



Digitale zorg en welzijn dichtbij

Samenwerken aan ondersteuning
bij digitale zorg en welzijn.



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Digitale inclusie in zorg en welzijn: voor wie doen we het?	4
Even voorstellen	5
Van proeftuin tot blauwdruk	6
Leeswijzer	8
Maak kennis met de proeftuinen	9



Hoofdstuk 1	
Kennis inventariseren en toekomst bepalen	14
Aan de slag	16
Fase 1: Inventariseren	17
Fase 2: Toekomst bepalen	30
Wat heb je tot nu toe gedaan?	31
Hoofdstuk 2	
Vier uitdagingen	33
Uitdaging 1: Wie helpen we eigenlijk?	35
Uitdaging 2: Wie heeft welke rol?	43
Uitdaging 3: Hoe maken we het duurzaam?	50
Uitdaging 4: Waar sluiten we op aan?	58
Hoofdstuk 3	
Slotwoord	73
ADS: De zes bouwstenen van digitale inclusie	75
Pharos: Werken vanuit vertrouwen en gelijkwaardigheid	76
Bronnen	77
Begrippen	78
Afkortingen	81
Colofon	82

Intermezzo's:	
Blik van buiten	
Digitale zorg: vooruitgang voor wie?	7
De lessen van Pharos	13
Economische en maatschappelijke waarde van toegankelijke digitale zorg en welzijn: een businesscase-perspectief	32
Waarde van toegankelijke digitale zorg en welzijn	65
IJsbergen	18
IJsberg 1: Vindbaarheid en verantwoordelijkheid	20
IJsberg 2: Kennis en Vaardigheden	22
IJsberg 3: Innovatie & Toegankelijkheid	24
IJsberg 4: Vertrouwen en Regie	26
IJsberg 5: Hardware en toegankelijkheid	28
Het speelveld van sociaal-digitale ondersteuning	66
Het speelveld in beeld	67
Kwadrant 1: Eigen regie met steun uit het netwerk	68
Kwadrant 2: Regie vanuit de menselijke verbinding	69
Kwadrant 3: Fundament van zelfredzaamheid	70
Kwadrant 4: Systeemoptimalisatie als basis voor inclusieve zorg	71
Tot slot	72

Inleiding

De zorg digitaliseert. Van het maken van afspraken en het bijhouden van dossiers tot het (zelf) uitvoeren van bepaalde gezondheidshandelingen: digitale hulpmiddelen zijn nu al niet meer weg te denken uit de dagelijkse zorgpraktijk voor zowel patiënten als zorgverleners. En het worden er alleen maar meer: een stijgende zorgvraag, oplopende zorgkosten en een hardnekkig tekort aan personeel vragen om oplossingen die voor een deel op het digitale vlak worden gezocht.

In Nederland kunnen steeds meer mensen niet goed meekomen met digitalisering. Zo'n 3,8 miljoen mensen lopen om uiteenlopende redenen het risico om niet mee te kunnen doen in de digitale samenleving. Ook in de zorg vallen veel mensen buiten de boot: systemen zijn onbegrijpelijk, processen ingewikkeld en offline alternatieven niet op orde. Het zorgt ervoor dat veel mensen niet (meer) mee kunnen doen - ten koste van hun gezondheid.

Gelukkig is dit te voorkomen. Door het ontwikkelen, verstevigen en bestendigen van publiek-, privaat- en maatschappelijke lokale netwerken kunnen we ervoor zorgen dat mensen met vragen over digitale zorg geholpen worden op een voor hen logische plek, door mensen die ze vertrouwen, met begrijpelijke, toegankelijke applicaties die aansluiten bij hun leefwereld. Zo houden ze zelf de controle over hun eigen gezondheid, blijven ze vertrouwen in ons zorgsysteem en wordt de zorg zo min mogelijk belast.

Deze blauwdruk helpt je om zo'n netwerk te bouwen of te versterken. Samen met lokale partners ga je een intensieve samenwerking aan waarin je je eigen behoeften onderzoekt, maar ook die van het netwerk, en vervolgens ook de onderliggende vragen en aannames analyseert. Je zet de mensen om wie het gaat centraal, kijkt naar ieders invloed en helpt elkaar om op lokaal niveau de toegang tot de zorg voor iedereen te bewaken en waar nodig te verbeteren.

De methode die in de blauwdruk is vastgelegd, is ontwikkeld door de Alliantie Digitaal Samenleven in samenwerking met Social Envoy en Pharos. De aanpak is gebaseerd op een combinatie van bekende design-principes zoals systemisch ontwerp, co-creatie, Theory U, Future Search en Design Thinking. Deze principes zijn vervolgens vertaald naar de praktijk van digitale zorg en welzijn.

We wensen je veel succes en plezier!





Digitale inclusie in zorg en welzijn: voor wie doen we het?

We hebben het eerder gehad over 3,8 miljoen mensen die het risico lopen om niet mee te kunnen doen in de digitale samenleving. Maar wie zijn dat? Begrijpen we hun situatie?

Digitale uitsluiting is geen persoonlijk falen, maar een maatschappelijk probleem. In de praktijk gaat het vaak om mensen in kwetsbare posities: jongeren met weinig basisvaardigheden, mensen in armoede, ouderen die niet meegenomen zijn in de digitalisering, nieuwkomers die onvoldoende weet hebben van het zorg- en ondersteuningssysteem, of mensen die onder hoge stress leven. Digitale uitsluiting heeft niet één gezicht. Het komt voor in stad en dorp, bij jong en oud. Daarom gebruiken we de term de mensen om wie het gaat. We betrekken hen zo nauw mogelijk bij het proces zodat de oplossing straks goed bij hen past.

Even voorstellen



De Alliantie Digitaal Samenleven (ADS) heeft als missie dat iedereen mee kan blijven doen in de digitale samenleving. Daarom bundelen de mensen om wie het gaat, de overheid, maatschappelijke organisaties, bedrijven en kennisinstellingen hun krachten. Samen zetten we ons in voor een samenleving waarin mensen zich bewust zijn van de kansen, risico's en het profijt dat digitale technologie hen kan brengen. Om dit te bereiken hebben we [zes bouwstenen van digitale inclusie](#) geformuleerd. De Alliantie Digitaal Samenleven is een programma van Beeld & Geluid.



Social Envoy is een social designbureau dat zich richt op het ontwerpen van systemische en mensgerichte oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken. Ze werken op het snijvlak van onderzoek, ontwerp en participatie, en begeleiden organisaties bij het realiseren van duurzame verandering. Om oplossingen te ontwerpen die kloppen met de realiteit en daadwerkelijke behoeftes, werken ze samen met een brede groep mensen. Die verscheidenheid stelt hen in staat om patronen over domeinen heen te herkennen. Samen met ADS ontwikkelde Social Envoy ook de 'Lokale Aanpak Digitale Inclusie'.



Pharos is het landelijk expertisecentrum dat zich inzet voor het terugdringen van gezondheidsverschillen. De organisatie richt zich op het verbeteren van zorg, gezondheid en welzijn voor mensen in kwetsbare situaties. Pharos doet dit door kennisdeling, advies en ondersteuning van professionals, organisaties en gemeenten. Het gaat om wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van zorgverleners, beleidsmakers en andere professionals, én ervaringskennis van mensen om wie het uiteindelijk gaat. Ze werken samen met partners aan inclusieve en toegankelijke zorg- en welzijnssystemen.

Van proeftuin tot blauwdruk

ADS onderzoekt, binnen het bredere beleid van het Integraal Zorgakkoord, hoe haar missie ook in een zorgcontext tot uiting kan worden gebracht: hoe digitale zorg en welzijn toegankelijk kan worden gemaakt voor iedereen. Daarbij is het uitgangspunt digitale solidariteit: digitaal wanneer het kan om de zorg zoveel mogelijk te ontlasten, maar nooit ten koste van kwaliteit of toegang. De totstandkoming van dit product is mede mogelijk gemaakt door de financiële bijdrage van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Daarnaast heeft VWS inhoudelijk bijgedragen door haar kennis en expertise te delen.

Deze blauwdruk is onderdeel van het project 'Digitale zorg en welzijn dichtbij' (DZWD). De bijbehorende methode is tot stand gekomen door voort te borduren op de eerder ontwikkelde methodiek 'Lokale Aanpak Digitale Inclusie', een methode die publieke, private en maatschappelijke partners helpt om op lokaal niveau een sluitende keten rondom de mensen om wie het gaat te vormen. In DZWD hebben we vervolgens gekeken naar wat er binnen de context van zorg en welzijn werkelijk speelt - voorbij wat zichtbaar is - en naar de structuren en werkwijzen die het verschil maken tussen meedoen of buitenspel staan. ADS werkt daarbij altijd samen met kennispartners, ervaringsdeskundigen en de mensen om wie het gaat.

Om digitale inclusie binnen zorg en welzijn te bevorderen begon ADS met het opzetten van vier proeftuinen: bestaande netwerken van zorg- en welzijnspartijen, gemeenten, bibliotheken en ervaringsdeskundigen die samenwerken aan praktische oplossingen voor toegankelijke digitale zorg en ondersteuning, met aandacht voor wat mensen nodig hebben om digitale zorg te vinden, begrijpen en gebruiken. In elke proeftuin zijn oplossingen ontwikkeld en getest om erachter te komen hoe we ervoor kunnen zorgen dat niemand buiten de boot valt - ook niet als digitale vaardigheden ontbreken - en dat juist ook zij profijt hebben van digitale toepassingen in zorg en welzijn.

De blauwdruk is een levend document en wordt ook op basis van jullie ervaringen aangepast en verbeterd.



**Zelf aan de slag
of aansluiten
met jouw locatie?**

Neem dan contact op met ADS
door een mail te sturen naar
contact@digitaalsamenleven.nl
of te bellen naar 035 - 203 11 99

Digitale zorg: vooruitgang voor wie?

Alexander Smit
is promovendus aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zijn onderzoek richt zich op digitale uitsluiting van mensen met afstand tot de geletterde samenleving. Hij is betrokken bij vele projecten van de Alliantie Digitaal Samenleven.

Onze gezondheidszorg digitaliseert in hoog tempo: van online afspraken tot patiëntportalen en gezondheidsapps. Deze digitale revolutie belooft gemak en efficiëntie, maar werpt ook een schaduw: een groeiende sociaal-digitale kloof in de zorg. Bijna één op de vijf mensen (12+) in Nederland heeft moeite met digitale zorg, wat betekent dat vele burgers moeite hebben om via digitale middelen hun medische zaken te regelen. Vooral ouderen, mensen met een lage sociaaleconomische status, migranten en anderen met beperkte basisvaardigheden blijven achter. Zo mist 42% van de ouderen een basis van digitale vaardigheden, terwijl juist zij steeds meer zorg behoeven. Met andere woorden: in een land dat vooroploopt in digitalisering dreigen miljoenen mensen de aansluiting te verliezen. Het zijn vaak mensen die al minder middelen en mogelijkheden tot hun beschikking hebben. Digitale ongelijkheid stapelt dus bovenop bestaande sociale ongelijkheid: de digitale kloof kan dus mogelijk resulteren in een zorgkloof.

Zo ontstaat een verborgen klasse van digitaal laag vaardige patiënten, die digitaal onzichtbaar en medisch kwetsbaar zijn. Vaak gedwongen tot digitale inclusie, zonder te vragen wat zij willen. Kinderen en kleinkinderen worden noodgedwongen gidsen, maar afhankelijkheid vreet aan de waardigheid en autonomie. Wanneer zorg tot cursor wordt gereduceerd, verruilen we solidariteit voor inlogdiscipline. De vraag is niet of technologie de zorg kan versnellen, maar wiens hartslag die snelheid bijhoudt. Dat steeds meer essentiële dienstverlening digitaal verloopt, zonder passende hulpstructuren, is zorgwekkend. Mensen die de complexiteit van het (digitale) zorgsysteem niet aankunnen, belanden

vaker op de spoedeisende hulp of in het ziekenhuis. Frustratie en machteloosheid bij patiënten leiden tot verminderde gezondheidsuitkomsten en vergroten de kloof tussen wie wel en niet mee kan komen. Ironisch genoeg kan tech-optimisme de gezondheidszorg minder rechtvaardig maken: digitale innovaties om zorg efficiënter te maken, dreigen een nieuwe drempel op te werpen voor de meest kansarmen, of verhogen bestaande drempels tot toegankelijke digitale zorg.

Om dit tegen te gaan, moeten digitale toegankelijkheid en steun geen bijzaak, maar een kerntaak van ons zorgsysteem worden. Op dit moment vangen bibliotheken en vrijwilligersorganisaties deels de klappen op: er zijn inmiddels honderden Informatiepunten Digitale Overheid in bibliotheken ingericht, en initiatieven zoals (digi)Taalhuizen, DigiVitaler-cursussen, en de Helpdesk Digitale Zorg en de DigiHulplijn proberen mensen wegwijs te maken. Deze inspanningen zijn waardevol, maar bereiken lang niet iedereen die hulp nodig heeft. Niet iedereen met beperkte basisvaardigheden vindt vanzelf de weg naar een cursus of hulplijn. De uitdaging is om digitale inclusie structureel in te bedden: door bijvoorbeeld gebruiksvriendelijkheid van medische websites en apps te verbeteren, alternatieve (analoge) loketten open te houden en proactief patiënten met beperkte digitale vaardigheden op te sporen en te ondersteunen. Toegankelijke digitale zorg is immers geen luxe, maar een basisvoorwaarde in een rechtvaardige samenleving. Pas wanneer iedereen, jong of oud, theoretisch- of praktisch opgeleid, volwaardig kan meedoen, lost de belofte van digitalisering haar paradox op en wordt digitale zorg daadwerkelijk een vooruitgang voor iedereen.

Leeswijzer

De blauwdruk is modulair opgebouwd. Dat betekent dat je kunt kiezen welke onderdelen voor jou - en je netwerk - relevant zijn. Sommige stappen heb je misschien al gezet voordat je met deze blauwdruk aan de slag ging, andere zijn nieuw. We hebben de stappen in een logische volgorde geplaatst, bedoeld voor iemand die aan het begin van zijn project staat. Dit betekent niet dat dit de enige goede volgorde is - je kunt beginnen waar voor jou de meeste energie of urgentie zit.

Hoofdstuk 1

Inventariseren en toekomst bepalen

In [hoofdstuk 1](#) staan drie stappen centraal: inventariseren wat er al is (gedaan), de gewenste toekomst bepalen en bepalen waar je nu als projectgroep, organisatie of netwerk staat. De bijbehorende werkvormen helpen je om over je eigen organisatie heen en voorbij de dagelijkse praktijk te kijken. Want echte verandering begint met het doorbreken van bestaande patronen.

Hoofdstuk 2

Vier uitdagingen

In [hoofdstuk 2](#) vind je vier uitdagingen die naar voren kwamen uit de proeftuinen. Hoewel elke proeftuin met een eigen vraagstuk aan de slag ging, bleken deze uitdagingen vrijwel overal te spelen. Je kunt zelf kiezen met welke uitdaging je aan de slag gaat en in welke volgorde. Gebruik ze als kapstok om het gesprek te voeren, nieuwe inzichten op te doen en samen tot oplossingen te komen.

Intermezzo's

In deze blauwdruk vind je drie intermezzo's: korte teksten die zijn ontstaan door intensief, domeinoverstijgend te werken, aangevuld met blikken van buiten. In deze intermezzo's lees je een ander perspectief: hoe onderzoekers of beleidsmakers naar een thema kijken, welke vijf onderwerpen centraal staan in digitale zorg en hoe het speelveld van digitalisering in de zorg eruit ziet. De gekleurde tussenbladen helpen je om anders te kijken, nieuwe verbanden te zien en bieden verdieping voor het vraagstuk dat voor je ligt.





Rotterdam

Businesscase Schakelpunt Kelly

Als coördinator van het Netwerk Digitale Inclusie houdt Kelly Oostlander zich al langere tijd bezig met digitaal meedoen. Toen ze in het najaar van 2024 door de Alliantie Digitaal Samenleven werd benaderd om deel te nemen aan de proeftuin Blauwdruk Zorg zag ze meteen de meerwaarde van het project. Kelly: “De problemen rondom digitalisering van de zorg zijn overal in Nederland hetzelfde.”

Het Netwerk Digitale Inclusie is actief in Rotterdam. Eén van de projecten waar het netwerk mee bezig is, is het oprichten van het Schakelpunt. Kelly vertelt: “Met het Schakelpunt willen we vraag en aanbod rondom digitale hulp samenbrengen vanuit de behoefte van de inwoner, onafhankelijk van de branche. Wij zijn de voordeur en wij verbinden door naar de juiste organisatie. Om dit te laten werken, willen we aansluiten bij werkwijzen en systemen van organisaties. Alleen in de zorg heb je dan al te maken met tientallen systemen.”

Dat vraagt om een sterke basis. Kelly: “Na de nodige voorbereiding en afstemming met verwijzers en partners zijn we op 1 juli begonnen met de eerste samenwerkingen. Ons doel is om daarna steeds nieuwe partners te verbinden, zodat we vanaf 1 september voor iedereen in Rotterdam bereikbaar zijn. Wat we hier leren, kunnen we straks toevoegen aan de blauwdruk voor de rest van Nederland.”

Streven naar continuïteit

Met de proeftuin heeft Kelly verschillende werksessies doorlopen, zowel landelijk als lokaal. Hoe heeft ze deze ervaren? Ze vertelt: “Wat me opviel was het enthousiasme van iedereen die betrokken is. We willen allemaal de cirkel doorbreken, maar zorgmedewerkers hebben daar vaak niet de tijd voor. Ik hoop dat we, door het hulpaanbod op een centrale plek te verzamelen, zowel de zorgverleners als zorgvragers kunnen helpen.”

Continuïteit is een belangrijk thema voor Kelly. Ze vervolgt: “Momenteel werken we vaak in projecten. Maar het doel is dat oplossingen blijvend zijn. Daarvoor is draagvlak nodig, maar vooral ook doorlopende financiering. Voor de blauwdruk onderzoeken we daarom wat een doorverwijzing oplevert. Als het lukt om daar een businesscase onder te leggen – commercieel of maatschappelijk – kunnen we het schakelpunt hopelijk structureel waarborgen.”

Welke les uit de proeftuin is Kelly bijgebleven? Ze sluit af: “Doordat ik zelf het project al langer voor ogen heb, wil ik nog weleens sneller gaan dan haalbaar is. Soms moet je echter drie stappen terug om er één vooruit te zetten. Ik heb geleerd om af en toe te vertragen. Dat is lastig omdat ik graag snel resultaten zie. Maar het leidt vaak wel tot nieuwe kansen en verbeteringen.”

“We willen allemaal de cirkel doorbreken”



De Eenvoudmaker Sjef

De proeftuin rondom digitale zorg en welzijn kwam voor projectleider Sjef Kuijsters op het juiste moment. In 2023 en 2024 was Breda koplopergemeente in het ADS-project 'Lokale Aanpak Digitale Inclusie' en als proeftuin kon het harde werken worden voortgezet. Ook hier zijn de methode en het netwerk van Stichting Huh? Wat bedoelt u? namelijk goed toepasbaar. Sjef: "We willen Huh-meldingen omzetten in structurele oplossingen."

Met de deelname aan de proeftuin wil Sjef de focus leggen op het verbeteren van de bestaande werkwijze. Hij vertelt: "We bereiken daar al veel goede dingen mee, maar het kan altijd beter. We willen meldingen bijvoorbeeld systematischer aanpakken en ons meer richten op eigenaarschap."

Onder begeleiding van de Alliantie Digitaal Samenleven vonden er in de afgelopen maanden al diverse sessies plaats. Sjef vertelt hoe hij deze heeft ervaren: "Dat was superverhelderend. Je krijgt de kans om boven je eigen materie te hangen en breder te kijken dan het hier en nu. Dankzij de gestructureerde aanpak hebben we veel nieuwe inzichten opgedaan die we direct konden toepassen."

Netwerk op papier

Een van de lessen die Sjef meeneemt, gaat over het belang van het lokale netwerk. Hij vertelt: "Je hebt wel in je hoofd hoe je

netwerk eruit ziet, maar als je het op papier zet krijg je meer inzicht. Dat is waardevol. Tijdens de werksessie met het hele netwerk keken we bijvoorbeeld wie welke rol heeft en hoe je die beter kan inzetten. Partijen zijn niet altijd logisch met elkaar verbonden als je kijkt vanuit beleid, maar als je de logica van het bestaande netwerk volgt, zie je dat oplossingen vanzelf komen."

Een andere les is dat de aanpak soms nóg praktischer moet om deze breed toe te kunnen passen. Sjef vervolgt: "We waren al gericht op doen, maar het kan nog steeds beter. Korte, behapbare acties die snel resultaat boeken, helpen om mensen enthousiast te maken. Vanuit dat enthousiasme kun je verdere stappen zetten. Zo komen organisaties in de actie-leerstand."

Sjef hoopt dan ook dat organisaties aan de hand van de blauwdruk acties kunnen kiezen waarmee ze direct verbetering behalen.

Hij sluit af: "In plaats van zelf dingen opnieuw bedenken, kan het netwerk zijn eigen acties uitvoeren. Zo lossen ze onbegrijpelijke zaken waar mensen tegenaan lopen sneller op. Op die manier ontstaat een beweging, die weer andere dingen in gang zet."

“Breng je netwerk in kaart om inzicht te krijgen in invloedssferen”



Groningen

De Bibliotheek en zorg in verbinding Manon

De lokale bibliotheek speelt een steeds grotere rol in digitale inclusie. Zo ook in Groningen, waar Manon de Velde Harsenhorst namens Biblionet Groningen projectleider is van de proeftuin. Vanuit het thema positieve gezondheid doet de provincie al veel aan het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Manon: “We zien dit niet als los project, maar als een langdurige aanpak die we blijven ontwikkelen.”

Biblionet Groningen is begin dit jaar van start gegaan met de proeftuin. Daarbij was de hoofdvraag: 'Hoe kunnen we als bibliotheek de hulpstructuur rondom de zorg ondersteunen en verstevigen? Manon vertelt: “Voor ons kwam dat voor een deel neer op het informeren van zorgprofessionals. De afgelopen maanden hebben we daarom presentaties gehouden voor zo’n zeventig praktijkondersteuners van huisartsen in de omgeving.”

Tijdens die sessies stonden twee doelen centraal: zorgprofessionals informeren over het bestaande bibliotheekaanbod op het gebied van digitale vaardigheden en hun behoeftes ophalen in een samenwerking tussen de bibliotheek en de zorg. Manon: “Dit leerde me onder andere dat er veel verschillen zijn in de aanpak van digitale zorg tussen praktijken. En dat de zorgsector en de bibliotheek heel anders werken en denken. Dat vereist flexibiliteit.”

