STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

# Kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning


Fien Buelens[1]
Tom Seymoens[2]
Jana Verplancke[2]
Tom Van Daele[1]

[1] Thomas More-hogeschool

[2] Arteveldehogeschool



September 2025 – Rapport 43

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Publicatie nr. 2025/09
SWVG-Rapport 43
Titel rapport: Kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning

Promotor: dr. Tom Van Daele[1]
Onderzoekers: Fien Buelens[1], Tom Seymoens[2], & Jana Verplancke[2]

[1] Thomas More-hogeschool
[2] Arteveldehogeschool

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

**Het consortium SWVG**

| *Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur* | |
|---|---|
| **KU Leuven** | |
| · LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy | Prof. dr. Anja Declercq<br>Prof. dr. Koen Hermans |
| · Instituut voor Sociaal Recht | Prof. dr. Johan Put |
| · HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving | Prof. dr. Tine Van Regenmortel |
| **UGent** | |
| · Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg | Prof. dr. Ann Van Hecke |
| · Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie | Prof. dr. Jeroen Trybou |
| · Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management | Prof. dr. Bram Verschuere |
| **Vrije Universiteit Brussel** | |
| · Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen | Prof. dr. Dominique Verté |
| **Universiteit Antwerpen** | |
| · Faculteit Sociale Wetenschappen | Prof. dr. Koen Decancq |
| *Partnerinstellingen* | |
| **Universiteit Hasselt** | |
| · Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen | Prof. dr. Wim Pinxten |
| **Thomas More Hogeschool** | |
| · Unit Mens & Welzijn | Dr. Peter De Graef |
| **Arteveldehogeschool** | |
| · Sociaal Werk | |
| **Hogeschool Gent** | |
| · Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn | |
| **UC Leuven-Limburg** | |
| · Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation | |
| **Karel De Grote hogeschool** | |
| · Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening | |
| **Hogeschool PXL** | |
| · Expertisecentrum PXL Social Work Research | |
| **Odisee co-hogeschool** | |
| · Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk | |
| **KeFor** | |
| · Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg | |
| *Coördinatie en secretariaat* | |
| Coördinator SWVG | Dr. Kathleen De Cuyper |
| Administratieve ondersteuning | Manuela Schröder<br>Lut Van Hoof |

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

**Rapport 43** **September 2025**

# Kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning

Onderzoekers: Fien Buelens[1], Tom Seymoens[2], & Jana Verplancke[2]
Promotor: dr. Tom Van Daele[1]

[1] Thomas More-hogeschool
[2] Arteveldehogeschool

## Samenvatting

In het kader van de toenemende digitalisering binnen de sectoren van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) is de vraag naar duidelijke kwaliteitscriteria voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning sterk toegenomen. Zowel bij beleidsmakers, als bij medewerkers in zorg en ondersteuning, organisaties in zorg en ondersteuning, en ontwikkelaars leeft de nood aan een kader dat richting geeft aan het gebruik en de ontwikkeling van digitale technologieën. Het gaat hierbij niet alleen om medische toepassingen, maar ook om toepassingen in het hele beleidsdomein WVG.

De aanleiding voor dit onderzoek is tweeledig. Enerzijds de versnippering van bestaande en steeds nieuwe richtlijnen, normen en wetgevingen met betrekking tot digitale toepassingen. Anderzijds de vaststelling dat kleine(re) organisaties moeite hebben om deze richtlijnen, normen en wetgevingen te bevatten en hieraan te voldoen. Het onderscheid tussen medische en niet-medische toepassingen is bovendien vaak onduidelijk. Dit alles bemoeilijkt een breed gedragen en structurele kwaliteitsverankering binnen de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de verschillende sectoren van WVG.

Het onderzoeksproject vertrok vanuit de ambitie om een geïntegreerd kwaliteitskader te ontwikkelen dat bruikbaar is voor verschillende doelgroepen: beleidsmakers, organisaties, professionals en ontwikkelaars. Het kader moest enerzijds minimale kwaliteitsvereisten formuleren die gelden als ondergrens voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning, en anderzijds een groeipad aanbieden met optimalere vereisten. Het kader moest eveneens vertaald worden naar een praktisch inzetbaar instrument dat gebruiksklaar is voor de praktijk.

De ontwikkelingsfase van het kwaliteitskader kende een gefaseerde opbouw. Het onderzoeksteam startte met een brede omgevingsanalyse waarin via literatuuronderzoek en interviews met beleidsmedewerkers werd onderzocht welke criteria en verwachtingen reeds aanwezig zijn. Er werden

279 relevante bronnen geanalyseerd – variërend van wetenschappelijke publicaties en internationale normen tot beleidsdocumenten en sectorale richtlijnen. Daarnaast vonden er tien diepte-interviews plaats met personeelsleden van het Departement Zorg. Meer bepaald waren dit zeven personen van Departement Zorg (o.a. uit de teams e-gezondheid, preventief gezondheidsbeleid, eerste lijn, welzijn, gezondheidsbevordering, geestelijke gezondheidszorg en psychosociale revalidatie), één persoon van Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en één iemand van Agentschap Opgroeien.

Op basis van de inzichten uit deze fase werden drie pijlers voor het kader geïdentificeerd: technologie, organisatie en professional. Deze werden respectievelijk gebaseerd op drie bestaande referentiekaders: ISO/TS 82304 – 2 2021 Health software – Part 2 Health and wellness apps (International Organization for Standardization, 2021), het Health Technology Assessment Core Model – onderdeel organisaties (Kristensen et al., 2017) en het competentiekader voor sociaal-agogische professionals van Bocklandt et al. (2025). Elk van deze kaders werd verder aangepast en uitgebreid op basis van input uit de interviews en aanvullende literatuurbronnen, zodat de drie pijlers optimaal gecontextualiseerd werden naar de context van het Vlaamse beleidsdomein WVG. Deze aanpassingen werden ook systematisch bijgehouden zodat het transparant blijft waar er wordt afgeweken van de oorspronkelijke referentie-kaders.

Om het kader inhoudelijk te onderbouwen en te valideren, werd een uitgebreide Delphi-studie opgezet. 87 experten uit vijf domeinen (gebruikers, facilitators, ontwikkelaars, juridische en deontologische experts, en specialisten in digitale inclusie) werden uitgenodigd, waarvan 54 effectief deelnamen. Over vier rondes, gespreid over negen maanden, werd input verzameld over de relevante criteria, de verdeling over de drie pijlers, en het belang van elk criterium. Er werd dus niet alleen gevraagd naar inhoudelijke criteria, maar ook naar de manier waarop deze criteria geprioriteerd konden worden, hoe ze zich verhouden tot elkaar binnen de drie pijlers van het kader, en in welke mate ze als minimaal, optioneel of overbodig beschouwd worden door de betrokken experten. Tot slot werd er ook nog input gevraagd over de ontwikkeling van een afgeleid praktijkinstrument.

Na de Delphi-studie volgden aanvullende focusgroepen en interviews met stakeholders uit het werkveld. Tijdens deze gesprekken werd nagegaan hoe duidelijk, toepasbaar en haalbaar het voorgestelde kader was. De deelnemers varieerden van stuurgroepleden en ICT-ontwikkelaars tot medewerkers in zorg en ondersteuning. De feedback leidde tot concrete bijsturingen in de formulering van criteria, de structuur van het kader en de ondersteunende toelichting bij de drie pijlers. In samenwerking met Collectief Duidelijk werd het kwaliteitskader herwerkt om leesbaarder en toegankelijker te zijn voor professionals met minder affiniteit met digitale thema's.

Het uiteindelijke kwaliteitskader bevat een duidelijke structuur met inleidende visietekst en omkadering en differentiatie tussen minimale en optionele criteria binnen drie pijlers. De criteria bestrijken onder meer domeinen zoals dataveiligheid, GDPR-conformiteit, toegankelijkheid voor kwetsbare groepen, digitale inclusie by design, gebruiksvriendelijkheid, juridische verantwoordelijkheid, visieontwikkeling binnen organisaties, professionele attitude en opleiding. Tot slot werd ook de vormgeving geoptimaliseerd in samenwerking met Toast Confituur om de leesbaarheid van het kwaliteitskader te verhogen.

Om het kwaliteitskader ook daadwerkelijk werkbaar te maken voor organisaties, werd een toetsingsinstrument ontwikkeld in Excel-formaat. Dit instrument laat organisaties toe om zichzelf te evalueren op basis van de drie pijlers, met begeleidende toelichtingen, scoringsmogelijkheden en advies

op maat. Het instrument werd uitgetest en verfijnd via drie piloottesten: PARKOUR (een jongerenplatform van de Vlaamse overheid in pilootfase), Ebergiste (VR-toepassingen voor personen met een beperking), en OnlinePsyHulp (therapeutische programma's gericht op mentale gezondheidsbevordering). Deze drie cases werden gekozen omwille van hun variatie in doelgroep, technologie en toepassingscontext. Na elke piloot werd het toetsingsinstrument aangepast op basis van concrete feedback uit focusgroepen met betrokken medewerkers, zoals IT-verantwoordelijken, medewerkers in zorg en ondersteuning en beleidsmedewerkers.

Naast het inhoudelijke kader en het toetsingsinstrument werden er ook governance handvaten ontwikkeld. Dit model biedt houvast voor een duurzame en gedragen implementatie van het kwaliteitskader op lange termijn. Op basis van literatuur, interviews en overlegmomenten werd een model uitgewerkt met zes functionele rollen: regulator, toezichthouder, ondersteuner, communicator, participator en realisator. Elke rol heeft een specifieke verantwoordelijkheid binnen het beleid, toezicht, communicatie, ondersteuning en participatie, en draagt zo bij aan de duurzame implementatie en verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader in de praktijk.

Het governance-model erkent het belang van differentiatie volgens risicoprofiel, maturiteit en schaal van de digitale toepassing. Daarnaast wordt gepleit voor een gefaseerde en stimulerende vorm van toezicht, met ruimte voor bijsturing en leereffecten. Sectoroverschrijdende samenwerking en kennisdeling zijn essentieel om versnippering te vermijden en brede gedragenheid te stimuleren. Een verankering in bestaande beleidskaders, zoals het Vlaamse kwaliteitsdecreet, is wenselijk om het draagvlak te verhogen.

Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat er brede consensus en draagvlak is voor een kwaliteitskader dat rekening houdt met de realiteit van het werkveld en technologische ontwikkelingen. Het kader helpt overheden en inspectie-instanties bij het vormgeven van beleid en toezicht. Voor het werkveld biedt het een structuur om het eigen digitale aanbod te evalueren en bij te sturen. Voor ontwikkelaars verschaft het duidelijkheid over verwachtingen en verplichtingen. En voor opleidingen biedt het een uitgangspunt om toekomstige zorg- en welzijnsprofessionals te vormen in het kwaliteitsvol gebruik en de kritische evaluatie van digitale toepassingen.

**Inhoud**


**Situering en onderzoeksdoelstelling** **9**

**Hoofdstuk 1 Omgevingsanalyse** **13**

1 Literatuurstudie

2 Interviews met domeinexperten

**Hoofdstuk 2 Kaderontwikkeling** **15**

1 Delphi-studie 15

1.1 Eerste fase 15

1.2 Tweede fase 16

1.3 Derde fase 16

1.4 Vierde fase 17

2 Focusgroepen en interviews 22

3 Kwaliteitskader 23

**Hoofdstuk 3 Ondersteunend instrument** **25**

1 Pilot 1: PARKOUR 25

2 Pilot 2: Ebergiste 25

3 Pilot 3: OnlinePsyHulp 26

4 Zelfevaluatie instrument 26

**Hoofdstuk 4 Governance** **27**

1 Doelstelling en methodologie 27

2 Literatuurstudie en conceptuele verkenning 27

3 Verdieping op basis van input uit de focusgroepen 29

4 Input focusgroep beleid en finalisering 30

**Hoofdstuk 5 Disseminatie** **33**

1 SWVG steunpuntmeeting 2024 33

2 Stuurgroep eBeleid 33

3 Netwerk Bandbreedte 33

4 Blender 2025 33

**Referenties** **35**

**Bijlagen** **37**

Bijlage 1 Literatuuroverzicht ontwikkeling kwaliteitskader 37

Bijlage 2 Kwaliteitskader voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning 59
Bijlage 3 Toetsingsinstrument 105
Bijlage 4 Governance 147

# Situering en onderzoeksdoelstelling

Vanuit het werkveld, bij ontwikkelaars en in de entiteiten van het beleidsdomein WVG zijn er geregeld vragen over de (minimale) vereisten voor de ontwikkeling of het gebruik van ICT-technologie in het kader van een digitaal aanbod in zorg en ondersteuning. Daarbij ligt de focus op diverse aspecten waaronder privacy- en gegevensbescherming, cybersecurity en technische veiligheid, toegankelijkheid, gebruiksvriendelijkheid en digitale inclusie (by design), gegevensdeling en interoperabiliteit, ethische en juridische afspraken, doeltreffendheid of effectiviteit. Kleine(re) organisaties kunnen niet altijd voldoen aan uitgebreide, bestaande standaarden zoals deze van ISO/TS 82304-2 (International Organization for Standardization, 2021). Daarnaast is het onderscheid tussen medische- en niet-medische toepassingen ook niet altijd gekend of duidelijk: op dit ogenblik is de informatie hierover versnipperd en onvolledig.

De ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitskader - dat een onderscheid maakt tussen minimale kwaliteitsvereisten (de ondergrens) en optimalere vereisten (bv. met maturiteitsniveaus in de vorm van een groeikader) - is daarom een essentiële eerste stap als leidraad voor zowel overheid, werkveld, als ontwikkelaars. Ook voor de eindgebruikers kan dit kwaliteitskader een houvast bieden. Dit kwaliteitskader dient daarvoor gekoppeld te worden aan aanbevelingen om kwaliteitscriteria te behalen en vereist een omzetting in praktische ondersteuningsinstrumenten. Voor het werkveld en ontwikkelaars kunnen dat bijvoorbeeld een zelfevaluatie-instrument, planningsinstrument, flowcharts, en/of een basis voor kwaliteitsbeleid voor organisaties zijn. Voor de overheid gaat het dan bijvoorbeeld om beleidsaanbevelingen en houvast wanneer de overheid zelf optreedt als aanbieder van ICT-technologie aan haar burgers.

Het ontwikkelen van kwalitatieve kaders en instrumenten impliceert echter niet noodzakelijk kwalitatieve en duurzame digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Werkveldorganisaties beschikken namelijk niet altijd over de nodige kennis of expertise om ICT-technologie te implementeren binnen hun werking. Ook het lange termijnperspectief ervan blijkt vaak uitdagend. Verder vinden ICT-ontwikkelaars niet altijd voldoende afnemers in de kleine(re) Vlaamse markt om er specifiek tools op af te stemmen of voor te ontwikkelen. Zelfs wanneer tools worden ontwikkeld blijkt het vaak uitdagend om die door te ontwikkelen of verder te optimaliseren, omwille van de beperkte werkingsmiddelen ten gevolge van het kleine aantal gebruikers. Het risico op een marktfalen is daardoor reëel. We wensen daarom bestaande pijnpunten in kaart te brengen en - verder bouwend op het kwaliteitskader als uitgangspunt - de mogelijke oplossingen hiervoor te inventariseren.

Omdat zowel ICT-technologie als ‘digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning’ containerbegrippen zijn, bakenen we ook nog expliciet de scope af. Onder (ICT-) technologie wordt verstaan:

- Web- en computersoftware
    - Bv. websites, webapplicaties, e-mail, beeldbellen, sociale media, chat, fora, e-learning, online tutorials, zelfhulpmodules, samenwerkingstools, elektronisch cliëntendossiers (ECD’s) en elektronische patiëntendossiers (EPD’s) met functionaliteiten voor burgers, zorggebruikers en cliënten (of hun context).
- Mobiele technologie
    - Bv. mobiele apps, wearables, telemonitoring
- Extended reality (XR), een containerbegrip dat zowel augmented reality (AR), virtual reality (VR), als mixed reality (MR) omvat. Dit verwijst naar technologieën die een digitale of virtuele laag toevoegen aan de werkelijkheid.

- Artificiële intelligentie (AI) en data-toepassingen
    - Bv. chatbot, digitale twin of algoritme dat toegepast wordt om op basis van data van patiënten of cliënten een gepaste hulpvorm te suggereren, toepassingen die primair en secundair gebruik maken van gezondheids- en welzijnsdata.
- Gegevensdelingstoepassingen
    - Bv. ICT-toepassingen die gegevens verzamelen, structureren, (analyseren) en delen met burgers, zorggebruikers en cliënten.

Hierbij kan het gaan over zowel toepassingen voor medisch gebruik of zogenaamde 'well-being' of 'wellness' toepassingen, in alle mogelijke sectoren van WVG.

De term digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning kan als volgt worden omschreven:

*"Elke interventie in [zorg en ondersteuning] aan burgers, zorggebruikers en cliënten waarbij gebruik gemaakt wordt van informatie- en communicatietechnologie (ICT), met het oog op het bestendigen of verhogen van hun [kwaliteit van leven], welzijn en gezondheid in de ruime zin van het woord". (*Bocklandt et al., 2014, p. 29).

Om hierover te spreken staan twee voorwaarden centraal in deze omschrijving, namelijk: 1) Er wordt gebruik gemaakt van informatie- en communicatietechnologie (ICT). Dit omvat een veelheid aan verschillende vormen van ICT-toepassingen en 2) de focus ligt op het bestendigen of verhogen van het welzijn en de gezondheid in de ruime zin van het woord: er is een digitaal aanbod voorzien voor burgers, zorggebruikers en cliënten en er is sprake van een digitaal 'contactpunt' dat een burger, zorggebruiker of cliënt heeft met een ICT-toepassing. Toepassingen waarbij enkel medewerkers betrokken zijn, zoals bij digitaal intercollegiaal contact, zonder functionaliteit voor burgers, zorggebruikers en cliënten vallen hierbuiten. Dat geldt eveneens voor het uitsluitend (digitaal) vragen naar iemands geïnformeerde toestemming.

De hoofddoelstelling is de ontwikkeling van een kwaliteitskader met een ondersteunend instrument voor de ontwikkeling, het implementeren en het gebruik van technologie in kader van onlinehulp in de sectoren WVG. Daarbij worden de volgende criteria (onder meer) vooropgesteld: privacy- en gegevensbescherming, informatieveiligheid, cybersecurity en cyberbeveiliging, toegankelijkheid, gebruiksvriendelijkheid en digitale inclusie (by design), gegevensdeling en interoperabiliteit, ethische en juridische afspraken, doeltreffendheid en effectiviteit.

Daarnaast worden de volgende deeldoelstellingen vooropgesteld:

- Voor het beleid:
    - Het beschikken over een geïntegreerd kwaliteitskader met betrekking tot de ontwikkeling, het implementeren en het gebruik van ICT-technologie in de sectoren van WVG in kader van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Dit kan als basis dienen voor een gerichte beoordeling van de status in de sectoren en voor toekomstige inspectie- of referentiekaders. Daarnaast kan dit kader in de toekomst eventueel ook dienen voor het valideren van de ontwikkeling van kwalitatieve toepassingen en de implementatie ervan en het ondernemen van bijhorende beleidsacties ter optimalisatie van evt. vastgestelde gebreken. Verder kan het een basis vormen voor een verdere vertaling in een belanghebbendenoverleg in kader van het nieuwe kwaliteitsdecreet.
    - Daarnaast dient dit onderzoek ook een antwoord te formuleren op de juridische bepalingen die van toepassing zijn in de verschillende criteria.

    - Aanvullend dient dit onderzoek ook om een antwoord te formuleren over eventuele verschillen binnen kwaliteitscriteria naargelang de soort technologie (en de context) waarin die wordt ingezet (onder andere, maar niet uitsluitend, het verschil tussen medische en niet-medische toepassingen).
- Voor het werkveld en gebruikers:
    - Aan de hand van verschillende maturiteitsniveaus kan het kwaliteitskader als basis dienen voor een intern kwaliteitsbeleid in de sectoren van WVG. Daarnaast kan een zelfevaluatie-instrument met doorgroei-aanbevelingen handvaten bieden aan organisaties om hun eigen toepassingen te beoordelen en de nodige verbeteracties op te zetten.
    - Verder biedt het ook een antwoord op de minimale (juridische) vereisten.
    - Aansluitend kan het kwaliteitskader in de toekomst omgezet te worden in een instrument voor organisaties om duidelijke kwaliteitsvereisten te communiceren naar ontwikkelaars.
    - Bijkomend kan dergelijk geïntegreerd kwaliteitskader deel uitmaken van het curriculum van relevante opleidingen van ICT'ers en toekomstige medewerkers in zorg en ondersteuning.
- Voor ontwikkelaars:
    - Biedt het kader de nodige houvast en duidelijkheid omtrent de minimale vereisten en wettelijke verplichtingen. Een zelfevaluatie-instrument ter beoordeling van de eigen toepassingen kan ook hier in de toekomst een indicatie geven en mogelijke verbeteracties suggereren.

Hoewel dit kwaliteitskader een belangrijke en concrete leidraad biedt, is het niet het enige beschikbare denkkader voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Zo bestaan er ook andere relevante visies en raamwerken, zoals de Acht Leidende Principes voor Zorgzame Technologie (z.d.) van de Koning Boudewijnstichting. Er zijn raakpunten tussen dit kwaliteitskader en die principes. Beide leggen de nadruk op het belang van gebruiksvriendelijkheid, participatie, veilige data, kwaliteitsbewaking en maatschappelijke inbedding. Het kwaliteitskader onderscheidt zich door de opsomming van concrete operationele criteria en heeft naast de technologie en de organisatie ook aandacht voor de nodige competenties van de professional. De criteria laten toe om digitale toepassingen systematisch te evalueren, op te volgen en te verbeteren. Zo biedt het kader niet alleen richting op niveau van waarden en intenties, maar ook houvast in de praktijk.

# Hoofdstuk 1
# Omgevingsanalyse

Het onderzoeksproject startte met een grondige omgevingsanalyse van september 2023 tot februari 2024. Deze bevatte een literatuurstudie vanuit wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke bronnen en interviews met domeinexperten van de Vlaamse Overheid.

## 1 Literatuurstudie

Het uitgebreide domein van dit onderzoek werd in kaart gebracht als solide vertrekpunt voor de kaderontwikkeling. Dit gebeurde via een literatuurstudie die startte in september 2023. Deze literatuurstudie bevatte regionale, nationale en internationale bronnen. In totaal werden er 279 documenten geïnventariseerd gedurende het gehele onderzoeksproject (Bijlage 1). Deze documenten omvatten zowel peer-reviewed artikelen, gevonden via wetenschappelijke zoekmachines, als wetgevende bestanden, geraadpleegd via hun officiële kanalen, en grijze literatuur, waaronder blogposts en door derden aangeleverde documenten. Deze combinatie werd bewust gekozen om een breed perspectief te bieden. Na een analyse van de verschillende kwaliteitscriteria in deze bronnen en de eerste fase van de Delphi-studie (zie later) werden er drie referentiekaders geselecteerd als startpunt van het kader:

- Voor de technologie de ISO-norm ISO/TS 82304 – 2 2021 Health software – Part 2 Health and wellness apps (International Organization for Standardization, 2021),
- Voor de organisatie het Health Technology Assessment Core Model – onderdeel organisaties (Kristensen et al., 2017),
- Voor de professionals een kader voor digitale competenties van sociale professionals (Bocklandt et al., 2025).

Deze drie referentiekaders zijn geselecteerd op basis van hun algemene acceptatie (bv. ISO-normen), internationale bekendheid en recent ontwikkelde overzichten. Ze dekten echter niet de volledige lading, daarom werden ze aangepast en aangevuld met de andere bronnen om zo het volledige domein van dit onderzoek te omvatten. Elke aanpassing aan de bronkaders bevat daarbij een duidelijke bronvermelding, zodat het duidelijk is waar er werd afgeweken van elk referentiekader.

## 2 Interviews met domeinexperten

Naast de literatuurstudie werd er ook in kaart gebracht wat experten uit de overheid verwachten en al ter beschikking hebben rond de kwaliteit van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Meer bepaald werd de stuurgroep en relevante andere personeelsleden van de Vlaamse Overheid uit het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgenodigd tot online interviews. Er gingen 10 personen in op een interview in de periode van januari tot februari 2024. De focus lag op hoe er al aandacht werd besteed aan digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning binnen hun domein en welke noden en verwachtingen er zijn om dit in de toekomst te verbeteren.

De resultaten uit de thematische analyse van de online interviews tonen de verwachtingen aan per domein. Hoewel de nood tot sturing en regelgeving erkend wordt, is er ook een duidelijk pleidooi om voldoende vrijheid te laten aan organisaties om zelf het aanbod vorm te geven. De meeste geïnterviewden vinden de huidige aanpak niettemin onvoldoende toereikend noch duidelijk. Ze ervaren een gebrek aan kennis, expertise, ondersteuning, en kader rond online hulpverlening.

Ze hebben in de eerste plaats vragen en bezorgdheden over de juridische aspecten (bv. privacy, GDPR): hoe om te gaan met persoonsgegevens, hoe te zorgen voor een veilige en betrouwbare communicatie, en hoe te voldoen aan de wetgeving. Vervolgens rijzen er ook vragen op rond het spanningsveld tussen afdwingbare (technische) kwaliteit van oplossingen en toegankelijkheid van het aanbod: online hulp die bereikbaar en bruikbaar is voor iedereen, ongeacht hun taal, cultuur, leeftijd, handicap, of situatie, met aandacht voor digitale vaardigheden van de gebruikers.

De noden en verwachtingen van de geïnterviewden zijn vooral gericht op het ontwikkelen van een kader dat rekening houdt met de diversiteit en specificiteit van de doelgroepen en de sectoren, dat praktisch en haalbaar is, dat samen met de voorzieningen wordt gemaakt, en daarbij aandacht heeft voor de vele randvoorwaarden.

# Hoofdstuk 2
# Kaderontwikkeling

Na de omgevingsanalyse volgde de eigenlijke kaderontwikkeling van maart tot december 2024. Bij aanvang werden er drie literaire referentiekaders geselecteerd. Deze werden aangevuld met andere literatuur, maar ook met de input vanuit een vierdelige Delphi-studie waarin experten bevraagd werden. Later vonden ook nog focusgroepen en interviews plaats rond centrale thema's met als doel het kader te verbeteren. Tot slot werd het kader ook visueel aantrekkelijk vormgegeven.

## 1 Delphi-studie

Aanvullend op de drie referentiekaders en de literatuurstudie werd er ook een Delphi-studie uitgevoerd. Hiervoor werden er 87 Vlaamse experten persoonlijk aangeschreven vanuit verschillende achtergronden: eindgebruikers, facilitators, ontwikkelaars van digitale technologie, experten deontologie en digitale inclusie en mediawijsheid. De experten werden geselecteerd door de onderzoekers en stuurgroep op basis van hun expertise binnen digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning en werden één keer herinnerd aan de uitnodiging tot deelname aan de Delphi-studie. De 54 experten die toestemden om deel te nemen werden uitgenodigd voor elk van de vier fases tussen mei 2024 en januari 2025. Wie aan de eerste fase deelnam, werd voor elk van de daaropvolgende fases telkens uitgenodigd.

### 1.1 Eerste fase

In de eerste fase werd er open bevraagd welke essentiële criteria nodig zijn om kwalitatieve digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning te bieden. Vervolgens werd er gevraagd of de deelnemers hun eerder opgelijste criteria konden koppelen aan de drie vooropgestelde pijlers: technologie, organisaties en professionals. Nadat ze deze oefening hadden gedaan mochten ze aangeven wat ze vonden van de onderverdeling in die drie pijlers en of ze nog andere onderverdelingen zagen. In deze fase moesten de deelnemers ook 100 punten alloceren aan de drie pijlers om zo het belang van elke pijler duidelijk te krijgen. Tot slot werd er ook nog ingegaan op verschillende types van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Als voorbeeld gaven we de risicotaxatie van de EU AI Act (*Regulation EU 2024/1689*) en mate van betrokkenheid uit de ethische richtlijnen voor technologie-gebaseerde suïcidepreventie-programma's (De Jaegere et al., 2019). De vraag werd gesteld of er nog andere typologieën zijn die helpen om het onderscheid te maken tussen verschillende niveaus van kwaliteitscriteria.

Aan de hand van de 543 genoemde criteria door de 48 deelnemers werden er via een thematische analyse 15 verschillende thema's met hun definities geïdentificeerd en meegenomen naar de volgende fase (zie Tabel 2). Er was draagvlak voor de drie pijlers: 92% van de deelnemers gaf hun akkoord voor de driedeling, dus deze werden behouden. Het relatieve belang van de pijlers werd gemiddeld gezien als volgt gescoord:

- Technologie: 37,29%
- Professionals: 33,33%
- Organisatie: 29,80%

Aan de hand van de overkoepelende thema's werden de drie referentiekaders geselecteerd voor elk van de drie pijlers uit de literatuurstudie. Deze referentiekaders werden verder gecontroleerd op hun volledigheid en waar nodig werden er aanpassingen gedaan vanuit de aangeleverde bronnen van de experten.

Achttien deelnemers gaven aan gebruiker te missen in de drie pijlers en tien gebruikers vermeldden de overheid als ontbrekende pijler. Na beraadslagen met de stuurgroep van het onderzoeksproject werd er gekozen om de gebruiker en overheid uitgebreid te vermelden als introductie aan de drie pijlers. Er is gekozen om de gebruikers geen aparte pijler te geven om te vermijden dat er te veel verantwoordelijkheid terecht komt bij de kwetsbare gebruikers. De overheid krijgt ook geen aparte pijler aangezien deze doorheen de drie pijlers sowieso vermeld worden via wetgevingen en bv. als betrokken partij.

Tot slot werden de meest gekozen typologieën, interactiviteit (*n*=20) en risicotaxatie (*n*=6), meegenomen naar de volgende fase om te kijken of deze bruikbaar zijn om niveaus van criteria aan op te leggen.

## 1.2 Tweede fase

In een tweede fase werd er in eerste instantie feedback gevraagd over de inleidende visietekst. Deze omkadert de drie pijlers en betrekt de gebruiker bij het kwaliteitskader voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Deelnemers konden aangeven wat ze sterke en interessante perspectieven vonden, maar ook de zwakke en ontbrekende elementen werden in het licht gezet.

Nadien werden alle criteria opgelijst met een definitie. Er werd gevraagd aan de experten om de nieuwe lijst criteria onder te verdelen onder de drie pijlers en telkens 100 punten te alloceren naar mate van hun belang.

Tot slot gingen we dieper in op een voorgestelde typologie voor de criteria. We verdeelden de criteria hierbij op basis van twee kernassen namelijk de mate van interactiviteit en risicotaxatie. Dit zou negen categorieën opleveren waar verschillende criteria onder geplaatst kunnen worden. De experten mochten hun mening geven over deze mogelijke categorisatie van kwaliteitsniveaus.

Veertig experten namen deel aan de tweede fase van de Delphi. Van deze deelnemers ging 93% akkoord met de eerste versie van de inleiding. Op basis van de feedback van de deelnemers werd deze inleiding verder verfijnd. We zagen dat criteria gelijkmatig werden ingedeeld in onze drie pijlers en dat de belangen verschilden (zie Tabel 3). Door de verscheidenheid werd de onderverdeling van de drie referentiekaders behouden en werd de onderverdeling op vlak van belang meegenomen naar de volgende ronde. Op vlak van de typologie ging 85% akkoord met de indeling, maar de praktische uitwerking werd meegenomen naar de volgende ronde.

## 1.3 Derde fase

In de derde fase werd de gehele tekst aan de experten voorgelegd met de vraag of ze deze in detail wilden doornemen en gerichte feedback geven. Verder mochten ze voor elk van de opgelijste criteria uit de drie referentiekaders ook aangeven of ze die als minimaal, optioneel of overbodig beschouwden. Tot slot werden er ook nog open vragen gesteld over de duidelijkheid van het doel en de helderheid van

het kader, hoe het kader geïmplementeerd zou kunnen worden en of de denkwijze van typologie een hulp zou zijn om het kader te kunnen inzetten.

Vanuit de 29 responsen werden de opmerkingen aangepast waar mogelijk. Vervolgens werd er in het uiteindelijke kwaliteitskader aangeduid met een asterisk (*) welke criteria door meer dan twee derde van de experten werd gecategoriseerd als een optioneel criteria. De suggesties rond implementatie werden meegenomen bij de ontwikkeling van een instrument. Zo werd er bijvoorbeeld geopteerd voor een zelftoetsingsinstrument zodat er een groeipad kan bepaald worden en hoeven niet alle drie pijlers ingevuld te worden om zo de tijdsinvestering te kunnen aanpassen. De typologie werd opgenomen in de introductie van het kader om aan te duiden dat de niveaus van criteria verschillen per organisatie en dat risicotaxatie en mate van interactiviteit een voorbeeld kunnen zijn van een methode om criteria te selecteren.

## 1.4 Vierde fase

De vierde fase was een korte fase waarin bevraagd werd of de experten akkoord waren met de huidige versie van het kader en of ze hun naam en/of die van hun organisatie wensten te vermelden. Het resultaat hiervan is terug te vinden op het einde van het uiteindelijke kwaliteitskader.

