

Handboek VIPP 5 Eindtoets

Versie 22-12-2021

Eindtoets om vast te stellen of instellingen van MSZ en audiologische centra de resultaatsdoelstellingen hebben behaald, zoals opgenomen in de *Subsidieregeling subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional MSZ en audiologische centra*.

Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Overige documenten	3
1.2	Beleidskader VIPP 5	3
2.	Algemene procedure VIPP 5 toetsing.....	5
3.	Wijze van onderzoek	6
3.1	Bewijslast methodiek.....	6
3.1.1	Testpatiënt(en).....	6
3.1.2	Procedures	6
3.1.3	Systeemrapportages	7
3.1.4	Productomschrijvingen.....	8
3.1.5	MedMij-label	8
3.1.6	Aanvullende door de instelling relevant geachte documentatie.....	8
3.2	Uitvoering	8
3.2.2	IT-Auditor	8
3.3	Procedure rapportage IT-assessment	9
4.	Normenkader VIPP 5 toets.....	11
4.2	Normen	12
5.	Bijlage 1 – Versie beheer.....	18

1. Inleiding

In de *Subsidieregeling subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional MSZ en audiologische centra* is opgenomen dat instellingen voor medisch specialistische zorg in aanmerking kunnen komen voor subsidie als zij bepaalde doelstellingen gerealiseerd hebben en dit kunnen aantonen middels een extern uitgevoerde toets.

In paragraaf 1.2 is kort opgenomen wat het doel en de resultaatsverplichtingen uit de *Subsidieregeling subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional MSZ en audiologische centra* zijn. In het besluit zelf is een meer uitgebreide beschrijving van de VIPP 5 resultaatsdoelstellingen terug te vinden.

Dit handboek beschrijft de wijze waarop de toetsing van de VIPP 5 resultaatsdoelstellingen, in de geest van de regeling, wordt uitgevoerd. De algemene beoordelingsprocedure voor de eindtoets is terug te vinden in hoofdstuk 2. De wijze van onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 beschrijft het normenkader met meer details en definities.

1.1 Overige documenten

In de Staatscourant de *Subsidieregeling subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional MSZ en audiologische centra* staat het beleidskader beschreven. Om het beleidskader beter te duiden zijn verschillende aanvullende documenten beschikbaar:

- **Handboek VIPP 5 Eindtoets.**
Dit document.
- **Handreiking VIPP 5 Assessments.**
Doel van de handreiking is de IT-auditor een uniform toetsbaar kader te bieden voor het zorgvuldig uitvoeren van een VIPP 5 assessment gericht op het met redelijke mate vaststellen of opdrachtgever (de betreffende instelling) heeft voldaan aan de VIPP 5 resultaatsdoelstellingen in overeenstemming met NOREA 3000A.
- **Beoordelingsmatrix VIPP 5.**
De beoordelingsmatrix bevat de normen die de IT-auditor toetst ter de beoordeling van de doelstellingen.

Alle documenten worden door het ministerie van VWS gepubliceerd op de site van Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (<https://www.dus-i.nl>).

1.2 Beleidskader VIPP 5

Doel van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional 5 (VIPP 5) is dat instellingen voor medische specialistische zorg en audiologische centra (MSZ) in drie en een half jaar een volgende digitaliseringslag maken om de zorg nog veiliger, patiëntgerichter en doelmatiger te maken. Dit houdt in dat instellingen voor 2023 op een gestandaardiseerde en veilige manier informatie digitaal kunnen uitwisselen conform het MedMij Afsprakenstelsel met de PGO van de patiënt en dat instellingen gestandaardiseerd gegevens met elkaar kunnen uitwisselen. Op dit moment heeft een grote groep van instellingen voor medisch specialistische zorg al de eerste stappen voor het gestandaardiseerd en digitaal vastleggen en beschikbaar stellen van informatie aan de patiënt middels de VIPP 1 en VIPP 2 regeling gezet. UMC's worden voor gestandaardiseerd vastleggen ondersteund door het programma Registratie aan de Bron.

De versnelling die de subsidieregeling en het programma met zich mee hebben gebracht is substantieel. In de nieuwe regeling wordt een stap verder gegaan om de zorg nog veiliger, efficiënter en patiëntgerichter te maken.

