De toekomst is nu: verbeeldingen van de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050

Gilles Bruynooghe, Michael McMahon (UGent)

Promotoren: Peter Decat (UGent), Thomas Block (UGent), Remco van de Pas (United Nations University's International Institute for Global Health)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025 – 2026]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding: De Vlaamse eerstelijnszorg staat onder druk en de toegankelijkheid voor patiënten komt in het gedrang. Demografische, sociale en ecologische uitdagingen zullen de druk op het zorgsysteem verder verhogen. Ondanks die vooruitzichten kent de Vlaamse eerstelijnszorg geen toekomstvisie. Huisartsen voelen zich onvoldoende voorbereid op de toekomst. Daarentegen worden in andere regio's toekomstperspectieven voor de gezondheidszorg wel systematisch geanalyseerd. Deze thesis heeft als doelen een eerste maal een **toekomstverkenning** voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk vorm te geven en het **bewustzijn** over toekomstdenken te vergroten.

Onderzoeksvraag: Wat zijn mogelijke toekomsten voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050?

Methodologie: Deze thesis construeerde mogelijke toekomsten voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050 door middel van **exploratieve scenarioplanning**. Bij deze onderzoeksmethodiek brengt men **drijvende factoren** voor verandering in kaart. Vervolgens worden de factoren geïdentificeerd met de grootste onzekerheid en impact, zogenaamde **kritische onzekerheden**, waarrond de mogelijke toekomsten differentiëren. Zo ontstond het conceptueel kader voor de toekomstscenario's. Hierna werden twee workshops met achttien diverse zorgactoren georganiseerd om de inhoud van de scenario's vorm te geven. Tot slot werden de vier toekomstscenario's uitgewerkt op basis van de data van de deelnemers.

Resultaten: In een eerste fase selecteerden de onderzoekers de twee kritische onzekerheden: 'sociale cohesie' en 'ecologische impact op de eerstelijnszorg'. Uit de lijst van drijvende factoren werden de volgende zes elementen gekozen om binnen elk scenario te bespreken: pathologie, praktijkorganisatie, zorglandschap, toegankelijkheid, technologie en preventie. Samen vormden ze de bouwstenen voor beide workshops. De scenariobouwers gaven de volgende vier scenario's vorm.

Scenario 1 schetst het beeld van een individualistische eerstelijnszorg die wordt overspoeld door de gevolgen van ecologische ontwrichting. **Scenario 2** is gelijkaardig wat betreft de ecologische impact, maar er bestaat een solidaire organisatie van de eerstelijnszorg met praktijken die populatiegericht werken. In beide scenario's is kwalitatieve chronische opvolging ontoegankelijk voor een groot deel van de bevolking. Daartegenover staan de scenario's met een beheersbare ecologische impact op de eerstelijnszorg na jaren van ingrijpend beleid. In **scenario 3** is de gezondheidsongelijkheid toegenomen door een deregulering van de gezondheidszorg. Er bestaat een gevarieerd aanbod van soorten eerstelijnspraktijken binnen een eerstelijnszorg op twee snelheden. Tot slot bestaat **scenario 4** voornamelijk uit buurtgerichte gezondheidscentra met verregaande interprofessionele samenwerking en een grote overlap tussen professionele zorgverleners en mantelzorgers.

Discussie: Het innovatief onderzoeksproces was uitermate boeiend en uitdagend, zowel voor onderzoekers als scenariobouwers. De kracht van verbeelding en de meerwaarde van interdisciplinaire samenwerking waren opvallend. Deze toekomstverkenning is uiteraard een vereenvoudigde weergave van de Vlaamse eerstelijnszorg, een bijzonder complex thema. Daarnaast zijn de toekomstscenario's niet volledig representatief voor de Vlaamse eerstelijnszorg, zowel door het intersubjectief proces als de positionaliteit van de onderzoekers en scenariobouwers. De betrokkenen deelden een voorkeur voor scenario 4, waarin de sociale cohesie hoog en de ecologische impact beheersbaar zijn. Dat verlangen heeft gevolgen. Het kan de aanleiding vormen voor backcastingonderzoek als vervolgstap maar heeft ook de reële implicaties voor zorgorganisaties en beleidsmakers. Deze thesis trachtte zo de aandacht voor toekomstdenken te vergroten binnen de Vlaamse eerstelijnszorg.

Inhoudstafel

Abstract....3
Inhoudstafel....4
Dankwoord....6
Woordenlijst en afkortingen....8
1. Inleiding....9
1.1. Een visie voor de toekomst?....9
1.1.1. Versnipperde Vlaamse eerstelijnszorg blikt beperkt vooruit....9
1.1.2. Internationale voorbeelden van toekomstonderzoek....10
1.2. De huidige context van de Vlaamse eerstelijnszorg....11
1.2.1. Demografie....11
1.2.2. Sociale determinanten van gezondheid....12
1.2.3. Planetaire gezondheid....12
1.2.4. De Vlaamse huisartspraktijk staat al onder druk....14
1.3. Het belang van vooruitblikken....15
1.4. Doelen....16
2. Onderzoeksvraag....16
3. Methodologie....17
3.1. Drie soorten toekomstverkenningen....17
3.2. Chronologisch overzicht drie onderzoeksfases....17
3.3. Fase 1 – Voorbereiding scenario's door onderzoekers....18
3.3.1. Drijvende factoren....18
3.3.2. Waarschijnlijkheid & impact....18
3.3.3. Assenmatrix met kwadranten....19
3.4. Fase 2 – Inhoud scenario's door scenariobouwers....20
3.4.1. Rekrutering....20
3.4.2. Workshops....21
3.5. Fase 3 – Resultatenverwerking....21
4. Resultaten....23
4.1. Identificatie drijvende factoren & kritische onzekerheden....23
4.1.1. Demografisch....23
4.1.2. Economisch....24
4.1.3. Sociaal....25
4.1.4. Technologisch....25
4.1.5. Ecologisch....26
4.1.6. Politiek....27
4.1.7. Motivatie assenkeuzes....29

4.1.8. Elementen per scenario 29
4.2 Vier toekomstscenario's 30
4.2.1. Scenario 1: Ieder voor zich op een planeet in brand (ecologische impact hoog, sociale cohesie laag) 30
4.2.2. Scenario 2: Samen in de penarie (ecologische impact hoog, sociale cohesie hoog) 34
4.2.3. Scenario 3: Zorg op twee snelheden binnen planetaire grenzen (ecologische impact laag, sociale cohesie laag) 37
4.2.4. Scenario 4: Buurtgerichte eerstelijnszorg op een leefbare planeet (ecologische impact laag, sociale cohesie hoog) 40
4.3. Normatieve reflectie scenariobouwers 44
5. Discussie 45
5.1. De toekomst is nu 45
5.2. Vier mogelijke toekomsten voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk 45
5.3. Reflectie 46
5.3.1. Onderzoeksproces 46
5.3.2. Een normatieve blik 47
5.4. Beperkingen 48
5.4.1. Inhoud 48
5.4.2. Proces 49
5.5. Sterktes 49
5.6. Verder onderzoek 51
5.7. Conclusie 51
6. Referenties 52

Dankwoord

Onze thesis bespreekt de toekomst maar de indiening ervan doet ons reflecteren over het verleden. Het vormt het sluitstuk op een opleiding die ondertussen negen jaar duurt. In 2014 zaten wij voor het eerst samen in de klas, twaalf jaar later is dat nog steeds het geval. Er is veel veranderd in die tijd, zowel voor ons als in de wereld. De uitdagingen zijn groot en soms vraagt een mens zich af waar te beginnen. We kozen voor huisartsgeneeskunde omdat we geloven in het belang van nabije, holistische en geëngageerde zorg voor eenieder. We worden niet zomaar huisarts. We erkennen onze bevoorrechte positie en de ondersteuning die we van ontzettend veel mensen hebben ontvangen onderweg. Daarom willen we graag de onmisbare bijdrage van een groot aantal mensen onderstrepen.

Vooreerst wat betreft onze thesis, onze oprechte dank aan begeleiders Peter Decat, Remco van de Pas en Thomas Block. Aan Remco om ons te helpen grote vragen te durven stellen, zonder jou was het verlangen naar een thesis over planetaire grenzen nooit vertaald geweest naar concreet onderzoek. Aan Peter die ons de ruimte gaf om een vaag idee te exploreren en vorm te geven tot een thesis die onconventioneel is. Aan Thomas, die ons ongelofelijk ondersteunde in het doorlopen van een methodologie die we aanvankelijk niet kenden. Aan alle scenariobouwers onze dank voor hun tijd, enthousiasme en kritische ideeën. Creatieve dank aan Yannou Wauters om de scenario's tot leven te wekken met haar fantastische tekening.

Daarnaast hebben we elk afzonderlijk mensen die we willen bedanken.

