

# Personalized & Customized Health

Provincie Groningen

SEPTEMBER 2017

**BEZOEKADRES** SER Noord-Nederland  
Leonard Springerlaan 23  
9727 KB Groningen

**TELEFOON** 050 526 71 92

**E-MAIL** [info@sernoordnederland.nl](mailto:info@sernoordnederland.nl)

**WEBSITE** [www.sernoordnederland.nl](http://www.sernoordnederland.nl)

**TWITTER** @ser\_nn

**POSTADRES** Postbus 481  
9700 AL Groningen

Aan  
Het College van Gedeputeerde Staten van Groningen

Groningen, 6 september 2017

Onderwerp Advies '**Personalized & Customized Health**'

Geacht College,

Door de decentralisatie van de ouderzorg naar gemeenten en de daarmee doorgevoerde bezuinigingen staan de provinciale beleidsdoelen om mensen langer gezonder thuis te laten wonen onder druk. Het lijkt erop dat de decentralisatieoperatie vooral een financiële kwestie is en nauwelijks gaat over kwaliteit van leven. Zeker in gebieden waar vergrijzing en ontgroening sterk voorkomen, zoals in grote delen van Groningen, is de leefbaarheid in het geding. Sociale innovaties, waarbij de burger (weer) centraal staat, zijn nodig.

In ons advies over de 'Personalized & Customized Health' in Groningen gaan we onder meer in op de hierboven geschetste problematiek. Het is ons een genoegen u hiermee het advies over de 'Personalized & Customized Health' in de provincie Groningen aan te bieden.

De burger (weer) centraal bij personalized & customized health is een belangrijk uitgangspunt in het advies. De waarschuwing van onder andere prof. van Meeteren (Topsector Lifescience & Health), dat je anders zeer waarschijnlijk kunt aansluiten in de rij van mislukte initiatieven, hebben we zeer ter harte genomen.

Het adviestraject heeft in hoge mate een procesmatige aanpak gekend, waarin gedurende het traject inzichten ontstonden die in het advies hebben geleid tot een viertal pijlers. Voor deze pijlers bestaat ook draagvlak. De pijlers zijn:

1. meer zorg in eigen omgeving;
2. Persoonlijk Gezondheidsomgeving (PGO);
3. ondersteunen mkb;
4. zorgonderwijs en scholing werkenden.

Inmiddels worden bij deze pijlers deels door initiatiefnemers eerste stappen gezet om tot invulling te komen.

We zien goede kansen om de ontwikkelingen/innovaties in het sociale domein te vertalen naar economische kansen. Dit bij elkaar brengen gaat echter niet vanzelf. In het speelveld van veel verschillende initiatieven en partijen is er meerwaarde door het vormgeven van regie, waarin partijen in het sociale én economische domein sterker met elkaar optrekken om sociale innovatie te realiseren. Uit de vele door ons gevoerde gesprekken en de georganiseerde bijeenkomsten kwam de noodzakelijke regie steeds naar voren als een belangrijk punt.


Het instellen van een regiegroep door de provincie Groningen is in onze ogen nodig om het beoogde lange-termijn-doel, mensen langer gezond thuis te laten wonen, te realiseren. In het advies doen we daarvoor een voorstel. Daarbij is het nodig dat de regiegroep een heldere opdracht meekrijgt en dat de te maken afspraken worden vastgelegd in een convenant.

Belangrijke elementen in de opdracht aan de regiegroep zijn voor het eerste jaar het maken van een strategische ontwikkelagenda (inclusief het opzetten/faciliteren van lokale en subregionale pilots, die de lange-termijn-visie inhoud geven) en het analyseren van de noodzakelijke ondersteuningsstructuur van waaruit de uiteindelijke staf- en secretariaatsfuncties worden vormgegeven. Om dit te bereiken is het volgens ons nodig om in het eerste jaar een adviesbureau in te schakelen die zijn sporen in dit werkveld heeft verdiend.

We benadrukken de noodzaak dat de regiegroep ook echt regie krijgt en daarin goed gefaciliteerd moet worden door onder andere de provincie, anders lopen we het risico op de zoveelste praatclub.

We vertrouwen erop met dit advies op goede wijze invulling te hebben gegeven aan de door u gestelde adviesvraag over personalized & customized health.

Hoogachtend,



Drs. Fr.C.A. Jaspers,  
Voorzitter



Drs. H. Bloupot,  
Algemeen secretaris

# Colofon

PUBLICATIE	september 2017
VASTGESTELD	21 juni 2017
PLAATS	Groningen
AUTEURS	Dhr. Drs. H. Bloupot Mw. F. Speerstra
ADVIESCOMMISSIE	Dhr. Dr. H. Velthuijsen (voorzitter) Dhr. F. Strolenberg Dhr. Drs. Sj. Galema
ADVIESVRAGER	Provincie Groningen
OPMAAK	IMAGO
FOTOGRAFIE	HealthHub Roden Piet den Blanken / Hollandse Hoogte Frank Muller / Hollandse Hoogte Stichting de Hoven shutterstock.com
CONTACT	Sociaal Economische Raad Noord-Nederland Postbus 481 9700 AL Groningen  050 - 526 71 92 info@sernoordnederland.nl www.sernoordnederland.nl



# Personalized & Customized Health

Provincie Groningen





# Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1	INLEIDING EN SAMENVATTING	5
HOOFDSTUK 2	ADVIESVRAAG EN AANPAK	7
2.1	Adviesvraag	7
2.2	Aanpak	7
HOOFDSTUK 3	KRITISCHE SUCCESFACTOREN EN AANBEVELINGEN	9
3.1	Gedeelde lange-termijn-visie	9
3.2	Stel de burger centraal	10
3.3	Samenwerking en regie	11
HOOFDSTUK 4	UITWERKING EN UITVOERING	15
4.1	Meer zorg in eigen omgeving	15
4.2	Persoonlijke Gezondheidsomgeving	15
4.3	Ondersteunen mkb	16
4.4	Zorgonderwijs, scholing werkenden en mantelzorgers	17
4.5	Kosten eerste jaar	17
HOOFDSTUK 5	TOT SLOT	19
BIJLAGE 1	GESPREKSPARTNERS	20
BIJLAGE 2	STAKEHOLDERSANALYSE	22







# Inleiding en samenvatting

Met deze nota voldoen wij aan het verzoek van de provincie Groningen om advies uit te brengen over het thema personalized & customized health, waarvoor we eind 2015 zijn benaderd. Naast dit onderwerp is verzocht om advies uit te brengen over het onderwerp duurzaam en innovatief bouwen. Dit advies, waarin de nadruk vooral lag op het levensloopbestendig, c.q. – behendig bouwen, is in oktober 2016 aangeboden aan de provincie. De adviesvraag over personalized & customized health ligt in zekere zin in het verlengde hiervan; ging het eerste advies vooral over de aanpassingen in de gebouwen, dit advies richt zich op persoonsgebonden zorginnovaties. Het is belangrijk om vanuit de inhoud en maatschappelijke vraagstukken invulling te geven aan de fysieke huisvesting.