De sessies leverden al veel op. Manon vervolgt: “We hebben veel bereikt qua bewustwording. Daardoor zien huisartsenpraktijken de bibliotheek nu eerder als samenwerkingspartner én als mogelijke hulpstructuur rondom de zorg. Het komende half jaar willen we daarom nog intensiever gaan samenwerken, bijvoorbeeld door een Informatiepunt Digitale Overheid in te richten bij de huisartsenpraktijken die meedoen aan de proeftuin.”

Grotere ambities

Onlangs vond in Hoogezand een co-creatiesessie plaats, waar een groot aantal organisaties bij aanwezig was. Manon: “Van partijen die heel lokaal werken, zoals een computerbank, tot provinciale samenwerkingspartners: we zaten samen met allerlei niveaus. Het was mooi om te ervaren hoe al die mensen in een ruimte samenkomen om het over dit onderwerp te hebben. Dat levert waardevolle lessen op.”

Waar het doel in het begin was om de proeftuin kleinschalig te houden, is die ambitie het afgelopen jaar veranderd. Manon licht toe: “We wilden het eerst lokaal aanpakken, zodat we het daarna breder konden trekken. Maar in deze eerste maanden merkten we hoe enorm dit onderwerp leeft in de provincie. De kans om samen te werken met de Rijksuniversiteit Groningen, ziekenhuizen en provinciale (zorg)organisaties konden we niet laten liggen. Samen bereiken we meer.”

“De grote verschillen in digitale zorg vereisen flexibiliteit”



Vlaardingen

Thuismonitoring Antoinet en Toer

Antoinet Smallegange is namens Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL) al 13 jaar bezig met het thema gezondheidsvaardigheden. Digitalisering speelt daar een steeds grotere rol in. Toer Schaffer werkt voor het programmabureau van het 'Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord' (RIGA), een samenwerkingsverband in de regio Westland Schieland Delfland dat uit meer dan 60 organisaties bestaat. Sinds een half jaar trekken ze samen op in de digitale transformatie.

Vanuit haar werk ziet Antoinet al jarenlang wat beperkte gezondheidsvaardigheden voor gevolgen kunnen hebben. Ze vertelt: “Bij patiënten kan digitale zorg onzekerheid, angst en stress oproepen. Dat creëert ongelijkheid in hun toegang tot zorg. Bovendien worden patiënten soms uitgesloten van digitale zorg. Niet omdat ze het zelf niet willen, maar omdat zorgverleners aannemen dat ze het niet kunnen.”

Daar zit meteen een deel van het probleem. Toer legt uit: “Zorgverleners zijn zelf ook niet altijd digitaal vaardig. Daarnaast bouwen leveranciers hun techniek voor de 80% die wel meekomt. Terwijl juist bij de andere 20% gezondheidsvoordeel te behalen is. Hier zit bovendien een denkfout: wat prettig is voor mensen met weinig digitale vaardigheden – denk aan duidelijke knoppen, eenvoudige taal en logische menu's – is namelijk prettig voor iedereen.”

Patiënt centraal

Dat de drempels die patiënten ervaren soms hoog zijn, bleek tijdens een werksessie. Antoinet: “Een oudere dame gaf aan: ‘Als ik het zo moet doen, dan ga ik liever dood.’ En ze is niet de enige die er zo over denkt. Maar toen ze zag hoeveel hulp er is, wilde ze wel meedoen. Het tegenstrijdige is dat ze elke dag de krant las in de bibliotheek, op een paar meter afstand van het IDO. Toch voelde ze te veel schaamte om zelf om hulp te vragen.”

Voor de blauwdruk hopen Antoinet en Toer daarom dat patiënten centraal staan. Toer: “De oplossingen moeten niet uit managementkamers komen. Zelfs niet alleen vanuit zorgverleners. Juist het contact met de zorggebruikers levert namelijk verrassende en interessante inzichten op. Om impact te maken in heel Nederland, hebben we alle perspectieven nodig.”

De pilot is een uitgelezen kans om hier een basis voor te leggen. Antoinet sluit af: “Als we digitale ondersteuning in de regio scherper neerzetten, kunnen we straks makkelijker opschalen. Ook is het belangrijk dat we het zo praktisch mogelijk maken. Als een zorgverlener niet meteen iets doet, verandert er niets. We willen dat ze denken: hier kan ik morgen mee aan de slag.”

“Het is zaak om drempels voor digitale zorg te verlagen”

Blik van buiten

De lessen van Pharos

Isabelle Konst en Thea Duijnhoven zijn adviseur en projectleider bij Pharos. Ze werkten in verschillende projecten aan toegankelijke digitale zorg en welzijn.

Het is belangrijk om vanaf het begin van een project samen te werken met de mensen om wie het gaat, zij weten immers het beste wat er speelt. Doe je dit niet, dan loop je het risico dat oplossingen niet goed aansluiten. Er is namelijk een ondervertegenwoordiging van mensen in kwetsbare posities in onderzoek en ontwikkeling van beleid, terwijl het om een groot deel van onze samenleving gaat. Onvoldoende aansluiten bij hun behoeften draagt bij aan het vergroten van gezondheidsverschillen.

Het is belangrijk dat je deze samenwerking insteekt vanuit drie belangrijke kernwaarden: gebaseerd op vertrouwen, wederkerigheid en gelijkwaardigheid. Deze kernwaarden sluiten aan bij de aanpak inclusieve co-creatie van Pharos.

1. Nodig mensen persoonlijk uit, bijvoorbeeld via een warm contact. Denk goed na over de meerwaarde voor alle deelnemers, zodat we niet alleen halen, maar ook brengen en een gezamenlijk doel hebben. Dat zorgt voor wederkerigheid. In sessies wil je bijvoorbeeld informatie ophalen, maar door bijvoorbeeld te vertellen over nieuwe (regionale) ontwikkelingen, is er ook iets te halen voor de aanwezigen.
2. Zorg voor een veilige sfeer, neem de tijd om elkaar te leren kennen met een introductie: waar hebben we het vandaag over met elkaar? Bespreek de woorden die jullie gebruiken. Bijvoorbeeld: wat we verstaan onder digitale zorg. Zeker als je met meerdere mensen met verschillende expertise en achtergrond aan tafel zit, is het van belang een gezamenlijk startpunt te hebben.

3. Koppel terug wat er met de input van de deelnemers is gebeurd. Gelijkwaardigheid brengt met zich mee dat alle vormen van kennis even zwaar wegen en dat iedereen meegenomen wordt in het proces naar het mogelijke eindproduct. Maar laat het ook tot uiting komen in een passende beloning voor de tijd en inspanning van mensen die niet vanuit een betaalde functie aanwezig zijn geweest.

Van een projectleider vergt het extra inspanningen om ervoor te zorgen dat iedereen kan meedoen. Dat betekent bijvoorbeeld zorgen voor een werkvorm waarbij niet geschreven hoeft te worden zodat ook mensen die moeite hebben met lezen en schrijven hun ideeën kunnen delen, of extra toelichting geven om ervoor te zorgen dat iedereen een gezamenlijke taal spreekt en zich veilig voelt bij elkaar. Dit soort investeringen zorgen voor een zorgvuldig, verrijkt proces en in een goede samenwerking is het proces net zo belangrijk als de uitkomst.

Hoofdstuk 1

Kennis inventariseren en toekomst bepalen

- Aan de slag
- Fase 1: Inventariseren
- Fase 2: Toekomst bepalen
- Wat heb je tot nu toe gedaan?



Hoofdstuk 1

In dit hoofdstuk sta je stil bij de kennis en ervaringen die al aanwezig zijn in jouw project of netwerk. Je onderzoekt welke rode draden er lopen tussen jouw eigen initiatief en andere vergelijkbare projecten. Je brengt in kaart hoe jouw netwerk precies in elkaar zit: wie speelt welke rol, waar zitten verbindingen en waar liggen kansen om samen verder te bouwen. Je kijkt ook met een bredere blik naar het veld. Welke ontwikkelingen spelen er onder de oppervlakte? Met welke trends krijg je te maken? Welke ontwikkelingen zijn relevant voor jouw project/netwerk?

De eerste essentiële stap, vóórdat je de groep bij elkaar brengt, is het individueel invullen van *het projectcanvas* vanuit jouw eigen expertise. Dit persoonlijke startpunt is cruciaal; het vormt de basis van waaruit je de rest van het project zult aanscherpen.

[NAAR HET PROJECTCANVAS](#)

Je kunt deze verkenning fysiek doen met je projectteam en partners, maar ook online – via de speciaal ingerichte Miro-omgeving. We moedigen je aan om fysiek bij elkaar te komen. De werkvormen zijn erop gericht om je met een frisse blik naar je eigen situatie te laten kijken en om actief van elkaar te leren.

Het is belangrijk om vanaf het begin verbinding te zoeken met andere sectoren en partners. Denk hierbij aan de koppeling tussen zorg- en hulpaanbod, bijvoorbeeld eerstelijnszorg, het buurthuis, Welzijn op Recept en de bibliotheek. Een ander voorbeeld is samenwerking tussen publieke en private partijen, bijvoorbeeld telecombedrijven, telefoonwinkels, zorgverzekeraars en gemeente. Neem de tijd om een gemotiveerde groep samen te stellen waarmee je dit traject gezamenlijk kunt doorlopen.



MIRO

Miro is een online omgeving die gezamenlijk werken en brainstormen gemakkelijk maakt. De omgeving waarin jij nu gaat werken is zo ingericht dat je direct kunt beginnen. Je hoeft alleen nog post-its met jouw (proeftuin)naam te plaatsen en in te vullen met je eigen inzichten en gedachten. Ook vind je in deze omgeving een handleiding voor elke stap.

[NAAR DE MIRO OMGEVING](#)

[DOWNLOAD HANDLEIDING](#)

Aan de slag

Kom met je werkgroep of netwerk samen in een fysieke of online bijeenkomst en doorloop de stappen die hiernaast staan beschreven.

Je werkt in twee fases:

Fase 1 – Inventariseren

Fase 2 – Toekomst bepalen

Je kunt ervoor kiezen om elke week één (online) werksessie te houden, zodat je de stappen over een langere periode spreidt. Of je kunt alles bundelen en twee dagdelen uittrekken om beide fases in één keer te doorlopen.

Stappen checklist:

Fase 1 – Inventarisatie:

- ☐ 1. Reflecteren en rode draden zien
- ☐ 2. Ijsbergmodel
- ☐ 3. Netwerk in kaart

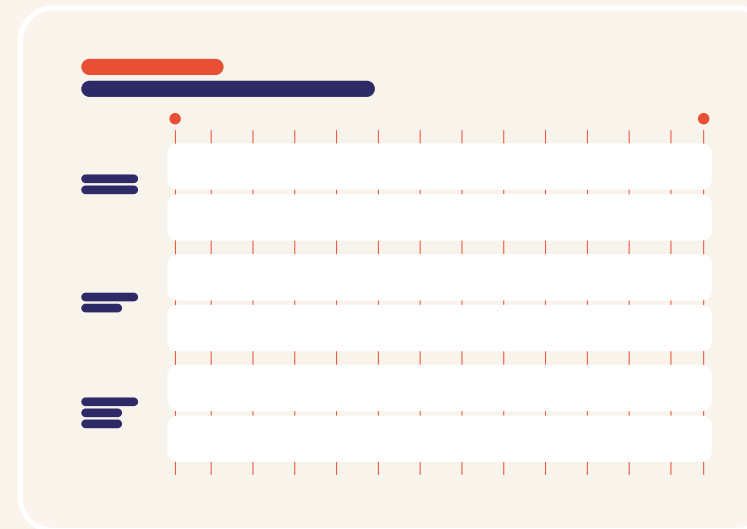
Fase 2 – Toekomst bepalen:

- ☐ 4. Naar buiten kijken en verandering bepalen
- ☐ 5. Ontwerpvraag formuleren
- ☐ 6. Reflecteren en vooruitkijken

Fase 1: Inventariseren

Het speelveld van digitale zorg en welzijn verkennen

In deze eerste fase ga je onderzoeken wat je als projectgroep al weet. We stimuleren je om samen de werkvormen te doorlopen, omdat je zo samen tot nieuwe inzichten komt en elkaars taal leert spreken.

[NAAR DE MIRO OMGEVING](#)[DOWNLOAD HANDLEIDING](#)

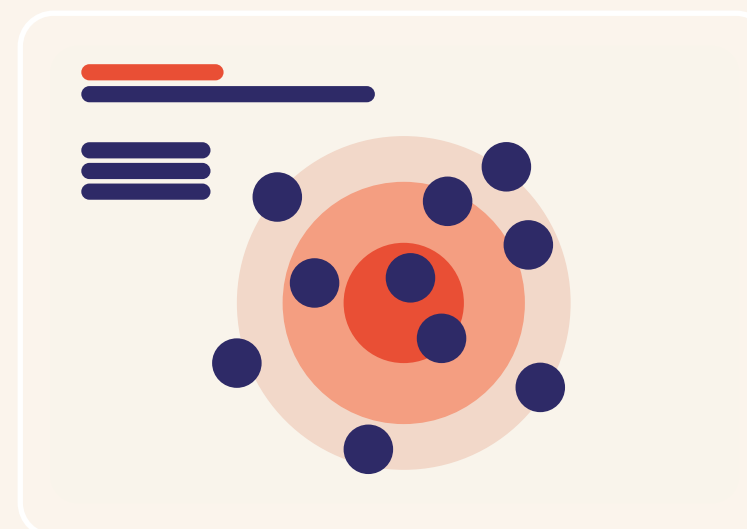
1 Reflecteren en rode draden zien

Je start met het waarderen van wat er al is. Juist door te vertragen en gebeurtenissen op persoonlijk, projectmatig en maatschappelijk niveau naast elkaar te leggen ontstaat een gedeeld beeld van het complexe speelveld van digitale zorg en welzijn. Je verkent het hele systeem voordat jullie op details ingaan. Je herkent patronen, ziet waar het stukt of juist beweegt, en ontdekt dat je vaak meer met elkaar deelt dan je dacht. Het voorkomt ook dat je vanuit aannames gaat bouwen, of oplossingen bedenkt voor een probleem dat al ergens anders is opgelost.



2 Ijsbergmodel

Nu onderzoek je wat er onder de oppervlakte speelt. Veel acties zijn gericht op het zichtbare topje van de ijsberg – de gebeurtenis, daar waar het direct schuurt. Maar om duurzame verandering te creëren, moeten we verder kijken. Welke patronen herken je? Welke structuren, zoals wetten of organisaties, houden dit in stand? En welke diepgewortelde overtuigingen of mentale modellen liggen hieraan ten grondslag? Met het ijsbergmodel ontdek je de ware oorzaken.



3 Netwerk in kaart

Geen enkele grote verandering realiseer je alleen. Daarom is het belangrijk om in kaart te brengen wie er nu al meedoet en wie er nog ontbreekt om je project tot een succes te maken. Deze werkvorm helpt je daarbij. Je verkent je hele netwerk: wie heeft invloed, wie kun je versterken en wie je het beste nog kunt betrekken. Het doel is om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de spelers en hun betrokkenheid.

Ijsbergen

In dit intermezzo lees je vijf verhalen die de gelaagdheid van de problemen rondom digitale inclusie in zorg en welzijn laten zien. We vertellen ze met behulp van het ijsbergmodel, een manier om zichtbaar te maken wat er aan de oppervlakte speelt en wat eronder verborgen ligt. Elk van deze verhalen volgt deze structuur en laat zien hoe mensen vastlopen in de praktijk – en welke patronen, systemen en overtuigingen daarachter schuilgaan.

De ijsbergen zijn samengesteld op basis van verhalen, signalen en ervaringen uit de proeftuinen. In gesprekken met inwoners, bibliotheekmedewerkers, hulpverleners en zorgprofessionals kwamen terugkerende knelpunten en kansen naar voren. Deze inzichten zijn vervolgens verrijkt met uitkomsten van werksessies met ADS en Pharos en verdiept met input van ervaringsdeskundigen en experts.

Het ijsbergmodel

Het ijsbergmodel van David McClelland, afkomstig uit het systeemdenken en -ontwerpen, helpt om voorbij zichtbare gebeurtenissen te kijken. Veel problemen in de digitale zorg lijken op het eerste

gezicht losse incidenten: een gemiste afspraak, een fout in het portaal, iemand die hulp nodig heeft bij het inloggen. Maar onder de oppervlakte liggen diepere patronen, structuren en aannames die gedrag sturen en vaak onbedoeld tot uitsluiting leiden. Met het ijsbergmodel maak je deze onderliggende lagen zichtbaar zodat je erop in kunt spelen. Zo werk je niet aan de symptomen, maar pak je de onderliggende oorzaken aan. Het model onderscheidt vier niveaus van de zichtbare bovenkant tot de onzichtbare diepste laag en nodigt uit tot een bredere blik, meer oog voor samenhang en meer openheid voor andere perspectieven.



De vijf ijsbergen in dit hoofdstuk zijn gekoppeld aan vijf van de zes bouwstenen van ADS. Samen laten ze zien waarom digitale uitsluiting geen individuele situatie of verantwoordelijkheid is, maar het resultaat van hoe systemen, ontwerpkeuzes en gedeelde aannames in elkaar grijpen.

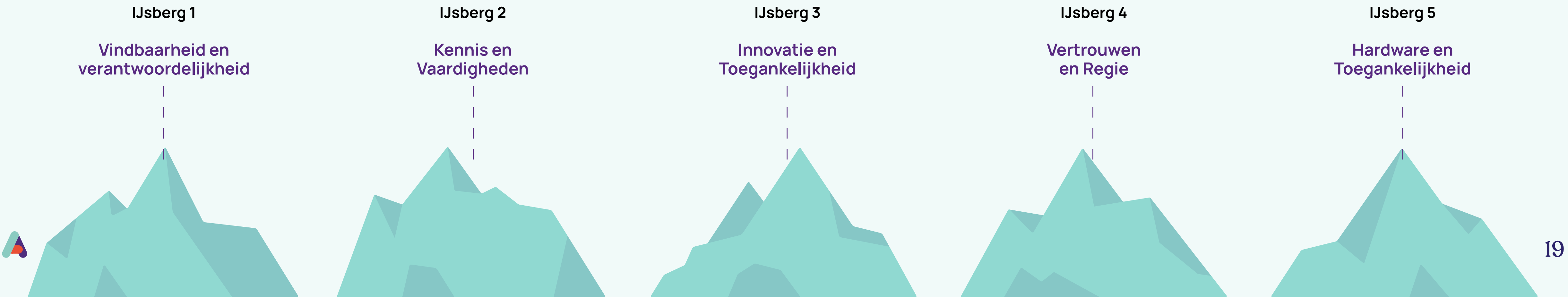
Hoe lees je dit?

Je kunt elke ijsberg afzonderlijk lezen of als onderdeel van het grotere geheel. Ze zijn bedoeld om je blik te verbreden en je te helpen anders te kijken naar situaties waarin mensen vastlopen in digitale zorg en welzijn: als een lens om samen scherper te zien waar ruimte zit voor verandering.

Lees de ijsbergen met jouw rol in gedachten: wat herken je vanuit je eigen praktijk? Welke keuzes maak je in beleid, ontwerp of uitvoering die (onbedoeld) invloed hebben op wat er boven het oppervlak gebeurt? Wat zou er veranderen als je je aandacht op de diepere lagen van patronen, systemen en aannames richt?

De ijsbergen die hieronder staan, zijn het resultaat van specifieke situaties en verhalen. Ze zijn geschreven vanuit het perspectief van de gebruiker en de patronen, structuren en mentale modellen komen daar dus uit voort. Ze zijn niet alomvattend.

Bron:
Het ijsbergmodel is gebaseerd op inzichten uit de systeemtheorie, waarin vraagstukken worden benaderd vanuit meerdere lagen: wat zichtbaar is (gebeurtenissen), wat zich herhaalt (patronen), wat het veroorzaakt (structuren) en wat het in stand houdt (mentale modellen). Dit model is onder andere beschreven door Peter Senge in *The Fifth Discipline* (1990) en verder verdiept door Otto Scharmer in *Theory U* (2009). Ook het werk van Donella Meadows over systeeminterventies en hefboompunten vormt een belangrijke basis voor deze manier van kijken.



IJsberg 1

Vindbaarheid en verantwoordelijkheid

Bouwsteen: Ondersteuningsnetwerk

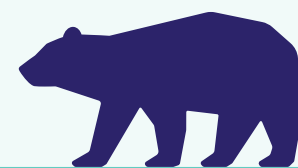
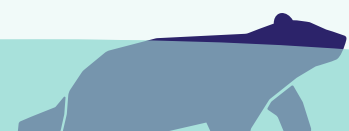
Boven het wateroppervlak:

I Gebeurtenis

Mensen weten niet waar ze naartoe moeten voor hulp

Veel mensen weten niet waar ze terechtkunnen met digitale zorgvragen. Hulpverleners zijn beperkt bevoegd en weten niet altijd waar ze naar door kunnen verwijzen. Door gebrek aan afstemming wordt er vaak verkeerd of niet doorverwezen. Toch proberen medewerkers de patiënt aan de balie zo goed mogelijk te helpen. Zowel patiënten als professionals zoeken naar meer duidelijkheid en structuur.

I



Onder het wateroppervlak:

II Patronen

Het hulpaanbod raakt verzadigd en versnipperd

Het hulpaanbod raakt verzadigd en is versnipperd: initiatieven sluiten niet op elkaar aan, structurele samenwerking ontbreekt en fysieke loketten verdwijnen. Bibliotheken of buurthuizen kunnen dat niet allemaal opvangen. Door deze versnippering verdwalen vooral kwetsbare groepen in het systeem. Zij hebben vaker gezondheidsproblemen en minder toegang tot passende zorg.

Signalen worden niet structureel opgevolgd

Hoewel er genoeg signalen zijn, worden ze niet structureel opgevolgd of opgelost. Hierdoor blijven de bestaande problemen bestaan.

III Structuren en systemen

Gebrek aan mandaat en handhaving

Er is onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor digitale ondersteuning. Wetgeving biedt weinig houvast en de verantwoordelijkheid belandt in de huidige situatie vaak bij partijen zonder mandaat. Private aanbieders hoeven bovendien geen fysiek alternatief te bieden en leveranciers zien ondersteuning zelden als onderdeel van hun rol. Lokale netwerken zoals bibliotheken en welzijnsinstellingen bieden toegankelijkheid en ondersteuning, maar zijn onvoldoende ingebed in landelijke afspraken of digitale zorgketens.

Eigen IT-systemen en eigen taal

De samenwerking op digitalisering tussen verschillende domeinen is onvoldoende. Elk domein werkt met eigen logica, geografische indelingen, processen, middelen, technologie en taal. Dat zorgt voor stroeve samenwerking in de dagelijkse praktijk.

Korte termijn-financiering

Iedereen zoekt zijn eigen oplossing, maar lokale initiatieven lopen vaak vast door gebrek aan samenwerking, overzicht en continuïteit. Door tijdelijke en versnipperde financiering verdwijnen veel projecten zodra het geld op is, wat funest is voor continuïteit en duurzaamheid.

IV Mentaal model

“Ik hoor er blijkbaar niet bij.”