Gilles wil graag de volgende mensen extra bedanken. Mijn mama, papa, zussen en Clemence in het bijzonder voor alle steun op moeilijke momenten en voor alle plezier op de andere momenten. Aan mijn opa om zo geïnteresseerd te zijn in alles wat ik onderneem en om zoveel meer! En aan Michael om mijn minder academische kant te blijven stimuleren, mij te doen inzien hoe belangrijk sociaal en maatschappelijk engagement is en om met zijn grote hart zacht te zijn voor iedereen, ook voor mij!

Michael bedankt de volgende personen nadrukkelijk. Ten eerste de collega's van WGC Nieuw Gent en WGC Rabot, in het bijzonder Bruno en Ninke, om mij de ruimte te geven ideeën te verkennen die dit onderzoek hebben gevoed. Dat is in onze opleiding helaas nog niet de norm.
Aan Gilles, om mijn thesispartner te willen zijn en mij te doen landen met tal van abstracte ideeën. Maar vooral om een trouwe, lieve en ondeugende vriend te zijn. Dat onze toekomst nog lang moge overlappen.
Aan mijn mama, tante, nonkel en grootouders die me leerden wat zorg in essentie betekent.
Nog eens aan mijn mama om mij op de drukste momenten te voeden, en zoveel meer.
Aan Pauline om mij steeds tot rust te brengen met je zachte zorgzaamheid en mij te tonen waarrond dit soms absurd leven draait: elkaar graag zien.
Aan neefbroer Bram en nichtzus Matilde, voor jullie onaflatende steun en al het plezier samen.
Aan Karel voor je kritische geest en fantastisch gezelschap. Ik heb mijn blik op de wereld al lachend aangescherpt door jou.
Aan Femke en Ewoud, die voor mij de deur openden naar meer maatschappelijk engagement.
Aan Vincent, Stephanie en wijlen Dirk, zonder wie geen zorgverlener Michael.
Ik wens iedereen zo'n entourage toe. Uit de grond van mijn hart, dank jullie wel.

Tot slot dragen we deze thesis op aan zij die voor ons gezorgd hebben en zij voor wie we willen zorgen. In het bijzonder aan Billie, Marley en Miro en alle andere kinderen die geboren worden in tijden van klimaatchaos.

“Hope locates itself in the premises that we don’t know what will happen and that in the spaciousness of uncertainty is room to act. When you recognize uncertainty, you recognize that you may be able to influence the outcomes–you alone or you in concert with a few dozen or several million others. Hope is an embrace of the unknown and knowable, an alternative to the certainty of both optimists and pessimists. Optimists think it will all be fine without our involvement; pessimists take the opposite position; both excuse themselves from acting. It’s the belief that what we do matters even though how and when it may matter, who and what it may impact, are not things we can know beforehand. We may not, in fact, know them afterward either, but they matter all the same, and history is full of people whose influence was most powerful after they were gone.”

- Rebecca Solnit

Woordenlijst en afkortingen

- **Backcasting**: een planningsmethode waarbij men begint met een gewenste toekomstvisie en vervolgens terugwerkt naar het heden om te identificeren wat nodig is om het eindresultaat te bereiken.
- **Eerstelijnszorg**: basiszorg die voor iedereen direct toegankelijk is, zonder dat er een doorverwijzing nodig is. Het gaat om zowel medische als ondersteunende hulp. De hulp wordt aangeboden door zorgverleners die dicht bij de burger staan, zoals huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen, kinesisten en maatschappelijk werkers.
- **Exploratief**: verbeeldend.
- **Geïntegreerde zorg:** een benadering om kwalitatieve, persoonsgerichte zorg en zorgcontuïniteit te organiseren op basis van de biopsychosociale noden van het individu, door een gecoördineerd en multidisciplinair equipe dat werkt over organisaties en lijnen heen.
- **Multimorbiditeit**: het lijden aan minstens twee chronische aandoeningen.
- **Normatief**: gewenst.
- **Planetaire gezondheid:** een concept waarbinnen erkend wordt dat de gezondheid van mens, dier, natuur en planeet afhankelijk zijn van elkaar.
- **Planetaire grenzen**: de negen planetaire grenzen waarbinnen de mensheid veilig kan handelen zonder de stabiliteit van het aardsysteem in gedrang te brengen. Bij het overschrijden van één of meerdere grenzen kunnen er gevaarlijke en onomkeerbare veranderingen binnen het aardsysteem plaatsgrijpen.
- **Predictief**: voorspellend.
- **Quintuple aim**: een internationaal erkend kader voor performante zorgsystemen. De vijf doelen zijn een verbetering van de volksgezondheid, een verbetering van de kwaliteit van zorg, een lagere kostprijs (hogere efficiëntie), een lagere belasting van het zorgpersoneel en rechtvaardigheid.
- **Scenario**: een beschrijving van een toekomstbeeld.
- **Scenariobouwer**: deelnemer aan een van beide workshops rond de toekomstverkenning van de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050.
- **Zorgsubsidiariteit:** een principe dat het geschiktste interventieniveau beoogt voor elke handeling. Zo doet een centrale of hogere instantie niet wat een decentrale of lagere instantie ook kan. Dit principe kan toegepast worden op zowel beleidsstructuren (een federale overheid beslist niet wat op gemeentelijk niveau kan bepaald worden) als binnen mulitdisciplinaire zorgteams (wat een verpleegkundige kan uitvoeren, moet niet door een arts).

- **ELP** = eerstelijnspraktijk
- **ELZ** = eerstelijnszone
- **HIAP** = health in all policies
- **POCT** = point-of-care test
- **SES** = socio-economische status

1. Inleiding

1.1. Een visie voor de toekomst?

Het begint met twee startende huisartsen-in-opleiding die zich in 2023 afvragen: 'In welke eerstelijnszorg[1] komen we terecht? Waar zullen we werken en hoe zal onze daginvulling evolueren? En hoe ziet ons werkveld eruit over enkele decennia, bijvoorbeeld in 2050? Dan zijn we 50 jaar oud, hebben we ruime ervaring opgebouwd maar nog vele werkjaren voor de boeg. In welke soort praktijken zullen we aan de slag kunnen? Wat zijn dan de grootste uitdagingen in de eerstelijnszorg?

Op zoek naar antwoorden komen beide tot de vaststelling dat er geen heldere toekomstvisie bestaat voor de Vlaamse eerstelijnszorg op lange termijn. Noch het Vlaamse Departement Zorg noch het federale Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) beschikken over een visietekst, voorspelling of toekomstverbeelding voor de eerstelijnszorg. Hoewel 2050 op het eerste gezicht veraf lijkt, betreft het een tijdspanne van slechts vijf volwaardige regeerperiodes. Een terugblik op het jaar 2000 maakt duidelijk dat zich sindsdien ingrijpende veranderingen hebben voltrokken: de digitalisering van patiëntendossiers, de introductie van nieuwe medicijnen die het RIZIV-budget onder druk zetten, pandemieën die het dagelijks leven hebben verstoord en klimaatverandering die geëvolueerd is van een technisch concept tot een tastbare dreiging.

In de Alma-Ata-verklaring uit 1978 stelden World Health Organisation (WHO)-lidstaten voor het eerst dat eerstelijnszorg de basis vormt voor toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg. De bakermat van eerstelijnszorg richtte de aandacht op de determinanten van gezondheid en poneerde dat het recht op gezondheid fundamenteel was voor alle mensen ter wereld. Regeringen dragen de verantwoordelijkheid om dat recht te vrijwaren, volgens de verklaring (2). Deze ambities werden herhaald in de verklaring van Astana, 40 jaar later (3). De concrete realisatie van dergelijke eervolle streefdoelen vindt plaats in de lidstaten en hun regio's. Daarvoor is een strategie nodig, die gebaseerd is op de huidige en toekomstige uitdagingen van het zorgsysteem.

1.1.1. Versnipperde Vlaamse eerstelijnszorg blikt beperkt vooruit

In Vlaanderen en België zijn – mede door de complexe staatsstructuur[2] – langetermijnvooruitzichten en geïntegreerde strategieën binnen gezondheidszorg niet de norm. Tijdens een zoektocht naar mogelijke toekomststrategieën bij Vlaamse & federale zorgactoren werden enkele versnipperde initiatieven gevonden die hieronder kort besproken worden.

Een eerste belangrijke tekst is het visiedocument uit 2022 'Huisarts in 2030' van Domus Medica, die de belangen van de Vlaamse huisartsen behartigt. Zo'n 650 huisartsen namen deel aan het traject over de toekomst van de huisartsgeneeskunde, met onder andere een toekomstverkenning. Het visiedocument beschrijft een ideaalbeeld van de huisarts in 2030 met de volgende kernelementen: medisch generalistische zorg als kerntaak, patiëntgecentreerde zorg, multidisciplinariteit met variatie in samenwerkingsmodellen, technologische hulpmiddelen zoals *smart wearables* mee vormgegeven door huisartsen, actieve ijveraar voor *public health* met

[1] De volgende definitie van eerstelijnszorg wordt gehanteerd in deze thesis: 'Eerstelijnszorg is basiszorg die voor iedereen direct toegankelijk is, zonder dat er een doorverwijzing nodig is. Het gaat om zowel medische als ondersteunende hulp. De hulp wordt aangeboden door zorgverleners die dicht bij de burger staan, zoals huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen, kinesisten en maatschappelijk werkers' (1).