De belangrijkste aanbeveling in dit advies is het instellen van een regiegroep door de provincie met partijen die én belang én doorzettingsmacht hebben bij de vormgeving van persoons- en klantgerichte zorg. Deze regiegroep (die vooral een aanjaagfunctie heeft) krijgt de opdracht om een gedragen lange-termijn-visie te ontwikkelen, waarbij de eigen regie van de burger centraal staat. Verder wordt gevraagd initiatieven los te trekken/te faciliteren, die een bijdrage leveren aan het beoogde doel. Gedacht wordt aan het ontwikkelen van een aanpak gericht op meer duurzame (ouderen-) zorg in de eigen omgeving door onder meer lokale en subregionale pilots te faciliteren, opzetten van een Persoonlijke Gezondheidsomgeving, facilitering mkb en scholing in de zorg. Stel voor het eerste jaar voldoende middelen beschikbaar om dit te vertalen in een strategische ontwikkelagenda. Voor de opzet van een regiegroep bestaat draagvlak bij relevante stakeholders. In samenspraak met de partners in de regiegroep worden de (niet vrijblijvende) afspraken vastgelegd in een convenant. Belangrijk is dat de regiegroep snel aan de slag gaat met concrete initiatieven.

Om het bovenstaande te realiseren hebben we drie kritische succesfactoren gedefinieerd, namelijk:

1. Een gedeelde lange-termijn-visie/-doelstelling over de wijze waarop gezondheid en zorg in Groningen vorm moet krijgen en de bijbehorende bestuurlijke strategische agenda.
2. Stel de (eigen regie van de) burger centraal en niet de technologie, het product of de dienst.
3. Bereidheid tot samenwerking en acceptatie regie. Samenwerken is niet hetzelfde als samen praten, het moet leiden tot samen presteren.

Hier hoort bij dat men elkaar iets gunt, elkaar durft te vertrouwen en regie accepteert (vormgeving van gemeenschappelijk 'eigenaarschap').

Ter realisering van deze drie kritische succesfactoren gelden verder de onderstaande randvoorwaarden:

- Deelname van zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten en de 'burger' (door nauwe aansluiting bij bestaande burgerinitiatieven) is randvoorwaardelijk. Zonder hun deelname wordt het lastig om de gevraagde aanpak van de provincie vorm te geven of de gedeelde lange-termijn-visie te realiseren. De door de provincie gevraagde schaa sprong kan alleen gemaakt worden als dergelijke partijen het belang ervan inzien en bereid zijn om te participeren en middelen ervoor beschikbaar te stellen (menskracht en/of geld).
- De te ontwikkelen initiatieven/pilots moeten onderdeel van de (lokale) samenleving zijn, zodat ook deze meebeweegt in de gewenste ontwikkeling.
- Financieringsafspraken en delen financiële risico's, waardoor financiële beperkingen kunnen worden weggenomen.
- Kennisdelen in publiek/private samenwerking.
- Keuze van de goede experimenten voor de schaa sprong.
- Beschikbaarheid snel internet (dit wordt inmiddels door de provincie gerealiseerd en blijft hier buiten beschouwing).

In het vervolg van dit advies zullen we beargumenteren hoe we tot dit advies zijn gekomen. Daarvoor staan we eerst stil bij de adviesvraag en de gevolgde aanpak om vervolgens in te gaan op de kritische succesfactoren en de daaraan te verbinden aanbevelingen.



# Adviesvraag en aanpak

## 2.1 Adviesvraag

*Een belangrijke opgave in Noord-Nederland is om - ondanks toenemende vergrijzing, bezuinigingen en krimp - de zorg in plattelandsgebieden kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit vergt meer preventie, maatwerk en zorg aan huis, waarvoor nieuwe zorgconcepten moeten worden ontwikkeld die worden ondersteund door slimme technologie en systemen. Het afgelopen decennium heeft Noord-Nederland fors geïnvesteerd in ontwikkeling van nieuwe kennis op het gebied van gezond ouder worden, alsmede in nieuwe hightech systemen en verwerking van big data. Via combinatie van deze sterkten is een schaa sprong in de ontwikkeling van slimme systemen voor decentrale zorg mogelijk. De ambitie van dit icoonproject 'nieuwe technologie voor decentrale zorg' is om met geïnteresseerde zorgaanbieders, bedrijven, gemeenten en financiers een ontwikkelomgeving te creëren waarin op basis van concrete behoeften van gebruikers maatwerkoplossingen worden ontwikkeld en getest, die vervolgens grootschalig worden toegepast en gefinancierd.*

*Gezien het grote aantal partijen en initiatieven dat een rol speelt, vragen wij aan de SER NN om in haar advies in beeld te brengen wat de kritische succesfactoren zijn om deze ontwikkeling van de grond te trekken. De SER NN dient in een interactief proces met relevante partijen te komen tot een zo concreet mogelijk advies dat gericht is op de uitvoering en dat wordt gedragen door partijen die de uitvoering tot een succes kunnen maken.*

## 2.2 Aanpak

Dit advies is interactief tot stand gekomen door het voeren van veel gesprekken met relevante partijen uit het bedrijfsleven, zorg (verzekeraar en zorgaanbieders) en overheid. We hebben dit gedaan door zowel individuele gesprekken te voeren als het organiseren van een aantal verdiepingsbijeenkomsten met relevante stakeholders. In bijlage 1 treft u een overzicht aan van onze gesprekspartners.

Duidelijk is geworden dat er veel partijen zijn met verschillende belangen die in wisselende samenstellingen deelnemen in overlegplatforms en projecten (zie ook bijlage 2).

Op basis van deze gesprekken en beschikbare documentatie over het brede onderwerp zorg en gezondheid hebben we de drie kritische succesfactoren en een

aantal randvoorwaarden geformuleerd, die voor het vervolg van dit advies relevant zijn en bepalend zijn voor de voorgestelde aanbevelingen.





# Kritische succesfactoren en aanbevelingen

In de inleiding (hoofdstuk 1) hebben we drie kritische succesfactoren benoemd, die we hierna toelichten met de daarbij geformuleerde aanbevelingen.

## 3.1 Gedeelde lange-termijn-visie

De provincie Groningen profileert zich als een 'man-made Blue Zone', een ambitie die zich uitstrekt tot de gehele leefomgeving van de inwoners. Deze door het Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN) geformuleerde ambitie (dat Noord-Nederland toegroeit naar een 'Blue Zone') met de daarbij gevolgde aanpak heeft internationaal de aandacht getrokken en van de Europese Commissie de erkenning gekregen met 4 Sterren Reference Site-status op het terrein van Healthy Ageing. Deze erkenning wordt gegeven aan regio's met de beste Healthy Ageing strategieën.

Deze ambitie vraagt een lange-termijn-benadering, waarbij verder wordt geconcretiseerd wat dit betekent in termen van onder meer langer én gezonder thuis wonen. Verder moet de provincie Groningen een omgeving worden waar de burger in staat is om regie te hebben over zijn/haar eigen gezondheid. Het in regie stellen van de burger leidt tot kwaliteitsverbetering van en meer efficiëntie in de zorg. De definitie van gezondheid houdt dus niet op bij de afwezigheid van ziekte, maar betreft ook welzijn en het goed kunnen functioneren in een steeds sneller veranderende maatschappij. En als mensen op hoge leeftijd toch zo kwetsbaar worden dat ze hulp nodig hebben en langzamerhand ook te zwak worden om deze hulp zelf te organiseren en ook te moe zijn om zelf de regie 24/7 te houden, dan is het belangrijk dat in de regio de vitalen de minder vitalen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven ondersteunen, met aanvullend professionele hulp en als dat thuis niet meer kan, dat er dan in de regio, zo dicht mogelijk bij het dorp waar mensen vandaan komen een verpleeghuis is.

Om minder vitaal zo zelfstandig mogelijk je te blijven redden zullen er ook compactere, beschutte woonsituaties moeten zijn/blijven voor ouderen of mensen met fysieke beperkingen, zodat mensen zo lang mogelijk zelf hun leven kunnen blijven organiseren.