Als systemen ondoorzichtig zijn en hulp moeilijk te vinden is, ontstaat het gevoel dat de zorgwereld niet voor jou bedoeld is. Mensen voelen zich buitengesloten.

II

III

IV



IJsberg 2

Kennis en Vaardigheden

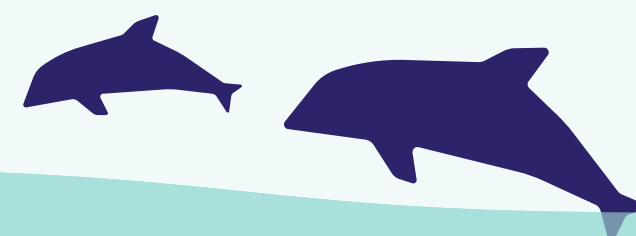
Bouwsteen: Digitale vaardigheden

Boven het wateroppervlak:

I Gebeurtenis

Mensen nemen geen zorg af door gebrek aan digitale vaardigheden

Sommige mensen beschikken niet over de digitale vaardigheden die nodig zijn om zorg online te regelen. Inloggen, portalen en formulieren zorgen voor zoveel stress dat zorg wordt gemeden. Schaamte en het ontbreken van passende hulp versterken dit. Zorgverleners hebben vaak geen tijd of kennis om te ondersteunen en hulpverleners weten niet altijd hoe ze moeten omgaan met complexe zorgvragen. Het gevolg: uitval, gemiste afspraken en toenemende ongelijkheid in toegang tot zorg.



Onder het wateroppervlak:

II Patronen

Zelfredzaamheid als aanname

Door schaarste in de zorg wordt een beroep gedaan op snellere digitalisering en wordt steeds meer zelfredzaamheid van burgers verwacht. Hulp is er wel, maar is soms lastig vindbaar en vaak pas beschikbaar na een duidelijke hulpvraag – terwijl die vraag soms ook al moeilijk te formuleren is.

Professionals tussen zorg en systeem

Digitale administratie wordt zelden erkend als zorg, terwijl het wel een steeds groter deel van de beschikbare tijd in beslag neemt. De tijd is al schaars en bovendien zijn digitale ontwikkelingen ook voor zorgpersoneel soms niet bij te benen. Gebrek aan digitale vaardigheden bij patiënten leidt bovendien tot extra werk, omdat zorgmedewerkers de fouten moeten herstellen.

Digitalisering als norm

De zorg digitaliseert snel, vaak gedreven door het streven naar efficiëntie. Mensen die niet meekomen, lopen het risico buiten beeld te raken waardoor ze mogelijk niet de behandeling ontvangen die ze nodig hebben.

III Structuren en systemen

Geen regelgeving of standaarden over digitale vaardigheden in zorg en welzijn
Zorgplatformen, beleid en ondersteuning verschillen sterk per organisatie of gemeente; een landelijke lijn ontbreekt. Er zijn ook geen standaarden voor digitale vaardigheden en het is in opleidingen en organisaties vaak geen structureel onderdeel van professionele ontwikkeling. De verantwoordelijkheid om mee te komen, ligt nu vooral bij patiënten en zorgverleners zelf. Ook zijn hulpstructuren zoals bibliotheken en buurthuizen nog onvoldoende verbonden met het zorgsysteem.

IV Mentaal model

“Ik hoor er blijkbaar niet bij.”

Als systemen ondoorzichtig zijn en hulp moeilijk te vinden is, ontstaat het gevoel dat de zorgwereld niet voor jou bedoeld is. Mensen voelen zich buitengesloten.

II

III

IV



IJsberg 3

Innovatie en Toegankelijkheid

Bouwsteen: De mens centraal

Boven het wateroppervlak:

I Gebeurtenis

Digitale zorg innoveert snel, maar sluit daardoor mensen uit.

Elke zorgaanbieder ontwikkelt eigen systemen, zonder afstemming of gezamenlijk ontwerp. Hierdoor wordt de zorg complex en kunnen patiënten en zorgverleners de veelheid aan zorgsystemen niet goed doorgronden.

I

Onder het wateroppervlak:

II Patronen & trends

Zorgparadox

In de zorg zien we een groeiende paradox: wie de meeste zorg nodig heeft, wordt het minst bereikt. Kwetsbare groepen ervaren meer gezondheidsproblemen, maar ervaren ook meer drempels naar passende zorg. Gezondere en digitaal vaardige mensen vinden makkelijker hun weg. Zo groeit de kloof, ondanks het principe van gelijke toegang.

Fragmentatie door marktwerking

Veel technologie-ontwikkelaars bouwen systemen zonder afstemming op elkaar of op de zorgpraktijk. Concurrentie en eigenbelang leiden tot een wildgroei aan systemen, zonder ketendenken of interoperabiliteit.

Tijdens de ontwikkeling worden niet alle gebruikers meegenomen

Digitale toepassingen worden zelden ontworpen met minder vaardige gebruikers in gedachten, laat staan dat zij betrokken worden. Ontwikkelingen worden vaak geïnitieerd door leveranciers, los van zorgorganisaties en de praktijk van de gebruikers.

Digitale systemen raken meer met elkaar verweven

Digitale systemen raken steeds meer verweven en vragen vergelijkbare vaardigheden, zoals werken met DigiD. Voor wie al moeite heeft met één systeem, maakt dit de drempel alleen maar hoger. Inloggen en verificatie vragen steeds dezelfde vaardigheden – wie een systeem lastig vindt, haakt sneller af bij het volgende.

III Structuren en systemen

Gebrek aan regie of standaardisatie

Er ontbreekt een landelijke koers voor digitale zorg. Systemen sluiten niet op elkaar aan, standaarden ontbreken en privacywetgeving wordt vaak te strikt geïnterpreteerd.

Innovatie zonder doorontwikkeling

Subsidies en investeringen in zorginnovatie richten zich vooral op nieuwe toepassingen, waarbij onvoldoende oog is voor wat er al is. Daardoor is er geen borging en samenwerking, en blijft het lerend vermogen achter.

Fragmentatie in data en systemen

Patiëntgegevens en systemen zijn versnipperd door het ontbreken van verplichte standaarden. Dit leidt tot fragmentatie en complexiteit. Strikte interpretatie van privacywetgeving belemmert daarnaast oplossingen die juist zouden kunnen helpen.

IV Mentaal model

“Het is niet voor mensen zoals ik.”

Als innovaties niet samen met gebruikers worden ontwikkeld, voelen deze afstandelijk en onpersoonlijk. Mensen herkennen zichzelf er niet in en voelen zich buitengesloten.

II

III

IV



Ijsberg 4

Vertrouwen en Regie

Bouwsteen: Bewustzijn en motivatie

Boven het wateroppervlak:

I Gebeurtenis

Mensen verliezen vertrouwen in de zorg

Steeds meer patiënten haken af in digitale zorgprocessen. Inloggen lukt niet, hulp blijft uit en fysieke alternatieven ontbreken. Hulp via naasten is niet voor iedereen beschikbaar of wenselijk. Machtigen is ingewikkeld en soms zelfs onmogelijk. Dit alles tast het gevoel van regie aan en vergroot gevoelens van wantrouwen en uitsluiting.

I



Onder het wateroppervlak:

II Patronen & trends

Wantrouwen groeit

Negatief nieuws, schandalen en bezuinigingen versterken het wantrouwen in digitale systemen – vooral onder groepen in een kwetsbare positie.

Minder maatwerk, meer standaardisatie

Zorg wordt gestandaardiseerd en eenzijdig aangeboden. Mensen met complexe hulpvragen vallen sneller buiten de boot.

Geitenpaadjes als symptoom van uitsluiting

Digitale zorg is vaak ontworpen voor de 'gemiddelde gebruiker'. Voor anderen zijn er omwegen. Dit geeft mensen het gevoel minderwaardig te zijn.

Verlies van de menselijke maat

Digitalisering verkleint de ruimte voor persoonlijke aandacht, sensitiviteit en wederzijds vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt.

Veiligheid boven toegankelijkheid

De veiligheid van patiëntgegevens is een belangrijk aandachtspunt in de digitale zorg. Daardoor krijgt toegankelijkheid vaak minder prioriteit. Zo kunnen complexe inlogmethodes belangrijk zijn voor de veiligheid, maar extra drempels opwerpen voor patiënten.

III Structuren en systemen

Privatisering zonder borging van inclusie

Structurele ondersteuning is ondergefinancierd en mist landelijke regie. Door politieke keuzes is de zorg verder geprivatiseerd, terwijl structurele ondersteuning – lokaal en landelijk – onvoldoende prioriteit en financiering krijgt. Hierdoor is digitale zorg die inclusief is niet goed geborgd.

Beleidsfocus op risico en juridische zekerheid

Beleid is vooral gericht op risicobeheersing en juridische veiligheid, terwijl toegankelijkheid en menselijkheid onder druk staan.

IV Mentaal model

“Ik red me wel zonder zorg.” -

“Ik doe er niet toe.”

Door een gebrek aan vertrouwen en het gevoel niet gehoord te worden, kiezen sommige mensen ervoor om zorg te vermijden – ook als dat ten koste gaat van hun gezondheid.

II

III

IV

Ijsberg 5

Hardware en toegankelijkheid

Bouwsteen: Toegang tot apparaten en internet

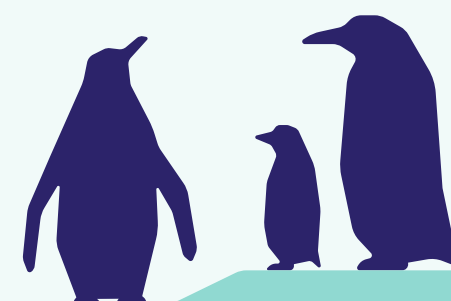
Boven het wateroppervlak:

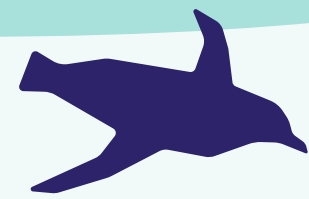
I Gebeurtenis

Mensen hebben niet de juiste apparaten of internet om van zorg gebruik te maken

Sommige mensen hebben geen internet thuis, of beschikken over verouderde apparaten waardoor zij geen gebruik kunnen maken van digitale zorg. Tweestapsverificatie vereist zelfs twee up to date apparaten, wat de drempel nog groter maakt. Hierdoor kunnen deze patiënten digitaal geen afspraak maken, (herhaal) recepten aanvragen of hun dossiers inzien.

I





Onder het wateroppervlak:

II Patronen & trends

Toenemende digitale afhankelijkheid vergroot ongelijkheid

Digitale zorgtoepassingen werken vaak niet op oudere apparaten. De verwachting is dat mensen moderne middelen hebben om gebruik te kunnen maken van zorg op afstand. Dit sluit kwetsbare groepen uit. Ontwikkelaars houden in hardware bovendien nog onvoldoende rekening met fysieke of verstandelijke beperkingen, wat leidt tot digitale uitsluiting door ontwerp.

Digitale uitsluiting leidt tot zorgmijding en verhoogde gezondheidsrisico's.

Doordat mensen geen toegang hebben tot digitale zorg, blijven klachten langer bestaan of verergeren ze. Dit vergroot niet alleen de gezondheidsrisico's voor henzelf, maar zorgt ook voor zwaardere belasting van het zorgsysteem op de lange termijn. De gevolgen van deze uitsluiting zijn dus niet alleen individueel, maar ook maatschappelijk.

III Structuren en systemen

Geen landelijke regelingen voor lage inkomens

Er is geen landelijke regeling die mensen met een laag inkomen structureel toegang geeft tot geschikte apparaten en stabiel internet. Zij zijn hiervoor nu afhankelijk van maatschappelijke initiatieven. Richtlijnen voor geschikte hardware ontbreken en digitale zorgtoepassingen werken niet altijd op alle apparaten. Inclusie wordt vaak als vanzelfsprekend gezien, terwijl samenwerking tussen de zorg- en tech-sector ontbreekt. Toegankelijke plekken met internet zijn beperkt en vaak alleen tijdens kantooruren open, los van dat de veiligheid ervan te wensen overlaat.

IV Mentaal model

“Iedereen om me heen heeft wel een smartphone, dus ik schaam me als ik er geen heb of er niet mee overweg kan.”

Het gevoel van sociale druk en de impliciete norm dat digitale apparaten vanzelfsprekend zijn, in combinatie met het gebrek aan toegang tot geschikte middelen, zorgt ervoor dat mensen afhaken.

II

III

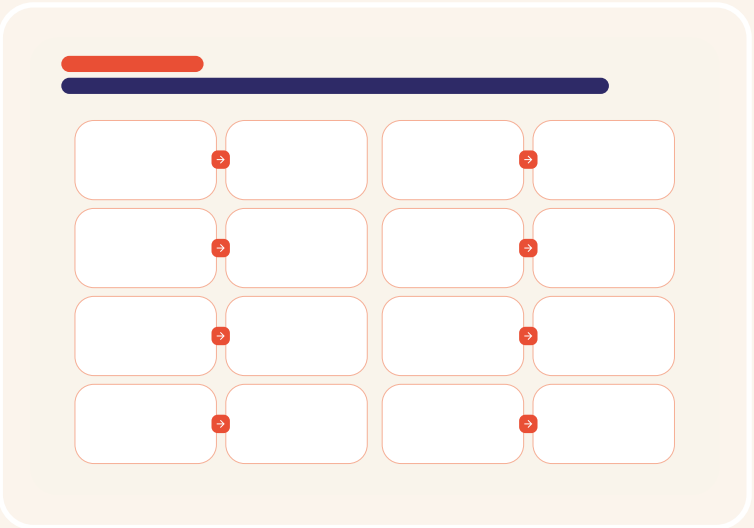
IV

Fase 2: Toekomst bepalen

In deze tweede fase kijk je naar buiten en naar de toekomst. Welke trends en ontwikkelingen zie je al enkele jaren en welke zullen zich naar verwachting blijven ontwikkelen? En als je die in gedachten houdt, waar wil je dan naartoe bewegen? Daar sta je in de werkvormen hieronder bij stil.

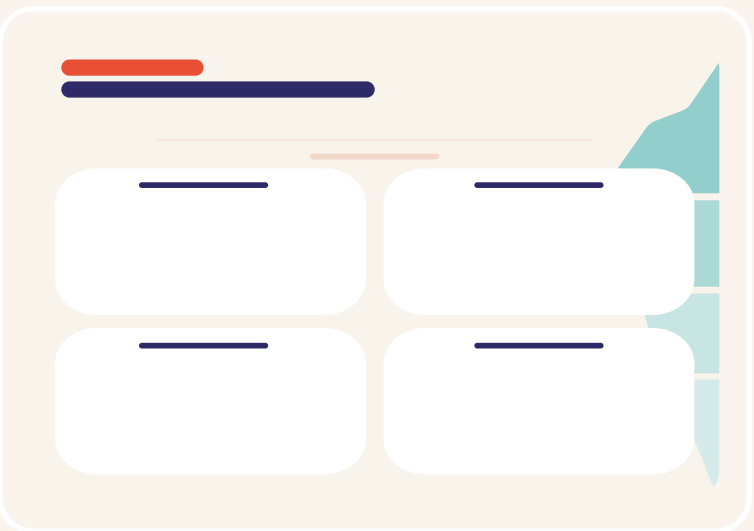
↗ NAAR DE MIRO OMGEVING

↓ DOWNLOAD HANDLEIDING



4 Naar buiten kijken en verandering bepalen

Deze werkvorm richt zich op toekomst-verkenning. Samen onderzoek je welke trends relevant zijn. Onderscheid technologische, sociale en maat-schappelijke trends. Daarna formuleer je zogenoemde *'van-naar'-bewegingen*. Die maken de verandering concreet. Ze helpen om de grote lijn zichtbaar te maken en om te laten zien wat dat betekent in de praktijk van alledag. Ben je nog op zoek naar meer inspiratie? Kijk dan naar ons [webinar](#).



5 Ontwerpvraag formuleren

Ter voorbereiding kies je één ijsberg uit Intermezzo 2, of werk je verder aan je eigen ijsberg zodat je deze kunt delen of presenteren. Deze tool helpt je om je inzichten te vertalen naar een scherpe ontwerpvraag. Je hebt al opgehaald wat er speelt, wat mensen ervaren en welke beweging nodig is – nu maak je de stap naar actie. Formuleer je ontwerpvraag samen met anderen in een fysieke sessie. Deel je inzichten, toets ze, en verrijk ze met andere perspectieven. Zo activeer je het netwerk en zorg je dat de ontwerpvraag écht gedragen wordt.



6 Reflecteren en vooruitkijken

Tot slot reflecteer je samen met je team: wat werkt goed? Wat neem je mee? Wat wil je heroverwegen? Deze stap is een ankerpunt dat helpt om terug te kijken én vooruit te plannen - richting co-creatie, opschaling of vervolgstappen.

Wat heb je tot nu toe gedaan?

Fase 1 en 2 zijn afgerond. Je hebt teruggeblikt, opgehaald wat er leeft, verbinding gezocht, naar buiten gekeken en een gedeeld toekomstbeeld gevormd. Je hebt nu als netwerk scherp wát er speelt – én wat er nodig is om digitale inclusie in de zorg echt verder te brengen.

In het volgende hoofdstuk staan vier concrete uitdagingen. Kies er één (of meerdere) en ga aan de slag.

Stappen checklist:

Fase 1 – Inventarisatie:

- ☒ 1. Reflecteren en rode draden zien
- ☒ 2. IJsbergmodel
- ☒ 3. Netwerk in kaart

Fase 2 – Toekomst bepalen:

- ☒ 4. Naar buiten kijken en verandering bepalen
- ☒ 5. Ontwerpvraag formuleren
- ☒ 6. Reflecteren en vooruitkijken

Economische en maatschappelijke waarde van toegankelijke digitale zorg en welzijn: een businesscase-perspectief

Jan Pons

is oprichter van stichting Rotterdam eHealth Agenda, waar hij werkt aan de implementatie van eHealth-toepassingen in Rotterdam. Ook is hij senior onderzoeker en docent innovatie en economie aan de Hogeschool Rotterdam.

De druk op zorg en welzijn neemt toe door een toenemende vraag en een gelijkblijvend en soms zelfs afnemend aanbod. Digitalisering van zorgprocessen kan helpen om de druk te verlichten.

Economisch gezien kan digitale zorg leiden tot kostenbesparing door efficiëntere zorgprocessen, vermindering van fysieke consulten en lagere administratieve lasten. Denk bijvoorbeeld aan e-consulten, telemonitoring of digitale triage die tijd en middelen besparen voor zowel zorgverleners als patiënten. Bovendien draagt digitalisering bij aan het verlagen van fysieke zorg en ondersteuning door vroegtijdige signalering, betere zelfzorg en het stimuleren van zelfredzaamheid.

Vanuit maatschappelijk perspectief vergroot digitale zorg de toegankelijkheid en bereikbaarheid van welzijn en zorg, met name voor mensen in afgelegen gebieden, mensen met beperkte mobiliteit of werkenden met beperkte tijd. Dit verhoogt de gelijkheid in zorgtoegang en ondersteunt langer zelfstandig thuis wonen. Ook draagt digitale zorg bij aan patiënttevredenheid en eigen regie over gezondheid, wat op lange termijn bijdraagt aan betere gezondheidssuitkomsten.

Om digitale zorg structureel in te bedden, is het nodig om zowel de economische als de maatschappelijke waarde inzichtelijk te maken. Dit gaat verder dan een traditionele business case die vooral naar financiële kosten en baten kijkt. Ook bredere opbrengsten – zoals gezondheidswinst, gelijke toegang en arbeidsbesparing – maken deel uit van deze afweging.

De business case voor toegankelijke digitale zorg is niet alleen gebaseerd op directe kosten-batenanalyses maar ook op bredere maatschappelijke opbrengsten, zoals gezondheidswinst, arbeidsbesparing en gelijke kansen. Voorwaarde is wel dat digitale toepassingen inclusief ontworpen worden, goed ingebed zijn in de zorgstructuur en ondersteund worden door passende financiering en wet- en regelgeving.

Vanzelfsprekend moet digitale zorg en welzijn bruikbaar en toepasbaar zijn voor de cliënten en patiënten waarvoor we het doen. Dat betekent dat de ontwikkelaars moeten ontwerpen vanuit het perspectief van de gebruikers en dat er voldoende ondersteuning is voor mensen die digitale zorg wel willen gebruiken maar het niet kunnen.

Kortom, de business case voor digitale zorg en welzijn reikt verder dan alleen de directe kosten en baten. Ook de ontwikkeling van digitale zorgtoepassingen en de consequenties voor de gebruikers moeten zoveel als kan gekwantificeerd worden om mee te wegen in de business case.

Hoofdstuk 2

Vier uitdagingen

- Uitdaging 1: Wie helpen we eigenlijk?
- Uitdaging 2: Wie heeft welke rol?
- Uitdaging 3: Hoe maken we het duurzaam?
- Uitdaging 4: Waar sluiten we op aan?



Hoofdstuk 2

Hoewel de vragen en context van de proeftuinen sterk uiteenliepen, kwamen er vier terugkerende vragen naar voren die in iedere context relevant bleken:



Deze vier uitdagingen lagen ten grondslag aan elk lokaal vraagstuk uit onze vier proeftuinen rondom toegankelijke digitale zorg. In dit hoofdstuk werken we ze een voor een uit met een beknopte introductie, een casus uit de praktijk en één of meerdere werkvormen. Deze werkvormen zijn ontworpen, getest en aangescherpt in de praktijk – en bedoeld om direct mee aan de slag te gaan. Ze helpen je om samen te reflecteren, samen te ontwerpen en samen te bewegen: over domeinen heen, met inwoners als vertrekpunt.

Je kunt zelf bepalen welke uitdaging het meest aansluit bij jullie situatie en waar je wilt starten met veranderen. Die uitdaging spits je vervolgens toe op de situatie van je eigen netwerk.

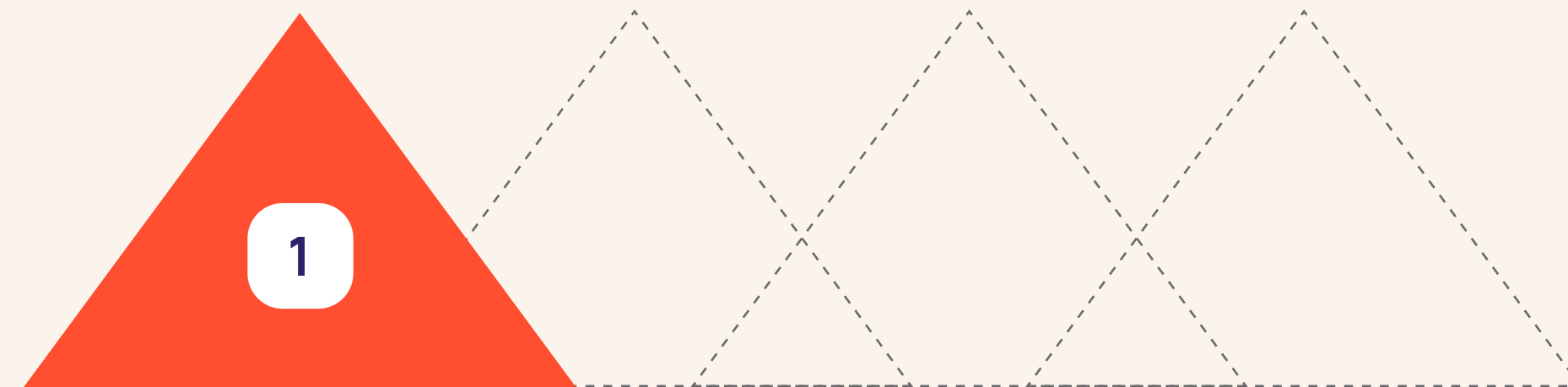
Uitdaging 1:

Wie helpen we eigenlijk?