[2] Door een verdeling van bevoegdheden rond gezondheidszorgbeleid tussen het federaal en gewestelijk bestuursniveau zullen er afwisselend statistieken met betrekking tot het Vlaams en Belgisch niveau geciteerd worden.

meer aandacht voor preventie en populatiemanagement en tot slot een gezonde werk-privé balans (4).

Daarnaast publiceerde het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL), het centrale platform voor de dialoog tussen eerstelijnsactoren en overheid, in 2020 een 12-puntenplan voor een sterke eerste lijn tijdens en na de COVID-19-pandemie. Het plan omvatte onder andere de vraag naar uniformere zorgraden, een aangepast financieringsmodel en meer oog voor chronische zorg in tijden van crisis (5). In het meerjarenplan 2024-2029 schuift VIVEL drie doelstellingen naar voor: samenwerking tussen eerstelijnsactoren faciliteren in het streven naar geïntegreerde zorg, de werking van zorgraden versterken en het ontwikkelen van een toekomstgerichte visie over optimale zorgorganisatie (6). In 2025 halveerde Vlaams minister van Welzijn Caroline Gennez evenwel de subsidies voor VIVEL, waardoor het onduidelijk is in welke mate hun doelen nog nagestreefd kunnen worden (7).

Verder ontwikkelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2017, op vraag van het BeNeLuxA-samenwerkingsinitiatief over geneesmiddelen, een methodologie om via *horizon scanning*[3] aankomende farmaceutische producten in kaart te brengen (8). Daarna bleven significante rapporten echter uit.

Ook de federale planningscommissie medisch aanbod maakt regelmatig voorspellingen over het verwachte aantal zorgverleners per discipline (9). In 2019 publiceerde het KCE voor het eerst een studie waarin via horizon scanning alternatieve scenario's werden ontwikkeld, die elk afzonderlijk *kunnen* bestaan, dit met het oog op het definiëren van een coherente toekomstvisie voor een specifiek zorgberoep (namelijk vroedkunde) (10). Die denkoefening voor huisartsen ontbrak tot het KCE, gelijktijdig met de ontwikkeling van deze thesis, startte met een gelijkaardige studie die de factoren in kaart brengt die de vraag naar en het aanbod van huisartsen kunnen beïnvloeden (11). Tot op vandaag ontbreekt echter een toekomstoefening die verschillende zorgdisciplines samen of de eerstelijnszorg in haar geheel benadert.

Een recentere ontwikkeling was het Caruna-initiatief van de Christelijke Mutualiteit (CM) in 2025 (12). Een jaar lang organiseerde de mutualiteit een brede dialoog, zowel fysiek als online, tussen burgers, zorgverleners, middenveldorganisaties en experten, met als doel een nieuwe visie op zorg te ontwikkelen. Het traject mondde uit in 31 resoluties, van de herwaardering van informeel zorgwerk tot meer aandacht voor preventie (13).

1.1.2. Internationale voorbeelden van toekomstonderzoek

Voorbij de landsgrenzen zijn toekomstoefeningen meer ingeburgerd. Zo maakt het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) al meer dan dertig jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Hiermee verschaffen ze inzicht in de belangrijkste toekomstige ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid en zorg (14). Het meest recente VTV-rapport uit 2024 identificeerde vijf grote uitdagingen voor de Nederlandse gezondheidszorg tegen 2050: vergrijzing, een grote gezondheidskloof, ongezonde levensstijl bij jongeren, een begrensde zorgcapaciteit met onder andere personeelstekorten en ten laatste het aanpassen van de leefomgeving ten aanzien van klimaatverandering. Vanuit die bezorgdheden ontwikkelt het RIVM per thema concrete maatregelen voor gezondheidszorg en andere sectoren, zoals bijvoorbeeld een (reclame-)verbod op ongezonde producten (15). Daarbovenop vond in Nederland in 2025 een tweedaagse conferentie over toekomstbestendige eerstelijnszorg plaats.

[3] Horizon scanning of horizonaftasting betreft de vlugge identificatie van plotse gebeurtenissen en nieuwe evoluties. Het kan zo leiden tot de ontwikkeling van nieuwe toekomstperspectieven.

Onder het motto ‘Dromen mag, veranderen moet’ organiseerde InEen, de Nederlandse koepelvereniging huisartsorganisaties, voor 200 huisartsen, zorgcoördinatoren en bestuurders een uitwisseling over zorgtoegankelijkheid in de toekomst (16).

Ook op Europees niveau wordt over de toekomst gereflecteerd. EuroHealthNet, een partnerschap tussen Europese regionale en nationale volksgezondheid- en onderzoeksinstellingen, publiceerde in 2023 hun Foresight-studie ‘*The future of public health in Europe*’. In de context van de digitale en ecologische transitie werd de rol van volksgezondheidsbeleid onderzocht in het streven naar gezondheidsgelijkwaardigheid tegen 2035. Vijfendertig Europese experts werden bevraagd over de waarschijnlijkheid van bepaalde stellingen om een visie over volksgezondheid in Europese landen te construeren. Daaropvolgend werd een *backcasting*[4]-workshop uitgevoerd om de stappen te identificeren die leiden tot de gewenste toekomst (17). Op mondiaal niveau schreef de WHO ter voorbereiding van de Astana-conferentie een visietekst over eerstelijnszorg in de 21e eeuw (18).

Tot slot verkennen academici regelmatig toekomstige uitdagingen. Zo identificeerden Senn et al. in hun boek ‘Imaginer les soins primaires de demain’ zes uitdagingen voor de eerstelijnszorg. Na een analyse van de huidige aanpak van eerstelijnszorgsystemen in Frankrijk, Zwitserland, Franstalig België en Québec, formuleerden ze per thema concrete stappen om de eerstelijnszorg toekomstbestendig te maken (19). De Duitse denktank Centre for Planetary Health Policy (CPHP) stelt kritische vragen rond de impact van ecologie op gezondheid. In een prikkelend rapport uit 2022 roepen ze op om een maatschappelijk debat te voeren over gezondheidszorg binnen planetaire grenzen en welke taken een zorgsysteem dan nog moet opnemen (20).

Het besluit is eenduidig: een coherente toekomstvisie en -strategie ontbreken binnen de Vlaamse eerstelijnszorg. De voorgenoemde initiatieven en documenten beperken zich veeleer tot één beroepsgroep en de erg nabije toekomst, terwijl in andere landen geïntegreerde toekomstoefeningen op langere termijn wel bestaan.

1.2. De huidige context van de Vlaamse eerstelijnszorg

Een eerste stap bij het in beeld brengen van de toekomst, is stilstaan bij de actuele situatie. Hieronder worden demografische, sociale en ecologische evoluties die een belangrijke impact hebben op de Vlaamse eerstelijnszorg beschreven.

1.2.1. Demografie

Ten eerste is een helder antwoord op ‘Voor wie zorgen we?’ essentieel om kwalitatieve eerstelijnszorg te organiseren. De superdiverse Belgische bevolking is aan het vergrijzen, dat wil zeggen dat het aandeel ouderen ten opzichte van de hele bevolking toeneemt. Hierdoor stijgt de gemiddelde leeftijd. Het recentste Statbel-rapport voorspelt het volgende: “Als er in 2024 voor elke 100 inwoners van 18 tot 66 jaar 28 personen van 67 jaar en ouder waren, zal dit aantal stijgen tot 37 in 2040 en 43 in 2070.” (21). Enkel door migratie blijft de bevolking op arbeidsleeftijd relatief stabiel. De pensioenleeftijd is tijdens de regering Michel I opgetrokken tot 67 jaar vanaf 2030 en de voorgestelde pensioenhervorming van federaal Minister van Financiën en Pensioenen Jan Jambon introduceert een pensioenmalus, waarbij mensen die zorgtaken opnemen onevenredig benadeeld worden, in de praktijk vaak vrouwen (22-24). Die factoren samen zetten druk op de

[4] Backcasting is een planningsmethode waarbij men begint met een gewenste toekomstvisie en vervolgens terugwerkt naar het heden om te identificeren wat nodig is om het eindresultaat te bereiken.

intergenerationele draagkracht voor informele zorg voor een steeds groeiende, oudere en zorgafhankelijkere bevolking in de komende decennia.

Daarnaast neemt multimorbiditeit, het lijden aan minstens twee chronische aandoeningen, toe. Onderzoek door Sciensano leert dat 61,4% van de Belgische 55-plussers minstens twee chronische aandoeningen heeft, wat stijgt tot 76,2% bij mensen ouder dan 75 jaar (25). Multimorbide patiënten doen vaker beroep op zorgverleners, hebben een groter risico op functionele achteruitgang, een slechtere levenskwaliteit en een hoger sterftecijfer (26).