De volgende drie pijlers zullen op zijn minst meegenomen moeten worden om de bovengenoemde visie uit te werken:

- De zorg moet toegankelijk zijn/blijven voor iedere inwoner van de provincie Groningen. Hiermee wordt de fysieke/technologische toegang van de zorg bedoeld, zoals het verkrijgen van zorg bij de mensen thuis, maar ook vergroting van de 'cognitieve toegang' tot de zorg. Dit houdt in dat men echt moet kunnen begrijpen wat er rond zijn/haar gezondheid speelt, zodat er bewust op kan worden geacteerd.
- Preventie moet een belangrijker onderdeel worden van de zorg.
- Gezond zijn moet veranderen naar zo goed mogelijk functioneren in de maatschappij. Het gaat ook om sociale participatie van bijvoorbeeld ouderen. Hierbij kan worden gedacht aan het mogelijk maken om langer te wonen in een vertrouwde omgeving. Sociale inclusie leidt tot gezondere en minder zorg consumerende burgers.
- De samenleving, bedrijvigheid, welzijn, dienstverlening moet inclusief georganiseerd worden (boodschappendiensten thuis voor mensen met een fysieke beperking; laagdrempelige haal- en brengdiensten, interactieve dorps/gemeenschapswebsites, etcetera).

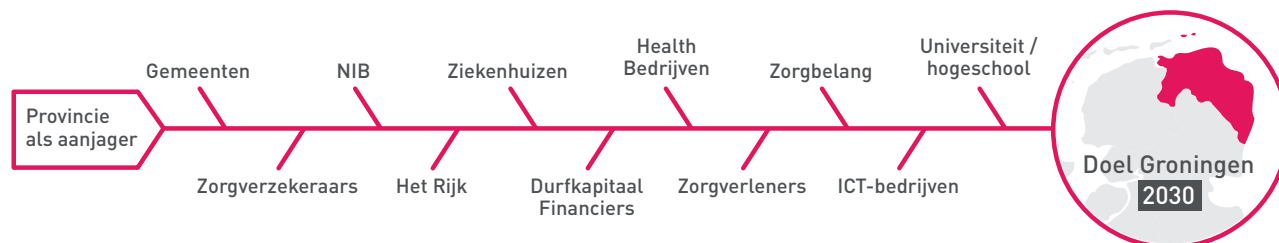
Hoewel er in Groningen veel verschillende initiatieven en partijen zijn die te maken hebben met kwaliteitsverbetering in de zorg en gezonder ouder worden (zie bijlage 2), hebben veel van deze initiatieven niet de middelen en capaciteit om daadwerkelijk een schaa sprong te realiseren. Een geheel van samenwerkende organisaties (ecosysteem), waarin een gezamenlijke focus wordt ondersteund door kennis, geld en macht, ontbreekt tot dusver. Zo'n ecosysteem is echter noodzakelijk om te komen tot een schaa sprong, die door individuele organisaties of bilaterale samenwerkingen niet te realiseren is. Door een aantal relevante stakeholders, die belang en doorzettingsmacht hebben, gemeenschappelijk een doel in Groningen te laten

<sup>1</sup> Er zijn gebieden waar mensen gemiddeld ouder worden dan elders. Deze gebieden zijn 'Blue Zones' genoemd. Die naam komt vanuit een samenwerking tussen National Geographic en een aantal wetenschappers, in 2004. Op een wereldkaart plakten zij blauwe sticker-tjes op de gebieden waar gemiddeld tien keer meer mensen 100 jaar worden dan in de Verenigde Staten. Die huidige Blue Zones zijn: Okinawa (Japan), Loma Linda (Californië), Nicoya (Costa Rica), Ikaria (Griekenland) en Sardinië (Italië).

uitwerken, kan verder invulling gegeven worden aan het ontwikkelen van een ecosysteem. Dit vraagt om koker overstijgende en langdurige samenwerking.

Verder is het belangrijk dat een overheid het proces aanjaagt. In internationaal perspectief gezien is gebleken dat regio's waar een ministerie voor gezondheid het proces stuurt, het succes van sociale innovatie groter wordt. Dit komt dikwijls doordat er een lange-termijn- doel wordt nagestreefd. Geadviseerd wordt dat de provincie deze rol als aanjager op zich neemt.

Het is van belang dat de relevante partijen (met doorzettingsmacht) op het terrein van gezondheid en zorg de urgentie onderkennen en bereid zijn om gezamenlijk toe te werken naar een gemeenschappelijk lange-termijn-doel en vervolgens dat doel leidend te laten zijn voor hun handelen. Onderstaande figuur illustreert de gezamenlijke aanpak.



FIGUUR 3.1 Stakeholders

Besef dat het gaat om een lange periode waarover partijen met elkaar (niet vrijblijvende) afspraken maken. Dit vraagt om duidelijke regie en zou moeten landen in een convenant. We komen hier later op terug.

De voorgestelde aanpak is niet louter één die de economische ontwikkeling stimuleert en faciliteert. Het gaat nadrukkelijk ook over vergroten van leefbaarheid door middel van sociaal innoveren. Langer gezond thuis wonen is meer dan alleen huizen in fysieke zin geschikt maken. Het is een gebiedsaanpak waar zorg op een andere wijze wordt ingericht in een aantrekkelijke woonomgeving. Dit sluit aan bij het SER NN advies 'Innovatief en Duurzaam Bouwen' (oktober 2016), waarin werd benadrukt aandacht te besteden aan levensloopbehendig bouwen.

Wij doen daarom de aanbeveling aan de provincie om te kiezen voor deze integrale aanpak van ontschotting van leefbaarheid en economie en de middelen voor deze twee sporen gecombineerd voor de ontwikkeling PCH in te zetten. Dit zou dan ook als smeerolie gebruikt kunnen worden voor mogelijke inzet van rijksmiddelen voor dit domein.

### 3.2 Stel de burger centraal

Het leidend beginsel moet zijn dat de burger in zijn/haar rol(len) van patiënt, burger, verzekerde, mantelzorger, consument en cliënt dé verbindende factor is tussen de diverse actoren in de zorg. Wie zorgdata op het niveau van het individu wil aggregeren en dus zorginformatiesystemen met elkaar wil verbinden, gaat als bron daarom uit van de zorgconsument en zijn/haar zorgvraag en persoonlijke zorggegevens. Alleen zodoende kan het persoonlijk belang van de burger/patiënt adequaat worden gediend. Omdat dit delen alleen kan slagen als tevens wordt voldaan aan de eisen van arts- en medewerkerstevredenheid, moet steeds rekening worden gehouden met de eisen en verlangens van de zorgverleners (Hans Kema, IkDus).

Wij onderschrijven bovenstaande formulering van het centraal stellen van de burger. Voor de voorgestelde aanpak heeft dit aan aantal consequenties.

In de eerste plaats moet in het vervolg van de uitwerking de burger vertegenwoordigd zijn, niet als een individu waaróver gesproken wordt, juist vooral als een partij waarméé gesproken wordt. De vraag is wie de burger in dit traject het beste kan vertegenwoordigen. Wij stellen voor dat Zorgbelang Groningen hiervoor benaderd wordt en gefaciliteerd wordt in de uitvoering. Deze organisatie kan ook, indien nodig, patiëntenorganisaties benaderen om deel te nemen aan toekomstige initiatieven die in het verdere traject worden ontwikkeld en uitgevoerd. Zorgbelang Groningen heeft aangegeven deze rol op zich te willen nemen. Belangrijk is dat burgerinitiatieven betrokken worden bij de voorgestane aanpak: zij denken wellicht progressiever!

