af te stemmen op de behoefte van de ggz-instelling en haar professionals. Er dienen minimaal drie instellingen die zijn toegelaten voor het leveren van medisch specialistische zorg lid te zijn van de vereniging, waarvan minimaal één instelling een middelgrote, grote of integrale ggz-instelling is, zoals gedefinieerd in deze regeling VIPP-fase 3.

⁷ Een AGB-code is een identificatiecode voor zorginstellingen, zie: <https://www.agbcode.nl/>.

Ggz-instelling: instellingen voor medische specialistische zorg die op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde geestelijke gezondheidszorg leveren⁸.

Handboek VIPP toetsingsprocedure: het handboek wordt gebruikt om vast te stellen of een ggz-instelling aan de resultaatsverplichtingen van de subsidie heeft voldaan. In het handboek wordt concreet, gedetailleerd en per module beschreven hoe de IT-auditor moet toetsen of een resultaat voldoende is behaald.

Informatiestandaard medicatieproces: dit betreft een informatiestandaard voor gegevensuitwisseling met betrekking tot het medicatieproces. In deze standaard zijn afspraken opgenomen over onder meer het versturen en ontvangen van het medicatievoorschrift, de medicatieverstrekking en het medicatieoverzicht. In het kader van onderhavige regeling zijn de volgende versies relevant:

Versie 6.12: <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/medicatieveiligheid/>

Versie 9.0.7: <https://nictiz.nl/releases/medicatieproces-9-0-7/>

Ketenzorgpartner: is een zorgaanbieder waarmee een ggz-instelling die voor subsidie in aanmerking wil komen in de keten mee samenwerkt, denk hierbij aan een huisarts, een instelling voor beschermd wonen, etc.

Ketenzorg: is zorg voor een patiënt verleend door verschillende zorgaanbieders, en afgestemd op de klachten van de patiënt.

Koploper: ggz-instelling waarbij uit de nulmeting blijkt dat deze de resultaten zoals vermeld onder modules C1 en C2 uit hoofdstuk 2 van deze regeling reeds grotendeels gerealiseerd heeft en daarmee niet voor subsidie van de betreffende modules in aanmerking komt.

MedMij: MedMij is een afsprakenstelsel voor het veilig en betrouwbaar uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen zorggebruikers en zorgverleners, en stelt eisen aan persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO) en ICT-systemen van zorgaanbieders voordat zij via het stelsel informatie kunnen uitwisselen, zie <https://afsprakenstelsel.medmij.nl>. Het afsprakenstelsel onderscheidt twee rollen, te weten die van dienstverlener persoon (zoals PGO-leveranciers) en van dienstverlener zorgaanbieder (zoals XIS (=EPD) leveranciers en infrastructuur). Burgers en zorgaanbieders treden niet zelf in één van die rollen toe, maar weten zich door hun dienstverleners verzekerd van betrouwbare, gestandaardiseerde en veilige informatie-uitwisseling.

Nulmeting: De nulmeting wordt vooraf uitgevoerd door GGZ Nederland. In deze nulmeting, die via GGZ Nederland aan ggz-instellingen ter beschikking wordt gesteld, wordt vastgesteld wat de huidige staat van gegevensontsluiting en inzet van e-health van een instelling is.

Omzet peiljaar: Dit betreft de productie Zorgverzekeringswet Basis- GGZ en de productie Zorgverzekeringswet Gespecialiseerde GGZ, die met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2016, die is goedgekeurd door de accountant en wordt gepubliceerd via de website van het CIBG. VWS hanteert voor deze subsidie peiljaar 2016. Instellingen die een groeicurve doormaken en in peiljaar 2016 een omzet hebben tussen de € 400.000, – en € 500.000, – mogen in aanvulling op de omzet van 2016 ook de omzet 2017 mits deze met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke

⁸ Dit betreft de productie zorgverzekeringswet basis- ggz en de productie zorgverzekeringswet gespecialiseerde ggz, die is opgenomen in de wettelijk verplichte Maatschappelijke Verantwoording.

Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2017, die is goedgekeurd door de accountant.

Onafhankelijke IT-auditor: Deze IT-auditor is ingeschreven in het register van gekwalificeerde IT-auditors, het Register EDP-Auditor, dat beheerd wordt door NOREA;

Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO): dit is een levenslang hulpmiddel voor de burger/patiënt om relevante gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheren en te delen via gestandaardiseerde gegevensverzamelingen voor gezondheidsinformatie en geïntegreerde digitale zorgdiensten.

Zorg Informatie Bouwsteen (ZIB): Een zorginformatiebouwsteen beschrijft nauwkeurig wat er over een bepaald item van het zorgproces van de patiënt moet worden vastgelegd. Een ZIB is een herbruikbaar blokje informatie dat in verschillende informatiestandaarden gebruikt kan worden.

Zvw gefinancierde ggz-zorg: Dit betreft de productie zorgverzekeringswet basis- ggz en de productie zorgverzekeringswet gespecialiseerde ggz, die met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2016, die is goedgekeurd door de accountant en wordt gepubliceerd via de website van het CIBG.