De stem van de inwoner als vertrekpunt

In deze uitdaging ga je aan de slag om de verschillende stemmen en systemen binnen jouw netwerk te identificeren en bij elkaar te brengen. Welke partijen zijn betrokken, hoe ziet het netwerk eruit en wat hebben de beoogde gebruikers écht nodig om goed geholpen te worden? Dat zal soms schuren, maar zo luister je zonder oordeel naar de ervaringen van de ander en werk je aan een aanpak die echt aansluit bij de leefwereld van de gebruiker.

Elke oplossing voor digitale uitsluiting begint bij de mensen om wie het gaat. De mens achter het digitale zorgvraagstuk moet centraal staan en betrokken zijn bij het bedenken en creëren van toepassingen.



Het kan lastig zijn om los te komen van bestaande systemen en overtuigingen. Soms hebben we niet eens door dat we vertrekken vanuit aannames. Dit kan ervoor zorgen dat goedbedoelde interventies en oplossingen niet het beoogde effect hebben omdat deze niet aansluiten bij de leefwereld en behoeften van de patiënt. We dagen je uit om de stemmen van de mensen om wie het gaat als vertrekpunt te nemen.

Werkvorm 1 – Casus maken



Werken met casussen als ingang voor (systeem)verandering

Benodigheden:

- Inventarisatie van de belangrijkste problemen;
- Interview met de mensen om wie het gaat.

Tijd: 2 x 1 uur

Casussen zijn een krachtig hulpmiddel binnen netwerk- en systeemgericht werken. Het ontwikkelen en gebruiken van casussen geeft de eindgebruiker een gezicht. Zo worden mensen die niet fysiek aan tafel zitten, toch meegenomen in het ontwerp.

[Ga naar de stappen](#)



Stap 1 Verzamel samen de belangrijkste problemen uit de praktijk

Ga met je team in gesprek. Welke knelpunten worden genoemd? Schrijf ze op en bespreek samen welke problemen jullie beter willen begrijpen.

Stap 2 Verdiep je in één van de problemen via een ervaringsverhaal

Plan een gesprek met iemand die dit probleem zelf ervaart of ervaren heeft – bijvoorbeeld een patiënt, cliënt of andere ervaringsdeskundige. Zo krijg je meer inzicht in hoe het probleem voelt en wat het voor diegene betekent in het dagelijks leven.

Stap 3 Werk het verhaal uit tot een casus

Schrijf het probleem op vanuit een persona (een fictief persoon) en gebruik geen echte namen. Zo maak je het verhaal herkenbaar zonder de privacy te schenden.

Stap 4 Gebruik de volgende richtlijnen om tot een sterke casus te komen

Een goede casus:

- is **persoonlijk**: geschreven vanuit het perspectief van een specifiek personage; zorg ervoor dat dit personage diverse achtergronden kan weerspiegelen en dat er geen aannames in worden gebruikt;
- bevat een **duidelijk profiel en context**: een beschrijving van de sociale leefomgeving, de bestaande hulpstructuur en de uitdagingen waarmee het personage te maken heeft;
- benoemt een **concreet vraagstuk of verlangen** waar de persoon zelf naar op zoek is;
- is te bezien vanuit verschillende perspectieven zodat zowel professionals, ervaringsdeskundigen als beleidsmakers zich ertoe kunnen verhouden;
- is gebaseerd op de **bouwstenen van ADS** om digitale inclusie in alle aspecten te bevorderen.

Resultaat van de oefening

Een casus vormt zo de start van een gezamenlijk speelveld waarin verschillende partijen vanuit hun eigen perspectief aanhaken. Ze helpen om onderliggende patronen zichtbaar te maken en te bevragen. Dit proces vormt de brug van symptoombestrijding naar structurele, duurzame oplossingen. Zie voorbeeld op [pagina 40](#).

Werkvorm 2 – Route van de bewoner



Van huidige situatie naar ideale samenwerking

Benodigheden:

- Casus uit de praktijk vanuit de partijen die meer willen samenwerken (gebruik hiervoor Werkvorm 1);
- Werkblad netwerkcirkels: Route van de bewoner (afgedrukt op A0 formaat);
- Post-its;
- Punaises met kop;
- Touw of wol;
- Schaar.

Vorbereiding

Ben je met een grote groep? Deel die dan in kleine groepjes, zodat iedereen actief meedoet.

Tijd: 1 uur

Downloads

[↓ WERKBLAD NETWERKCIRKELS](#)

In deze werkvorm breng je in een groep stap voor stap het netwerk rond een inwoner in beeld op basis van de casus uit de eerste werkvorm. Begin met een analyse van de huidige situatie: welke partijen spelen een rol, waar loopt het vast, en wie ontbreekt? Schets vervolgens de ideale situatie: hoe zou het eruitzien als de ondersteuning logisch, vloeiend en afgestemd is op de gebruiker? En als de verschillende instanties goed zouden samenwerken? Door de huidige en gewenste situatie naast elkaar te leggen, ontstaat inzicht in blinde vlekken, hiaten, overlap en kansen voor samenwerking. De oefening nodigt uit tot denken in mogelijkheden en werken vanuit een open, constructieve houding.

Ga naar de stappen



Stap 1 Huidige route

- Pak de casus uit Werkvorm 1 erbij. Lees deze met de groep en schrijf de naam van de persoon uit de casus op een post-it. Prik deze met een punaise in het midden van Werkblad Netwerk.
- Zet de betrokken partijen elk op een post-it. Prik deze ook op het bord. Wie speelt er in de huidige situatie een rol? Wie (nog) niet? Plaats alle partijen op een plek op het bord. Overleg met elkaar wat de juiste plek is.
- Span een touwtje vanuit de persoon die centraal staat in de casus. Langs wie gaat deze persoon allemaal? Wordt diegene door betrokken organisaties doorverwezen naar een andere organisatie? Span het touw om de punaises.
- Reflecteer als groep: Waar loopt iemand tegenaan? Wat mist er? Wie heeft (te) veel of juist te weinig invloed? Wie staat er ver weg? Welke organisaties zouden naar elkaar kunnen doorverwijzen? Kan het proces gestroomlijnd worden?

Stap 2 Ideale route

- Denk samen na over de volgende vragen: Wat is een ideale route? Welke obstakels uit de huidige route willen we in de nieuwe situatie weghalen? Welke partijen moeten erbij betrokken worden? Wie kan juist een stap terug doen? Hoe wil je dat de route eruitziet?
- Pak een andere kleur touw en span een nieuwe, gewenste route.
- Bespreek: wat maakt deze route werkbaar? Wat vraagt het van de betrokkenen? Wat is hiervoor nodig?

Stap 3 Presenteren aan elkaar

- Doe je deze werkvorm in meerdere kleine groepjes? Laat deze dan hun oude en nieuwe route kort presenteren aan de rest.
- Bespreek gezamenlijk: Wat valt op? Wat is nodig om deze route in de praktijk te brengen? Welke personen en welke acties zijn daarvoor nodig?





Casus: De heer Van Dijk

Digitale zorg: “Wat moet ik ermee?”

De heer Van Dijk is 58 jaar en woont in Slochteren. Als kind is hij van school gegaan om te werken. Lezen lukt hem nog wel, maar schrijven en rekenen vindt hij moeilijk. De afgelopen dertig jaar werkte hij in ploegendienst bij een fabriek in de regio. Hij had zijn zaken altijd goed op orde. Door een bedrijfsongeluk dat hem twee jaar geleden overkwam, heeft hij te maken met chronische pijn waardoor hij vaak naar het ziekenhuis moet. Ook moet hij veel van de administratie rondom zijn zorg online regelen. Dat is lastig omdat meneer Van Dijk nooit veel met de computer heeft gewerkt. Ondanks dat zijn vrouw parttime als onderwijsassistent op het Aletta Jacobs College in Hoogezand werkt, maakt hij zich zorgen over geld en de toekomst. Hij wil niets over het hoofd zien en houdt alles bij in ordners.

Bij een bezoek aan zijn huisarts raadt de arts hem aan om het patiëntenportaal te gebruiken zodat hij zelf zijn afspraken, medicatie en uitslagen kan volgen. Meneer Van Dijk reageert voorzichtig; hij is niet tegen digitale zorg, maar wil precies weten hoe het werkt, wat hij ermee kan en hoe veilig het is. Onzekerheid over technologie maakt hem onrustig. Ook heeft hij andere zaken aan zijn hoofd die hij eerst wil oplossen. Bovendien wil hij anderen niet tot last zijn door om hulp te vragen.

Praktijkvoorbeeld:

Groningen – Samenwerken aan basisvaardigheden in digitale zorg

In Hoogezand (provincie Groningen) kwamen partners uit zorg, welzijn en bibliotheken samen om te verkennen hoe inwoners beter ondersteund kunnen worden bij digitale toegang tot zorg. Een specifiek aandachtspunt was de doorverwijzing vanuit huisartsenpraktijken naar het ondersteuningsaanbod van bibliotheken.



Tijdens de sessie werd gewerkt met routekaarten en praktijksituaties van inwoners aan de hand van een casus met als middelpunt de heer Van Dijk.

Wat opviel in de huidige routes:

- De route is versnipperd: er zijn veel losse schakels zonder verbinding.
- Er is geen zicht op het netwerk: de medewerkers van de huisartsenpraktijk kennen het aanbod niet goed en hebben te weinig tijd om bewoners te helpen.
- Er is weinig ruimte voor warme overdracht: de heer Van Dijk moet het grootste deel van zijn route zelf uitzoeken.
- Hulp komt laat en/of is afhankelijk van de omgeving: pas als hij zelf iets onderneemt of iemand uit zijn omgeving hem helpt, komt de ondersteuning op gang.

Wat de ideale route kan zijn:

In de ideale situatie signaleert de huisarts of praktijkondersteuner dat de heer Van Dijk behoefte heeft aan extra hulp. Hij wordt warm doorverwezen naar een welzijnscoach die hem begeleidt naar passende ondersteuning - zoals een cursus Klik & Tik, het Informatiepunt Digitale Overheid of ander hulpaanbod in de bibliotheek. Als het nodig is, wordt een maatje of buddy ingezet zodat de heer Van Dijk het niet alleen hoeft te doen.

De welzijnscoach is bovendien goed op de hoogte van het lokale netwerk, kent de juiste mensen en maakt duidelijke afspraken over opvolging. Ook apps en systemen sluiten beter aan: duidelijke taal, eenvoudig inloggen en hulp in de buurt als hij er alleen niet uitkomt. Op deze manier past de ondersteuning beter bij de belevingswereld van meneer Van Dijk.

Inzichten/opbrengst:

- Inwoners zoals de heer Van Dijk lopen vast in een systeem dat niet op hen is ingericht.
- De huisartsenpraktijk is een logisch startpunt, maar mist vaak zicht op het ondersteuningsaanbod in de wijk. Zo bieden bibliotheken waardevolle hulp, maar dat is vaak niet bekend bij zorgverleners.
- Welzijnscoaches kunnen een sleutelrol spelen in een warme overdracht, maar worden niet structureel betrokken.
- Veel hulpvragen worden niet als 'taal' of 'digitaal' herkend, maar gaan over vertrouwen, veiligheid en overzicht.

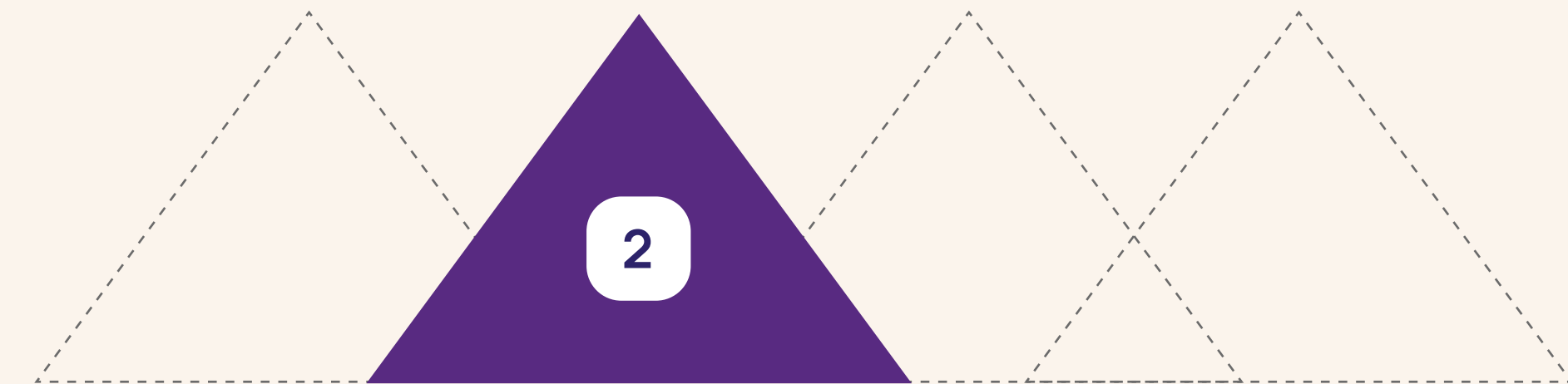


Uitdaging 2:

Wie heeft welke rol?

In actie komen en verantwoordelijkheid nemen

In deze uitdaging kijk je naar je cirkel van invloed. Waar heb je direct controle over? Welke processen kun je beïnvloeden? En hoe doe je dat eigenlijk? Je gaat onderzoeken hoe ver jouw invloed reikt en wat je morgen al kunt doen om een verschil te maken.



De werkvorm Cirkel van invloed helpt om daar zicht op te krijgen.

Hiermee onderzoek je:

- Waar heb jij invloed op?
- Wie kun je inschakelen?
- Welke signalen zie je en wat doe je daarmee?
- Wat houdt je tegen?

Werkvorm 3 – Cirkel van invloed



Van zorgen naar gezamenlijke actie

Benodigheden:

- Pennen;
- Gekleurde A4-tjes;
- Flip over of groot vel papier;
- Post-its;
- Werkblad 1 - Cirkel van invloed: A3;
- Werkblad 2 - Samenvatting: A4;
- Werkblad 3 - Flip de cirkel;
- Werkblad 4 - Acties;
- Werkblad 5 - Storyboard.

Tijd: 2,5 uur

Downloads

↓ WERKBLAD 1 - CIRKEL VAN INVLOED

↓ WERKBLAD 2 - SAMENVATTING

↓ WERKBLAD 3 - FLIP DE CIRKEL

↓ WERKBLAD 4 - ACTIES

↓ WERKBLAD 5 - STORYBOARD

Deze werkvorm helpt je om je rol, zorgen en invloed rond digitale zorg en welzijn expliciet in kaart te brengen. Door te reflecteren en samen te werken aan gedeelde zorgen, ontstaat er bewustzijn, eigenaarschap én een concreet actieplan. Je kunt deze tool inzetten voor zowel kleine als grote groepen.

Wat je met deze werkvorm doet

1. Individueel:
je brengt je eigen zorgen, invloed en controle in kaart.
2. Gezamenlijk:
je formuleert een gedeelde zorg, brengt ieders invloed in beeld en werkt samen een haalbare eerste actie uit.
3. Visueel:
je maakt een veranderverhaal als praatplaat en gezamenlijke stip aan de horizon.

Ga naar de stappen



Stap 1 Vul jouw zorgen, controle en invloed in vanuit jouw rol

Pak werkblad 1 en noteer welke rol jij hebt in digitale zorg en welzijn.
Bijvoorbeeld: beleidsmedewerker bij de gemeente, medewerker bij het IDO, software-ontwikkelaar, zorgverlener, etc.

- Schrijf in de buitenste ring op waar je je zorgen over maakt en geen directe invloed op hebt.
Voorbeelden: Mensen worden niet gehoord; alles moet digitaal geregeld worden; zelfredzaamheid wordt als vanzelfsprekend gezien.
- Schrijf in de kleinste cirkel op wat je vandaag al kunt doen of veranderen. Waar heb je zelf controle op?
Voorbeelden: Zelf het gesprek aangaan; gebruikers betrekken bij een ontwerp of test; signalen actief terugkoppelen.
- Schrijf in de tussenliggende cirkel op waar je invloed uit kunt oefenen, ook al heb je geen directe controle op de uitkomst.
Voorbeelden: Collega's meenemen in het gesprek; voorbeelden verzamelen of delen; netwerk uitbreiden, posten op social media

Stap 2 Formuleer jouw slotzin

- Schrijf individueel op werkblad 2 jouw slotzin op.
“Ik ben ..., ik maak me zorgen over ..., ik heb controle over ... en ik kan invloed uitoefenen door”
Voorbeeld: Ik ben Jolanda, ik maak me zorgen over mensen die digitaal afhaken, ik heb controle over de manier waarop ik mensen ontvang, en ik kan invloed uitoefenen door ervaringen te delen met collega's.

Stap 3 Deel jullie zorgen, controle en invloeden met elkaar

- Ga in een kring staan en laat iedere aanwezige diens naam en rol benoemen en slotzin voorlezen.
- Terwijl iedereen de slotzin deelt, schrijft iemand mee om alle genoemde zorgen te verzamelen, bijvoorbeeld op een flip-over.
- Kies een aantal vaak terugkerende zorgen om mee verder te werken in stap 4.
- Schrijf deze op gekleurde A4'tjes en laat mensen kiezen bij welke zorg ze willen aansluiten. Is het groepje van jouw voorkeur vol, sluit dan aan bij een andere groep. Zo ontstaat op een verdeling in themagroepen die aansluiten bij de energie en betrokkenheid van de aanwezigen.

Stap 4 Gedeelde zorg formuleren

- Ga in groepen uiteen.
- Schrijf in het midden van werkblad 3 de gedeelde zorg van de groep. Kies een herkenbaar, concreet voorbeeld uit de praktijk dat deze zorg illustreert.
Voorbeelden: Mensen weten de ondersteuning niet te vinden. Mensen maken geen gebruik van het patiëntenportaal omdat ze niet weten hoe ze het kunnen gebruiken.

Controle vs. invloed

Controle = Het vermogen om iets direct te bepalen.
(bijvoorbeeld: als je auto rijdt dan heb je controle over je eigen stuur)

Invloed = Indirecte effecten van je gedrag op iets of iemand.
(als je auto rijdt beïnvloed je het verkeer en dus anderen door je knipperlicht aan te doen, te toeteren en je rijgedrag).

Ga naar de volgende stappen



Stap 5 Breng de invloed van elke partij in beeld

- In het cirkeldiagram (taartvorm met 6–8 segmenten) vult iedere deelnemer een taartpunt in:
 - Waar heb jij invloed op binnen deze zorg?
 - Wat kun jij doen of in gang zetten?
- Deze stap laat zien dat individuele invloed beperkt kan zijn, maar dat je samen toch het verschil kunt maken.

Stap 6 Samenwerking en eerste actie

Beantwoord met de groep de volgende vragen:

- Hoe kunnen deze zorg te verminderen? Wat willen we dat er ontstaat?
- Hoe kunnen we samenwerken om dat te bereiken?
- Wat is een haalbare eerste stap?

Denk concreet: het gaat om het in beweging zetten van actie, niet om direct alles perfect op te lossen.

Stap 7 Maak acties concreet

Pak Werkblad 4 erbij en noteer opnieuw jullie gedeelde zorg. Beschrijf per vak:

- Eén concrete actie per groepslid.
- Wat of wie je daarbij nodig hebt?
- Wanneer de volgende stap of afspraak plaatsvindt?

Zo wordt het geen losse sessie, maar een stap in een doorlopende beweging.

Stap 8 Teken een veranderverhaal in 6 stappen

Teken samen een mini-verhaal in 6 stappen op losse post-its en plak deze op werkblad 5. Zo maken jullie de gewenste verandering zichtbaar en tastbaar – als een eerste prototype dat helpt om het verhaal te delen, uit te leggen en de voorgenomen acties te verbeelden.

Richting van de verhaallijn:

1. Startpunt – het verhaal start altijd op een bepaalde plek of een specifiek moment. Denk aan: 'Er was eens ...' of 'Het begon allemaal ...'
2. Eerste actie.
3. Eerste zichtbare verandering(en).
4. Andere invalshoeken zoals een nieuwe samenwerking of rolverdeling.
5. Resultaat.
6. Wat betekent dit voor het grotere geheel? Wat kunnen we vieren? Welke boodschap willen we delen?

Resultaat van de oefening

Deze werkvorm helpt om een sterk gevoel van gedeeld eigenaarschap te creëren, waarbij iedere deelnemer vanuit zijn eigen rol verantwoordelijkheid neemt. Bovendien legt het nieuwe verbindingen tussen diverse perspectieven, zoals onderwijs, zorg, beleid, ervaringskennis en ontwerp. Hierdoor worden er actiegerichte thema's geformuleerd waarmee deelnemers lokaal verder aan de slag kunnen, wat resulteert in een gedeeld beeld van de gewenste aanpak.

Praktijkvoorbeeld:

Eenvoud maken in Breda

In Breda brachten deelnemers tijdens een bijeenkomst vanuit hun eigen perspectieven hun zorgen en mogelijkheden in kaart. Via werkvormen als de Cirkel van invloed en thematische groeps gesprekken ontstond een gedeeld beeld: digitale zorg vraagt om meer dan techniek – het vraagt om samenwerking, vertrouwen en eigenaarschap.

De centrale vraag: hoe maken we digitalisering in zorg en welzijn persoonlijker, toegankelijker, eenvoudiger en inclusiever – en welke rol kunnen we daar zélf in spelen?



Voorbeelden van thema's waar verder mee wordt gewerkt die voortkomen uit de Cirkel van invloed zijn:

Gedeelde zorg:

1. Veiligheid

Omdat de prioriteit op dataveiligheid steeds groter wordt, wordt het ook steeds lastiger digitaal laagdrempelig in te loggen of toegang te krijgen. Er is, kortom, spanning tussen toegankelijkheid en veiligheid. Jongeren kijken anders naar veiligheid dan ouderen, maar ook binnen groepen wordt er verschillend gedacht over privacy en dataveiligheid.

