

Notulen Expertisegroep vergadering 16 april

1. Opening en mededelingen

Geen bezwaar tegen opnemen van de Zoom-sessie.
Geen conflicterende belangen

2. Visie op draagvlakontwikkeling

De visie op draagvlakontwikkeling is goed ontvangen.

Voorafgaand aan de sessie is het volgende aan de orde gesteld, dat wij van harte meenemen:

- Betrek de 'succesvolle' registers die al een tijdje lopen en win voorafgaand aan de sessies advies bij hen in.
Vraag van project ROR aan Expertisegroep: 'Graag worden wij geadviseerd welke registers wij niet mogen vergeten te benaderen.'
- Draagvlak voor governance bij de koepels betekent niet hetzelfde als draagvlak in het veld. Beide zijn nodig waarbij juist input van de lopende registers (do's en don'ts) kan helpen inclusief de gekozen use cases.
Het project ROR is dankbaar voor deze aanscherping.

De hoofdlijn uit de breakouts is:

- Werk uit hoe patiënten als deelnemers in het proces op te nemen i.v.m.
 - Registratielast: ook voor patiënten
 - Hoe patiënten te bereiken: via patiëntenorganisaties bv. (traject zinnige zorg en PROMS) of via persoonlijke gezondheidsomgeving en behandelend artsen
 - Hoe de aansluiting met Europese initiatieven rond zeldzame aandoeningen te maken
- De ervaring leert dat het lastig is professionals te motiveren gegevens te laten registreren.
 - Registratie taken door registerhouder over laten nemen.
 - Via registratie aan de bron
 - Geen extra registratielast of zo min mogelijk
- Zorg voor goede informatievoorziening in alle lagen van de betrokken organisaties, koepels en partijen. Denk na over wie uiteindelijk allemaal te maken krijgt met ROR DGM impact (bv. Ook ICT en managers in ziekenhuizen), en betrek waar nodig.
 - vraagt om een zeer gedifferentieerde benadering
 - voorkom verwarring t.o.v. andere soortgelijke initiatieven en adviezen
 - Alle registraties of RORDGM: randvoorwaarden, producten
- De vraag is of er, in de wetenschap dat er zoveel verschillende partijen betrokken zijn, een gedeeld belang bestaat voor alle partners.
Antwoord: hier gaan we in een aantal werksessies op in en we verachten die te kunnen identificeren met elkaar. Voorop staat het vertrouwen en het los kunnen komen van de historisch gegroeide patronen en beelden van elkaar.
- Past hier een model op vanuit de samenwerkingswetenschap.
Antwoord: ja. Dit model is gebaseerd op de principes van participatieve beleids- of besluitvorming. Waarbij je van probleem via draagvlak naar oplossing gaat. In dit model draait het om de dialoog en het vertrouwen dat daar ontstaat om te durven kiezen voor oplossingen die niet altijd voor jou de meest optimale c.q. beste is. Over het algemeen is dit ten behoeve van een gedeeld belang.
 - Dat we allemaal eens worden is een illusie, maar het vertrouwen moet er zijn dat partijen zich uitspreken als ze het niet mee eens zijn. Vanuit openheid en belang stappen zetten. De eerste stap is een open gesprek over (tegenstrijdige)belangen.

- De opmerking is gemaakt dat het bestuurlijke niveau niet noodzakelijk is om door te gaan. Het zijn niet bestuurders die er achter te moeten hebben maar eerder de professionals.
Antwoord: beide moeten er achter staan en goed betrokken worden.
- Let op! Overlap programma's in NL (ROR, Kwaliteitsregisters, Uitkomstgerichte zorg, gegevens set oncologie, Citrien, etc.)
 - Moeten de samenwerkende kwaliteitsregistraties betrokken worden (bv. NICE)? -> Contact zoeken met Nicolette de Keizer, tevens in commissie van der Zande (via Michel Wouters)
- Let op! Tijdslijnen ook in deze tijd realistisch? Risico op draagvlak verliezen bij onzorgvuldigheid/haast
- Let op! Wederkerigheid, wat levert het op als je beweegt richting ROR, niet alleen voor zorgprofessionals.
 - Duidelijkheid geven over kader geven (wat valt er onder en wat niet?)
 - Geen registratietijd: hoge prioriteit op ontzorgen bij data verzameling > registratie aan de Bron
 - Data gelijk verwerken door bv IKNL
 - Monitoring door registratiehouder
 - Meegegeven aandachtspunt: longartsen
- Draagvlak binnen Wetenschappelijke verenigingen: naar voorbeeld van Miriam Koopman binnen NVMO. Bestuurlijke borging dat Miriam ROR DGM vanuit commissies kwaliteit kan organiseren. Zo ook aansluiting met multidisciplinaire registratie IKNL / Soncos
 - Beleidsmedewerker ter ondersteuning noodzakelijk