Bijlage II Modelrapporten bij VIPP GGZ assessments

Rapportage-template VIPP GGZ assessment (versie 1.3)⁹

Aan : [GGZ-INSTELLING]¹⁰
Cc : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Datum : RAPPORTDATUM
Van : IT-AUDITOR
Kenmerk : KENMERK
Onderwerp : VIPP GGZ assessment MODULE(S) X (en X) bij [GGZ-INSTELLING]

===== Pagina einde =====

Inhoudsopgave

1	Assurancerapport van de onafhankelijke auditor	2
1.1	Opdracht	2
1.2	Verantwoordelijkheden van de ORGANISATIE	2
1.3	Verantwoordelijkheden van de auditor	2
1.4	Beperkingen	3
1.5	Oordelen	4
1.6	Beoogde gebruikers en doel	5
A	Bijlage A – Beschrijving van het Object van onderzoek	9
B	Bijlage B - Beschrijving van de testresultaten van de auditor	10

===== Pagina einde =====

1	Assurancerapport van de onafhankelijke auditor
1.1	Opdracht

Ingevolge de opdracht van [GGZ-INSTELLING] hebben wij een VIPP GGZ assessment uitgevoerd naar de mate waarin de, door de ggz-instelling vormgegeven, oplossing (object van onderzoek, zie bijlage A¹¹) voor het digitaal uitwisselen van gegevens tussen ggz-instelling en patiënt voldoet aan de

⁹ Deze template is een voorbeeld en op basis van opdracht-specifieke omstandigheden en/of kantoor-voorschriften kan hiervan worden afgeweken, mits wordt voldaan aan de vereisten in Richtlijn 3000D. Voor de subsidieverstrekker is het handig als dit voorbeeld zoveel als mogelijk wordt gevolgd.

¹⁰ Met [GGZ-INSTELLING] wordt aangegeven de opdrachtgever.

¹¹ Ingevolge bijlage III bij dit document met specificatie van uitgevoerde werkzaamheden.

normen voor het behalen van de VIPP GGZ doelstellingen in relatie tot de subsidie aanvraag bij het VWS met als kenmerk ... voor module(s) X (en X) van [GGZ-INSTELLING].

Het onderzoek is conform de 'Handreiking VIPP GGZ assessments' versie 1.3 van GGZ Nederland d.d. 1-9-2021 uitgevoerd.

1.2 Verantwoordelijkheden van [GGZ-INSTELLING]

[GGZ-INSTELLING] is verantwoordelijk voor het verstrekken van een adequate beschrijving van het object van onderzoek en relevante documentatie, het inrichten van testpatiënten in een omgeving die de productie omgeving zo goed als mogelijk benadert, het beschikbaar stellen van procesbeschrijvingen ten aanzien van inzage medische gegevens en het beschikbaar stellen van de rapportages EPD/EVS en download/patiëntenportaal om te voldoen aan de eisen gesteld in het "Handboek VIPP GGZ eindtoets".

1.3 Verantwoordelijkheden van de auditor

Onze verantwoordelijkheid is, op basis van onze werkzaamheden, per norm van het toetsingskader VIPP GGZ assessments met redelijke mate van zekerheid een oordeel te geven over de mate waarin de, door de ggz-instelling vormgegeven, oplossing (object van onderzoek, zie bijlage A) voor het digitaal uitwisselen van gegevens tussen ggz-instelling en patiënt voldoet.

We hebben onze opdracht uitgevoerd overeenkomstig Nederlands recht, en de NOREA Richtlijn 3000D Directe-Opdrachten. We hebben in dat kader de vereisten van het Reglement Gedragscode ('Code of Ethics') van NOREA nageleefd, welke is gebaseerd is op de fundamentele beginselen van integriteit, objectiviteit, deskundigheid en zorgvuldigheid, geheimhouding en professioneel gedrag. Wij hebben hierbij het Reglement Kwaliteitsbeheersing NOREA (RKBN) toegepast. Op grond daarvan beschikken wij over een samenhangend stelsel van kwaliteitsbeheersing met inbegrip van vastgelegde richtlijnen en procedures inzake de naleven van ethische voorschriften, professionele Richtlijnen en andere relevante wet- of regelgeving.

Een assurance-opdracht om te rapporteren over de mate waarin een object van onderzoek voldoet aan de eisen, omvat het inschatten van de risico's dat het onderzoeksobject niet voldoet en het in reactie op deze risico's bepalen en uitvoeren van assurance-werkzaamheden en het verkrijgen van assurance-informatie

1.4 Beperkingen

Wij kunnen geen verantwoordelijkheid aanvaarden voor wijzigingen in de door ons gehanteerde feiten en omstandigheden na de datum waarop wij de desbetreffende werkzaamheden hebben afgerond, tenzij wij tijdig van de wijzigingen in de door ons gehanteerde feiten en omstandigheden op de hoogte zijn gebracht.

Wij hebben uitsluitend de normen als bijgevoegd in deze rapportage beoordeeld en geen onderzoek verricht naar de beveiliging van de gegevensuitwisseling. Verder hebben wij geen werkzaamheden uitgevoerd met betrekking tot de werking van het object van onderzoek en brengen daarover geen oordeel tot uitdrukking. Tevens is geen beoordeling uitgevoerd van de algemene IT-beheersmaatregelen zoals, toegangsbeveiliging, wijzigingsbeheer, operationeel beheer en continuïteitsmanagement. De beoordeling ervan valt buiten de scope van de beoordeling in het kader van het VIPP-programma.

VWS heeft de normen geselecteerd waarvan zij vindt dat deze bepalend zijn voor de rechtmatigheid van de subsidieverstrekking aan het [GGZ-INSTELLING] in het kader van het VIPP GGZ programma. Wij adviseren [GGZ-INSTELLING] om in aanvulling op deze normen, ook na te gaan in hoeverre het object van onderzoek bestand is tegen risico's op het gebied van Cybersecurity en voldoet aan eisen voortvloeiend uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

In de volgende paragraaf geven wij onze oordelen ten aanzien van het toetsingskader VIPP GGZ assessments.