De combinatie van vergrijzing en een toename in multimorbiditeit betekent dat de zorgnood van de bevolking in de komende decennia sterk zal stijgen. Ze vormen een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid.

1.2.2. Sociale determinanten van gezondheid

Het Dahlgren & Whitehead-model, dat de determinanten van gezondheid helder visualiseert, bestaat al meer dan 30 jaar maar is nog steeds bijzonder relevant voor Vlaamse zorgverleners in de eerste lijn. Het illustreert hoe genetische en levensstijlfactoren niet losgekoppeld kunnen worden van woon- en werkomstandigheden (27).

Zo blijft armoede een prevalent maatschappelijk falen: bijna 8% van de Vlaamse bevolking, wat neerkomt op 520.000 personen, leefde in 2024 onder de armoededrempel. De armoedebarometer toont ook dat 4.9% van de Belgische bevolking zorg uitstelt omwille van financiële redenen. Dat cijfer stijgt tot 11,9% bij mensen met verhoogd risico op armoede (28).

Een enquête door Solidaris in 2024 bevestigde dezelfde dynamieken: gezondheidszorg is minder toegankelijk voor wie werkloos is ten opzichte van werkend, laag- ten opzichte van hoogopgeleid, en voor mensen met een nood aan verhoogde tegemoetkoming in vergelijking met wie daar geen behoefte aan heeft (29).

Naast een verminderde toegang tot de gezondheidszorg, ervaren mensen met een lage socio-economische status (SES) meer ziektes en sterven ze vroeger (30). In België bedroeg in 2020 het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen de hoogste en laagste SES-groep 9,3 jaar bij mannen en 6,3 jaar bij vrouwen. Ook de gezonde levensverwachting is ongelijk verdeeld: het verschil op 25-jarige leeftijd tussen personen met een laag en hoog opleidingsniveau telde 10,5 jaar voor mannen en 13,4 jaar voor vrouwen. In beide gevallen is de kloof vergroot sinds de vorige meting (31). Die indicatoren bewijzen dat de gezondheidsongelijkheid in Vlaanderen en België nog bijzonder groot is en toeneemt. De ongunstige staat van de sociale determinanten van gezondheid veroorzaakt een belangrijke werklast voor de eerstelijnszorg.

1.2.3. Planetaire gezondheid

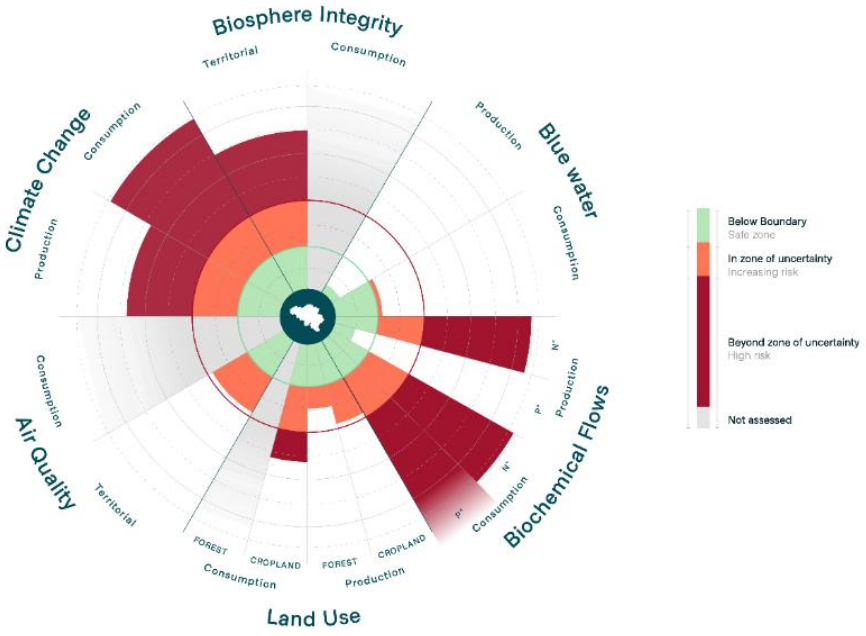
Naast sociale factoren hebben ook omgevingsfactoren een grote impact op ieders gezondheid. De term planetaire gezondheid kreeg in het voorbije decennium meer aandacht onder middenveldorganisaties, zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers (32). In 2009 ontwikkelden Rockstrom et al. een model om de planetaire grenzen van de aarde te kwantificeren, de zogenaamde '*safe operating space for humanity*' (33). Binnen deze grenzen blijft de regeneratieve capaciteit van de aarde bewaard. Wanneer echter een grens overschreden wordt, dreigt een verstoring of zelfs ineenstorting van een bepaald systeem. Een actualisatie in 2025 beschreef hoe zeven van de negen planetaire grenzen overschreden zijn, bovendien in steeds ergere mate (34). Die ecologische processen hebben een belangrijke impact op de volksgezondheid (35). De WHO spreekt over de *triple planetary crisis*: klimaatverandering,

biodiversiteitsverlies en vervuiling (36). Een bondig overzicht van deze drie planetaire grenzen illustreert de ernst van de huidige situatie.

Ten eerste is er een dramatische ineenstorting van biodiversiteit aan de gang. De gemiddelde omvang van de gemonitorde populaties wilde dieren is in de voorbije 50 jaar met 73% afgenomen (37). De impact daarvan is groot aangezien de natuur niet alleen de bron is van talloze medicijnen, zoals penicilline en morfine, maar ook een cruciaal is voor het levensonderhoud en mentaal welzijn van mensen. Achteruitgang van biodiversiteit verhoogt ook het risico op zoönoses zoals Covid-19 (38, 39).

Ten tweede is er sprake van vervuiling, afkomstig uit bronnen zoals de verbranding van fossiele brandstoffen en de lozing van chemicaliën in de omgeving. Vervuiling in haar geheel is verantwoordelijk voor jaarlijks negen miljoen sterfgevallen, wat overeenkomt met een zesde van alle overlijdens wereldwijd (40).

Ten derde heeft klimaatverandering misschien de grootste naamsbekendheid, maar is ze niet de planetaire grens die het sterkst overschreden wordt. Het Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) beschrijft de evolutie van klimaatverandering en de ernstige gevolgen ervan. Een heldere conclusie van het recentste syntheserapport is: ‘There is a rapidly closing window of opportunity to secure a livable and sustainable future for all’ (41). Zowel de WHO als The Lancet stellen dat klimaatverandering de grootste gezondheidsbedreiging vormt voor de mensheid in de 21e eeuw (42, 43). Europa is het continent dat het snelst opwarmt als gevolg van klimaatverandering, waarbij de afgelopen drie jaren de warmste ooit gemeten zijn (44, 45).



Figuur 1, zes planetaire grenzen toegepast op België (46).

De ecologische situatie in België is evenmin rooskleurig. Het federaal Centrum voor Risicoanalyse van Klimaatverandering (CERAC) paste het concept van planetaire grenzen toe op België en concludeerde dat de meeste grenzen op Belgische schaal overschreden worden (46). Het Nationaal Crisiscentrum bestempelt klimaatverandering als een 'opkomend risico' (47). Op Vlaams niveau heeft het Departement Zorg sinds 2023 milieugezondheidszorgdoelstellingen met drie hoofdthema’s: zeer zorgwekkende stoffen, klimaat en gezonde leefomgeving (48).

Een kort overzicht toont waarom extra aandacht broodnodig is: de jaarlijkse gezondheidskost van poly- en perfluoralkylstoffen (PFAS) wordt in Europa geraamd tussen 52 en 84 miljard euro (49). In 2023 vonden in de Europese Unie (EU) dubbel zoveel hittedoden plaats als verkeersdoden (50). Daarnaast veroorzaakte geluidsvervuiling, door langdurige blootstelling aan verhoogd omgevingsgeluid, 12.000 vroegtijdige doden in Europa (51). Ten slotte stierven in België in 2021 5.849 mensen ten gevolge van de blootstelling aan fijn stof, wat neerkomt op 5,2% van alle sterfgevallen in dat jaar (52). Die cijfers bewijzen hoe belangrijk een gezonde leefomgeving is voor de individuele gezondheid.

Tot slot is sociale rechtvaardigheid een fundamenteel aspect binnen elke planetaire grens. De armste bevolkingsgroepen dragen het minst bij tot het overschrijden van planetaire grenzen maar ondergaan wel de grootste gevolgen. Bovendien komt een groot deel van de wereld elementaire sociale voorzieningen tekort (53, 54). Onderzoekers Fanning en Raworth ontwikkelden daarom een donut-model met zowel sociale ondergrenzen als planetaire bovengrenzen waarin de mensheid zich veilig en gezond kan bevinden (55).