3. D4: het ontwikkelen van een eerste concept voor een relevante gegevensset

Opmerkingen op D4 voorafgaand aan de vergadering

- Men was over het algemeen zeer tevreden over de aanpak
- De gegevenssets van Citrien / oncologienetwerken (o.a. MDO) en de PROMs van het PROFILE project/onderzoek kunnen nog meegenomen worden als bron voor de gegevensset (bijlage 1)
- In de gegevensset (bijlage 1) dient zorggebruik nog verder uitgewerkt te worden, waarbij onderscheid gemaakt moet worden tussen kosten die gemaakt worden binnen de gezondheidszorg, kosten voor patiënt/familie en kosten binnen andere sectoren (in overeenstemming met de richtlijn van ZINL)
- In de gegevensset (bijlage 1) onder het kopje 'effecten' werd 'ziekte ernst', naar een geaccepteerde ernst / event classificatie, gemist (als die aanwezig is voor het desbetreffende ziektebeeld). En als die er niet is, werd aanbevolen deze te ontwikkelen omdat deze onmisbaar is voor kosteneffectiviteitanalyses
- Er werd aangegeven dat een aantal items uit de gegevensset (bijlage 1) constructen zijn waarvoor verschillende instrumenten bestaan. Het is de vraag of je een voorkeur wilt benoemen voor bepaalde instrument als die voorkeur er is vanuit ZINL (reference case). Anders kan het willekeurig worden.
- Er waren suggesties enkele items in bijlage 1, onder een andere 'kopje' te plaatsen
- Er was het voorstel om binnen de gegevensset ook aandacht te hebben voor bewaren biomateriaal
- Bij stap 9 van de procedure is het bij het vaststellen van de 'hoe' ook belangrijk afspraken te maken welke versie er gebruikt gaat worden (b.v. van een vragenlijst)
- Er waren een aantal tekstuele suggesties: 1) Let erop dat het gebruik van Engels en Nederlands niet door elkaar heen loopt. 2) En het voorstel om in plaats van geslacht als voorbeeld van een generiek item misschien geboortjaar gebruiken, omdat dat neutraler is en niet veranderlijk

Aanvullende opmerkingen tijdens de vergadering

Het voorstel van de procedure om tot een ziekte-specifieke invulling van gegevenssets te

komen en de gegevensset (D4) is goed ontvangen.

In aanvulling op de schriftelijke feedback waren er enkele opmerkingen / aanvullingen:

- De PALGA protocollen/gegevensset kan nog meegenomen worden als bron voor de voorlopige gegevensset (bijlage 1) > Er is aangegeven deze bron nog mee te nemen
- Biomarkers/mutaties zijn niet altijd eenmalige bepalingen, maar worden zeker in de context van resistentiebepaling (met bijv ctDNA) herhaaldelijk bepaald. > Er is aangegeven dit aan te passen in bijlage 1.

Er is aangegeven bovenstaande punten mee te nemen in de verdere afronding van D4. De expertisegroep heeft aangegeven akkoord te zijn met afronding van D4 in zijn huidige vorm als eindproduct van deze fase van RORDGM. (Met als kanttekening dat het geen statisch document is en er ook in de volgende fase van RORDGM aanpassingen gemaakt kunnen en zullen worden, b.v. ook naar aanleiding van de werksessies)

4. D1: Prioritering ziekte-specifieke registraties en D6: selectie van de case studies

Opmerkingen op D1 en D6 voorafgaand aan de vergadering

Er zijn een aantal tekstuele opmerkingen over D1:

- Aanpassingen gevraagd m.b.t de formuleringen over 'veel onzekerheid over effectiviteit en veiligheid', 'validiteit', 'vergelijkende effectiviteit' en 'gepast gebruik';
- Structuur 'onzekerheid effectiviteit en veiligheid' indelen via PICO systematiek. Trust tool kan ook daarbij helpen;

Gedurende de vergadering geen verdere opmerkingen over D1. Tekstuele aanpassingen worden gemaakt op basis van de eerder genoemde punten.