1.5 Oordelen

Onze oordelen zijn gevormd op basis van de werkzaamheden zoals ze zijn beschreven in deze rapportage. Per norm voor de betreffende module in scope uit het toetsingskader VIPP GGZ assessments is een oordeel gegeven per ONDERZOEKSDATUM. De criteria waarvan wij gebruik hebben gemaakt, zijn opgenomen in onderstaande tabel.

Per norm hebben wij hieronder vermeld of met redelijke mate van zekerheid wordt voldaan. Om de leesbaarheid van dit rapport te vergroten zijn de conclusies in deze tabel weergegeven als "voldoet" of "voldoet niet".

Hierbij moet "voldoet" worden geïnterpreteerd als "Wij zijn van oordeel dat het object van onderzoek voldoet aan de gestelde eisen ten aanzien van module X van het VIPP GGZ assessment. "Voldoet niet" moet worden geïnterpreteerd als "Wij zijn van oordeel dat het object van onderzoek niet voldoet aan de gestelde eisen ten aanzien van module X van het VIPP GGZ assessment.

De uitspraak "voldoet" of "voldoet niet" beperkt zich tot de eigen oordeelsvorming van de auditor.

Module A1 Patiënt en Informatie

Referentie	Norm	Percentage ¹²
A1.N1	Op 1 november 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none"> – De gegevensselectie voor A1, opgenomen in bijlage V, dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. – Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven – ROM-uitslagen. 	
A1.N2	De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 november 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel (zoals gepubliceerd op https://afsprakenstelsel.medmij.nl) te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.	
A1.N3	De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn voor opvraging vanuit het PGO en op het eventuele	

¹² Percentage opnemen zoals berekend in de beoordelingsmatrix voor de betreffende norm (zie tabblad VIPP_normen)

Referentie	Norm	Percentage ¹²
	patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren.	
A1.N4	Minimaal 10% van de patiënten die basis-ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangt, die in de periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad bij de instelling, heeft gegevens ontsloten naar een PGO of ingelogd op het eventuele patiëntenportaal (of een ander platform waarop patiëntgegevens getoond worden). Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke logins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg en/of gespecialiseerde ggz-zorg.	
A1.N5	De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS ¹³ substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste twee factor authenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.	
Conclusie		Voldoet / Voldoet niet

En/Of

Module A2 Patiënt en Informatie

Referentie	Norm	Percentage
A2.N1	Op 1 november 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none"> – De vastgestelde set Zib's voor de ggz. Deze gegevens dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. Zie bijlage 1 voor het overzicht van Zib's en de gestandaardiseerde wijze van ontsluiting. – Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven – ROM-uitslagen. 	
A2.N2	De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 november 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.	
A2.N3	De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn in het PGO of op het patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren.	
A2.N4	Minimaal 15% van de patiënten die basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangen, die in de periode van 30 dagen een contactmoment hebben gehad bij de instelling, heeft ingelogd in het eventuele patiëntenportaal en/of gegevens ontsloten naar een PGO. Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke logins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg of gespecialiseerde-ggz-zorg.	

¹³ <https://www.digitaleoverheid.nl/dossiers/eidas/>

Referentie	Norm	Percentage
A2.N5	De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste twee factor authenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.	
Conclusie		Voldoet / Voldoet niet

En/Of

Module B1 Patiënt en medicatie

Referentie	Norm	Percentage
B1.N1	Op 1 november 2021 heeft de zorginstelling in het EVS geïmplementeerd dat zij recepten elektronisch kunnen versturen, conform de standaard voor vooraankondiging/elektronisch recept.	
B1.N2	Minimaal 30% van het totaal aantal recepten of vooraankondigingen in een periode van 30 dagen moet elektronisch verstuurd zijn.	
Conclusie		Voldoet / Voldoet niet

En/Of

Module B2 Patiënt en medicatie

Referentie	Norm	Percentage
B2.N1	Op 1 november 2021 moet, bij minimaal 40% van het aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen is opgenomen, het medicatieoverzicht met verstrekkinginformatie van de openbare apotheek die geïntegreerd in het EPD/ EVS opgenomen kan worden, met de patiënt geverifieerd en geraadpleegd zijn als onderdeel van het medicatieproces.	
B2.N2	Op 1 november 2021 moet, bij minimaal 10% van het aan aantal ambulante patiënten dat in een periode van 30 dagen een contactmoment heeft gehad in het kader van verzekerde Basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg met een psychiater, arts of een andere ggz-zorgverlener die bevoegd is om medicatie voor te schrijven, het medicatieoverzicht met de patiënt geverifieerd en geraadpleegd zijn, als onderdeel van het medicatieproces.	
B2.N3	Op 1 november 2021 wordt het actuele overzicht van de medicatie digitaal aan de patiënt verstrekt bij ontslag uit de kliniek en is het overzicht gestandaardiseerd volgens de structuur zoals gedefinieerd in de informatiestandaard medicatieproces 9.06 of hoger.	
B2.N4	Op 1 november 2021 moet minimaal de standaard voor het registreren van medicatieafspraken in het EPD of EVS zijn geïmplementeerd en worden medicatie afspraken volgens deze standaard vastgelegd en, indien de patiënt daar expliciet toestemming voor geeft, beschikbaar gesteld voor raadpleging door andere zorgverleners.	
Conclusie		Voldoet / Voldoet niet