1.2.4. De Vlaamse huisartspraktijk staat al onder druk

De voorgaande demografische, sociale en ecologische elementen zullen de draagkracht van de Vlaamse eerstelijnszorg steeds meer bedreigen terwijl de sector nu al enorm wordt uitgedaagd. De eerstelijnszorg omvat een breed spectrum aan organisaties en zorgdisciplines: van maatschappelijk werkers en apothekers tot zorgkundigen en psychologen (56). Huisartsen vormen hierbinnen slechts één beroepsgroep, maar vervullen een sleutelrol in het garanderen van kwalitatieve en toegankelijke eerstelijnszorg. Aangezien dit een thesis huisartsgeneeskunde betreft, volgt hierna een nauwere blik op de specifieke rol van huisartsen.

Een studie naar de toegankelijkheid van huisartsen in 2024 onthulde dat 17% van de Belgische huisartsen geen nieuwe patiënten aannam, met sterke regionale verschillen. Die cijfers vormen een ernstige waarschuwing voor de hele sector, aangezien toegankelijkheid een kernelement is van kwalitatieve eerstelijnszorg (57). Deze bevindingen benadrukken de dringende noodzaak aan structurele oplossingen, zoals het stimuleren van nieuwe huisartsen, het verlichten van de werkdruk en een betere spreiding van zorgverleners over de regio's.

Het vraagstuk wordt groter als men kijkt naar de uitstroom van huisartsen. In 2024 telde België 18.749 geregistreerde huisartsen, waarvan 14.381 daadwerkelijk actief waren. Omgerekend naar voltijdsequivalent (VTE) kwam dat neer op 10.021 voltijdse huisartsen. Dat is gelijk aan 8,6 voltijdse huisartsen per 10.000 inwoners met een ziekteverzekering. In Vlaanderen lag dat cijfer op 8,5 per 10.000 inwoners, ten opzichte van 8,2 in 2013. Een belangrijke kanttekening is de leeftijdsopbouw van het huisartsenkorps: 18% van de VTE-capaciteit bestond uit huisartsen ouder dan 65 jaar. Onder de actieve huisartsen bedroeg dat aandeel zelfs 26% (58). Dat betekent dat een significant deel van de huidige huisartsen tot de babyboomgeneratie behoort, die inmiddels de pensioenleeftijd heeft bereikt. Bovendien bestaat deze groep voornamelijk uit monodisciplinaire huisartsen met een hoog aantal werkuren (57). Verder blijkt uit een pilootstudie dat de gemiddelde Vlaamse huisarts 49 uur per week werkt, waarbij de helft zich soms uitgeput voelt. Toch zijn acht op de tien huisartsen tevreden over hun beroep (59).

De voorgenoemde elementen vergroten alsmaar de druk op de traditionele monodisciplinaire huisartspraktijk. Al jaren innoveren huisartsen en andere zorgverleners met alternatieve praktijkvormen. Zo bestaan de wijkgezondheidscentra in 2026 al 50 jaar. Daarnaast zijn er recent nieuwe initiatieven ontstaan, zoals Praktijk Aan De Stroom in Antwerpen. Deze praktijk biedt zorgcontinuïteit aan mensen die (nog) geen vaste huisarts hebben (60). Het Departement Zorg lanceerde in 2024 een oproep voor vernieuwende projecten die de toegankelijkheid van

huisartsen verbeteren. Zeven initiatieven kregen financiële steun en een stakeholdersforum met hen hamerde op het belang van lokaal samenwerken (61, 62). Ook het RIZIV innoveert. Het introduceerde in 2023 naast de prestatie- en forfaitaire praktijken een derde organisatie- en financieringsmodel: de New Deal[5] (63, 64).

Al deze initiatieven zijn lovenswaardig en reiken reële verbeteringen aan voor de huidige Vlaamse eerstelijnszorg. Ze passen echter niet binnen een overkoepelende strategie vanuit een beroepsgroep, koepelvereniging of overheid. Zo dreigen die waardevolle maar losstaande initiatieven slechts innovatieve niches te blijven zonder een betekenisvolle impact te hebben op de organisatie van de Vlaamse eerstelijnszorg.

1.3. Het belang van vooruitblikken

Het voorgaande, niet-limitatief overzicht van fundamentele uitdagingen voor de Vlaamse eerstelijnszorg bewijst dat er nood is aan visie en strategie, gedragen over zorgorganisaties en bestuursniveaus heen. De eerste lijn staat al onder druk door een veranderende demografie, ziekmakende sociale ongelijkheid en de groeiende ecologische ontwrichting. Die druk zal alleen maar toenemen. Net om die reden is nadenken over de toekomst belangrijk om kwalitatieve en toegankelijke eerstelijnszorg te kunnen blijven voorzien. Als men erin slaagt toekomstdenken structureel toe te passen, ontstaat een basis voor het ontwikkelen van praktische handvaten voor individuele zorgverleners en zorgorganisaties om die uitdagingen het hoofd te kunnen bieden. Een bevraging uitgevoerd door Domus Medica bewijst dat die inzichten vooralsnog ontbreken: liefst 70% van de huisartsen gaf in 2022 aan het gevoel te hebben onvoldoende voorbereid te zijn op de toekomst (4).

Systematisch toekomstonderzoek dateert van het begin van de 20e eeuw, als reactie op de toenemende complexiteit van de maatschappij door industrialisering. Toekomstonderzoek won steeds aan belang in periodes van maatschappelijke onrust, zoals tijdens beide wereldoorlogen, de jaren zestig en de oliecrisis van 1973 (65). Het was niet alleen een respons op bezorgdheden, maar bepaalde zelf de agenda. Een iconisch voorbeeld is de publicatie 'Limits to Growth' van de Club van Rome. Dat rapport bracht de gevolgen van ongebreidelde economische groei op de ecologische draagkracht van de aarde in kaart, zowel voor het brede publiek als voor beleidsmakers (66). Ook grote bedrijven ontwikkelden scenariotechnieken, waaronder fossiel energiebedrijf Shell als voorbeeld. Pierre Wack, toenmalig hoofd van Business Environment Division bij Shell, stelde: "*No single 'right' projection can be deduced from past behaviour. The better approach, I believe, is to accept uncertainty, try to understand it, and make it part of our reasoning*" (67). In hun recent boek 'Captured Futures: Rethinking the Drama of Environmental Politics', duiden Hajer en Oomen een gebrekkige verbeeldingskracht aan als belangrijke oorzaak van de ecologische ontwrichting die zich zienderogen voltrekt. Toekomstige alternatieven voor het huidig socio-economisch systeem blijken moeilijk om voor te stellen (68).

In Vlaanderen bleef toekomstonderzoek lange tijd onderbelicht. Pas in de voorbije jaren is exploratieve scenarioplanning toegepast, met name in onderzoek naar duurzaam wonen en bouwen, multiculturaliteit en de creatieve stedelijke economie (65, 69).

[5] De New Deal is een nieuw financieringsmodel waarbij huisartspraktijken naast de klassieke betalingen per prestatie ook een deel capitatiefinanciering ontvangen. Het model stimuleert samenwerking, preventie en zorgcoördinatie om multidisciplinaire en toegankelijke eerstelijnszorg te versterken (60, 61).

1.4. Doelen

Deze thesis is een eerste poging tot het vullen van de leemte in toekomstonderzoek en -visie binnen de Vlaamse eerstelijnszorg. Het dient als een gespreksstarter om de uitdagingen in het vooruitzicht onder ogen te zien en de meerwaarde van toekomstdenken te belichten.

De onderzoeksdoelen zijn tweeledig:

1. Inhoudelijk een eerste toekomstverkenning voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk verwezenlijken.
2. Procesmatig het bewustzijn over toekomstige uitdagingen vergroten, het belang van toekomstgericht denken benadrukken en het debat aanwakkeren bij deelnemende zorgactoren.

2. Onderzoeksvraag

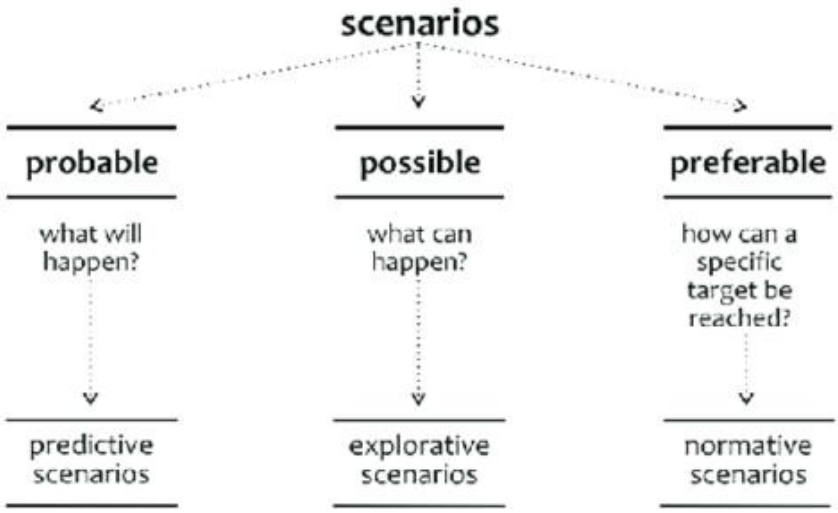
Deze thesis spitst zich toe op de volgende onderzoeksvraag: “Wat zijn mogelijke toekomsten voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050?”

