

**Model A: Activiteitenplan per activiteit (beschrijving van de onderscheiden activiteiten)
Bijlage bij formulier voor subsidieaanvraag**

Activiteit: B Naam: Fase 2: Ad hoc en gerichte uitvraag van gegevens bij spoed
Beschrijving van de aard, omvang, duur en wijze van uitvoering van de activiteit (en
indien van toepassing het geraamd aantal te verrichten prestatie-eenheden)

Artsen hebben behoefte aan beschikbaarheid van huisartsgegevens op de HAP en SEH in geval van spoedzorg/Acute Zorg. De beschikbaarheid van de Professionele Samenvatting (PS) van de huisarts is randvoorwaardelijk voor goede kwaliteit van zorg. Acute Zorg (spoedzorg) is ongeplande zorg, waarbij een keten van veel verschillende partijen met elk hun eigen (soorten) informatiesystemen betrokken is. De beschikbaarheid van patiëntinformatie op de HAP en SEH is in het verleden door een aantal belemmeringen ondermaats geweest; gedurende de Corona crisis zijn belemmeringen weggenomen door onder andere een gedoogbeleid toe te passen. De daarmee ontstane gegevensbeschikbaarheid dient ook zonder gedoogbeleid, te voldoen aan alle bestaande wet en regelgeving, structureel in stand te blijven om de goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden.

Voor de realisatie van de structurele oplossing voor gegevensuitwisseling bij spoed wordt samengewerkt en afgestemd met de directie Informatiebeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De Corona Opt-in (Fase 1), waarmee een gegevensbeschikbaarheid van 80% is bereikt, is per definitie tijdelijk en strikt afhankelijk van het gedoogbeleid. Deze is binnen beperkte tijd en middelen mogelijk gemaakt door hergebruik te maken van het afsprakenstelsel AORTA (met als gemeenschappelijke voorziening LSP) en alle daarop aangesloten informatiesystemen van de zorgaanbieders. Het gebruik van het Landelijk Schakelpunt (LSP) als landelijke gemeenschappelijke voorziening ligt politiek gevoelig, maar is nodig geacht voor het te realiseren doel. Het niet vooraf vragen van toestemming voor het beschikbaar stellen van de PS aan de HAP en de SEH is in strijd met de privacy regels; in veel gevallen is die toestemming vooraf niet gegeven waardoor in de spoedsituatie de gegevens niet kunnen worden opgevraagd. Opvragen zonder deze toestemming vooraf bij de huisarts, maar wel door de patiënt gegeven op het moment waarop de spoedzorg plaatsvindt bij de HAP of SEH, is een oplossingsrichting die haalbaar wordt geacht voor dit probleem.

Door afspraken tussen het ministerie van VWS, het Openbaar Ministerie (OM), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugdzorg (IGJ) en de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) is dit tijdelijk juridisch mogelijk gemaakt, middels een gedoogconstructie. Deze krijgt een juridische basis door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB).

Maar ook deze is tijdelijk.

Het beschikbaar krijgen van de PS bij spoed/Acute zorg zal derhalve duurzaam opgelost moeten worden.

Plan van aanpak

1. Verkenningsfase

Doelstelling is om te onderzoeken op welke wijze het opvragen van de gegevens op HAP en SEH kan worden gerealiseerd zonder afhankelijk te zijn van de toestemming vooraf die de burger/patiënt aan de huisarts moet geven. Dit wordt ook wel het "wegenwachtmodel" genoemd. Dat wil zeggen dat aan de kant van de HAP/SEH de juiste waarborgen zullen moeten worden ingericht om de huisarts het vertrouwen te bieden dat de gegevens ook daadwerkelijk ontsloten mogen worden. Hiervoor is het noodzakelijk dat de verschillende mogelijkheden globaal worden beschreven en de juridische, technische en uitvoeringsvraagstukken en benodigde randvoorwaarden daarvan worden uitgewerkt. Deze leiden tot een ontwerp van keteninformatiserings-architectuur en stelselafspraken (opgenomen in AORTA), die voorschrijven hoe de uitwisseling geïmplementeerd moet worden.