In de tweede plaats leidt het centraal stellen van de inwoner tot een omkering in het denken over economische ontwikkeling met betrekking tot dit thema. De omkering houdt in dat niet de technologie leidend is, maar de lange termijn gezondheids- en zorgvraag. Prof. van Meeteren (topsector Life Science & Health) ondersteunt deze benadering: "Als niet de zorgvrager centraal staat, kun je met een initiatief als Personalized & Customized Health achteraan aansluiten in de rij van mislukte projecten." Deze waarschuwing is cruciaal voor het vervolg.

De economische potentie van deze aanpak voor het mkb in Noord-Nederland is dat men kan inspelen/volgen op de vraag die vanuit de markt komt (zorgverleners en zorggebruikers) en dat men hun productontwikkeling daarop kan afstemmen. Bedrijven worden ook gefaciliteerd hierop te anticiperen. De Noordelijke Innovation Board (NIB) steunt deze werkwijze.

In het proces van implementatie van innovaties in de zorg heeft de zorgprofessional een sleutelrol<sup>2</sup>. Enerzijds omdat patiënten pas gebruik maken van een nieuw zorgconcept, wanneer dit aangeraden wordt door de zorgprofessional. Anderzijds omdat zorgprofessionals belangrijke input kunnen leveren hoe een zorgconcept moet worden ingericht en op de hoogte moeten zijn hoe het moet worden gebruikt. Vaak is er een te groot verschil tussen hetgeen wat ontwikkeld wordt en wat daadwerkelijk kan worden gebruikt in de praktijk.

Op 19 januari 2017 is er een bijeenkomst met een aantal bedrijven uit de hoek van ICT en health geweest om te toetsen hoe zij tegen deze aanpak aankijken. De aanpak werd positief ontvangen, maar de bedrijven benoemden nog enkele belangrijke belemmeringen in het opschalingsproces. Hierop komen we later terug.

In de verschillende gesprekken en bijeenkomsten bleek dat de visie voor de lange termijn in termen van langer gezond thuis wonen breed wordt gedeeld<sup>3</sup>. De vraag hoe dit te operationaliseren naar korte-termijn-doelen was veel ingewikkelder en voor de verschillende partijen moeilijk te beantwoorden. Voor wat betreft het centraal stellen van de burger zijn we voor de komende vijf jaar tot de volgende meer operationele doelen gekomen:

- Het creëren van een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) waar 50 % van de inwoners van de provincie Groningen op aangesloten wordt.
- 20% van de laag complexe zorg in ziekenhuizen wordt verplaatst naar de thuissituatie, meer zorg in eigen omgeving dus. Dit is een beweging die al in gang is gezet en vanuit de benadering van personalized & customized health verder gestimuleerd kan worden.

Bij het onderdeel uitvoering (hoofdstuk 4) komen we op beide bovenstaande punten terug.

### 3.3 Samenwerking en regie

Een ontwikkelomgeving of ecosysteem ontstaat niet vanzelf. Daar is duidelijke regie voor nodig en daarvoor moet voldoende organisatiecapaciteit beschikbaar komen. Van groot belang is dat dit wordt gedragen

door de meest relevante stakeholders in de regio. Wij stellen voor dat een regiegroep wordt opgericht, die ervoor moet zorgen dat grofweg alle ontwikkelingen in de gezondheid en zorg ondersteunend zijn aan het gezamenlijke lange-termijn-doel. Daarnaast moet deze regiegroep toegankelijk zijn voor partijen die een zorginnovatievraag hebben en hulp nodig hebben in het opschalingstraject. Dit kan gaan om kennis, financiering, ondersteuning etcetera.

De provincie zien wij in de rol van aanjager/initiatiefnemer en hoeft geen deel uit te maken van de regiegroep. Het ministerie van VWS onderkent het belang van heldere regie in dit domein en lijkt bereid om dit proces mede te willen faciliteren. In ieder geval wil het ministerie graag betrokken worden bij de verdere verkenning en uitwerking; dergelijke regionale initiatieven van onderop vindt men belangrijk en men hecht veel waarde aan deelname van gemeenten en de inwoners. Het ministerie heeft verder aangegeven dat regelgeving geen belemmering mag zijn voor de voorgestelde ontwikkeling. Daar waar eventueel regelgeving knellend is bij de uitwerking van de voorgestelde aanpak wil men meewerken aan constructieve oplossingen.

Omdat er al veel samenwerkingsverbanden en -initiatieven op het gebied van gezondheid en zorg bestaan is het lastig om één van die partijen aan te merken als regievoerder (zie ook bijlage 2). Daarom hebben we voor deze aanbeveling over de regiegroep de benadering gekozen dat er geen samenwerkingsinitiatieven bestaan (fictieve nul situatie) en dat de regiegroep zonder 'historische belasting' moet worden opgebouwd. Deze regiegroep moet het speelveld van de zorg vertegenwoordigen. Dit betekent dat gemeenten, zorgverzekeraars, een paar bedrijven (Health & ICT), zorgverleners, kennisinstellingen, NIB en verstrekkers van risicodragend kapitaal vertegenwoordigd moeten worden in de regiegroep. Ook de eindgebruiker (burger/patiënt) krijgt via Zorgbelang Groningen een plek in de regiegroep. Belangrijke randvoorwaarde is dat partijen bereid zijn kennis te delen in de publieke private samenwerking. Als partijen voor de regiegroep worden benaderd, moet deze bereidheid worden getoetst.

Financiering in de zorg is complex en kent perverse prikkels met name waar het gaat om vergoeding van nieuwe oplossingen. Partijen die op lange termijn financieel profiteren van de omkering van de aanpak, dragen bij de start vaak niet bij aan de investeringskosten (gemeenten en zorgverzekeraars). Deelname van deze partijen in de aanpak is daarom cruciaal, maar lastig te organiseren. Geadviseerd wordt dat de provincie op bestuurlijk niveau een actieve rol speelt bij het benaderen van deze partijen, teneinde de gemeenten en zorgverzekeraars deelgenoot te laten zijn van de

<sup>2</sup> Nictiz eHealth monitor 2016.

<sup>3</sup> Zie ook: Briefadvies over Innovatief en Duurzaam Bouwen, SER Noord-Nederland, 21 september 2016.

voorgestelde aanpak. Aangezien de aanpak in eerste instantie de provincie Groningen betreft, is het logisch om Menzis hiervoor te benaderen.

De vraag hoe de gemeenten het beste in de voorgestelde aanpak kunnen worden betrokken is lastig te beantwoorden. Uit eerste gesprekken met vertegenwoordigers van de Vereniging van Groninger Gemeenten (VGG) is duidelijk geworden dat het belang van deelname van gemeenten wordt onderkend in de voorgestelde aanpak en de noodzaak ziet om deel te nemen. Ons voorstel is om daarvoor actief één van de Groningse gemeentebe-stuurders te benaderen en met het dagelijks bestuur van het VGG af te stemmen dat deze persoon deelneemt aan de regiegroep.

Zorgbelang Groningen is bereid deel te nemen aan de regiegroep en kan de noodzakelijke inbreng voor de eindgebruiker vertegenwoordigen. Ook kan deze organisatie helpen bij het opzetten van lokale gebruikersgroepen die mogelijk nodig zijn voor initiatieven op lokale schaal. Wellicht kan ook de Vereniging Groninger Dorpen hier een rol spelen. Vanuit de regiegroep zou dan actief bewaakt moeten worden dat de koppeling met het regionale mkb wordt gemaakt, zodat de bedrijven vanaf het begin betrokken worden bij deze ontwikkelingen en daarin actief mee kunnen denken. Het organiseren van de crossovers tussen het bedrijfsleven en de overheids- en zorgpartijen zijn nodig voor een goede invulling van benoemde randvoorwaarden 'Kennisdelen in publiek/ private samenwerking' en 'Keuze van de goede experimenten voor de schaalspog'.