Tabel 1 Aantal deelnemers in Delphi-studie per fase

| Categorie | Aan-geschreven | Toegezegd | Delphi – fase 1 | Delphi – fase 2 | Delphi – fase 3 | Delphi – fase 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Eindgebruikers** | **22** | **11** | **10** | **5** | **4** | **4** |
| **Facilitators** | **20** | **11** | **10** | **11** | **7** | **7** |
| **Aanbieders en ontwikkelaars** | **19** | **13** | **13** | **10** | **8** | **13** |
| **Deontologie** | **18** | **14** | **12** | **9** | **7** | **6** |
| **Digitale kloof, toegankelijkheid, mediawijsheid** | **8** | **5** | **5** | **5** | **1** | **4** |
| **Totaal** | **87** | **54** | **50** | **40** | **27** | **34** |

Tabel 2 Eerste versie van overkoepelende criteria met hun definitie

| Criterium | Definitie |
|---|---|
| Anonimiteit | Anonimiteit is een criterium dat drempelverlagend kan werken om hulp te zoeken, zeker bij gevoelige onderwerpen. Wanneer dit mogelijk of wenselijk is, moet het voor gebruikers duidelijk zijn of en in welke mate ze anoniem gebruik kunnen maken van diensten. Het moet ook helder zijn wat deze anonimiteit inhoudt en wanneer deze doorbroken wordt. |
| Autonomie | Autonomie houdt in dat onlinehulp data en keuzes over het hulp-, zorg- of ondersteuningstraject zo veel mogelijk in regie blijft van de gebruiker. Bij onlinehulp kan de mate van eigen digitale vaardigheden of voorkeur voor een bepaald medium dit sturen. Bij minderjarigen impliceert dit bv. heel duidelijk expliciteren tot waar deze regie rijkt. Datadeling op basis van geïnformeerde keuze is daarbij niet alleen een vereiste (i.e., GDPR en EHDS), maar biedt gebruikers ook de mogelijkheid om hun data een veilige manier te kunnen delen en inzetten voor hun persoonlijk welzijn en - indien ze dat wensen - voor het algemeen belang. |
| Betrouwbaar-heid | Betrouwbaarheid houdt in dat het transparant is wie een onlinehulp aanbod inricht en wat de expertise is, ook het doel en op wie de tool zich richt moet duidelijk zijn. Hoe het aanbod wordt gefinancierd, wat eventuele kosten zijn en op welke manier het aanbod blijvend wordt (technisch en inhoudelijk) aangepast, is ook transparant. |
| Compatibiliteit | Compatibiliteit houdt in dat onlinehulp in overeenstemming moet zijn met zowel het online (interoperabiliteit) en met het offline aanbod: niet als volledige vervanging, maar om bestaande dienst- en hulpverlening meer toegankelijk te maken. Zo'n aanpak kan inhouden dat een online aanbod fysieke hulp voorafgaat (bv. online zelfhulp) of dat de combinatie binnen een contact wordt gemaakt (i.e., hybride of blended werken). Indien een onlinehulp aanbod of tool onvoldoende blijkt, moet de mogelijkheid er zijn om alternatieve onlinehulp te exploreren, of om gericht door te verwijzen naar een regulier offline aanbod. |
| Digitale vaardigheden | Digitale vaardigheden en mediawijsheid houdt in dat men over voldoende competenties beschikt om onlinehulp te gebruiken of in te zetten. |
| Effectiviteit | Effectiviteit houdt in dat een tool wetenschappelijk onderbouwd is, (aangetoond) werkzaam dient te zijn, tegemoet moet komen aan de noden van een gebruiker en een reële impact dient te hebben. |
| Efficiëntie | Efficiëntie houdt in dat onlinehulp enkel wordt gebruikt indien het een meerwaarde biedt en beschikbare middelen beter benut, doordat het inspeelt op tekortkomingen eigen aan face-to-face hulpverlening (bijvoorbeeld hogere drempel op vlak van aanmelding, lange wachtlijst, drempels rond face-to-face contact, geen instant handvatten,....), of omdat het gebruik ervan het werk van professionals makkelijker maakt. Efficiëntie houdt ook in dat onlinehulp snel en makkelijk vindbaar moet zijn, maar ook dat het duidelijk is hoe de tool gebruikt kan worden (bijvoorbeeld het informeren van gebruikers). |

| | |
|---|---|
| Ethiek | Ethiek impliceert dat een aanbod alle wetten, verordeningen en beroepsethische verplichtingen na worden gekomen met specifieke relevantie voor onlinehulp. Een onlinehulp aanbod bestaat niet in een vacuüm: al deze verplichtingen gelden sowieso al los van dit kwaliteitskader. Specifieke aandachtspunten zijn niettemin een duidelijk bewustzijn van persoonlijke competenties bij professionals (en dus bv. geen behandeling aanbieden voor een probleem die men offline ook niet zou behandelen), maar ook om bij de conceptualisatie van online interventies slechts selectief, gericht en transparant om te springen met nudging, beïnvloedings-technieken (bv. push-notificaties) of andere mogelijkheden (bv. inkomsten uit advertenties in apps). |
| Infrastructuur | Infrastructuur impliceert het beschikken over de nodige hardware, software en technische omkadering (stabiel internet, bv.) of er toegang toe hebben (bv. via digibanken en uitleendiensten), zowel voor professionals als voor cliënten. Bij software wordt daarbij rekening gehouden met het feit dat niet alle gebruikers over de laatste nieuwe technologie beschikken. |
| Kwaliteits-monitoring | Kwaliteitsmonitoring houdt in dat zelfs bij een efficiënte en effectieve oplossing, regelmatige evaluatie noodzakelijk blijft om in te schatten of onlinehulp bijdraagt tot de vooropgestelde doestelling. Daarbij ligt de focus niet alleen op de tool, maar ook op de medewerker, en de organisatie. De ervaring van alle betrokkenen, in het bijzonder de gebruiker speelt hierbij een belangrijke rol. De monitoring en feedback laat ook toe om bij te sturen indien nodig. |
| Ondersteuning | Ondersteuning houdt in dat er bij het gebruik van onlinehulp vlot beroep kan worden gedaan op medewerkers of een eigen ondersteuningsnetwerk. Enerzijds kan de bereikbaarheid van een inhoudelijke medewerkers een meerwaarde bieden voor het vertrouwen in de tool zoals bijvoorbeeld het opstarten van procedures in crisissituaties. Voor de medewerker kan inter- of supervisie ook inhoudelijke verrijking bieden. Anderzijds kan een helpdesk voor technische ondersteuning dienen, zowel voor professionals, als voor wie de ontvanger is van onlinehulp. |
| Participatief ontwikkeld | Participatief ontwikkeld houdt in dat de tool ontwikkeld is samen met de gebruikers van hulp (zowel cliënt/patiënt als de hulp/zorgverlener). Dit kan bijvoorbeeld via co-creatie, regelmatig testen bij gebruikers en inspraak bij beslissingen. |
| Toegankelijk-heid | Toegankelijkheid stelt een laagdrempelig aanbod voorop, voor alle doelgroepen (in het bijzonder personen die in armoede leven, kwetsbare personen, mensen met een beperking...), zowel op vlak van hardware (betaalbaarheid), software (gebruiksvriendelijkheid, inclusiviteit bv. inclusion by design - voorleesfunctie, duidelijke foto's en/of picto's, mogelijkheid tot gebruik op smartphone), taal (heldere taal en zo nodig ook meertaligheid of vertaaloptie), als bereikbaarheid (in tijd en ruimte/vindbaarheid). Toegankelijke onlinehulp impliceert dat die ook verbonden is aan bestaande dienst- en hulpverlening, het niet de enige weg is en complementair offline aanbod beschikbaar blijft. |

| | |
|---|---|
| Veiligheid | Veiligheid duidt zowel op het belang van veilig gebruik van een tool als op het maximaal beschermen van gegevens en de privacy zoals het beantwoorden aan de minimale standaarden (ISO 27001/27701) en wetgevende kaders (GDPR). Er moet transparant gecommuniceerd worden wat er met de data gebeurt in gemakkelijk begrijpbare taal en indien nodig moet de gebruiker toestemming geven voor het delen van de data. |
| Visie | Visie houdt in dat de keuze voor onlinehulp tot stand moet komen vanuit een duidelijk idee waarom het aangewezen is om voor onlinehulp te opteren en dat dit duidelijk is voor en gedragen wordt door alle betrokken actoren. Die visie krijgt vervolgens vorm in een implementatieplan . Daarbij wordt er rekening gehouden met alle essentiële vereisten en randvoorwaarden - bij alle betrokken actoren - voor succesvolle onlinehulp. Het plan omvat ook een inschatting van de nodige investering (tijd, infrastructuur, budgetten, business plan en kosteneffectiviteit) om een succesvolle implementatie te laten plaats vinden. |

Tabel 3 Voorlopige criteria per pijlers met hun relatieve belang (allocatie van 100 punten per pijler) en het aantal keer geselecteerd voor de betreffende pijler

| Criteria | Gemiddeld relatief belang | Aantal keer geselecteerd |
|---|---|---|
| **Pijler technologie** | | |
| **Anonimiteit** | 10,33 | 6 |
| **Autonomie** | 22,45 | 11 |
| **Betrouwbaarheid** | 23,23 | 26 |
| **Compatibiliteit** | 16,71 | 7 |
| **Digitale vaardigheden** | 23,00 | 4 |
| **Effectiviteit** | 22,78 | 18 |
| **Efficiëntie** | 19,71 | 7 |
| **Ethiek** | 23,33 | 6 |
| **Infrastructuur** | 19,29 | 7 |
| **Kwaliteitsmonitoring** | 17,79 | 14 |
| **Ondersteuning** | 14,38 | 8 |
| **Participatief ontwikkeld** | 15,56 | 18 |
| **Toegankelijkheid** | 20,48 | 29 |

| | | |
|---|---|---|
| **Veiligheid** | 20,38 | 24 |
| **Visie** | 28,50 | 8 |
| **Pijler organisatie** | | |
| **Anonimiteit** | 18,00 | 2 |
| **Autonomie** | 21,33 | 3 |
| **Betrouwbaarheid** | 19,20 | 10 |
| **Compatibiliteit** | 23,00 | 10 |
| **Digitale vaardigheden** | 19,00 | 3 |
| **Effectiviteit** | 21,50 | 8 |
| **Efficiëntie** | 20,50 | 10 |
| **Ethiek** | 23,64 | 11 |
| **Infrastructuur** | 19,28 | 18 |
| **Kwaliteitsmonitoring** | 19,92 | 24 |
| **Ondersteuning** | 18,35 | 17 |
| **Participatief ontwikkeld** | 18,10 | 10 |
| **Toegankelijkheid** | 19,50 | 8 |
| **Veiligheid** | 18,13 | 15 |
| **Visie** | 26,19 | 32 |
| **Pijler professionals** | | |
| **Anonimiteit** | 19,60 | 5 |
| **Autonomie** | 26,00 | 4 |
| **Betrouwbaarheid** | 19,78 | 18 |
| **Compatibiliteit** | 14,75 | 8 |
| **Digitale vaardigheden** | 24,00 | 26 |
| **Effectiviteit** | 16,44 | 9 |

| | | |
|---|---|---|
| **Efficiëntie** | 21,60 | 10 |
| **Ethiek** | 22,57 | 21 |
| **Infrastructuur** | 15,00 | 5 |
| **Kwaliteitsmonitoring** | 19,75 | 12 |
| **Ondersteuning** | 21,74 | 27 |
| **Participatief ontwikkeld** | 13,86 | 7 |
| **Toegankelijkheid** | 19,00 | 5 |
| **Veiligheid** | 18,17 | 12 |
| **Visie** | 22,65 | 20 |

## 2 Focusgroepen en interviews

Naast de Delphi-experten werden ook andere experten bevraagd. Analoog met fase 3 van de Delphi-studie werden vier focusgroepen georganiseerd: met leden van de stuurgroep (n=11, 25/10/2024), experten deontologie en juridische aspecten (n=5, 06/11/2024), ICT-ontwikkelaars (n=4, 25/11/2024) en medewerkers in zorg en ondersteuning (n=5, 04/12/2024).

De selectie van deelnemers gebeurde op basis van hun inhoudelijke expertise en hun betrokkenheid bij digitale zorg en welzijn: vanuit beleid, praktijk, technologie en ethiek. De gesprekken duurden telkens anderhalf uur. Na elke focusgroep werd een samenvattende analyse gemaakt en werd nagegaan of er aanpassingen aan het kader nodig waren. Indien dit het geval was, is dit expliciet aangeduid in het document als een afwijking ten opzichte van de oorspronkelijke referentiekaders.

De focusgroepen bevestigden grotendeels de bevindingen uit de Delphi-studie, maar brachten ook bijkomende aandachtspunten naar voren. Zo werd gewezen op de nood aan meer helderheid rond doelgroep en gebruik, het onderscheid tussen bindende en richtinggevende criteria, en de praktische werkbaarheid voor organisaties en ontwikkelaars. Vanuit de deontologische en juridische invalshoek werd benadrukt dat regelgeving beter via rechtstreekse verwijzingen moet worden opgenomen en niet via samenvattingen. ICT-ontwikkelaars vroegen meer duidelijkheid over verantwoordelijkheden, onderhoudsprocessen en de haalbaarheid voor start-ups. Medewerkers in zorg en ondersteuning benadrukten de kloof tussen de technologische taal en de praktijk, de rol van gebruikers en de nood aan ondersteuning en brugfiguren.

Wat betreft implementatie kwamen in alle groepen gelijkaardige bekommernissen terug: opleidingen voor professionals, middelen en ondersteuning vanuit de overheid, en de vraag naar eenvoudige instrumenten (zoals checklists, sjablonen of audits) die het kader hanteerbaar maken. Ook het belang van blijvende feedback en opvolging na de lancering werd sterk benadrukt.

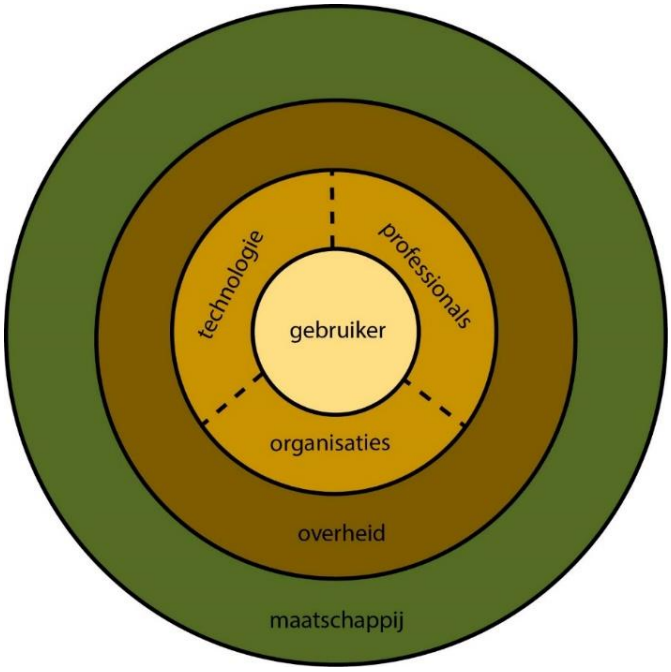
Naast de focusgroepen werd ook extra input verzameld tijdens een presentatie op een netwerkmoment van Bandbreedte-project van Opgroeien, een stuurgroep e-Beleid van de Vlaamse overheid en drie interviews met personen die niet aanwezig konden zijn op de focusgroepen.

## 3 Kwaliteitskader

Het uiteindelijke kwaliteitskader (Bijlage 2) voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning is tot stand gekomen door enerzijds het Delphi-onderzoek, focusgroepen, interviews en input van de stuurgroep, maar anderzijds ook door een herwerking in samenwerking met Collectief Duidelijk. Zij zorgden er mee voor dat het uiteindelijke kader toegankelijker en vlotter leesbaar werd, ook voor medewerkers met minder affiniteit met dit topic.

Het kader start met een inleiding en de ruimere context van het kader. Het doel is om te duiden waarom dit kader is ontstaan en welke zaken een invloed hebben op het kader. Zo wordt hier uitdrukkelijk dieper ingegaan op het centraal stellen van de gebruiker, de rol van de overheid en de invloed van de maatschappij gezien er uit de focusgroepen en Delphi-studie naar voren kwam dat dit duidelijk gesteld moest worden alvorens dieper in te gaan op de inhoud van het kader.

Figuur 1 Positionering van de gebruiker ten aanzien van de drie pijlers van het kwaliteitskader en de ruimere context




Vervolgens wordt er overgegaan naar een duiding over hoe men kan omgaan met de optimale en minimale kwaliteitscriteria. Zo heeft de context een invloed op welke criteria nodig zijn om mee te nemen, denk maar aan risico's, interactiviteit en autonomie die verbonden is met de hulpverlening. Voor we naar de eigenlijke criteria binnen hun drie pijlers overgaan wordt er ook nog even geschetst dat deze drie pijlers onderling afhankelijk zijn.

De drie pijlers zijn opgebouwd uit de drie referentiekaders die werden geselecteerd in de literatuur-studie. Zo is het vertrekpunt van de pijler technologie de ISO-norm ISO/TS 82304 - 2 gezondheids-

software - deel 2: gezondheids- en welzijnsapplicaties – kwaliteit en betrouwbaarheid (International Organization for Standardization, 2021). De pijler organisaties start vanaf het HTA Core model – organisaties. En tot slot ontstond de pijler professionals vanuit de competenties voor sociaal-agogische professionals (Bocklandt et al., 2025). Zoals eerder aangegeven zijn deze pijlers aangepast aan de hand van extra literatuur, een Delphi-studie, verschillende focusgroepen en interviews.

# Hoofdstuk 3
# Ondersteunend instrument

Vanuit de focusgroepen, stuurgroep, interviews en Delphi-studie werd bepaald welk instrument er het beste aanleunt bij de noden. Het kwaliteitskader werd omgezet in een concreet toetsingsinstrument met verschillende vragen en bijhorend advies (Bijlage 3).

In verschillende pilots voerden we een screening op maat uit om de principes van het toetsings-instrument te valideren en het kwaliteitskader uit te testen in een concrete context. De 3 verschillende pilots zijn geselecteerd op basis van enkele criteria en in samenspraak met de stuurgroep. Zo was het doel een piloot te hebben binnen de overheid, het werkveld en een expertisecentrum. Verder werd er rekening gehouden met een verscheidenheid aan soorten technologie, verschillende doelgroepen en sectoren. Concreet hebben we per pilot gewerkt met focusgroepen waarin met verschillende profielen uit de organisatie (waaronder IT-verantwoordelijken, zorgkundigen, blended medewerkers en directie kwaliteit) het toetsingsinstrument werd overlopen. Na elke focusgroep werden de suggesties ter verbetering doorgevoerd. Tot slot kreeg de stuurgroep ook nog de mogelijkheid om feedback te geven op het uiteindelijke instrument.

## 1 Pilot 1: PARKOUR

In een eerste pilot werd gekeken naar PARKOUR, een veilige en betrouwbare app van de Vlaamse overheid die jongeren aan het stuur zet van hun eigen leven en dienst- of hulpverlening. Het platform staat voor een nieuwe manier van werken waarbij de jongere eigenaarschap heeft over de eigen gegevens en toegankelijk is via zowel smartphone als web. Gezien het project nog verder uitgerold moest worden, is er geopteerd om in deze pilot enkel de pijler technologie te doorlopen.

Concrete feedback die geleid heeft tot aanpassingen in het toetsingsinstrument waren vooral van toepassing op specifieke vragen. Zo waren sommige vragen te moeilijk geformuleerd voor personen met weinig technische kennis. Er is getracht dit zo goed mogelijk te verhelpen, al bleek snel dat het niet mogelijk zal zijn om bepaalde criteria toegankelijk te formuleren voor technisch minder vaardige profielen. Het idee is dan ook dat deze personen het kader kunnen gebruiken om vragen te stellen bij hun IT support of bij de ontwikkelaars van technologieën.

## 2 Pilot 2: Ebergiste

De tweede pilot had als doel om de implementatie van VR-applicaties na te gaan binnen de organisatie Ebergiste waar de doelgroep personen met een beperking is. Hier gaan ze aan de slag met de VR-applicatie Showtime VR om video's te genereren voor personen met een beperking. In een focusgroep met verschillende medewerkers werden de drie pijlers van het toetsingsinstrument overlopen.

Uit deze pilot werd duidelijk dat er ook in de pijler professional en organisaties minder duidelijke vragen aanwezig waren. Verder is de introductie ook nog uitgebreid en zijn er aanpassingen gebeurd aan termen die pijler-overschrijdend waren. Zo duidde de term gebruiker in de pijler technologie zowel op

patiënten en cliënten als op professionals en medewerkers. Terwijl in de pijler technologie deze term dan enkel sloeg op de patiënten en cliënten.

## 3 Pilot 3: OnlinePsyHulp

De derde pilot werd uitgevoerd in kader van OnlinePsyHulp waar therapeutische programma's de mentale gezondheid verhogen bij verschillende doelgroepen. Om alle mate van interactiviteit (zelfhulp, online begeleiding en blended) mee te hebben is er voor gekozen om deze pilot in twee contexten uit te voeren. Enerzijds werd er binnen de organisatie OnlinePsyHulp een focusgroep uitgevoerd waarin de focus vooral lag op het gebruik in zelfhulp of online begeleidingen en anderzijds werd er binnen CGG De Pont een focusgroep gehouden waar er werd gekeken naar het blended gebruik van OnlinePsyHulp.

Uit beide focusgroepen kwam maar voren dat de gebruiker nog meer in het licht mocht geplaatst worden in de introductie. Verder werden er nog enkele vragen verfijnd op basis van de input van deze focusgroepen.

## 4 Zelfevaluatie instrument

Het toetsingsinstrument is concreet vormgeven als een Excel-vragenlijst waarin er op het eerste tabblad informatie over het instrument wordt gegeven (Bijlage 3). Daarna volgt telkens een invulblad en een resultatenblad per pijler. Het instrument kan in zijn geheel ingevuld worden of pijler per pijler. Het is ook mogelijk om de resultaten op te slaan of af te drukken zodat verschillende personen, teams, organisaties of technologieën met elkaar vergeleken kunnen worden. Verder is het ook mogelijk om het instrument na verloop van tijd opnieuw in te vullen en de vooruitgang te bekijken.

# Hoofdstuk 4
# Governance

## 1 Doelstelling en methodologie

Het kwaliteitskader is pas doeltreffend wanneer het duurzaam en werkbaar wordt gebruikt in de praktijk. Hier staat de vraag centraal hoe governance ertoe kan bijdragen dat het gebruik van het kader op lange termijn verankerd en gestimuleerd wordt. We onderzochten een antwoord op volgende vragen, zoals geformuleerd in het onderzoeksvoorstel:

- Hoe wordt het gebruik van het kwaliteitskader het best gepositioneerd?
- Wat zijn mogelijkheden voor stimulering en handhaving zowel op vlak van minimumvereisten als op vlak van het aanwenden van groeipotentieel?
- Wat zijn daarbij mogelijke opdrachten voor de overheid, het middenveld, werkveldorganisaties, ontwikkelaars, expertisecentra?

De ontwikkeling van ons governance-model gebeurde via een stapsgewijs en iteratief proces dat theorie combineerde met praktijkervaring en feedback van stakeholders. Dit proces omvatte:

- Een literatuurstudie naar governance-mechanismen en voorwaarden voor implementatie, als basis voor een eerste indeling in rollen en bijbehorende acties.
- Toetsing en aanvulling van deze eerste versie van het governance-model op basis van inzichten uit focusgroepen, waarin randvoorwaarden voor succesvolle en langdurige toepassing werden bevraagd.
- Twee verkennende interviews en een focusgroep met leden van de stuurgroep van het project, bestaande uit actoren uit diverse Vlaamse beleidsdomeinen, gelieerd aan digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning.
- Bespreking van een conceptversie op de laatste stuurgroep vergadering van 20 juni 2025, waarna schriftelijke feedback leidde tot de finale versie.

## 2 Literatuurstudie en conceptuele verkenning

Een eerste stap in de ontwikkeling van het governance-model was een literatuurstudie. Deze had als doel te achterhalen op welke manieren overheden, sectoren en organisaties de duurzame toepassing van kwaliteitskaders kunnen ondersteunen, stimuleren en handhaven. Het proces verliep als volgt:

- Er werden beleidsdocumenten, internationale kaders en wetenschappelijke publicaties geselecteerd over governance in digitale zorg, digitale inclusie en ethische technologieontwikkeling. In het literatuuroverzicht (Bijlage 1) werden er 58 van de 279 bronnen aangeduid werden als relevant voor governance. Die werden hiervoor opnieuw doorgenomen.
- Uit deze documenten werden concrete voorbeelden, principes en mechanismen gehaald die kunnen bijdragen aan een kwaliteitsvolle en gedragen implementatie.

- Deze mechanismen werden vervolgens geordend en geclusterd in vier overkoepelende categorieën, die samen de bouwstenen vormen van ons governance-model:
    - (1) Mechanismen rond het beheer van het kader, om op lange termijn de kwaliteit ervan te waarborgen en in te spelen op evoluties in de samenleving en de werkcontext, met aandacht voor de stem van betrokken actoren.
    - (2) Mechanismen rond regelgeving en compliance, om de consistente naleving te waarborgen.
    - (3) Handvatten voor implementatie, om de uitrol en toepassing van het kader te faciliteren.
    - (4) Handvatten die de gevolgen van het kader mitigeren, zodat de aanpassingen die het kader vereist ook haalbaar blijven voor betrokken actoren.

Op basis van deze clustering werd verkend hoe de mechanismen in de praktijk georganiseerd kunnen worden. Hiervoor werd inspiratie gehaald uit de governance-architectuur van de Digitale Dienstverleningsstrategie voor de Vlaamse overheden, waarin functionele rollen (regie, dienstverleners, ondersteuners, gebruikers) bepaald werden (Agentschap Digitaal Vlaanderen, 2022). Dit inzicht leidde tot de ontwikkeling van een eerste conceptueel model waarin de mechanismen ondergebracht werden in vier functionele rollen:

1. *Regulator* – waarborgt de (minimale) kwaliteitscriteria via regelgeving, toezicht en handhaving, en zorgt dat het kader actueel blijft in het licht van maatschappelijke en technologische evoluties.
2. *Ondersteuner* – ondersteunt de toepassing van het kader met praktische tools, begeleiding, opleiding en centrale aansprekingspunten.
3. *Communicator* – sensibiliseert diverse doelgroepen rond het belang van kwaliteitsvolle digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning, en het bestaan van het kwaliteitskader, en stimuleert betrokkenheid via dialoog, inspraak en terugkoppeling.
4. *Realisator* – implementeert het kader in de eigen werking en deelt ervaringen, uitdagingen en goede praktijken.

De onderverdeling in rollen biedt een houvast om de verdeling van verantwoordelijkheden te verkennen. Daarnaast maakten we een analyse van hoe de rollen bijdragen aan randvoorwaarden van good governance, zoals gedefinieerd door SVR (2008):

- Rechtmatigheid
- Effectiviteit
- Efficiëntie
- Transparantie
- Integriteit
- Uitvoerbaarheid
- Controleerbaarheid

Deze piste van functionele rollen, en hoe ze bijdragen aan de randvoorwaarden voor good governance werd voorgelegd in de stuurgroep vergadering van 31 januari 2025. Deze piste werd goed onthaald, maar er werden ook enkele aanvullingen geformuleerd: (a) Er moet aandacht geschonken worden aan hoe ver men kan en wil gaan in regulering en toezicht, gelet op de beschikbare middelen bij overheid en werkveld en de bevoegdheden van de Vlaamse overheid. (b) Er is nood aan duidelijkheid over welk type actoren een of meerdere rollen kunnen invullen.

Aanvullend werden twee interviews afgenomen met beleidsactoren. Enerzijds met een medewerker van Zorginspectie (27/01/2025). Dit had als doel om een zicht te krijgen op de rol die Zorginspectie kan opnemen in het toezicht op de kwaliteit van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Hieruit kwam naar voren dat Zorginspectie zeker een rol kan spelen, maar dat dit afhankelijk is van het soort toezicht dat gevraagd wordt vanuit de erkennende en subsidiërende entiteiten. In het geval dat de focus meer op het technische luik zou komen te liggen, zal samenwerking met andere partijen nodig zijn om de nodige technische expertise op te bouwen. Daarnaast werd benadrukt dat toezicht zich eerder pas op het einde van een implementatiemodel situeert. Het is hiernaast belangrijker om te investeren in heldere regels, duidelijke en voldoende communicatie, en incentives om een kader te implementeren, in plaats van meteen te focussen op toezicht en handhaving. Dit wijst op een verschuiving van een louter controlerende rol naar een bredere benadering waarbij ondersteuning en facilitering voorafgaan aan formele controle.

Een dubbelinterview (21/02/2025) vond plaats met twee beleidsmedewerkers betrokken bij de implementatie van het kwaliteitsdecreet (Vlaamse Regering, 2023). Hierin kwam naar voor dat het in de toekomst een potentieel te verkennen piste is om de governance van het kwaliteitskader te laten aansluiten op het kwaliteitsdecreet via een belanghebbendenoverleg. Dit is een adviesforum waar alle belanghebbenden worden uitgenodigd (voorzieningen, zorggebruikers, de medewerkers, de administraties etc.) om in co-creatie richting te geven aan kwaliteitsvolle zorg.

## 3 Verdieping op basis van input uit de focusgroepen

In het najaar van 2024 werden drie focusgroepen georganiseerd (zie Hoofdstuk 2, sectie 2), met experten deontologie en juridische aspecten (n=5) (06/11/2024), ICT-ontwikkelaars (n=4) (25/11/2024) en medewerkers in zorg en ondersteuning (n=5) (04/12/2024). Tijdens deze gesprekken werd er onder andere gepolst naar wat nodig is om het kader duurzaam te verankeren en het gebruik te stimuleren.

De belangrijkste aandachtspunten per groep waren:

**Focusgroep deontologie en juridische aspecten**

- Transparante communicatie over het kader, met daarin aandacht voor een helder onderscheid tussen optionele en bindende criteria.
- Participatie, dialoog en gedeeld eigenaarschap als voorwaarden voor draagvlak en duurzame toepassing.
- De nood aan het delen van goede praktijken om de toepassing concreet en tastbaar te maken voor de verschillende organisaties.

**Focusgroep ICT-ontwikkelaars**

- Bezorgdheid over hoge extra kosten en administratieve lasten die de naleving vereist, vooral voor kleinere aanbieders.
- Belang van differentiatie in de implementatie, met ruimte voor experiment en gefaseerde implementatie.
- Nood aan een kader dat actueel blijft en flexibel inspeelt op nieuwe of gewijzigde regelgeving.
- Vraag naar ondersteuning en begeleiding, zodat naleving niet uitsluitend een beoordelingskwestie wordt.

**Focusgroep medewerkers in zorg en ondersteuning**

- Belang van structurele ondersteuning, bijvoorbeeld via brugfiguren en begeleiding bij implementatie.
- Behoefte aan flankerend beleid op vlak van tijd, personeel en financiering.
- De nood aan sectoroverschrijdende samenwerking en harmonisatie voor brede gedragenheid.

De eerste versie van het governance-model werd getoetst aan deze input, en een aantal belangrijke aanpassingen werden doorgevoerd:

- De vier geïdentificeerde rollen werden herwerkt en uitgebreid naar zes rollen.
    - Enerzijds werd de communicator rol opgesplitst in een informerende rol (*communicator*) en participatieve rol (*participator*), om het belang aan inspraak en dialoog te benadrukken.
    - Anderzijds werd de regulator opgesplitst in een beleidsmatige (*regulator)* en toezichthoudende (*toezichthouder*) rol, aangezien dit een verschillend mandaat en expertise vereist.
    - Op deze manier kwamen we tot volgende categorisatie:
        - *Regulator* bepaalt of en hoe het kader formeel wordt verankerd in beleid of regelgeving.
        - *Toezichthouder* volgt de toepassing van het kader op, evalueert de impact en stuurt bij waar nodig.
        - *Ondersteuner* vertaalt het kader naar bruikbare tools, opleidingen en begeleiding voor het werkveld.
        - *Communicator* zorgt voor heldere communicatie en transparantie over het kader en de ondersteuningsmogelijkheden.
        - *Participator* organiseert dialoog en structurele inspraak met professionals, cliënten en andere betrokkenen en faciliteert verdere optimalisatie van het kader in functie van de noden van het werkveld.
        - *Realisator* past het kader toe in de praktijk en deelt ervaringen, inzichten en verbeterpunten.
    - Meer expliciete beschrijving van differentiatie op basis van schaal, risicoprofiel en maturiteit van toepassingen, en proportionaliteit van de gevolgen van (niet-)naleving.
    - Een herschreven introductie waarin de functionele aard van de rollen benadrukt wordt, los van specifieke organisaties.

## 4 Input focusgroep beleid en finalisering

Deze aangepaste versie werd voorgelegd tijdens een focusgroep op 8 mei 2025, bestaande uit actoren uit diverse Vlaamse beleidsdomeinen, gelieerd aan digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning (n=5). Tijdens dit overleg werd uitvoerig besproken hoe governance in een Vlaamse beleidscontext werkbaar en proportioneel kan worden ingevuld.

De belangrijkste aandachtspunten en bijhorende aanpassingen aan het governance-model waren:

- Differentiatie per type toepassingen:
    - Overheidsontwikkelde toepassingen (striktere naleving)
    - Toepassingen uit gesubsidieerde projecten (naleving als subsidievoorwaarde)
    - Commerciële tools (sensibilisering vanuit het kwaliteitskader)

- Mandaten en bevoegdheden: verduidelijking dat niet alle aspecten onder Vlaamse bevoegdheid vallen en dat toezicht soms gedeeld of extern is.
- Rolopname: toevoeging van richtinggevende voorbeelden van mogelijke actoren per rol, inclusief voorwaarden voor een realistische rolopname.
- Groeipadmodel: expliciete plaats voor graduele implementatie en verbeterpaden naargelang risicoprofiel en maturiteit.
- Toezicht als stimulerend proces: herformulering van toezicht in termen van leergerichtheid en bijsturing, met aandacht voor proportionaliteit en het voorkomen van innovatiebelemmering.
- Voorkomen van versnippering: verwijzing naar sectoroverschrijdende samenwerking en kennisdeling als strategieën om draagvlak te versterken.

Deze versie werd besproken in de stuurgroep van 20 juni 2025. De schriftelijke feedback leidde tot enkele finale verfijningen die zijn verwerkt in de definitieve versie van het governance-model (zie Bijlage 4).

# Hoofdstuk 5
# Disseminatie

Het project bevatte ook een disseminatie-luik waar er buiten de onderzoeksactiviteiten om werd gezorgd voor de bekendheid van het kwaliteitskader in wording. Hieronder is een overzicht terug te vinden van deze activiteiten.

## 1 SWVG steunpuntmeeting 2024

Op deze steunpuntmeeting werd de voorlopige stand van zaken van het onderzoeksproject gepresenteerd in een poster (Bijlage 5).

## 2 Stuurgroep eBeleid

Tijdens de stuurgroep van eBeleid op 25 september 2024 werd het SWVG onderzoek voorgesteld. Verder werd er ook bekeken of er leden van de stuurgroep betrokken wilden zijn in een focusgroep.

## 3 Netwerk Bandbreedte

Op 6 december 2024 heeft de onderzoeksgroep bijgedragen op het netwerkmoment Bandbreedte. Meer concreet werd het kwaliteitskader voorgesteld in een plenaire sessie. Later die dag vond er een focusgroep plaats waarin er samen met professionals uit de sector werd gekeken naar het kwaliteitskader om op deze wijze feedback te verzamelen.

## 4 Blender 2025

Op 24 maart 2025 vond de vierde editie van Blender plaats, een netwerkevent voor innovatie in online en blended werken in welzijnswerk en geestelijke gezondheidszorg. Op dit event stelden we het project kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning kort voor. De principes en de brede context werden gekaderd en tijdens de netwerkmomenten nadien vond er nog een wisselwerking met het werkveld plaats.

# Referenties


Acht leidende principes voor zorgzame technologie (z.d.). Caring Technology. Geraadpleegd op 28 augustus 2025, van https://www.caringtechnology.be

Agentschap Digitaal Vlaanderen. (2022, 21 april). Digitale dienstverleningsstrategie voor de Vlaamse Overheden (v1.1). Vlaamse overheid. https://assets.vlaanderen.be/image/upload/v1666621535/Digitale_Dienstverleningsstrategie_voor_de_Vlaamse_Overheden_v1.1_60_FINAL_VERSION_rtzbzn.pdf

Bocklandt, P., Adriaensens, E., De Zitter, M., Sep, H., & Vandecasteele, A. (2014). *Bouwstenen Vlaams actieplan onlinehulp*. Arteveldehogeschool. https://www.onlinehulp-arteveldehogeschool.be/onlinehulponderzoek/vlaams-actieplan-onlinehulp/

Bocklandt, P., Verplancke, J., Faelens, L., Beelen, S., Van der Cam, M., Geussens, C., Van Assche, E., Buelens, F., Van Daele, T., Mees, A., & Baeten, E. (2025). *Een kader voor digitale competenties van sociaal-agogische professionals*. Onlinehulp-Vlaanderen. https://cdn.nimbu.io/s/0hkvgjb/assets/1737548451710/20250122_p_een-kader-voor-digitale-competenties-van-sociale-professionals.pdf

De Jaegere, E., van den Berg, M., Wallyn, S., & Portzky, G. (2019). Ethical guidelines for technology-based suicide prevention programmes. In D. de Leo & V. Poštuvan (Eds.), Reducing the Toll of Suicide: Resources for Communities, Groups, and Individuals (pp. 123–142). Hogrefe Publishing. https://doi.org/10.1027/00569-000

International Organization for Standardization. (2021). *ISO/TS 82304-2:2021 – Health software – Part 2: Health and wellness apps – Quality and reliability* (1st ed.). ISO. https://www.iso.org/standard/78182.html

Kristensen, F. B., Lampe, K., Wild, C., Cerbo, M., Goettsch, W., & Becla, L. (2017). The HTA Core Model ® —10 Years of Developing an International Framework to Share Multidimensional Value Assessment. *Value in Health*, *20*(2), 244-250. https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.12.010

Vlaamse Regering. (2023, 5 mei). Decreet over de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin [Belgisch Staatsblad]. Vlaamse Codex. https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1038369&datum=&geannoteerd=false&print=false

# Bijlagen

## Bijlage 1 Literatuuroverzicht ontwikkeling kwaliteitskader


8 Caring Technology Principles. (2021). *Eight guiding principles for caring technology*. King Baudouin Foundation. https://www.fondsdanieldeconinck.be/en/initiative/caring-technology/

Aaltonen, E. (1999). Client-oriented Quality Assessment within Municipal Social Services. *International Journal of Social Welfare*, *8*(2), 131-142. https://doi.org/10.1111/1468-2397.00074

Abrishami, P., Boer, A., & Horstman, K. (2015). How can we assess the value of complex medical innovations in practice?. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *15*(3), 369-371. https://doi.org/10.1586/14737167.2015.1037834

Agarwal, S., LeFevre, A. E., Lee, J., L'Engle, K., Mehl, G., Sinha, C., & Labrique, A. (2016). Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist. *BMJ*, i1174. https://doi.org/10.1136/bmj.i1174

Agentschap Digitaal Vlaanderen. (2022). *Digitale dienst zelfevaluatiedocument*. Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/digitaal-vlaanderen/vlaamse-digitale-strategie/digitale-dienstverleningsstrategie

Agentschap Digitaal Vlaanderen. (2022). *Scores rekenblad digitale dienst*. Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/digitaal-vlaanderen/vlaamse-digitale-strategie/digitale-dienstverleningsstrategie

Agentschap Innoveren & Ondernemen (VLAIO). (2023). *digitalisering cybersecurity*. Vlaanderen. https://www.vlaio.be/nl/begeleiding-advies/digitalisering/cybersecurity?utm_campaign=%5BPCMN%5D%20CyberStart-NL&utm_medium=email&_hsmi=80113415&_hsenc=p2ANqtz-_5b_e0QR1qjbeSZFHxQvnkXR8NY0XkFZ-nVWrUib5H6MrUrWrRQ5QFqZ6I_edGrsc9S-84EJY87aRJNMYfmpQt-WIN4MJ6JA913CEHMv65VQ5m0WA&utm_content=80113415&utm_source=hs_email

Agoria en beMedTech. (n.d.). *Validatiepiramide m-health Belgium.* https://mhealthbelgium.be/nl/validatiepiramide

Agoria en cyberstart. (n.d.). *Cybersecurity woordenboek*. https://www.agoria.be/cyberstart/cybersecurity-woordenboek?utm_campaign=%5BPCMN%5D%20CyberStart-NL&utm_medium=email&_hsmi=80113415&_hsenc=p2ANqtz-8UoQ0HzPMVlKRdo0VEaNvAJPi_89orDK9P8XuznGSkKtyn9dhKQbibRCwCOuw0VVmIr-69uPTfw1i2759GLjEkBRHG2TtcJLbiSG7OZLnrPw70yzY&utm_content=80113415&utm_source=hs_email

Agoria. (2023). *Software supply chain risicobeheersing*. https://www.agoria.be/cyberstart/buyers-guide-software-supply-chain-risicobeheersing?utm_campaign=%5BPCMN%5D%20CyberStart-NL&utm_medium=email&_hsmi=80113415&_hsenc=p2ANqtz-9PbjmiY7Z279uSc5HdVt9d7nFTEHp6q7hLGlosNLArTVICi6EvWTlLuZX6XqP3w4UB_nYm0Jz8C38R_ginnjvviHPYpI4XfeB6PyylVuCheRDD6a4&utm_content=80113415&utm_source=hs_email

Ahmed, S., Trimmer, C., Khan, W., Tuck, A., Rodak, T., Agic, B., Kavic, K., Wadhawan, S., Abbott, M., Husain, M. O., Husain, M. I., McKenzie, K., Quintana, Y., & Naeem, F. (2024). A mixed methods analysis of existing assessment and evaluation tools (AETs) for mental health applications. *Frontiers in Public Health*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1196491

AI4Europe. (2019). *Ethic Assessment Tools*. https://www.ai4europe.eu/Ethics-Assessment-Tools-ALTAI

Almathami, H. K. Y., Win, K. T. & Vlahu-Gjorgievska, E. (2020). Barriers and facilitators of online consultations at patients' homes*, JMIR Publications 22*(2), e16407. https://doi.org/10.2196/16407

AMA. (2023). *Validating digital health innovations*. https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/validating-digital-health-innovations

APA. (2016). *Health Information Technology and Telepsychology*. https://www.apaservices.org/practice/legal/technology

APA. (n.d.). *The app evaluation model*. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/mental-health-apps/the-app-evaluation-model