Binnen VIPP 5 zijn 3 modules geformuleerd met de volgende doelstellingen:

- Module 1 De instelling kan uiterlijk per 30 september 2022 digitaal gegevens uitwisselen naar een PGO.
Indien versnellingsoptie geldt als uiterlijke datum voor deze module: 31 mei 2021.
- Module 2 De instelling kan uiterlijk per 30 juni 2023 informatie uitwisselen naar een PGO en patiënt kan informatie terugzenden richting instelling vanuit PGO.
Tenminste 2 van de 3 subdoelstellingen zijn behaald.
- Module 3 De instelling kan uiterlijk 30 juni 2023 digitaal informatie uitwisselen met andere instellingen voor medisch specialistische zorg.

2. Algemene procedure VIPP 5 toetsing

Uitgangspunt voor de toetsing is de door VWS verleende subsidie aan de betreffende instelling.

Om in aanmerking te komen voor een VIPP5 subsidie moet onafhankelijk door een IT-auditor worden vastgesteld dat de betreffende doelen per module zijn behaald. Een instelling kan vanaf 1 maart 2020 een IT-toets laten uitvoeren door een IT-auditor die ingeschreven dient te zijn als Register EDP-Auditor bij NOREA. De toets voor een module wordt uiterlijk aangevraagd op de dag waarop de betreffende module gerealiseerd moet zijn. De datum waarop de betreffende module gerealiseerd moet zijn, kan de individuele instelling terugvinden in de door het ministerie van VWS verstrekte verleningsbeschikking. De toets kan voor één module, of voor meerdere modules in één keer worden aangevraagd, mits de toets binnen de tijdslijn van de modules vallen. De IT-auditor stelt aan de hand van de toets vast of aan de voorwaarden van de subsidieregeling is voldaan. De instelling dient uiterlijk 22 weken na de dag waarop de betreffende module gerealiseerd moet zijn, de rapportage van het IT-assessment ingediend te hebben bij het ministerie van VWS. Indien het de laatste module betreft, dient ook het vaststellingformulier te worden ingediend.

Daarbij geldt:

- Het onderzoek dient volgens de Richtlijn 3000A van de NOREA voor assurance-opdrachten door IT-auditors plaats te vinden.
- De toets dient te leiden tot een goedkeurend oordeel met redelijke mate van zekerheid.
- Het object van onderzoek is een beschrijving van de oplossing voor digitaal uitwisselen van gegevens.
- Voor het uitvoeren van het onderzoek is een normenkader opgesteld, waarin de voorwaarden voor de subsidies zijn uitgewerkt. Dit is beschreven in [hoofdstuk 4](#) van dit handboek.
- Realisatie van de modules wordt beoordeeld door een IT-auditor op basis van de criteria zoals beschreven in dit document.

Indien er tijdens het onderzoek normen niet worden gehaald kan de instelling gedurende de onderzoeksperiode herstelwerkzaamheden uitvoeren zodat alsnog aan de normen wordt voldaan.

3. Wijze van onderzoek

De IT-auditor voert zijn werkzaamheden in principe uit in lijn met geldende voorschriften van NOREA. Voorafgaand aan de audit, informeert de instelling de IT-auditor over de scope van het onderzoek door het aanleveren van het object van onderzoek. In de handreiking is beschreven aan welke eisen het object van onderzoek moet voldoen.

De instelling moet de volgende zaken aan de IT-auditor overleggen:

- Testpatiënt(en)
- Procesbeschrijvingen
- Systeemrapportages
- Productomschrijvingen
- MedMij-label van de DVZA waarbij men is aangesloten
- Aanvullende door de instelling relevant geachte documentatie

3.1 Bewijslast methodiek

De IT-auditor is vanuit de privacywetgeving niet bevoegd om in het dossier van de patiënt te kijken of daadwerkelijk de relevante medische gegevens (gestandaardiseerd) zijn uitgewisseld met de patiënt of de zorgverlener. Derhalve zal de methodiek bestaan uit verschillende onderdelen, testpatiënten, procedures, rapportages en bevestigingen.

3.1.1 Testpatiënt(en)

De testpatiënt methodiek (fictieve patiënten met representatieve gegevens) wordt toegepast indien toetsing nodig is op individueel patiënten niveau. Bijvoorbeeld om de inhoud van de medische gegevensset die aan patiënten beschikbaar wordt gesteld te toetsen.

De testpatiënt casussen worden ingevoerd in een omgeving die de productieomgeving zo goed als mogelijk benadert. Er is geen verplicht aantal testpatiënten. In de toets worden één of meer testpatiënten gebruikt waarmee de te toetsen onderdelen van de subsidiedoelstellingen vastgesteld kunnen worden.