De Taskforce Corona Opt-in werkt aan een structurele oplossing voor gegevensuitwisseling bij acute zorg, met de volgende uitgangspunten:

- **voldoet aan vigerende wetgeving,**
- **is in 1 tot 2 jaar** te realiseren,
- zorgt voor **landelijke dekking,**
- kent een **hoge en directe beschikbaarheid** (streven 100%),
- **op het moment dat het nodig is,**
- met **instemming** van de patiënt,
- waarbij het **belang van de patiënt centraal staat,**
- terwijl er zoveel als mogelijk wordt **hergebruikt van wat er al is.**

Rolverdeling

Aan VZVZ is (in haar rol als ketenregisseur en coördinator van het tot stand komen van landelijke informatie-uitwisseling in de zorg) gevraagd om samen met de vertegenwoordigers in de Taskforce Corona Opt-in en Nictiz te komen tot een architectuur en afsprakenstelsel waarbinnen de benodigde gegevens ontsloten kunnen worden. De koepels van zorgaanbieders zijn hierbij de opdrachtgevers en stellen de beleidskaders vast. Nictiz brengt kennis in vanuit de ontwikkeling, samen met het zorgveld, van standaarden, beheert en onderhoudt deze standaarden, kwalificeert applicaties aan deze standaarden en ondersteunt leveranciers bij implementatie. VZVZ brengt kennis in, ruime ervaring in gebruik en beheer van toestemmingen en zorgt voor de ontwikkeling, het beheer van de benodigde afspraken en techniek. Zorgaanbieders participeren in de totstandkoming van de functionele vereisten en zijn betrokken bij de beproeving van het resultaat. De XIS leveranciers participeren in de totstandkoming van het ontwerp en dragen zorg voor de aanpassingen van de systemen om de uitwisseling mogelijk te maken.

Om tot een goed plan van aanpak te komen zal er gestart worden met een verkenning. Daarbij worden in eerste instantie de volgende stappen doorlopen:

1. Vaststellen dat alle partijen in de Taskforce het eens zijn over de doelstelling en de relatie tot de andere ontwikkelingen;
 2. Verkennen van de visie en verwachting van de direct betrokken partijen (koepels, VWS).
- Bij partijen leven er al beelden over de juridische (on)mogelijkheden en de oplossingsrichtingen, deze zullen hierin meegenomen worden.

Concreet betekent dit het afnemen van interviews met :

- a. Vertegenwoordigers van VWS;
- b. De werkgroep Techniek van de Taskforce, met daarin de vertegenwoordiging van de zorgkoepels LHV, InEen en NHG;
- c. De Nederlandse Patiënten Federatie;

De vertegenwoordigers van de NVZ en ZN hebben aangegeven als klankbord te willen fungeren.

3. Globaal uitwerken van de verschillende oplossingsrichtingen waaronder een (beknopte) impactanalyse met risico-analyse en overzicht van afhankelijkheden.

Voordat tot nadere ontwerpen van de gewenste oplossingsrichting gekomen wordt, worden eerst de uitkomsten uit de verkenning juridisch getoetst.

2. Juridische analyse en toets

Volgens het wettelijk kader moeten patiënten vooraf toestemming geven aan hun huisarts als deze zijn zogenaamde Professionele Samenvatting (PS), een samenvatting van de belangrijkste medische gegevens van een patiënt) inzichtelijk wil maken voor artsen op een huisartsenpost (HAP) of spoedeisende hulp (SEH) voor een nadere nog onbekende raadpleging.

In de Corona opt in wordt tijdelijk toegestaan dat zonder uitdrukkelijke toestemming vooraf huisartsengegevens op de HAP en SEH kunnen worden geraadpleegd via een elektronisch uitwisselingssysteem bij de detectie, triage en behandeling van COVID-19 patiënten. In de maatregel zijn verschillende waarborgen opgenomen, zo wordt er wel toestemming op de HAP en SEH gevraagd aan de patiënt. Het wettelijk kader wordt met name gevormd door de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) en de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) zoveel mogelijk na te leven. Dat betekent dat de patiënt in de praktijk aan de behandelend arts toestemming moet geven voor het opvragen van zijn gegevens.

Maar acute zorg is per definitie onverwacht en vraagt om basisgegevens die beschikbaar zijn op elk moment en elke plek. Ook als de betrokkene niet in staat is om toestemming te geven. Buiten een elektronisch uitwisselingsstelsel kan informatie worden gedeeld met veronderstelde toestemming van de patiënt, als er echt sprake is van een noodsituatie en de patiënt zelf niet in staat is om toestemming te geven.