We adviseren om voor de regiegroep een onafhankelijke voorzitter te zoeken met naam en faam in wereld van PCH, iemand die het gezag heeft om als ambassadeur te fungeren en de spreekwoordelijke deuren weet te openen. Laat dit in ieder geval in de opstartfase (1e jaar) ondersteunen door een ter zake kundig adviesbureau, zodat het te ontwikkelen inhoudelijke programma van een goede basis wordt voorzien. En neem in deze opdracht mee welke bestaande (cluster-)organisatie het beste deze regiegroep structureel kan ondersteunen. Daarbij is het ook wenselijk om inzichtelijk te maken in hoeverre de werkzaamheden van al die organisaties effectief en ondersteunend zijn aan de geformuleerde beleidsdoelen op het gebied van PCH. Om de onafhankelijkheid hierin te borgen stellen we voor om in ieder geval voor de eerste fase een adviesbureau van buiten de regio te benaderen.

Concreet wordt door de regiegroep de volgende opdracht aan een adviesbureau gegeven:

- Maak een strategische ontwikkelagenda, inclusief het opzetten/faciliteren van lokale en subregionale pilots, die de lange-termijn-visie inhoud geven.

- Analyseer de bestaande ondersteuningsstructuur en kom met een voorstel hoe van hieruit de uiteindelijke staffunctie en secretariaat van de regiegroep kan worden vormgegeven.
- Lever projectmanagement in de opstartfase voor de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (zie §4.2).
- Voer het secretariaat van de regiegroep in het eerste jaar.

Geef de regiegroep status door deze te laten oordelen over subsidieaanvragen op gebied PCH. Dit advies is zwaarwegend voor de toekenning van een eventuele financiële bijdrage. Tegelijkertijd monitort de regiegroep de ontwikkelingen omtrent PCH, onder meer door gebruik te maken van (permanente) vertegenwoordigingsgroepen van eindgebruikers.

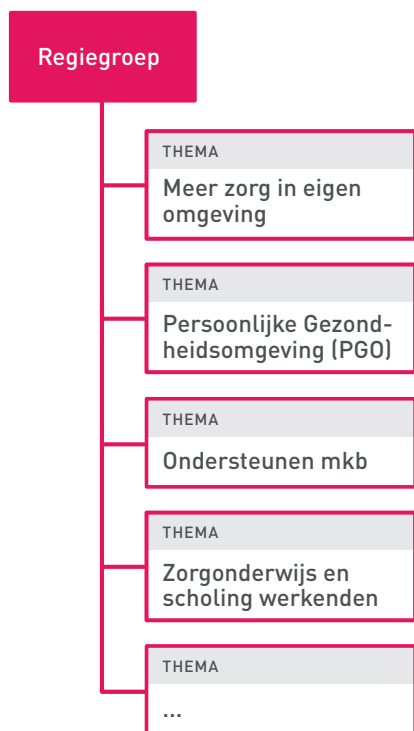
Op basis van de vele door ons gevoerde gesprekken en de resultaten uit de stakeholdersbijeenkomsten zijn we van mening dat in de te ontwikkelen strategische agenda in ieder geval de volgende thema's een plek moeten krijgen:

- meer duurzame (ouderen-)zorg in eigen omgeving;
- ontwikkelen Persoonlijke Gezondheidsomgeving;
- ondersteuning mkb;
- zorgonderwijs en scholing werkenden.

Voor deze thema's zouden afzonderlijke subgroepen moeten worden samengesteld met die partijen die als 'founding father' de beoogde ontwikkeling kunnen én willen realiseren. De subgroepen worden gesteund/ gefaciliteerd door de regiegroep en zijn daarin ook vertegenwoordigd. Na verloop van tijd kunnen door feitelijke realisatie of door nieuwe ontwikkelingen/ initiatieven subgroepen worden opgeheven of nieuwe worden samengesteld.

Deze vier thema's worden in het volgende hoofdstuk uitgewerkt. In de figuur op de volgende pagina wordt de voorgestelde structuur afgebeeld.





FIGUUR 3.2 Regiegroep

De provincie zien we als initiatiefnemer voor de regiegroep en zal in overleg met de beoogde voorzitter de samenstelling bepalen en de regiegroep instellen.

Wij adviseren om de te maken afspraken vast te leggen in een convenant, waarin in ieder geval de afspraken over de regiegroep zijn vastgelegd. Verder wordt vastgelegd hoe ieders bijdrage wordt vormgegeven, welke monitoringsafspraken worden gemaakt en hoe de (professionele) ondersteuning wordt geregeld.



# Uitwerking en uitvoering

In het vorige hoofdstuk zijn voor de eerste fase vier uitwerkingsthema's genoemd. Deze worden hierna toegelicht.

## 4.1 Meer zorg in eigen omgeving

Mensen zullen steeds meer zorg kunnen gebruiken en nodig hebben, zeker in gebieden waar vergrijzing sterk aanwezig is. Het zal lastig worden om alle zorg te leveren in ziekenhuizen en verzorgingstehuizen. Door gebruik te maken van beeldschermzorg en domotica zou in de komende vijf jaar 20% meer zorg thuis moeten worden geleverd. Uiteraard moet gekeken worden naar welk type zorg zich het beste kan verplaatsen naar een thuissituatie. Daar zijn al verschillende initiatieven voor. Zo hebben Menzis en het Martiniziekenhuis afspraken gemaakt over een aanpak om dit te realiseren. Vanuit de regiegroep (met name gemeenten en Zorgbelang Groningen) zou gestimuleerd en gefaciliteerd moeten worden om dit verder uit te bouwen door actieve lokale initiatieven los te trekken en die te ondersteunen, waarbij nadrukkelijk de samenwerking wordt gezocht met enkele relevante bedrijven in het betreffende segment.

Daarnaast bepleiten wij dat het initiatief 'Toekomstbestendige ouderenzorg in Groningen. Van een gezamenlijke opgave naar een gezamenlijke aanpak'<sup>4</sup> krachtig wordt ondersteund en gefaciliteerd door de betreffende overheden, rijk, provincie en gemeenten. De zorgvraag van een individu is in deze aanpak het uitgangspunt, het aanbod van de partijen sluit daarop aan. Het maatschappelijk belang is boven het eigen organisatiebelang gesteld. In de aanpak worden verblijfsvoorzieningen, dagbesteding en behandeling op verschillende manieren gepositioneerd. Dit betekent dat ouderen door goede ondersteuning thuis kunnen blijven wonen zolang dat verantwoord en veilig kan door goede samenwerking tussen gemeenten, corporaties, wijkverpleging en welzijnsorganisaties. De exacte organisatorische invulling is afhankelijk van de lokale context, waardoor in het ene gebied soms andere keuzes gemaakt worden dan in het andere. Er moet telkens sprake zijn van maatwerk. Van belang is verder dat noodzakelijke specialistische expertise voor de zorg vanuit een aantal regionale expertisecentra worden verzorgd.

<sup>4</sup> Een gezamenlijk initiatief van De Hoven, Zorggroep Meander, Zonnehuisgroep Noord, Dignis, Oosterlengte, Zorggroep Groningen, Woon-zorgcentrum Burgemeester Van Julsingha en Menzis.