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

Module 2:

- De patiënt heeft een DBC-relevant contact moment gehad
- De patiënt heeft gegevens ten aanzien van een ingevulde vragenlijst

Module 3:

- De patiënt heeft een DBC-relevant contact moment gehad
- De patiënt heeft medische gegevens
 - De patiënt heeft gegevens ten aanzien van Basis Gegevensset Zorg items
 - De patiënt heeft uitgaande correspondentie, bijvoorbeeld een ontslagbrief

3.1.2 Procedures

De proceduremethodiek wordt toegepast om vast te stellen of en welke afspraken gemaakt zijn binnen de instelling. Bijvoorbeeld de werkafspraken voor het verwerken van elektronisch ontvangen gegevens.

Voor een aantal onderdelen wordt verwacht dat de werkwijze wordt vastgelegd op papier. Uit de procedures moet blijken dat wordt voldaan aan de doelstelling. Ten behoeve van de audit worden de procedures beschikbaar gesteld aan de IT-auditor. Het is conform de richtlijn van IT-auditoren dat de

IT-auditor tijdens de audit medewerkers van de instelling mag bevragen over de praktische uitvoering van de beschreven procedures.

Op basis van de normen zijn de volgende procedures tenminste beschikbaar:

Module 1:

- Indien relevant: Beschrijving van het werkproces om (medische) informatie beschikbaar te stellen aan de patiënt conform het MedMij Afsprakenstelsel.
- Beschrijving van het moment (peildatum) en welke (medische) informatie beschikbaar wordt gesteld aan de patiënt conform het MedMij Afsprakenstelsel.
- Beschrijving waarin is opgenomen dat (nieuwe) medewerkers informatie krijgen over PGO.

Module 2:

- Subdoelstelling 1- Vragenlijst: beschrijving van het gebruik van vragenlijsten.
- Subdoelstelling 2- eHealth toepassing: beschrijving van het gebruik van de eHealth toepassing.
- Subdoelstelling 3- BgZ wijzigingsverzoek ontvangen: beschrijving van het verwerken van gegevens afkomstig van de patiënt via de PGO.

Module 3:

- Een of meerdere procedures die bestaan uit:
 - o Beschrijving van het werkproces voor beschikbaar stellen BgZ naar een andere instelling.
 - o Beschrijving van het werkproces voor beschikbaar stellen correspondentie naar een andere instelling
 - o Beschrijving van het werkproces om ontvangen BgZ van een andere instelling te verwerken.
 - o Beschrijving van het werkproces om ontvangen correspondentie van een andere instelling te verwerken.

3.1.3 Systeemrapportages

De rapportagemethodiek wordt toegepast indien toetsing nodig is op groepen patiënten.

Bijvoorbeeld om de gebruikspercentages van het aantal opvragingen via een PGO te meten.

Het is de verantwoordelijkheid van de instelling dat er deugdelijke rapporten beschikbaar zijn, die gebaseerd zijn op betrouwbare gegevens, documentatie, observaties of andere werkzaamheden ter onderbouwing van de rapportages.

Op basis van de normen zijn de volgende rapportages tenminste beschikbaar:

Module 1:

- Het aantal unieke patiënten van 16 jaar of ouder met minimaal een DBC-relevant contactmoment in een periode van 30 dagen.
- Het aantal opvragingen van gegevens conform het MedMij Afsprakenstelsel vanuit PGO's van patiënten van 16 jaar of ouder in dezelfde periode van 30 dagen.

Module 2:

- Het aantal unieke patiënten van 16 jaar of ouder met minimaal een DBC-relevant contactmoment binnen de doelgroep (van de vragenlijst en/of eHealth toepassing), in een periode van 30 dagen.
- Indien van toepassing, het aantal unieke patiënten van 16 jaar of ouder die geïnformeerd zijn over het beschikbaar stellen van de vragenlijst in dezelfde periode van 30 dagen.
- Indien van toepassing, het aantal unieke patiënten van 16 jaar of ouder die geïnformeerd zijn over het beschikbaar stellen van de resultaten van de eHealth-toepassing in dezelfde periode van 30 dagen.

Module 3:

- Rapportage waaruit blijkt vanuit welke en/of naar welke instellingen de meeste verwijzingen worden gestuurd en/of ontvangen (Weergave van de top 4). Deze rapportage moet de leverancier van het elektronisch patiëntendossier van deze instellingen bevatten.

De uitwisseling vindt plaats met minimaal twee instellingen, waarvan één instelling met een andere leverancier van het elektronisch patiëntendossier. Uitzondering hierop is als kan worden aangetoond dat 70% van de verwijzingen (door en naar) afkomstig is van instellingen met dezelfde leverancier van het elektronisch patiëntendossier. Dan is uitwisseling met twee instellingen met dezelfde leverancier van het elektronisch patiëntendossier voldoende. Deze rapportage wordt in dat geval gebruikt om aan te tonen dat meer dan 70% van de verwijzingen van en naar de instelling afkomstig is van instellingen met dezelfde leverancier van het elektronisch patiëntendossier.