Arteveldehogeschool. (2022). *Swipe: Sterk Sociaal Werk Inspirerende Praktijken Digitalisering*. https://www.arteveldehogeschool.be/nl/onderzoek/projecten/swipe-sterk-sociaal-werk-inspirerende-praktijken-digitalisering

Artsenfederatie KNMG. (2021). *Alles wat u moet weten over videoconsulten met patiënten*. KNMG. https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/alles-wat-u-moet-weten-over-videoconsulten-met-patienten

ASQ. (2024). *ISO 9001*. https://asq.org/quality-resources/iso-9001

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2020). *National Safety and Quality Digital Mental Health Standards*. https://www.safetyandquality.gov.au/standards/national-safety-and-quality-digital-mental-health-standards

Australian Digital Health Agency. (2021). *Assessment framework for mHealth apps* https://www.digitalhealth.gov.au/about-us/strategies-and-plans/assessment-framework-for-mhealth-apps

Australian Government Department of Health and Aged Care. (n.d.). *Australia: Therapeutic Goods Administration (TGA)* . https://www.tga.gov.au/

Balcombe, L., & De Leo, D. (2022). Human-Computer Interaction in Digital Mental Health. *Informatics*, *9*(1), 14. https://doi.org/10.3390/informatics9010014

Belgische overheid (2019). *Wet tot vaststelling van een kader voor de beveiliging van netwerk- en informatiesystemen van algemeen belang voor de openbare veiligheid.*

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019040715&table_name=wet

BelRAI (z.j.). *Wat is BelRAI- MyBelRAI?*. Belgium https://belrai.org/nl

Blindenzorg Licht en Liefde vzw. (2020). *Toegankelijkheidsmonitor 2020*. https://toegankelijkheidsmonitor.be/2020.html

Blumenthal, D. (1996). Quality of Care — What is It?. *New England Journal of Medicine*, *335*(12), 891-894. https://doi.org/10.1056/nejm199609193351213

Bocklandt, P. (2020). *Medewerkersvertrouwen in onlinehulp*. https://cdn.nimbu.io/s/0hkvgjb/channelentries/ywob7v1/files/medewerkersvertrouwen%20in%20onlinehulp%20-%208%20januari%202020.pdf?moerema=&dl=1

Bocklandt, P., Adriaensens, E., De Zitter, M., Sep, H., & Vandecasteele, A. (2014). *Bouwstenen Vlaams actieplan onlinehulp*. Arteveldehogeschool. https://www.onlinehulp-arteveldehogeschool.be/onlinehulponderzoek/vlaams-actieplan-onlinehulp/

Bocklandt, P., Beelen, S., Claeys, H., Custers, S., Mindermann, O. & Van Daele, T. (2022). Onlinehulp-Vlaanderen. *Screeningscriteria voor apps en websites in onlinehulp-apps.be*. https://www.onlinehulp-apps.be/screeningskader

Bocklandt, P., Verplancke, J., Faelens, L., Beelen, S., Van der Cam, M., Geussens, C., Van Assche, E., Buelens, F., Van Daele, T., Mees, A., & Baeten, E. (2025). *Een kader voor digitale competenties van sociaal-agogische professionals*. Onlinehulp-Vlaanderen. https://cdn.nimbu.io/s/0hkvgjb/assets/1737548451710/20250122_p_een-kader-voor-digitale-competenties-van-sociale-professionals.pdf

Boutens, L. (2016). *Online toepassingen rond de alcohol-, drug- en gokproblematiek - inspiratie voor intermediairs. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en Andere Drugs.* https://vad.be/catalogus/online-toepassingen-rond-de-alcohol-drug-en-gokproblematiek/

Boxstaens, J., & Reynders, B. (2024, 18 maart). *"We creëren een kwaliteitskader waarin iedereen naar waarde wordt geschat, op elk niveau"*. Zorgnet-Icuro. https://www.zorgneticuro.be/artikel/we-creeren-een-kwaliteitskader-waarin-iedereen-naar-waarde-wordt-geschat-op-elk-niveau

Broekhuis, M., van Velsen, L., & Hermens, H. (2019). Assessing usability of eHealth technology. *International Journal of Medical Informatics, 128*, 24-31. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.05.001

Brown, P., Prest, B., Miles, P., & Rossi, V. (2021). The development of National Safety and Quality Digital Mental Health Standards. *Australasian Psychiatry*, *30*(2), 154-157. https://doi.org/10.1177/10398562211042361

Business, Economy, Euro (n.d.). *CE markering*. European Union. https://europa.eu/youreurope/business/product-requirements/labels-markings/ce-marking/index_nl.htm#shortcut-0

Business, Economy, Euro (n.d.). *EU Digital Transformation*. European Union. https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/society/20210414STO02010/shaping-the-digital-transformation-eu-strategy-explained

Byrne-Haber, S. (2021). *Giving a damn about accessibility: A candid and practical handbook for designers*. UX Collective. https://www.accessibility.uxdesign.cc/

Cambell, A., Adams, C., Montgomery, R. B., Cooper, M., & Kirkpatrick, A. (2024). *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2.* W3C Recommendation. https://www.w3.org/TR/WCAG22/

CCLAB. (2021). *ETSI EN 303 645 Infographics for Consumer IoT devices*. https://www.cclab.com/downloads/etsi-infographics

Center for Internet Security. (2023). *Creating Confidence in the Connected World*. https://www.cisecurity.org/

Centre for Cybersecurity Belgium (2023). *Cyber Emergency Response Team*. Belgium. https://ccb.belgium.be/nl/cert

Centre for Cybersecurity Belgium. (2023). *De NIS2-richtlijn : wat betekent dit voor mijn organisatie?* Belgium. https://ccb.belgium.be/nl/de-nis2-richtlijn-wat-betekent-dit-voor-mijn-organisatie#_Toc127800317

Centre for Cybersecurity Belgium. (n.d.). *Centre for Cybersecurity Belgium*. Belgium. https://ccb.belgium.be/

Connolly, S. L., Kuhn, E., Possemato, K., & Torous, J. (2021). Digital Clinics and Mobile Technology Implementation for Mental Health Care. *Current Psychiatry Reports*, *23*(7). https://doi.org/10.1007/s11920-021-01254-8

Cook L. L., & Zschomler D. (2020). Virtual home visits during the COVID-19 pandemic: Social workers' perspectives. *Perspectives, 32* (5), 401-408. https://doi.org/10.1080/09503153.2020.1836142

Corrêa, N. K., Galvão, C., Santos, J. W., Del Pino, C., Pinto, E. P., Barbosa, C., … de Oliveira, N. (2023). Worldwide AI ethics: A review of 200 guidelines and recommendations for AI governance. *Patterns*, *4*(10), 100857. https://doi.org/10.1016/j.patter.2023.100857

Cox, D. (2024). 'They thought they were doing good but it made people worse': why mental health apps are under scrutiny. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/society/2024/feb/04/they-thought-they-were-doing-good-but-it-made-people-worse-why-mental-health-apps-are-under-scrutiny

Custers, S., Drooghmans, N., & Nijs, D. (2020). *Digitale inclusie in tijden van corona. Noden uit het welzijnswerk*. UCLL Research & Expertise. https://www.ucll.be/sites/default/files/documents/ucll_-_onderzoeksrapport_nodenbevraging_digitale_inclusie_in_tijden_van_.pdf

Cwikel, J., & Friedmann, E. (2019). E-therapy and social work practice: Benefits, barriers, and training. *International Social Work*, *63*(6), 730-745. https://doi.org/10.1177/0020872819847747

Cybersecurity Bites (2023). *Cybersecurity Bites*. https://cybersecurity-bites.be/

D'Alfonso, S. (2020). AI in mental health. *Current Opinion in Psychology*, *36*, 112-117. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.005

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

de Hond, A. A. H., Leeuwenberg, A. M., Hooft, L., Kant, I. M. J., Nijman, S. W. J., van Os, H. J. A., … Moons, K. G. M. (2022). Guidelines and quality criteria for artificial intelligence-based prediction models in healthcare: a scoping review. *Npj Digital Medicine*, *5*(1). https://doi.org/10.1038/s41746-021-00549-7

De Jaegere, E. (z.d.). *Ethische richtlijnen voor 'technology-based' suïcidepreventie programma's*. https://www.flanderscare.be/sites/default/files/media/ethiek_FCCOH.pdf

De Marez, L., Georges, A., Sevenhant, R. & Devos, E. (2025). Imec.digimeter.2024. Digitale trends in Vlaanderen. Imec. https://www.imec.be/nl/kennisuitwisseling/techmeters/digimeter/imecdigimeter-2024

De Witte, N. & Van Daele, T. (2017). *UTAUT-vragenlijsten.* Onderzoeksgroep Zorg en Welzijn. https://thomasmore.be/nl/zorg-en-welzijn-mens-en-welzijn/vragenlijst-utaut

Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie. (n.d.). *The Flemish AI Plan*. Vlaanderen. https://www.ewi-vlaanderen.be/en/flemish-ai-plan

Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie. (2023). *Transities mogelijk maken in tijden van disruptie*. Vlaanderen. https://www.ewi-vlaanderen.be/nieuws/transities-mogelijk-maken-tijden-van-disruptie

Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie. (2023). *Bletchley-verklaring: eerste internationale verklaring over veilige ontwikkeling van artificiële intelligentie (AI)*. Vlaanderen. https://www.ewi-vlaanderen.be/nieuws/bletchley-verklaring-eerste-internationale-verklaring-over-veilige-ontwikkeling-van?utm_medium=email&utm_campaign=Nieuwsbrief%20EWI%20%2014%20november%202023&utm_content=Nieuwsbrief%20EWI%20%2014%20november%202023+CID_95d794573cb316353d3f5852e1df6451&utm_source=Email%20marketing%20software&utm_term=Bletchley-verklaring%20eerste%20internationale%20verklaring%20over%20veilige%20ontwikkeling%20van%20artificile%20intelligentie%20AI

Departement Zorg. (n.d.). *BelRAI in Vlaanderen*. Vlaanderen. https://www.departementzorg.be/nl/belrai-vlaanderen

Departement Zorg. (2017). *Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg*. Vlaanderen. https://www.departementwvg.be/wie-wat-het-agentschap

Departement Zorg. (n.d.). *Alivia: uw digitaal zorg- en ondersteuningsplan*. Vlaanderen https://www.zorg-en-gezondheid.be/alivia-uw-digitaal-zorg-en-ondersteuningsplan

Department of Health, Disability and Ageing. (2022). *Understanding regulation of software-based medical devices*. Australian Government. https://www.tga.gov.au/how-we-

regulate/manufacturing/medical-devices/manufacturer-guidance-specific-types-medical-devices/regulation-software-based-medical-devices

Developers Android. (n.d.). *Core app quality*. Android https://developer.android.com/docs/quality-guidelines/core-app-quality#listing

Devlieghere, J., Roose, R., & Evans, T. (2019). Managing the electronic turn. *European Journal of Social Work*, *23*(5), 767-778. https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1582009

Digitaal Vlaanderen. (2022). *Digitale dienstverleningsstrategie voor Vlaamse overheden*. Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/digitaal-vlaanderen/vlaamse-digitale-strategie/digitale-dienstverleningsstrategie

Digitaal Vlaanderen. (n.d.). *Meetinstrument digitale vaardigheden*. Vlaanderen https://www.vlaanderen.be/samenleven/toegankelijkheid-e-inclusie/e-inclusie/meetinstrument-digitale-vaardigheden

Digitaal Vlaanderen. (n.d.). *Vlaamse strategie Informatieveiligheid*. Vlaanderen https://www.vlaanderen.be/digitaal-vlaanderen/vlaamse-digitale-strategie/vlaamse-strategie-informatieveiligheid

Digitale Zorg Gids. (n.d.). *Hulp bij digitale zorg.* https://www.digitalezorggids.nl/hulp-bij-digitale-zorg/

Digitall. (n.d.). *Wat is de Digital Inclusion bij Design Index?* https://digitalinclusionindex.digitall.be/nl#:~:text=De%20Digital%20Inclusion%20by%20Design%20Index%20toont%20u%20hoe%20toegankelijk,zoals%20marketeers%2C%20productontwerpers%20en%20webdesigners

Digivaardig in de zorg. (2019). *Zo meet je de stand van digitale vaardigheden in jouw organisatie.* https://www.digivaardigindezorg.nl/zo-meet-je-de-stand-van-de-digitale-vaardigheden-in-jouw-organisatie/

Digivaardig in de zorg. (n.d.). *Zelfscan digitale vaardigheden welzijn*. https://www.digivaardigindezorg.nl/welzijn-sociaal-werk/home/zelftest/#:~:text=Met%20de%20zelfscan%20digitale%20vaardigheden,geef%20zo%20zorgvuldig%20mogelijk%20antwoord.

Drude, K. P., & Maheu, M. M. (2023). The Need for Interprofessional Consensus about Telebehavioral Health Competencies and Education. *Journal of Technology in Behavioral Science*, *9*(1), 7-13. https://doi.org/10.1007/s41347-023-00369-4

EFQM. (2019). *The EFQM Model*. https://efqm.org/the-efqm-model/

EHealth Tools Assessment. (n.d.). *Assessment Instrument.* https://ehealth-criteria-toolbox.net/assessment-instrument/

eHealth. (2022). *CoBRHA - Common Base Registry for HealthCare Actor.* Belgium. https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/service-cobrha-common-base-registry-for-healthcare-actor

eHealth. (2023). *eHealth Welcome Pack*. Belgium. https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl

EIT Health. (n.d.). *European Taskforce for Harmonised Evaluations of Digital Medical Devices (DMDs)*. https://eithealth.eu/external-collaborations/european-taskforce-for-harmonised-evaluations-of-digital-medical-devices-dmds/

ETSI. (2020). *Cyber security for consumer internet of things (ETSI EN 303 645 V2.1.1)*. https://www.etsi.org/deliver/etsi_en/303600_303699/303645/02.01.01_60/en_303645v020101p.pdf

EU Cloud COC. (n.d.). *EU Cloud Coc*. https://eucoc.cloud/en/home

European Commission. (2023). *Commission welcomes political agreement on Cyber Resilience Act*. European Union. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_23_6168

European Commission. (2025). *The EU Cybersecurity Act*. European Union. https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/cybersecurity-act

European Commission. (2025). *The EU cybersecurity certification framework*. European Union. https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/cybersecurity-certification-framework

European Commission. (n.d.). *Medical Devices - Sector*. European Union. https://health.ec.europa.eu/medical-devices-sector_en

European Data Protection Board (2020). *Richtsnoeren inzake toestemming overeenkomstig*. European Union. https://edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/guidelines/guidelines-052020-consent-under-regulation-2016679_nl

European Data Protection Board (2022). *Guidelines on deceptive design patterns in social media platform interfaces*. European Union. https://www.edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/guidelines/guidelines-032022-deceptive-design-patterns-social-media_en

European Parliament & Council of the European Union. (2017). *Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009, and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC* [Regulation]. *Official Journal of the European Union, L 117*, 1–175. http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj

European Parliament & Council of the European Union. (2022). *Directive (EU) 2022/2555 of the European Parliament and of the Council of 14 December 2022 on measures for a high common level of cybersecurity across the Union, amending Regulation (EU) No 910/2014 and Directive (EU) 2018/1972, and repealing Directive (EU) 2016/1148 (NIS 2 Directive)* [Directive]. *Official Journal of the European Union, L 333*, 80–152. http://data.europa.eu/eli/dir/2022/2555/oj

European Parliament & Council of the European Union. (2024). *Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonised rules on artificial intelligence* [Regulation]. *Official Journal of the European Union, L 1689*, 1–144. http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj

European Parliament & Council of the European Union. (2024). *Regulation (EU) 2024/2847 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2024 on horizontal cybersecurity requirements for products with digital elements and amending Regulations (EU) No 168/2013 and (EU) No 2019/1020 and Directive (EU) 2020/1828 (Cyber Resilience Act)* [Regulation]. *Official Journal of the European Union, L 2847*, 1–66. http://data.europa.eu/eli/reg/2024/2847/oj

European Parliament & Council. (2017, 5 april). *Verordening (EU) nr. 2017/745 van het Europees Parlement en de Raad van 5 april 2017 betreffende medische hulpmiddelen, tot wijziging van Richtlijn 2001/83/EG, Verordening (EG) nr. 178/2002 en Verordening (EG) nr. 1223/2009, en tot intrekking van Richtlijnen 90/385/EEG en 93/42/EEG van de Raad* [Verordening]. *PbEU L 117*, 1–175.. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745

European Parliament, & Council of the European Union. (2016, April 27). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation)* [Regulation]. *Official Journal of the European Union, L 119*, 1–88. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj

European Parliament, & Council of the European Union. (2017, April 5). *Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC (Text with EEA relevance)* [Regulation]. *Official Journal of the European Union, 117*, 1–175. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745

European Parliament, & Council of the European Union. (2025, March 5). *Regulation (EU) 2025/327 of 11 February 2025 on the European Health Data Space* [Regulation]. *Official Journal of the European Union, L 5*, 1–96. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj

Europees Parlement & Raad van de Europese Unie. (2016). *Richtlijn (EU) 2016/1148 van het Europees Parlement en de Raad van 6 juli 2016 houdende maatregelen voor een hoog gemeenschappelijk niveau van beveiliging van netwerk- en informatiesystemen in de Unie* [Richtlijn]. *Publicatieblad van de Europese Unie, L 194*, 1–30. http://data.europa.eu/eli/dir/2016/1148/oj

Eysenbach, G., & CONSORT-EHEALTH Group. (2011). Improving and Standardizing Evaluation Reports of Web-based and Mobile Health Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4), e126. https://doi.org/10.2196/jmir.1923

Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., & Mariën, I. (2022). *Barometer Digitale Inclusie 2022*. Koning Boudewijnstichting. https://kbs-frb.be/nl/barometer-digitale-inclusie-2022

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE.(2023). *Moeten medische apps worden vergoed? En zo ja, welke?* https://kce.fgov.be/en/kce-press-release-kce-reports-362-evaluation-of-digital-medical-technologies

Federal Institute for Drugs and Medical Devices. (2020). *DiGa Digital Health Applications*. Germany. https://www.bfarm.de/EN/Medical-devices/Tasks/DiGA-and-DiPA/Digital-Health-Applications/_node.html

Fransen, J. (2011). *Methodiek online hulpverlening voor schoolmaatschappelijk werk*. Rotterdam: Hogeschool Inholland

Frederix, P., Drooghmans, N. & Vandries, T. (n.d.). *Handelingskader "Omgaan met online risico's vanuit het denkkader emotionele ontwikkeling"*. UCLL. https://research-expertise.ucll.be/sites/default/files/2021-12/Handelingskader%20Final%20Layout%20V3%281%29.pdf

Friedman, V. (2023). *How to make a strong case for accessibility*. Smart Interface Design Patterns. https://smart-interface-design-patterns.com/articles/accessibility-strong-case/

Friedman, V. (2023). *Mobile accessibility target sizes*. Smart Interface Design Patterns. https://smart-interface-design-patterns.com/articles/accessible-tap-target-sizes/

Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM Framework: A Systematic Review of Use Over Time. *American Journal of Public Health*, *103*(6), e38-e46. https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301299

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA). (2023). *De GBA publiceert een checklist voor het correcte gebruik van cookies*. https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/burger/nieuws/2023/10/20/de-gba-publiceert-een-checklist-voor-het-correcte-gebruik-van-cookies

GGD AppStore. (2020). *De testmethode GGD appstore methodiek*. https://www.ggdappstore.nl/Appstore/Testmethode

GGZ Standaarden. (2021). *Digitale zorg*. https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/ehealth/introductie

Gooding, P. (2019). Mapping the rise of digital mental health technologies: Emerging issues for law and society. *International Journal of Law and Psychiatry*, *67*, 101498. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101498

Goubin, E. (2023). *Communicatie als bindkracht: Tien communicatie-uitdagingen voor een sterke democratie en een warme samenleving*. Brussel: Politeia. ISBN 978-2-509-04255-2

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G. E., Liberati, A., & Schünemann, H. J. (2008). Going from evidence to recommendations. *BMJ*, *336*(7652), 1049-1051. https://doi.org/10.1136/bmj.39493.646875.ae

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, *336*(7650), 924-926. https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.ad

Han, Y., Itälä, T., & Hämäläinen, M. (2010). Citizen Centric Architecture approach - taking e-health forward by integrating citizens and service providers. *Studies in health technology and informatics*, *160*(2), 907–911. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-588-4-907

Harris, S. (2022). Australian social workers' understandings of technology in practice. *Australian Social Work, 75*(4), 420–432. https://doi.org/10.1080/0312407X.2021.1949025

Hartman-van der Laan, M. (2019). *Sociaal werk in de digitale samenleving*. Coutinho. https://www.coutinho.nl/nl/sociaal-werk-in-de-digitale-samenleving-9789046906590

Health Canada. (2019). *Guidance Document – Software as a Medical Device (SaMD): Definition and Classification*. Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/medical-devices/application-information/guidance-documents/software-medical-device-guidance-document/software-medical-device-guidance-document.pdf

Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Daggett, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., … Stetler, C. B. (2010). A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, *5*(1). https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-82

Henson, P., David, G., Albright, K., & Torous, J. (2019). Deriving a practical framework for the evaluation of health apps. *The Lancet Digital Health*, *1*(2), e52-e54. https://doi.org/10.1016/s2589-7500(19)30013-5

HL7 International. (2023). *HL7® FHIR® (Fast Healthcare Interoperability Resources)* (Version 5.0.0). https://hl7.org/fhir/

Hoogendoorn, P., Versluis, A., van Kampen, S., McCay, C., Leahy, M., Bijlsma, M., … Chavannes, N. H. (2023). What Makes a Quality Health App—Developing a Global Research-Based Health App Quality Assessment Framework for CEN-ISO/TS 82304-2: Delphi Study. *JMIR Formative Research*, *7*, e43905. https://doi.org/10.2196/43905

Hui, K., Gorin, M., & Sisti, D. (2022). A Call for Greater Regulation of Digital Mental Health Technologies. *AJOB Neuroscience*, *13*(3), 193-195. https://doi.org/10.1080/21507740.2022.2082595

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2023). *Gehandicaptenzorg worstelt met digitale vormen van zorg.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/06/16/gehandicaptenzorg-worstelt-met-digitale-vormen-van-zorg#:~:text=Digitale%20voorzieningen%20kunnen%20de%20vrijheid,verstrekte%20medicatie%20kan%20digitaal%20gebeuren.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2024). *Toetsingskader Digitale Zorg – uitgebreide versie*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2024/05/06/toetsingskader-digitale-zorg-uitgebreide-versie

International Electrotechnical Commission. (2015). *IEC 62304:2006/Amd 1:2015 – Medical device software — Software life cycle processes — Amendment 1*. International Electrotechnical Commission. https://www.iso.org/standard/64686.html

International Electrotechnical Commission. (2015). *IEC 62366-1:2015 – Medical devices – Part 1: Application of usability engineering to medical devices*. IEC. https://www.iso.org/standard/63179.html

International Medical Device Regulators Forum. (2014). *Software as a Medical Device Possible Framework for Risk Categorization and Corresponding Considerations*. https://www.imdrf.org/sites/default/files/docs/imdrf/final/technical/imdrf-tech-140918-samd-framework-risk-categorization-141013.pdf

International Medical Device Regulators Forum. (2017). *Software as a medical device (SaMD)*. https://www.imdrf.org/working-groups/software-medical-device-samd

International Medical Device Regulators Forum. (2025). *Characterization Considerations for Medical Device Software and Software-Specific Risk (IMDRF/SaMD WG/N81 FINAL:2025)*. https://www.imdrf.org/sites/default/files/2025-01/IMDRF_SaMD%20WG_Software-Specific%20Risk_N81%20Final_0.pdf

International Organization for Standardization & International Electrotechnical Commission (2019). *ISO/IEC 27701:2019 – Privacy information management – Extension to ISO/IEC 27001 and ISO/IEC 27002 for privacy information management systems* (1st ed.). ISO/IEC. https://www.iso.org/standard/71670.html

International Organization for Standardization & International Electrotechnical Commission (2022). *ISO/IEC 27001:2022 – Information security, cybersecurity and privacy protection – Information security management systems – Requirements*. ISO/IEC. https://www.iso.org/standard/27001.html

International Organization for Standardization (2014). *ISO/IEEE 11073-10418:2014 – Health informatics – Personal health device communication – Part 10418: Device specialization – International Normalized Ratio (INR) monitor*. ISO and IEEE. https://www.iso.org/standard/61897.html

International Organization for Standardization (2015). *ISO 9001:2015 – Quality management systems – Requirements* (5th ed.). ISO. https://www.iso.org/standard/62085.html

International Organization for Standardization (2016). *ISO 13485:2016 – Medical devices – Quality management systems – Requirements for regulatory purposes* (2nd ed.). ISO. https://www.iso.org/standard/59752.html

International Organization for Standardization (2016). Medical devices—Quality management systems—Requirements for regulatory purposes (ISO Standard No. 13485:2016). https://www.iso.org/standard/59752.html

International Organization for Standardization (2019). *ISO 9241-210:2019 – Ergonomics of human-system interaction – Part 210: Human-centred design for interactive systems*. ISO. https://www.iso.org/standard/77520.html

International Organization for Standardization (2021). *ISO 27269:2021 – Health informatics – International patient summary*. https://www.iso.org/standard/79491.html

International Organization for Standardization (2021). *ISO/TS 82304-2:2021 – Health software – Part 2: Health and wellness apps – Quality and reliability* (1st ed.). ISO. https://www.iso.org/standard/78182.html

International Organization for Standardization. (2023). *ISO 24495-1:2023 – Plain language — Part 1: Governing principles and guidelines* (1st ed.). ISO. https://www.iso.org/standard/78907.html

Itchhaporia, D. (2021). The Evolution of the Quintuple Aim. *Journal of the American College of Cardiology*, *78*(22), 2262-2264. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.018

Jacob, C., Lindeque, J., Klein, A., Ivory, C., Heuss, S., & Peter, M. K. (2023). Assessing the Quality and Impact of eHealth Tools: Systematic Literature Review and Narrative Synthesis. *JMIR Human Factors*, *10*, e45143. https://doi.org/10.2196/45143

Jacob, C., Lindeque, J., Müller, R., Klein, A., Metcalfe, T., Connolly, S. L., … Peter, M. K. (2023). A sociotechnical framework to assess patient-facing eHealth tools: results of a modified Delphi process. *Npj Digital Medicine*, *6*(1). https://doi.org/10.1038/s41746-023-00982-w

James, H. M., Papoutsi, C., Wherton, J., Greenhalgh, T., & Shaw, S. E. (2021). Spread, Scale-up, and Sustainability of Video Consulting in Health Care: Systematic Review and Synthesis Guided by the NASSS Framework. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(1), e23775. https://doi.org/10.2196/23775

Jones, R. B., Stallard, P., Agha, S. S., Rice, S., Werner-Seidler, A., Stasiak, K., … Merry, S. (2020). Practitioner review: Co-design of digital mental health technologies with children and young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(8), 928-940. https://doi.org/10.1111/jcpp.13258

JRC Publications Repository. (2022). *DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens*. European Union. https://publications.jrc.ec.europa.eu/

Kenniscentrum Digisprong. (n.d.). *DigCompEdu: Europees referentiekader voor digitale competenties van leraren.* Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/kenniscentrum-digisprong/themas/professionalisering/digcompedu-europees-referentiekader-voor-digitale-competenties-van-leraren

Kidholm, K., Ekeland, A. G., Jensen, L. K., Rasmussen, J., Pedersen, C. D., Bowes, A., … Bech, M. (2012). A MODEL FOR ASSESSMENT OF TELEMEDICINE APPLICATIONS: MAST. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *28*(1), 44-51. https://doi.org/10.1017/s0266462311000638

Kip, H., Wentzel, J., & Kelders, S. M. (2020). Shaping Blended Care: Adapting an Instrument to Support Therapists in Using eMental Health. *JMIR Mental Health*, *7*(11), e24245. https://doi.org/10.2196/24245

Kretzschmar, K., Tyroll, H., Pavarini, G., Manzini, A., Singh, I., & NeurOx Young People's Advisory Group. (2019). Can Your Phone Be Your Therapist? Young People's Ethical Perspectives on the Use of Fully Automated Conversational Agents (Chatbots) in Mental Health Support. *Biomedical Informatics Insights*, *11*. https://doi.org/10.1177/1178222619829083

Kristensen, F. B., Lampe, K., Wild, C., Cerbo, M., Goettsch, W., & Becla, L. (2017). The HTA Core Model ® —10 Years of Developing an International Framework to Share Multidimensional Value Assessment. *Value in Health*, *20*(2), 244-250. https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.12.010

Label2Enable. (z.j.). *Label2Enable*. https://label2enable.eu/

Lattie, E. G., Stiles-Shields, C., & Graham, A. K. (2022). An overview of and recommendations for more accessible digital mental health services. *Nature Reviews Psychology*, *1*(2), 87-100. https://doi.org/10.1038/s44159-021-00003-1

Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, Windesheim. (z.j.). *Innovatieroutes in de zorg*. https://innovatieroutesindezorg.nl/

Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gülmezoglu, M., Noyes, J., Booth, A., Garside, R., & Rashidian, A. (2015). *Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual)*. *PLOS Medicine, 12*(10), e1001895. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895

Liverpool, S., Mota, C. P., Sales, C. M. D., Čuš, A., Carletto, S., Hancheva, C., Sousa, S., Cerón, S. C., Moreno-Peral, P., Pietrabissa, G., Moltrecht, B., Ulberg, R., Ferreira, N., & Edbrooke-Childs, J. (2020). *Engaging children and young people in digital mental health interventions: Systematic review of modes of delivery, facilitators, and barriers*. *Journal of Medical Internet Research, 22*(6), e16317. https://doi.org/10.2196/16317

Lopes, I. M., Guarda, T., & Oliveira, P. (2019). *How ISO 27001 can help achieve GDPR compliance.* In A. Rocha, I. Pedrosa, M. P. Cota, & R. Goncalves (Eds.), *Proceedings of the 14th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI 2019)* (Article 8760937). IEEE Computer Society Press. https://doi.org/10.23919/CISTI.2019.8760937

Lucas, C., & Verhasselt, P. (2023). *Van ambitie tot adoptie: Digitaal transformeren met impact*. Die Keure. https://www.diekeure.be/professional/nl/product/van-ambitie-tot-adoptie-9789048645879/

Maatman, S. (2022). *Op weg naar kwaliteitscriteria voor gemixte participatie: Een verkennend onderzoek naar de kwaliteitswaarborging van gemixte participatietrajecten* [Masterthesis, Radboud Universiteit]. Radboud Repository. https://theses.ubn.ru.nl/bitstreams/c33bf566-30d4-4e7f-9a55-aa5c9bafa11c/download

Mattar, J., Ramos, D. K., & Lucas, M. R. (2022). DigComp-Based Digital competence Assessment Tools: Literature Review and Instrument Analysis. *Education and Information Technologies*, *27*(8), 10843-10867. https://doi.org/10.1007/s10639-022-11034-3

McDonald, A., Eccles, J. A., Fallahkhair, S., & Critchley, H. D. (2019). Online psychotherapy: trailblazing digital healthcare. *BJPsych Bulletin*, *44*(2), 60-66. https://doi.org/10.1192/bjb.2019.66

Mediawijs (Vlaams Kenniscentrum Digitale en Mediawijsheid). (2022). *Beleidstool digitale inclusie – lokale besturen*. Mediawijs. https://www.mediawijs.be/nl/beleidstoollokalebesturen

Mediawijs (Vlaams Kenniscentrum Digitale en Mediawijsheid). (n.d.). *Inclusion by design*. https://www.mediawijs.be/nl/dossiers/inclusion-design

Mediawijs. (n.d.). *Hoe digitaal inclusief is jouw product of dienst?* https://www.mediawijs.be/nl/tools/hoe-digitaal-inclusief-jouw-product-dienst

Medical Device Coordination Group. (2019). *Guidance on qualification and classification of software in Regulation (EU) 2017/745 – MDR and Regulation (EU) 2017/746 – IVDR*

(MDCG 2019-11). European Commission. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-09/md_mdcg_2019_11_guidance_qualification_classification_software_en_0.pdf

MedTech Europe & COCIR. (2021). *Interoperability standards in digital health: A white paper from the medical technology industry*. https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2021/10/mte_interoperability_digital_health_white-paper_06oct21.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2018). *Toolkit for e-Mental Health Implementation*. https://mentalhealthcommission.ca/resource/toolkit-for-e-mental-health-implementation/

Mesiäislehto, M., Kivipelto, M., & Hiilamo, H. (2021). *Social workers' perceptions on clients' service needs and social work practices during the COVID-19 pandemic*. *Journal of Comparative Social Work, 16*(2), 9–35. https://doi.org/10.31265/jcsw.v16i2.396

mHealthBelgium. (z.j.). *Validatiepiramide*. https://mhealthbelgium.be/nl/validatiepiramide

Mikolajczak, J., Keijsers, J., & Henkemans, O. B. (2011). eHealth Analyse en SturingsInstrument (eASI). *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, *89*(2), 78-82. https://doi.org/10.1007/s12508-011-0029-x

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (n.d.). *Implementatiekader 'Verantwoorde inzet van algoritmen'*. Rijksoverheid https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/30/implementatiekader-verantwoorde-inzet-van-algoritmen

Mishna, F., Milne, B., Sanders, J., & Greenblatt, A. (2021). Social Work Practice During COVID-19: Client Needs and Boundary Challenges. *Global Social Welfare*, *9*(2), 113-120. https://doi.org/10.1007/s40609-021-00219-2

Mistiaen P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 328A. https://doi.org/10.57598/R328AS

Mulder, P. (2025). *ISO normen: de betekenis en overzicht*. Toolshero. https://www.toolshero.nl/kwaliteitsmanagement/iso-normen/

National Association of Social Workers (nasw). (n.d.). *Standard for Technology in Social Work Practice*. https://www.socialworkers.org/Practice/NASW-Practice-Standards-Guidelines/Standards-for-Technology-in-Social-Work-Practice

National Institute for Health and Care Excellence. (n.d.). *Evidence standards framework (ESF) for digital health technologies*. https://www.nice.org.uk/corporate/ecd7

National Institute of Standards and Technology (US). (2024). *The NIST Cybersecurity framework (CSF) 2.0*. https://doi.org/10.6028/NIST.CSWP.29.ipd

Neal, D., Engelsma, T., Tan, J., Craven, M. P., Marcilly, R., Peute, L., … Dröes, R.-M. (2022). Limitations of the new ISO standard for health and wellness apps. *The Lancet Digital Health*, *4*(2), e80-e82. https://doi.org/10.1016/s2589-7500(21)00273-9

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2023). *Beeldbellen in de jeugdgezondheidszorg.* https://www.jgzrichtlijnen.nl/praktijkmodule/praktijkmodule-beeldbellen-in-de-jeugdgezondheidszorg-2023/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). *Wegwijzer bekostiging digitale zorg*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_11953_22/

NELL. (2022). *BLOG I There's a new sheriff in town: Richtlijnen en kwaliteitsnormen voor AI-ontwikkeling*. https://nell.eu/nieuws/blog-i-theres-a-new-sheriff-in-town-richtlijnen-en-kwaliteitsnormen-voor-ai-ontwikkeling

NHS. (2021). *Digital Technology Assessment Criteria (DTAC)*. UK. https://transform.england.nhs.uk/key-tools-and-info/digital-technology-assessment-criteria-dtac/

Nieuwboer, C. (n.d.). *Oefenen met methodische online hulpverlening*. Lectoraat Jeugd, Gezin en Samenleving. https://magazines.avans.nl/methodische-online-hulpverlening/oefenen-met-methodische-online-hulpverlening

Nieuwboer, C. Avans (n.d.). *Professionele online communicatie in zorg en welzijn*. Lectoraat Jeugd, Gezin en Samenleving. https://magazines.avans.nl/online-communicatie-hoe-maak-je-de-klik/cover

Nijs, D., & Drooghmans, N. (n.d.). *Mediawijsheidsnood: Nodendetectie en aanbevelingen betreffende het ondersteunen van mediawijsheid door professionals in de niet rechtstreeks toegankelijke hulpverlening.* UCLL. https://www.ucll.be/sites/default/files/documents/expertisecellen/eSocialWork/20190510_project_nodendetectiemediawijsheid.pdf

Nordesjö, K., & Scaramuzzino, G. (2023). Digitalization, stress, and social worker–client relationships during the COVID-19 pandemic. *Journal of Social Work*, *23*(6), 1080-1098. https://doi.org/10.1177/14680173231180309

Nordesjö, K., Scaramuzzino, G., & Ulmestig, R. (2021). The social worker-client relationship in the digital era: a configurative literature review. *European Journal of Social Work*, *25*(2), 303-315. https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1964445

Onlinehulp Vlaanderen. (2023). *Onlinehulp-apps screeningskader*. https://www.onlinehulp-apps.be/screeningskader

Open Web Application Security Project OWASP. (n.d.). OWASP *Mobile Application Security.* https://mas.owasp.org/#our-mission

Opgroeien. (n.d.). *Zeven B's als analysekader om drempels in kaart te brengen en weg te werken*. Vlaanderen. https://www.opgroeien.be/kennis/themas/toegankelijkheid/zeven-bs-als-analysekader-om-drempels-kaart-te-brengen-en-weg-te-werken

Opgroeien. (2018). *Quickscan voor onlinehulp in zorg en welzijn*. Vlaanderen https://www.opgroeien.be/kennis/toolbox/draaiboek-quickscan-voor-onlinehulp-zorg-en-welzijn

Opgroeien. (2020). *Professioneel beeldbellen in welzijnswerk, sociaal werk en geestelijke gezondheidszorg*. Vlaanderen. https://www.opgroeien.be/kennis/toolbox/draaiboek-professioneel-beeldbellen

Opgroeien. (2022). *Kinderen, jongeren en gezinnen blended ondersteunen*. Vlaanderen https://www.opgroeien.be/kennis/toolbox/document-kinderen-jongeren-en-gezinnen-blended-ondersteunen-een-advies-over-visie-en-positie

Opgroeien. (2023). *Project Parkour*. Vlaanderen. https://www.opgroeien.be/over-opgroeien/projecten/parkour

Orcha. (2023). *The organisation for the review of care and health apps (ORCHA)*. https://orchahealth.com/

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). *Health*. https://www.oecd.org/en/topics/health.html/

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). *OECD Science, Technology and Innovation Outlook 2023: Enabling Transitions in Times of Disruption*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0b55736e-en.