3. Methodologie

3.1. Drie soorten toekomstverkenningen

Het onderzoeksopzet van deze masterproef is een toekomstverkenning van de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050. Voor deze toekomstverkenning werd **exploratieve scenarioplanning** als onderzoeksmethode gehanteerd. Exploratieve scenario's maken het mogelijk om de toekomst te verbeelden op een niet-lineaire manier. Zo stellen ze mogelijke toekomsten voor die even waarschijnlijk zijn. Ze verbeelden die en tonen wat mogelijk zou kunnen zijn in de toekomst. Er bestaan nog twee andere types scenario's: normatieve en predictieve scenario's. Normatieve scenario's vertrekken vanuit een lineair model en stellen één gewenst toekomstbeeld voor. Predictieve scenario's proberen de nabije toekomst te voorspellen aan de hand van actuele dynamieken (70).

Het doel van deze masterproef is niet om één gewenste toekomst weer te geven of een specifieke toekomst te voorspellen. Deze studie tracht meerdere plausibele toekomstscenario's voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050 te verkennen en te verbeelden, waarbij elk scenario als even waarschijnlijk wordt beschouwd. Een van de belangrijkste doelen van dergelijke studies zijn om beter te leren omgaan met onzekerheden en complexiteit door het versterken van denken in mogelijkheden en langetermijndenken. De organisatie van eerstelijnspraktijken en de brede eerstelijnszorg zijn complexe maatschappelijke kwesties, die door tal van factoren beïnvloed worden. De evolutie ervan is bovendien moeilijk te voorspellen. Daarom spitst dit onderzoek zich toe op de ontwikkeling van exploratieve scenario's.

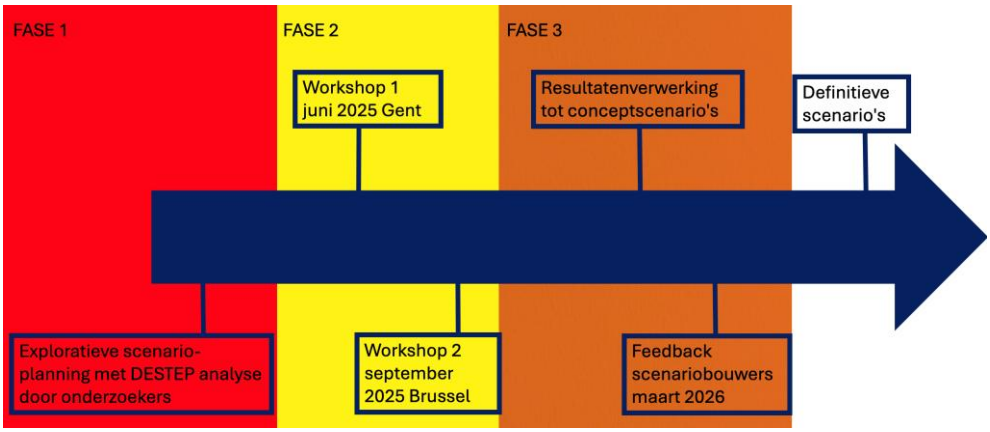


Figuur 2, types scenario's (70).

3.2. Chronologisch overzicht drie onderzoeksfases

Methodologisch bestaat deze masterproef uit drie grote delen. In deze alinea worden deze delen kort geschetst waarna elk van de drie fases uitvoeriger besproken worden. In het eerste deel werden de **voorbereidende stappen** van de toekomstscenario's door de onderzoekers uitgevoerd. In het tweede deel van het onderzoek werden **twee workshops** georganiseerd, waaraan actoren uit de brede eerstelijnszorg deelnamen. Daarin leverden de deelnemers, vanaf nu benoemd als scenariobouwers, de inhoud van de exploratieve scenario's over de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050. Het derde en laatste deel bestond uit de **resultatenverwerking** van de

data van de scenariobouwers. Daarmee werden vier mogelijke toekomstscenario's, telkens met een dagbeschrijving, geconstrueerd.



Figuur 3, chronologisch overzicht onderzoeksfases.

3.3. Fase 1 – Voorbereiding scenario's door onderzoekers

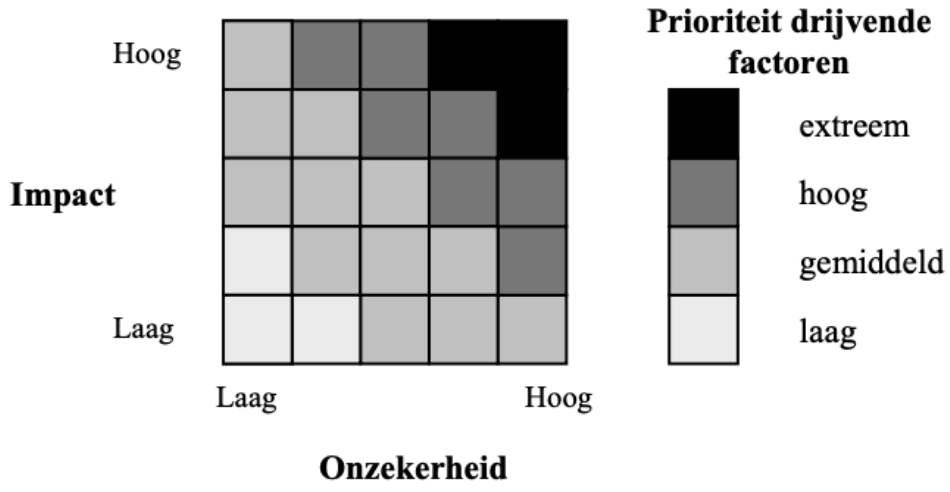
Het onderzoeksdoel van deze masterproef is een verbeeldende toekomstverkenning van de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050. De uitwerking daarvan is gebaseerd op **exploratieve scenarioplanning**, waarbij men op systematische wijze meerdere mogelijke toekomsten uitwerkt. Hiervoor worden steeds dezelfde stappen doorlopen (69, 71-74). In de eerste fase werden de eerste stappen van deze methodologie doorlopen door de twee onderzoekers. Een analyse van de relevantste en bepalendste factoren voor de toekomst van de Vlaamse eerstelijnspraktijk legde de bouwstenen voor de tweede fase van het onderzoek.

3.3.1. Drijvende factoren

De eerste stap omvat het systematisch identificeren van relevante factoren die een invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkeling van de Vlaamse eerstelijnspraktijken de komende decennia. Die factoren worden de 'drijvende factoren' genoemd. Het acroniem **DESTEP** wordt in toekomstverkenningen vaak gebruikt om deze relevante "**drijvende factoren**" te clusteren. Dit acroniem staat voluit voor **D**emografische, **E**conomische, **S**ociale, **T**echnologische, **E**cologische en **P**olitieke factoren. Het gebruik van dit acroniem biedt een gestructureerde aanpak om de relevante drijvende factoren op te lijsten (70). In een eerste fase van het onderzoek selecteerden de onderzoekers aan de hand van de DESTEP-methode de relevante factoren die de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050 vorm zullen geven. Die worden uitvoerig besproken in het eerste deel van de resultatensectie.

3.3.2. Waarschijnlijkheid & impact

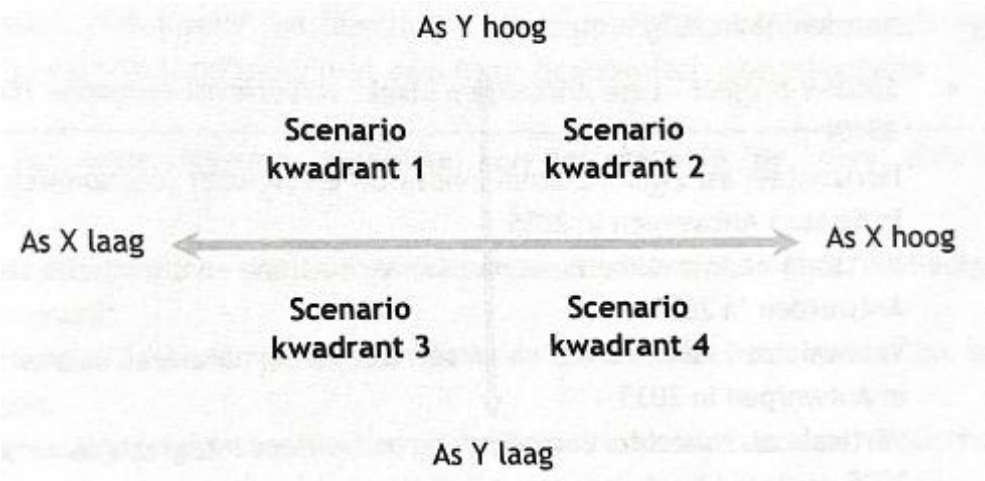
Na die opsomming volgt de beoordeling over de waarschijnlijkheid van elke drijvende factor. Dat gebeurde op intersubjectieve wijze door grondig deliberatief overleg tussen beide onderzoekers na raadpleging van de huidige literatuur. Ook de impact op de toekomst van de Vlaamse eerstelijnspraktijk is van belang. Zo kan men in onderstaande figuur elke drijvende factor categoriseren op basis van onzekerheid en impact. Factoren met zowel een hoge impact als een hoge onzekerheid worden '**kritische onzekerheden**' genoemd. De identificatie van die kritische onzekerheden is essentieel omdat het toelaat de scenario's op de relevantste manier onderling te differentiëren (70).