3.1.4 Productomschrijvingen

De productomschrijving wordt toegepast om aan te tonen dat het systeem de gevraagde functionaliteit bevat.

Op basis van de normen zijn de volgende productomschrijvingen tenminste beschikbaar:

Module 2:

- Subdoelstelling 2- eHealth toepassing:
Productomschrijving, bijvoorbeeld van de leverancier, waaruit het doel van de eHealth toepassing blijkt en welke resultaten met patiënten via hun PGO worden gedeeld.
- Subdoelstelling 3- BgZ wijzigingsverzoek ontvangen:
Productomschrijving, bijvoorbeeld van de leverancier, waaruit dat de functionaliteit voor het opnemen van een wijzigingsverzoek op de BgZ aangegeven door de patiënt via de PGO mogelijk is.

3.1.5. MedMij-label

Het MedMij-label toont aan dat de instelling conform MedMij Afsprakenstelsel informatie kan uitwisselen met de PGO van de patiënt.

Per module worden er verschillende kwalificaties van gegevensdiensten gevraagd. Let op: Voor elke gegevensdienst geldt dat minimaal een van de op het moment van de audit actuele versies van de gegevensdienst bij MedMij ondersteund moet worden.

Module 1:

- Verzamelen Basisgegevenszorg (ophalen van gegevens uit een XIS)
- Verzamelen Documenten (ophalen van gegevens uit een XIS)

Module 2:

- Subdoelstelling 1-Vragenlijst:
Verzamelen Documenten (ophalen van gegevens uit een XIS)
- Subdoelstelling 2- eHealth toepassing:
Verzamelen documenten (ophalen van gegevens uit een XIS)
Indien van toepassing: Verzamelen Meetwaarden vitale functies 2.0
- Subdoelstelling 3- BgZ wijzigingsverzoek ontvangen:
Wijzigingsverzoek BgZ (sturen van gegevens naar een XIS) (nog niet gepubliceerd)

3.1.6. Aanvullende door de instelling relevant geachte documentatie

Naast de gevraagde documenten kan de instelling ook andere relevant geachte documenten beschikbaar stellen aan de IT-auditor.

3.2 Uitvoering

Om de toetsen onderling zoveel mogelijk vergelijkbaar te laten zijn, zijn kernactiviteiten opgesteld voor het uitvoeren van de toets. Algemene toetsvereisten, zoals vermeld in dit handboek, en de beoordelingsmatrix ondersteunen het consistent toetsen en rapporteren over de behaalde subsidiedoelstellingen. Ter ondersteuning is hiervoor de Handreiking opgesteld.

3.2.2 IT-Auditor

Om de VIPP 5 resultaten en procedures te beoordelen voert de IT-auditor in lijn met vaktechnische voorschriften van de NOREA de volgende stappen uit:

- De onafhankelijke IT-auditor informeert zich over de te beoordelen instelling: organisatiestructuur, omvang, locatie(s), IT-omgeving, zorgprocessen, enzovoort met als doel "understanding the business". De IT-auditor gebruikt o.a. het jaarverslag, het organogram en eventueel verkennende gesprekken met stakeholders in de instelling.
- De IT-auditor is bekend met de *Subsidieregeling subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional MSZ en audiologische centra* en de normen en meetmethodes zoals vermeld in de beoordelingsmatrix, de handreiking en dit handboek.
- 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 of uit systeemfunctionaliteit.
- De IT-auditor beschrijft vanuit deze verkenning uit te voeren deelwaarnemingen, te inspecteren documenten en indien nodig aanvullende interviews.
- De IT-auditor voert het veldwerk uit. De resultaten van (deel)waarnemingen (bevindingen) worden indien mogelijk door de auditor direct teruggekoppeld en bevestigd door zowel de auditee als de auditor om latere discussie te vermijden. Als formele interviewverslagen worden gemaakt worden deze op basis van het 'hoor-en-wederhoor' principe ter afstemming aan de gespreksdeelnemers aangeboden.
- De IT-auditor beoordeelt de huidige situatie van de instelling t.a.v. de te toetsen VIPP 5 module(s) door elk normelement van de aangevraagde module te beoordelen met behulp van de beoordelingsmatrix.
- 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:
 - Gaat na of de instelling voor het normelement de relevante onderdelen heeft geïmplementeerd en gebruikt
 - Gaat na of sprake is van niet geïmplementeerde doelstellingen zonder argumentatie
 - Gaat na of het behaalde resultaat waarneembaar en verifieerbaar is (middels interviews, waarnemingen, documenten). De IT-auditor:
 - brengt dan in beeld welk (deel van) het element/ criterium van toepassing is;
 - brengt in beeld welke onderdelen van toepassing zijn;
 - 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.
 - Gaat na of sprake is van mogelijke tekortkomingen en zo ja op welk gebied.
 - Koppelt de bevindingen terug indien dat het geval is.
 - Legt het resultaat vast door middel van een assurance-rapportage.
 - Meldt in de rapportage eventueel waargenomen tekortkomingen
- De IT-auditor scoort het resultaat/ de bevindingen volgens de beoordelingsmatrix