Ten aanzien van D6 zijn de opmerkingen van de Expertisegroep en de Stuurgroep voorafgaand aan de vergadering onderverdeeld in kleine en grote opmerkingen. Ten aanzien van de kleine opmerkingen werden een aantal aanpassingen in D6 voorgesteld:

- Er moet voldoende tijd zijn voor dure geneesmiddelen om toegelaten te worden in het pakket. In de selectiecriteria voor de case studies wordt nu aangegeven dat we alleen case-studies selecteren voor geneesmiddelen die vanaf 2019 tot en met 2021 (3 jaar) in het pakket zijn/zullen worden opgenomen.
- Een suggestie is om patiëntenregistraties die op het moment van selectie voor de case-studies nog enige financiering van een farmaceut ontvangen niet per definitie uit te sluiten. Voorgesteld wordt om deze eis als gunnings- in plaats van selectiecriteria op te nemen zodat patiëntenregistraties die nu nog afhankelijk zijn van enige financiering van een farmaceut ook de mogelijkheid krijgen om gedurende de case-studie onafhankelijk te worden van deze financiering.
- Een voorstel is om een voorkeur te geven aan patiëntenregistraties waarbij de patiënten in meerdere ziekenhuizen worden behandeld i.p.v. één of slechts een paar ziekenhuizen. Ons voorstel is om deze voorkeur als gunningscriterium op te nemen maar dan alleen voor niet-zeldzame ziektes. Voor zeldzame ziektes zijn er vaak één of een paar ziekenhuizen (expertisecentra) die deze geneesmiddelen voorschrijven en lijkt deze eis niet redelijk.
- Er is een verzoek om bij voorkeur case-studies voor zeldzame ziekten, waarbij de ziekte een acuut/proliferatief verloop had, te selecteren zodat in de tijd dat de case-studies lopen ook mogelijke effecten van een behandeling kunnen worden gemeten. Dit verzoek willen we als een gunningscriterium opnemen met daarbij de aanmerking dat zeldzame ziekten met meer chronisch verloop niet per definitie zouden moeten worden uitgesloten.

Er was een korte discussie over deze aanpassingen maar er was uiteindelijk geen duidelijk bezwaar tegen deze aanpassingen.

Daarna zijn twee grote discussiepunten kort ingeleid die de basis zijn voor de discussie in de break-out groepen. Belangrijkste discussiepunt is in hoeverre we niet teveel risico lopen met 2

case-studies, omdat als er dan 1 case-studie onvoldoende gegevens oplevert er maar één studie overblijft waar we mogelijke zinvolle resultaten kunnen verzamelen. Tevens zouden we met meer case-studies (3 of 4) meer draagvlak voor ons project kunnen creëren en hebben we meer ruimte om te experimenteren met nieuwe registraties waarvan de resultaten meer onzeker zijn. Daarbij wordt in het bijzonder gedacht aan case-studies voor zeer zeldzame ziektes waar patiëntenregistraties nog vaak in een beginfase zijn; meestal in eerste instantie gebruik wordt gemaakt van retrospectieve data en aansluiting op Europese registraties wenselijk maar wel ingewikkeld is.

Belangrijkste resultaten van de break-out sessies voor D6 zijn:

Er is brede steun voor het idee om meer dan 2 case studies te selecteren. Over het algemeen vindt men 4 case-studies een goed alternatief. Een aantal opmerkingen ter ondersteuning worden genoemd:

- Meer ruimte voor specifieke casussen zoals bijvoorbeeld de zeer-zeldzame ziektes waarvan patiëntenregistraties vanaf scratch moeten worden gestart en waar in eerste instantie retrospectieve data worden verzameld;
- Andere voorbeelden zijn specifieke registraties waar meerdere bestaande registraties worden gekoppeld (bijv. ziekenhuisfarmacie data zoals in DHD en/of Santeon en data vanuit de PALGA) en registraties waar aandacht is voor genterapieën zoals voor de hemofilie, SMA en sikkelcelanemie;
- Ook kunnen we bijvoorbeeld onderscheid maken tussen ziektebeelden met chronische invaliderend verloop of met veel acute events. Ook zouden we case-studies kunnen selecteren waar in patiëntenregistraties al veel informatie over patient reported outcome measures (PROMS) en kwaliteit van leven (QoL) gegevens worden verzameld;
- Geeft de mogelijkheid om mogelijk 2 wat veiligere (gebaseerd op al bestaande patiëntenregistraties) case-studies en twee wat risicovollere (bijv. startende patiëntenregistraties) case-studies te selecteren;
- Men deelt de analyse dat meer case-studies ook leiden tot meer draagvlak. Geeft ook meer mogelijkheden om specifieke wetenschappelijke verenigingen en patiëntenverenigingen bij de case-studies te betrekken.