Tijdens de bijeenkomst ontstond het idee voor een concreet project: binnen een jaar iedereen die DigiD wil, maar nog niet kan gebruiken aan boord krijgen. Dit vraagt om heldere instructies, ondersteuning via bibliotheken en huisartsen en samenwerking met studenten van Avans Hogeschool voor nieuwe vormen van communicatie.

Actie vanuit invloed:

- Veiligheid in het onderwijs agenderen;
- Ethische vraagstukken over veiligheid en toegankelijkheid in de gemeenteraad agenderen;
- Ontmoetingen organiseren tussen mensen die wel en niet mee kunnen komen in de digitale wereld;
- Kritisch kijken naar je eigen rol: hoe is mijn eigen benadering en wat kan ik zelf doen om een beeld te krijgen van dit probleem dat juist is en de nuances weergeeft?

2. Samen ontwerpen van diensten

Een rode draad in de bijeenkomst was de wens om beter samen te werken met inwoners, patiënten en cliënten. Maar hoe organiseer je dat? En hoe weet je of je de juiste mensen betreft?

Actie vanuit invloed:

- Actief mensen met ervaringskennis betrekken bij de ontwikkeling;
- Eerder samenwerken met cliëntenraden, sleutelpersonen en wijk-analisten om digitale zorg te versterken.



3. Toegankelijkheid van zorg

Veel mensen verdwalen in het zorgsysteem. Toegankelijkheid gaat niet alleen over vaardigheden, maar ook over duidelijke taal en goede afstemming. De oplossing ligt in ontwerpen mét mensen, niet vóór hen.

Actie vanuit invloed:

- De mensen om wie het gaat actief betrekken;
- Structureel samenwerkingsnetwerk in Breda bouwen waarin goede voorbeelden worden gedeeld en waarin ervaringsdeskundigheid een plek krijgt vanaf het eerste ontwerp;
- Beleidsmedewerkers nemen 'ontwerpen met mensen' mee in inkoopvoorwaarden en vergroten het bewustzijn over het belang van dit uitgangspunt door gesprekken met collega's.

De Cirkel van invloed hielp deelnemers om van zorgen naar handelingsperspectief te gaan.

Ik ben R. Ik maak me zorgen over de vele verschillende systemen die niet met elkaar communiceren. We bereiken veel mensen binnen Sociaal Werk, maar een grote groep ook weer niet - onder andere door de taalbarrière. Ik heb zelf controle op de dienstverlening die we zelf aanbieden en de toegankelijkheid daarvan. En ik kan invloed uitoefenen op/door aanname van personeel en manier van communiceren.

Ik ben J. Ik maak me zorgen over dat we door alle digitalisering het sociale laagdrempelige contact verliezen. Ik heb zelf controle op zelf echt in verbinding te gaan en de ander te zien en ernaar te vragen.

Ik ben E. Ik maak me zorgen over hoe toegankelijk de digitale zorg van mijn eigen organisatie is en de rest van de regio. Ik heb zelf controle op het zelf nagaan en onderzoeken hoe ik invloed kan uitoefenen door te agenderen binnen mijn eigen organisatie.

Ik ben M. Ik maak me zorgen dat de digitalisering te snel gaat. Je kan niet op een rustige manier leren. Je moet maar, en zorgprofessionals zijn ook niet vaardig. Ik heb zelf controle op onder de aandacht brengen dat je op een andere manier ook zorg kan geven. En ik kan invloed uitoefenen door te benoemen wat er fout gaat en hoe het wel kan van communiceren.

Ik ben B. Ik maak me zorgen over het gebruiken en delen van (persoonlijke) informatie en de invloed van Big Tech ten opzichte van sociaal contact. Ik heb zelf controle op klantcontacten Gemeente Breda (website klantcontactcentrum) en ik kan invloed uitoefenen door processen en klantreizen bij de gemeente Breda.

Ik ben N. Ik maak me zorgen over de digitale toegankelijkheid van onze informatievoorzieningen en diensten voor kwetsbare verzekerden. Ik heb zelf controle op de aanpassingen van de digitale kanalen van zorgverzekeraar CZ. En ik kan invloed uitoefenen door de doelgroep beter te leren begrijpen en te leren wat zij nodig hebben.

Ik ben C. Ik maak me zorgen over digitale oplossingen voor iedere interactie/voor ieder probleem. Ik heb zelf controle op de educatie van medewerkers. Bewustwording! En voordat we allemaal digitale oplossingen bedenken eerst snappen wat er nodig is. En ik kan invloed uitoefenen door samenwerking op te zetten vanuit alle aangesloten disciplines.

Uitdaging 3:

Hoe maken we het duurzaam?

Businesscase voor digitale inclusie

In vrijwel elk gesprek over digitale inclusie is iedereen het eens: dit is belangrijk. Toch stukt het zodra we het concreet willen maken – in cijfers, impact of financiële waarde. Digitale inclusie staat vaak wel in beleidsstukken of jaarplannen, maar nog niet structureel in de begroting. Zolang de waarde van digitale inclusie niet tastbaar wordt gemaakt, blijft structurele financiering namelijk uit. De vraag is: wat levert het op? Meer bereik van mensen die we nu niet bereiken? Meer grip op gezondheid voor mensen zelf? Minder druk op professionals? Zelfredzaamheid?

Neem bijvoorbeeld de tijd die een huisarts kwijt is aan uitleg over het portaal - die wordt nergens geregistreerd. Of de stress van een patiënt die de DigiD-app niet snapt. We weten dat het veel is – maar we maken het nu niet zichtbaar of meetbaar.



Wat is bijvoorbeeld het effect van een training van tien weken in digitale vaardigheden? Wat betekent dat voor iemands leven, netwerk of gezondheid? Omgekeerd: wat gebeurt er als we níét investeren in toegankelijke digitale zorg? Wie betaalt uiteindelijk de prijs? En wie is verantwoordelijk en neemt die verantwoordelijkheid ook?

Een sterke businesscase helpt om deze vragen te beantwoorden én een gedeeld verhaal met een gedeelde verantwoordelijkheid neer te zetten. Een verhaal dat laat zien:

- wat er misgaat als we niets doen;
- welke waarde we wél creëren – ook als die nog niet in euro's is uitgedrukt;
- wat er nodig is om verder te bouwen.

Werkvorm 4 – Mindmap



Kosten en opbrengsten verkennen

Benodigheden:

- 2 grote witte lege bladen - flip-overs, een rol wit papier of whiteboard;
- Stiften in 2 kleuren;
- Stickers.

Tijd: 30 minuten

Deze tool helpt deelnemers om samen zicht te krijgen op de waarde die we kunnen creëren, de kosten van niets doen en de investeringen die nodig zijn. De mindmap maakt snel zichtbaar: waar de grootste knelpunten zitten, wat nodig is voor vertrouwen en samenwerking, welke wensen leven bij inwoners, professionals en organisaties.

Door ervaringen uit de praktijk samen te ordenen in een mindmap, ontstaat er:

- Een gedeeld beeld van de onderliggende vraagstukken;
- Een concrete basis voor verdere uitwerking naar de gigamap (zie verderop);
- Een taal die helpt om beter samen te werken.

Ga naar de stappen



Stap 1 Mindmap voorbereiden

- Gebruik een groot vel papier of whiteboard.
- Schrijf in het midden het centrale thema, initiatief of vraagstuk op waar je de mindmap op baseert, bijvoorbeeld:
'Het Schakelpunt', 'Digitale hulp voor patiënten', 'Training voor professionals', 'Thuismonitoring'.
- Trek een horizontale lijn door het midden van het vel, zodat je twee helften krijgt:
 - **Onderkant** = Wat als we dit níét doen? (Kosten, gevolgen)
 - **Bovenkant** = Wat als we het wél doen? (Opbrengsten, kansen)

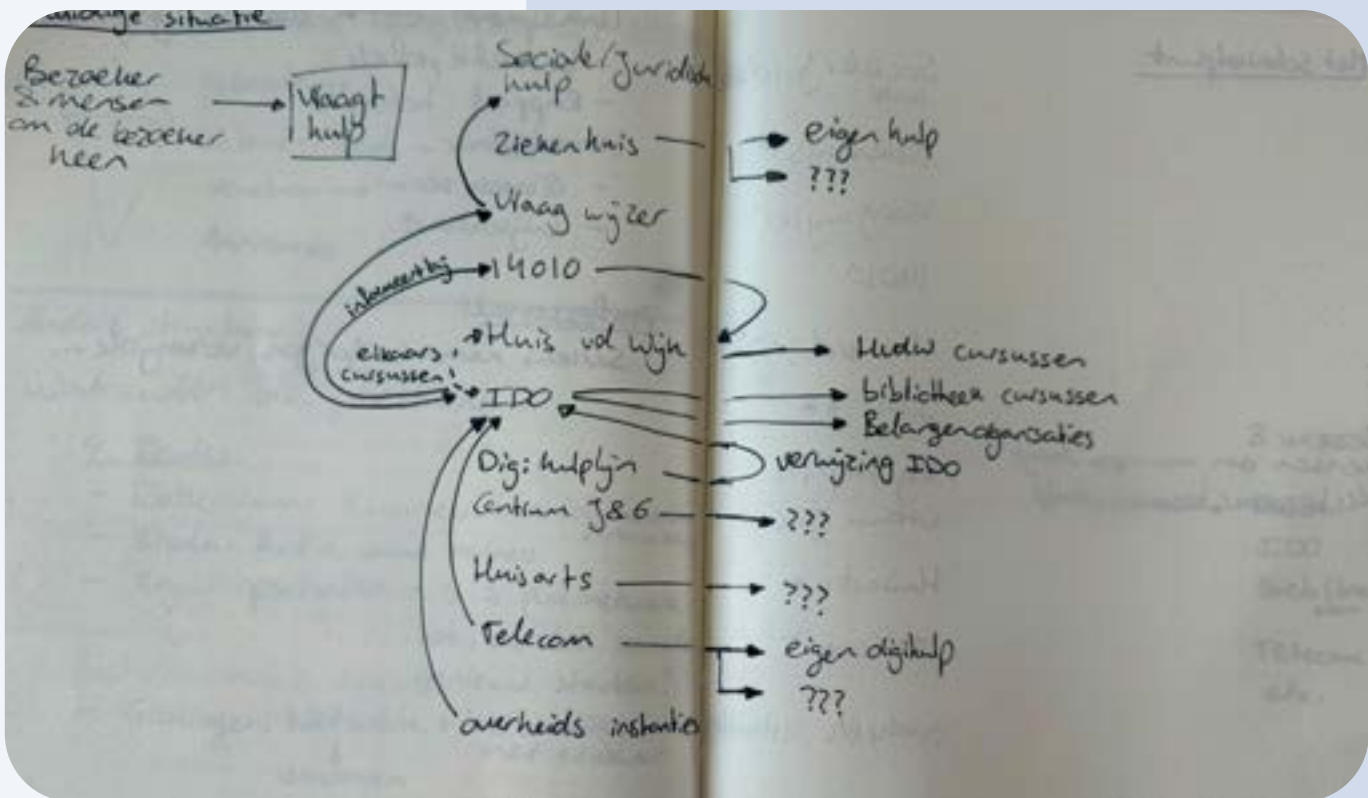
Stap 2 Brainstorm

- Vul de mindmap in:
 - **Onderkant:** Wat gebeurt er als we dit niet doen? Wie loopt dan vast of wordt onvoldoende bereikt? Welke problemen blijven bestaan of verergeren? Wat kost dat – in tijd, geld, frustratie of vertrouwen?
 - **Bovenkant:** Wat levert het op als we dit wél goed doen? Voor inwoners, professionals, organisaties? Wat verandert er in bereik, toegankelijkheid, samenwerking?
- Stimuleer eigenaarschap met de volgende vragen:
 - "Wat als we dit níét doen – wie betaalt daar dan de prijs voor?"
 - "Wat als we het wél doen – wat kunnen we dan mogelijk maken?"
 - "Wat raakt jou persoonlijk aan deze vraag?"

Stap 3 Aanvullen

- Bespreek plenair wat opvalt. *Welke gebeurtenissen keren terug? Waar zit versnelling of vertraging? Wat herken je? Wat verrast je? Vul aan waar nodig.*

Deze gedeelde inzichten vormen het vertrekpunt voor een volgende stap: het systemisch en financieel in kaart brengen van het speelveld rond digitale ondersteuning – met de Gigamap.



Werkvorm 5 – Gigamapping



In kaart brengen van het financiële en relationele speelveld

Benodigheden:

- 2 grote witte lege bladen - flip-overs of een rol wit papier;
- Dikke stiften in verschillende kleuren;
- Stickers.

Tijd: 1 uur

Downloads

↓ WERKBLAD - GIGAMAP LEGENDA

De Gigamap is een visuele en systemische werkvorm om het netwerk rond een maatschappelijk vraagstuk gezamenlijk in kaart te brengen. In deze variant ligt de focus op digitale ondersteuning – zoals het (toekomstige) Schakelpunt – en op het zichtbaar maken van relaties, rollen, knelpunten en geldstromen.

Deze oefening helpt deelnemers om het speelveld visueel te maken en te bepalen:

- Wie speelt welke rol?
- Hoe lopen de relaties, afhankelijkheden en geldstromen?
- Waar schuurt het, en waar liggen kansen om samen te bouwen?

Door samen te tekenen en vervolgens kosten, opbrengsten en maatschappelijke waarde toe te voegen, ontstaat een gedeeld verhaal dat richting geeft aan samenwerking, eigenaarschap en financiering. De Gigamap is niet alleen een analyse-instrument, maar ook een startpunt voor het bouwen van een gedeelde businesscase.

De Gigamap levert op:

- Een systemisch en visueel overzicht van het netwerk rond het initiatief.
- Inzicht in relaties, gaten, kansen en knelpunten.
- Eerste inventarisatie van maatschappelijke kosten en opbrengsten.
- Een gedeeld startpunt voor vervolgspraken en besluitvorming.

Ga naar de stappen



Stap 1 Voorbereiding

Schrijf het initiatief of vraagstuk centraal op een groot vel papier of whiteboard. Bijvoorbeeld: *“Toegankelijke digitale ondersteuning bij huisartsen”* of *“Het Schakelpunt”*.

Stap 2 Teken samen het netwerk

Laat deelnemers het netwerk rond het initiatief tekenen of laat een facilitator dat doen. Werk in lagen en voeg stap voor stap meer detail toe. Gebruik post-its, symbolen en lijnen om verbanden zichtbaar te maken.

Denk aan deze vragen:

- **Volgorde van handelingen:** Wat gebeurt er als iemand hulp zoekt? Waar begint het? Waar gaat iemand als eerste naar toe? Waar hapert het?
- **Formele/informele relaties:** Wie is met wie verbonden? Wie werkt er samen? Waar juist niet? Zijn er nog bepaalde partijen van elkaar afhankelijk?
- **Sleutelfiguren:** Wie zijn cruciaal in de route van inwoner naar ondersteuning?
- **Geldstromen:** Wie betaalt waarvoor? Waar ontbreekt structurele financiering?

Stap 3 Breng kosten en baten per partij in beeld

Voeg nu twee kleuren post-its met een plus (+) of ,om (-) toe bij elke partij of verbinding:

- (+) Wat levert deelname aan het initiatief op voor deze partij?
- (-) Wat kost het deze partij als dit initiatief er níét is? Denk aan tijd, geld, belasting, gemiste impact, reparatie achteraf.

Gebruik dit als startpunt voor de businesscase: Wat zijn besparingen? Wat zijn investeringen? Waar ligt nog onderbenutte waarde?

Stap 4 Afstand nemen en reflecteren

Neem afstand van de kaart en bespreek plenair: Wat valt op? Wat ontbreekt nog? Welke partijen missen we? Waar zouden betere verbindingen nodig zijn?

**Tip:
Maak er een
praatplaat van**

Teken de kaart netjes uit en koppel deze terug aan de deelnemers. De praatplaat vormt een gedeeld referentiepunt voor verdere gesprekken over verantwoordelijkheden en investeringen.

Werkvorm 6 – Businesscase maken



Van inzicht naar waarde

Benodigdheden:

- ☐ Gigamap op foto of als praatplaat;
- ☐ Papier en pen;
- ☐ Post-its;
- ☐ Excel sheet.

De Gigamap brengt het netwerk, de rollen en de knelpunten in kaart. Maar uiteindelijk draait het ook om de vraag: welke waarde creëren we – en voor wie? Deze vervolgstap helpt je om samen met partners het gesprek te voeren over maatschappelijke en economische waarde. Niet met exacte cijfers achter de komma, maar op basis van aannames, scenario's en gedeelde inzichten. Deze werkvorm helpt je om een eerste opzet te maken voor een businesscase die past bij jouw lokale situatie én die verschillende perspectieven meeneemt.

De kracht van deze werkvorm zit in:

- Het gebruik van gedeelde taal en inzicht.
- Het meenemen van meerdere perspectieven.
- Het combineren van maatschappelijke waarde met financiële logica.

Digitale ondersteuning kost geld – maar niets doen kost vaak veel méér. Deze werkvorm helpt je om dat verhaal samen scherp te krijgen.

[Ga naar de stappen](#)

Stap 1 Zoek naar waardevolle 'wat-als'-momenten

Gebruik de inzichten uit de Gigamap en formuleer samen met partners een aantal impactvolle “Wat als...”-vragen. Deze helpen om kansen, risico's en besparingen te benoemen.

Denk bijvoorbeeld aan:

- Wat als we kwetsbare bewoners eerder bereiken met digitale hulp?
- Wat als 20% minder patiënten niet op afspraken verschijnt dankzij betere ondersteuning?
- Wat als inwoners minder hulp nodig hebben aan de balie – of mantelzorgers worden ontlast?
- Wat kost het ons als we níét investeren – en wat levert het op als we het wél goed organiseren?

Tip: gebruik indicatoren zoals tijd, inzet, bereik, tevredenheid, verzuim of druk op de zorg om het gesprek te verdiepen.

Stap 2 Breng opbrengsten, risico's en voorwaarden per partij in beeld

Ga in gesprek met partners uit verschillende domeinen – zoals zorg, welzijn, gemeente, bibliotheek, onderwijs of bedrijfsleven – en bespreek per partij:

- Wat levert het hen op? (maatschappelijk, financieel, operationeel)
- Wat kunnen ze investeren?
- Welke randvoorwaarden zijn nodig om dit te laten werken?

Gebruik hiervoor aannames, eenvoudige rekenvoorbeelden of indicatoren – het hoeft niet exact, zolang het het gesprek opent en verheldert.

Praktijkvoorbeeld:

Gigamapping rondom het Schakelpunt in Rotterdam



Het Schakelpunt in Rotterdam werkt samen met meer dan 50 partners aan een helder doel: hulpvragen rondom digitalisering duurzaam doorverbinden met het juiste hulpaanbod – eenvoudig, toegankelijk en betrouwbaar. De centrale vraag: Hoe maken we dit toekomstbestendig?

Belangrijke inzichten uit de Gigamap:

- Het Schakelpunt vormt de schakel tussen de landelijke DigiHulplijn en lokale partners zoals bibliotheken, huisartsen, zorginstellingen, welzijn en bedrijven.
- Onderwijs- en zorgprofessionals hebben behoefte aan digitale versterking, bijvoorbeeld door middel van training en coördinatie.
- Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en telecomaandbieders zijn logische partners – als de waarde en verantwoordelijkheid maar gedeeld worden.

Directe opbrengst:

De Gigamap bracht in één oogopslag het volgende aan het licht:

- Een duidelijker beeld van het speelveld en de betrokken partners.
- Inzicht in prioriteiten, randvoorwaarden en systeemgrenzen.
- De eerste contouren van een gedeelde maatschappelijke businesscase.
- Beter zicht op wie al betrokken is én wie nog moeten worden aangehaakt.

Deze inzichten uit de mindmap en Gigamap gebruikt Het Schakelpunt nu als basis om:

- haar waardepropositie en business case aan te scherpen - samen met huidige en potentiële partners.
- te werken aan een visueel en inhoudelijk sterk verhaal voor het verkrijgen van meerjarige financiering.

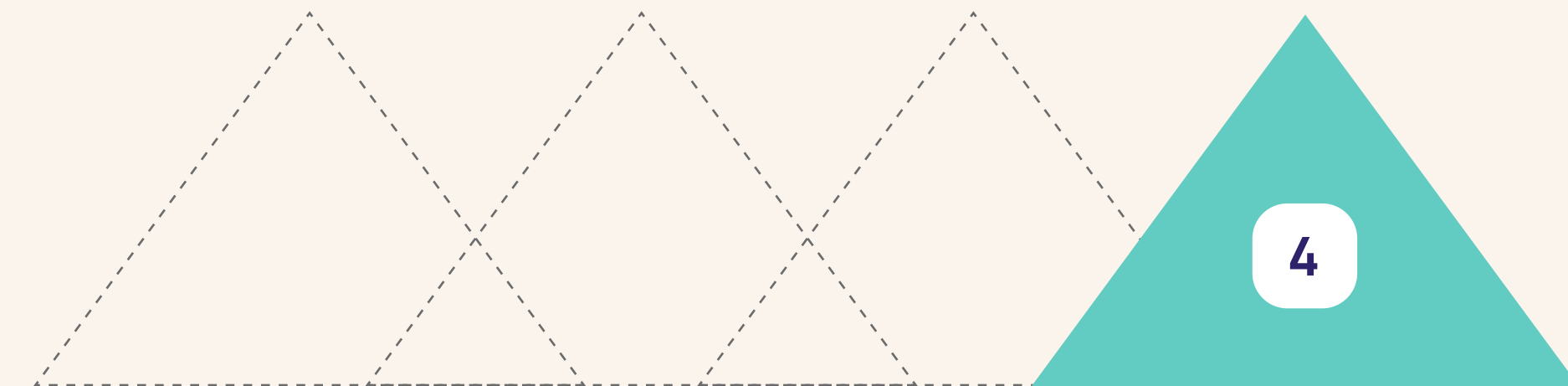
Uitdaging 4:

Waar sluiten we op aan?

Aansluiten op de mensen om wie het gaat

Nieuwe systemen, digitale diensten of producten werken vaak niet voor iedereen. Nieuwe toepassingen worden vaak getest door mensen die al goed met digitale middelen overweg kunnen en over genoeg vertrouwen beschikken om hier gebruik van te maken.

Het resultaat is een ontwerp of interventie die goed werkt voor de meeste gebruikers, maar niet voor iedereen. Dit wordt vaak stilzwijgend geaccepteerd. Soms wordt er voor de groep die niet mee kan doen een alternatief bedacht, maar dat voelt alsnog als uitsluiting en alsof zij geen onderdeel uitmaken van het geheel. De behoeften en wensen van de kwetsbaarste groep zijn niet goed in kaart gebracht, en de toepassing sluit niet aan op de leefwereld van de mensen die er het meeste profijt van hebben.