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.
- Uitvoering van verbeterpunten en opvolging van tekortkomingen kunnen in een (eventuele) volgende toets worden getoetst.

3.3 Procedure rapportage IT-assessment

Als eindverslag van VIPP 5 dient door de instelling de rapportage van het IT-assessment te worden overlegd aan VWS, inclusief het oordeel van de IT-auditor. De IT-auditor stelt de rapportage op zoals

vastgelegd in de Handreiking. De instelling dient dit in bij VWS ter verantwoording op de verkregen subsidiegelden.

Na het afronden van de laatst gerealiseerde module, dient door de instelling bij VWS zowel de rapportage van het IT-assessment, inclusief oordeel van de IT-auditor, als het vaststellingsformulier te worden ingediend. Bij module(s) met een eerdere deadline dient per module alleen de rapportage van het IT-assessment, inclusief oordeel van de IT-auditor, te worden ingediend bij VWS als tussentijdse rapportage.

4. Normenkader VIPP 5 toets

Op basis van de *Subsidieregeling subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional MSZ en audiologische centra* zijn de normen en meetmethodes gedefinieerd. De normen zijn genoteerd in de beoordelingsmatrix. Er is een tolerantie van $\geq 90\%$ op de normen, het percentage van meer dan 90% resulteert in het oordeel “voldoet”. In dit handboek worden de verschillende termen en begrippen verder toegelicht.

Het uitgangspunt hierbij is dat het systeem voor gegevensverwerking en -uitwisseling (object van onderzoek) een onderdeel vormt van een elektronisch patiëntendossier, voor wat betreft algemene computercontroles zoals toegangsbeveiliging, wijzigingsbeheer, operationeel beheer en continuïteitsmanagement.

4.2 Normen

4.2.1. Extra uitleg per norm

ID	NORM	Extra uitleg <i>Indien er "TC" staan, verwijst dit naar het betreffende ID en Toetsingscriterium in de beoordelingsmatrix. Indien er geen "TC" voor staat heeft de toelichting betrekking op de norm in het algemeen.</i>
1	De instelling kan uiterlijk per 30 september 2022 digitaal gegevens uitwisselen naar een PGO. Indien versnellingsoptie: geldt als uiterlijke datum voor deze module: 31 mei 2021.	
1.N1	Uiterlijk op 30 september 2022 is de instelling aangesloten op MedMij.	Een instelling sluit aan bij MedMij via een DVZA. Het is toegestaan om gebruik te maken van verschillende DVZA's voor verschillende gegevensdiensten. TC2. Tijdens de audit wordt alleen gecontroleerd of de verwerkersovereenkomst aanwezig is en ondertekend is door alle partijen. De inhoud van de verwerkersovereenkomst wordt niet getoetst. Indien de instelling zelf de rol van DVZA vervult, is een verwerkersovereenkomst niet van toepassing.
1.N2	Uiterlijk op 30 september 2022 kan de instelling de BgZ, correspondentie en (indien relevant) radiologie verslagen aanleveren aan een PGO.	Bij correspondentie gaat het alleen om de brieven die verzonden worden naar zorgverleners en zorgaanbieder in de keten buiten de eigen instelling opgesteld binnen de eigen instelling. Brieven verzonden binnen de instelling zijn geen onderdeel van VIPP 5. Het gaat hierbij om correspondentie die kan voorzien in de context rondom de BgZ. Met beschikbaar stellen wordt bedoeld dat de gegevens opvraagbaar zijn voor de patiënt. Er is hier gekozen voor de term "beschikbaar" om aan te sluiten bij de terminologie gebruikt door MedMij.