Als de patiënt nog wel aanspreekbaar is, dan is het uitgangspunt *toestemming*. Uitwisseling via een elektronisch uitwisselingsstelsel is zonder voorafgaande uitdrukkelijke toestemming van de patiënt op dit moment niet mogelijk. Voor zorgverleners gaat het om een complex proces. De vorige behandelaar moet worden gevonden en gecontacteerd. De toestemming van de patiënt hiervoor moet, bijvoorbeeld met een schriftelijke verklaring, worden bewezen. En tot slot moeten de gegevens ook nog worden uitgewisseld. Digitalisering kan ook een bijdrage leveren aan het sneller beschikbaar komen van de juiste gegevens op de juiste plek.

Maar in de Wabvz wordt een elektronisch uitwisselingsstelsel gezien als een stelsel gericht op het raadpleegbaar maken van (delen van) het medisch dossier voor een op dat moment ongerichte groep hulpverleners. Het is immers onbekend op welk moment en welke arts gegevens nodig heeft. Gedachte is dat de patiënt op voorhand de afweging maakt of hij zijn gegevens beschikbaar wil stellen via een elektronisch uitwisselingsstelsel.

Toestemming om gegevens beschikbaar te stellen in een elektronisch uitwisselingsstelsel, maakt dat die gegevens in geval van spoed beschikbaar zijn. Op dat moment is er dan geen toestemming meer vereist, wat bij uitwisseling buiten het stelsel in beginsel wel het geval is.

Uit de gehouden Juridische bijeenkomsten blijkt dat verschillende oplossingsvormen naast elkaar kunnen bestaan. De huisarts moet actief / bewust delen van patiëntgegevens. Dat door een machine laten

doen, kan met de huidige regelgeving niet. Een bericht klaarzetten, die dan door de HAP zou kunnen

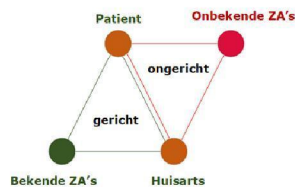
worden opgehaald als het nodig is, is juridisch elektronisch niet mogelijk. Dat is ook een vorm van raadpleegbaar maken van delen van het dossier. Binnen de Wabvz is dit een elektronisch stelsel waarvoor vooraf door de patiënt actief toestemming moet worden gegeven. Het gaat immers om het beschikbaar stellen van medische gegevens voor een 'nog onbekende, ongerichte' vraag.

In essentie komt de juridische toets er dan op neer te bepalen onder welke voorwaarden het juridisch wel mogelijk is een oplossing o.b.v. uitdrukkelijke toestemming ter plekke op HAP/SEH (/Ambulance) te realiseren, waarbij de toestemming *direct* ook het beschikbaar stellen door de huisartspraktijk regelt. De uitkomst, namelijk de betreffende voorwaarden, zijn input voor de uitwerking in de volgende fase.

3. Ontwerp keteninformatisering (waaronder technische oplossingen)

De Corona Opt-in is een tijdelijke technische oplossing. Voor de duurzame oplossing zal er een 'zorgservice' geregeld moeten worden, die invulling geeft aan de waarborgen. Dit is een functionaliteit, gerealiseerd door software, die op verschillende manieren, vanwege de dekkingsgraad ook hybride, kan worden ingericht: d.w.z. in het XIS kan worden opgenomen of als gemeenschappelijke voorziening kan worden aangeroepen.

Daartoe dienen **waarborgen** voor voldoende vertrouwen tussen patiënt, raadpleger en dossierhouder te zorgen. Ongericht beschikbaar stellen vergt namelijk zwaardere eisen aan de waarborgen dan gericht verstrekken.