En/Of

Module C1 Patiënt en e-health

Referentie	Norm	Percentage
------------	------	------------

C1.N1	Minimaal 10% van de patiënten, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ bij de instelling, maakt aantoonbaar gebruik van een eHealth module ¹⁴ .	
C1.N2	Er zijn tenminste drie onafhankelijk van elkaar opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor eHealthtoepassingen.	
Conclusie		Voldoet / Voldoet niet

En/Of

Module C2 Patiënt en e-health

Referentie	Norm	Percentage
C2.N1	Minimaal 15% van de patiënten, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ bij de instelling, maakt aantoonbaar gebruik van een eHealth module.	
C2.N2	Op 1 november 2021 kunnen instellingen door de patiënt verzamelde gegevens uit eHealth modules, tonen binnen het EPD	
C2.N3	De gegevens van minimaal 10% van alle patiënten die verzameld worden met een eHealth module en die een behandelcontact in het kader van Generalistische Basis GGZ of Gespecialiseerde GGZ hebben gehad, in een periode van 90 dagen, kunnen getoond worden binnen het EPD.	
C2.N4	Er zijn tenminste drie onafhankelijk van elkaar opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor eHealthtoepassingen.	
Conclusie		Voldoet / Voldoet niet

1.6 Beoogde gebruikers en doel

Onze schriftelijke rapportage met bijlagen A¹⁵ en B¹⁶ is alleen bestemd voor [GGZ-INSTELLING] en VWS in het kader van de verantwoording met betrekking tot de aangevraagde subsidie in het kader van het VIPP-programma. Dit aangezien anderen, die niet op de hoogte zijn van de precieze scope, aard en doel van de werkzaamheden, de resultaten onjuist kunnen interpreteren.

PLAATS, RAPPORTDATUM

AUDITOR

¹⁴ Een eHealth toepassing is onderdeel van de behandeling, de data die met de eHealth toepassing 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.

¹⁵ Ingevulde bijlage III bij dit document met specificatie van object van onderzoek.

¹⁶ Ingevulde bijlage IV bij dit document met specificatie van uitgevoerde werkzaamheden.

Bijlage III Beschrijving van het Object van onderzoek

[GGZ-INSTELLING] heeft voor het digitaal uitwisselen van gegevens tussen ggz-instelling en patiënt een oplossing gerealiseerd die bestaat uit de volgende componenten:

- Beschrijving GGZ-instelling
- EPD/EVS Applicatie
- Webapplicatie (Patiëntportaal/ PGO)
- Processen/ procedures
- Procedures

[GGZ-INSTELLING] heeft bij het toegankelijk maken van medische informatie voor mensen met een (visuele) beperking geanalyseerd met behulp van de toegankelijkheidsnormen uit de Web Content Accessibility Guidelines (WCAG 2.0 niveau AA) op welke wijze de digitale toegankelijkheidsnormen worden toegepast bij het systeem waarmee patiënten hun informatie naar zich toe kunnen halen en bij de inzet van e-health. [GGZ-INSTELLING] heeft op haar website kenbaar gemaakt in welke mate zij aan deze eisen voldoet middels een toegankelijkheidsverklaring¹⁷.

¹⁷ Naast het model voor de Toegankelijkheidsverklaring zoals gepubliceerd op digitoegankelijk.nl, kunnen ggz-instellingen er ook voor kiezen om een eigen toegankelijkheidsverklaring op de website te plaatsen. Hierin moet in ieder geval staan:

- dat het platform toegankelijk is voor mensen met een (visuele) beperking;
- wat de huidige staat van het platform is ten aanzien van de toegankelijkheid;
- hoe de instelling de toegankelijkheid van het platform in de toekomst borgt.

Bijlage IV Toetsingskader VIPP GGZ assessments

Module A1 Patiënt en Informatie

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage ¹⁸	Opmerking(en)
A1.N1	<p>Op 1 november 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De gegevensselectie voor A1, opgenomen in bijlage V, dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. Dit houdt in dat bepaalde Zib's waarvan het FHIR-profiel¹⁹ reeds beschikbaar is op deze wijze vastgelegd en ontsloten kunnen worden. – Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven – ROM-uitslagen. 	Testpatiënt	<p>Beoordelen of de volledige gegevensset aanwezig is voor een testpatiënt in het PGO/ patiëntenportaal conform de vereisten. Voor toetsing van de zib's wordt een tolerantie van 90% gehanteerd. Ten aanzien van de zib "laboratoriumuitslag" geldt een afwijkende toetsing²⁰.</p> <p>A = Het totaal aantal items dat beschikbaar moet worden gesteld (het totaal bestaat uit de minimale set voor de ggz (categorie 1) en de zib's uit categorie 2 en 3 die voor de instelling van toepassing zijn). In bijlage V is aangegeven welke zib's volledig conform het datamodel van de zib moeten kunnen worden vastgelegd. B = het aantal items dat door de instelling (volledig) conform zib's beschikbaar wordt gesteld:</p> <p>$B/A * 100 = \text{minimaal } 90\%$</p>		

¹⁸ Percentage opnemen zoals berekend in de beoordelingsmatrix voor de betreffende norm (zie tabblad VIPP_normen)

¹⁹ Dit is een bepaalde informatie-uitwisselingsstandaard. Een uitwisselingsstandaard is een set van afspraken om uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen informatiesystemen van zorgverleners op elektronische wijze mogelijk te maken. Zodra een uitwisselingsstandaard in zorginformatiesystemen is ingebouwd, kunnen deze systemen op uniforme wijze met elkaar communiceren. FHIR (spreek op z'n Engels uit fire) is bij uitstek geschikt voor het koppelen van verschillende applicaties en apparaten in een Persoonlijke GezondheidsOmgeving.