Ook worden de break-out sessies een aantal suggesties gedaan met betrekking tot de selectie van 4 case-studies:

- Van te voren moet bij alle 4 case-studies goed worden nagedacht wat we specifiek van elke case-studies willen leren;
- Het is van belang om contrast te creëren tussen de 4 case-studies. Een mogelijkheid is om specifieke gunningscriteria voor specifieke case-studies op te zetten en de algemene selectiecriteria minder streng te maken;
- Een optie is om niet met alle 4 case-studies te gelijk te beginnen maar ze bijv. in 2 batches van 2 case-studies na elkaar te laten starten;
- Het is van belang om in elk geval minimaal één case-studie te starten waar men al bezig is om zoveel mogelijk data van bron te gebruiken;
- Er kan in case-studies naast dure geneesmiddelen ook aandacht besteed worden aan dure diagnostica die steeds vaker nodig zijn om te bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor deze hele dure geneesmiddelen;
- De internationale context is bij case-studies voor (zeer) zeldzame ziektes belangrijk maar het opzetten van internationale patiëntenregistraties is ingewikkeld en kost veel tijd. Het is een optie om dan bij een reeds bestaande internationale registratie zoals de CF registratie of EBMT registratie aan te sluiten.
- Het is belangrijk om te beseffen dat we in 2 jaar waarschijnlijk vaak nog niet voldoende gegevens hebben om bijv. een herbeoordeling te doen voor een nieuw geneesmiddel. Daarom zouden we in staat moeten zijn om in de case studies in de 2 daaropvolgende jaren ook nog gegevens te verzamelen
- Indien mogelijk lijkt het zinvol om ook aan te sluiten bij het traject voorwaardelijke vergoeding dure geneesmiddelen.

Afsluitende plenaire samenvatting van de break-out sessies voor D6

Het Zorginstituut zal deze discussie gebruiken om de selectie- en gunningscriteria aan te passen. Ook zullen we in meer detail beschrijven wat we uit de specifieke case-studies willen halen waarbij we ideeën over typen ziekte, databases en registraties duidelijker zullen beschrijven. Daarbij zullen de selectiecriteria worden uitgedund en streven we naar bredere selectie van case-studies waarna we m.b.v. de gunningscriteria meer specifiek op case-studies zullen selecteren. Diversiteit is van belang omdat we zo verschillende doelen kunnen dienen en dus verschillende criteria voor verschillende registraties zullen aanhouden. Wel zal de uiteindelijke pakketvraag wel het uitgangspunt blijven.

5. D3 Kader voor analysemethoden

Opmerkingen op D3 voorafgaand aan de vergadering

Voorafgaand aan de vergadering is er feedback gegeven op deliverable 3:

- Een deel van de feedback bestond uit suggesties voor het verscherpen en aanpassen van de tekst.
- Er werd aandacht gevraagd voor het belang van aansluiting bij (inter)nationale richtlijnen en het bespreken van het delen van data (b.v. met farma, buitenland, voor regulatoire doeleinden).
- Verder werden er een aantal concrete namen genoemd van experts die bij de verdere uitwerking van het kader voor analysemethoden betrokken kunnen worden.
- Ten slotte was er een aanbeveling om 'guidance' te ontwikkelen op basis van de onderliggende methodologische principes (versus het beschrijven van individuele analysemethoden).

Naar aanleiding van het laatste feedbackpunt is tijdens de vergadering besproken wat de juiste balans is tussen het adresseren van methodologische principes en het behandelen van specifieke analysemethoden. Vanuit het Zorginstituut is aangegeven dat voordelen om alleen onderliggende methodologische principes te behandelen in het kader (richtlijn) zijn dat je geen risico loopt op het legitimeren van methoden die niet in iedere context wenselijk zijn. Nadelen om alleen onderliggende principes te bespreken zijn dat het kader (richtlijn) een hoog abstractieniveau krijgt, waardoor het weinig praktische handvatten bevat en hierdoor niet voor iedere gebruiker makkelijk toepasbaar is.