		TC3. Het gaat binnen VIPP 5 om het tekstuele radiologieverslag, niet om de beelden. Het verslag wordt als PDF aangeboden aan de patiënt. Als in de PDF beelden zijn opgenomen voor de patiënten is dat geen belemmering voor het voldoen aan de regeling. Indien een instelling geen radiologieverslagen gebruikt in het primaire zorgproces, vervalt dit toetsingscriterium.
1.N3	Uiterlijk op 30 september 2022 heeft de instelling procedures rondom het beschikbaar stellen van gegevens via een PGO.	TC2. Uiterlijk 7 werkdagen na interne accordering moeten de gegevens beschikbaar zijn voor de patiënt. Als voorbeeld: Als de patiënt op maandag 16 juli een opvraging doet, dan gaat om de gegevens die op donderdag 5 juli beschikbaar waren (7 werkdagen, rekening houdend met 2 weekenden). TC3. De startdatum voor een procedure kan binnen de instelling verschillen. Bijvoorbeeld dat de afdeling oogheelkunde start met delen van gegevens per 1 maart en dat de afdeling cardiologie start per 1 april. Alle afdelingen/onderdelen moeten voor de datum waarop de betreffende module gerealiseerd moet zijn gebruik maken van de procedure.
1.N4	Uiterlijk op 30 september 2022 zijn medewerkers met direct patiëntencontact in de instelling geschoold over informatie-uitwisseling met de patiënt via een PGO.	De groep medewerkers met direct patiëntencontact is breder dan alleen zorgverleners. Een medewerker met direct patiëntencontact is bijvoorbeeld ook een baliemedewerker. Als de medewerkers met direct patiëntencontact meer weten over informatie-uitwisseling met patiënten via PGO, kunnen zij patiënten beter helpen en informeren.
1.N5	Uiterlijk op 30 september 2022 wordt een PGO gebruikt door tenminste 5% van de patiënten.	De patiënten die in de meetperiode van 30 dagen DBC relevant contact hebben gehad met de instelling, hoeven niet dezelfde personen te zijn als degenen die in dezelfde periode een opvraging hebben gedaan via de PGO. Alleen patiënten van 16 jaar of ouder bij de start van de meetperiode worden meegenomen in de berekening. Er wordt alleen gecontroleerd of er een opvraging via de PGO wordt gedaan, niet wat het inhoudelijk verzoek van de opvraging is. Deze meetperiode van 30 dagen moet volledig liggen voor de deadline van de module.

2	De instelling kan uiterlijk per 30 juni 2023 informatie uitwisselen naar een PGO en patiënt kan informatie terugzenden richting instelling vanuit PGO. Tenminste 2 van de 3 subdoelstellingen zijn behaald.	
2.N1	<p>Uiterlijk op 30 juni 2023 kan de ingevulde vragenlijst beschikbaar worden gesteld aan de patiënt conform het MedMij Afsprakenstelsel naar de PGO van de patiënt.</p> <ul style="list-style-type: none"> * De instelling heeft een procedure voor het beschikbaar stellen en verwerken van een vragenlijst aan patiënten. * De instelling informeert patiënten uit de doelgroep over het feit dat er een vragenlijst klaar staat via een link in de PGO van de patiënt. * De ingevulde vragenlijst is in te zien in de PGO van een testpatiënt. 	<p>Het is toegestaan om gebruik te maken van verschillende DVZA's voor verschillende gegevensdiensten.</p> <p>In de Staatscourant staat opgenomen: "De instelling informeert patiënten uit de doelgroep over het feit dat er een vragenlijst klaar staat via een link in de PGO van de patiënt." In een PGO een link klaarzetten sluit niet helemaal aan bij de functionaliteiten en mogelijkheden van PGO's en MedMij. Dit is daarom vertaald in het informeren van patiënten over de mogelijkheid om hun ingevulde vragenlijst te verzamelen in de PGO (norm 2.N1.TC4).</p> <p>TC1. Deze norm heeft betrekking op de procedure vanaf het moment van ontvangst van de ingevulde vragenlijst. Met behulp van een testpatiënt kan de verwerking binnen de instelling, ongeacht welk middel gebruikt wordt voor het invullen van de vragenlijst, worden aangetoond.</p> <p>TC2. Hoe de term "afdeling" gedefinieerd wordt, kan verschillen per instelling. Het kan bijvoorbeeld gaan om het medisch specialisme of om het type afdeling bijvoorbeeld functie- afdeling. De instelling geeft in het Object van Onderzoek welke indeling/naamgeving zij hanteren.</p> <p>TC2. De gegevensdiensten rondom vragenlijsten zijn door MedMij gepubliceerd. De subsidievereisten van het VIPP 5 programma stellen deze niet verplicht. Instellingen kunnen de keuze maken om deze gegevensdiensten te gebruiken. Voor het beschikbaar stellen van de ingevulde vragenlijst volstaat alleen de gegevensdienst PDF/A.</p>