²⁰ Als de laboratoria de informatie niet gestructureerd conform zib's aanbiedt aan de instelling dan hoeft de instelling deze informatie ook niet conform zib's (handmatig) vast te leggen in haar ICT-systemen en in zib-formaat door te zetten naar de patiënt.

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage ¹⁸	Opmerking(en)
A1.N2	De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 november 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel (zoals gepubliceerd op https://afsprakenstelsel.medmij.nl) te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.	Procedure	De instelling kan aan de auditor aantonen dat het gebruik maakt van een IT-systeem van een leverancier die deelneemt aan het MedMij afsprakenstelsel. Er is een getekende verwerkersovereenkomst tussen de zorgaanbieder en leverancier		
		Testpatiënt	Er is een gestructureerde download van medische informatie beschikbaar voor de testpatiënt. Deze download bevat de zib's voor de ggz conform FHIR, zodat deze uploadbaar zijn naar MedMij compatible PGO's. De instelling kan voor een testpatiënt aan de auditor aantonen dat het voor patiënten mogelijk is om de medische gegevens naar een PGO te uploaden. ²¹		
A1.N3	De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn voor opvraging vanuit het PGO en op het eventuele patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren.	Procedure	Er is een procedure waaruit blijkt dat de gegevens met maximaal 7 werkdagen vertraging na interne accordering aan de patiënt worden vrijgegeven via de PGO-leverancier en/of patiëntenportaal.		
A1.N4	Minimaal 10% van de patiënten die basis-ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangt, die in de periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad bij de instelling, heeft gegevens ontsloten naar een PGO of ingelogd op het eventuele patiëntenportaal (of een ander platform waarop patiëntgegevens getoond worden). Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke logins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg en/of gespecialiseerde ggz-zorg.	Rapportage	A = het aantal unieke patiënten met een behandelcontact in een periode van 30 dagen B = het aantal unieke logins in het patiënten portaal in een periode van 30 dagen en/of het aantal uploads naar een PGO door unieke patiënten B/A*100%= minimaal 10%		

²¹ Voor deze norm geldt de hardheidsclausule opgenomen in hoofdstuk 2 van de bijlage bij het besluit, onderdeel E van de regeling. Deze vervalt als er sprake is van overmacht.

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage ¹⁸	Opmerking(en)
			Indien medische gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, dan moet dat ook conform zib's (zie bijlage V).		
A1.N5	De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS15 substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste twee factor authenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.	Procedure	Bij gebruik van een PGO wordt dit als gevolg van het voldoen aan het MedMij afsprakenstelsel ondervangen. Indien gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, wordt getoetst of voor de authenticatie van de patiënt gebruik wordt gemaakt van een inlogmethode dat minimaal voldoet aan het eIDAS niveau Substantieel. Indien dit niet op tijd beschikbaar is voldoet Twee Factor Authenticatie.		
Conclusie				Voldoet / Voldoet niet	

Module A2 Patiënt en Informatie

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
A2.N1	Op 1 november 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none"> – De vastgestelde set Zib's voor de ggz. Deze gegevens dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. Dit houdt in dat de Zib's waarvan het FHIR-profiel¹ reeds beschikbaar is op deze wijze vastgelegd en ontsloten kunnen worden. Zie bijlage 1 voor het overzicht van Zib's en de gestandaardiseerde wijze van ontsluiting. – Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven – ROM-uitslagen. 	Testpatiënt	Beoordelen of de volledige gegevensset aanwezig is voor een testpatiënt in het PGO/ patiëntenportaal conform de vereisten. Voor toetsing van de zib's wordt een tolerantie van 90% gehanteerd. Ten aanzien van de zib laboratoriumuitslag geldt een afwijkende toetsing ²² <p>A = het totaal aantal items dat beschikbaar gesteld moet worden (het totaal bestaat uit de minimale set voor de ggz (categorie 1) en de zib's uit categorie 2 en 3 die voor de instelling van toepassing zijn). In bijlage V is aangeven welke zib's volledig conform het datamodel van de zib moeten kunnen worden vastgelegd.</p> <p>B = het aantal items dat door de instelling (volledig) conform zib's beschikbaar gesteld wordt:</p> <p>$B/A * 100 = \text{minimaal } 90\%$</p>		
A2.N2	De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 november 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en	Procedure	De instelling kan aan de auditor aantonen dat het gebruik maakt van een IT-systeem van een leverancier die deelneemt aan het MedMij afsprakenstelsel. Er is een getekende verwerkersovereenkomst tussen de zorgaanbieder en leverancier.		
		Testpatiënt	Er is een gestructureerde download van medische informatie beschikbaar voor de testpatiënt. Deze download bevat de zib's voor de ggz conform		

²² Als de laboratoria de informatie niet gestructureerd conform zib's aanbiedt aan de instelling dan hoeft de instelling deze informatie ook niet conform zib's (handmatig) vast te leggen in haar ICT-systemen en in zib-formaat door te zetten naar de patiënt.