Vertrouwen wordt gecreëerd door eisen aan de waarborgen:

- Toezicht
- Governance
- Afspraken
 - Adressering
 - Authenticatie
 - Standaardisatie
 - Verantwoording (logging e.d.)
 - Autorisatie
 - Lokalisatie
 - Uitwisseling
 - Toestemming

Twee soorten uitwisselingstopologieën zijn prominent aanwezig

1. Rechtstreekse uitwisseling tussen twee zorgaanbieders (uitwisselingssoftware in XIS).
 2. Uitwisselingen via een gemeenschappelijke dienst (waaronder ook valt uitwisselingssoftware).
- **deze bestaande hybride topologie moet ondersteund worden, zodat:**
 - zorgaanbieders samen met de XIS leveranciers de topologie keuze kunnen maken.
 - Waardoor het best passende model voor de zorg uiteindelijk het meest gebruikt zal gaan worden.
 - **Maak het mogelijk dat er los van de topologiekeuze 'zorgservices' ontstaan welke ingebouwd kunnen worden in:**
 - XIS of
 - Dienst (aanroepbaar voor XIS)
 - **Uniformeer en Normeer de 'zorgservices' zodat:**
 - Toestemmingen, autorisaties, uitwisselingen, lokalisaties beschikbaar zijn waar en wanneer dat nodig is ongeacht topologie keuze door zorgaanbieder en XIS leverancier.
 - Er interoperabiliteit ontstaat tussen services (van dezelfde soort).
 - Er marktwerking kan ontstaan (open speelveld).
 - Hergebruik bevordert wordt door standaardisatie en erkenning binnen de landelijke visie op informatie-uitwisseling geborgd in het IB, hergebruik derhalve ook over de grenzen van afsprakenstelsels en uitwisselingsstructuren heen gaat.

Binnen de uitgangspunten van de Taskforce en het gegeven advies:

- Kan er met slim hergebruik en aanpassingen van het AORTA stelsel met daarbinnen voorzieningen als LSP en Mitz;
- binnen 1 à 2 jaar;
- een realiseerbare oplossing worden geboden.

Voor het proces:

We willen van de situatie van:

- de Corona Opt-in (verhogen van het aantal toestemmingen, waardoor er van meer mensen de PS opvraagbaar is bij spoed in combinatie met de veronderstelde toestemming wanneer de patiënt geen toestemming meer kan geven.) via:

- Een technische oplossing die minder afhankelijk is van toestemming vooraf, naar:

- Het benoemen van conceptuele/ technische oplossingsrichtingen.

De laatste zijn echter nog niet vastgesteld. Onderweg werken we aan een oplossing. Onder meer door het inrichten van proeftuinen.

De oplossingen moeten volledig voldoen aan de juridische kaders.

In overleg met VWS moet worden gezien welke juridische belemmeringen opgeruimd moeten worden om tot elektronische gegevensuitwisseling bij spoed te kunnen komen.

Flankerende activiteiten buiten het kader van deze aanvraag

Het ongericht beschikbaar stellen, stelt hogere eisen aan de waarborgen dan gericht verstrekken. Waarborgen moeten er voor zorgen dat er voldoende vertrouwen is tussen patiënt, raadpleger (arts op HAP en/ of SEH) en dossierhouder (huisarts).

Een eerste stap (voorfase) is dat huisartsen blijven werken aan het verhogen van het aantal toestemmingen bij hun patiënten om de PS voor onbekend later gebruik bij spoedeisende situaties op de HAP en de SEH beschikbaar te krijgen. Dat kan ook met de materialen die voor de Corona Opt-in en bijvoorbeeld de griepvrij campagne zijn ontwikkeld, met de oproep aan patiënten om toestemming te geven voor het delen van de PS bij spoedeisende situaties via volgjezorg.nl.

Voor de wat langere termijn wordt onderzocht of de stapeling van wetgeving rond toestemming en het delen van informatie kan worden teruggebracht.

4. Bouw- en testfase

Na de ontwerpfasen volgt de bouw- en testfase, waarin zorginformatiesystemen en gemeenschappelijke voorzieningen zullen worden aangepast, waarin ook koppelingen met registers en overige gemeenschappelijke voorzieningen gelegd gaan worden, en waarin het geheel van deelnemende systemen getest en geaccepteerd zal gaan worden tegen de programma's van eisen van AORTA.

5. Implementatiefase

Tenslotte volgt de implementatiefase, waarin alle systemen gecoördineerd naar productie zullen worden gebracht, onder andere door het uitvoeren van enkele representatieve pilots in productie. Daarnaast zullen ook alle *combinaties* van systemen eerst worden beproefd in ketentesten voordat tot landelijke opschaling wordt besloten.