Osborne, S. (2022). *How does ISO 13485 compare to ISO 9001?.* Horizon. https://www.extrahorizon.com/insights/blog-posts/how-does-iso-13485-compare-to-iso-9001

OWASP SAMM. (2019). *Software Assurance Maturity Model*. https://www.opensamm.org/

Park, S. Y., Nicksic Sigmon, C., & Boeldt, D. (2022). A Framework for the Implementation of Digital Mental Health Interventions: The Importance of Feasibility and Acceptability Research. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.29329

Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, PGOsupport & IKONE. (2018). *Samenwerken met patiënten: Digitale zorg die werkt – 7 aanbevelingen.* Participatiekompas. https://participatiekompas.nl/media/20190930_handreiking-patie__ntenparticipatie-digitale-zorg_def.pdf

Pharos. (n.d.). *Quickscan digitale vaardigheden*. https://www.pharos.nl/kennisbank/quickscan-digitale-vaardigheden-van-uw-patienten/

Pharos. (n.d.). *Toegankelijk en laagdrempelig beeldbellen in de zorg*. https://www.pharos.nl/toegankelijk-laagdrempelig-beeldbellen-in-de-zorg/

Pijpers, R. (2017). *Alles wat u moet weten over 21e eeuwse vaardigheden*. Kennisnet. https://www.kennisnet.nl/artikel/alles-wat-je-moet-weten-over-21e-eeuwse-vaardigheden/

Pote, H., Moulton-Perkins, A., Holloway-Biddle, C., Rides, G., Cavanagh, K., Clarkson, L., Griffith, E., Jacques, C., Latchford, G., E., Richardson, G., Thew, G., Read, R., Priest, P., & Raczka, R. (2020). *Competence framework for digital clinical practice: Psychological practitioners*. British Psychology Society, Division of Clinical Psychology, Digital Healthcare Committee. https://digitalhealthskills.com/digitalcompetencies

Pote, H., Rees, A., Holloway-Biddle, C., & Griffith, E. (2021). Workforce challenges in digital health implementation: How are clinical psychology training programmes developing digital competences?. *DIGITAL HEALTH*, *7*. https://doi.org/10.1177/2055207620985396

Public Health (n.d.). *EU4Health programme 2021-2027*. European Union. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en#work-programmes

Reixach, E., Andrés, E., Sallent Ribes, J., Gea-Sánchez, M., Àvila López, A., Cruañas, B., Espí López, G., Sánchez Botero, J. A., Pujol-Ribera, E., Fernández Lázaro, D., Noguera-Julian, A., Girbau Carles, J., Carrera Vilar, P., López Sánchez, J. A., & Saigí-Rubió, F. (2022). Measuring the digital skills of Catalan health care professionals as a key step toward a strategic training plan: Digital competence test validation study. *Journal of Medical Internet Research, 24*(11), e38347. https://doi.org/10.2196/38347

Richardson, M. X., Landerdahl Stridsberg, S., & Wamala Andersson, S. (2022). Evidence-related requirements in Swedish public sector procurement of health and welfare technologies – a systematic review. *BMC Health Services Research*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-022-07723-x

RIZIV. (2022). *eGezondheid.* Belgium. https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/egezondheid

Roberts, C. A., Smith, K. C., & Sherman, A. K. (2018). Comparison of Online and Face-to-Face Parent Education for Children with Autism and Sleep Problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(4), 1410-1422. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3832-2

RRI Tools. (2022). *RRI tools*. https://rri-tools.eu/

Saelens, S., Vandecasteele, A., Vanhove, T., Debruyne, H., & Bocklandt, P. (2012). *Optimail: Een nieuwe methodiek voor e-mailhulpverlening*. Arteveldehogeschool. https://b9e8513d6a.clvaw-cdnwnd.com/22701d8eac43dd786f280edfdcf61659/200000155-97ea798e76/Leidraad%20e-maildienstverlening%20in%20opvoedingsondersteuning.pdf

Safe On Web at Work. (2023). *Cyberfundamentals basic*. https://atwork.safeonweb.be/tools-resources/cyberfundamentals-framework

Safe On Web at Work. (2023). *Cyberfundamentals essentials*. https://atwork.safeonweb.be/tools-resources/cyberfundamentals-framework

Safe On Web at Work. (2023). *Cyberfundamentals important*. https://atwork.safeonweb.be/tools-resources/cyberfundamentals-framework

Safe On Web at Work. (2023). *Cyberfundamentals small*. https://atwork.safeonweb.be/tools-resources/cyberfundamentals-framework

Safe On Web at Work. (2023). *Cybersecurity self-assessment*. https://atwork.safeonweb.be/nl/tools-resources/self-assessment

San Miguel, L., Obyn, C., Vinck, I., de Meester, C., Jespers, V., & Pouppe, C. (2023). Hoe digitale medische toepassingen evalueren met het oog op terugbetaling. Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

https://kce.fgov.be/nl/hoe-digitale-medische-toepassingen-evalueren-met-het-oog-op-terugbetaling

Schalken, F., Obyn, C., Vinck, I., de Meester, C., Jespers, V., & Pouppe, C. (2013). *Handboek online hulpverlening*. Bohn Stafleu van Loghum. https://www.bohnstafleuvanloghum.nl/product/handboek-online-hulpverlening

Schotte, C., & Van Broeck, N. (2018). *De competenties van de Belgische klinisch psycholoog: integratie van het profiel in Advies nr. 9194 van de Hoge Gezondheidsraad en het CanMEDS-model.* VVKP. https://vvkp.be/sites/default/files/TKP%202018-01_04_Competenties.pdf

Schueller, S. M., & Torous, J. (2020). Scaling evidence-based treatments through digital mental health. *American Psychologist, 75*(8), 1093–1104. https://doi.org/10.1037/amp0000654

SERV. (2021). *Artificiële intelligentie: Internationale verkenning van de sociaal-economische impact*. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20210208_Informatierapport_AI_RAP.pdf

Silberman, J., Wicks, P., Patel, S., Sarlati, S., Park, S., Korolev, I. O., Carl, J. R., Owusu, J. T., Mishra, V., Kaur, M., Willey, V. J., Sucala, M. L., Campellone, T. R., Geoghegan, C., Rodriguez-Chavez, I. R., Vandendriessche, B., & Goldsack, J. C. (2023). Rigorous and rapid evidence assessment in digital health with the evidence DEFINED framework. *npj Digital Medicine, 6*(1), 101. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00836-5

Smart Interface Design Patterns. (2023). *Color contrast cheat sheet*. https://smart-interface-design-patterns.com/articles/color-contrast-cheat-sheet/#wcag-21-level-aa-minimum-contrast-cheat-sheet

SNOMED International. (2023). *SNOMED International*. https://www.snomed.org/

Sociaal Werk Nederland. (2022). *Aan de slag met kwaliteit: Kwaliteitslabel Sterk Sociaal Werk*. https://sociaalwerknederland.nl/wp-content/uploads/wpallimport/files/426c49eed5fc1361477b30522bb9bd6fe25dacf4.pdf

Social Care Institute for Excellence. (n.d.). *Digital capabilities for social workers*. https://www.scie.org.uk/social-work/digital-capabilities/stakeholders

Software and Systems Engineering Standards Committee of the IEEE Computer Society. (2022). *IEEE Standard for Data Privacy Process* (IEEE Std 7002-2022). IEEE. https://standards.ieee.org/ieee/7002/6898/

Software and Systems Engineering Standards Committee of the IEEE Computer Society. (2021). *IEEE Standard Model Process for Addressing Ethical Concerns during System Design* (IEEE Std 7000-2021). IEEE. https://doi.org/10.1109/IEEESTD.2021.9536679

Sponselee, A., Van Til, J. den Ouden, M., Groeneveld, S., & Metz, S. (2021). *V-model: technologiekwalificaties van mbo- en hbo-professionals in zorg en welzijn.* Onderwijs en Gezondheidszorg. https://doi.org/10.24078/oeng.2021.4.127178

Stad Gent. (2024). *Jaarverslag e-inclusie Gent 2024*. https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/nieuws-evenementen/jaarverslag-digitale-inclusie-gent-2024

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2021). *Technologische gezondheidsinnovaties Ontwikkeling van een ethisch evaluatiekader*. Flanders Care. https://www.flanderscare.be/evenementen/uitnodiging-seminarie-ethische-aspecten-van-zorginnovatie

Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie-instituut (NEN). (2017). *NEN 7510:2017 – Informatiebeveiliging in de zorg – Eisen voor een managementsysteem* (3e ed.). NEN. https://www.nen.nl/nen-7510-1-2017-nl-232492

Stichting Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ-BCSS). (z.j.). *Informatieveiligheidsbeleid*. https://www.ksz-bcss.fgov.be/nl/gegevensbescherming/informatieveiligheidsbeleid

Stoyanov, S. R., Hides, L., Kavanagh, D. J., Zelenko, O., Tjondronegoro, D., & Mani, M. (2015). Mobile App Rating Scale: A New Tool for Assessing the Quality of Health Mobile Apps. *JMIR MHealth and UHealth*, *3*(1), e27. https://doi.org/10.2196/mhealth.3422

Suominen, J., Veikkolainen, P., Kaksonen, R., Voutilainen, M., Haverinen, J., & FinCCHTA. (2023). *Comparison report of Digi-HTA and CEN/ISO TS 82304-2:2021*. Finnish Coordinating Center for Health Technology Assessment (FinCCHTA). https://oys.fi/fincchta/wp-content/uploads/sites/21/2023/02/comparison-report-of-digi-hta-and-cen-iso-ts-82304-2-2021.pdf

Thieme, A., Belgrave, D., & Doherty, G. (2020). Machine Learning in Mental Health. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*, *27*(5), 1-53. https://doi.org/10.1145/3398069

Trimbos-instituut. (2016). *Vragenlijst Onlinehulpstempel*. https://www.onlinehulpstempel.nl/files/vragenlijst.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. (2021). *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)*. https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/index.html

U.S. Food and Drug Administration. (2018). *Software as a Medical Device (SaMD)*. https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/software-medical-device-samd

U.S. Food and Drug Administration. (2021). *Artificial Intelligence/Machine Learning (AI/ML)-based Software as a Medical Device (SaMD) Action Plan*. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-releases-artificial-intelligencemachine-learning-action-plan

U.S. Food and Drug Administration. (2022). *Clinical Decision Support Software Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff*. https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/clinical-decision-support-software

U.S. Food and Drug Administration. (2022). *Global approach to Software as a Medical Device*. https://www.fda.gov/medical-devices/software-medical-device-samd/global-approach-software-medical-device

U.S. Food and Drug Administration. (2023). *Medical device safety and the 510(k) clearance process*. https://www.fda.gov/medical-devices/510k-clearances/medical-device-safety-and-510k-clearance-process

U.S. Food and Drug Administration. (2023). *Medical devices*. https://www.fda.gov/medical-devices

UK Government. (2023). *The Bletchley Declaration by countries attending the AI Safety Summit, 1–2 November 2023*. https://www.gov.uk/government/publications/ai-safety-summit-2023-the-bletchley-declaration/the-bletchley-declaration-by-countries-attending-the-ai-safety-summit-1-2-november-2023

Valentine, L., D'Alfonso, S., & Lederman, R. (2022). Recommender systems for mental health apps: advantages and ethical challenges. *AI &Amp; SOCIETY*, *38*(4), 1627-1638. https://doi.org/10.1007/s00146-021-01322-w

Van Bogaert, M. (2022). *101 schrijftips die je moest missen op school*. Lannoo Campus. https://www.lannoo.be/nl/101-schrijftips-die-je-moest-missen-op-school

Van Braeckel, L. (2019). Blended hulp reikt online en offline de hand. *Welzijns- en Gezondheidsmagazine, 144*. https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/1472

Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 160–173. https://doi.org/10.1037/int0000218

Van Smeden, M., Moons, C., Hooft, L., Kant, I., van Os, H., & Chavannes, N. (2021). *Leidraad voor kwalitatieve diagnostische en prognostische toepassingen van AI in de zorg* (Versie 1.0). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. https://www.datavoorgezondheid.nl/wegwijzer-ai-in-de-zorg/documenten/publicaties/2021/12/17/leidraad-kwaliteit-ai-in-de-zorg-nieuw

Van Tongeren, P., & Bal, C. (1998). Blijven vragen wat kwaliteit is. *Ethische Perspectieven*, *8*(4), 311-315. https://doi.org/10.2143/epn.8.4.516892

Vandemeulebroucke, T., Mertens, E., Dernier, Y., & Gastmans, C. (2021). *Technologische gezondheidsinnovaties: Ontwikkeling van een ethisch evaluatiekader*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/e9e9sdv/files/2021_14_Rapport_62_SWVG_EF47_2__Ethiek.pdf?be18f3m

Vandooren, T. (2023). *Maar wij hebben toch geen klanten: Klantgericht organiseren in social profit*. Owl Press. https://www.borgerhoff-lamberigts.be/owl-press/shop/boeken/maar-wij-hebben-toch-geen-klanten

Verplancke, J., & Bocklandt, P. (2023). *Ready to blend?! Is jouw cliënt klaar voor een blended traject? Checklist voor sociale professionals en cliënten om samen blended te werken*. Arteveldehogeschool – Expertiselijn Mens, Samenleving & Digitalisering. https://b9e8513d6a.clvaw-cdnwnd.com/22701d8eac43dd786f280edfdcf61659/200001061-c6040c6042/Ready%20to%20blend%20-%2018%20oktober%202023.pdf

Vitalink. (2023). *Vitalink*. https://www.vitalink.be/

Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid. (2018). *Bestuursdecreet: omzetting Europese richtlijn voor de toegankelijkheid van de websites en mobiele applicaties van overheidsinstanties*. Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/algemeen-bestuur-dienstverlening-en-communicatie/digitale-toegankelijkheid/bestuursdecreet-omzetting-europese-richtlijn-voor-de-toegankelijkheid-van-de-websites-en-mobiele-applicaties-van-overheidsinstanties

Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid. (n.d.). *De Richtlijnen voor Toegankelijkheid van Webcontent (WCAG) in begrijpelijke taal*. Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/algemeen-bestuur-dienstverlening-en-communicatie/digitale-toegankelijkheid/de-richtlijnen-voor-toegankelijkheid-van-webcontent-wcag-in-begrijpelijke-taal

Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid. (n.d.). *Toegankelijkheidsverklaring*. Vlaanderen. https://www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/algemeen-bestuur-dienstverlening-en-communicatie/digitale-toegankelijkheid/toegankelijkheidsverklaring

Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid. (n.d.). *Waarderingsplatform: deel uw ervering met zorg en ondersteuning.* Departement Zorg en Gezondheid. https://www.departementzorg.be/nl/waarderingsplatform-deel-uw-ervaring-met-zorg-en-ondersteuning

Vlaams Netwerk tegen Armoede. (2023). *24 speerpunten voor een structureel armoedebeleid in '24*. https://www.netwerktegenarmoede.be/nl/nieuws/2023/memorandum-van-het-vlaams-netwerk-tegen-armoede-verkiezingen-2024

Vlaamse Kwalificatiestructuur. (n.d.). *Beroepskwalificatiedossier klinisch psycholoog*. https://app.akov.be/pls/pakov/f?p=VLAAMSE_KWALIFICATIESTRUCTUUR:2:::2:P2_BK_DOSSIER_ID,P2_BKD_PROCES_ID,P2_DOCUMENT_TYPE_ID,P2_PROCES_STAP_ID,P2_FORMAT:6321,7941,82,6,PDF

Voka. (n.d.). *Digitale Quickscan*. https://www.voka.be/digitale-quickscan

Watson, L. (2020). *WCAG primer*. TetraLogical. https://tetralogical.com/blog/2020/04/10/wcag-primer/

Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2016). Mixing Online and Face-to-Face Therapy: How to Benefit From Blended Care in Mental Health Care. *JMIR Mental Health*, *3*(1), e9. https://doi.org/10.2196/mental.4534

World Health Organization. (2012). *National eHealth strategy toolkit.* . https://www.who.int/publications/i/item/national-ehealth-strategy-toolkit

World Health Organization. (2019). R*ecommendations on digital interventions for health systems strengthening*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505

World Health Organization. (2023). *WHO calls for safe and ethical AI for health.* https://www.who.int/news/item/16-05-2023-who-calls-for-safe-and-ethical-ai-for-

health#:~:text=The%206%20core%20principles%20identified%20by%20WHO%20are%3A,%286%29%20promote%20AI%20that%20is%20responsive%20and%20sustainable

World Health Organization. (2023). *WHO outlines considerations for regulation of artificial intelligence for health.* https://www.who.int/news/item/19-10-2023-who-outlines-considerations-for-regulation-of-artificial-intelligence-for-health

World Health Organization. (2024). *WHO releases AI ethics and governance guidance for large multi-modal models*. https://www.who.int/news/item/18-01-2024-who-releases-ai-ethics-and-governance-guidance-for-large-multi-modal-models

World Health Organization. (n.d.). *Global Initiative on Digital Health*. https://www.who.int/initiatives/global-initiative-on-digital-health

World Wide Web Consortium (W3C). (2023). *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2*. https://www.w3.org/TR/WCAG22/

World Wide Web Consortium (W3C). (2025). *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1*. https://www.w3.org/TR/WCAG21/

World Wide Web Consortium (W3C). (n.d.). *W3C Accessibility Standards Overview*. Web Accessibility Initiative (WAI). https://www.w3.org/WAI/standards-guidelines/

Zantvoord, J. (2020). *Eindrapport onderzoek Digitale Vaardigheden*. Utrechtzorg. https://utrechtzorg.net/media/pages/nieuws/programma-digitaal-vaardig-levert-waardevolle-aanbevelingen-voor-zorg-en-welzijn/15fafdb5fa-1655902278/digitale-vaardigheden-onderzoeksrapport-regio-utrecht_-juli-2020.pdf

Zemaitaityte, I., Bardauskiene, R., Pivoriene, J., & Katkonienė, A. (2023). Digital competences of future social workers: the art of education in uncertain times. *Social Work Education*, *43*(4), 1078-1091. https://doi.org/10.1080/02615479.2022.2164269

Zhu, H., & Andersen, S. T. (2021). Digital competence in social work practice and education: experiences from Norway. *Nordic Social Work Research*, *12*(5), 823-838. https://doi.org/10.1080/2156857x.2021.1899967

Zorginstituut Nederland. (2017). *Evaluatie van eHealth technologie in de context van beleid. https*://www.zorgvoorinnoveren.nl/.uc/fb134d21601020dd1ae00fd5ed102b797be3b9b6c082500/Evaluatie-van-eHealth-technologie-web.pdf

Zorgverzekeraars Nederland. (2024). *Digitalisering.* https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/

Zorgverzekeraars Nederland. (n.d.). *Leidraad applicaties en algoritmes in de zorg*. https://www.zn.nl/publicaties/#dossier[]=digitalisering

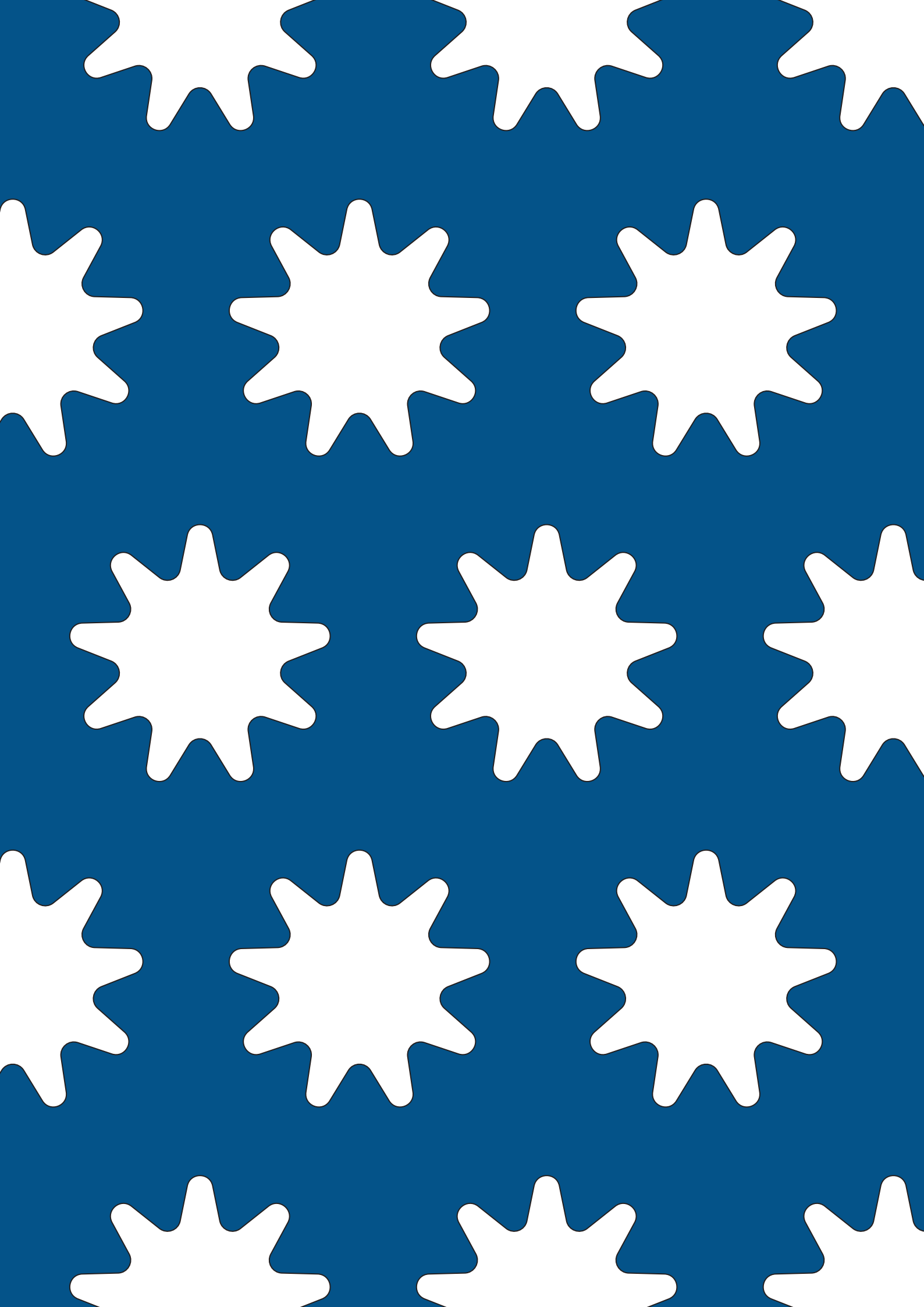
**Bijlage 2 Kwaliteitskader voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning**

Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

# KWALITEITSKADER DIGITALE ZORG, HULPVERLENING & ONDERSTEUNING

in het domein welzijn,
volksgezondheid en gezin



# VOORAF

In het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ontwikkelden Thomas More-hogeschool en Arteveldehogeschool in opdracht van het Departement Zorg een kwaliteitskader voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Deze opdracht vloeit voort uit de behoefte aan duidelijkheid over de (minimale) kwaliteitscriteria voor overheden, organisaties, aanbieders, ontwikkelaars, professionals en gebruikers.

De vraag naar eenduidige en transparante criteria is de afgelopen jaren toegenomen, gezien een toename van (Europese) wetgeving, richtlijnen, kaders, standaarden, technologische ontwikkelingen, verwachtingen van gebruikers en signalen uit het werkveld.

Dit kwaliteitskader werd wetenschappelijk onderbouwd door een literatuurstudie, interviews, en ervaringen van experts, professionals en gebruikers. Meer informatie over onze methodologie vind je terug in het eindrapport. Je kan dit downloaden via www.steunpuntwvg.be/publicaties.

# HOE IS DIT DOCUMENT OPGEBOUWD?

8

## INLEIDING

De inleiding geeft de context van het kwaliteitskader. Wat was de aanleiding? Voor wie is het bedoeld?

12

## TECHNOLOGIE

**AANBIEDER TECHNOLOGIE** I 14

**DOEL VAN DE TECHNOLOGIE** I 15

**GEBRUIKSGEMAK** I 17

**DEONTOLOGIE** I 18

**ROBUUSTE BOUW VAN DE TECHNOLOGIE** I 20

## BOXEN BOX

In de boxen krijg je meer achtergrond, verduidelijking en voorbeelden.

= OPTIONEEL CRITERIUM

## ORGANISATIES

**DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING BIEDEN** | 24

**KOSTEN VAN HET PROCES** | 28

**MANAGEMENT** | 29

**ACCEPTATIE VAN TECHNOLOGIE** | 29

22

30

## PROFESSIONALS

**DIGITALE INCLUSIE EN DIGITALE COMPETENTIES BEVORDEREN** | 32

**DIGITALE ZORG, HULP EN ONDERSTEUNING BIEDEN** | 34

**DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING IN DE ORGANISATIE MEE VORM GEVEN** | 36

38

## BEGRIPPEN

De woorden die onderlijnd zijn, kan je aanklikken. Achteraan in de begrippenlijst vind je een definitie.

40

## BRONNENLIJST

BRON

Tenslotte vind je een bronnenlijst met de verschillende bronnen waarop het kwaliteitskader is gebaseerd.

# INLEIDING

## VOOR WIE IS HET KWALITEITSKADER BEDOELD?

Dit kader moet de kwaliteit garanderen van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning, bij het ontwikkelen, invoeren en gebruiken ervan. Het richt zicht tot

- IT-ontwikkelaars van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning
- professionals, vrijwilligers, stafmedewerkers, IT-verantwoordelijken, etc.
- beleidsmedewerkers binnen organisaties en overheden

En dat alles in de verschillende sectoren binnen het WVG. Denk aan de ouderenzorg, jeugdhulp, gezondheidszorg, gezinsondersteuning, geestelijke gezondheidszorg, het algemeen welzijnswerk en de ondersteuning van personen met een handicap.

Maar de criteria kunnen ruimer worden toegepast. Het kader zorgt voor gemeenschappelijke richtlijnen voor een betere kwaliteit, maar ook voor gemeenschappelijke en duidelijke begrippen over de verschillende domeinen heen. Het kan zo bijdragen tot een beter begrip en duidelijke communicatie tussen bijvoorbeeld overheid en professionals, organisaties onderling of met aanbieders van IT-toepassingen.

Wat verstaan wij onder digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning?

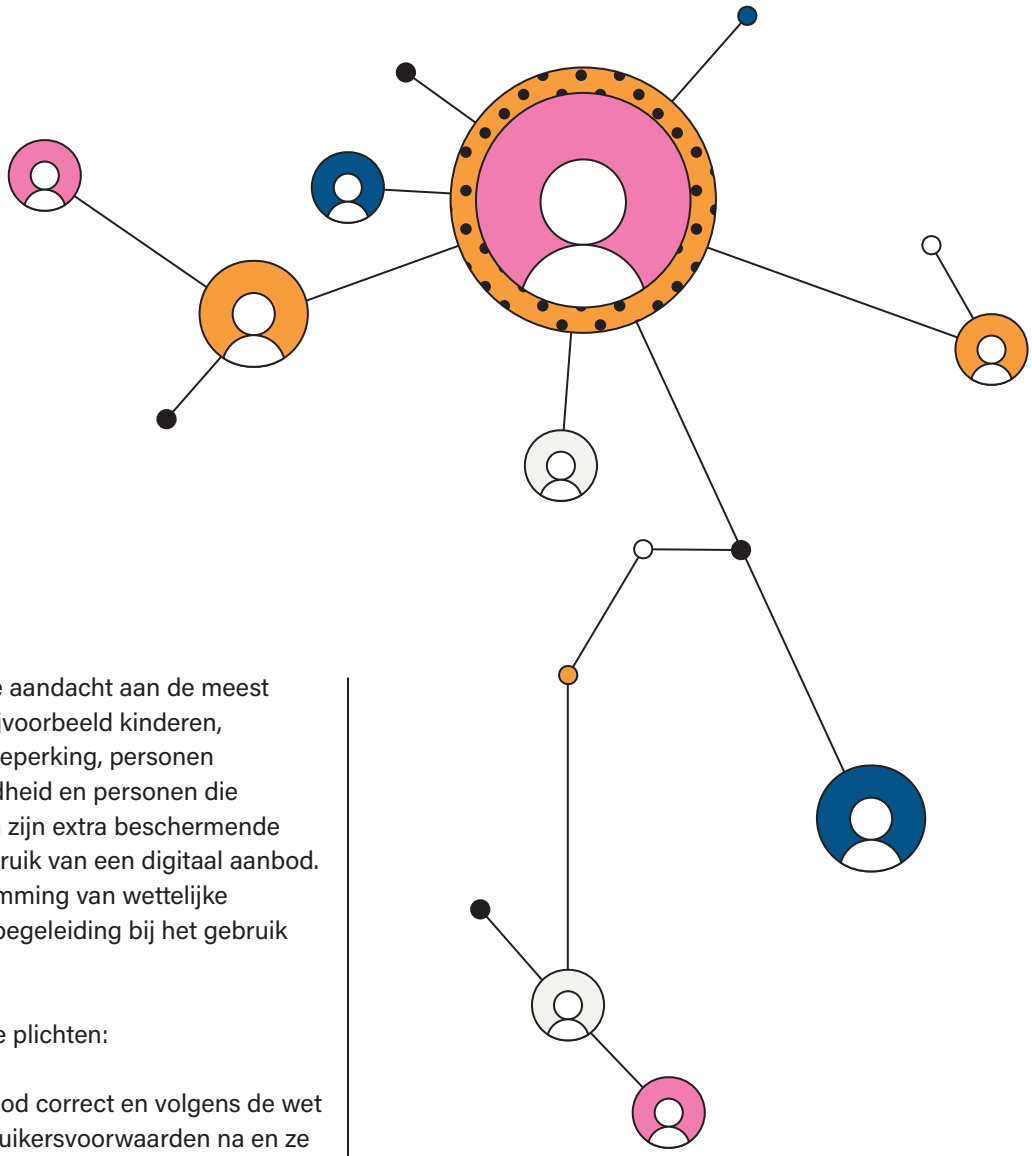
- alle technologie zoals apps, websites, chatbots, virtual reality, wearables en AI
- voor burgers, cliënten, patiënten en hun netwerk
- om hun welzijn en gezondheid te behouden of te verbeteren

## GEBRUIKERS ALS UITGANGSPUNT

Gebruikers zijn in dit kader cliënten, patiënten en hun netwerk, familieleden en mantelzorgers. Hun perspectief staat centraal bij de beoordeling van de kwaliteit van een digitaal aanbod.

Dit zijn de algemene uitgangspunten:

- De verwachtingen van de gebruikers. Wat hebben ze nodig? Wat zijn hun capaciteiten?
- Gebruikers hebben het recht om hun mening te geven over het ontwerp en over het gebruik van het digitaal aanbod.
- Zij hebben controle over hun eigen traject en beslissen welke informatie zij delen met de andere partijen.
- Gebruikers kunnen kiezen tussen een digitaal en niet-digitaal aanbod, afhankelijk van wat ze verwachten of nodig hebben en van hun capaciteiten. Het digitale aanbod is een optie.
- Informatie over en van de gebruikers is altijd vertrouwelijk en veilig, en volgens de wetgeving hierover, zoals de AVG. Die gegevens mogen alleen met expliciete toestemming van de gebruiker worden gedeeld of verwerkt. De gebruikers weten ook dat ze het recht hebben om de gegevens in te zien, aan te passen of te verwijderen.
- Gebruikers hebben recht op technologie die begrijpelijk en toegankelijk is. En die rekening houdt met hun vaardigheden en beperkingen, bijvoorbeeld taalvaardigheid en geletterdheid. BRON 9



Het kader besteedt bijzondere aandacht aan de meest kwetsbare gebruikers zoals bijvoorbeeld kinderen, jongeren, personen met een beperking, personen met een lage digitale geletterdheid en personen die wilsonbekwaam zijn. Voor hen zijn extra beschermende maatregelen nodig bij het gebruik van een digitaal aanbod. Denk bijvoorbeeld aan toestemming van wettelijke vertegenwoordigers, of extra begeleiding bij het gebruik van de technologie.

Gebruikers hebben ook enkele plichten:

- Zij moeten het digitaal aanbod correct en volgens de wet gebruiken. Ze leven de gebruikersvoorwaarden na en ze doen geen onwettige activiteiten. Ze delen bijvoorbeeld geen vertrouwelijke informatie zonder expliciete toestemming van een professional.
- Gebruiken ze het digitaal aanbod verkeerd of niet volgens de wet? Verspreiden ze bijvoorbeeld schadelijke inhoud? Of schenden ze de rechten van anderen? Dan kunnen gebruikers aansprakelijk gesteld worden.

Hebben bepaalde groepen of gebruikers bepaalde vaardigheden of kennis niet? Of hebben ze geen toegang tot het digitale aanbod? Dan kunnen professionals en overheid daarbij helpen. Bijvoorbeeld:

- door die vaardigheden te versterken, denk aan digitale geletterdheid en gezondheidsgeletterdheid
- door een ondersteunend netwerk aan te bieden
- door een aanvullend niet-digitaal aanbod te blijven voorzien

## DE ROL VAN ANDERE PARTIJEN IN HET KWALITEITSKADER

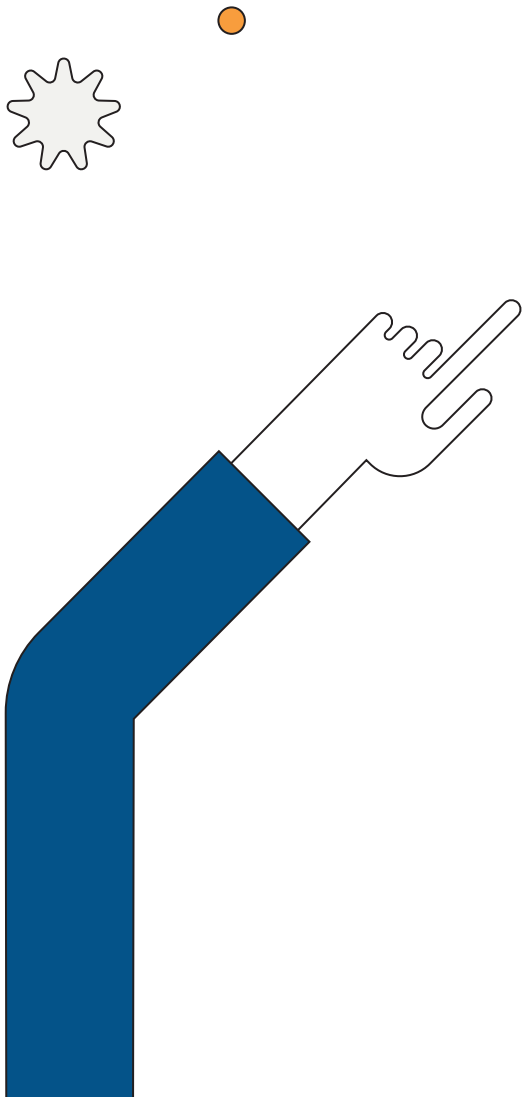
Verschillende partijen hebben invloed op de kwaliteit van de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning: de professionals, de organisaties, de ontwikkelaars, de overheid en de maatschappij.

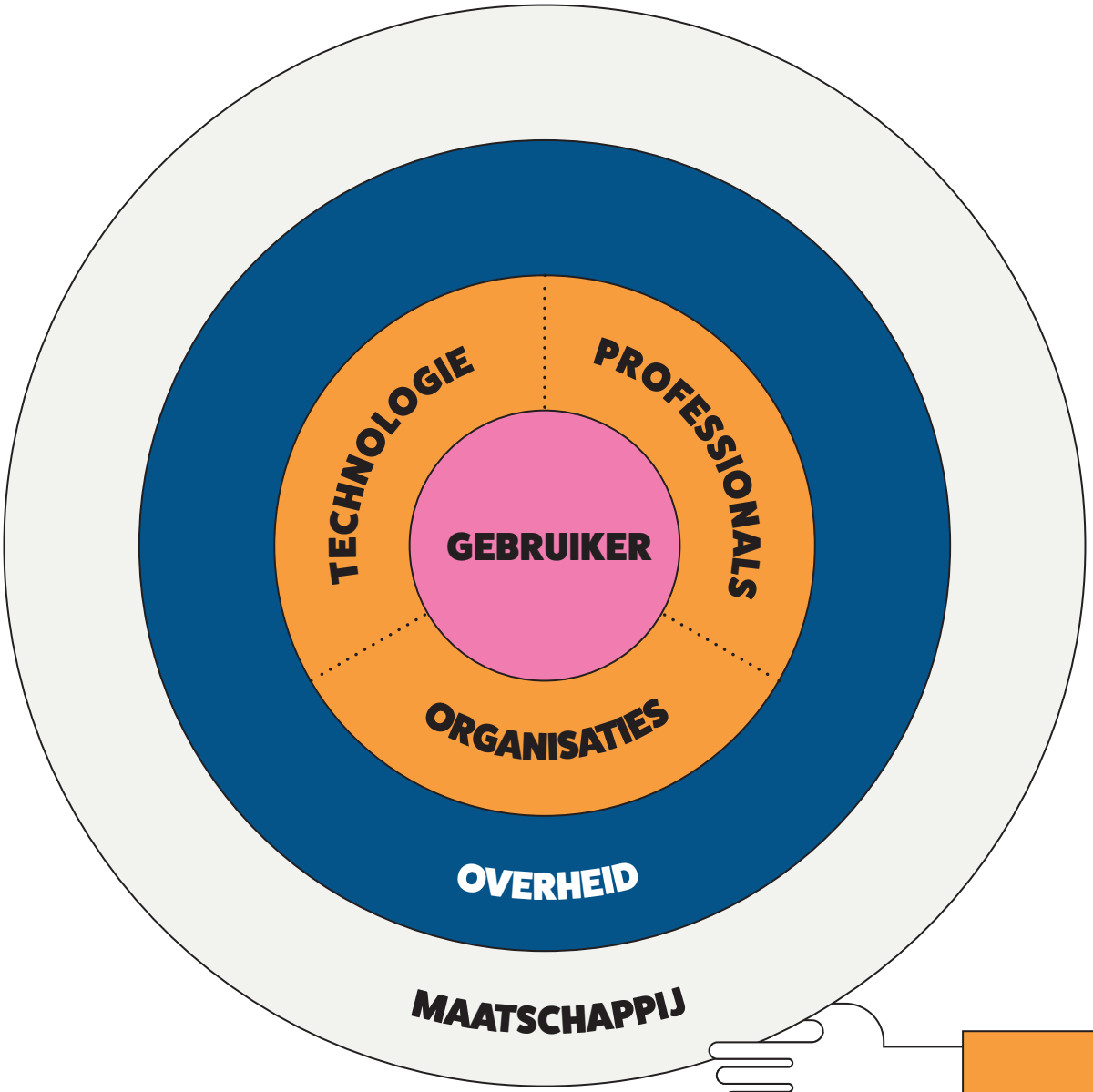
- Professionals en vrijwilligers handelen ethisch en correct, volgens hun competenties en volgens de regels van hun beroep. De algemene regels voor beroepsgeheim blijven gelden. Maar daarnaast zijn er specifieke regels, bijvoorbeeld voor gegevens opslaan.
- Organisaties laten het kwaliteitskader aansluiten bij hun algemene kwaliteitsbeleid.
- Ontwikkelaars betrekken de gebruikers, professionals en de andere partijen bij de ontwikkeling van het digitale aanbod. De technologie moet meegroeien met de veranderende noden en de feedback van gebruikers en professionals.
- De overheid zorgt voor de randvoorwaarden voor kwalitatieve digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Zo worden organisaties of professionals bijvoorbeeld erkent of gesubsidieerd voor:
  - → vaardigheden van de gebruikers te versterken.
  - → infrastructuur toegankelijk te maken.
  - → het digitaal aanbod beschikbaar maken voor iedereen, ongeacht sociaal economische achtergrond of vaardigheden.