		De vragenlijst die gebruikt wordt voor subdoel 1 (2.N1) kan niet worden ingezet als eHealth toepassing bij subdoel 2 (2.N2). Dit moeten twee verschillende interventies zijn.
2.N2	<p>Uiterlijk op 30 juni 2023 kunnen de resultaten van een eHealth toepassing beschikbaar worden gesteld aan de patiënt conform het MedMij Afsprakenstelsel naar de PGO van de patiënt.</p> <p>* De instelling heeft een procedure voor het beschikbaar stellen en verwerken van de metingen uit eHealth toepassingen aan patiënten.</p> <p>* De instelling informeert patiënten uit de doelgroep dat eHealth toepassingen via de PGO van de patiënt beschikbaar zijn en dat deze door de patiënt kunnen worden gebruikt.</p> <p>* De resultaten van de eHealth toepassing zijn in te zien in de PGO van de testpatiënt.</p>	<p>Het is toegestaan om gebruik te maken van verschillende DVZA's voor verschillende gegevensdiensten.</p> <p>TC2. Hoe de term "afdeling" gedefinieerd wordt, kan verschillen per instelling. Het kan bijvoorbeeld gaan om het medisch specialisme of om het type afdeling bijvoorbeeld functie- afdeling. De instelling geeft in het Object van Onderzoek welke indeling/naamgeving zij hanteren.</p> <p>Om de resultaten van de eHealth toepassing terug te koppelen aan de patiënt, wordt altijd gebruik gemaakt van de Gegevensdienst PDF/A, tenzij het gaat om meetwaarden die in de Gegevensdienst Zelfmeting zijn opgenomen, dan moet er gebruik gemaakt worden van de Gegevensdienst Zelfmeting. De Gegevensdienst Zelfmeting biedt de mogelijkheid om vitale functies op gestandaardiseerde wijze, conform zorginformatiebouwstenen (zib's) te delen. De vitale functies zijn: ademhaling, bloeddruk, glucose, hartfrequentie, lichaamsgewicht, lichaamslengte, lichaamstemperatuur, O₂ saturatie, polsfrequentie.</p> <p>De eHealth toepassing die gebruikt wordt voor subdoel 1 (2.N1) kan niet worden ingezet als vragenlijst bij subdoel 2 (2.N2). Dit moeten twee verschillende interventies zijn.</p>
2.N3	<p>Uiterlijk op 30 juni 2023 kan een aanpassing van de BgZ worden ontvangen conform het MedMij Afsprakenstelsel vanuit de PGO van de patiënt.</p> <p>* De instelling kan bewijzen dat de instelling de door de patiënt aangepaste BgZ kan ontvangen middels een gecertificeerde DVZA-aansluiting voor het ontvangen van een BgZ-item vanuit de PGO van de patiënt.</p>	<p>Het is toegestaan om gebruik te maken van verschillende DVZA's voor verschillende gegevensdiensten.</p> <p>Het gaat hierbij om wijzigingen van informatie afkomstig van de instelling. De informatie is door de betreffende instelling vastgelegd. Wijzigingen op gegevens waarbij de instelling niet de primaire bron van registratie is, zijn geen onderdeel van deze norm.</p>