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
	leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.		FHIR, zodat deze uploadbaar zijn naar MedMij compatible PGO's. De instelling kan voor een testpatiënt aan de auditor aantonen dat het voor patiënten mogelijk is om de medische gegevens naar een PGO te uploaden. ²³		
A2.N3	De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn in het PGO of op het patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren.	Procedure	Procedure waaruit blijkt dat de gegevens met maximaal 7 werkdagen vertraging na interne accordering aan de patiënt worden vrijgegeven via de PGO-leverancier en/of patiëntenportaal.		
A2.N4	Minimaal 15% van de patiënten die basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangen, die in de periode van 30 dagen een contactmoment hebben gehad bij de instelling, heeft ingelogd in het eventuele patiëntenportaal en/of gegevens ontsloten naar een PGO. Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke logins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg of gespecialiseerde-ggz-zorg.	Rapportage	A = het aantal unieke patiënten met een behandelcontact in een periode van 30 dagen B = het aantal unieke logins in het patiëntenportaal in een periode van 30 dagen en/of het aantal uploads naar een PGO door unieke patiënten $B/A * 100\% = \text{minimaal } 15\%$ Indien medische gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, dan moet dat ook conform zib's.		
A2.N5	De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS ²⁴ substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste twee factor	Procedure	Bij gebruik van een PGO wordt dit als gevolg van het voldoen aan het MedMij afsprakenstelsel ondervangen. Indien gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, wordt getoetst of voor de		

²³ De instelling moet kunnen aantonen dat het mogelijk is alle gegevens uit de zib's aan patiënten beschikbaar te stellen. Er geldt een tolerantie van 90%. Dit geldt alleen voor een testpatiënt, de instelling hoeft alleen de gegevens beschikbaar te stellen die vastgelegd worden. Conversie van historische data is geen onderdeel van de VIPP-regeling.

²⁴ <https://www.digitaleoverheid.nl/dossiers/eidas/>. Europese burgers en bedrijven moeten vanaf 29 september 2018 bij alle Nederlandse organisaties in de publieke sector kunnen inloggen met een door Europa erkend nationaal inlogmiddel. Dat hebben de EU-lidstaten met elkaar afgesproken in de eIDAS-verordening. De Europese Unie wil hiermee regelen dat het makkelijker en veiliger wordt om binnen Europa online zaken te regelen.

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
	authenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.		authenticatie van de patiënt gebruik wordt gemaakt van een inlogmethode dat minimaal voldoet aan het eIDAS niveau Substantieel (zie punt 3.2.1 van dit handboek). Indien dit niet op tijd beschikbaar is voldoet Twee Factor Authenticatie.		
Conclusie				Voldoet / Voldoet niet	

Module B1 Patiënt en Medicatie

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
B1.N1	Op 1 november 2021 heeft de zorginstelling in het EVS geïmplementeerd dat zij recepten elektronisch kunnen versturen, conform de standaard voor vooraankondiging/elektronisch recept.	Testpatiënt	<p>Beoordelen van het vooraankondigingsbericht a.d.h.v. de eisen zoals vastgelegd in de standaard vooraankondiging (de voorwaarden zijn beschreven in medicatieproces V9.06 of nieuwer²⁵).</p> <p>Een ggz-instelling die gebruik maakt van een EVS dat reeds in staat is om de vooraankondiging conform versie 6.12 van de informatiestandaard voor het medicatieproces²⁶ te versturen, mag de vooraankondiging ook met deze versie versturen.</p>		
B1.N2	Minimaal 30% van het totaal aantal recepten of vooraankondigingen in een periode van 30 dagen moet elektronisch verstuurd zijn.	Rapportage	<p>A = het totaal aantal uitgeschreven recepten (elektronisch + niet elektronisch) in een periode van 30 dagen</p> <p>B = het aantal elektronisch verstuurd recepten dan wel vooraankondigingen in dezelfde periode.</p> <p>$B/A * 100 = \text{minimaal } 30\%$</p> <p>In geval dat de doelstelling niet wordt behaald om reden dat apotheken niet in staat zijn de vooraankondiging conform versie 9.06 of hoger te ontvangen, dan volstaat dat de instelling kan aantonen dat zij in staat is de vooraankondiging wel conform deze versie te versturen.</p>		
Conclusie				Voldoet / Voldoet niet	

²⁵ <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/informatiestandaard-medicatieproces/>

²⁶ <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/medicatieveiligheid-6-12-6/>

Module B2 Patiënt en Medicatie

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
B2.N1	Op 1 november 2021 moet, bij minimaal 40% van het aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen is opgenomen, het medicatieoverzicht met verstrekkinginformatie van de openbare apotheek die geïntegreerd in het EPD/ EVS opgenomen kan worden, met de patiënt geverifieerd en geraadpleegd zijn als onderdeel van het medicatieproces.	Rapportage	<p>A = het aantal patiënten dat in een periode van 30 dagen opgenomen zijn geweest.</p> <p>B = het percentage patiënten dat in de regio van de instelling toestemming heeft gegeven voor opvragen van medicatie (opt-in).</p> <p>C = het aantal klinische patiënten, die uit de regio komen waarvan een actueel overzicht van medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd mag worden binnen de instelling, die in een periode van 30 dagen opgenomen zijn geweest.</p> <p>D = het aantal klinische patiënten waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen.</p> <p>$A * B = C$</p> <p>$D \geq (C * 40\%)$</p>		
B2.N2	Op 1 november 2021 moet, bij minimaal 10% van het aan aantal ambulante patiënten dat in een periode van 30 dagen een contactmoment heeft gehad in het kader van verzekerde Basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg met een psychiater, arts of een andere ggz-zorgverlener die bevoegd is om medicatie voor te schrijven, het medicatieoverzicht met de patiënt geverifieerd en geraadpleegd zijn, als onderdeel van het medicatieproces.	Rapportage	<p>A = het 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.</p> <p>B = het percentage patiënten dat – regio – toestemming heeft gegeven voor opvragen van medicatie (opt-in).</p>		