Figuur 4, onzekerheids-impactmatrix (74).

3.3.3. Assenmatrix met kwadranten

Nadat de belangrijkste kritische onzekerheden vastgelegd zijn door de onderzoekers, kunnen hierrond scenario's ontwikkeld worden. Voor deze masterproef werden twee kritische onzekerheden gekozen om scenario's rond te bouwen. In toekomstverkenningen is het gangbaar om twee kritische onzekerheden te selecteren (75, 76). Het versimpelt automatisch de toekomst, maar is om methodologische redenen te verkiezen. Zo wordt bij drie kritische onzekerheden een ingewikkeld XYZ-coördinatenstelsel voorgesteld met acht octanten en dus acht mogelijke toekomsten. In het eerste deel van de resultatensectie wordt de motivatie voor de twee kritische onzekerheden in dit onderzoek toegelicht. Door die twee kritische zekerheden op een horizontale as en een verticale as te plaatsen, wordt een **assenmatrix** gecreëerd **met vier kwadranten**. Elk kwadrant stelt hierbij één scenario voor. Factoren met een hoge impact maar met een relatief lage onzekerheid komen in elk scenario voor en worden later de **elementen per scenario** genoemd. Die elementen worden wegens hun hoge impact in elk van de vier toekomstscenario's besproken.



Figuur 5, assenmatrix met kwadranten (74).

3.4. Fase 2 – Inhoud scenario's door scenariobouwers

Na de eerste fase waarin het kader voor de exploratieve scenario's door de onderzoekers geconstrueerd werd, volgde de dataverzameling voor de inhoud van de scenario's. Die oefening in toekomstdenken werd doorlopen met een selectie van relevante zorgactoren die allen een ander perspectief met zich meebrachten. Daarvoor werden twee **workshops** georganiseerd, die plaatsvonden in juni 2025 te Gent en september 2025 te Brussel.

3.4.1. Rekrutering

Vijfentwintig potentiële organisaties of individuen werden door de onderzoekers geselecteerd op basis van hun specifieke expertise binnen de eerstelijnszorg, hun rol binnen overheidsdiensten met betrekking tot gezondheid of hun ervaring met toekomstverkenningen. De rekrutering van potentiële scenariobouwers verliep per e-mail. Uiteindelijk namen achttien scenariobouwers deel: acht in Gent en tien in Brussel. Hieronder volgt een tabel met pseudo-anonieme informatie over de deelnemers.

Tabel 1, overzicht achtergrond achttien scenariobouwers.

Functie & organisatie
Arts, coördinator team Milieugezondheidszorg Departement Zorg, lid National Environment-Health Action Plan-werkgroep
Arts, afdeling Preventief gezondheidsbeleid, Departement Zorg
Huisarts, Medische directie – Dienst Geneeskunde Verzorging, RIZIV
Huisarts, Medische directie – Dienst Geneeskunde Verzorging, RIZIV
Adviserend arts, expert beleid & politiek, Christelijke Mutualiteit
Stafmedewerker beleid gezondheidszorg & studiedienst, Solidaris
Psycholoog, lokaal coördinator Conventie psychologische zorg in de eerste lijn
Living Tomorrow, professor Universiteit Gent
Manager zorgregio thuisverpleging i-mens, coördinator Provinciaal Consortium Nederlandstalig Platform voor Thuisverpleegkundigen
Teamcoach, team externe samenwerking Wit-Gele Kruis
Zorgcoördinator wijkgezondheidscentrum, Vereniging van Wijkgezondheidscentra
Praktijkcoördinator Geneeskunde voor het Volk
Huisarts, zorgcoördinator Geneeskunde voor het Volk
Huisarts, onderzoeker Vrije Universiteit Brussel
Huisarts, onderzoeker Universiteit Gent
Huisarts-in-opleiding, Afromedica vzw
Spoedarts, Net Zero Healthcare Impact
Stagiair Net Zero Healthcare Impact

3.4.2. Workshops

Tijdens de drie uur durende **workshops** werd de oefening in exploratieve scenarioplanning door de scenariobouwers zelf uitgevoerd. De sessies startten met een inleiding waarin de methodologie van exploratieve scenario's werd toegelicht aan de scenariobouwers. De twee kritische onzekerheden die de assen vormen alsook de zes elementen per scenario werden vastgelegd door de onderzoekers in de eerste fase van het onderzoek. Die afbakening diende om te voorkomen dat de denkoefening onvolledig uitgevoerd zou worden wegens de beperkt beschikbare tijd tijdens de workshops. Beide onderzoekers namen tijdens de workshops een faciliterende rol op zich, terwijl de scenariobouwers de concrete inhoud leverden. De dataverzameling gebeurde via audio-opname van de workshops, na het verkrijgen van geïnformeerde toestemming van alle deelnemers.

Na de methodologische introductie werd het eerste element pathologie plenair besproken binnen de vier scenario's, om de scenariobouwers vertrouwd te maken met verbeeldend toekomstdenken. Vervolgens splitste de groep zich op in twee groepen van vier tot vijf personen, elk begeleid door een van de onderzoekers. Binnen deze **subgroepen** werd elk element besproken in twee diagonaal overliggende scenario's, om het contrast te maximaliseren bij het verbeelden van de scenario's. Op die manier werden tijdens de workshops alle elementen in elk scenario twee keer behandeld.

Het einde van elke workshop bestond uit een plenaire reflectie over het verloop van de denkoefening, welke inzichten de scenariobouwers zouden meenemen naar hun respectievelijke organisaties en of ze een gewenst scenario verkozen en een ongewenst scenario absoluut wouden vermijden.

3.5. Fase 3 – Resultatenverwerking

Nadat in de voorgaande twee onderzoeksfases de dataverzameling plaatsvond, bestond de volgende stap uit de **verwerking en analyse van de resultaten**.

De eerste stap in de resultatenverwerking bestond uit de **transcriptie** van de audio-opnames van de workshops. Die werd uitgevoerd met behulp van Whisper, een spraakherkenningssysteem op basis van artificiële intelligentie (AI). De gegenereerde transcripties werden door de onderzoekers handmatig gecorrigeerd aan de hand van de oorspronkelijke opnames. Daarop volgde het **groeperen van de data**. Daar waar tijdens de workshops telkens één element verbeeld werd in twee scenario's (pathologie plenair en de vijf overige in subgroepen), werden nadien alle relevante citaten per scenario bijeengebracht. Vervolgens werden de verzamelde data geïntegreerd tot een geraamte dat de kerninhoud van elk scenario weergaf.

Om heldere scenario's te bekomen gebruikt men dikwijls ***plot-* en *storylines***. Een plotline of dagbeschrijving met personen en gebeurtenissen helpt de lezer om de inhoud van het scenario of de storyline beter te begrijpen (77). ***Fleshing out*** omvat het ontwikkelen van plotlines om storylines levendiger en concreter te maken (69, 73). De onderzoekers pasten deze techniek systematisch toe. De inhoud van elk scenario werd gestructureerd per element uitgeschreven en verrijkt met illustratieve, geanonimiseerde citaten van de scenariobouwers. Daarnaast werd telkens een beschrijving van een doordeweekse dag van een huisarts en een patiënt toegevoegd. Zo ontstond een eerste versie van de vier mogelijke toekomstscenario's.

Ten slotte werden de conceptscenario's per e-mail verspreid onder de scenariobouwers. Op basis van de ontvangen **feedback** werden aanpassingen uitgevoerd. Zo werden uiteindelijk **vier definitieve exploratieve scenario's** van de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050 bekomen, die het eindresultaat van deze thesis vormen.

4. Resultaten

4.1. Identificatie drijvende factoren & kritische onzekerheden

Het eindresultaat van deze masterproef is een toekomstverkenning voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050 met exploratieve scenarioplanning als onderzoeksmethode. Om als onderzoekers vertrouwd te raken met denken in mogelijke toekomsten en met het oog op het geven van de latere workshops, was het noodzakelijk om zelf deze oefening uit te voeren. De klassieke stappen die doorgaans doorlopen worden bij exploratieve scenarioplanning werden in de methodologiesectie reeds besproken. Hieronder volgt de concrete toepassing.