Tijdens break-out sessies is in drie groepen de vraag 'Wat is de gewenste balans tussen het adresseren van methodologische principes en afwegingen en het benoemen van individuele methoden?' besproken.

Belangrijkste resultaten van de break-out sessies voor D3 zijn:

- Men kan geen bindend advies geven qua analysemethoden, maar wellicht wel richting geven (wat moet men in ieder geval niet doen, welke opties zijn er).
- De richtlijn zal minder specifiek zijn dan de ZIN richtlijn over kosteneffectiviteit, omdat het onderwerp veel diffuser is.
- Als je alleen principes bespreekt, dan kun je aan de hand hiervan zoeken naar de beste oplossing. Verder kunnen methoden verouderen. Echter de richtlijn wordt niet voor een statisticus/methodoloog geschreven en moet wel toegankelijk zijn. Je kunt mogelijke methoden beschrijven, maar hoe ver te gaan?
- Bij het schrijven van de richtlijn moet heel helder zijn voor wie de richtlijn geschreven wordt (indieners en beoordelaars)
- Mogelijk moet deliverable 3 eerder duidelijk maken welke methodologische vraagstukken/problemen adequaat geadresseerd moeten worden, ofwel welke eisen worden gesteld. Ook zou er heel duidelijk afspraken gemaakt moeten worden over welke methodologische problemen/vraagstukken men moet rapporteren en hoe deze geadresseerd zijn.
- Ook wordt de vraag geopperd in hoeverre men al in detail treden gaan qua

analysemethode als de vraagstelling nog niet helder is. Wel kan er aangegeven worden waar een bepaalde analyse aan moet voldoen als deze gebruikt wordt. Kun je een catalogus van analysemethoden maken? Ook kunnen er eisen worden gesteld aan het opzetten van registraties. Kun

- Verder wordt er aangegeven dat er wel behoefte aan richting / duiding is. Ook naar aanleiding van eerdere initiatieven waar er onvoldoende sprake was van sturing/guidance, en niet altijd de juiste vragen beantwoord werden. Heel helder moet er vooraf worden vastgesteld welke vragen je met registratiedata wilt beantwoorden, en hoe je dit gaat beantwoorden. Dit zou vooraf kunnen afgestemd worden met experts van ZIN.
- In aansluiting op het vorige punt wordt er aandacht gevraagd voor het governance-aspect: moet er niet in samenspraak met stakeholders worden vastgesteld wat de vraag is, wat de beste methode is om deze te beantwoorden en wat de consequenties zijn die aan het antwoord verbonden worden? Hiervoor moet een goede procedure vastgesteld worden.
- Verder wordt er opgemerkt dat je al bij de besluitvorming welke gegevens je in registraties gaat verzamelen een statisticus of methodoloog kunt betrekken.
- De casestudies zullen helpen bij het verder vormgeven van deliverable 3.

Er is aangegeven dat bovenstaande punten meegenomen worden bij de verdere uitwerking van het kader voor analysemethoden (deliverable 3).

6. Deelproject data/ICT

Opmerkingen op presentatie Plan van Aanpak deelproject DataICT voorafgaand aan de vergadering

Dit traject lijkt veel raakvlakken te hebben met het project verduurzaming kwaliteitsregistraties. Advies is om hen te betrekken.

Belangrijkste feedback op presentatie Plan van Aanpak deelproject Data/ICT gedurende de vergadering