Aansluiting op de implementatie van de richtlijn acute zorg

De activiteiten gebeuren in afstemming met het programma GAZ dat in opdracht van InEen en de Patiëntenfederatie in samenwerking met Nictiz en VZVZ het landelijke programma voorbereiden. Nictiz en VZVZ faciliteren alle betrokken partijen met ontwerp, bouw en implementatie van alle overdrachten uit de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.

De [informatiestandaard acute zorg](#) zorgt ervoor dat wanneer je acute zorg nodig hebt, alle acute zorgverleners via hun eigen informatiesysteem, op voor iedereen begrijpelijke manier informatie aan elkaar overdragen. Met de informatie kan een arts zich voorbereiden en meteen handelen zodra de patiënt wordt binnengebracht.

Door de informatiestandaard en met inzet van alle betrokken partijen in de keten, is hier in een aantal jaren al veel bereikt. Op dit moment dragen alle ambulances informatie over naar de SEH-afdelingen, hoewel dat voor een groot deel nog via portalen gaat. Ook rapporteren ambulances over de geleverde zorg aan huisartsen en verwijzen huisartsenposten elektronisch door naar SEH's en meldkamers.

Eén van de speerpunten (doelen) voor de productgroep Acute Zorg in 2021 is het testen en realiseren van de inzage in medische gegevens uit het huisartsdossier door ambulancediensten en SEH's en het versturen van de rapportage naar de huisarts over de geleverde zorg.

6. Decharge

Het project is afgerond als *alle* betrokken systemen de gewenste oplossing hebben geïmplementeerd en beschikbaar kunnen stellen in productie aan *alle* betrokken zorgaanbieders.

Beschrijving van de met de activiteit na te streven doelstellingen, resultaten of producten

Het project verwezenlijkt de landelijk dekkende mogelijkheid tot opvraging van door de beroepsgroepen vastgestelde *huisartsinformatie* (need to know - principe) ten behoeve van spoedzorg.

De bij de spoedzorg betrokken zorgaanbieders, huisartsenposten, SEH's en ambulances, kunnen door *aantoonbaar* zich te houden aan de afspraken zoals vastgelegd in AORTA gegevens opvragen over de patiënt in de spoedsituatie bij de huisartsenpraktijk; de huisartsenpraktijk stelt deze bij bevraging direct beschikbaar.

De toestemming (voor beschikbaar stellen *en* opvragen) wordt gevraagd door de zorgverlener aan de patiënt in de spoedsituatie *voordat* daadwerkelijk gegevens worden opgevraagd.

Model B: Specificatie begrote kosten en financiering per activiteit
Bijlage bij formulier voor subsidieaanvraag

Activiteit: B **Toelichting begrotingsposten**

Personeel (uren x tarief per functieniveau) en materiekosten € 5.1.2b

Personeel (uren x tarief per functieniveau) € 5.1.2b

Hieronder vallen de inzet van :

Programma-, projectmanagement en ondersteuning,
 Stelselarchitecten, testcoördinatoren, ketenregisseurs, juristen, inkopers en data-analisten,
 Communicatie- en implementatieadviseurs, security-officers.

Uitgebreide cijfermatige toelichting en opbouw van de personeelskosten

Het intern tarief van VZVZ is € 5.1.2b per uur.

Het tarief voor de in te huren medewerkers is gemiddeld € 5.1.2b per uur.

Het gemiddelde tarief (intern/extern) gedurende het hele project is € 5.1.2b per uur.

Het projectteam bestaat gedurende het project uit gemiddeld 6 medewerkers, die gedurende een tot twee jaar gemiddeld 10 uur per week ingezet worden. Geschat wordt dat in totaal 4.500 uur wordt besteed. Totale personele kosten komen daarmee op € 5.1.2b

Fasering fase 2	taak	uren	kosten	
(juni - sept 2020)	Verkenningfase	Interviewronden/inventarisatie	50	
	Besluitvorming	Uitwerking juridische vragen	50	
		Eerste stelsel en architectuur (pre-propositie)	100	
		Management en ondersteuning	50	
Juridische fase	Juridisch advies	40	5.1.2b	
	(sept - nov 2020)	Vertaling naar stelsel en architectuur (propositie)		50
		Besluitvorming		20
Ontwerp	Management en ondersteuning	20		
		Conceptontwikkeling		200
	(dec - mrt 2021)	Impactanalyses		50
	Prototyping en POCs	100		