Om bovenstaande aanpak goed te laten werken zouden ook gemeenten meer de onderlinge samenwerking moeten zoeken en ruimte moeten geven om voor een breder grondgebied dan de eigen gemeente creatieve zorginnovaties te ondersteunen. Dit geldt niet alleen voor het ouderendomein, zeker kan hier ook de relatie gelegd worden met de aanpak van gemeenten gericht op een integrale uitvoering van het sociale domein (participatie, WMO en jeugdhulpverlening). Hier kan en wil ook de ouderzorg een inbreng leveren, bijvoorbeeld in relatie tot jobcarving of gildesysteem om moeilijk plaatsbare jongeren en/of werkzoekenden op te leiden. Maar ook door bijvoorbeeld de inkoop van levensmiddelen aan te besteden bij het lokale bedrijfsleven met daarbij de afspraak dat zij banen creëren voor jongeren en werkzoekenden met een afstand tot de arbeidsmarkt. Er zijn nog nauwelijks gemeenten die in eigen huis de integratie van de drie taakvelden hebben gerealiseerd, laat staan dat de samenwerking tussen gemeenten royaal van de grond is gekomen. Hier ligt nog een belangrijke toekomstige uitdaging waar wij een coördinerende rol zien voor de provincie, daarin gesteund door de regiegroep.

Een sterke en betrouwbare digitale infrastructuur is hiervoor essentieel. 5Groningen van de Economic Board Groningen (EBG) maakt zich sterk voor een verbetering van de digitale infrastructuur in het aardbevingsgebied. Vanuit het 5Groningen programma zijn enkele initiatieven in relatie tot de zorg opgepakt. Ook op andere plekken is te zien dat men van onderop bezig is in te spelen op de veranderende zorg.

Met de EBG hebben wij ons advies afgestemd. De aanpak van het 5Groningen programma om pilots te doen met specifieke acties die de zorgsector zelf heeft aangedragen, is in lijn met de visie in dit advies. Deze pilots kunnen in de toekomst ingepast worden in het centrale initiatief.

## 4.2 Persoonlijke Gezondheidsomgeving

*De gezondheidszorg staat aan de vooravond van ingrijpende veranderingen waarbij het zwaartepunt van de zorg verschuift van 'processen en standaardbehandelingen' naar 'data en personalised medicine'. Gegevens spelen daarbij een cruciale rol, enerzijds in de vorm van big data als basis voor wetenschappelijk onderzoek en anderzijds in de vorm van individuele data als basis voor 'personalised medicine'*

*& health'. Door de kennis uit big data te combineren met individuele gegevens van een patiënt ontstaat de mogelijkheid van een geheel op de persoon afgestemde behandeling. Deze combinatie van gegevens heeft bovendien een voorspellende waarde voor de te verwachten gezondheid en brengt daarmee gerichte preventie binnen handbereik.*

*Ieder individu heeft een uniek gezondheidsprofiel dat in hoge mate bepaald wordt door intrinsieke factoren zoals genetische aanleg en de samenstelling van het microbiom, en door externe factoren zoals omgeving, lifestyle en voeding. Deze factoren (in samenhang) bepalen iemands potentiële gezondheidscurve. Het verloop van deze curve is per individu verschillend, verandert gedurende de tijd en is beïnvloedbaar.*

*Er is nog veel wetenschappelijk onderzoek nodig om de meest zinvolle (herstel)route te bepalen wanneer iemand afwijkt van zijn/haar potentiële gezondheidsprofiel. Dit geldt zowel voor preventie als voor interventie. Daarvoor zijn naast de gegevens uit de professionele zorg inmiddels ook vele eHealth en Quantified-self toepassingen beschikbaar die het individu zelf in staat stellen zijn optimale gezondheid te bevorderen. Het aandachtsgebied van de gezondheidszorg schuift daarmee op naar de terreinen lifestyle, voeding en de (sociaaleconomische) omgeving.*

*Het samenbrengen van deze veelheid van gegevens op individueel niveau én het vervolgens betekenisvol maken in de context van het individu, is een bijzondere en complexe uitdaging.*

*Een middel om deze uitdaging in te vullen is het gezamenlijk realiseren van een Persoonlijk Gezondheidsomgeving (PGO) door een aantal zorgpartijen, waarvan de burger eigenaar is. Deze Persoonlijke Gezondheidsomgeving kan de verbindende factor zijn tussen enerzijds de traditionele zorg (ziekenhuizen, fysiotherapeuten etc.) en anderzijds de nieuwe data-verzamelande producten en informele zorg. In die verbinding moet de patiënt/burger het centrale punt zijn en de regie voeren. Faciliteer een paar 'founding fathers' in deze ontwikkeling door bijvoorbeeld medefinanciering aan deze ontwikkeling. Een koppeling met LifeLines (als eerste klant) voor deze PGO zou het initiatief extra krachtig maken, nergens anders (in de wereld) heeft men de beschikking over een databestand waarin 170.000 mensen langdurig worden gevolgd in hun gezondheid.*

Op 16 januari 2017 is een bijeenkomst geweest om te toetsen hoe enkele relevante stakeholders in de regio hier tegenaan kijken en of ze bereid zijn om een langdurige en kokeroverstijgende samenwerking aan te gaan. Dit werd positief ontvangen, maar vraagt vanwege de complexiteit echter nog wel een nadere uitwerking.

We stellen als geoperationaliseerde doelstelling voor dat de Persoonlijke Gezondheidsomgeving binnen vijf jaar voor 50% van de inwoners van de provincie Groningen beschikbaar is. Enkele zorgverleners en een zorgverzekeraar zullen daarvoor de trekkende partijen moeten zijn. Wij stellen verder voor dat vanuit de op te zetten regiegroep en het daarvoor in te huren adviesbureau voor de ondersteuning in het eerste jaar ook capaciteit beschikbaar wordt gesteld voor het gemeenschappelijk procesmanagement voor dit initiatief.

#### 4.3 Ondersteunen mkb

Uit gesprekken met bedrijven (individueel en in de verdiepingssessies) kwamen de volgende belemmeringen naar voren. Veel bedrijven worstelen met het feit dat zorginnovaties veel maatschappelijke impact, maar regelmatig weinig economische impact hebben. Het verdienmodel ontbreekt dikwijls, waardoor het lastig is om na de periode van subsidie, zelfstandig te blijven bestaan. Daarnaast is het lastig om nieuwe zakelijke kansen realiseren en hebben veel bedrijven geen kennis over de ondoorzichtige regelgeving in de zorg. Daarnaast werd aangegeven dat door het grote aantal partijen in Groningen, die op enige manier verbonden zijn met de health-sector, het mkb moeilijk kan bepalen bij welke partij ze moeten aankloppen voor hulp.

Verder is het van belang dat ook de beschikbaarheid van durfkapitaal voor nieuwe toepassingen goed wordt georganiseerd. De kleinere bedrijven in de health en ICT-sector geven aan dat het lastig is om gebruik te maken van de huidige subsidieregelingen. Deze regelingen vragen, onder andere door de ervaren administratieve rompslomp, te veel tijd en geld van de bedrijven. Wij zien nog wel een uitdaging hoe deze regelingen te gebruiken voor innovaties in grote (zorg-)instellingen in samenwerking met de bedrijven.

VNO-NCW MKB Noord zou door middel van zogenaamde versnellingstafels het mkb willen ondersteunen in hun business development. Daarnaast wordt door de NIB aangegeven dat een zogenaamde Hackathon-aanpak, waarbij burgers met verschillende achtergronden en vanuit verschillende organisaties (gezond, ziek, ondernemer, wetenschapper, politicus etc.) met elkaar in gesprek gaan en op basis van co-creatie tot gemeenschappelijke oplossingen komen voor gesignaleerde ontwikkelingen of problemen. Wij zijn van mening dat beide werkwijzen ondersteuning verdienen.

Bron: interne notitie van Hans Kema, IkDus, voor de provincie Groningen, 21 december 2016.