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
			<p>C = het aantal ambulante patiënten (incl. spoed), die uit de regio komen waarvan een actueel overzicht van medicatie of verstrekingsinformatie opgevraagd mag worden binnen de instelling, die in een periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ.</p> <p>D = het aantal ambulante patiënten waarbij verstrekingsinformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen.</p> <p>$A * B = C$</p> <p>$D \geq (C * 10\%)$</p>		
B2.N3	Op 1 november 2021 wordt het actuele overzicht van de medicatie digitaal aan de patiënt verstrekt bij ontslag uit de kliniek en is het overzicht gestandaardiseerd volgens de structuur zoals gedefinieerd in de informatiestandaard medicatieproces 9.06 of hoger.	Testpatiënt	Beoordelen of 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 structuur van medicatieproces 9.06 of hoger.		
B2.N4	Op 1 november 2021 moet minimaal de standaard voor het registreren van medicatieafspraken in het EPD of EVS zijn geïmplementeerd en worden medicatie afspraken volgens deze standaard vastgelegd en, indien de patiënt daar expliciet toestemming voor geeft, beschikbaar gesteld voor raadpleging door andere zorgverleners.	Kwalificatie	<p>Beoordelen of de leverancier gekwalificeerd is om de medicatieafpraak aan te melden op een regionaal of landelijk uitwisselingssysteem (bijv. LSP).</p> <p>Als de doelstelling niet wordt behaald om reden dat apotheken niet in staat zijn de medicatieafspraken conform versie 9.06 of hoger op te vragen, dan volstaat het, als de instelling kan aantonen dat zij de medicatie afspraken kan aanmelden op het LSP.</p>		
Conclusie				Voldoet / Voldoet niet	

Module C1 Patiënt en e-health

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren (uitgevoerde) werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
C1.N1	Minimaal 10% van de patiënten, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ bij de instelling, maakt aantoonbaar gebruik van een eHealth module ²⁷ .	Rapportage	A = het aantal patiënten met een behandelcontact in de afgelopen 90 dagen B = het aantal patiënten dat aantoonbaar ²⁸ gebruik maakt van een eHealth module $B / A * 100\% = \text{minimaal } 10\%$		
C1.N2	Er zijn tenminste drie onafhankelijk van elkaar opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor eHealthtoepassingen.	Rapportage	De instelling kan de geleverde reviews aan de auditor laten zien. De reviews voldoen aan de richtlijnen die in het project voor de wegwijzer voor bekostiging eHealth ²⁹ toepassingen worden opgesteld.		
Conclusie				Voldoet / Voldoet niet	

²⁷ Een eHealth toepassing is onderdeel van de behandeling, de data die met de eHealth toepassing 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.

²⁸ Er is sprake van aantoonbaar gebruik als de patiënt minimaal 3 keer heeft ingelogd op de eHealth module of minstens 80% van de eHealth module doorlopen heeft.

²⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/wegwijzer-bekostiging-e-health>

Module C2 Patiënt en e-health

Referentie	Norm	Type	Korte beschrijving van uit te voeren werkzaamheden	Percentage	Opmerking(en)
C2.N1	Minimaal 15% van de patiënten, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ bij de instelling, maakt aantoonbaar gebruik van een eHealth module.	Rapportage	<p>A = het aantal patiënten met een contactmoment in de afgelopen 90 dagen</p> <p>B = het aantal patiënten dat aantoonbaar gebruik maakt van een eHealth module</p> <p>$B / A * 100\% = \text{minimaal } 15\%$</p>		
C2.N2	Op 1 november 2021 kunnen instellingen door de patiënt verzamelde gegevens uit eHealth modules, tonen binnen het EPD	Testpatiënt	De instelling kan aan de auditor laten zien dat gegevens vanuit eHealth modules getoond kunnen worden in het EPD.		
C2.N3	De gegevens van minimaal 10% van alle patiënten die verzameld worden met een eHealth module en die een behandelcontact in het kader van Generalistische Basis GGZ of Gespecialiseerde GGZ hebben gehad, in een periode van 90 dagen, kunnen getoond worden binnen het EPD.	Rapportage	<p>A = het aantal patiënten dat de afgelopen 90 dagen een behandelcontact heeft gehad</p> <p>B = het aantal patiënten dat in de doelgroep (de patiënten waarbij de eHealthmodule binnen de behandeling worden ingezet) van de eHealth modules valt, waarvan de gegevens in het EPD getoond kunnen worden en die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact heeft gehad</p> <p>$B / A * 100\% = \text{minimaal } 10\%$</p>		
C2.N4	Er zijn tenminste drie onafhankelijk van elkaar opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor eHealthtoepassingen.	Rapportage	De instelling kan de geleverde reviews aan de auditor laten zien. De reviews voldoen aan de richtlijnen die in het project voor de wegwijzer voor eHealthtoepassingen worden opgesteld.		
Conclusie				Voldoet / Voldoet niet	

Bijlage V Overzicht Zib's

Binnen de VIPP GGZ regeling zijn zorginformatiebouwstenen (zib's) van toepassing op de modules A1, A2, B2 en C2. In de VIPP GGZ regeling is het feitelijk gebruik van dossiergegevens en e-health door patiënten het uitgangspunt. Deze bijlage verwijst naar de technische inbouw en ontsluiting van de zib's in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en het ontvangen en beheren van de gegevens in patiënten portalen en/of persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO).