- De visie op aanpak deelproject Data/ICT is goed ontvangen.
- Inzake het aspect data delen zijn er ook raakvlakken met Health-RI.
 - Antwoord Niels: ja, Health-RI probeert al uit. Health RI staat ook op het lijstje om te spreken, visie te delen en tot een gelijke visie te komen.
- Kijk ook naar de Nederlandse Hart Registratie. Zij sluiten nauw aan op FMS initiatief Verduurzaming kwaliteitsregistraties. Project verduurzamen kwaliteitsregistraties FMS zeker toevoegen, want voor Registratie aan de Bron heb je toch de zorgverleners op de werkvloer nodig die bereid moeten zijn gegevens gestructureerd vast te leggen.
 - Antwoord Niels: Ja, Verduurzaming kwaliteitsregistraties is ook een programma die ik eerder heb gehoord en di sluit aan om dwarsverbanden te gaan leggen.
- In het programma NL AI Coalitie wordt een afsprakenstelsel ontwikkeld met als doel data delen en infrastructuur. Trekkers van dit afsprakenstelsel is Nictiz en Health RI.
 - Antwoord Niels: Ga ik oppakken.
- Wat de registers gemeen hebben is dat geregistreerd wordt welke medicatie wanneer wordt ingezet. we zitten hier voor DGM. Dit stukje zou je over registers heen kunnen harmoniseren
 - Antwoord Niels: Klopt, we zijn momenteel bezig om de overlegstructuur nader in te gaan vullen. Dit gaat verschillende dimensies hebben, strategisch & operationeel niveau. Deze zelfde uiteen splitsing krijg je over de registers heen ook.
- 50 à 100 registers is veel. wees hiervan bewust. Dit soort aantallen levert veel weerstand op.
 - Antwoord Niels: Ben er van bewust, motto: zo min mogelijk maar het moet wel bewerkbaar zijn.
- Er zijn nu Europees 24 Europese referentie netwerken voor ruim 7000 zeldzame

- aandoeningen. Dus 100 registers is geen gek getal.
- Antwoord Niels: Het getal is arbitrair, dit moeten we ondervinden wat een goed getal is. Dit willen we ook in samenspraak met andere programma's zoals Governance kwaliteitsregisters doen.
 - Wat betreft de PROMs, hierbij is de bron de patiënt. Het zou heel mooi zijn als deze ook bij de patiënt blijven in bijvoorbeeld een PGO dat de patiënt naar keuze met bepaalde zorgverleners en/of registers deelt!
 - is er al afstemming met de andere programma's mbt ICT
 - Antwoord Niels: ja, diverse zoals Governance kwaliteitsregisters en Uitkomstgerichte zorg. Ik houd me open voor andere programma's die jullie nog belangrijk vinden. Doel: maximaal aansluiten & afstemmen. Als je meer programma's kent stuur ze me toe.
 - Het zou prachtig zijn als er integratie en analyse aan de bron mogelijk is; Verwachting is echter dat dat maar voor enkele beperkte ziektebeelden mogelijk is. Maar zou mooi zijn om dit in een case studie mee te nemen.
 - Antwoord Niels: Ja, we gaan toetsen. Op dit vlak is er nog meer onderzoek nodig, er wordt aan het project alleen om een visie gevraagd die we gaan toetsen.
 - Analyse aan de bron (federated querying & analysis) lijkt mij voor de korte termijn vrij ambitieus. In het document prioritering casus wordt het als selectie criterium genoemd. Dat lijkt me vrij ver gaan. Het kan vermoedelijk zelfs principieel niet voor deel analyses.
 - Antwoord Niels: Klopt; het betreft bereidheid om mee te werken aan een toetsing of en hoe dit mogelijk zou kunnen zijn.

7. Inzet Expertisegroep in de productiefase

In een korte Powerpoint presentatie wordt de inzet van de Expertisegroep in de productiefase ingeleid. Anke geeft aan dat ze het heel fijn zou vinden als de expertise groep kan doorgaan in de productiefase van het project (na juli 2020). We willen in een volgende bijeenkomst kijken naar het vervolg van inzet van alle betrokken experts. Daarbij zullen we moeten bekijken of de inzet van de Expertisegroep aangepast moet worden om ook de deelprojecten Governance&Financiëring en Data/IOCT een meer zichtbare plek in de Expertisegroep te geven.

8. Verslag van de vergadering van 30 januari

Geen op en aanmerkingen

9. Voorstel volgende datum Expertisegroep

De volgende vergadering van de expertisegroep zal half juni plaatsvinden (10 juni). Tijdens deze vergadering zal het eerste jaar van het project RORDGM en de expertisegroep geëvalueerd worden. Verder zullen we vooruitblikken op de rol en doel van de expertisegroep tijdens de volgende fase van RORDGM (productiefase/ case study fase) en de samenstelling van de expertisegroep tijdens de volgende fase.

10. Rondvraag en sluiting

Go/No Go wordt naar achter geschoven.

De voorzitter wil graag terug horen van de deelnemers via e-mail hoe de vorm (Zoom) van het overleg bevallen is.