Een andere manier van ondersteuning, is het organiseren van crossovers tussen Health- en ICT-bedrijven. Tot dusver zijn de werelden de bedrijven uit deze sectoren sterk van elkaar gescheiden. Dit werkt contraproductief. Het is van belang dat er crossovers ontstaan tussen Health- en ICT-sector, zodat deze verschillende takken elkaar kunnen versterken in de ontwikkeling van innovaties. Wij stellen voor dat de provincie Groningen haar netwerk benut en het initiatief neemt om samen met het VNO-NCW MKB Noord en/of NIB crossover-bijeenkomsten organiseert op het specifieke thema van personalized & customized health. Een faciliteit als de Proeftuin eHealth kan dit goed ondersteunen.

Tenslotte zien wij kansen voor het noordelijke mkb als grote zorgverleners en overheden in de regio in de rol van Launching Customers voor het mkb gaan fungeren. Dit wil zeggen dat zij innovatieve opdrachten wegzetten bij het regionale mkb en hen in de eerste fase helpen in de ondersteuning. Het vormgeven hiervan binnen de spelregels van mededinging zien wij als een mogelijke deelopdracht voor de regiegroep. Binnen de regiegroep zou het voortouw voor de uitwerking voor dit spoor bij de ondernemers moeten liggen.

#### 4.4 Zorgonderwijs, scholing werkenden en mantelzorgers

Een ander (noodzakelijk) spoor is het zorgonderwijs en de competenties van zorgprofessionals. Voor het gebruik van toepassingen in de zorg heeft de zorgprofessional een sleutelrol<sup>5</sup>. Enerzijds omdat patiënten pas gebruik maken van een nieuw zorgconcept, wanneer dit aangeraden wordt door de zorgprofessional. Anderzijds omdat zorgprofessionals belangrijke input kunnen leveren hoe een zorgconcept moet worden ingericht en op de hoogte moeten zijn hoe het moet worden gebruikt. Op dit moment zijn zorgprofessionals nog te onwetend over het bestaan van nieuwe zorgconcepten en hoe daar mee om moeten worden gegaan. Zorgprofessionals moeten 'anders kijken, anders leren en anders doen' aldus de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen<sup>6</sup>. Dit betekent dat in het zorgonderwijs ruime aandacht moet komen voor nieuwe ontwikkelingen en toepassingen. Niet alleen de toekomstige zorgprofessional moet hierin goed worden geschoold, ook voor de bestaande professionals moet nagegaan worden wat er nodig is aan bijscholing. Zorgplein Noord en de kennisinstellingen RuG en Hanzehogeschool kunnen door de regiegroep hierbij betrokken worden.

In de laatste jaren is veel betaalde (vaak lager geschoolde) arbeid als gevolg van bezuinigingen verdwenen, terwijl het werk dat nodig is voor de ondersteuning en zorg aan ouderen niet is verdwenen. Sterker nog: door de toenemende vergrijzing zal de vraag naar (mantel-)zorg alleen maar toenemen. Een deel van de mensen, die hun baan de afgelopen jaren hebben verloren, kunnen vervolgens wel in de sector aan de slag als vrijwilliger/ mantelzorger. Tegelijkertijd ontstaat er een enorm tekort aan hoger geschoolde opgeleiden in de zorg vanwege de toegenomen complexiteit. Het beeld is echter dat deze hoger geschoolde opgeleiden vaak ook werk verzetten dat evengoed door lager opgeleiden kan worden verzorgd. Kan er niet een aanpak gevonden worden waarbij door scheiding in functionaliteiten de hbo-er vooral hbo-werk doet en er weer ruimte komt om de traditionelere basiszorg aan en aandachtvragen van de ouderen te beleggen bij de "oude" werknemers, eventueel ondersteund met gerichte bijscholing? De regiegroep kan hier het voortouw nemen om samen met de provincie, gemeenten en Zorgplein Noord een aanpak hiervoor te ontwikkelen en mocht de bestaande regelgeving hiervoor knellend zijn, een zekere mate van burgerlijke ongehoorzaamheid te betrachten, immers de klant staat centraal (maatwerk) en niet de instituties of regelgeving.

#### 4.5 Kosten eerste jaar

De kosten voor het eerste jaar hebben alleen betrekking op de vormgeving van de regiegroep, de te benoemen voorzitter en de ondersteuning door een adviesbureau (opzetten programma en convenant, analyse bestaande structuur, secretariaat). In het eerste jaar is naar onze inschatting inzet van de voorzitter nodig voor één dag per week, daarna kan één dag per twee weken volstaan. De opdracht aan een adviesbureau voor de eerste fase vraagt naar onze inschatting ongeveer een half jaar en hiertoe zou een aantal ter zake deskundige bureaus gevraagd kunnen worden te offrenen. In de opdracht aan de regiegroep voor het eerste jaar wordt meegegeven om het convenant voor te bereiden, waarin ook de afspraken tussen de deelnemende organisaties en de ieders inbreng wordt vastgelegd.

<sup>5</sup> Nictiz. eHealth monitor 2016.

<sup>6</sup> Commissie Innovatie Zorgberoepen en Zorgopleidingen. *Anders kijken, anders leren, anders doen*. 17-11-2016.



# Tot slot

Wij stellen voor dat de uitwerking van het voorgaande in eerste instantie op Groningen wordt gericht. Hierbij tekenen we aan dat voor de langere termijn een noordelijke aanpak voor de hand ligt. Gebruik de ervaringen in Groningen om het te laten groeien naar de twee andere noordelijke provincies.

Wij beseffen dat er nog de nodige obstakels te overwinnen zijn, maar dit mag niet de reden zijn om deze uitdaging niet op te pakken. Begin met die partijen die het belang van de gezamenlijke aanpak inzien ('coalition of the willing'). Dat geldt zowel voor de samen te stellen regiegroep als de daaronder te formeren subgroepen. Wanneer de wil er is om gezamenlijk deze uitdaging aan te gaan, kunnen de obstakels gezamenlijk worden aangepakt.

# Gesprekspartners

Aanhef	Voornaam	Achternaam	Organisatie
Dhr.	J. (Jan)	Alma	Philips
Dhr.	J.D.	Berg	Huisarts Wedde
Dhr.	C. (Cid)	Berger	Lentis
Dhr.	R. (Robert)	Blokzijl	Level Up assist
Dhr.	D. (Daan)	Bultje	HANNN
Dhr.	P. (Patrick)	Brouns	Provincie Groningen
Dhr.	H. (Harjan)	Dam, van	Certe
Dhr.	J. (Jan)	Degenhart	Healthhub Roden
Dhr.	P. (Peter)	Drenth	Zorggroep Groningen
Dhr.	E. (Eelco)	Eikenaar	Provincie Groningen
Mw.	M. (Marian)	Feitsma	CMO STAMM
Mw.	V. (Victorine)	Graaf, de	Hanzehogeschool
Mw.	B. (Barbera)	Greef, de	Menzis
Mw.	J. (Janine)	Groeneveld	Menzis
Mw.	O. (Oetra)	Gopal	Gemeente Hoogezand-Sappemeer
Dhr.	T. (Thijs)	Helfrich	Wildsea
Dhr.	H. (Henk)	Hindriks	Healthhub Roden
Dhr.	W. (Wim)	Hodes	Stichting Gerrit
Dhr.	D. (David)	Holwerda	Reconcept
Dhr.	E. (Erik)	Jippes	Triade
Mw.	K. (Karin)	Kalverboer	ZIF
Mw.	R. (Renate)	Kamphuis	Zorggroep de Meander
Mw.	D. (Denisa)	Kasova	NIB
Dhr.	H. (Hans)	Kema	IkDus
Dhr.	E. (Edwin)	Klok	Zorgbelang Groningen
Dhr.	G. (Gerard)	Lenstra	NOM
Dhr.	N. (Nico)	Meeteren, van	Topsector LSH