We kunnen dit patroon doorbreken door gebruik te maken van klantreizen - of in dit geval: patiëntreizen. Die laten zien welke route een patiënt doorloopt nu in het zorgproces, en hoe je zou willen dat die loopt. Hieronder zijn twee werkvormen opgesteld: het maken van de route en het inzetten van de route. Als je deze werkvormen combineert krijg je zicht op de knelpunten in de huidige ontwerp of de praktijk. Je kunt dan ook direct feedback vragen aan alle betrokkenen over wat er beter kan.

Werkvorm 7 – Maak je eigen klantreis



Verbinden van netwerken

Benodigheden:

- Werkblad Route maken geprint op A3 of online in Miro;
- Post-its;
- Stiften.

Downloads

↓ WERKBLAD - ROUTE MAKEN

↗ NAAR DE MIRO OMGEVING

Tijd: 2-3 uur (exclusief extra opmaak)

Deze werkvorm helpt deelnemers om een visuele weergave te maken van een bestaande of gewenste klant- of patiëntreis, inclusief alle betrokken partijen en hun interacties. Je maakt deze route vooraf, voordat je hem bespreekt met een bredere groep. Stel de route op met een klein groepje uit het bredere projectteam. Laat hem, voordat je hem breder inzet, testen op taalgebruik en sensitiviteit met een ervaringsdeskundige of expert op het gebied van inclusie. Je kunt de route direct gebruiken, of ervoor kiezen hem te laten opmaken door een grafisch ontwerper of communicatiemedewerker.

Ga naar de stappen



Stap 1 Online optie: Miro-template voorbereiden

- Maak in het Miro-template aan de linkerkant meerdere rijen aan.
- Geef elke rij een naam die een specifieke locatie vertegenwoordigt, bijvoorbeeld: Thuis, Huisarts, Ziekenhuis, Huis van de wijk en meer. Geef iedere rij haar eigen kleur.
- Verdeel de breedte van de route op in drie fases: Voorbereiding, tijdens en nazorg. Tijdens gaat over het actieve deel van de situatie die je onderzoekt -bijvoorbeeld: tijdens de thuismonitoring. Voorbereiding is het voortraject. Denk aan de selectie van deelnemers, of het uitnodigen van mensen voor een activiteit of interventie. Nazorg gaat over wat er gebeurt na afloop: contact, terugkoppeling of vervolg.

Offline optie: Print werkbladen Route maken

- Print de werkbladen op A3 en leg ze naast elkaar om een lange route te maken.

Stap 2 Betrokken partijen in kaart brengen

- Plaats in de rijen de betrokken partijen op post-its. Bijvoorbeeld: bij Thuis staan 'patiënt' en 'netwerk'. In de rij van de huisarts: 'huisarts' en 'POH'. In het ziekenhuis: 'specialist', 'doktersassistent', 'verpleegkundige' en 'verpleegkundige op afstand'.
- Geef iedere partij haar eigen kleur post-its.

Stap 3 Activiteiten en interacties vastleggen

- Gebruik post-its om op te schrijven wat elke betrokken persoon doet in de verschillende fasen (voor, tijdens en na). Doe dit chronologisch. Waar begin je? Tip: start bij de patiënt (of burger), wat is de eerste stap? Gaat de patiënt ergens naar toe of gebeurt alles thuis?
- Trek lijntjes tussen de partijen die contact hebben.
 - i. Wanneer er sprake is van fysiek contact, zet de twee post-its dan bij elkaar in de rij waar zij samenkomen en noteer op een van de post-its wat er gebeurt.
 - ii. Als er digitaal of telefonisch contact is, trek dan alleen een lijn tussen de twee post-its en noteer erbij wie wat doet.

Werkvorm 8 – Inzetten klantreis/route



Geïntegreerde ervaring

Benodigheden:

- Geprinte route op A3-formaat (1 fase per 1 A3);
- Post-its;
- Pennen en/of stiften.

Tijd: 120 minuten

Deze werkvorm helpt deelnemers om de huidige route te analyseren. Samen breng je verbeterpunten in kaart en kijk je hoe de route beter kan. Zorg ervoor dat je een zo divers mogelijke groep uitnodigt zoals zorgprofessionals, hulpaanbieders, private en publieke partijen, én de mensen om wie het gaat.

Voor de leesbaarheid kun je de route van werkvorm 7 het beste printen in 3 delen (voor, tijdens en na), elk op een apart A3-vel in liggend formaat. Zo kun je ze tijdens de sessie naast elkaar leggen, of los gebruiken als groepjes aan een specifieke fase werken.

[Ga naar de stappen](#)

Stap 1 Opening en uitleg route

- Heet iedereen welkom en leg uit waarom jullie samenkomen. Vertel daarna kort iets over de route: gaat het om de huidige situatie zonder interventie? Of werk je met een eerste ontwerp van een interventie? In het laatste geval is het belangrijk dat de interventie (bijvoorbeeld het schakelpunt of thuismonitoring) goed wordt toelicht, zodat iedereen begrijpt waar ze mee werken.
- Je kunt ervoor kiezen om na deze stap een mindmap te maken met daarop ieders associaties bij de interventie of het probleem.

Stap 2 Optimalisatie huidige route

- Je gaat samen op zoek naar verbeterpunten in de huidige route van het initiatief of probleem. Deelnemers lezen de route in groepjes door of één persoon leest plenair de stappen voor.
- Verdeel de groep in kleinere groepjes van vier tot acht mensen met verschillende achtergronden. Zo krijg je meteen meerdere perspectieven bij elkaar. Laat deelnemers in duo's of trio's de route nog een keer bekijken. Schrijf op post-its welke ideeën, zorgen of vragen er bij iedere stap.
- Nadat iedereen de route heeft bekeken, komt de groep weer samen. Iedereen deelt hun inzichten en de groep maakt van hun gezamenlijke post-its een nieuwe route. Hierbij is het belangrijk dat iedereen elkaar laat uitpraten en feedback en aanvullingen geeft met 'ja en' in plaats van met 'ja maar', zo blijft het gesprek open en gelijkwaardig.

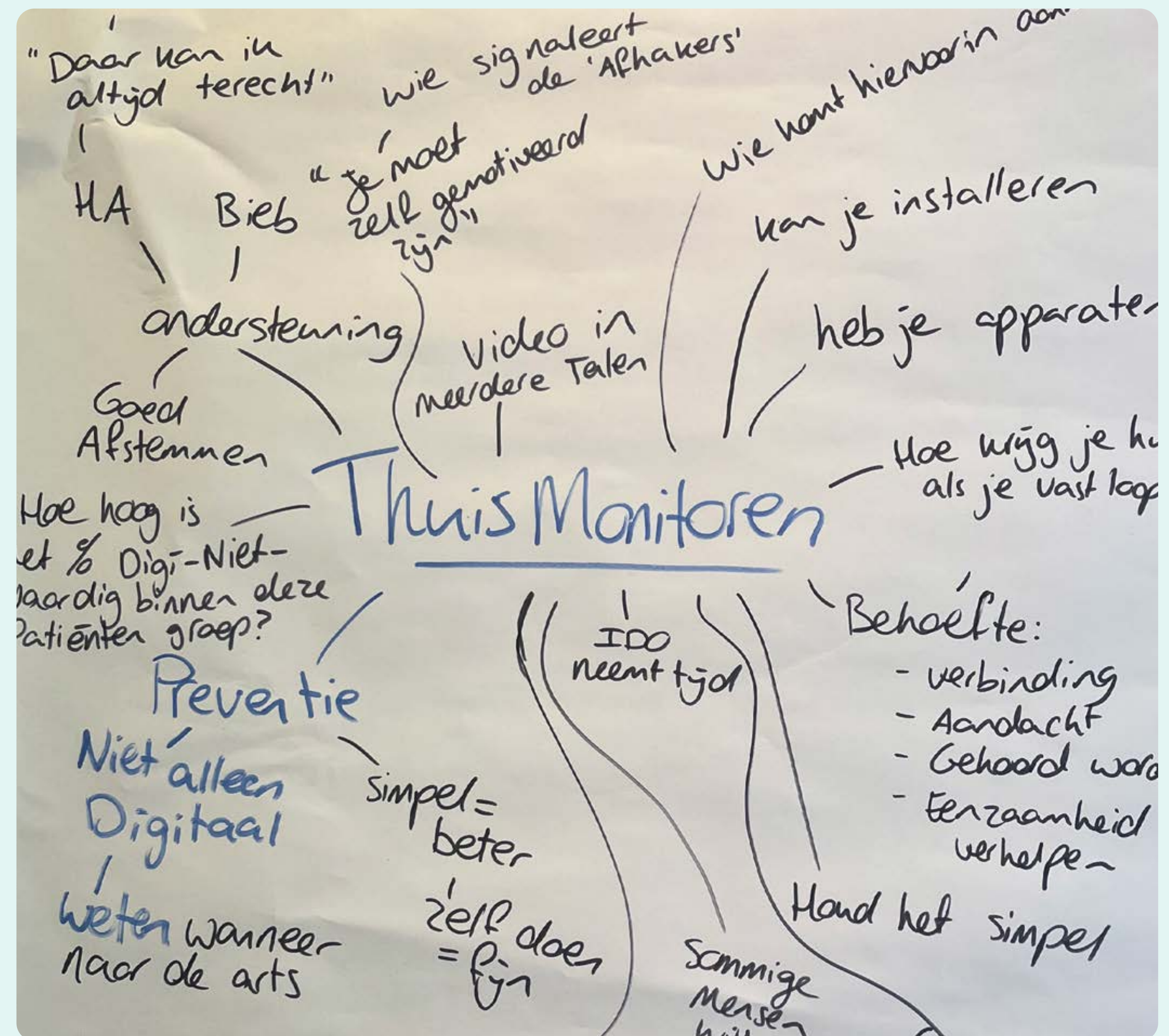
Stap 3 Presenteren en afsluiten

De groepen presenteren aan elkaar welke stappen of ideeën zij hebben uitgewerkt - en wat ze het belangrijkste vinden. De sessie wordt afgesloten met een bespreking van wat er met de uitkomsten gedaan wordt en wat het vervolg is.

Praktijkvoorbeeld:

Thuismonitoring in Vlaardingen

Het helpt om bij de inzet van nieuwe zorgtoepassingen al vanaf het begin van de ontwikkeling na te denken over inclusie. Dat merkten ze ook in Vlaardingen. Daar stelden ze zich de vraag hoe de pilot thuismonitoring van hoge bloeddruk inclusief te maken voor mensen die minder digitaal vaardig zijn. Een Vlaardingse huisarts schat dat 20% van de mensen met een hoge bloeddruk weinig digitale vaardigheden hebben - meer dan het landelijk gemiddelde. Terwijl juist deze groep veel baat zou kunnen hebben bij thuismonitoring - een digitale toepassing.



Opschalen

In Vlaardingen kwam het netwerk bijeen om zich over deze vraag te buigen. Het netwerk bestaat uit medewerkers uit de huisartsenpraktijk: huisartsen, praktijkverpleegkundigen, praktijkmanagers, doktersassistenten, en professionals uit hulp en welzijn: bibliotheekmedewerkers, sociaal werkers, belangenvertegenwoordigers en inwoners. Het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA) presenteerde daar een pilot thuismonitoring bij hoge bloeddruk. De pilot richt zich nu op een patiëntengroep die zelf digitaal vaardig en zeer gemotiveerd is. De vraag die RIGA heeft is: Hoe kunnen we deze pilot straks opschalen, zodat niet alleen deze patiëntengroep, maar iedereen die dat wil gebruik kan maken van deze vorm van digitale zorg - ook als we die toekomstige gebruikers nu nog niet meenemen?

Om dit te onderzoeken is eerst de huidige route van de pilot opgesteld. Deze route hebben we vervolgens doorlopen met professionals en inwoners. Zij hebben aangegeven waar zij belemmeringen of kansen zagen voor inclusieve opschaling. Sommige inzichten neemt RIGA direct mee in de pilot die binnenkort start. De complexere punten krijgen het aankomende halfjaar een plek in het vervolg van de pilot.

Uitkomsten uit de sessie voor een inclusieve pilot

Acceptatie van digitalisering in de zorg

Voor brede acceptatie is een cultuuromslag nodig. Voer het gesprek met huisartsen, POH'ers, patiënten en het ondersteuningsnetwerk. Alleen samen ontstaat vertrouwen in een nieuwe manier van zorg.

Bovengemiddeld aantal niet-digitaal vaardige patiënten

Bij pilots, zoals thuismonitoring van hoge bloeddruk, is het belangrijk rekening te houden met een hoger percentage mensen zonder digitale vaardigheden. Dit is het beginpunt van de reis – hier moeten professionals op aansluiten met passende ondersteuning.

Samenwerking tussen zorg, welzijn en digitale ondersteuning

Een pilot slaagt beter als zorg en sociale ondersteuning (zoals bibliotheek of buurthuis) samenwerken. Zo bereik je ook mensen die nu minder snel in beeld zijn.

Ondersteuning op vertrouwde plekken

Bied hulp aan op plekken waar mensen al komen: de bibliotheek, het huis van de wijk, school of de huisartsenpraktijk. Organiseer geen ondersteuning op nieuwe plekken met onbekende gezichten.

Duidelijke communicatie en informatie

Heldere instructies op papier, meertalige video's en duidelijke uitleg over voordelen zijn nodig om meer mensen te betrekken. Ondersteuners kunnen dit verhaal bevestigen en toelichten.

Voordelen in begrijpelijke taal

De voordelen van thuismonitoring en andere digitale zorg moeten gedeeld worden via campagnes in begrijpelijke taal. Laat zien wat het oplevert voor de patiënt.

Aandacht voor financiering en organisatie

Digitale inclusie kost tijd, geld en inspanning. Dat levert gesprekken over verantwoordelijkheid op.

Selectie en monitoring

Het is belangrijk te signaleren wie van de patiënten afhaakt – en waarom. Werk met inclusiecriteria die passen bij de praktijk. De signaalfunctie blijft bij de zorgverlener.

Blik van buiten

Waarde van toegankelijke digitale zorg en welzijn

Marieke Beekers
is verbindingsmaker bij Gemeente Breda. Ze is betrokken bij Bredata, het masterplan digitalisering voor de stad. Daarnaast werkt ze bij de proeftuin Dagelijks Leven aan digitale inclusie.

In Breda brengen we de dingen graag samen. Ook op gebied van toegankelijke digitale zorg en welzijn. Dat komt niet voort uit een beleidsstuk of voorschrift, maar is, vanwege zorgen over laaggeletterdheid, al langere tijd geleden ontstaan vanuit een groep bevlogen Bredanaars: een zorgbestuurder, wethouder, ambtenaren, zorgmedewerkers en creatieve makers. Zo is ook 'Huh, wat bedoelt u' ontstaan – een laagdrempelige, prikkelende manier om aandacht te vragen voor het belang van eenvoud.

Op basis van Bredata, een gezamenlijk geschreven visie op digitalisering, willen we van Breda de meest digitaal inclusieve stad van Nederland maken. Onder meer door aandacht voor eenvoud en door te zorgen dat iedereen mee kan doen. Natuurlijk is dat makkelijker gezegd dan gedaan, maar de ervaringen van de afgelopen jaren met aandacht voor eenvoud en het 'huh?' mogen zeggen, maken het wel makkelijker om het tot aandachtspunt te maken.

Ook in het Stedelijk Ethisch Team dat we hebben opgericht met een negental publieke organisaties in de stad is digitale inclusie vaak het eerste punt van aandacht bij een ethisch gesprek. 'Kan iedereen meedoen, sluiten we niemand uit?' klinkt daar veelal als eerste vraag bij de beoordeling van een technologische vernieuwing. Ook in het team is het samenspel van een grote diversiteit aan organisaties een meerwaarde: het maakt het eenvoudiger om elkaar te vragen hoe je nu zorgt voor toegankelijkheid in dienstverlening. Want ervaringen van bijvoorbeeld een woningcorporatie kunnen ook interessant zijn voor een ziekenhuis of zorgverlener.

Je moet het met andere woorden samen doen en ook inwoners betrekken. Juist die verscheidenheid aan perspectieven maakt je blik inclusiever. En daarmee ook je handelen. Niet omdat het moet maar omdat je het wilt. Geen opgelegde druk van bovenaf, waardenkaders of ingewikkelde regels maar een verlangen naar eenvoud voor iedereen zodat iedereen beter mee kan doen.

Het speelveld van sociaal-digitale ondersteuning

In dit intermezzo introduceert Social Envoy een nieuw perspectief op digitalisering in zorg, welzijn en ondersteuning.

Social Envoy vertelt verder: Dit nieuwe perspectief baseren we op wat we zagen, hoorden en leerden in de proeftuinen, op basis van gesprekken met betrokkenen, en vanuit inzichten uit wetenschap en praktijk.

Dit speelveld bestond dus nog niet in deze vorm. Het is ontstaan vanuit onze ontwerpbril, gevoed door de principes van systemic design. De kwadranten bieden een praktisch instrument om inzicht te krijgen in wie betrokken zijn, welke belangen meespelen en waar knelpunten kunnen ontstaan bij digitalisering in zorg en welzijn. Ze helpen om bewust keuzes te maken en beter samen te werken.

We gebruiken dit speelveld niet om te versimpelen, maar juist om de complexiteit hanteerbaar te maken. Vaak zien we dat digitalisering in zorg en welzijn niet aansluit bij de dagelijkse werkelijkheid van mensen – noch bij de gebruikers, noch bij de professionals die ermee werken. Hierdoor ontstaat een kloof tussen beleid en praktijk, tussen systemen en mensen, tussen wat bedoeld wordt en wat ervaren wordt.

Door dit speelveld zichtbaar te maken, openen we de dialoog over waar het knelt en waar ruimte is voor verandering. Wanneer digitalisering vooral draait om systemen en processen, haken veel mensen af of kunnen ze simpelweg niet meedoen. Menselijke relaties maken dan het verschil: zij brengen warmte en begrip terug in een wereld die anders snel afstandelijk en onpersoonlijk aanvoelt.

Als we willen dat digitalisering binnen zorg en welzijn voor iedereen werkt, vraagt dat om zorgvuldig handelen. Niet als bijzaak, maar als uitgangspunt. Wanneer we ‘menselijkheid’ centraal stellen – zie ook het stuk over waarden – komt er beweging. Dan ontstaat ruimte om anders te kijken, anders te doen, en samen te ontwerpen aan een toekomst waarin digitale ondersteuning wél aansluit. Voor iedereen.

Het speelveld in beeld

Om dit nieuwe perspectief concreet te maken, gebruiken we twee assen:

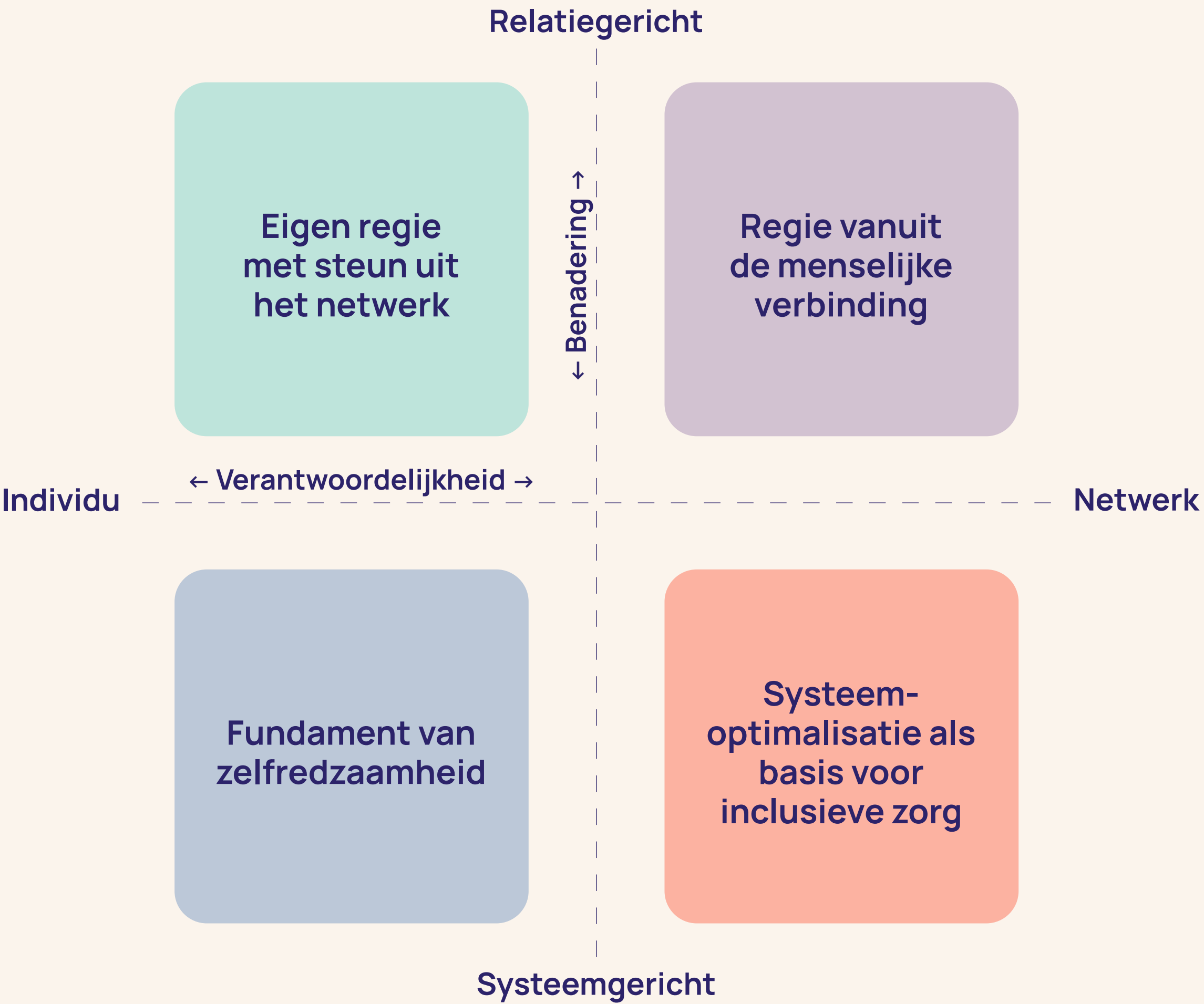
↑ **Verticale As – Benadering**

Deze as benadert digitalisering in zorg en welzijn vanuit systemen, processen en technologie (onderaan), of vanuit relaties, vertrouwen en onderlinge afhankelijkheid (bovenaan). Onderaan zie je oplossingen die draaien om efficiëntie, schaalbaarheid en structuur – denk aan digitale loketten, dashboards en standaardprocedures. Bovenaan staat het contact centraal: luisteren, afstemmen, aansluiten bij de context en leefwereld van iemand.