	* De instelling heeft een procedure en afspraken over het verwerken van door de patiënt aangebrachte aanpassingen in BGZ-items.	De gegevensdienst voor aanpassingen op de BgZ vanuit de patiënt via een PGO is bij de publicatie van de regeling in de Staatscourant nog niet gepubliceerd. Indien de standaard een jaar voor de deadline niet beschikbaar is, volgt hierover meer informatie.
3	De instelling kan uiterlijk 30 juni 2023 digitaal informatie uitwisselen met andere instellingen voor medisch specialistische zorg.	
3.N1	Uiterlijk op 30 juni 2023 kan de instelling de BgZ en correspondentie verzenden naar andere instellingen van Medisch Specialistische Zorg.	<p>Het verzenden van de gehele BgZ en correspondentie. Het gaat hierbij om correspondentie die in de context rondom de BgZ voorziet.</p> <p>TC1. Van de BgZ-sectie Medicatie worden de zib's Toedieningsafpraak en Medicatiegebruik² bij de toetsing buiten beschouwing gelaten.</p> <p>TC4. Tenminste één specialisme wordt bevroegd op uitwisseling en hergebruik van de BgZ. Hiervoor worden bevroegd tenminste twee zorgverleners waarvan één medisch specialist. Voor de bevraging worden de volgend vragen gebruikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft u voor de behandeling van een patiënt de BgZ digitaal verzonden naar een andere instelling? Kunt u toelichten hoe dit proces verloopt? - Heeft u voor de behandeling van een patiënt de BgZ digitaal ontvangen vanuit een andere instelling? Kunt u toelichten hoe dit proces verloopt? - Kunt u toelichten hoe de ontvangen gegevens voor hergebruik opgenomen worden in het elektronisch patiëntendossier van de patiënt? Bij hergebruik staat centraal dat de gegevens niet overgetypt worden om opgenomen te worden in het dossier.
3.N2	Uiterlijk op 30 juni 2023 kan de instelling de BgZ en correspondentie ontvangen vanuit een andere instelling van Medisch Specialistische Zorg.	<p>Het ontvangen van de gehele BgZ en correspondentie. Het gaat hierbij om correspondentie die betrekking heeft op de BgZ.</p> <p>TC1. Van de BgZ-sectie Medicatie worden de zib's Toedieningsafpraak en Medicatiegebruik² bij de toetsing buiten beschouwing gelaten.</p>

		Voor het ontvangen van de zib's wordt een tolerantie van tenminste 90% gehanteerd ten opzichte van de norm in de toetsing. Tenminste 90% van de BgZ wordt gevuld conform de Nictiz Zorginformatiebouwstenen publicatie 2017.
3.N3	Uiterlijk op 30 juni 2023 kan de instelling aangewezen of gekozen secties van de BgZ ontvangen en hergebruiken vanuit een andere instelling van Medisch Specialistische Zorg.	<p>De gehele BgZ moet kunnen worden ontvangen.</p> <p>Voor de BgZ wordt een tolerantie van tenminste 90% gehanteerd van de gegevenselementen ten opzichte van de Nictiz Zorginformatiebouwstenen.</p> <p>Het hergebruik van ofwel de drie verplichte, ofwel de zes vrije-keuze BgZ secties wordt tijdens de audit getoetst. Het betreft hier de gehele sectie, bestaande uit een of meerdere zorginformatiebouwstenen, relevant in het primaire zorgproces.</p> <p>TC1. Van de BgZ-sectie Medicatie worden de zib's Toedieningsafspraken en Medicatiegebruik² bij de toetsing buiten beschouwing gelaten.</p> <p>Voor het hergebruik van de zib's wordt een tolerantie van tenminste 90% gehanteerd ten opzichte van de norm in de toetsing. Tenminste 90% van de ontvangen zibs uit ofwel de drie verplichte, ofwel de zes vrije-keuze BgZ secties, wordt hergebruikt conform de Nictiz Zorginformatiebouwstenen publicatie 2017.</p>
3.N4	Uiterlijk op 30 juni 2023 heeft de instelling procedures rondom het uitwisselen van de BgZ en correspondentie met andere instellingen van Medisch Specialistische Zorg.	<p>De procedure bestaat uit meerdere onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (technische) ontvangst • inhoudelijke beoordeling door de zorgverlener • daadwerkelijk hergebruik van de ontvangen gegevens in het eigen elektronisch patiëntendossier (zonder overtypen)

5. Bijlage 1 – Versie beheer

Versie	Gepubliceerd	Wijzigingen
27-02-2020	04-03-2020	
01-05-2020		Aangepaste deadlines n.a.v. publicatie Staatscourant. Deadline Module 1 regulier: was: 31-12-2021 nieuwe deadline is: 30-9-2022 Deadline Module 1 versneld: niet aangepast Deadline Module 2: was: 31-12-2022 nieuwe deadline is: 30-6-2023 Deadline Module 3: was: 31-12-2022 nieuwe deadline is: 30-6-2023
26-10-2020	November 2020	Aanpassing secties module 3 n.a.v. publicatie Staatscourant. Toelichting (technische) mogelijkheden Module 2, subdoelen 1 en 2. Vervallen testpatiënt Module 1.
24-11-2021	November 2021	Kleine verduidelijkende tekstuele aanpassingen Bij alle patiëntgerelateerde metingen minimale leeftijd van 16 jaar of ouder toegevoegd Radiologieverslagen worden alleen meegenomen in de beoordeling als zij relevant zijn in het primaire zorgproces Zib's ToedieningsAfspraak en MedicatieGebruik worden niet meegenomen in toetsing voor de verschillende modules van VIPP 5 Hergebruik van zib's aangepast n.a.v. wijziging regeling