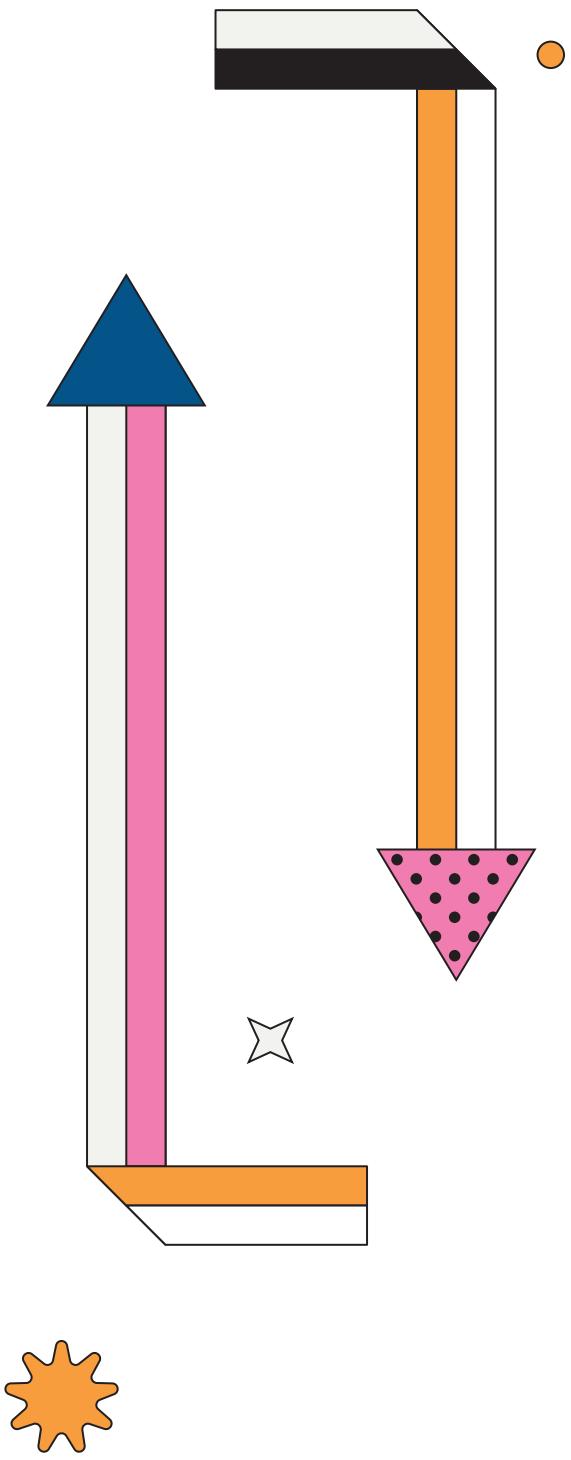
  Regels en beleidskeuzes hebben een sterke invloed op kwaliteit. Het kwaliteitskader kan dan ook niet los gezien worden van het overkoepelend Europees, Belgisch, Vlaams en lokaal beleid.
- De noden van de mensen en de maatschappij veranderen. Het kwaliteitskader geeft richting, maar het moet flexibel genoeg zijn om in te spelen op de technologische en digitale vooruitgang. Daarbij gelden algemene principes, maar de uitvoering kan veranderen in de tijd en door nieuwe digitale mogelijkheden.

## DRIE PIJLERS

Kwaliteitsvolle digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning steunt op drie centrale pijlers: technologie, organisaties en professionals. Dit kader koppelt criteria aan elk van deze pijlers. Die criteria beschrijven hoe de technologie, organisaties en professionals de kwaliteit van het digitale aanbod kunnen waarborgen.




TECHNOLOGIE
PROFESSIONALS
GEBRUIKER
ORGANISATIES
OVERHEID
MAATSCHAPPIJ



# HOE GEBRUIK JE DIT KWALITEITSKADER?

Het kader met de drie pijlers technologie, organisaties en professionals is jouw vertrekpunt om te kijken naar de kwaliteit van je digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Het is een overzicht van de minimale en optionele criteria. Om concreet met het kader aan de slag te gaan, kan je gebruik maken het zelftoetsingsinstrument. BRON 9

Het zou ook mogelijk zijn om afgeleiden te maken toegepast op een specifieke context, zoals de sector, het soort organisatie, de organisatiecultuur, de professional of de gebruiker.

**Minimale kwaliteitscriteria en optionele criteria**
Minimale kwaliteitscriteria binnen elke pijler zijn essentieel om mee te nemen. Binnen de verschillende pijlers worden de criteria opgelijst met opsommingstekens en achter optionele criteria staat een ✹.

**Context**
Hoe bepaal je welke optionele criteria je toepast?

Die variëren naargelang de technologie, de professional en de gebruiker en waarvoor die de technologie gebruikt. Daarvoor kan je bijvoorbeeld kijken naar de interactiviteit en risico's van je digitaal aanbod:

Voorbeeld: hoe speelt interactiviteit een rol?

- Krijgen gebruikers enkel informatie via de technologie? Dan delen ze geen persoonlijke informatie. Zij lopen dus minder risico op schending van de privacy. Maar net hier kan het belangrijk zijn om extra hulp te bieden bij tekortkomingen van de technologie. Bijvoorbeeld ondersteunende elementen zodat ook mensen die minder taalvaardig zijn de inhoud van de technologie begrijpen..
- Zetten gebruikers de technologie actief in, en delen ze meer persoonlijke informatie? Dan zijn er extra criteria nodig om de privacy te garanderen.
- Is er interactie tussen de gebruikers en professionals? Of tussen gebruikers onderling? Dan zijn de criteria voor de competenties van de professionals en veiligheid belangrijker.

Voorbeeld: hoe spelen mogelijke risico's een rol?

- Zijn er weinig risico's bij het gebruik van het digitale aanbod? Doordat er bijvoorbeeld geen gegevens gedeeld worden en geen het kwetsbare doelgroep is, dan zullen er minder criteria moeten gehanteerd worden.
- Zorgt gebruik toch voor enkele risico's, bijvoorbeeld op vlak van interpretatie of privacy? Dan zullen er specifieke criteria rond deze risico's een belangrijke rol spelen.
- Is er sprake van een digitaal aanbod met een hoog risico? Dit geldt bijvoorbeeld bij kwetsbare doelgroepen of digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning met een grote impact. In dit geval zullen er veel criteria gezien worden als belangrijk.

Andere factoren waarmee je rekening kan houden zijn kwetsbaarheid en autonomie. Kunnen gebruikers geen beroep doen op hun netwerk? Zijn ze minder zelfstandig? Dan zijn bepaalde criteria van groter belang. Denk aan ondersteuning door de organisatie, competenties van een professional of veiligheid van gegevens.

# TECHNO

DEEL 1

De volgende criteria hebben overwegend betrekking op de technologie die wordt ingezet in digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Deze criteria bouwen voort op de ISO-norm ISO/TS 82304-2 BRON 15 met aanpassingen vanuit het onderzoek (zie eindrapport; BRON 9 ). De pijler bevat volgende thema's:

- **Aanbieder technologie**: waar dieper ingegaan wordt op criteria rond de bereikbaarheid en betrouwbaarheid van de aanbieder van de technologie.
- **Doel van de technologie**: waar dieper ingegaan wordt op criteria rond de algemene voorschriften, voordelen en ondersteunings- en contactmogelijkheden.
- **Gebruiksgemak**: waar dieper ingegaan wordt op criteria rond de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid.
- **Deontologie**: waar dieper ingegaan wordt op criteria rond de risico's, ethische kwesties en veiligheid.
- **Robuuste bouw van de technologie**: waar dieper ingegaan wordt op criteria rond de (veilige) bouw van de technologie en de interoperabiliteit, waardoor technologieën veilig aan elkaar kunnen koppelen.

# OLOGIE


14 AANBIEDER TECHNOLOGIE

15 DOEL VAN DE TECHNOLOGIE

17 GEBRUIKSGEMAK

18 DEONTOLOGIE

20 ROBUUSTE BOUW VAN DE TECHNOLOGIE

= OPTIONEEL CRITERIUM

# AANBIEDER TECHNOLOGIE

- De aanbieder van de technologie is makkelijk te vinden.
- Er is een helpdesk; Die is laagdrempelig en vlot bereikbaar, ongeacht of de aanbieder zelf of een andere partner de helpdesk aanbiedt BRON 2 I 9 I 33

# DOEL VAN DE TECHNOLOGIE

## VOORSCHRIFTEN

- Het is duidelijk
  - → voor welke gebruikers of professionals de technologie bedoeld is
  - → voor of tot welke leeftijd de technologie bedoeld is
  - → welke de andere beperkingen voor gebruikers of professionals zijn
  - → wat het doel van de technologie is
  - → hoe die gebruikt moet worden
- De technologie is conform de wetgeving medische hulpmiddelen, indien van toepassing. BOX 1
- Indien er artificiële intelligentie wordt gebruikt in de technologie, is de technologie conform de geldende regelgeving (o.a. Europese wetgeving AI. BOX 2
- Er is gepaste wetenschappelijke onderbouwing gebruikt in de ontwikkeling van de technologie.
- Professionals werkten mee aan de ontwikkeling van de technologie.

BOX 1

### Wat zegt de wet over medische hulpmiddelen?

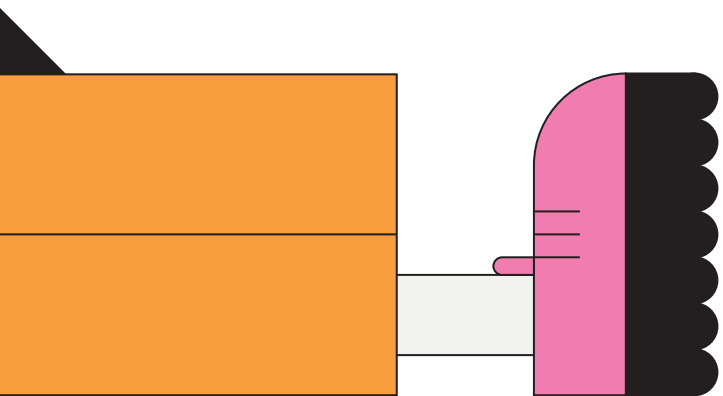
**Europa** De wet over medische hulpmiddelen stelt eisen aan de kwaliteit en veiligheid om gebruikers te beschermen. De fabrikant moet nagaan of het gebruik en het doel van de technologie voldoen aan de definitie van een medisch hulpmiddel. Dat moet in elk land volgens de wetten van het land waar de app beschikbaar wordt. BRON 31

**België** In België is het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) verantwoordelijk voor de wetten en het toezicht op medische hulpmiddelen. BRON 10

BOX 2

### Europese wetgeving AI

De Europese wet over AI stelt eisen aan de ontwikkeling en het gebruik van kunstmatige intelligentie binnen de Europese Unie. Het doel is om de AI-systemen veilig, ethisch en transparant te maken door de regels af te stemmen op de risico's. Dat wil zeggen dat systemen met onaanvaardbare risico's worden verboden, en dat andere systemen aan strenge eisen moeten voldoen. BRON 28



## VOORDELEN

- Gebruikers krijgen informatie op maat over de interventies en gebruikte technieken.
- Gebruikers en professionals worden bewust gemaakt van alle verwachte inspanningen. Bijvoorbeeld hoeveel ze moeten betalen. Of hoeveel tijd ze moeten investeren.
- De informatie in de technologie, zoals advies voor de gebruiker en professional, wordt systematisch geüpdatet. De gebruikers krijgen deze informatie, en ook de bronnen daarvan, afgestemd op hun niveau.
- Gebruikers en professionals krijgen informatie over de voordelen van de technologie voor hen.
- Er is bewijs dat aantoont dat het gebruik van de technologie een voordeel heeft. BOX 3
- De gebruikers en professionals krijgen informatie over wie financieel bijdraagt aan de ontwikkeling en het onderhoud van de technologie.

BOX 3

**Evidence-Based Practice en Practice-Based Evidence**

Evidence-Based Practice (EBP) en Practice-Based Evidence (PBE) vullen elkaar aan.

EBP vertrekt van wetenschappelijk bewijs. Professionals nemen beslissingen op basis van dat bewijs, aangevuld met hun eigen expertise en de voorkeuren van de gebruiker. EBP biedt een goede basis om technologieën te testen en beoordelen in gecontroleerd onderzoek.

PBE vertrekt van wat werkt in de praktijk, door data te verzamelen uit de dagelijkse praktijk. In die context zit vaak meer variatie en complexiteit dan in gecontroleerde studies. PBE laat zien hoe technologieën ingezet worden in de praktijk, inclusief de interactie met gebruikers en professionals.

## ONDERSTEUNING EN CONTACT

- Gebruikers krijgen ondersteuning van een professional wanneer nodig. BRON 9
- Het is duidelijk met wie, wanneer en hoe gebruikers contact kunnen opnemen. Bijvoorbeeld of je een automatisch antwoord krijgt, contact hebt met een professional of met lotgenoten. BRON 3
- Het is duidelijk met wie de gebruikers contact kunnen opnemen bij een crisis of als ze dringende hulp nodig hebben. BRON 5

# GEBRUIKSGEMAK

## TOEGANKELIJKHEID

De technologie is conform de principes van toegankelijkheid van de European Accessibility Act (EAA). BOX 4

BOX 4

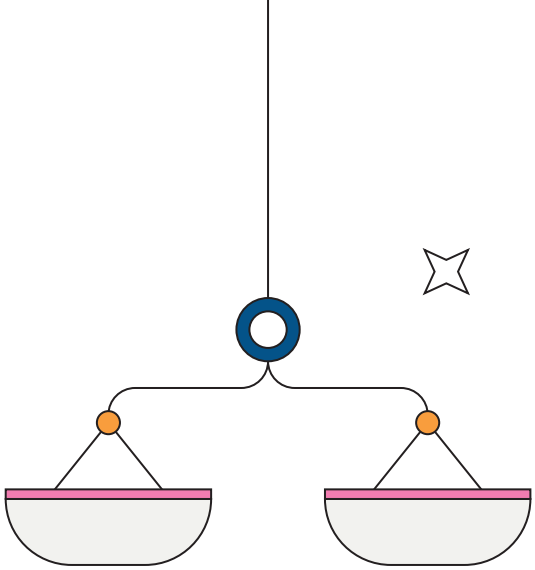
**EAA**

Het doel van deze wetten is om de producten en diensten binnen de EU toegankelijker te maken voor iedereen, met speciale aandacht voor mensen met een beperking. De wet legt specifieke eisen op aan digitale apparaten, zodat die toegankelijker zijn en zodat meer mensen die zelfstandig kunnen gebruiken. BRON 6

## GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID

- Het ontwerp van de technologie is gebaseerd op begrip van gebruikers en professionals, hun taken en hun omgeving.
  - → Het is duidelijk wie de gebruikers en professionals zijn.
  - → Om het gebruiksgemak te verbeteren, wordt rekening gehouden met hoe en waar iemand het product of de dienst gebruikt. Bijvoorbeeld:
    - × of de app of het toestel eenvoudig te bedienen is
    - × of het helpt om gewenst gedrag te ondersteunen
    - × of het werkt op de beschikbare apparaten
    - × of er toegang is tot wifi en elektriciteit.
  - → De gebruikers en professionals zijn betrokken bij het hele ontwerp en de ontwikkeling, met specifieke aandacht voor de meest kwetsbare.
  - → De technologie wordt constant verbeterd door evaluatie van en door de gebruikers en professionals.
- Er zijn maatregelen om fouten en misbruik van de technologie te voorkomen.
- De gebruikers en professionals krijgen voldoende informatie over de technologie voor ze die aankopen of installeren. Bijvoorbeeld
  - → de belangrijkste functies
  - → hoe hun persoonlijke gegevens worden gebruikt
  - → hoeveel het kost en hoe ze moeten betalen
  - → in welke talen ze de technologie kunnen gebruiken
  - → informatie over de fabrikant
  - → de datum van de laatste update
- De technologie is makkelijk te gebruiken. Als dat niet zo is dan, is er een duidelijke gebruiksaanwijzing. Er is ook gepaste hulp om gebruikers en professionals te helpen die problemen hebben met de technologie. BRON 9
- De technologie wordt regelmatig verbeterd en aangepast volgens de ervaringen van gebruikers en professionals.
- De technologie gebruikt geen ‘dark patterns’ om gebruikers en professionals te misleiden of onder druk te zetten. Dat zijn technieken die er bijvoorbeeld voor zorgen dat gebruikers klikken op dingen die niet in hun voordeel zijn en waarvan ze zich niet bewust zijn. Bijvoorbeeld ongevraagd gegevens delen of een abonnement afsluiten. Of als een technologie nadelige opties als standaard instelt (‘opt-out’ i.p.v. ‘opt-in’), belangrijke informatie verbergt of afmelden moeilijk maakt.

# DEONTOLOGIE



## RISICO'S

- De risico's van de technologie zijn geanalyseerd en er zijn er maatregelen genomen om deze risico's te beheersen.
- Als dat noodzakelijk is, is het duidelijk dat de goedkeuring van een professional vereist is om de technologie te gebruiken.
- De gebruikers en professionals krijgen informatie over de risico's, redenen om de technologie niet te gebruiken en de beperkingen van het gebruik van de technologie.
- Veiligheidsincidenten bij het gebruik van de technologie worden verzameld en beoordeeld. BOX 5

## ETHIEK

- Ethische vragen worden in kaart gebracht en beoordeeld met de gebruikers en professionals.
- Advertenties worden in de technologie afgeraden. Indien dit toch deel uit maakt van de technologie, dan krijgen gebruikers en professionals daar informatie over. Het is duidelijk wat advertenties zijn en wat bij het digitaal aanbod hoort.
- Het is aangeraden om de technologie te laten goedkeuren door een ethische commissie of adviseur. BOX 6

BOX 5

**Veiligheidsincidenten**

In de wet over medische hulpmiddelen, waaronder ook gezondheidsapps vallen, spreekt men over 'adverse event detection.' Mogelijke incidenten zijn foutieve gegevensoverdracht, onjuiste weergave van gezondheidsinformatie, technische storingen tijdens online consultaties, of bugs in een app die leiden tot foutieve zelfrapportage of interpretatie. Registratie kan onder meer bestaan uit het vastleggen van de aard van het incident, de impact op de professionals en gebruiker, de frequentie, het tijdstip en de gebruikte technologie. Deze gegevens vormen de basis om het probleem te beoordelen en indien nodig bij te sturen of te melden bij bevoegde instanties.

BOX 6

**Ethische commissies**

Je kan zelf ethische keuzes maken. Maar het is aangeraden om beroep te doen op een ethisch adviseur, zelfs als het niet verplicht is volgens de wet. Verschillende universitaire en algemene ziekenhuizen hebben daarom een eigen ethische commissie.

Soms is advies van een ethische commissie verplicht. Bestaat je doelgroep uit patiënten? Dan is in België de Wet over experimenten op mensen van toepassing BRON 39, zelfs al gaat het niet om een experiment in de enge zin van het woord. Wil je bijvoorbeeld een bevraging doen bij patiënten? Dan is de goedkeuring door een erkende ethische commissie verplicht.

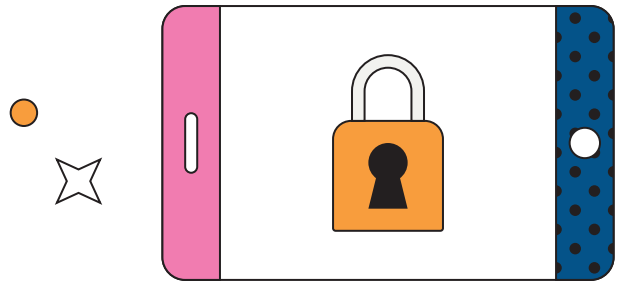
# VEILIGHEID

**Op vlak van persoonlijke identificeerbare informatie (PII):**

- Indien de technologie persoonlijke gegevens verzameld, dan moet die voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming. BRON 30 Dat wil zeggen dat de privacy van de gebruikers beschermd wordt. Organisaties moeten open zijn over hoe ze gegevens gebruiken en gebruikers hebben rechten over deze gegevens.
- De technologie verstuurt en bewaart PII op een veilige manier, met een sterke versleuteling.

**Op vlak van ontwikkeling:**

- De beveiliging van informatie is van bij het begin van de ontwikkeling in de technologie opgenomen (secure by design). BRON 15
- Er wordt een veilige coderingsstandaard gevolgd.
  - → Gebruik alleen veilige functies.
  - → Gebruik de juiste versie van programma's om codes om te zetten en veilige tools om een programma te bouwen.
  - → Ga veilig en met beperkingen om met invoer en andere gegevens.
  - → Gebruik programma's om problemen met beveiliging in een vroeg stadium op te sporen.
  - → Maak een plan voor omgaan met fouten in de technologie. BRON 15
- De technologie is conform de European Health Data Space. Dat is een wetgeving om informatie over gezondheid te kunnen delen tussen patiënten, zorgverleners en onderzoekers, met respect voor de privacy. BRON 8
- De technologie voldoet aan de Europese Verordening Cyberweerbaarheid. Die stelt eisen aan de veiligheid van alle fysieke digitale producten en software die verbonden is met internet of andere netwerken die in de EU worden verkocht. BRON 29
- De fabrikant volgt de wetten die de gevoelige informatie beschermen tegen beveiligingslekken: deze is conform de NIS2-wetgeving. BOX 7
- Het informatiebeveiligingsbeleid is gemakkelijk toegankelijk voor gebruikers en professionals.



**Op vlak van toegang:**

- Er is een proces om onrechtmatige toegang tot en wijzigingen in de broncode van de technologie te voorkomen bv. Multi-Factor Authentication BRON 25
- Alleen de juiste personen krijgen toegang. De toegang tot de technologie is beveiligd met
  - → gebruikersauthenticatie, die controleert of iemand echt is wie die zegt dat die is.
  - → autorisatie, die bepaalt wat een persoon mag doen. Indien gebruikers of professionals inloggen, dan hebben die alleen toegang tot de functies die ze nodig hebben. De externe gebruikers kunnen de applicatie niet aanpassen.

**Op vlak van onderhoud:**

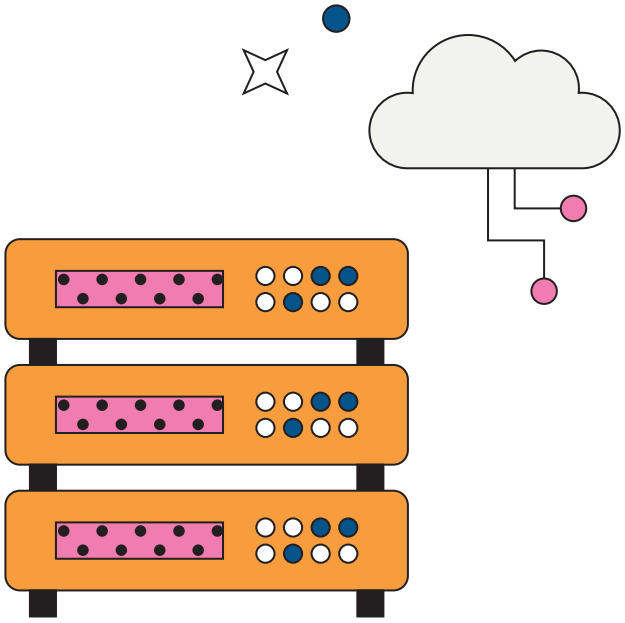
- Externe informatie, programma's, of onderdelen die door anderen zijn gemaakt voor de technologie worden gecontroleerd, onderhouden en zijn veilig.
- De beveiliging wordt regelmatig getest, in ieder geval bij grote veranderingen.
- Indien er problemen zijn met de beveiliging, dan worden die gemeld, beoordeeld, geregistreerd, en snel opgelost.

BOX 7

**NIS2-wetgeving (cyberbeveiliging van netwerk- en informatiesystemen van algemeen belang voor de openbare veiligheid)**

Dit is Belgische wetgeving (voortgezet uit een Europese richtlijn) die de cybersecurity in de versterkt. Ze is bedoeld voor onder meer de gezondheidszorg, financiële diensten en digitale infrastructuur. Die moeten maatregelen nemen voor hun specifieke risico's. Daarnaast zijn er regels voor de rapportering van cyberincidenten, zodat die snel opgelost kunnen worden. BRON 1

# ROBUUSTE BOUW VAN DE TECHNOLOGIE



## TECHNISCHE ROBUUSTHEID

- De technologie werkt zoals bedoeld. BRON 33
- Er is informatie over alle technische vereisten voor het gebruik van de technologie.
- De principes van open-source software zijn aangeraden. Toegang tot informatie, samenwerken en het hanteren van gemeenschappelijke doelen zorgen voor snellere en betere oplossingen. BRON 9
- Er is een configuratiebeheerplan opgesteld voor de technologie. Dit plan zorgt ervoor dat de technologie blijft werken. En dat problemen bij het gebruik zo snel mogelijk worden opgelost. BRON 15
- Er is een validatie- en een verificatieplan voor de technologie. Die gaan over de tests die nodig zijn als er iets verandert in de technologie of in het systeem. De validatie toont aan dat de technologie doet waarvoor die dient. De verificatie toont aan dat het werkt zoals gepland. BRON 15
- Er is een release- en implementatieproces vastgelegd. Dat zorgt ervoor dat updates zonder problemen worden uitgevoerd.
- Technologie moet betrouwbaar blijven functioneren en zich aanpassen als de behoeften veranderen. Daarvoor is een goed onderhoudsproces nodig. BOX 8
- Het softwaresysteem is getest BOX 9
  - → De navigatie naar alle onderdelen van de technologie zijn getest.
  - → De technologie is getest op alle softwareplatformen waarop ze gebruikt kan worden.
  - → De technologie is getest op de meest voorkomende apparaten van gebruikers en professionals.
  - → De samenwerking met andere software is getest.
  - → De technologie wordt voor elke nieuwe versie opnieuw getest.
  - → Indien er problemen zijn, dan kan de vorige versie terug gebruikt worden.
  - → Gebruikers en professionals kunnen technische fouten melden. BRON 35
  - → De technologie kan omgaan met een aanzienlijke toename of piek in de vraag.

BOX 8

### Onderhoudsproces technologie

Technologie moet betrouwbaar blijven functioneren en zich aanpassen als de behoeften veranderen. Daarvoor is een goed onderhoudsproces nodig. Er zijn vier types, elk met een specifieke focus:

- Correctief onderhoud herstelt fouten of bugs die gebruikers of professsionals ervaren, en zorgt dat de technologie goed blijft werken.
- Preventief onderhoud moet toekomstige problemen voorkomen. Het houdt de systemen up-to-date en spoort fouten op vóór ze optreden.
- Adaptief onderhoud zorgt dat software blijft werken bij nieuwe standaarden, technologieën of wetten en regels.
- Perfectief onderhoud verbetert de software, zodat die bijvoorbeeld makkelijker te gebruiken of te onderhouden is, of beter werkt.

BRON 9

BOX 9

### Test-driven development

Bij test-driven development worden tests geschreven vóór het ontwikkelen van software. Dat zorgt voor minder fouten, en een code die betrouwbaar is en beter te onderhouden. Daarbij zijn manuele en automatische testen nodig:

- Bij manuele testen wordt gekeken hoe de software presteert in verschillende scenario's. Dat is belangrijk om de ervaring van gebruikers en professionals, visuele aspecten en complexe interacties te evalueren.
- Automatische testen gebeuren door scripts of tools die vooraf zijn ingesteld om specifieke functies te controleren. Ze zijn onmisbaar voor herhaaldelijke en grootschalige controles.

BRON 9

# INTEROPERABILITEIT

De technologie moet gekoppeld kunnen worden aan het huidige aanbod en aan andere technologie.

BRON 9 BOX 10

BOX 10

### Uitbreiding interoperabiliteit

- Er is begrijpelijke en gedetailleerde informatie over hoe de technologie werkt. Met instructies hoe die kan samenwerken met andere software vb. API's.
- Er zijn documenten met uitleg en instructies over de gebruikte termen.
- De technologie controleert of de overdracht van gegevens correct gebeurt.
- Gebruikers kunnen hun persoonlijke informatie krijgen als ze die willen overdragen naar een ander platform.
- Elke technologie zou de FAIR principes moeten hanteren. Gegevens zijn in dat geval
  - → Findable, of vindbaar
  - → Accessible, of toegankelijk
  - → Interoperable, of kunnen samenwerken met andere systemen
  - → Reusable, of herbruikbaar
    Data worden zo gestructureerd dat die later geïntegreerd kunnen worden in bredere systemen, zoals bijvoorbeeld het Belgian Integrated Health Record.
- Indien een technologie linkt met gezondheidskluizen, dient deze te voldoen aan Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) standaarden: Die maken het mogelijk om informatie over gezondheid veilig uit te wisselen, voor alle betrokkenen in de zorg, zoals zorgverleners, patiënten, betalers, onderzoekers. BRON 23 | 7

# ORGAN

## DEEL 2

De volgende criteria hebben betrekking op de organisaties die digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning aanbieden. Deze criteria zijn gebaseerd op de 'Organisatorische Aspecten' uit het Health Technology Assessment Core model BRON 18 en aangepast vanuit het onderzoek.

De pijler richt zich tot de verschillende niveaus van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (micro, meso en macro). Bekijk je de criteria vanuit een specifiek perspectief? Dan geeft dat andere antwoorden. Hou daarom één niveau in gedachten, bv. jouw organisatie, een samenwerkingsverband of koepel of een agentschap. Voor een bepaalde toepassing van technologie kan je deze criteria dan meerdere keren overlopen.

De pijler organisaties omvat criteria op vlak van volgende thema's:

- **Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden**: waar dieper ingegaan wordt op hoe technologie de werking beïnvloed, welk pad gebruikers afleggen, wie er betrokken wordt, hoe professionals ondersteunt kunnen worden en hoe kwaliteit gewaarborgd kan worden.
- **Kosten van het proces**: hier houdt men rekening met de kosten omtrent hard- en software, veranderende behoeftes en impact van de technologie.
- **Management**: waar de nodige visie verder gekaderd wordt.
- **Cultuur**: hier kan men criteria terugvinden rond acceptatie van technologie.

# ISATIES


24 DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING BIEDEN

28 KOSTEN VAN HET PROCES

29 MANAGEMENT

29 CULTUUR

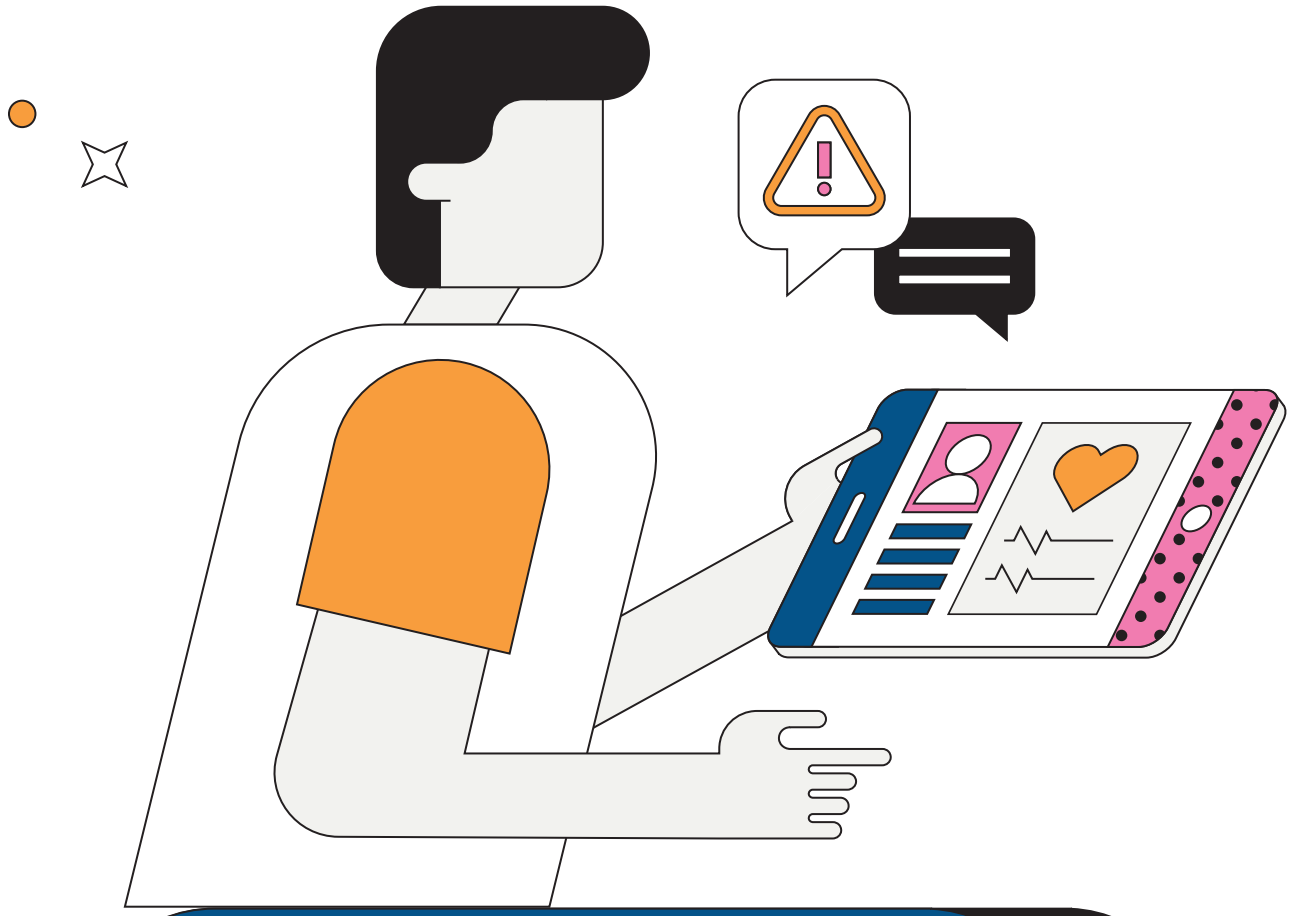
= OPTIONEEL CRITERIUM

# DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING BIEDEN

- De gebruikers en hun noden staan altijd centraal bij je digitale zorg, hulp en ondersteuning.
  - → Dat geldt ook voor mensen die niet via digitale weg geholpen kunnen of willen worden.
  - → Daarom moet de organisatie via meerdere kanalen bereikbaar zijn (click-call-connect principe): digitaal, telefonisch, face to face en zo meer. BRON 20
- Het gebruik van de technologie sluit aan bij de missie en visie van de organisatie.

## TECHNOLOGIE BEÏNVLOEDT DE WERKING VAN DE ORGANISATIE

- De organisatie beschrijft de invloed van technologie op de werking en garandeert de continuïteit van de hulp- en dienstverlening, binnen en buiten de organisatie. Er is een overzicht van de huidige taken, functies en werkprocessen, met de technologie die gebruikt wordt.
- Er is aandacht voor de veranderingen die een technologie met zich meebrengt. Bijvoorbeeld geen of minder face-to-face activiteiten of meer ondersteuning in de thuisomgeving.
- De organisatie maakt een overzicht van alle partijen betrokken bij de digitale werkprocessen zowel binnen als buiten de organisatie. Een goed voorbeeld is het zorgpad van patiënten met chronisch hartfalen. BOX 11
- De verschillende stappen van het proces sluiten goed op elkaar aan zodat continuïteit verzekerd is.
- De organisatie zorgt ervoor dat het digitaal aanbod het al gebruikte online en offline aanbod aanvult, en niet vervangt.



BOX 11

## Apps in zorgpaden

Het zorgpad voor patiënten met chronisch hartfalen houdt toezicht via een app. Hulpverleners kunnen zo gegevens van patiënten analyseren, snel ingrijpen en met elkaar communiceren.