Concreet gaat het om het kunnen leveren van gestructureerde gegevens conform de zib's (de content) vanuit EPD's en aanpalende systemen zoals lab of medicatie en om het kunnen ontvangen en van de op deze zib's gebaseerde gegevens in patiëntportalen en/of PGO's conform het MedMij afsprakenstelsel.

De samenstelling van deze lijst is met MedMij en Nictiz afgestemd. Alle zib's waarnaar hieronder wordt verwezen zijn te vinden op https://zibs.nl/wiki/ZIB_Hoofdpagina.

Afhankelijk van de zorg die een instelling biedt zijn verschillende zib's relevant. Dit onderscheid in zorg is als volgt: ambulante zorg zonder voorschrijven medicatie (I), ambulante zorg met voorschrijven medicatie (II) en zorg met verblijf (III). Binnen elke categorie geldt dat het verplicht is om 90% van de daar opgesomde verplichte zib's te implementeren in het EPD en in het portaal of PGO, zie het handboek voor de eindtoets. Om het gebruik van het MedMij stelsel te stimuleren in de ggz zal de verplichte inbouw plaatsvinden van een van de MedMij profielen die zijn gepubliceerd in het MedMij afsprakenstelsel.

De zib's worden getoetst op basis van het HL7 FHIR-profiel ([MedMij](#)). In het geval een zib FHIR-profiel ontbreekt wordt getoetst op basis van de zib specificatie³⁰.

In onderstaande tabel is aangegeven welke zib's verplicht zijn bij welke module en bij welke zorg.

Zorg Informatie bouwsteen (zib)	Module A1	Module A2	Zorg
1. Laboratorium uitslagen (klinische bepalingen)	D	D	I, II, III
2. Patiëntengegevens	D	D	I, II, III
3. Verzekeringsgegevens	D	D	I, II, III
4. Behandelaanwijzingen	D	D	I, II, III
5. Functionele of mentale status	D	D	I, II, III
6. Probleem	D	D	I, II, III
7. Verrichtingen	D	D	I, II, III
8. Wilsverklaring	I	D	I, II, III
9. Contactpersoon	I	D	I, II, III
10. Burgerlijke staat	I	D	I, II, III
11. Woonsituatie	I	D	I, II, III
12. Druggebruik	I	D	I, II, III
13. Alcoholgebruik	I	D	I, II, III
14. Tabakgebruik	I	D	I, II, III
15. Tekstuitslag	I	D	I, II, III
16. Zorgverlener (inclusief BgZ huisarts)	I	D	I, II, III
17. Zorgaanbieder	I	D	I, II, III

³⁰ Zie:•

<https://afsprakenstelsel.medmij.nl/>

https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:Vcurrent_Ontwerpen

<https://catalogus.medmij.nl/overzicht/actueel/>

https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/Landingspagina_MedMij

Zorg Informatie bouwsteen (zib)	Module A1	Module A2	Zorg
18. Gezinssituatie / Check of er kinderen zijn	I	D	I, II, III
19. ParticipatieInMaatschappij (BgZ Sociale omgeving)	I	D	I, II, III
20. HulpVanAnderen (BgZ Sociale omgeving)	I	D	I, II, III
21. Taalvaardigheid	I	D	I, II, III
22. Juridische status	I	D	I, II, III
23. Algemene meting (incl. ROM uitslagen)	I	D	I, II, III
24. Medicatieafspraak	D	D	II, III
25. Toedieningsafspraak	D	D	II, III
26. Medicatieverstrekking	D	D	II, III
27. Verstrekking verzoek	D	D	II, III
28. MedicatieGebruik	D	D	II, III³¹

Legenda Onder module: D= volledig conform de datavereisten I=de inhoud van de gegevenselementen	Onder zorg: (I)= ambulante zorg zonder voorschrijven medicatie, (II)= ambulante zorg met voorschrijven medicatie (III)=zorg met verblijf
---	---

³¹ In het Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 november 2019, kenmerk 1614205-19880-CZ, houdende wijziging van het Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3 zijn de zib's "Toedieningsafspraak", "Medicatieverstrekking" en "Medicatiegebruik" vrijgesteld van toetsing als gevolg van het feit dat deze zib's nog niet door de bronsystemen (dit zijn de systemen van apotheken) kunnen worden aangeleverd. Dit betekent dat instellingen niet kunnen voldoen aan alle verplichtingen voor de modules A1 en A2. Om te voorkomen dat het ontbreken van deze drie zib's een belemmering vormt op de toetsing is besloten om deze drie zib's vrij te stellen van toetsing, voor zover de bronsystemen van de apothekers niet in staat zijn deze zib's te vullen. Dit betekent dat er nog steeds een tolerantie van 90% wordt gehanteerd, maar dat de zib's "Toedieningsafspraak", "Medicatieverstrekking" en "Medicatiegebruik" niet worden meegerekend om te komen tot deze 90%.