<b>Aanhef</b>	<b>Voornaam</b>	<b>Achternaam</b>	<b>Organisatie</b>
Dhr.	F. (Frank)	Mennega	Provincie Groningen
Dhr.	C. (Chris)	Mulder	VDL Wientjes
Dhr.	H. (Harry)	Nienhuis	Menzis
Mw.	J. (Janny)	Nijlunsing	Stichting de Hoven
Dhr.	G. (Gert)	Noordhoff	Provincie Groningen
Dhr.	H. (Hans)	Praat	NOM
Dhr.	J. (Jan)	Post	Philips
Dhr.	J. (Jan)	Sikkema	UMCG
Dhr.	J. (Jürgen)	Visser	Reconcept
Dhr.	T. (Ton)	Vries	Syncom
Dhr.	G. (Giel)	Vries, de	Noorderpoort
Dhr.	A. (Alfred)	Welink	VNO NCW Noord
Dhr.	H. (Harm)	Wesseling	Martini Ziekenhuis
Dhr.	E. (Egbert)	Wiltens	Hanzehogeschool (CoE Healthy Ageing)
Dhr.	J. (Johannes)	Wolters	Lode Holding

# Stakeholdersanalyse

Binnen het domein personalized & customized health bevinden zich veel verschillende partijen in Noord-Nederland. In deze stakeholdersanalyse is bewust gekozen om niet te beperken tot alleen de provincie Groningen, omdat er in Drenthe en Friesland enkele noemenswaardige clusterorganisaties zijn. Deze partijen hebben dikwijls vergelijkbare doelen, maar soms een ander middel om tot deze doelen te komen. De constatering is dat er tussen de verschillende partijen genoeg wordt gesproken, maar te weinig nog wordt samengewerkt.

Hier onderstaan de verschillende partijen dikgedrukt. De schuingedrukte partijen vallen onder of hebben via een andere constructie te maken met de bovenstaande partij.

- **Centre of Expertise Healthy Ageing (CoE HA)**  
*Hanzehogeschool, UMCG, RUG, NHL Hogeschool, Hogeschool Van Hall Larenstein, Stenden Hogeschool en de noordelijke roc's, bedrijven*
- **Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN)**  
*Drie noordelijke provincies, UMCG, RUG, hogescholen, bedrijven*
- **Zorg Innovatie Forum (ZIF)**  
*41 stakeholders, kennispartners en partners in het sociaal domein & jeugdn netwerk*
- **Innovatiecluster Drachten**  
*Bedrijven & kennisinstellingen: RUG, UTwente, NHL hogeschool, Hanzehogeschool Groningen etc.*
- **Health Hub Roden**  
*Hanzehogeschool Groningen, Provincie Drenthe, Samenwerkingsverband Regio Groningen Assen, Gemeente Noordenveld, UMCG, HANNN, roc's, bedrijven*
- **Sensor City Assen**  
*Financiering: ministerie van EZ, SNN*
- **Noordelijke Innovation Board (NIB)**
- **Springboard 2.0 (TCNN)**  
*Bestuur & RvA: VNO-NCW MKB Noord, RUG, Van Hall, NOM, Koninklijke Metaalunie.*
- **Health i Port**  
*Menzis, Siemens, Hanzehogeschool Groningen, Alfa-College, Menzis*
- **Life Cooperative**  
*Mkb in Noord-Nederland*
- **Stichting Gerrit**  
*Heel veel zorgverleners in Noord-Nederland zijn verbonden aan Stichting Gerrit*
- **Triade**  
*Gelieerd aan UMCG*
- **Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)**
- **Philips**
- **Certe**
- **Martini ziekenhuis**
- **Menzis**
- **Lentis**
- **Gemeenten**

## Korte omschrijving van alle stakeholders

### Centre of Expertise Healthy Ageing

Een publiek-private samenwerking voor innovatie in zorg & welzijn en onderwijsvernieuwing. In de innovatiewerkplaatsen van het CoE HA werken onderzoekers, docenten, studenten, bedrijven en zorg- en welzijnsinstellingen gezamenlijk aan oplossingen voor actuele problemen in de zorg en welzijn.

## **HANNN**

Het bij elkaar brengen van alle ingrediënten en partijen op het gebied van Healthy Ageing. Dit met als doel nieuwe producten, diensten en concepten tot stand te brengen die een bijdrage leveren aan gezonder ouder worden.

## **Life Cooperative**

LifeScience en Medische Technologie georiënteerde mkb verenigt zich in de Life Cooperative om overheden en onderzoeks-, kennis- en onderwijsinstellingen in beweging te krijgen. Gezamenlijk ontwikkelt Life Cooperative onderzoeks-, ontwikkelings- en aanbodketens die resulteren in efficiënte innovaties.

## **ZIF**

Het Zorg Innovatie Forum wil zich door middel van samenwerking met zorgaanbieders, verzekeraars, instelling uit het sociale domein, woningbouwcorporaties en kennisinstellingen om de zorg kwalitatief beter en goedkoper te organiseren.

## **UMCG**

Zorgverlener met als speerpunt Healthy Ageing. In samenwerking met andere kennisinstellingen en met bedrijven wil het UMCG onderzoeken hoe we gezond en actief ouder kunnen worden.

## **Philips**

Internationaal opererend bedrijf dat zich steeds meer wil richten op de Health industrie.

## **Innovatie Cluster Drachten**

Een internationaal werkend ecosysteem van samenwerkende High Tech bedrijven en kennisinstellingen die vooroplopen met innovaties.

## **Health Hub Roden**

Kennisinstellingen, bedrijven en overheid werken samen aan onderzoek en innovatieve oplossingen op het gebied van medische technologie en gezond ouder worden.

## **Sensor City Assen**

Sensor City is een project waarin een stedelijk meetnetwerk is gerealiseerd waarmee verschillende, praktisch bruikbare, toepassingen van complexe sensorsystemen kunnen worden ontwikkeld.

## **NIB**

Noordelijke Innovation Board richt zich op het ontwikkelen van innovaties die zowel economisch als maatschappelijk een impact hebben voor het Noorden.

## **Springboard 2.0**

Een regionaal platform waarin bedrijven en kennisinstellingen samenwerken om onderscheidende en concurrerende medische concepten te ontwikkelen.

## **Triade groep**

Een netwerkorganisatie die onderzoekers en (startende) ondernemers ondersteunt bij de ontwikkeling van producten, administratie, huisvesting en financiering. Triade richt zich met name op het gebied van health.

## **Stichting Gerrit**

Stichting Gerrit richt zich op zorginnovatie en dan met name op het stimuleren en faciliteren van de regionale zorgcommunicatie met als doel optimale kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Stichting Gerrit vervult een drietal rollen: samenwerkingsplatform, dienstverlening en projectleider/ondersteunend.

Organisatie	Kennisdelen	Business development	Platform/ netwerk	Zorgverlener	Productie	Innovatie/ onderzoek	Financiering zorg
CoE Healthy Ageing	X	X	X			X	
HANNN	X	X	X				
Life Cooperative		X	X				
ZIF		X	X				
UMCG	X			X			
Philips					X	X	
IC Drachten	X	X	X		X	X	
Health Hub Roden	X	X	X			X	
Sensor City Assen	X	X				X	
Triade		X	X				
NIB							
Springboard 2.0 (TCNN)	X	X	X				
Health i Port			X			X	
Certe				X			
Stichting Gerit	X		X			X	
Menzis							X
Martini ziekenhuis				X		X	
Lentis				X			
Gemeenten							X