- Cardiologen en gespecialiseerde verpleegkundigen binnen ziekenhuizen vormen 'telemonitoringteams' binnen een organisatie (op intra-organisatorisch niveau).
- Deze teams werken nauw samen met huisartsen, die het globaal medisch dossier van de patiënt beheren. Zo waarborgen ze de zorg (op interorganisatorisch niveau).
- Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft een overeenkomst goedgekeurd die ziekenhuizen vanaf januari 2025 vergoedt voor het op afstand monitoren van patiënten met chronisch hartfalen (op beleidsniveau). BRON 32

## GEBRUIKERSPAD

De organisatie heeft inzicht in hoe de gebruikers de technologie kunnen inzetten:

- De organisatie ondersteunt en volgt de gebruikers op zodat die de technologie kunnen gebruiken en hun vooropgesteld doel halen. BRON 13
- De organisatie maakt een overzicht van de stappen die de gebruikers zetten om hun doel te bereiken. Denk aan wachttijden, de duur van een online sessie, de voorbereidingen die de gebruikers moeten doen. Dit kan bijvoorbeeld met cliëntreizen BOX 12 of live testen. De organisatie heeft extra aandacht voor kwetsbare gebruikers, kinderen en jongeren.

BOX 12

**Cliëntreizen**
Cliëntreizen onderzoeken de behoeften van de gebruikers en maken de stappen die cliënten zetten in het digitaal aanbod duidelijk. Professionals en gebruikers kijken daarbij vanuit de blik van de gebruikers naar wenselijkheid, meerwaarde, urgentie en haalbaarheid van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. BRON 26

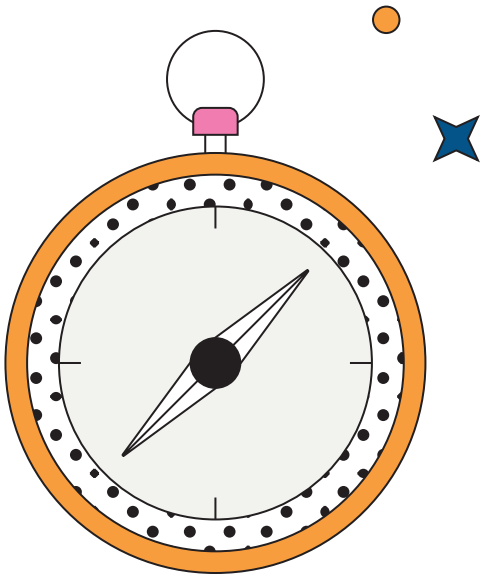
## GEBRUIKERS, PROFESSIONALS EN BELANGRIJKE ANDEREN BETREKKEN

Technologie heeft een impact op iedereen die betrokken is bij zorg, hulpverlening en ondersteuning. Daarom ondersteunt en betrekt de organisatie vanaf het begin de gebruikers, professionals en belangrijke anderen bij het invoeren van de technologie, bijvoorbeeld via een change management traject.

## PROFESSIONALS OPLEIDEN EN ONDERSTEUNEN

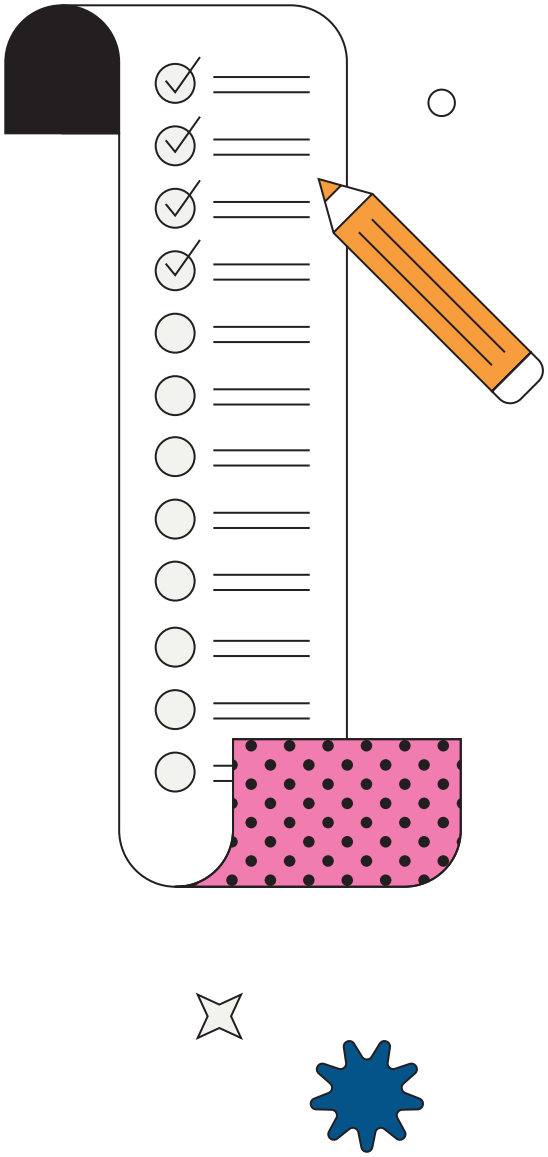
Professionals krijgen opleiding en ondersteuning bij het invoeren van de technologie. Hierdoor krijgen professionals nieuwe taken of worden nieuwe functies aangetrokken, zoals een digicoach of digital navigator. De organisatie heeft een budget en tijd voor ondersteuning op maat.

- De organisatie ondersteunt professionals als hun werk verandert door de technologie. Ze let ook op de tevredenheid als professionals de technologie gebruiken.



# KWALITEIT GARANDEREN EN CONTROLEREN MET EEN SYSTEEM

- Er is een systeem dat de kwaliteit bewaakt op verschillende niveaus. Daarvoor zijn er standaarden en indicatoren die aangeven wanneer er wordt afgeweken van die standaard.
- Hoe dat systeem wordt ingevoerd kan verschillen, maar er is minstens een coördinator en opvolging.
- De organisatie volgt ook de andere (inter) nationale, regionale of (inter)organisatorische kwaliteitsstandaarden, monitoring en registratie op, bijvoorbeeld ISO 9001 en NEN-7510. BOX 13



BOX 13

**ISO 9001 en NEN-7510**

Om de kwaliteit te bewaken in de organisatie kan je verschillende kwaliteitssystemen gebruiken. Bijvoorbeeld de ISO 9001 BRON 14 voor kwaliteitsmanagementsystemen en NEN-7510 serie voor informatiebeveiliging in de zorg. BRON 24 Die is verplicht in Nederland, en onder meer gebaseerd op de ISO/IEC 27001 en ISO/IEC 27002.

Maar let op. Kwaliteitssystemen zijn een hulpmiddel, geen garantie dat het risico werkelijk is teruggebracht tot een redelijk niveau.

# KOSTEN VAN HET PROCES

## KOSTEN VAN DE AANSCHAF, INSTALLATIE EN ONDERHOUD VAN DE TECHNOLOGIE

De organisatie bereidt zich voor op alle investeringen in de verschillende stadia van het proces:

- de kosten en winsten van het onderhoud en ondersteuning op lange termijn. BRON 19 Meer specifiek:
  - → kosten van de hardware en software van de technologie zelf
  - → kosten van technische medewerkers die zorgen voor analyse, ontwikkeling, onderhoud en ondersteuning
  - → kosten van training en de tijd die er voor nodig is
  - → kosten om het systeem te laten werken zoals serverkosten, upgradekosten
  - → winsten van bijvoorbeeld een efficiëntere werking
- de kosten van hardware voor professionals en gebruikers, zoals hoofdtelefoon, smartphone
- de kosten voor de cliënt: het aanbod moet betaalbaar zijn en vormt geen drempel voor de cliënt. BRON 13

## IMPACT VAN DE TECHNOLOGIE OP DE BEHOEFTES

De organisatie controleert of er andere behoeften ontstaan bij de gebruiker of professional door de technologie. Is er bijvoorbeeld minder intensief aanbod nodig? Heeft de technologie gevolgen voor de werklast? De organisatie ondersteunt de professionals, gebruikers en naasten, als dat nodig is.

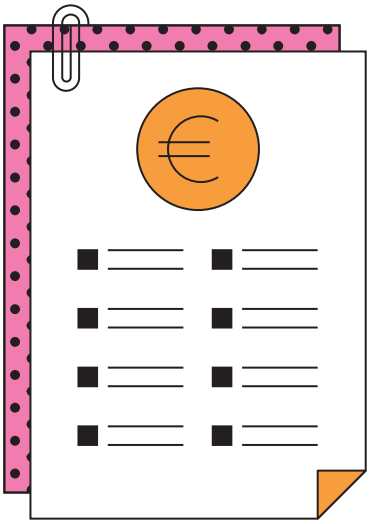
## IMPACT VAN DE TECHNOLOGIE OP HET BUDGET

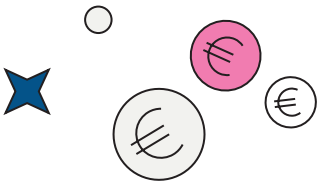
- De organisatie evalueert de gevolgen van de technologie op de beschikbare financiën en budgetten van overheid, organisaties en gebruikers.
- De organisatie evalueert deze financiële gevolgen op verschillende momenten.

# MANAGEMENT

Het management van de organisatie heeft een visie op digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning: BRON 9

- het beheer van middelen, zoals investeringen
- de coördinatie van de ondersteuning, de verschillende niveaus, de stappen en andere partijen in het proces
- de doelstellingen
- controle
- veiligheid
- evaluatie en sancties





# ACCEPTATIE VAN TECHNOLOGIE

De organisatie onderzoekt de acceptatie van de organisatie, professionals en gebruikers van de technologie. Als het nodig is, zorgt de organisatie voor een groter draagvlak.

# PROFESS

## DEEL 3

De volgende criteria hebben betrekking op de specifieke competenties die professionals, beroepskrachten en vrijwilligers, nodig hebben bij digitale zorg, hulp en ondersteuning. Deze criteria zijn gebaseerd op de digitale competenties van de sociaal-agogisch professional BRON 4 en aangepast vanuit het onderzoek (zie eindrapport; BRON 9 ).

De competenties zijn een gedeelde verantwoordelijkheid van professionals, organisaties en overheden. Organisaties en overheden dragen bij door te zorgen voor de nodige ondersteuning.

Deze pijler omvat drie clusters

- **digitale inclusie en digitale competenties bevorderen**: waarin zowel aandacht wordt besteed aan de inclusie en competenties van de gebruiker als die van de professional.
- **digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden aan gebruikers en hun netwerk**: hier wordt dieper ingegaan op het bewust selecteren, goed aanbieden en veilig beheren.
- **digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de organisatie mee vorm geven**: waar er criteria worden gegeven aan het opstellen van een visie en het constructief meedenken in de organisatie.

# SIONALS


32 DIGITALE INCLUSIE EN DIGITALE COMPETENTIES BEVORDEREN

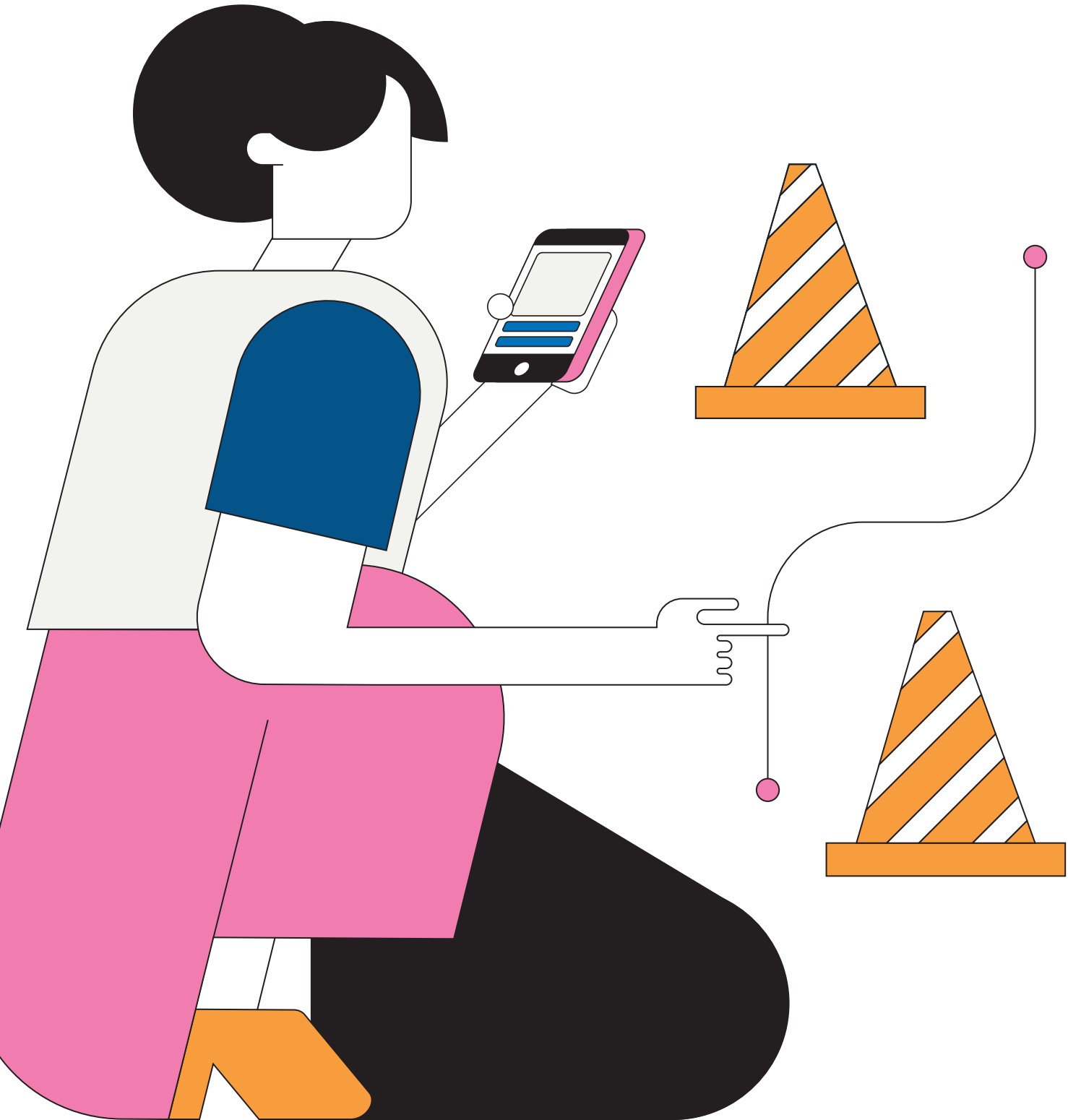
34 DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING BIEDEN

36 DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING IN DE ORGANISATIE MEE VORM GEVEN


Hiernaast, hebben professionals de algemene competenties die nodig zijn voor hun beroep uit te oefenen. BRON 9 Die zijn beschreven in de competentieprofielen en beroepskwalificaties. BRON 38 I 40
Denk aan:

- zich houden aan deontologische codes
- ethisch en veilig handelen
- professionele communicatie
- relaties met cliënten opbouwen
- aandacht hebben voor culturele diversiteit
- betrouwbare methodes toepassen

# DIGITALE INCLUSIE EN DIGITALE COMPETENTIES BEVORDEREN



= OPTIONEEL CRITERIUM

## DIGITALE INCLUSIE BEVORDEREN

De professionals:
- erkennen dat gebruikers en hun netwerk ondersteuning nodig kunnen hebben bij de digitalisering.
- signaleren en bespreken digitale uitsluiting. Ze kunnen inschatten of de gebruikers veilig digitaal kunnen deelnemen én of die daarbij ondersteuning nodig hebben. BRON 11
- helpen mee om de digitale competenties van de gebruikers en hun netwerk te versterken of verwijzen daarvoor gericht door naar hun netwerk of andere organisaties.
- maken vanaf het begin een overzicht van de digitale mogelijkheden en de mediawijsheid van de gebruikers. Ze stemmen hun traject hierop af. BOX 14
- zijn zich bewust van het belang van digitale inclusie. ☼ BOX 15
- kunnen de mate van digitale inclusie bij de gebruikers inschatten. ☼
- dragen zelf bij aan digitale inclusie van de gebruikers of verwijzen daarvoor gericht door naar hun netwerk of andere organisaties. ☼

## EIGEN DIGITALE COMPETENTIES VERSTERKEN

De professionals:
- hebben aandacht voor hun eigen mediawijsheid en digitale competenties.
- zijn zich bewust van de mogelijke gevolgen van digitale communicatie met de gebruiker, zoals via sociale media.
- hebben de digitale en mediawijze competenties die relevant zijn voor hun werk.
- maken onderbouwde keuzes over privacy, wetgevende en ethische kwesties.
- hebben de kennis en vaardigheden om hun deontologie toe te passen in digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning
- vinden, beoordelen en verwerken vlot digitale info. ☼
- blijven bijleren en hun eigen digitale competenties verbeteren. ☼

BOX 14

**Checklists Ready to blend en Fit for blended care**

Dat zijn checklists voor sociaal werkers; checklist ready to blend BRON 36 en medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg; fit for blended care. BRON 17 Ze helpen inschatten of een cliënt de nodige tools en competenties heeft om digitaal begeleid te worden en welke ondersteuning de cliënt nodig heeft om daarvoor in aanmerking te komen.

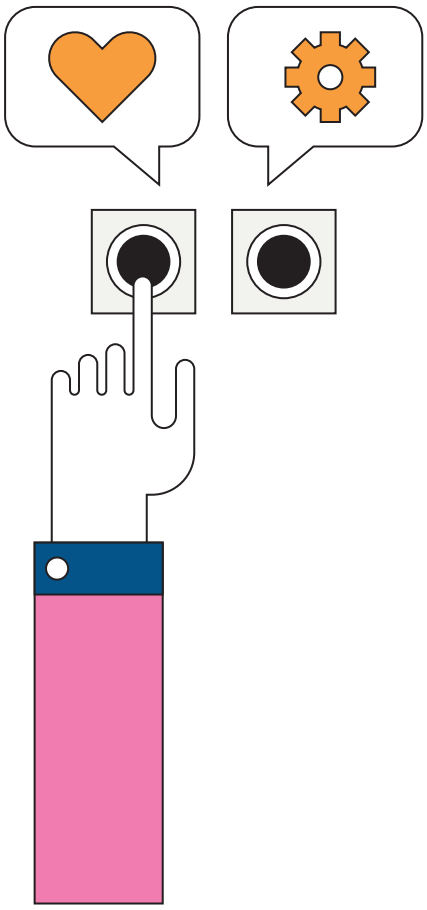
BOX 15

**Digitale inclusie**

Digitale inclusie is ervoor zorgen dat alle gebruikers kunnen deelnemen aan de digitale samenleving. Het is een voorwaarde voor digitaal werken.

Digitale inclusie gaat over:
- Hebben de gebruikers toegang tot de technologie?
- Is er praktische ondersteuning en informatie bij digitale vragen en problemen?
- Hebben gebruikers voldoende digitale vaardigheden om de technologie te gebruiken?
- Heeft de technologie geen extra drempels? BRON 21

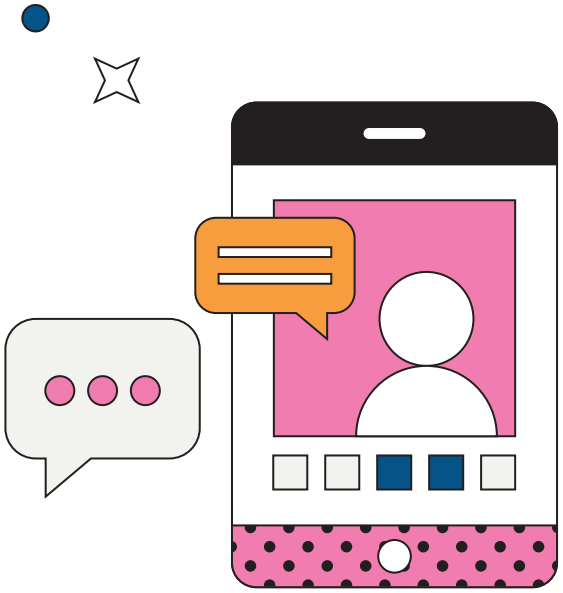
# DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING BIEDEN



## TECHNOLOGIE BEWUST SELECTEREN

De professionals:

- houden rekening met het doel van de technologie, het netwerk, en mogelijkheden van de gebruikers bij het kiezen van een technologie.
- betrekken de gebruikers bij keuzes over technologie.
- hebben aandacht voor situaties waarbij het digitale aanbod niet meer voldoet of niet goed meer werkt. Ze zorgen voor alternatieven.
- staan open voor de technologie die de gebruikers al gebruiken.



## DIGITALE ZORG, HULP EN ONDERSTEUNING BIEDEN AAN DE GEBRUIKERS EN HUN NETWERK

De professionals:

- kunnen doelgericht en systematisch technologie gebruiken.
- kunnen via digitale weg een professionele relatie opbouwen. BRON 27
- kunnen digitaal helder en inclusief communiceren. Ze kunnen algemene én persoonlijke digitale informatie over en voor de gebruikers vinden, selecteren, herformuleren of maken. ✹
- zetten technologie in die het inhoudelijke aanbod ondersteunt, van intake of diagnose tot evaluatie en nazorg. ✹ BRON 27 I 40
- vinden relevante en goede technologische toepassingen en kunnen ze gebruiken in het aanbod. ✹
- hebben een positief kritische ambassadeurshouding over het inzetten technologie en van de grenzen ervan. Ze focussen op de meerwaarde van technologie voor de gebruiker. ✹

## VEILIG DIGITALE CLIËNTGEGEVENS BEHEREN

De professionals:

- begrijpen het belang van veilig digitale gegevens delen over en met de gebruikers.
- kunnen gegevens van de gebruikers in een digitaal dossier raadplegen, analyseren, interpreteren en invoeren.
- leren de gebruikers werken met hun dossier, als dat bij het werk hoort.
- gaan deontologisch om met het delen van gegevens uit het dossier van de gebruikers.
- denken na over de zin en het gebruik van digitale gegevens delen via technologie. ✹

# DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING IN DE ORGANISATIE MEE VORM GEVEN

## EEN VISIE OVER DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING

De professionals:

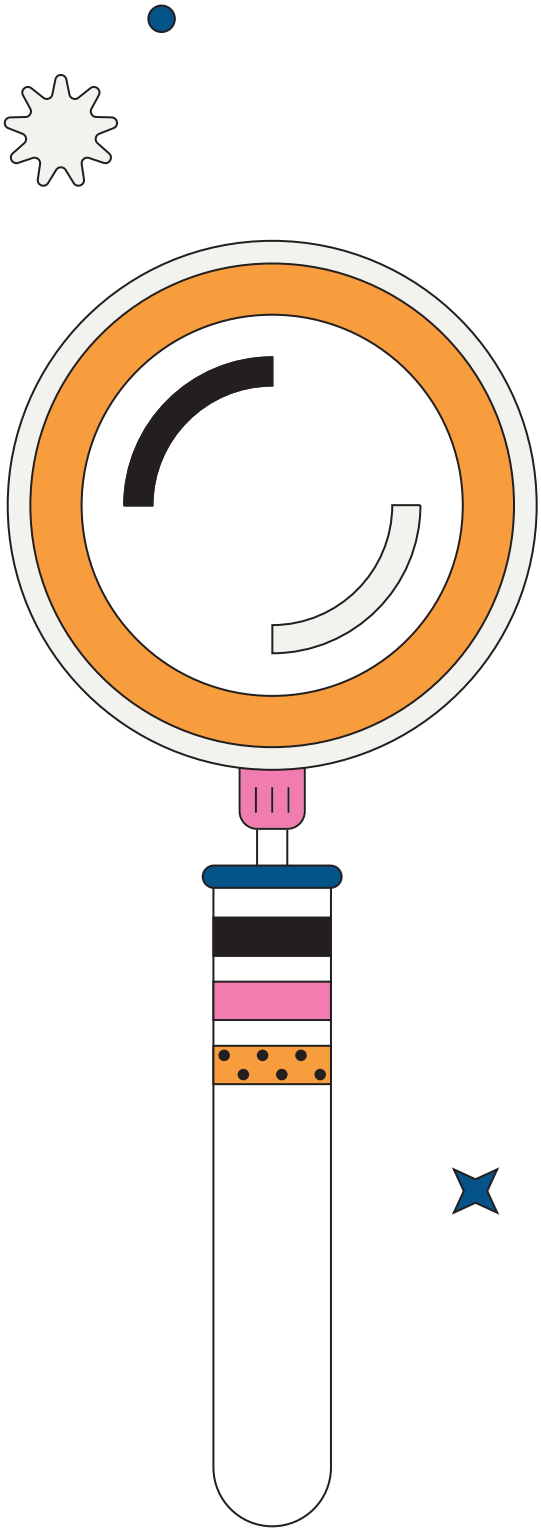
- geven mee vorm aan de visie over digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de organisatie.
- versterken mee het vertrouwen van andere professionals en gebruikers in het digitaal aanbod. BOX 16
- zoeken mee naar oplossingen voor problemen bij het digitale aanbod.

BOX 16

**Bevraging medewerkersvertrouwen onlinehulp**

Met deze vragenlijst krijg je een overzicht van het vertrouwen van medewerkers in digitaal werken. Denk aan:

- het vertrouwen dat het digitale aanbod een meerwaarde is
- het vertrouwen dat de inspanning om het digitale aanbod te leren inzetten de moeite waard is
- het gevoel over het digitale aanbod op het werk
- het vertrouwen van collega's
- het vertrouwen in de technische en organisatorische voorwaarden van het digitale aanbod
- het vertrouwen in internet
- het voornemen om het digitale aanbod te gebruiken
- het zelfvertrouwen waarmee het digitale aanbod wordt gebruikt
- het vertrouwen dat de organisatie een veilige en stimulerende context geeft BRON 2



## CONSTRUCTIEF KRITISCH DIGITALE ZORG, HULPVERLENING EN ONDERSTEUNING EVALUEREN

De professionals

- kunnen de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning constructief en kritisch evalueren met bronnen en meetinstrumenten.
- maken duidelijk welke ondersteuning nodig is om betere digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning te bieden.
- hebben interesse voor evoluties in digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de ruime professionele sector.
- willen en kunnen meewerken aan projecten die nieuwe perspectieven op digitaal handelen onderzoeken en ontwikkelen.

# BEGRIPPEN

### BELEIDSDOMEIN WVG
Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bevat het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin waarbinnen het Departement Zorg en Opgroeien valt, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg, het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel, het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem en het Agentschap Uitbetaling Groeipakket. BRON 37

### CHANGE MANAGEMENT
Change management verwijst naar de acties die een bedrijf onderneemt om een belangrijk onderdeel van de organisatie te veranderen of aan te passen. Dit kan de bedrijfscultuur, interne processen, onderliggende technologie of infrastructuur, bedrijfshiërarchie of een ander kritisch aspect omvatten. BRON 12

### DIGITALE VAARDIGHEDEN
Digitale vaardigheden en mediawijsheid houdt in dat de gebruiker over voldoende competenties beschikt om onlinehulp te gebruiken of in te zetten. BRON 9

### ETHIEK
Ethiek is het nadenken over hoe men in een specifieke situatie moreel juist kan handelen, met aandacht voor waarden en relaties. Hierdoor is ethiek geen set van vaste verplichtingen, maar een proces van bewust omgaan met wat goed is in een specifieke context. In de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning betekent ethiek dus het bewust inzetten van technologie op een manier die de waarden van de beroepsgroep respecteert. BRON 34

### MAATSCHAPPIJ
Maatschappij omvat de bredere veranderende noden, technologische vooruitgang, nieuwe digitale mogelijkheden en evoluties in de samenleving zowel binnen als buiten het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

### MEDIAWIJS
“Als je mediawijs bent, kan je media gebruiken én begrijpen. Daar heb je bepaalde kennis (weten), vaardigheden (kunnen) en attitudes (willen, durven) voor nodig. Het gaat dus niet alleen over technische knoppenkennis: ook oplossingsgericht kijken naar digitale problemen, zelf media-inhoud creëren en kritisch en bewust omgaan met media zijn bijvoorbeeld van belang.” BRON 22

## ONDERSTEUNING

Ondersteuning houdt in dat er bij het gebruik van onlinehulp vlot beroep kan worden gedaan op medewerkers of een eigen ondersteuningsnetwerk. Enerzijds kan de bereikbaarheid van inhoudelijke medewerkers een meerwaarde bieden voor het vertrouwen in de tool zoals bijvoorbeeld het opstarten van procedures in crisissituaties. Voor de professionals kan inter- of supervisie ook inhoudelijke verrijking bieden. Anderzijds kan een helpdesk voor technische ondersteuning dienen, zowel voor professionals, als voor wie de ontvanger is van onlinehulp. BRON 9

---

## ORGANISATIE

Hiermee worden de organisaties in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin beoogt waarbinnen digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning zal worden ingezet eventueel onder begeleiding van professionals (beroepskrachten en vrijwilligers) actief binnen deze organisatie.

---

## OVERHEID

Overheid staat voor regelgeving en beleidskeuzes op verschillende niveaus, Europees, Belgisch, Vlaams en lokaal.

## PIJLER

Een pijler in dit kwaliteitskader duidt één van de 3 kernen aan van het kader, namelijk technologie, professional of organisatie. Er is gekozen om dit als kern te nemen omdat dit de drie aspecten zijn waar een overheid grip op heeft en dus kwaliteitscriteria kan opleggen.

---

## PROFESSIONAL

Professionals zijn beroepskrachten of vrijwilligers die actief zijn binnen het domein. De competenties van professionals die worden behandeld in dit kader zijn specifiek toegepast op het inzetten van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning.

---

## TECHNOLOGIE

Technologie omdat alle online zorg, hulpverlening en ondersteuningstools, al dan niet onder begeleiding van een professional of in een organisatie. Er wordt hiermee geen bepaalde soort of categorie technologie beoogt, dus zowel apps, websites, chat, e-mail, beeldbellen, AI, Virtual Reality, Augmented Reality, wearables... worden geïncludeerd.

---

## VISIE

Visie houdt in dat de keuze voor onlinehulp tot stand moet komen vanuit een duidelijk idee waarom het aangewezen is om voor onlinehulp te opteren en dat dit duidelijk is voor en gedragen wordt door alle betrokken actoren. Die visie krijgt vervolgens vorm in een implementatieplan . Daarbij wordt er rekening gehouden met alle essentiële vereisten en randvoorwaarden - bij alle betrokken actoren - voor succesvolle onlinehulp. Het plan omvat ook een inschatting van de nodige investering (tijd, infrastructuur, budgetten, business plan en kosteneffectiviteit) om een succesvolle implementatie te laten plaatsvinden. BRON 9

# BRONNEN


BRON 1 Belgische Federale Overheid. (2024). Koninklijk besluit nr. 2024202344f. Belgisch Staatsblad. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2024-05-17&lg_txt=n&pd_search=2024-05-17&s_editie=1&numac_search=2024202344&caller=sum&2024202344=4&view_numac=2024202344f

BRON 2 Bocklandt, P. (2020). Medewerkersvertrouwen in onlinehulp. Onlinehulp Vlaanderen & Arteveldehogeschool. https://cdn.nimbu.io/s/0hkvgjb/channelentries/ywob7v1/files/medewerkersvertrouwen%20in%20onlinehulp%20-%208%20januari%202020.pdf?moerema=&dl=1

BRON 3 Bocklandt, P., Beelen, S., Claeys, H., Custers, S., Mees, A., Van Daele, T., & Verplancke, J. (2023). Screeningscriteria voor apps en websites in onlinehulp-apps.be. Onlinehulp-apps. https://www.onlinehulp-apps.be/screeningskader

BRON 4 Bocklandt, P., Verplanke, J., Faelens, L., Beelen, S., Van der Cam, M., & Van Assche, E., Van Daele, T., & Mees, A., (2024, april 26). Digital competences for social workers providing blended support and working on digital inclusion [Conference Presentation]. European social work conference, Brugge, Belgium. https://cdn.nimbu.io/s/0hkvgjb/assets/1721998045402/eswc-a-framework-digicomp-social-worker.pdf

BRON 5 De Jaegere, E. (2019). Ethische richtlijnen voor 'technology-based' suïcidepreventie programma's [Congres presentatie]. Congres onlinehulp voor welzijn en gezondheid, Flander's Care, Brussel, België. https://www.flanderscare.be/sites/default/files/media/ethiek_FCCOH.pdf

BRON 6 Directive 882/2019. Directive (eu) 2019/882 of the european parliament and of the council of 17 april 2019 on the accessibility requirements for products and services. http://data.europa.eu/eli/dir/2019/882/oj

BRON 7 eGezondheid (2022). Protocolakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid houdende het actieplan e-Gezondheid 2022-2024. https://www.ehealth.fgov.be/file/b36fd95bf83fa260e4490a9b3028e74dcfc3e3a4/c585adc826320f07c3d8685c121cf1adbe3adeaf/Actieplan%20eGezondheid%202022-2024%20protocolakkoord.pdf

BRON 8 European Commission. (2022). Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space. EUR-Lex. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022PC0197

BRON 9 Expertenbevraging Delphi, focusgroepen en interviews. (2024) Eindrapport. www.steunpuntwvg.be/publicaties

BRON 10 FAGG (2023). Medische hulpmiddelen en hun hulpstukken. https://www.fagg.be/nl/MENSELIJK_gebruik/gezondheidsproducten/medische_hulpmiddelen_hulpstukken

BRON 11 Hartman – van der Laan, M. (2019). Sociaal werk in de digitale samenleving. Coutinho.

BRON 12 Harvard Business School Online. (2020). 5 Critical Steps in the Change Management Process. Harvard Business School. https://online.hbs.edu/blog/post/change-management-process

BRON 13 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2024). Toetsingskader Digitale Zorg. De inzet van digitale zorg door zorgaanbieders. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/toetsingskaders/2024/05/06/toetsingskader-digitale-zorg-uitgebreide-versie/Toetsingskader+Digitale+-Zorg_2024.pdf

BRON 14 International Organization for Standardization (2015). Quality management systems – Requirements (ISO 9001:2015). https://www.iso.org/standard/62085.html

BRON 15 International Organization for Standardization (2021). Health software – Part 2: Health and wellness apps – Quality and reliability (ISO/TS 82304-2). https://www.iso.org/standard/78182.html

BRON 16 International Organization for Standardization (2022). Information security, cybersecurity and privacy protection – Information security management systems- requirements (ISO/IEC 27001). https://www.iso.org/standard/27001

BRON 17 Kip, H., Wentzel, J.,& Kelders, S. M. (2020). Shaping Blended Care: Adapting an Instrument to Support Therapists in Using eMental Health. JMIR Ment Health, 7(11), e24245. https://doi.org/10.2196/24245

BRON 18 Lampe, K., Mäkelä, M., Garrido, M. V., Anttila, H., Autti-Rämö, I., Hicks, N. J., Hofmann, B., Koivisto, J., Kunz, R., Kärki, P., Malmivaara, A., Meiesaar, K., Reiman-Möttönen, P., Norderhaug, I., Pasternack, I., Rauno-Ravina, A., Räsänen, P., Saalasti-Koskinen, U., Saarni, A. I., Walin, L. & Kristensen, F. B. (2009). The HTA core model: a novel method for producing and reporting health technology assessments. International journal of technology assessment in health care, 25(S2), 9-20. https://doi.org/10.1017/S0266462309990638

BRON 19 McGrath, P., Wozney, L., Rathore, S.S., Notarianni, M., Schellenberg, M. (2018). Toolkit for e-Mental Health Implementation. Mental Health Commission of Canada. https://mentalhealthcommission.ca/resource/toolkit-for-e-mental-health-implementation/

BRON 20 Mediawijs. (2022). Aan de slag als digihelper. Mediawijs. https://assets.mediawijs.be/2022-06/mediawijs_digitaleinclusie_nl.pdf

BRON 21 Mediawijs. (2023). Digitale inclusie. Mediawijs. https://www.mediawijs.be/nl/artikels/wat-digitale-inclusie

BRON 22 Mediawijs. (z.d.) Wanneer ben je mediawijs? Mediawijs. https://www.mediawijs.be/nl/mediawijsheid

BRON 23 MedTech Europe, & COCIR (2021). Interoperability Standards in Digital Health: A White Paper from the Medical Technology Industry [White paper]. https://www.medtecheurope.org/resource-library/interoperability-standards-in-digital-health-a-white-paper-from-the-medical-technology-industry/

BRON 24 Nederlands Normalisatie-instituut. (2017). NEN-7510:2017 Informatiebeveiliging in de zorg – managementsysteem voor informatiebeveiliging. Delft: NEN. https://www.nen.nl/nen-7510-1-2017-nl-239246

BRON 25 NHS England (2021) Digital Technology Assessment Criteria (DTAC). https://transform.england.nhs.uk/key-tools-and-info/digital-technology-assessment-criteria-dtac/

BRON 26 Pattyn, E., & Bocklandt, P. (2020). Cliëntreizen rond onlinehulp – achtergrond en aanpak. https://cdn.nimbu.io/s/0hkvgjb/channelentries/un0fsc3/files/Cli_ntreizen%20-%20achtergrond%20en%20aanpak%20-%20versie%2010%20februari%202020.pdf?l274qsp=&dl=1

BRON 27 Pote, H., Moulton-Perkins, A., Holloway-Biddle, C., Rides, G., Cavanagh, K., Clarkson, L., Griffith, E., Jacques, C., Latchford, G., E., Richardson, G., Thew, G., Read, R., Priest, P., & Raczka, R. (2020). Competence framework for digital clinical practice: Psychological practitioners. British Psychology Society, Division of Clinical Psychology, Digital Healthcare Committee. https://digitalhealthskills.com/digitalcompetencies

BRON 28 Regulation 1689/2024. Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonised rules on artificial intelligence and amending Regulations (EC) No 300/2008, (EU) No 167/2013, (EU) No 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 and (EU) 2019/2144 and Directives 2014/90/EU, (EU) 2016/797 and (EU) 2020/1828 (Artificial Intelligence Act). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32024R1689

BRON 29 Regulation 2847/2024. Regulation (EU) 2024/2847 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2024 on horizontal cybersecurity requirements for products with digital elements and amending Regulations (EU) No 168/2013 and (EU) No 2019/1020 and Directive (EU) 2020/1828 (Cyber Resilience Act). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AL_202402847

BRON 30 Regulation 679/2016. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.119.01.0001.01.ENG&toc=OJ:L:2016:119:TOC

BRON 31 Regulation 745/2017. Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745

BRON 32 Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). (2024) Zorg op afstand: telemonitoring en therapiebegeleiding bij chronisch hartfalen. https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/zorg-op-afstand-telemonitoring-en-therapiebegeleiding-bij-chronisch-hartfalen

BRON 33 Schalken, F. (2013). Handboek online hulpverlening Met internet Zorg en Welzijn verbeteren Managementeditie. Bohn Stafleu van Loghum.