	Stelsel en architectuur (gereed voor bouw)	600	5.1.2b
	Management en ondersteuning	100	
Bouw en test	Inkoop / begeleiding bouw services	50	
(apr - sept 2021)	Test en acceptatie services	50	
	Begeleiding verbouw xissen	200	
	Test en acceptatie xissen	200	
	Aanpassing ketenstuurinformatievoorziening	100	
	Aanpassing communicatiemiddelen	100	
	Aanpassing informatiepunt	100	
	Management en ondersteuning	200	
Implementatie	organiseren en uitvoeren pilots	300	
(okt - dec 2021)	Vorbereiden landelijke uitrol	200	
	Implementatiebegeleiding en promotie	1000	
	Management en ondersteuning	300	
Afronding	Statusoverzicht projectdoelen	50	
(dec 2021)	Overdracht restwerkzaamheden aan lijn	100	
	Decharge	50	
	Management en ondersteuning	50	
Totaal		4500	

Materieel

5.1.2b

Het betreft met name kosten voor communicatie-campagne middelen.

Model B: Specificatie begrote kosten en financiering per activiteit
Bijlage bij formulier voor subsidieaanvraag

Activiteit: B Toelichting begrotingsposten

Overige kosten / kosten derden

c 5.1.2b

Specificatie van de overige kosten / kosten derden en kernachtige omschrijving

De binnen het stelsel voor informatie-uitwisseling betrokken systemen die aanpassingen behoeven, betreffen alle huisartsinformatiesystemen (11 in getal), alle huisartsenpostsystemen (4 in getal), alle spoedeisendehulp-systemen (6 in getal), de gemeenschappelijke voorzieningen binnen AORTA, zoals Autorisatieprotocollen, Online toestemmingsvoorzieningen, Lokalisatiediensten, Loggingsdiensten, Authenticatiediensten, Adresseringsdiensten, Routeringsdiensten. Voor deze laatste services wordt gestreefd naar het ter beschikking stellen van zowel een softwarevariant, te implementeren binnen het XIS, als een te benaderen gemeenschappelijke voorziening. Het betreft in de meeste gevallen aanpassing van bestaande functies binnen Aorta (optimaal hergebruik).

Uitgebreide cijfermatige toelichting en opbouw van de kosten

Fasering fase 2	taak derden	aantal	kosten
Verkenningfase (juni - sept 2020)	Participatie leveranciers (klankborden)		
Juridische fase (sept - nov 2020)	Participatie leveranciers (klankborden)		
Ontwerp (dec - mrt 2021)	Stelsel en architectuur (klankborden)		
	Impactanalyses leveranciers (klankborden)		
	Deelname prototyping en POCs		
Bouw en test (apr - sept 2021)	Inkoop / begeleiding bouw services		
	Lokalisatie service		
	Autorisatie- en authenticatieservice		
	Adresseringservice		
	Loggingservice		
	Toestemmingservice		
	Routeringservice		
	Integrale samenhang services, standaardisatie		
	Verbouw xissen		
	Huisartsinformatiesystemen	11	
	Huisartsenpostsinformatiesystemen	4	
	Ziekenhuisinformatiesystemen	5	
	Test en acceptatie xissen		
	Huisartsinformatiesystemen	11	
	Huisartsenpostsinformatiesystemen	4	
	Ziekenhuisinformatiesystemen	5	
Implementatie (okt - dec 2021)	Release naar productie		
	Inkoop / begeleiding bouw services		
	Lokalisatie service		
	Autorisatie- en authenticatieservice		
	Adresseringservice		
	Loggingservice		
	Toestemmingservice		
	Routeringservice		
	Integrale samenhang services, standaardisatie		
	Verbouw xissen		
	Huisartsinformatiesystemen	11	
	Huisartsenpostsinformatiesystemen	4	
	Ziekenhuisinformatiesystemen	5	
	organiseren en uitvoeren pilots	20	
	Vorbereiden landelijke uitrol		
	Implementatiebegeleiding en promotie		
Afronding (dec 2021)	Statusoverzicht projectdoelen per systeem		
	Decharge		

5.1.2b

Totaal		€	5.1.2b
--------	--	---	--------