→ **Horizontale As – Verantwoordelijkheid**

Deze as maakt zichtbaar wie de verantwoordelijkheid draagt om mee te kunnen doen in een steeds verder gedigitaliseerde samenleving. Helemaal links ligt die verantwoordelijkheid bij het individu – de inwoner, patiënt, mantelzorger, professional of vrijwilliger. Zij worden geacht digitaal vaardig en zelfredzaam te zijn. Helemaal rechts ligt die verantwoordelijkheid bij het bredere netwerk: zorgorganisaties, beleidsmakers, leveranciers en overheden. Daar ligt de opdracht om drempels te verlagen, structuren aan te passen en ondersteuning te bieden die echt past bij mensen.

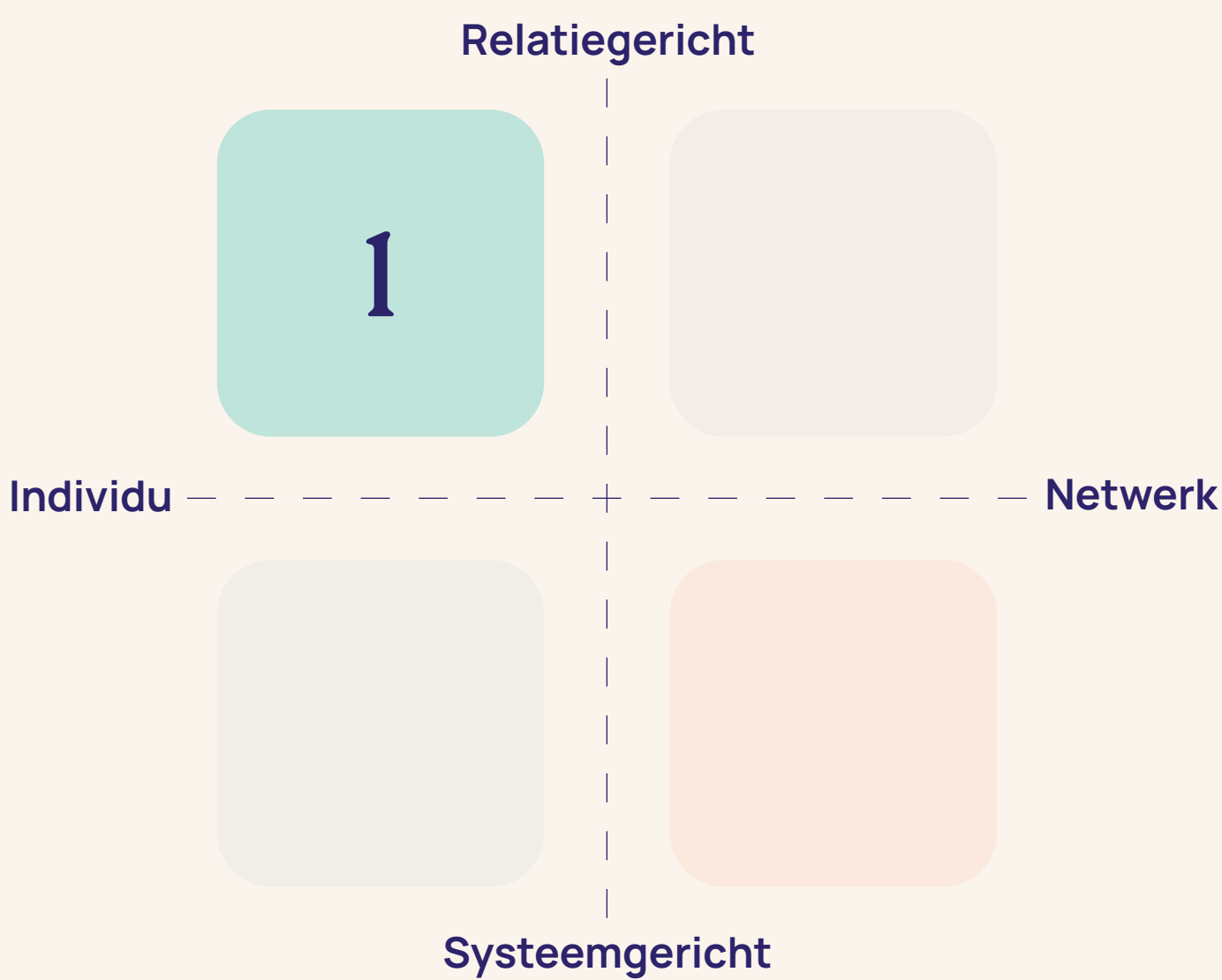
Samen vormen deze assen vier kwadranten, die elk een ander perspectief geven op digitale ondersteuning. Geen kwadrant is beter dan de ander; ze vullen elkaar aan afhankelijk van de situatie.



Kwadrant 1:

Eigen regie met steun uit het netwerk

Verantwoordelijkheid bij het individu, benaderd vanuit de relatie.



Dit kwadrant belicht situaties waarin de verantwoordelijkheid om digitaal mee te doen bij het individu ligt, aangevuld met ondersteuning vanuit persoonlijke relaties en netwerken. Mensen maken zélf de keuze hoe zij digitale toepassingen inzetten, of wanneer ze liever een fysiek alternatief zoeken om regie te houden over hun eigen zorgproces. Ook al verwacht men dat mensen zelfstandig hun weg vinden, digitaal vaardig zijn en hulp durven vragen, ligt de sleutel hier in het aanwezige netwerk – formeel én informeel.

Van mantelzorgers tot initiatieven in buurthuizen, bibliotheken of in de wijk (hulpaanbod): dit netwerk speelt een cruciale rol in het versterken van eigen regie. Ze bieden niet alleen praktische hulp, maar fungeren ook als vertrouwenspersoon en vangnet. Om echt verschil te maken, is het belangrijk dat zowel het individu (burger én professional) als het ondersteunende netwerk de ruimte krijgen om vaardigheden te ontwikkelen. Zo kunnen mensen hun digitale mogelijkheden op hun eigen manier en in hun eigen tempo opbouwen – óf terugvallen op een passend alternatief waarin ze wél ondersteund worden.

Dit kwadrant benadrukt de kracht van nabijheid: eigen regie wordt sterker als mensen zich gedragen en gesteund voelen. En dat begint vaak bij iets kleins – een vertrouwd gezicht of een persoonlijk gesprek. In een digitale wereld die vaak is ingericht als 'zelfbediening',

blijft zorg ontvangen vooral een kwestie van gezien, gehoord en begrepen worden. Hierbij vormt het netwerk een onmisbare schakel.

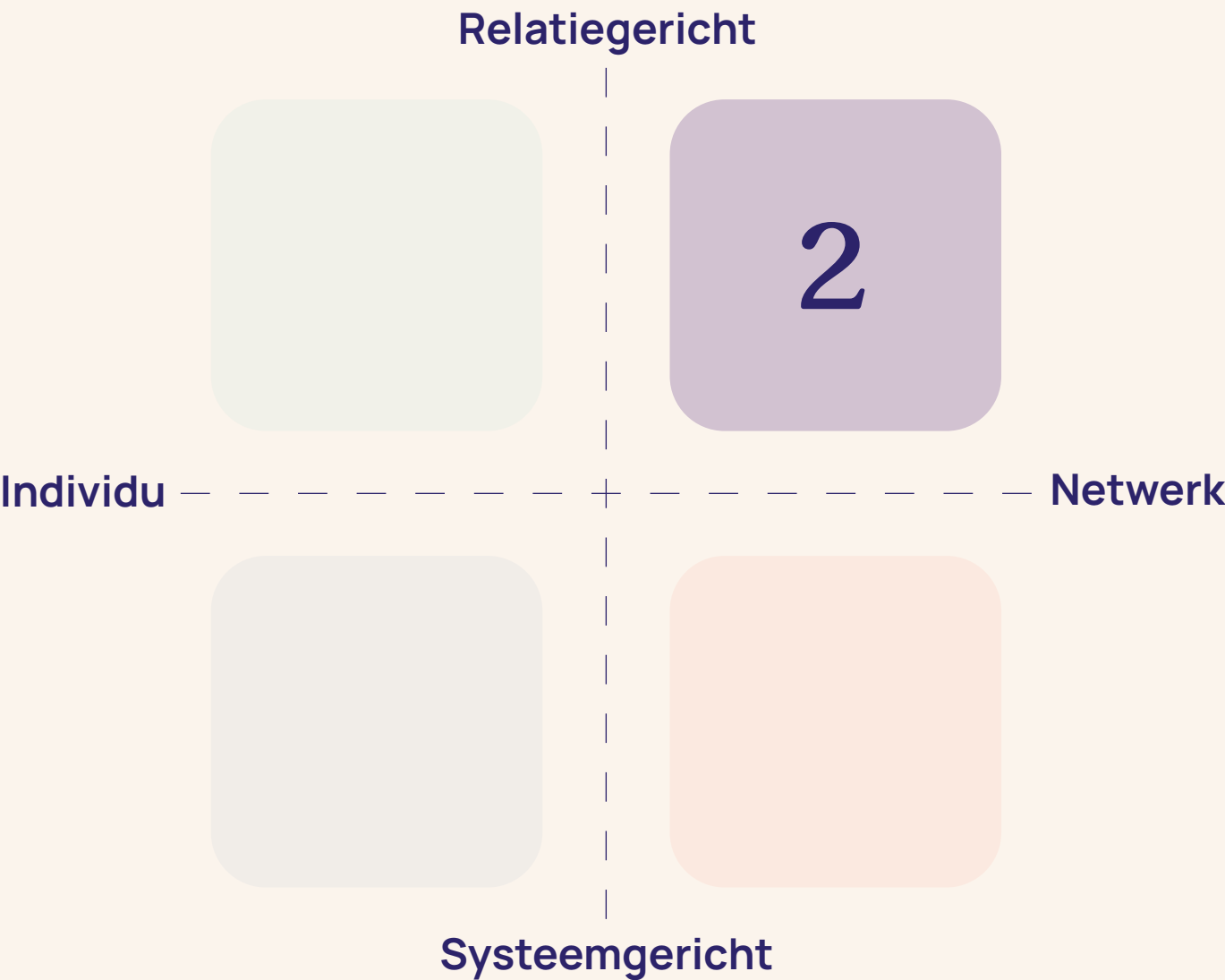
- **Van:**
Hulp vragen is iets wat je zelf moet regelen, als je dat niet doet, val je buiten de boot.
- **Naar:**
Hulp vragen mag, dit is laagdrempelig, via mensen die je vertrouwt.



Kwadrant 2:

Regie vanuit de menselijke verbinding

Verantwoordelijkheid vanuit het netwerk, gedragen in verbinding met mensen.



In dit kwadrant ligt de verantwoordelijkheid bij het netwerk – organisaties, professionals en beleidsmakers – om mensen actief mee te nemen in de veranderingen die digitalisering in zorg en welzijn met zich meebrengt. Het gaat om ontwikkelingen die direct invloed hebben op het zorgproces, en raakt dus zowel patiënten als professionals. Dat vraagt om regie vanuit zorg- en welzijnsorganisaties én het hulpaanbod: om toegankelijkheid te waarborgen, drempels weg te nemen en te zorgen dat iedereen mee kan doen.

De vaardigheden die nodig zijn om met digitale zorgtoepassingen om te gaan, horen in eerste instantie verankerd te zijn bij de professionals zelf, en in het beleid van organisaties vastgelegd te zijn. Dit moet op orde zijn voordat je patiënten (en burgers) mee kunt nemen – op een manier die aansluit bij hun tempo en behoeften. Denk aan extra ondersteuning op basis van ervaring, of begeleiding vanuit andere netwerken.

In dit kwadrant draait het om de menselijke kant van digitalisering. Sommige mensen hebben behoefte aan persoonlijke, laagdrempelige hulp: iemand die meedenkt, de tijd neemt en uitleg geeft zonder oordeel. Zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen of digitale coaches kunnen die rol vervullen: zij maken de digitale zorgwereld toegankelijk en begrijpelijk.

Essentieel is dat zorgprofessionals digitalisering zien als een vanzelfsprekend onderdeel van hun werk – en dat dit ook terugkomt in opleidingen en professionele ontwikkeling. Het vraagt om eigenaarschap: niet alleen doen wat moet, maar ook nadenken over wat digitalisering betekent voor de eindgebruiker. Die verantwoordelijkheid mag niet worden afgeschoven op de patiënt of hulpverlener.

Door bovendien het netwerk rond de patiënt – formeel én informeel – te kennen en bewust in te zetten, maak je ruimte voor mensgerichte ondersteuning en gedeelde regie. Dit kwadrant geeft aan dat technologie menselijke relaties kan versterken, maar ze nooit mag vervangen. Het netwerk creëert ruimte voor het individu, met als doel: passende begeleiding in een steeds digitaler zorglandschap. Daarbij hoort ook het goed aansluiten van hulpstructuren, zodat iedereen daadwerkelijk toegang krijgt tot inclusieve zorg.

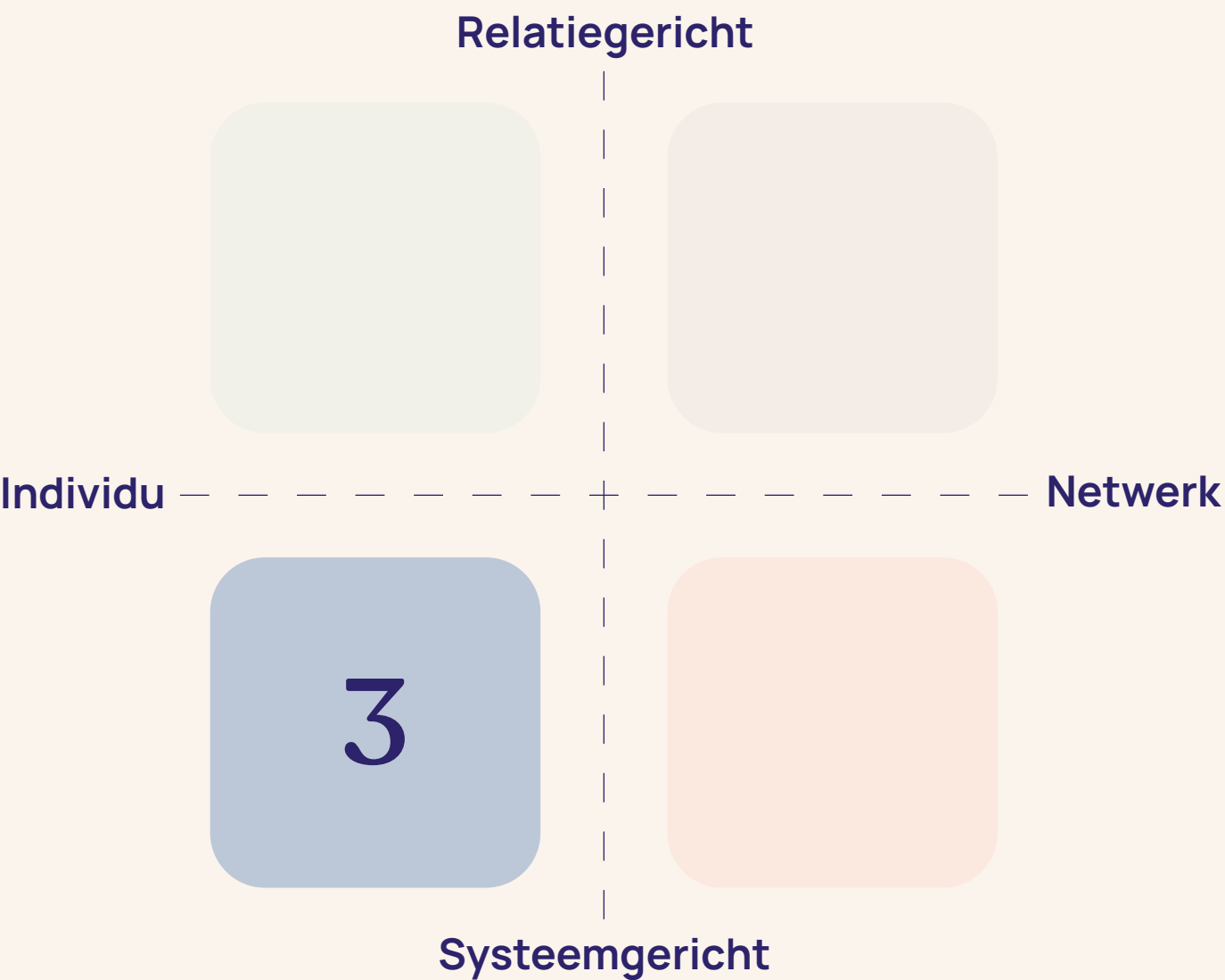
- **Van:** Reparatie achteraf bij wie afhaakt.
- **Naar:** Vooraf verantwoordelijkheid nemen voor inclusieve implementatie.



Kwadrant 3:

Fundament van zelfredzaamheid

Individuele verantwoordelijkheid, benaderd vanuit de systemen.



In dit kwadrant staat de veronderstelling centraal dat mensen zelfstandig kunnen omgaan met digitale processen en middelen in zorg en welzijn. Veel toepassingen gaan ervan uit dat mensen dit allemaal zelf kunnen regelen: van wifi en apps, tot aanvragen van zorgtoeslagen, indienen van declaraties of simpelweg het maken van een afspraak bij de huisarts.

Maar in de praktijk is het vaak te moeilijk gemaakt. Denk aan complexe inlogprocedures, digitale barrières, of onduidelijkheid over machtigingen en privacyregels (AVG). Juist in die praktische stappen – zoals DigiD, tweestapsverificatie of het ontbreken van standaardisatie – ontstaan drempels die zelfredzaamheid belemmeren.

Daarom vraagt dit kwadrant om ontwerp vanuit inclusie: hoe zorgen we ervoor dat iedereen, ongeacht achtergrond, vaardigheid of apparaat, zelfstandig kan handelen? Of – als dat niet lukt – dat het netwerk op een laagdrempelige manier kan helpen, zonder dat wet- en regelgeving daarbij in de weg staat.

Het draait hier om de basis op orde te hebben: technologieën, infrastructuren en hulpmiddelen die mensen in staat stellen hun weg te vinden. Denk aan toegankelijkheid, structurele ondersteuning, één herkenbare werkwijze, en afspraken die over gemeentegrenzen heen werken. Ondersteuning die

niet stopt bij het eerste loket, maar mensen écht verder helpt.

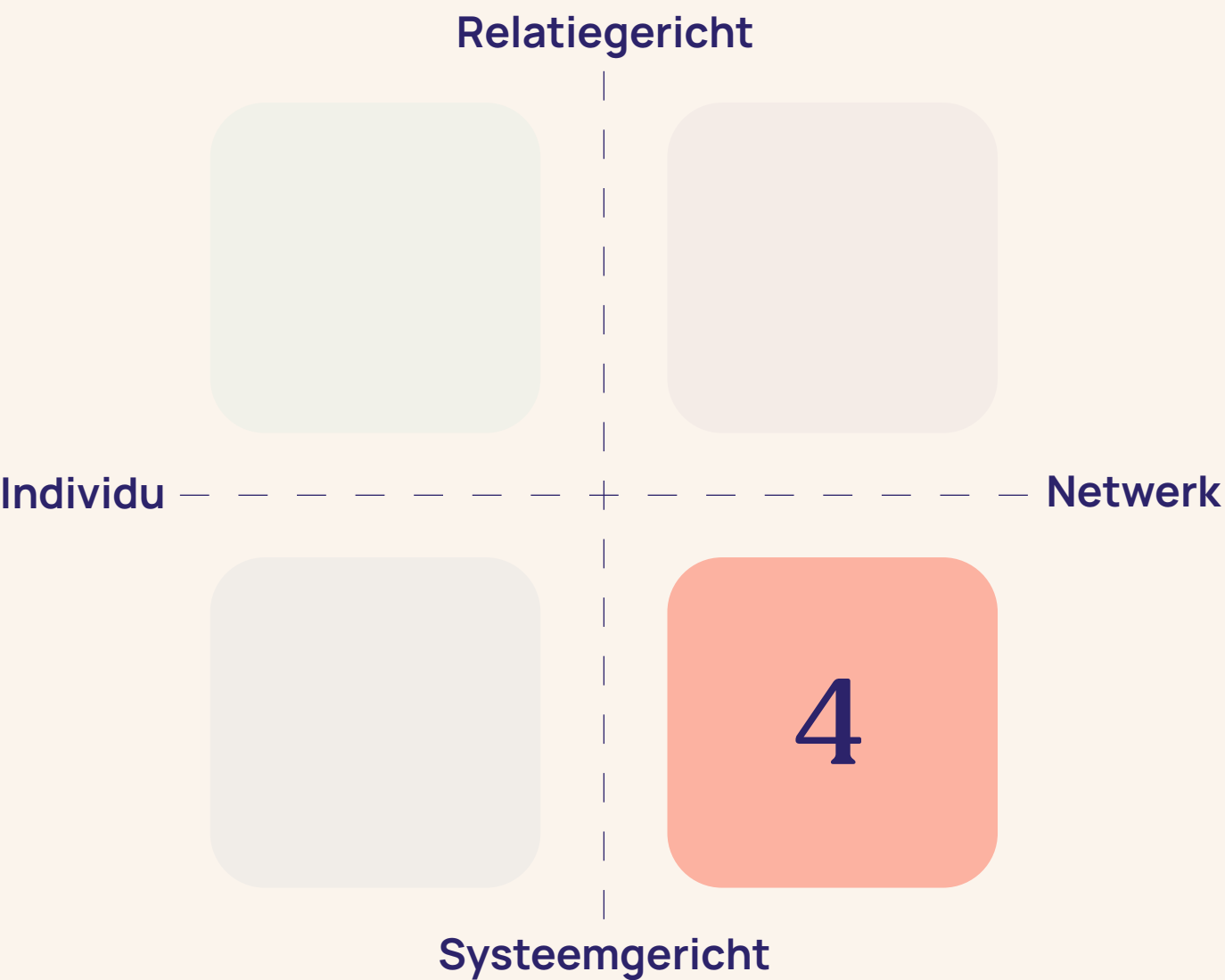
Zonder heldere afspraken blijft toegang tot digitale zorg te afhankelijk van toeval – van wie je treft, hoeveel tijd er is, hoeveel geld je hebt of hoe digitaal vaardig je toevallig bent. Dit kwadrant stelt daarom een fundamentele vraag: als we uitgaan van eigen verantwoordelijkheid, hoe zorgen we er dan voor dat de systemen die we bouwen die verantwoordelijkheid ook mogelijk maken?

- **Van:**
Je moet het wel zelf regelen.
- **Naar:**
Je kúnt het zelf regelen – met of zonder hulp – en wordt daarin ondersteund door regelgeving, processen en technologie.

Kwadrant 4:

Systemoptimalisatie als basis voor inclusieve zorg

Verantwoordelijkheid vanuit het netwerk, benaderd vanuit systemen.



In dit kwadrant ligt de verantwoordelijkheid bij zorg- en welzijnsorganisaties, beleidsmakers en ondersteuningsnetwerken om digitalisering zó in te richten dat het werkt voor álle mensen. De focus ligt op efficiënte, schaalbare systemen en goed ontworpen technologie die de zorg toekomstbestendig maakt – zonder mensen uit te sluiten.