BRON 34 Tirions, M., Raeymaeckers, P., Boxstaens, J., Cornille, A., Gibens, S., & Postma, Y. (2019). #sociaalwerk.Acco.

BRON 35 Van Gucht, K. (2021). Guidelines for ehealth applications. imec.

BRON 36 Verplancke, J., & Bocklandt, P. (2023). Ready to blend?! Is je cliënt klaar voor een blended traject?. Arteveldehogeschool. https://www.onlinehulp-arteveldehogeschool.be/ready-to-blend/

BRON 37 Vlaamse overheid. (z.d.). Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 16 mei 2025, van https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin

BRON 38 Vlaamse Vereniging Klinisch Psychologen. (2024). Competenties van klinisch psychologen. VVKP. https://vvkp.be/sites/default/files/appendix_competenties.pdf

BRON 39 vzw OpenJustice.be (2004). Wet van 07 mei 2004 gepubliceerd op 18 mei 2004. https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-07-mei-2004_n2004022376.html

BRON 40 Zhu, H., & Andersen, S. T. (2022). Digital competence in social work practice and education: experiences from Norway. Nordic social work research, 12(5), 823-838. https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1899967

## ERKENNING

Dit kader kwam tot stand met de steun en de input van Departement Zorg,

**Beelen Sandra** — *SAM, Steunpunt Mens en Samenleving,*

**Behets Johan** — *Agentschap Opgroeien,*

**Beirens Linda** — *Vlaams Welzijnsverbond,*

**Beke Eric** — *MPC Terbank,*

**Bens Emmelien** — *De Schommel VZW,*

**Carremans Freddy** — *VIVEL,*

**Claesen Astrid** — *Kom op tegen Kanker,*

**Cornelis Ester** — *Stichting Tegen Kanker,*

**De Boeck Minne** — *Universitair Forensisch Centrum,*

**De Jaegere Eva** — *Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, VLESP; UGent,*

**De Wilde Joke** — *HOGENT 360° Zorg en Welzijn,*

**De Wolf Ellen** — *CGG Andante vzw,*

**Degryse Bart** — *Wit-Gele Kruis West Vlaanderen,*

**Desmet Marieke** — *Digiraf,*

**Elen Kirsten** — *Fara vzw,*

**Evenepoel Tom** — *VAD vzw, De Druglijn,*

**Faelens Lien** — *CGG Schelde Dender Waas,*

**Goffin Tom** — *Metamedica, Universiteit Gent,*

**Libin Vincent** — *LINC vzw,*

**Nijs Davy**,

**Raymaekers Anna** — *LUCAS KU Leuven,*

**Roggeman Saskia** — *ScienceForCare, PC Sint-Jan Baptist, Zelzate,*

**Six Clovis** — *BloomUp,*

**Van den Heuvel Bavo** — *CRANIUM,*

**van Leeuwen Cora** — *imec-SMIT, VUB,*

**Vande Gaer Eva** — *Centrum ter Preventie van Zelfdoding,*

**Vandenberghe Annelies** — *Ligo, Centrum voor Basiseducatie Brugge – Oostende – Westhoek,*

**Vandenhoudt Hilde** — *Thomas More – hogeschool,*

**Vandeput Steven** — *beMedTech,*

**Verbeke Kamiel** — *KU Leuven,*

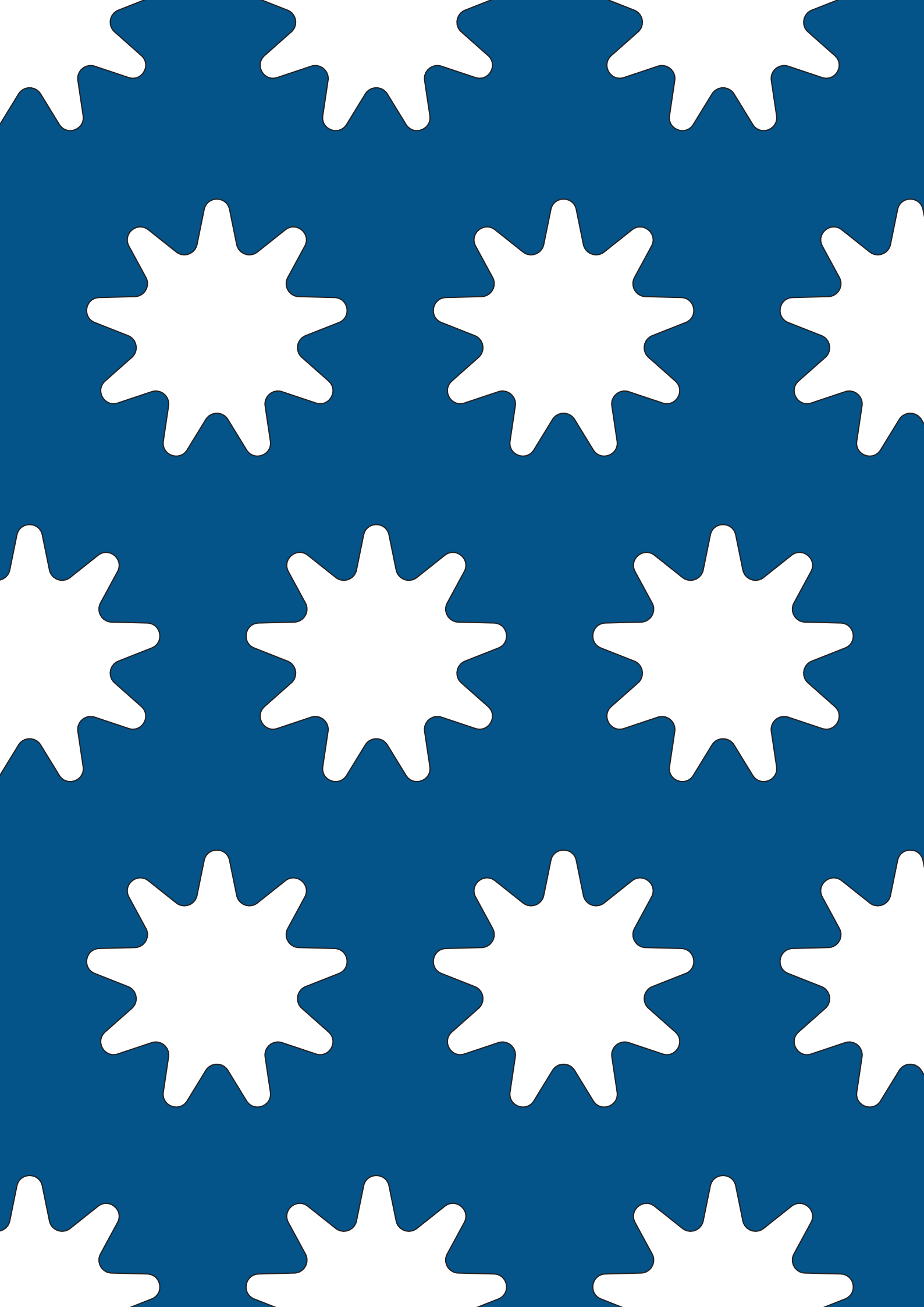
**Verspreet Sofie** — *OnlinePsyHulp,*

en de deelnemers aan de focusgroepen en interviews.

Een bijzonder woord van dank ook aan Philippe Bocklandt (Arteveldehogeschool) die het project mee opstartte en later ook is blijven ondersteunen.

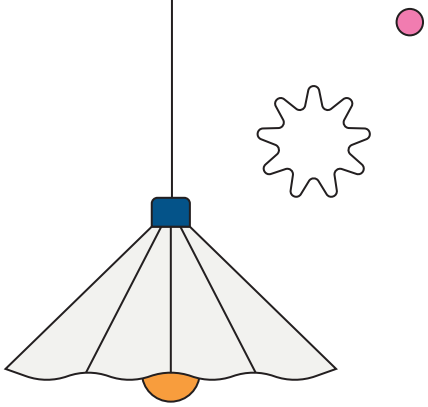

## CITATIE SUGGESTIE

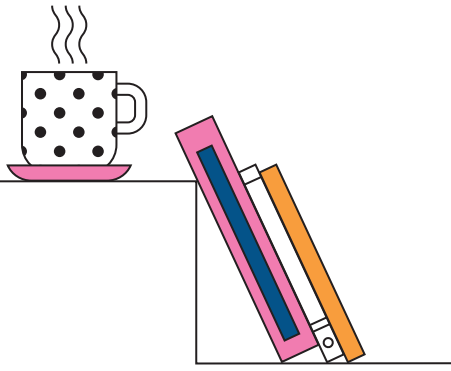

Buelens, F., Seymoens, T., Verplancke, J., & Van Daele, T. (2025). Kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Departement Zorg.



CONTACT & INFO

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be





Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

**Bijlage 3 Toetsingsinstrument**

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

# Handleiding bij het gebruik van dit aftoetsingsinstrument

Dit afgeleid instrument is bedoeld om de kwaliteit af te toetsen bij de ontwikkeling, implementatie en het gebruik van digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de diverse contexten en diverse sectoren binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ideaal gezien wordt dit document gehanteerd als een leidraad om een gesprek te faciliteren binnen de organisatie om vanuit verschillende functies (directie, medewerkers, blended verantwoordelijken, ICT-medewerkers, etc.) te kijken naar het digitale aanbod.

Indien er nood is aan achtergrond informatie of je wenst informatie over de totstandkoming dan kan je dit vinden in het kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning.

Het instrument is opgebouwd rond drie pijlers: **technologie, organisatie en professionals**. De pijler technologie gaat over zowel de inhoud als de technische aspecten van de technologie. De pijler organisatie focust dan weer op de organisatorische aspecten en visie. Tot slot gaat de pijler professional over de vaardigheden van de medewerker in de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning.
Binnen elke pijler zijn verschillende kwaliteitscriteria opgenomen. Sommige criteria worden als **minimale vereisten** beschouwd, terwijl andere eerder **optioneel** zijn. Optionele criteria zijn aangeduid met een * in het instrument.

Er is geen aparte pijler over de **gebruiker van digitale zorg, hulpverlenng of ondersteuning** voorzien. Toch is hun betrokkenhoud cruciaal. In elk van de drie bestaande pijlers wordt de gebruiker dan ook expliciet meegenomen (bv. in het ontwikkelen van de technologie, het vormen van een visie of het inschatten van digitale competenties), om zo kwalitatieve digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning op maat van de doelgroep te kunnen aanbieden.

Het invullen van dit aftoetsingsinstrument kan zowel op **individueel, team als organisatorisch niveau.** Men kan er ook voor kiezen om **niet alle pijlers** te doorlopen in één keer, maar dit op te delen over verschillende personen, werkgroepen of momenten. Voor elke pijler zijn er aparte tabbladen voorzien:
- Een **invultabblad**, waarin je per criterium kunt aangeven in welke mate eraan voldaan wordt (schaal van 0 tot 4). Sommige criteria kan je enkel op 0 en 4 score omdat dit ja-neen-vragen zijn. Indien je het niet zeker weer, kan je "?" selecteren. Indien een criterium niet van toepassing is, kan je het openlaten; dit wordt dan niet meegerekend in de totaalscore.
- Een **resultatentabblad**, waarin de totaalscore automatisch wordt berekend.

**Tip**: De resultatentabbladen kunnen eenvoudig worden opgeslagen als **pdf** of worden **afgedrukt**. Zo kan je later makkelijk resultaten vergelijken, zowel over tijd als tussen teams of organisaties.

| Pijler technologie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ? | Opmerkingen (max. 400 karakters) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aanbieder** | | | | | | | |
| 1. Is het eenvoudig om de aanbieder van de technologie te vinden? | | | | | | | |
| 2. Is de aanbieder van de technologie betrouwbaar? | | | | | | | |
| 3. Is er een helpdesk, zowel voor gebruiks- als technische vragen voor zowel gebruikers als professionals, die vlot bereikbaar en laagdrempelig is? | | | | | | | |
| **Doel** | | | | | | | |
| **Voorschriften** | | | | | | | |
| 4. Is het duidelijk wat het doel is, voor welke gebruikers en voor welke leeftijd de technologie bedoeld is? | | | | | | | |
| 5. Indien van toepassing, is de technologie conform de wetgeving medische hulpmiddelen (MDR)?<br><br>*Medische hulpmiddelen zijn producten, toestellen of software die bedoeld zijn voor medische doeleinden, zoals diagnose, behandeling, preventie of verlichting van een ziekte of handicap. De wet over medische hulpmiddelen stelt eisen aan de kwaliteit en veiligheid om gebruikers en professionals te beschermen. Via deze checklist kan je nagaan of jouw toepassing hier onder valt: https://cetool.nl/en/medical-device/quick-scan* | | | | | | | |
| 6. Indien er artificiële intelligentie wordt gebruikt in de technologie, is de technologie conform de Europese wetgeving AI (EU AI Act)?<br><br>*De Europese wet over AI stelt eisen aan de ontwikkeling en het gebruik van kunstmatige intelligentie binnen de Europese Unie. Het doel is om de AI-systemen veilig, ethisch en transparant te maken door de regels af te stemmen op de risico's.* | | | | | | | |
| 7. Is de technologie ontwikkeld op basis van algemene wetenschappelijke onderbouwing? | | | | | | | |
| 8. Werkten gebruikers en professionals uit de sectoren van welzijn, volksgezondheid en gezin mee aan de ontwikkeling van de technologie? * | | | | | | | |
| **Voordelen** | | | | | | | |
| 9. Krijgen gebruikers informatie op maat over de interventies die gebruikt worden zowel voor als tijdens de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning? | | | | | | | |

10. Worden gebruikers bewust gemaakt van alle verwachte inspanningen?

*Bijvoorbeeld hoeveel ze moeten betalen, hoeveel tijd ze moeten investeren om met de technologie te leren werken of hoe vaak ze ervan gebruik moeten halen om het gewenste doel te behalen.*

11. Wordt de informatie in de technologie, zoals advies voor de gebruiker, geüpdatet wanneer nodig?

12. Krijgen de gebruikers de informatie in de technologie en de bronnen daarvan afgestemd op hun niveau van begrip?
13. Is er bewijs dat het gebruik van deze specifieke technologie een voordeel heeft?*
14. Krijgen de gebruikers informatie over wie financieel bijdraagt aan de ontwikkeling en het onderhoud van de technologie?*

**Ondersteuning en contact**

15. Vinden de gebruikers extra ondersteuning van een professional wanneer het huidige digitale aanbod niet voldoende is?

16. Is het duidelijk met wie, wanneer en hoe gebruikers contact kunnen opnemen in de technologie?

*Bijvoorbeeld of je een automatisch antwoord krijgt, contact hebt met een professional of met lotgenoten.*

17. Is het duidelijk met wie de gebruikers contact kunnen opnemen bij een crisis of als ze dringende hulp nodig hebben?

**Gebruiksgemak**

**Toegankelijkheid**

18. Voldoet de technologie aan de principes van toegankelijkheid van de European Accessibility Act (EAA)?

*Het doel van deze richtlijnen is om de producten en diensten binnen de EU toegankelijker te maken voor iedereen, met speciale aandacht voor mensen met een beperking. De wet legt specifieke eisen op aan digitale apparaten, zodat die toegankelijker zijn en zodat meer mensen die zelfstandig kunnen gebruiken.*

**Gebruiksvriendelijkheid**

19. Houdt het ontwerp rekening met gebruikers, hun taken en de omgeving waarin de technologie zal gebruikt worden?

20. Zijn er maatregelen om fouten en misbruik van de technologie te voorkomen?

*Bv.: De technologie gebruiken om acties uit te voeren die niet tot het doel van de technologie behoord en anderen schaadt.*

21. Krijgen de gebruikers voldoende informatie over de technologie voordat ze die aankopen of installeren?

*Bijvoorbeeld over de belangrijkste functies, hoe persoonlijke gegevens worden gebruikt, hoeveel het kost en hoe ze kunnen betalen, in welke talen ze de technologie kunnen gebruiken, informatie over de fabrikant en de datum van laatste update.*

22. Is de technologie makkelijk te gebruiken volgens de doelgroep of is er een duidelijke gebruiksaanwijzing?

23. Gebruikt de technologie **geen** 'dark patterns' om gebruikers te misleiden of onder druk te zetten?

*Dat zijn technieken die er bijvoorbeeld voor zorgen dat gebruikers klikken op dingen die niet in hun voordeel en waarvan ze zich niet bewust zijn. Bijvoorbeeld ongevraagd gegevens delen of een abonnement afsluiten. Of als een technologie nadelige opties als standaard instelt ('opt-out' i.p.v. 'opt-in'), belangrijke informatie verbergt of afmelden moeilijk maakt.*

## Deontologie

### Risico's

24. Zijn de technische, ethische en juridische risico's van de technologie geanalyseerd en maatregelen genomen om deze te beheersen?

25. Indien noodzakelijk, is het duidelijk dat er goedkeuring van een professional vereist is om de technologie te gebruiken?

26. Krijgen de gebruikers informatie over de risico's van de technologie, redenen om de technologie niet te gebruiken en beperkingen bij het gebruik van de technologie?

27. Worden veiligheidsincidenten (vb. foutiefe doorverwijzing of lekken in data beveiliging) verzameld door zowel professionals, gebruikers als ontwikkelaars en beoordeeld?

### Ethiek

28. Worden ethische vragen in kaart gebracht en beoordeeld met de gebruikers en professionals?

*Ethiek wordt gezien als het nadenken over hoe in een specifieke situatie moreel juist handelen met aandacht voor waarden en relaties. Ethische problemen zouden dus vb. discriminatie en stigmatisering kunnen zijn.*

29. Is de technologie vrij van advertenties of wordt er informatie gegeven over de advertenties die worden getoond?
30. Is de technologie goedgekeurd door een ethisch adviseur of raad? *

**Veiligheid**

31. Indien de technologie persoonlijke gegevens verzameld, voldoet die dan aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming?

*Dat wil zeggen dat de privacy van de gebruikers beschermd wordt. Organisaties moeten open zijn over hoe ze gegevens gebruiken en gebruikers hebben rechten over deze gegevens.*

32. Is de beveiliging van informatie van bij het begin van de ontwikkeling van de technologie opgenomen? (secure by design)

33. Wordt er een veilige coderingsstandaard gevolgd?

*Bij een veilige coderingsstandaarden horen de volgende principes voor ontwikkelaars:alleen veilige functies gebruiken, betrouwbare software gebruiken, voorzichtig zijn met gegevens, de code controleren op fouten en risico's, en vooraf bedenken hoefouten opgespoord gaan worden.*

34. Wordt de European Health Data Space toegepast?

*De European Health Data Space (EHDS) is een initiatief om informatie over gezondheid te kunnen delen tussen patiënten, zorgverleners en onderzoekers, met respect voor de privacy.* Hoe dit in België gaat worden toegepast is momenteel nog onduidelijk.

35. Voldoet de technologie aan de Europese verordening cyberweerbaarheid ?

*Die stelt eisen aan de veiligheid van alle fysieke digitale producten en software die verbonden is met internet of andere netwerken die in de EU worden verkocht.*

36. Volgt de fabrikant de normen die de gevoelige informatie beschermen tegen beveiligingslekken?

*Alle organisaties die bijhorende diensten leveren volgen die normen ook. Voorbeelden van normen zijn ISO/IEC 27001 en NIS2-richtlijn.*

37. Is het informatiebeveiligingsbeleid gemakkelijk toegankelijk voor gebruikers en professionals?

*Een begrijpbare versie beschikbaar stellen kan helpen om de veiligheid te kunnen inschatten.*

38. Is er een proces om onrechtmatige toegang tot en wijziging in de broncode van de technologie te voorkomen?

39. Krijgen alleen de juiste personen toegang en is die toegang beveiligd met gebruikersauthenticatie en autorisatie?

*Bij een gebruikersauthenticatie wordt er gecontrolleert of iemand echt is wie die zegt dat die is. Bij een autorisatie wordt er bepaald wat die persoon mag doen, bijvoorbeeld wanneer gebruikers in loggen hebben de alleen toegang tot de functies die ze nodig hebben.*

40. Indien er externe informatie, programma's of onderdelen gebruikt worden in de technologie, worden deze gecontroleerd, onderhouden en zijn ze veilig?

41. Wordt de beveiliging regelmatig getest en zeker bij grote veranderingen?

**Robuuste bouw van technologie**

**Technische robuustheid**

42. Werkt de technologie zoals bedoeld?

43. Is er informatie over alle technische vereisten voor het gebruik van de technologie?

*Bijv. welke hardware is nodig om van de technologie gebruik te maken?*

44. Worden de principes van open-source software gevolgd?

*Enkele voorbeelden zijn toegang tot informatie, samenwerken en het hanteren van gemeenschappelijke doelen. Deze zorgen voor snellere en betere oplossingen.*

45. Is er een configuratiebeheerplan opgesteld voor de technologie?

*Dit plan zorgt ervoor dat de technologie blijft werken en dat problemen bij het gebruik zo snel mogelijk worden opgelost.*

46. Is er een validatie-en verificatieplan ?

*Die gaan over de tests die nodig zijn als er iets verandert in de technologie of in het systeem. De validatie toont aan dat de technologie doet waarvoor die dient. De verificatie toont aan dat het werkt zoals gepland.*

47. Is er een plan voor de release en implementatie van de technologie?

*Dat zorgt ervoor dat updates zonder problemen worden uitgevoerd.*

48. Is er een plan gemaakt voor onderhoud zodat de technologie betrouwbaar blijft functioneren en zich aanpast naar de behoeftes?

49. Is het software systeem getest?

*Testen dienen uitgevoerd te worden op vlak van navigatie van de onderdelen, softwareplatformen en apparaten waarop het gebruikt wordt, samenwerking met andere software, een nieuwe versie van de technologie, bij problemen en meldingen van gebruikers.*

50. Kan de technologie om met een aanzienlijke toename of piek in de vraag? *

**Interoperabiliteit**

51. Kan de technologie gekoppeld worden aan het huidige aanbod en andere technologieën? *

## Resultaat technologie

| Criterium | Score |
|---|---|
| **Aanbieder** | |
| **1. Is het eenvoudig om de aanbieder van de technologie te vinden?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

| | |
|---|---|
| **2. Is de aanbieder van de technologie betrouwbaar?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

| | |
|---|---|
| **3. Is er een helpdesk, zowel voor gebruiks- als technische vragen voor zowel gebruikers als professionals, die vlot bereikbaar en laagdrempelig is?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

| | |
|---|---|
| **Doel** | |
| **Voorschriften** | |
| **4. Is het duidelijk wat het doel is, voor welke gebruikers en voor welke leeftijd de technologie bedoeld is?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**5. Indien van toepassing, is de technologie conform de wetgeving medische hulpmiddelen (MDR)?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**6. Indien er artificiële intelligentie wordt gebruikt in de technologie, is de technologie conform de Europese wetgeving AI (EU AI Act)?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**7. Is de technologie ontwikkeld op basis van algemene wetenschappelijke onderbouwing?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**8. Werkten gebruikers en professionals uit de sectoren van welzijn, volksgezondheid en gezin mee aan de ontwikkeling van de technologie? ***

n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**Voordelen**

**9. Krijgen gebruikers informatie op maat over de interventies die gebruikt worden zowel voor als tijdens de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning?**

n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**10. Worden gebruikers bewust gemaakt van alle verwachte inspanningen?**

n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**11. Wordt de informatie in de technologie, zoals advies voor de gebruiker, geüpdatet wanneer nodig?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**12. Krijgen de gebruikers de informatie in de technologie en de bronnen daarvan afgestemd op hun niveau van begrip?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**13. Is er bewijs dat het gebruik van deze specifieke technologie een voordeel heeft?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**14. Krijgen de gebruikers informatie over wie financieel bijdraagt aan de ontwikkeling en het onderhoud van de technologie?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**Ondersteuning en contact**

**15. Vinden de gebruikers extra ondersteuning van een professional wanneer het huidige digitale aanbod niet voldoende is?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**16. Is het duidelijk met wie, wanneer en hoe gebruikers contact kunnen opnemen in de technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**17. Is het duidelijk met wie de gebruikers contact kunnen opnemen bij een crisis of als ze dringende hulp nodig hebben?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**Gebruiksgemak**

**Toegankelijkheid**

**18. Voldoedt de technologie aan de principes van toegankelijkheid van de European Accessibility Act (EAA)?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

## Gebruiksvriendelijkheid

**19. Houdt het ontwerp rekening met gebruikers, hun taken en de omgeving waarin de technologie zal gebruikt worden?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

---

**20. Zijn er maatregelen om fouten en misbruik van de technologie te voorkomen?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**21. Krijgen de gebruikers voldoende informatie over de technologie voordat ze die aankopen of installeren?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**22. Is de technologie makkelijk te gebruiken volgens de doelgroep of is er een duidelijke gebruiksaanwijzing?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**23. Gebruikt de technologie geen 'dark patterns' om gebruikers te misleiden of onder druk te zetten?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

## Deontologie

### Risico's

**24. Zijn de technische, ethische en juridische risico's van de technologie geanalyseerd en maatregelen genomen om deze te beheersen?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

---

**25. Indien noodzakelijk, is het duidelijk dat er goedkeuring van een professional vereist is om de technologie te gebruiken?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

---

**26. Krijgen de gebruikers informatie over de risico's, redenen om de technologie niet te gebruiken en beperkingen van het gebruik van de technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**27. Worden veiligheidsincidenten bij het gebruik van de technologie verzameld door zowel professionals, gebruikers als ontwikkelaars en beoordeeld?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

## Ethiek

**28. Worden ethische vragen in kaart gebracht en beoordeeld met de gebruikers en professionals?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**29. Is de technologie vrij van advertenties of wordt er informatie gegeven over de advertenties die worden getoond?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**30. Is de technologie goedgekeurd door een ethisch adviseur of raad? *** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

## Veiligheid

**31. Indien de technologie persoonlijke gegevens verzameld, voldoet die dan aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**32. Is de beveiliging van informatie van bij het begin van de ontwikkeling van de technologie opgenomen? (secure by design)** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**33. Wordt er een veilige coderingsstandaard gevolgd?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**34. Wordt de European Health Data Space toegepast?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**35. Voldoet de technologie aan de Europese verordening cyberweerbaarheid ?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

---

**36. Volgt de fabrikant de normen die de gevoelige informatie beschermen tegen beveiligingslekken?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**37. Is het informatiebeveiligingsbeleid gemakkelijk toegankelijk voor gebruikers en professionals?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**38. Is er een proces om onrechtmatige toegang tot en wijziging in de broncode van de technologie te voorkomen?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**39. Krijgen alleen de juiste personen toegang en is die toegang beveiligd met gebruikersauthenticatie en autorisatie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**40. Indien er externe informatie, programma's of onderdelen gebruikt worden in de technologie, worden deze gecontrolleerd, onderhouden en zijn ze veilig?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**41. Wordt de beveiliging regelmatig getest en zeker bij grote veranderingen?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**Robuuste bouw van technologie**

**Technische robuustheid**

**42. Werkt de technologie zoals bedoeld?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**43. Is er informatie over alle technische vereisten voor het gebruik van de technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**44. Worden de principes van open-source software gevolgd?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**45. Is er een configuratiebeheerplan opgesteld voor de technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**46. Is er een validatie-en verificatieplan ?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**47. Is er een plan voor de release en implementatie van de technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**48. Is er een plan gemaakt voor onderhoud zodat de technologie betrouwbaar blijft functioneren en zich aanpast naar de behoeftes?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**49. Is het software systeem getest?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**50. Kan de technologie om met een aanzienlijke toename of piek in de vraag? *** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**Interoperabiliteit**

**51. Kan de technologie gekoppeld worden aan het huidige aanbod en andere technologieën? *** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

| Pijler organisatie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ? | Opmerkingen (max. 400 karakters) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden** | | | | | | | |
| 1. Sluit het gebruik van de technologie aan bij de missie en visie van de organisatie? | | | | | | | |
| 2. Is de organisatie via meerdere kanalen bereikbaar: digitaal, telefonisch, face to face en zo meer? | | | | | | | |
| **Technologie beïnvloedt de werking van de organisatie** | | | | | | | |
| 3. Is er een overzicht van de taken en functies van medewerkers met betrekking tot de technologie?<br><br>*Dit kan zorgen voor duidelijkheid in het geval van vragen. Zo kan er bijvoorbeeld een inhoudelijk en technisch coördinator aangesteld worden. Verder kunnen professionals die met dezelfde technologie werken ook bij elkaar gaan luisteren voor goede praktijken.* | | | | | | | |
| 4. Is er aandacht voor de veranderingen die een technologie met zich meebrengt? | | | | | | | |
| 5. Weet de organisatie wie allemaal met de technologie werkt, ermee in contact komt of er informatie uit haalt — zowel binnen als buiten de organisatie?<br><br>*Bijv. Bij een app die gebruikers opvolgt, weet de organisatie dat zowel de professional, de huisarts als de gebruiker zelf ermee werken. Ze hebben afspraken gemaakt over wie welke info ziet en wat ermee gebeurt.* | | | | | | | |
| 6. Sluiten de verschillende stappen van het werkproces goed op elkaar aan zodat continuïteit wordt verzekerd? *<br><br>*Bijvoorbeeld wanneer er een een stap wordt gemaakt van of naar een digitaal onderdeel in het werkproces.* | | | | | | | |
| 7. Vult het digitaal aanbod het al bestaande digitaal en niet-digitaal aanbod aan?* | | | | | | | |
| **Gebruikerspad** | | | | | | | |
| 8. Maakt de organisatie een overzicht van de stappen die gebruikers zetten om hun doel te bereiken?*<br><br>Denk aan wachttijden, de duur van een online sessie en de voorbereidingen. Dit kan via cliëntreizen of live testen waarin men stap voor stap overloopt welke weg de gebruiker aflegt binnen de zorg, hulpverlening en ondersteuning van de organisatie. De organisatie heeft hierbij extra aandacht voor kwetsbare gebruikers, kinderen en jongeren. | | | | | | | |

9. Ondersteunt en volgt de organisatie de gebruikers op zodat die de technologie kunnen gebruiken om hun doel te bereiken?

**Gebruikers, professionals en belangrijke anderen betrekken**

10. Betrekt en ondersteunt de organisatie vanaf het begin gebruikers, professionals en belangrijke anderen bij het invoeren van technologie?

**Professionals opleiden en ondersteunen**

11. Krijgen professionals opleiding en ondersteuning bij het invoeren van de technologie?

12. Indien technologie zorgt voor een verandering in het werk van een professional, let de organisatie dan op de tevredenheid van de professional? *

**Kwaliteit garanderen en controleren met een systeem**

13. Is er een systeem dat de kwaliteit bewaakt van zowel de gehele als de digitale werking?*

14. Indien er een systeem voor kwaliteitsbewaking is voorzien, is er minstens een coördinator en opvolging van dat systeem? *

15. Volgt de organisatie buiten de interne kwaliteitsrichtlijnen ook andere (inter)nationale, regionale of (inter)organisatorische kwaliteitsstandaarden, monitoring en registratie op?*

*Een voorbeeld hiervan is de ISO 9001.*

**Kosten van het proces**

**Kosten van de aanschaf, installatie en onderhoud van de technologie**

16. Heeft de organisatie een plan voor de kosten en opbrengsten van het onderhoud en de ondersteuning op langere termijn?

*Bijvoorbeeld kosten van hard- en software, technische medewerkers, training en tijd voor trainingen, server en upgradekosten.*

17. Bereidt de organisatie zich voor op kosten van hardware voor professionals en gebruikers?

18. Waakt de organisatie erover dat het aanbod betaalbaar is voor de gebruiker?

**Veranderingen in behoeftes**

19. Controleert de organisatie op andere behoeftes die mogelijks ontstaan door de technologie en indien nodig biedt de organisatie ondersteuning aan?

*Is er bijvoorbeeld minder intensief aanbod nodig? Heeft de technologie gevolgen voor de werklast?*

**Impact van de technologie op het budget**

| |
|---|
| 20. Evalueert de organisatie de gevolgen van de technologie op de beschikbare financiën en budgetten van overheid, organisaties en gebruikers? * |
| 21. Evalueert de organisatie de financiële gevolgen en impact op verschillende momenten?* |
| **Management** |
| 22. Heeft het management een visie op digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning? |
| **Cultuur** |
| **Acceptatie van technologie** |
| 23. Onderzoekt de organisatie de acceptatie van de technologie vanuit de organisatie, professionals en gebruikers en indien nodig wordt het draagvlak vergroot? |

## Resultaat Organisatie

| Criterium | Score |
|---|---|
| **Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden** | |
| **1. Sluit het gebruik van de technologie aan bij de missie en visie van de organisatie?** | n.v.t. |
| ***Opmerkingen*** / | |
| **2. Is de organisatie via meerdere kanalen bereikbaar: digitaal, telefonisch, face to face en zo meer?** | n.v.t. |
| ***Opmerkingen*** / | |
| ***Meer informatie*** | |
| **Technologie beïnvloedt de werking van de organisatie** | |
| **3. Is er een overzicht van de huidige taken en functies van medewerkers met betrekking tot de technologie?** | n.v.t. |
| ***Opmerkingen*** / | |
| **4. Is er aandacht voor de veranderingen die een technologie met zich meebrengt?** | n.v.t. |
| ***Opmerkingen*** / | |
| ***Meer informatie*** | |

**5. Weet de organisatie wie allemaal met de technologie werkt, ermee in contact komt of er informatie uit haalt — zowel binnen als buiten de organisatie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**6. Sluiten de verschillende stappen van het werkproces goed op elkaar aan zodat continuïteit wordt verzekerd?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**7. Vult het digitaal aanbod het al bestaande digitaal en niet-digitaal aanbod aan?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**Gebruikerspad**

**8. Maakt de organisatie een overzicht van de stappen die gebruikers zetten om hun doel te bereiken?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**9. Ondersteunt en volgt de organisatie de gebruikers op zodat die de technologie kunnen gebruiken om hun doel te bereiken?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

## Gebruikers, professionals en belangrijke anderen betrekken

**10. Betrekt en ondersteunt de organisatie vanaf het begin gebruikers, professionals en belangrijke anderen bij het invoeren van technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

## Professionals opleiden en ondersteunen

**11. Krijgen professionals opleiding en ondersteuning bij het invoeren van de technologie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**12. Indien technologie zorgt voor een verandering in het werk van een professional, let de organisatie dan op de tevredenheid van de professional? *** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

## Kwaliteit garanderen en controleren met een systeem

**13. Is er een systeem dat de kwaliteit bewaakt op van zowel de gehele als de digitale werking?*** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**14. Is er minstens een coördinator en opvolging van dat systeem? *** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**15. Volgt de organisatie buiten de interne kwaliteitsrichtlijnen ook andere (inter)nationale, regionale of (inter)organisatorische kwaliteitsstandaarden, monitoring en registratie op?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**Kosten van het proces**

**Kosten van de aanschaf, installatie en onderhoud van de technologie**

**16. Heeft de organisatie een plan voor de kosten en opbrengsten van het onderhoud en de ondersteuning op langere termijn?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**17. Bereidt de organisatie zich voor op kosten van hardware voor professionals en gebruikers?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**18. Waakt de organisatie erover dat het aanbod betaalbaar is voor de gebruiker?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

## Veranderingen in behoeftes

**19. Controleert de organisatie voor andere behoeftes die ontstaan door de technologie en indien nodig biedt de organisatie ondersteuning aan?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

## Impact van de technologie op het budget

**20. Evalueert de organisatie de gevolgen van de technologie op de financiën en budgetten van overheid, organisaties en gebruikers? *** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**21. Evalueert de organiastie de financiële gevolgen op verschillende momenten?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

## Management

**22. Heeft het management een visie op digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

| **Cultuur** | |
|---|---|
| **Acceptatie van technologie** | |
| **23. Onderzoekt de organisatie de acceptatie van de technologie vanuit de organisatie, professionals en gebruikers en indien nodig wordt het draagvlak vergroot?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

| Pijler Professoinal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ? | Opmerkingen (max. 400 karakters) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Digitale inclusie en digitale competenties bevorderen** | | | | | | | |
| **Digitale inclusie bevorderen** | | | | | | | |
| 1. Erkennen professionals dat gebruikers en hun netwerk ondersteuning kunnen nodig hebben bij het gebruik van technologie? | | | | | | | |
| 2. Kunnen de professionals mate van digitale inclusie bij gebruikers inschatten? | | | | | | | |
| 3. Helpen professionals om de digitale competenties van de gebruikers en hun omgeving te versterken of verwijzen ze hiervoor door naar andere professionals (bijv. https://digibanken.vlaanderen.be/)? | | | | | | | |
| 4. Maken professionals vanaf het begin een overzicht van de digitale mogelijkheden en mediawijsheid van de gebruikers en stemmen ze het traject hierop af? | | | | | | | |
| **Eigen digitale competenties versterken** | | | | | | | |
| 5. Onderhouden professionals hun eigen mediawijsheid en digitale competenties? | | | | | | | |
| 6. Zijn professionals zich bewust van de mogelijke gevolgen van digitale communicatie met gebruikers? | | | | | | | |
| 7. Hebben de professionals de digitale en mediawijze competenties die relevant zijn voor hun werk? | | | | | | | |
| 8. Maken de professionals onderbouwde keuzes over privacy, wetgeving, ethiek en deontologie binnen digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning? | | | | | | | |
| 9. Vinden de professionals algemene informatie via een digitale weg, beoordelen ze dit kritisch en passen ze dit effectief toe?*<br><br>*Bijv. een professional kan wetenschappelijke artikels opzoeken over het implementeren van een technologie en de bewezen technieken toepassen.* | | | | | | | |
| **Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden** | | | | | | | |
| **Technologie bewust selecteren** | | | | | | | |
| 10. Houden de professionals rekening met het doel van de technologie, het netwerk, en mogelijkheden van de gebruikers bij het kiezen van een technologie en hebben ze aandacht wanneer er een alternatief nodig zou zijn? | | | | | | | |
| 11. Betrekken professionals gebruikers bij de keuze over de technologie en staan ze open voor technologie die gebruikers al gebruiken? | | | | | | | |
| **Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden aan de gebruikers en hun netwerk** | | | | | | | |

12. Zijn professionals in staat om doordacht te kiezen wanneer en hoe ze de technologie inzetten, rekening houdend met het doel en de situatie?
13. Kunnen professionals via digitale weg een professionele relatie opbouwen en/of onderhouden?
14. Kunnen professionals digitaal helder en inclusief communiceren?*

15. Kunnen professionals inschatten tijdens welke fase technologie best wordt ingezet?*

*Zo kan technologie gebruikt worden tijdens de intake, diagnose, behandeling, evaluatie of nazorg.*
16. Vinden professionals relevante en kwalitatieve technologische toepassingen en kunnen ze die gebruiken in het aanbod? *

17. Hebben professionals een positief kritische ambassadeurshouding over het inzetten van technologie en de grenzen ervan en focussen ze op de meerwaarde voor de gebruiker?*

**Veilig digitale gegevens beheren**

18. Begrijpen de professionals het belang van veilig digitale gegevens delen over en met de gebruikers?
19. Kunnen de professionals de gegevens van de gebruiker in een digitaal dossier (vb. patiëntendossier) raadplegen, analyseren, interpreteren en invoeren?
20. Indien er een digitaal dossier wordt beheerd, leren professionals de gebruikers werken met hun dossier?
21. Gaan professionals deontologisch om met het delen van gegevens uit het dossier van de gebruiker?

**Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de organisatie mee vorm te geven**

**Een visie over digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning**

22. Geven professionals mee vorm aan de visie over digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de organisatie?*
23. Versterken professionals het vertrouwen van andere professionals en gebruikers in het digitaal aanbod?*
24. Zoeken professionals mee naar oplossingen voor problemen bij het digitale aanbod?*

**Constructief kritisch digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning evalueren**

25. Evalueren de professionals de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning met bronnen en meetinstrumenten die zijn afgestemd op organisatorisch niveau?*

26. Maken de professionals duidelijk welke ondersteuning ze nodig hebben om betere digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning te bieden?*
27. Laten professionals zich inspireren door evoluties in digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de ruime professionele sector?*
28. Willen professionals meewerken aan projecten die nieuwe perspectieven op digitaal handelen onderzoeken en ontwikkelen?*

## Resultaat professional

| Criterium | Score |
|---|---|
| **Digitale inclusie en digitale competenties** | |
| **Aandacht voor digitale inclusie** | |
| **1. Erkennen de professionals dat gebruikers en hun netwerk ondersteuning kunnen nodig hebben bij de digitalisering?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

| | |
|---|---|
| **2. Kunnen de professionals mate van digitale inclusie bij gebruikers inschatten?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

| | |
|---|---|
| **3. Helpen professionals om de digitale competenties van de gebruikers en hun omgeving te versterken of verwijzen ze hiervoor door naar andere professionals (bijv. https://digibanken.vlaanderen.be/)?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

| | |
|---|---|
| **4. Maken professionals vanaf het begin een overzicht van de digitale mogelijkheden en mediawijsheid van de gebruikers en stemmen ze het traject hierop af?** | n.v.t. |

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

## Eigen digitale competenties versterken

**5. Onderhouden professionals hun eigen mediawijsheid en digitale competenties?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**6. Zijn professionals zich bewust van de mogelijke gevolgen van digitale communicatie met gebruikers?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**7. Hebben de professionals de digitale en mediawijze competenties die relevant zijn voor hun werk?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**8. Maken de professionals onderbouwde keuzes over privacy, wetgeving, ethiek en deontologie binnen digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**9. Vinden de professionals algemene informatie via een digitale weg, beoordelen ze dit kritisch en passen ze dit effectief toe?*** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

## Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden

### Technologie bewust selecteren

**10. Houden de professionals rekening met het doel van de technologie, het netwerk, en mogelijkheden van de gebruikers bij het kiezen van een technologie en hebben ze aandacht wanneer er een alternatief nodig zou zijn?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**11. Betrekken professionals gebruikers bij de keuze over de technologie en staan ze open voor technologie die gebruikers al gebruiken?** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

## Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning bieden aan de gebruikers en hun netwerk

**12. Zijn professionals in staat om doordacht te kiezen wanneer en hoe ze de technologie inzetten, rekening houdend met het doel en de situatie?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**13. Kunnen professionals via digitale weg een professionele relatie opbouwen en/of onderhouden?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

---

**14. Kunnen professionals digitaal helder en inclusief communiceren?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

---

**15. Kunnen professionals inschatten tijdens welke fase technologie best wordt ingezet?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

---

**16. Vinden professionals relevante en kwalitatieve technologische toepassingen en kunnen ze die gebruiken in het aanbod? *** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

**17. Hebben professionals een positief kritische ambassadeurshouding over het inzetten van technologie en de grenzen ervan en focussen ze op de meerwaarde voor de gebruiker?***

n.v.t.

***Opmerkingen***

/

**Veilig digitale gegevens beheren**

**18. Begrijpen de professionals het belang van digitale gegevens delen over en met de gebruikers?**

n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**19. Kunnen de professionals de gegevens van de gebruiker in een digitaal dossier (vb. patiëntendossier) raadplegen, analyseren, interpreteren en invoeren?**

n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**20. Indien er een digitaal dossier wordt beheerd, leren professionals de gebruikers werken met hun dossier?**

n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**21. Gaan professionals dentologisch om met het delen van gegevens uit het dossier van de gebruiker?** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

## Digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning op organisatieniveau mee vorm geven

### Een visie over digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning

**22. Geven professionals mee vorm aan de visie over digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de organisatie?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**23. Versterken professionals het vertrouwen van andere professionals en gebruikers in het digitaal aanbod?*** n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**24. Zoeken professionals mee naar oplossingen voor problemen bij het digitale aanbod?*** n.v.t.

***Opmerkingen***

/

## Constructief kritisch digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning evalueren

**25. Evalueren de professionals de digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning met bronnen en meetinstrumenten die zijn afgestemd op organisatorisch niveau?***

n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**26. Maken de professionals duidelijk welke ondersteuning nodig is om betere digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning te bieden?***

n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**27. Laten professionals zich inspireren door evoluties in digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning in de ruime professionele sector?***

n.v.t.

***Opmerkingen***
/

***Meer informatie***

**28. Willen professionals meewerken aan projecten die nieuwe perspectieven op digitaal handelen onderzoeken en ontwikkelen?***

n.v.t.

***Opmerkingen***

/

***Meer informatie***

**Bijlage 4 Governance**

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

# Governance kwaliteitskader digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning

## INTRODUCTIE

Dit document beschrijft het governance-luik van het kwaliteitskader voor digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning. Het doel is om richting te geven aan de implementatie en duurzame verankering van het kader in de praktijk. Specifiek kan deze leidraad onder meer gebruikt worden door beleidsmakers, sectororganisaties, ontwikkelaars en zorgaanbieders.

Governance verwijst naar de nodige randvoorwaarden, verantwoordelijkheden en samenwerkingen om de toepassing van het kader mogelijk te maken en blijvend te ondersteunen. Centraal staan zes rollen, elk met een specifieke bijdrage:

1. **Regulator** bepaalt of en hoe het kader formeel wordt verankerd in beleid of regelgeving.
2. **Toezichthouder** volgt de toepassing van het kader op, evalueert de impact en stuurt bij waar nodig.
3. **Ondersteuner** vertaalt het kader naar bruikbare tools, opleidingen en begeleiding voor het werkveld.
4. **Communicator** zorgt voor heldere communicatie en transparantie over het kader en de ondersteuningsmogelijkheden.
5. **Participator** organiseert dialoog en structurele inspraak met professionals, cliënten en andere betrokkenen, en faciliteert zo de verdere optimalisatie van het kader in functie van de noden van het werkveld.
6. **Realisator** past het kader toe in de praktijk en deelt ervaringen, inzichten en verbeterpunten.

Een rol is te begrijpen als een groepering van samenhangende taken. Ze hoeft niet toegekend te worden aan één enkele actor. Eén actor kan meerdere rollen opnemen, en omgekeerd kunnen meerdere actoren samen instaan voor één rol, afhankelijk van hun mandaat, expertise of context.

De wijze waarop de toepassing en opvolging van het kwaliteitskader wordt georganiseerd, is afhankelijk van de context van de digitale oplossing:

- Voor digitale toepassingen die door de overheid ontwikkeld of gecoördineerd worden, mag een strikte toepassing van het kader en haar criteria verwacht worden.
- Tools ontwikkeld in het kader van gesubsidieerde projecten kunnen aan specifieke voorwaarden gekoppeld worden (bijv. naleving van het kader als subsidievoorwaarde, verplichte zelftoetsing of rapportering).
- Algemeen beschikbare digitale tools (zoals commerciële apps) laten minder directe sturing toe. In deze gevallen kan het kader functioneren als adviesinstrument, met aandacht voor screening, aanbeveling en bewustwording.

Per rol wordt hierna toegelicht:

- welke verantwoordelijkheden en acties ze kunnen opnemen,
- hoe ze bijdragen aan essentiële principes van goede governance,
- hoe ze samenwerken met de andere rollen om tot een werkbaar geheel te komen.

Aansluitend beschrijft het document ook de gevolgen van de implementatie van het kader voor organisaties en actoren in het veld, met aandacht voor flankerend beleid en noodzakelijke ondersteuning.

Dit governance-luik is gebaseerd op inzichten uit literatuur, interviews en focusgroepen met experts en praktijkwerkers. Meer details over de gehanteerde methodologie is terug te vinden in het eindrapport van dit SWVG-project (XXXX). Dit overzicht van mogelijke pistes voor governance biedt een onderbouwd vertrekpunt om het kwaliteitskader in te zetten in de praktijk.

# DE ZES GOVERNANCE-ROLLEN

Hieronder beschrijven we zes governance-rollen. Deze vormen een houvast om de verantwoordelijkheden rond het kwaliteitskader te structureren. Elke rol bundelt een aantal samenhangende taken die essentieel zijn voor een kwaliteitsvolle en duurzame toepassing van het kader.

Ze helpen om acties te positioneren, samenwerking te organiseren en blinde vlekken te vermijden. De rollen zijn daarbij functioneel bedoeld: ze wijzen geen specifieke organisatie aan, maar beschrijven wat er moet gebeuren. Eén actor kan meerdere rollen opnemen, afhankelijk van context en mandaat. Omgekeerd kunnen meerdere actoren samen eenzelfde rol opnemen, elk vanuit hun expertise of positie.

## 1. Regulator

De regulator bepaalt de inhoud van het kwaliteitskader en zorgt voor formele verankering via bijvoorbeeld regelgeving. Deze rol zorgt ervoor dat duidelijk is wat de basisprincipes zijn, welke officiële waarde het kader heeft en creëert duidelijkheid over de verantwoordelijkheden van betrokken actoren. Ook verplichtingen en uitzonderingen worden hierin vastgelegd. De regulator zorgt ervoor dat het kader coherent en werkbaar blijft in een veranderende maatschappelijke en technologische context.

### Potentiële verantwoordelijkheden en acties

| Verantwoordelijkheid | Acties |
|---|---|
| Formele verankering | Bepalen wie eindverantwoordelijkheid draagt over het kwaliteitskader. |
| | Definiëren van verantwoordelijkheden van verschillende actoren (bijv. overheid, middenveld, zorgaanbieders, ontwikkelaars, experten ...) in het beheer van het kader. |
| | Zorgen voor regelmatige afstemming tussen betrokken actoren zodat het kader coherent toegepast wordt over domeinen heen.<br>• Bijv. Stimuleer structurele samenwerking tussen betrokken agentschappen. |
| | Het kader formeel vastleggen in regelgeving (bijv. vanuit het kwaliteitsdecreet minimale criteria opleggen). |
| | Een plan opstellen voor duurzame en stapsgewijze operationalisering van het kader. |
| | Bepalen welke onderdelen verplicht zijn voor specifieke actoren zoals zorgaanbieders of ontwikkelaars. |
| | Voorzien in differentiatie, waar nodig:<br>• Bijv. risicogebaseerde benadering waarbij meer risicovolle sectoren of technologieën aan meer criteria moeten voldoen<br>• Bijv. hou rekening met de beperkte mogelijkheden van kleinschalige organisaties (bijv. kinderopvang met twee medewerkers, start-ups in IT) |

| | |
|---|---|
| | • Bijv. voorzie in een verbeterpad met meerdere niveaus en stimuleer organisaties hierin, zodat actoren kunnen groeien in hun toepassing van het kader, in verhouding tot hun context en maturiteit. |
| Flexibiliteit van het kader | Verzekeren dat het kader periodiek wordt geactualiseerd en bij relevante ontwikkelingen herzien.<br>• Bijv. vastleggen wie verantwoordelijk is voor het opvolgen van maatschappelijke noden, technologische evoluties en nieuwe regelgeving, en hoe deze vertaald worden naar aangepaste kwaliteitscriteria.<br>• Bijv. bepalen hoe supranationale, internationale en nationale richtlijnen worden opgevolgd en geïntegreerd in het kader. |
| | Feedback van gebruikers, professionals, zorgaanbieders en ontwikkelaars laten opnemen als structurele input voor herzieningen. |

**Rolopname: Mogelijke actoren en voorwaarden**

Mogelijke actoren voor de regulatorrol zijn overheidsdepartementen, bevoegde ministers, kabinetten, inspectiediensten, agentschappen en juridische experten. Zij kunnen verantwoordelijkheden opnemen rond de formele vastlegging, mandatering en regelgeving.

Voorwaarden voor een effectieve rolopname zijn onder meer: duidelijke beleidsopdracht, juridische en domeinspecifieke expertise, en afstemming met bestaande regelgeving zoals MDR of NIS2. De aanwezigheid van beleidskaders of decreten waaraan dit kwaliteitskader gekoppeld kan worden, versterkt de haalbaarheid van structurele verankering.

## 2. Toezichthouder

De toezichthouder volgt de toepassing van het kwaliteitskader op en evalueert de impact. Deze rol ontwikkelt mechanismen voor monitoring, evaluatie en handhaving, en zorgt ervoor dat actoren worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid. De toezichthouder maakt het mogelijk om inzicht te krijgen in de mate van toepassing en de effecten van het kader in de praktijk, en onderbouwt de nood aan bijsturing of ondersteuning.

**Potentiële verantwoordelijkheden en acties**

| Verantwoordelijkheid | Acties |
|---|---|
| Toezicht en rapportage | Een systeem ontwikkelen om de toepassing van het kwaliteitskader op te volgen, met duidelijke verantwoordelijkheden voor toezicht en rapportage. |
| | Verantwoordelijken aanduiden die bevoegd zijn voor monitoring en opvolging. |
| | De verantwoordelijken voorzien van het nodige mandaat, middelen en expertise. |

| | |
|---|---|
| | Indicatoren en procedures ontwikkelen voor monitoring, evaluatie en rapportage. |
| | Monitoring koppelen aan bestaande kwaliteitsopvolging om administratieve lasten te beperken. |
| Stimuleer naleving | Een 'comply or explain'-mechanisme hanteren waarbij actoren motiveren hoe ze het kader toepassen of waarom dit (nog) niet mogelijk is. |
| | Een certificeringssysteem of kwaliteitslabel ontwikkelen voor toepassingen die voldoen aan het kader.<br>• Bijv. dit kan ook via zelfcertificering. |
| | Naleving koppelen aan subsidiëring, erkenning of toegang tot publieke aanbestedingen.<br>• Bijv. het toekennen van subsidies kan gekoppeld worden aan het gebruik van het kwaliteitskader of aan investeringen in het aanpassen van het aanbod aan de kwaliteitscriteria. |
| | Een overzicht publiceren van erkende of gecertificeerde tools.<br>• Bijv. op een centraal online platform |
| Bijsturing bij niet-naleving | Gevolgen bepalen bij niet-naleving.<br>• Bijv. uitsluiting van subsidies, verplicht remediëren, opstellen van een verbeterplan, tijdelijke stopzetting van het digitaal aanbod … |
| | Zorgen dat gevolgen proportioneel en transparant zijn, met aandacht voor innovatie en leertrajecten. |
| Flexibiliteit van toezichtprocedures | Feedback uit de praktijk meenemen bij het evalueren en bijsturen van toezichtprocedures. |

**Rolopname: Mogelijke actoren en voorwaarden**

De toezichthoudende rol kan opgenomen worden door inspectiediensten, agentschappen, of beleidsorganen met monitoringbevoegdheid. Ook kennisinstellingen of auditinstanties kunnen een rol spelen bij de ontwikkeling van evaluatie-instrumenten of indicatoren.

Voorwaarden voor een effectieve rolopname zijn onder meer: heldere mandaten, afstemming met bestaande toezichtsystemen, en voldoende technische en inhoudelijke capaciteit.

Niet alle aspecten van digitale toepassingen vallen onder Vlaamse bevoegdheid of het bereik van dit kader. In veel gevallen is gedeeld toezicht nodig, aangezien ook andere regelgeving meespeelt, zoals de Europese NIS2-richtlijn (cyberbeveiliging) of MDR (Medical Device Regulation).

## 3. Ondersteuner

De ondersteuner vertaalt het kwaliteitskader naar bruikbare instrumenten, begeleiding en opleidingen, en maakt de toepassing haalbaar en werkbaar in de praktijk. Deze rol ondersteunt actoren die het kader willen implementeren door praktische tools te ontwikkelen, opleidingen aan te bieden, aanspreekpunten te voorzien en organisaties individueel of collectief te begeleiden. De ondersteuner vergemakkelijkt niet alleen de toepassing, maar draagt ook bij aan de uitvoerbaarheid en inclusiviteit van het kader.

**Potentiële verantwoordelijkheden en acties**

| Verantwoordelijkheid | Acties |
|---|---|
| Praktische vertaling | Ondersteunende tools of afgeleiden ontwikkelen die het kader concreet en hanteerbaar maken voor verschillende sectoren, organisaties, professionals en ontwikkelaars.<br>• Bijv. zelftoetsingsinstrumenten, methodieken, checklists, minimale screeners .... |
| | Het kader vertalen naar bestaande kwaliteitsinstrumenten binnen organisaties.<br>• Bijv. Bestaande toetsingsinstrumenten, het kwaliteitsbeleid ... |
| Opleiding en begeleiding | Opleidingen voorzien over het gebruik van het kader, afgestemd op de noden van professionals, organisaties en ontwikkelaars.<br>• Bijv. hands-on sessies binnen organisaties, (e-learning)modules, opleiding bij lancering nieuwe tools ... |
| | Zorgen voor een kwaliteitslabel voor diegene die een opleiding hebben gevolgd waar rekening mee gehouden kan worden bij het toekennen van subsidies, erkenning, publieke aanbestedingen ... |
| | Adviseurs opleiden die de implementatie van het kader begeleiden.<br>• Bijv. interne IT-diensten, externe kwaliteitscoaches<br>• Bijv. vergelijkbaar met de innovatie-adviseurs van VLAIO |
| | Handleidingen en praktische richtlijnen ontwikkelen over het gebruik van het kwaliteitskader voor professionals, organisaties en ontwikkelaars. |
| Aanspreekpunten | Een centraal aanspreekpunt voorzien voor vragen en knelpunten rond toepassing van het kader.<br>• Bijv. een online platform, een fysieke dienst ...<br>• Bijv. bij knelpunten, vragen, onduidelijkheden ... |
| | Ondersteuning aanbieden via (boven)lokale actoren of expertorganisaties.<br>• Bijv. steunpunten, expertorganisaties ... |
| | Samenwerking stimuleren met lokale en regionale partners voor een gedragen implementatie. |
| Praktische begeleiding | Begeleiding voorzien bij aanvragen van projectsubsidies gekoppeld aan toepassing van de criteria van het kader. |

| | |
|---|---|
| | • Bijv. lijst met criteria als bijlage voor projectoproepen |
| | Een checklist of beoordelingskader aanbieden voor actoren die tools ontwikkelen of aankopen. |
| Technologische ondersteuning | Technologische bouwstenen aanreiken (vb. open standaarden, API's, frameworks) om te zorgen dat digitale oplossingen voldoen aan het kader. |
| | Technische ondersteuning voorzien voor ontwikkelaars. |
| Flexibiliteit van ondersteunings-mechanismen | Feedback uit de praktijk meenemen bij het evalueren en bijsturen van de ondersteuningsmechanismen. |

**Rolopname: Mogelijke actoren en voorwaarden**

Mogelijke actoren zijn steunpunten, hogescholen, kenniscentra, expertorganisaties, koepelorganisaties, sectorale begeleidingsdiensten en financieringsorganen. Zij kunnen tools ontwikkelen, opleidingen aanbieden en procesbegeleiding verzorgen. Samenwerkingsverbanden over sectoren heen zijn daarbij wenselijk.

Voorwaarden voor een effectieve rolopname zijn onder meer: toegang tot praktijkkennis, didactische en technische expertise, en structurele middelen voor ondersteuning op langere termijn.

## 4. Communicator

De communicator zorgt voor heldere, toegankelijke en doelgroepgerichte communicatie over het kwaliteitskader. Deze rol maakt zichtbaar wat het kader inhoudt, voor wie het relevant is, welke verplichtingen en mogelijkheden eraan verbonden zijn, en waar ondersteuning beschikbaar is. De communicator vergroot het draagvlak door het kader begrijpelijk, vindbaar en herkenbaar te maken voor diverse actoren: van zorgaanbieders en ontwikkelaars tot cliënten en beleidsmakers.

**Potentiële verantwoordelijkheden en acties**

| Verantwoordelijkheid | Acties |
|---|---|
| Zichtbaarheid | Toegankelijke communicatiematerialen over het kader ontwikkelen.<br>• Bijv. infografieken, video's, visuele formats, korte toelichtingen per doelgroep … |
| | Het kader publiceren op een centrale en toegankelijke plek<br>• Bijv. via een online platform of portaal dat ook andere ondersteuning bundelt. |
| | Transparant communiceren over wat verplicht is, wat aanbevolen wordt, welke ondersteuning er is en wat de gevolgen zijn van (niet-)naleving. |
| | Bestaande netwerken en sectororganisaties inzetten om het kader te verspreiden. |
| | Communicatie afstemmen op de leefwereld van verschillende doelgroepen, met aangepaste formats, taal en kanalen. |

| | |
|---|---|
| Draagvlak | Een gedeeld begrip opbouwen over het doel en meerwaarde van het kader. |
| Terugkoppeling | Resultaten van monitoring en evaluatie breed communiceren. |
| | Zichtbaar maken hoe signalen en feedback leiden tot aanpassingen van het kader of het opzetten van nieuwe ondersteuningsacties. |
| | Succesverhalen, praktijkervaringen en lessen uit de toepassing delen met het werkveld. |
| Flexibiliteit communicatie | Feedback uit de praktijk meenemen bij het evalueren en bijsturen van de communicatie. |

**Rolopname: Mogelijke actoren en voorwaarden**

De communicatorrol kan ingevuld worden door intermediaire organisaties, communicatieafdelingen van agentschappen, steunpunten, of kennisinstellingen met ervaring in publieksgerichte communicatie. Ook netwerkorganisaties kunnen deze rol versterken.

Voorwaarden voor een effectieve rolopname zijn onder meer: nood aan kennis van de doelgroep, expertise in toegankelijke formats, en kanalen met voldoende bereik binnen en buiten de sector.

## 5. Participator

De participator organiseert structurele inspraak, dialoog en cocreatie met de betrokken doelgroepen. Deze rol garandeert dat het kwaliteitskader evolueert in samenspraak met het werkveld. De participator betrekt cliënten, professionals, ontwikkelaars en andere stakeholders actief in het ontwerp, de evaluatie en de bijsturing van het kader, en versterkt zo het draagvlak, de toepasbaarheid en de legitimiteit ervan.

**Potentiële verantwoordelijkheden en acties**

| Verantwoordelijkheid | Acties |
|---|---|
| Inspraak en co-creatie | Consultaties organiseren met zorgaanbieders, ontwikkelaars, professionals, cliënten(vertegenwoordigers) en andere belanghebbenden om de meerwaarde, praktijkervaringen, nieuwe inzichten en behoeften te verzamelen. |
| | Inspraakmomenten structureel inbouwen.<br>• Bijv. via bevragingen, panels, co-creatietrajecten, lerende netwerken … |
| | Onafhankelijke experten of “kritische vrienden” betrekken die reflecteren op het kader en de toepassing ervan. |
| Herziening | Een participatief mechanisme opzetten voor herziening van het kader, toezicht- en van ondersteuningsmechanismen. |
| Terugkoppeling andere rollen | Inzichten uit het veld actief verzamelen via participatietools, en die delen met andere rollen. |

| | |
|---|---|
| | Bewaken dat signalen en voorstellen uit het werkveld worden meegenomen in besluitvorming. |

**Rolopname: Mogelijke actoren en voorwaarden**

Mogelijke actoren zijn samenwerkingsplatformen, gebruikersorganisaties, sectorale overlegstructuren, en organisaties met expertise in cocreatie en participatie. Deze actoren kunnen participatietrajecten opzetten, terugkoppelen en signalen verzamelen.

Voorwaarden zijn onder meer: vertrouwen in het veld, methodologische kennis van participatie, en structurele verbinding met beleids- en praktijkactoren.

## 6. Realisator

De realisator past het kwaliteitskader actief toe en deelt ervaringen, inzichten en verbeterpunten. De realisator kan een organisatie (ontwikkelaar, zorgaanbieder ...), maar ook een individuele gebruiker (zoals een hulpverlener of cliënt) die zelfstandig een digitale toepassing gebruikt. De realisator implementeert het kader bij de ontwikkeling, aankoop of inzet van digitale toepassingen en verbindt, indien van toepassing, het met het bredere kwaliteitsbeleid van de organisatie. Door terug te koppelen over wat werkt en wat niet, voedt deze rol de verdere uitbouw, ondersteuning en bijsturing van het kader en haar afgeleiden.

**Potentiële verantwoordelijkheden en acties**

| Verantwoordelijkheid | Acties |
|---|---|
| Toepassing | Het kwaliteitskader gebruiken bij het gebruik, de ontwikkeling, aankoop of evaluatie van digitale toepassingen. |
| | Een toetsing uitvoeren op basis van de criteria van het kader bij nieuwe of sterk gewijzigde toepassingen. |
| | Interne expertise opbouwen rond het kwaliteitskader. |
| | **Voor zorgaanbieders:*<br>Het kader hanteren als toetsingskader voor de eigen werking: hoe wordt digitale ondersteuning georganiseerd, begeleid en ingebed? Hoe worden medewerkers hierin begeleid? |
| | **Voor zorgaanbieders:*<br>Het kader integreren in het bestaande kwaliteitsbeleid en de strategische visie. |
| | **Voor individuele gebruikers:*<br>Gebruik maken van het kader, of afgeleide tools, bij het zelfstandig kiezen en inzetten van digitale oplossingen. |
| Rapportage | De eigen werking en toepassingen evalueren aan de hand van het kader en haar afgeleiden, en daarover rapporteren naar relevante actoren. |
| | (Tijdelijke) afwijkingen motiveren via een ‘comply or explain’-benadering. |
| | Ervaringen, knelpunten, vragen of hiaten signaleren aan ondersteunende, regulator-, of toezichtsactoren. |

| | |
|---|---|
| Kennisdeling | Goede praktijken, formats en oplossingen delen met andere organisaties. |
| | Deelnemen aan lerende netwerken, gebruikersgroepen, overlegplatformen, inspraakmechanismen … |

**Rolopname: Mogelijke actoren en voorwaarden**

De realisatorrol kan opgenomen worden door zorgaanbieders, ontwikkelaars van digitale toepassingen, professionals, en in bepaalde gevallen ook cliënten of gebruikers die zelfstandig met tools aan de slag gaan. Tot slot kunnen ook overheden in bepaalde situaties als realisator fungeren.

Voor effectieve rolopname zijn voldoende autonomie, kennis van het kader, en ruimte voor toetsing, reflectie en terugkoppeling essentieel. Ook deelname aan lerende netwerken of gebruikersgroepen kan deze rol versterken.

## DE ESSENTIËLE GOVERNANCEPRINCIPES

De rolverdeling vormt een middel om tegemoet te komen aan een aantal essentiële governanceprincipes. Deze principes gelden als randvoorwaarden waaraan goede governance moet voldoen.

We onderscheiden de volgende acht principes (Verlet, 2008):

- **Rechtmatigheid** – Zijn de afspraken en verantwoordelijkheden formeel en helder vastgelegd?
  *Bijvoorbeeld: de regulator verankert het kader in bijvoorbeeld regelgeving.*
- **Transparantie** – Zijn verplichtingen, verwachtingen en ondersteuningsmogelijkheden duidelijk gecommuniceerd?
  *Bijvoorbeeld: de communicator maakt zichtbaar wat verplicht is, wie waarvoor verantwoordelijk is en waar ondersteuning beschikbaar is.*
- **Effectiviteit** – Draagt de toepassing van het kader daadwerkelijk bij aan kwaliteitsvolle digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning?
  *Bijvoorbeeld: de toezichthouder volgt impact op en stuurt bij waar nodig.*
- **Efficiëntie** – Worden middelen en inspanningen gericht ingezet, zonder onnodige overlap of belasting?
  *Bijvoorbeeld: de ondersteuner sluit aan bij bestaande kwaliteitsinstrumenten en biedt gerichte tools.*
- **Uitvoerbaarheid** – Is het kader praktisch haalbaar voor uiteenlopende organisaties en contexten?
  *Bijvoorbeeld: de realisator geeft terugkoppeling over knelpunten in de toepassing, waarop de ondersteuner inspeelt.*
- **Responsiviteit** – Wordt geluisterd naar signalen uit het veld, en wordt het kader aangepast aan veranderende noden?
  *Bijvoorbeeld: de participator organiseert structurele inspraak en cocreatie.*
- **Integriteit** – Wordt het kader op een rechtvaardige, inclusieve en ethisch verantwoorde manier toegepast?
  *Bijvoorbeeld: de regulator voorziet in uitzonderingen of differentiatie op maat van kwetsbare of kleinschalige actoren.*
- **Controleerbaarheid** – Wordt het kader en het beheer ervan gecontroleerd, geëvalueerd en bijgestuurd?
  *Bijvoorbeeld: de toezichthouder ontwikkelt monitoring- en evaluatiemechanismen om de toepassing van het kwaliteitskader op te volgen.*

De onderstaande tabel illustreert de manier waarop elke rol een bijdrage levert aan het versterken van deze principes:

| | Regulator | Toezichthouder | Ondersteuner | Communicator | Participator | Realisator |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rechtmatigheid** | Formele verankering, mandaten en afstemming | Toekennen verantwoordelijken voor toezicht | | | Onderbouwt beleid met veldinzichten | |
| **Transparantie** | Duidelijke regels en verplichtingen | Rapportage, kwaliteitslabels en publieke opvolging | | Helder over verplichtingen en ondersteuning | Toont hoe feedback verwerkt wordt | Toont hoe kader wordt toegepast |
| **Effectiviteit** | Enkel criteria die daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit | Opvolging van impact kader en bijsturing | Ondersteuning op basis van impactmeting en noden uit veld | Stimuleert juiste toepassing via communicatie | Kader afstemmen op praktijk | Resultaten zichtbaar maken |
| **Efficiëntie** | Aansluiting bij bestaande procedures en regelgeving | Monitoring sluit aan bij bestaande mechanismen | Gerichte inzet van middelen en tools | Maakt gebruik van bestaande kanalen | Integreert participatie in bestaande overlegstructuren | |
| **Uitvoerbaarheid** | Uitzonderingen en fasering | | Werkbare vertaling van kader | | | Past kader toe en geeft feedback |
| **Responsiviteit** | Actualisering op basis van signalen en evoluties | | Aanpassing tools op basis van feedback | Aanpassing communicatie op signalen | Structurele feedbackmechanismen | Terugkoppeling van praktijkervaring |
| **Integriteit** | Oog voor kleine/kwetsbare actoren | Proportionele benadering en leernetwerken | Toegankelijkheid voor alle actoren | Toegankelijke communicatie voor iedereen | Inclusieve betrokkenheid van doelgroepen | |
| **Controleerbaarheid** | Verankert rol toezichthouder en evaluatieplicht | Monitoring en evaluatiemechanismen | Voorziet tools voor zelftoetsing en rapportage | Verspreidt resultaten van monitoring | Signaleert interpretatieverschillen | Toetst en rapporteert over toepassing |

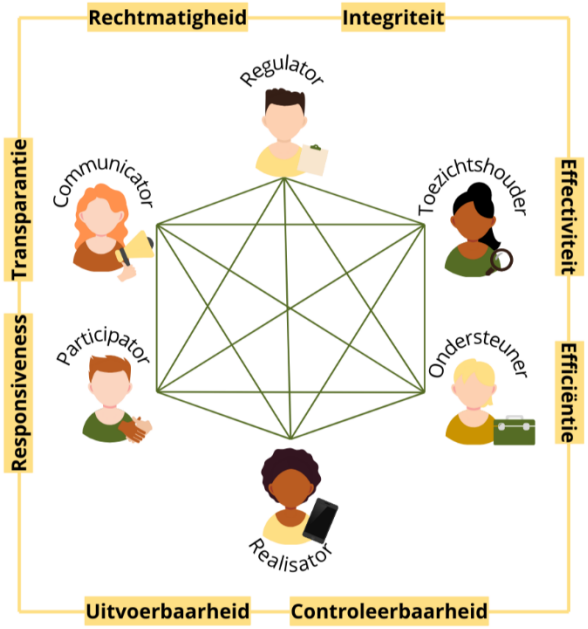
## SAMENWERKING TUSSEN DE ROLLEN

De zes governance-rollen functioneren niet los van elkaar. Ze zijn onderling verbonden en vullen elkaar aan. Elke rol draagt op zijn manier bij aan de implementatie van het kwaliteitskader, maar kan dat alleen doeltreffend doen in samenspel met de andere rollen. Goede governance vraagt dus niet alleen dat elke rol wordt ingevuld, maar ook dat de samenwerking tussen de rollen georganiseerd en versterkt wordt.

Eenzelfde actor kan meerdere rollen opnemen (bv. een steunpunt als Ondersteuner én Communicator), en meerdere actoren kunnen samen één rol opnemen (bv. verschillende organisaties als Realisator). Wat telt is dat de noodzakelijke functies opgenomen worden, en dat er voldoende onderlinge afstemming is.

Enkele illustraties van wisselwerking:

- De regulator stemt af met de toezichthouder over indicatoren en sanctionering, met de ondersteuner over praktische vertaling, en met de participator om input uit het veld mee te nemen in herzieningen.
- De toezichthouder gebruikt inzichten van de realisator voor bijsturing en signaleert aan de ondersteuner waar begeleiding nodig is.
- De communicator verspreidt niet alleen informatie van de regulator, maar vertaalt ook inzichten van de participator en resultaten van toezicht naar begrijpelijke boodschappen voor het werkveld.
- De participator voedt alle andere rollen met praktijkinzichten, van beleidsvoorstellen tot toolontwikkeling.
- De realisator is tegelijk gebruiker én bron van kennis: door het kader toe te passen levert deze rol feedback, voorbeelden, en toetsing die essentieel zijn voor alle andere actoren.
- De onderstaande visualisatie van deze wisselwerking maakt de onderlinge afhankelijkheid van de rollen duidelijk, en toont waar samenwerking noodzakelijk is.



## GEVOLGEN IMPLEMENTATIE VAN HET KWALITEITSKADER

De toepassing van het kwaliteitskader heeft gevolgen voor hoe organisaties en actoren hun digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning vormgeven.

Het kader bevat kwaliteitscriteria die richtinggevend zijn, en in sommige gevallen verplichtend, bij de ontwikkeling, aankoop of inzet van digitale toepassingen. De implementatie van het kader kan in veel gevallen leiden tot veranderingen in bijvoorbeeld:

- interne processen (bijv. integratie in het kwaliteitsbeleid, beslissingskaders rond tools),
- digitale competenties van medewerkers,
- verwachtingen naar ontwikkelaars of leveranciers,
- wijze van ondersteuning en begeleiding van cliënten.

Om die reden is het belangrijk om flankerend beleid te voorzien dat betrokken actoren ondersteunt in deze transitie. Mogelijke ondersteuningsmaatregelen en overgangsmaatregelen:

- **Competentieontwikkeling:** Voorzie opleidingsmogelijkheden en trajecten voor professionals rond digitale vaardigheden, ethiek, gebruikersgericht werken, en privacy. Hiernaast kan er ook meer aandacht op deze thema's gelegd worden in de basisopleidingen.
- **Centrale aanspreekpunten:** Versterk bestaande initiatieven die fungeren als laagdrempelige en herkenbare contactpunten voor informatie, begeleiding en intersectorale samenwerking.
- **Overzicht en toegang tot kwaliteitsvolle tools:** Onderhoud en breid centrale platforms uit met een geverifieerd overzicht van tools (voor alle betrokken sectoren) die voldoen aan het kader.
- **Begeleiding via (boven)lokale actoren:** Stimuleer samenwerking met expertorganisaties of brugfiguren die organisaties begeleiden bij aspecten zoals digitale inclusie, cybersecurity of gebruikerservaring.
- **Ondersteuning visievorming:** Help organisaties bij het ontwikkelen van een gedragen visie op digitale zorg, hulpverlening en ondersteuning, afgestemd op hun context en doelgroep.
- **Financiële ondersteuning:** Voorzie subsidie-instrumenten voor de ontwikkeling en aanpassing van bestaande vormen van zorg, het onderhoud en de kwaliteitsgarantie van digitale toepassingen, inclusief ondersteuning voor naleving van het kader.