Hier draait het om strategische en praktische keuzes aan de systeemkant: het ontwikkelen van digitale diensten en infrastructuren die mensen proactief ondersteunen en drempels voor toegang tot zorg wegnemen. Efficiëntie en innovatie zijn belangrijk, zeker met het oog op schaarste in de zorg, maar mogen nooit ten koste gaan van inclusie.

De centrale opgave hierbij is dan ook: hoe maken we het aan de voorkant zo eenvoudig mogelijk voor de eindgebruiker, terwijl we de complexiteit achter de schermen organiseren? Denk aan het vereenvoudigen van inlogprocedures, zorgen dat systemen met elkaar communiceren, het aanbieden van fysieke alternatieven, en het inbouwen van ruimte voor hulp bij ondersteuningsnetwerken – zonder dat professionals of mantelzorgers verdwalen in een digitaal doolhof.

Dit kwadrant vormt de technische en structurele basis van een werkbaar digitaal zorglandschap. Maar techniek is geen doel op zich. Zonder verbinding

met de andere kwadranten – waarin relaties, nabijheid en regie centraal staan – blijft dit 'techniek om de techniek'.

De uitdaging is dus om systemen te ontwerpen die het leven van mensen écht makkelijker maakt. Niet alleen voor de 80% die redelijk zelfredzaam is, maar ook – en vooral – met de 20% in gedachten die extra ondersteuning nodig heeft. We moeten inclusie al aan de achterkant inbouwen.

Het netwerk – als eigenaar van het probleem én van de oplossing – heeft hier de taak om technologie niet alleen efficiënt, maar ook mensgericht te maken. Dat vraagt om meer tijd en aandacht in de ontwikkelfase, maar betaalt zich uit in een digitale voorkant die toegankelijk is voor iedereen.

- **Van:**
We bouwen efficiënte systemen, toegankelijkheid regelen we later wel.
- **Naar:**
Toegankelijkheid is een randvoorwaarde – geen bijzaak.



Tot slot

Het speelveld maakt zichtbaar waar digitale zorg en ondersteuning vastlopen en waar je ruimte kunt maken voor verandering. Het helpt om anders te kijken: niet alleen naar systemen of technologie, maar ook naar relaties, rollen en gedeelde verantwoordelijkheid. Door bewuste keuzes te maken over hoe we digitalisering vormgeven, kunnen we zorgen dat niemand wordt buitengesloten.

Dit vraagt om actie, van iedereen in het netwerk. Niet later, maar nu. Door samen te ontwerpen, vanuit contact en structuur, bouwen we aan digitale zorg die werkt in de praktijk – en klopt voor de mensen om wie het gaat.

Checklijst voor elke digitale zorgoplossing:

	Ja	Nee
Kwadrant 1		
Is er een fysiek alternatief?	☐	☐
Kwadrant 2:		
Kunnen professionals mensen goed meenemen?	☐	☐
Kwadrant 3:		
Is de oplossing écht simpel en duidelijk?	☐	☐
Kwadrant 4:		
Zijn systemen op de achtergrond slim geregeld, zodat de voorkant makkelijk is?	☐	☐

Als je ergens “nee” moet zeggen → je ontwerp sluit nog niet aan.



Hoofdstuk 3

Slotwoord

- [ADS: De zes bouwstenen van digitale inclusie](#)
- [Pharos: Werken vanuit vertrouwen en gelijkwaardigheid](#)
- [Bronnen](#)
- [Begrippen](#)
- [Afkortingen](#)
- [Colofon](#)



Hoofdstuk 3

Deze conceptblauwdruk is onze eerste aanzet voor een volledig stappenplan om digitale zorg en welzijn te realiseren die écht aansluit bij de behoeften van mensen.

Deze blauwdruk is een uitnodiging om gezamenlijk te onderzoeken wat er al in je netwerk gebeurt en wat er nog moet groeien. Laten we samen voorbij de 'papieren werkelijkheid' kijken, bestaande patronen doorbreken en oplossingen bouwen die recht doen aan ieders unieke ervaring. Het doel is niet om alles perfect te maken, maar om stap voor stap te bewegen naar een praktijk waarin niemand wordt buitengesloten.

Digitale zorg en welzijn kan menselijker, toegankelijker en eerlijker worden, maar alleen als we hier samen de verantwoordelijkheid voor nemen. Het begint bij de mensen, vraagt om voortdurende samenwerking, en vereist dat we onderweg blijven leren.

Word lid van onze community en geef je feedback op dit concept, zodat we er samen een krachtig en volledig stappenplan van kunnen maken!

 VOLG ONS OP LINKEDIN

 MAIL ONS JE FEEDBACK

(contact@digitaalsamenleven.nl)

ADS: De zes bouwstenen van digitale inclusie

ADS werkt altijd vanuit de zes bouwstenen voor digitale inclusie. In de optimale situatie wordt met alle bouwstenen rekening gehouden om ervoor te zorgen dat iedereen mee kan blijven doen in de digitale samenleving. De bouwstenen versterken elkaar en helpen om van losse initiatieven een samenhangende beweging te maken. Eerder ontwikkelden we vanuit deze zes bouwstenen onze Lokale Aanpak - een methode die zorgt voor een sterke en samenhangende aanpak van digitale inclusie op lokaal niveau.

De mens centraal



Mensen zijn altijd het startpunt bij de aanpak van een digitale samenleving waarin iedereen kan meedoen. De belemmeringen en behoeften van mensen staan centraal.

Bewustzijn & motivatie



Mensen begrijpen wat digitale technologie voor hen kan betekenen. Ze kunnen zelfverzekerd keuzes maken en zijn gemotiveerd om gebruik te maken van digitale technologie.

Ondersteunings- netwerk



Mensen kunnen op (fysieke) plekken terecht voor passende ondersteuning, oplossingen of directe doorverwijzing. Vertrouwd en dichtbij.

Toegankelijkheid van digitale diensten



Mensen kunnen digitale diensten gebruiken omdat deze voor iedereen toegankelijk en inclusief zijn ontworpen.

Toegang tot apparaten en internet



Mensen hebben geschikte apparaten en internet moet betaalbaar zijn voor iedereen.

Digitale vaardigheden



Mensen hebben de benodigde vaardigheden om digitaal mee te kunnen doen.

Pharos: Werken vanuit vertrouwen en gelijkwaardigheid

Inzichten en overtuigingen die vanuit Pharos in dit project centraal staan:

1 Cruciale rol voor vertrouwen

Digitale zorg en ondersteuning valt of staat met vertrouwen: vertrouwen van gebruikers van digitale zorgtoepassingen; vertrouwen in de plekken waar hulp geboden wordt; vertrouwen van de zorgprofessional in de organisatie waar naar doorverwezen wordt; vertrouwen vanuit de welzijnsmedewerker dat er goed ingespeeld wordt op de hulpvraag. Dat vertrouwen moet opgebouwd worden en dat kost tijd. Het is daartoe essentieel om elkaar te leren kennen, met elkaar in gesprek te gaan over zorgen, wensen en behoeften.

2 Netwerkpartners in beeld

Met wie ga je in gesprek om een goed beeld te krijgen van wat er speelt en met wie je gaat samenwerken? Het streven is om verschillende perspectieven – vanuit de mensen om wie het gaat, zorgprofessionals, welzijn en ondersteuning, bestuurders – te betrekken en dat de betrokkenen elkaars taal leren begrijpen. Alleen dan is het mogelijk om zonder ruis een gelijkwaardig gesprek te voeren.

3 Neem de tijd elkaar te horen

Iedereen denkt mee vanuit een ander uitgangspunt, perspectief of vanuit andere mogelijkheden. Maar veelal werken we wel aan hetzelfde doel: zorgen dat iedereen mee kan doen in de digitale zorg en ondersteuning. Het uitwisselen van verschillende behoeften en belangen zorgt ervoor dat je je in kunt leven en elkaar beter begrijpt.

4 Gelijkwaardige samenwerking

Door met verschillende perspectieven een gelijkwaardige samenwerking op te bouwen komt er inzicht in welke vragen er spelen en welke ruimte er is om aan de slag te gaan. Het in kaart brengen van deze perspectieven en het bouwen van een relatie gebaseerd op vertrouwen kost tijd. Het vormt de basis van een stabiel netwerk dat kan samenwerken vanuit vertrouwen, gelijkwaardigheid en wederkerigheid.

5 Verschillende vormen van kennis

Niet alleen professionele expertise, maar juist ook de ervaringen van de mensen om wie het gaat, zijn van grote waarde. Zij weten als geen ander wat er speelt in de regio en welke obstakels of kansen zij tegenkomen bij digitale zorg en ondersteuning. Daarom is het van belang om vanaf de start samen te werken met de mensen om wie het gaat. Dit kan in de ontwikkeling, vormgeving en uitvoering van de aanpak. Het helpt om blinde vlekken en interpretaties te toetsen, perspectieven te verrijken en met acties en oplossingen echt aan te sluiten op gevoelde behoeftes en belemmeringen. Door het bundelen van professionele, wetenschappelijke en ervaringskennis ontstaat een rijker, vollediger beeld van wat nodig is. Op deze manier kunnen we digitale zorg en ondersteuning ontwikkelen die écht werkt voor iedereen.



Bronnen

Wetenschappelijke en beleidsmatige publicaties

Dekker, L. e.a. (2024). Zorg en sociaal domein. *Themaverkenning bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). <https://doi.org/10.21945/RIVM-2024-0047>

Hoevenagel, R. & Joossen, J. (2022). *Wie bereikt de (rijks)overheid niet?* Leids OnderzoeksKollectief (LOK).

Van Deursen, A. & Helsper, E. J. (2020). *Digitale vaardigheden: Een onderzoeks- en beleidsagenda*. Centrum voor Digitale Inclusie, Universiteit Twente.

Praktijkbronnen en tools

Alliantie Digitaal Samenleven (2025). *Zes bouwstenen voor digitale inclusie*. <https://digitaalsamenleven.nl/>

Alliantie Digitaal Samenleven (2024). *Lokale Aanpak Digitale Inclusie*. <https://digitaalsamenleven.nl/lokaleaanpak/>

Alliantie Digitaal Samenleven (2024). *Handboek Lokale Aanpak Digitale Inclusie*. <https://digitaalsamenleven.nl/handboek/>

Ecorys (2024). *Maatschappelijke kosten-batenanalyse van de Lokale Ketenaanpak Digitale Inclusie*. <https://www.ecorys.com/nl/case-studies/social-cost-benefit-analysis-of-the-digital-society-alliance/>

New Future Lab, DigiHandig, ADS (2023). *Meedoen in een digitale wereld: motivatie ontrafeld*. <https://digitaalsamenleven.nl/nieuws/meedoen-in-een-digitale-wereld-motivatie-ontrafeld/>

Ouder Worden 2040 (z.j.). *Technologie en digitalisering in een ouder wordende samenleving*. <https://www.ouderworden2040.nl/inspiratie-ouder-worden-2040/>

Pharos (2022). *Inclusief co-creëren: hoe werk je samen met de mensen om wie het gaat?* <https://www.pharos.nl/kennisbank/inclusief-co-creeren/>

Pharos (2023). *Ondersteuning bij digitale zorg voor mensen met een migratieachtergrond*. <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2023/11/Ondersteuning-bij-digitale-zorg-voor-mensen-met-een-migratieachtergrond-Pharos.pdf>

Pharos (2024). *Behoeftenprofielen voor ondersteuning bij digitale zorg*. <https://www.pharos.nl/kennisbank/behoefteprofielen-ondersteuning-bij-digitale-zorg/>

Pharos (2025). *Campagne Meedoen aan digitale zorg: 5 portretten*. <https://www.pharos.nl/ehealth-en-digitale-zorg-voor-iedereen/meedoen-aan-digitale-zorg/>

Pluut & Partners (2024). *Onderzoek in het kader van Digitale Zorg en Welzijn Dichtbij*. Intern rapport.

Rijksoverheid (2022). *Integraal Zorgakkoord (IZA)*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/integraal-zorgakkoord>

Rijksoverheid (2022). *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen>

Video's en webinars

Alliantie Café (2025). *Trends in de digitaliserende samenleving*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=pNLUmn6mTso>

Alliantie Café / Lucille Standaar (2025). *Toegang tot digitale zorg – blinde vlekken en uitdagingen*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=-0SCMkDMU-4>

Alliantie Café / Pharos (2025). *Lokaal samenwerken voor ondersteuning bij digitale zorg*. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=eLae2hPvU_4

Alliantie Café (2025). *Ontwerpen voor maatschappelijke impact*. YouTube. Alliantie café: Ontwerpen voor maatschappelijke impact.

Netwerk Digitale Inclusie Rotterdam (2025). *Het Schakelpunt*. <https://www.netwerkdigitaleinclusie.nl/schakelpunt/>



Begrippen

B Beleidsfocus op risicobeheersing – Beleid dat vooral gericht is op juridische zekerheid en veiligheid, waardoor toegankelijkheid minder aandacht krijgt.

Blauwdruk – Een helder en praktisch overzicht van hoe je iets kunt aanpakken, gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Het is geen vaste handleiding, maar een hulpmiddel dat laat zien wat werkt en waar je op moet letten als je ergens mee aan de slag gaat.

Bouwstenen van digitale inclusie – Zes thema's die samen zorgen dat iedereen kan meedoen: de mens centraal, ondersteuningsnetwerk, bewustzijn en motivatie, toegankelijkheid van diensten, toegang tot internet/apparaten, en digitale vaardigheden.

Businesscase – Een onderbouwing die laat zien wat een aanpak of investering oplevert, bijvoorbeeld in geld, tijd of maatschappelijke waarde.

C Cirkel van invloed – Een hulpmiddel om in kaart te brengen waar je zorgen liggen, waar je invloed op hebt en welke acties je kunt nemen – individueel en als groep.

Co-creatie – Samen met verschillende betrokkenen, inclusief gebruikers, aan iets werken.

D Design Thinking – Ontwerpgerichte aanpak voor het oplossen van complexe vraagstukken, met focus op gebruikersbehoeften.

Digitale inclusie – Iedereen moet kunnen meedoen in de digitale samenleving, ongeacht achtergrond of vaardigheden.

Digitale solidariteit – Idee dat mensen die wél digitaal mee kunnen, dat ook doen om ruimte te houden voor wie dat (nog) niet kan.

Digitale transformatie – De structurele verandering van processen, diensten en communicatie door het gebruik van digitale technologie.

Digitale vaardigheden – Vaardigheden om met digitale middelen om te gaan, zoals websites gebruiken, formulieren invullen of inloggen.

Digitale zelfredzaamheid – Het vermogen om zelfstandig gebruik te maken van digitale diensten, zoals zorgportalen of overheidswebsites.

Digitale zorg – Zorg via digitale middelen (zoals patiëntportalen, apps, beeldbellen).

Digitale zorgtoepassing – Een digitaal hulpmiddel waarmee mensen hun gezondheid kunnen monitoren, zorg kunnen regelen of communiceren met zorgverleners.

Digitalisering als norm – De aanname dat digitale oplossingen de standaard zijn, ook als niet iedereen kan meekomen.

E Eigenaarschap – De verantwoordelijkheid nemen (of krijgen) voor een bepaald proces, taak of resultaat, vaak genoemd in verandertrajecten.

Empathische inclusie – Benadering die uitgaat van het erkennen van meervoudige kwetsbaarheid en het aanpakken van digitale uitsluiting als breder maatschappelijk probleem.

Ervaringsdeskundige – Iemand die op basis van eigen ervaring bijdraagt aan beleidsontwikkeling of dienstverlening.

F Future Search – Methode voor gezamenlijke toekomstplanning met meerdere belanghebbenden.

G Geitenpaadjes – Informele omwegen die ontstaan als het reguliere systeem niet werkt voor iedereen; vaak het resultaat van uitsluiting.

Gelijkwaardige samenwerking – Vorm van samenwerken waarin alle perspectieven evenveel waarde hebben, of ze nu uit ervaring, beleid of praktijk komen.

Gezondheidsvaardigheden – De vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid te begrijpen, beoordelen en gebruiken bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid.

Gigamapping – Visuele werkvorm waarmee je complexe netwerken, relaties en geldstromen rond een vraagstuk in beeld brengt.

H Hulpstructuur – Een georganiseerde vorm van ondersteuning, zoals netwerken, voorzieningen of instanties die mensen kunnen helpen bij specifieke vragen of problemen.

I Inclusieve co-creatie – Samen ontwerpen met diverse groepen, waarbij alle stemmen en vormen van kennis even zwaar wegen.

Infrastructuur – De technische en organisatorische basis waarop digitale zorg werkt, zoals internet, software, ondersteuning en regels.

Interoperabiliteit – Het vermogen van verschillende systemen om effectief met elkaar te communiceren en informatie uit te wisselen.

Ijsbergmodel – Werkvorm waarbij je kijkt naar wat onder de oppervlakte speelt: niet alleen de zichtbare problemen, maar ook onderliggende patronen, overtuigingen en systemen.

K Kernwaarden – Fundamentele uitgangspunten die richting geven aan keuzes in ontwerp en samenwerking, zoals vertrouwen en menselijkheid.

Klantreis / patiëntreis – De route die iemand aflegt binnen een dienst of zorgproces; helpt om knelpunten en kansen voor verbetering zichtbaar te maken.

L Lokale Aanpak – Methode van ADS voor digitale inclusie op lokaal niveau, gebaseerd op de zes bouwstenen.

Lokale netwerken – Samenwerkingsverbanden van organisaties (zoals zorg, welzijn, gemeente) binnen een lokale context.

M Mentale modellen – Overtuigingen en aannames die ons denken en handelen sturen, vaak impliciet.

Mensgerichte ondersteuning – Hulp die is afgestemd op de persoonlijke situatie, behoeften en mogelijkheden van mensen, met ruimte voor vertrouwen en contact.

Mindmap – Een visuele manier om samen gedachten, zorgen, opbrengsten en kansen rondom een vraagstuk te ordenen.

Miro – Online whiteboardomgeving voor samenwerken en brainstormen, vooral visueel.

Modulair werken – Werkwijze waarbij je onderdelen kunt kiezen die passen bij je situatie, zonder vaste volgorde.

N Netwerk Digitale Inclusie – Een lokaal of regionaal samenwerkingsverband dat zich richt op het bevorderen van digitale inclusie.

Netwerkcirkels – Visueel hulpmiddel om in kaart te brengen welke partijen rond een inwoner betrokken zijn.

Netwerkpartners – Betrokken organisaties en personen die samenwerken aan een gezamenlijk doel binnen digitale zorg of inclusie.

O Ontwerpvraag – Een gerichte vraag die je helpt om vanuit inzichten tot een concrete oplossing of aanpak te komen.

P Persona – Fictief, maar herkenbaar persoon die staat voor een groep inwoners of gebruikers; helpt om mensgericht te ontwerpen.

Privacywetgeving – Regels die gegevens beschermen, maar soms ook als belemmering worden ervaren bij digitale toegang.

Proeftuin – Een locatie waarin in de praktijk geëxperimenteerd wordt met nieuwe oplossingen.

R **Relationele nabijheid** – De overtuiging dat technologie persoonlijk contact moet ondersteunen, niet vervangen.

S **Schaalbaarheid** – De mate waarin een oplossing (voor digitale zorg) eenvoudig kan worden uitgebreid naar een grotere groep gebruikers of een breder gebied.

Schakelpunt – Een centrale plek (fysiek of digitaal) waar vraag en aanbod rondom digitale hulp samenkomen.

Selfservice/zelfbediening – Digitale diensten waarbij van gebruikers wordt verwacht dat ze zelfstandig hun zaken regelen, bijvoorbeeld via een portaal of app.

Sociaal kapitaal – De waarde van sociale netwerken, vertrouwen en samenwerking binnen een groep of gemeenschap.

Social design – Ontwerppraktijk gericht op maatschappelijke verandering, vaak in samenwerking met gebruikers.

Systemisch ontwerp – Ontwerpbenadering die kijkt naar onderliggende structuren, verbanden en systemen in plaats van alleen gebeurtenissen.

T **Theory U** – Veranderkundig model voor co-creatie en diepgaande systeemverandering.

Thuismonitoring – Het op afstand volgen van de gezondheid van patiënten via digitale middelen, zoals apps of meetapparatuur.

Toegankelijke zorg – Zorg die bereikbaar en bruikbaar is voor iedereen.

V **Veranderverhaal** – Een korte, visuele verhaallijn in zes stappen waarmee je samen de gewenste verandering tastbaar maakt.



Afkortingen

ADS	Alliantie Digitaal Samenleven Werkt aan een (digitale) samenleving waarin iedereen kan meedoen.	POH	Praktijkondersteuner Huisarts Werkt binnen de huisartsenpraktijk aan zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld bij chronische aandoeningen.
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming Europese privacywet die regels stelt voor het omgaan met persoonsgegevens.	Probiblio	Provinciale ondersteuningsorganisatie voor bibliotheken in Noord- en Zuid-Holland
Biblionet	Provinciale ondersteuningsorganisatie voor bibliotheken in provincie Groningen	RIGA	Regionaal Informatie- en Gezondheidsbeleid Alliantie Regionaal samenwerkingsverband rond gezondheid.
CZ	Zorgverzekeraar CZ Een van de grotere zorgverzekeraars in Nederland, betrokken bij initiatieven voor digitale zorg.	WOZO	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen Programma voor langer zelfstandig wonen met zorg.
DigiD	Digitale Identiteit Een middel om veilig in te loggen op websites van de overheid, zorg en andere publieke diensten.	ZEL	Zorgorganisatie Eerste Lijn Ondersteunt huisartsen en eerstelijnszorg.
DZWD	Digitale Zorg en Welzijn Dichtbij Project voor toegankelijke digitale zorg via lokale proeftuinen.		
IDO	Informatiepunt Digitale Overheid Hulp bij digitale overheidszaken in de bibliotheek.		
IZA	Integraal Zorgakkoord Landelijke afspraken over toekomstbestendige zorg.		



Colofon

Deze blauwdruk is opgesteld door de Alliantie Digitaal Samenleven, een programma van Stichting Beeld & Geluid.

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door financiering en inhoudelijke samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Integraal Zorgakkoord.

Teksten: Bouke Sonnega
Joy van Gogh (Social Envoy)
Marinka Fintelman
Réka Deuten-Makkai
Tanneke Lyppens (Social Envoy)

Met medewerking van: Isabelle Konst (Pharos)
Thea Duijnhoven (Pharos)

Redactie: Bouke Sonnega
Femke Hammer
Réka Deuten-Makkai

Interviews: Donna van de Ven (www.donnavandeven.nl)

Vormgeving: JUST (www.just.agency)

Illustraties: Elise Vandeplancke (www.elisevandeplancke.be)

Foto's: Tenzij anders vermeld zijn de foto's afkomstig van de co-creatiesessies

www.digitaalsamenleven.nl
contact@digitaalsamenleven.nl
035-2031199

www.socialenvoy.nl
www.pharos.nl



Alliantie
Digitaal Samenleven