De eerste stap omvat het identificeren van de relevante factoren die de toekomst van de Vlaamse eerstelijnspraktijk vorm zullen geven. Het DESTEP-acroniem vormt de leidraad in de opsomming van deze drijvende factoren, zoals eerder vermeld. Hieronder volgt een niet-limitatieve lijst van drijvende factoren met een beschrijving van de mate van onzekerheid en impact op de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050.

4.1.1. Demografisch

Vergrijzing:

Zoals eerder vermeld zal het aandeel ouderen in de Belgische bevolking sterk toenemen. De levensverwachting bedroeg in 2025 84,77 jaar voor vrouwen en 80,63 jaar voor mannen (21). De vergrijzing maakt de zorgnood groter en complexer door een toename van multimorbide patiënten. Dat zal een enorme druk zetten op de toekomstige eerstelijnszorg. Deze demografische evolutie is echter betrouwbaar te voorspellen waardoor er een lage onzekerheid heerst. Vergrijzing kan dus beschouwd worden als een drijvende factor met een hoge impact maar lage onzekerheid.

Superdiversiteit:

Op 1 januari 2025 hadden 35,9% van alle Belgen een migratieachtergrond, in Vlaanderen was dat 28,1% (21). Dat toont aan dat de maatschappij in België en Vlaanderen evolueert en superdivers is. Een analyse van de Belgische gezondheidsenquête toonde aan dat een migratieachtergrond hebben (78). Een van de uitdagingen voor de Vlaamse eerstelijnszorg is om hier bewust van te zijn en de gezondheidsongelijkheid terug te dringen. Om toegankelijke en kwalitatieve zorg aan iedereen te bieden in de toekomst, moeten zorgverleners rekening houden met alle determinanten van gezondheid, ook migratie. Migratiestromen zullen er altijd zijn, maar in welke mate en uit welke gebieden is moeilijker in te schatten naar 2050 toe. Superdiversiteit wordt beschouwd als een drijvende factor met een hoge impact en matige onzekerheid.

Beschikbaarheid zorgpersoneel:

In een duurzaam functionerende eerste lijn is voldoende adequaat opgeleid zorgpersoneel nodig. De beschikbaarheid van het zorgpersoneel wordt enerzijds bepaald door de instroom van afgestudeerde zorgverleners en anderzijds door de uitstroom van zorgverleners. De komende decennia wordt verwacht dat een toename van het zorgpersoneel nodig zal zijn door de combinatie van vergrijzing en multimorbiditeit. Daarnaast zal er ook een hogere uitstroom zijn door het vergrijzende zorgpersoneel. Zo waren in 2020 meer dan 40% van Belgische artsen ouder dan 55 jaar (79). Projecties kunnen de komende jaren inschatten hoeveel zorgverleners er op de arbeidsmarkt terechtkomen, maar is minder goed te voorspellen over 25 jaar. Daarom wordt het zorgpersoneel gezien als een factor met een hoge impact en met een matige onzekerheid.

4.1.2. Economisch

Financiële toegankelijkheid:

De Vlaamse eerstelijnszorg scoort op vlak van betaalbaarheid en toegankelijkheid gemiddeld en iets beter ten opzichte van andere EU-landen. Er bestaan echter grote verschillen tussen bevolkingsgroepen (80). Vooral mensen met een lager inkomen ervaren meer problemen met toegang tot zorg. Dat is het meest uitgesproken bij tandzorg en psychologische zorg. Uit een bevraging van Solidaris in 2024 bij 4.711 leden blijkt dat ongeveer 6 op de 10 mensen zich soms tot vaak zorgen maken over de betaalbaarheid van gezondheidszorg, ondanks instrumenten van het RIZIV om de toegankelijkheid te verbeteren zoals de maximumfactuur op geneesmiddelen, verhoogde tegemoetkoming en de derdebetalersregeling (29). Daarnaast vermeldt de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) dat in België het persoonlijk aandeel van medische kosten ongeveer 20% bedraagt, ten opzichte van een EU-gemiddelde van 15%. Het percentage ligt zelfs dubbel zo hoog in vergelijking met de omliggende landen (80). Daarnaast vormen patiëntenstops, personeelstekorten en lange wachttijden een belangrijk probleem, vooral bij tandartsen, psychologen en arts-specialisten. Die elementen samen kunnen toekomstig leiden tot tweesporengeneeskunde, waarbij mensen die meer kunnen betalen sneller zorg krijgen dan anderen. De vraag rijst of het solidaire zorgsysteem dat vandaag onder druk staat verder uitgehold zal worden of het elimineren van financiële drempels prioritair zal worden. De onderzoekers beschouwen toegankelijkheid als een drijvende factor met een hoge impact en een hoge onzekerheid.

Kostprijs medicatie:

In 2022 bedroegen de overheidsuitgaven voor terugbetaalde farmaceutische specialiteiten ongeveer 6,20 miljard euro, wat 15% van de totale gezondheidsuitgaven besloeg. Projecties voorspellen dat deze uitgaven tussen 2022 en 2027 met ongeveer 48,7% zullen stijgen, vooral door nieuwe en dure behandelingen zoals antivirale, anti-inflammatoire en antikankermiddelen (81). Een RIZIV-rapport bevestigt dat een beperkt aantal geneesmiddelgroepen een groot deel van de kosten veroorzaakt: 15 van de 164 klassen vertegenwoordigen 68% van de totale uitgaven. Momenteel wordt de stijging voornamelijk opgevangen door de verplichte ziekteverzekering, waardoor de gemiddelde eigen bijdrage van patiënten slechts licht stijgt (82). Deze evolutie zet echter druk op het gezondheidszorgbudget en doet vragen rijzen over de toekomstige financiële duurzaamheid en mogelijke alternatieve terugbetalingssystemen. De kostprijs van medicatie wordt als een drijvende factor met een matig tot hoge impact en een hoge graad van onzekerheid gecategoriseerd.

Verloning zorgpersoneel:

In de Vlaamse eerstelijnszorg werken de meeste zorgverleners volgens het conventiesysteem[6]. De meeste artsen, kinesisten, psychologen en zelfstandige verpleegkundigen worden per prestatie vergoed, terwijl verpleegkundigen in een huisartspraktijk doorgaans in loondienst werken. Het is voorspeld dat het aantal huisartsconsultaties de komende jaren zal stijgen van ongeveer 51,3 miljoen in 2022 naar 57,3 miljoen in 2033 (79). Meer zorgpersoneel zal meer prestaties uitvoeren, waardoor de kosten zullen toenemen. Hierdoor rijst de vraag of het huidige prestatiegerichte systeem de norm zal blijven of dat er alternatieve financieringsmodellen zoals de New Deal of forfaitaire praktijken aan terrein zullen winnen. Hierdoor wordt de verloning van

[6] Het conventiesysteem is gebaseerd op afspraken tussen het RIZIV, mutualiteiten en beroepsgroepen over de terugbetalingstarieven voor medische handelingen via nomenclatuurnummers. Geconventioneerde zorgverleners volgen deze tarieven en vragen geen supplementen. Gedeconventioneerde zorgverleners bepalen hun eigen tarieven en vragen extra supplementen, die de patiënt zelf betaalt.

zorgpersoneel ingeschat als een drijvende factor met een matige impact en een matige onzekerheid.

4.1.3. Sociaal

Sociale determinanten van gezondheid:

De sociale context heeft een reële impact op de gezondheid. Een recente studie van Sciensano toonde aan dat een vijfde van alle overlijdens in België gelinkt is aan sociale achterstelling. De studie stelt dat er jaarlijks 21.000 sterfgevallen minder zouden zijn als elke Belg hetzelfde hoge welvaartsniveau zou kennen (83). Daarnaast wees een Europees rapport op de negatieve evolutie die België doormaakt op vlak van sociale ongelijkheid en gezondheid. Ten opzichte van 2014 observeerde men een afname van de zelf-gerapporteerde gezondheidstoestand en een toename van de gezondheidskloof (17). Deze twee bovenstaande studies bewijzen hoe uitgesproken gezondheidsongelijkheid blijft in Vlaanderen en België. Zal die in de komende decennia verder toenemen of wordt die teruggedrongen? De sociale determinanten van gezondheid worden beschouwd als een drijvende factor met een hoge impact en een hoge graad van onzekerheid.

Sociale cohesie:

Hoe men (gezondheids-)zorg percipieert, kan men beschouwen als een spectrum met als twee uitersten een individualistische en collectivistische benadering. In de komende 25 jaar is het mogelijk dat zorg steeds individueler georganiseerd zal worden. In dit perspectief staat het individu centraal en wordt bij zorgnoden in toenemende mate een beroep gedaan op professionele zorgverleners in de eerste lijn, met een toenemende druk op zorgverleners. Daartegen kan de zorgsector zo evolueren dat zorgverlening sterker wordt ingebed in het sociale weefsel. Die tendens noemt men de vermaatschappelijking van de zorg. Zorgorganisaties proberen dan zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen, door mantelzorgers, lokale gemeenschappen en vrijwilligers uit de buurt te betrekken (84).

Hoe de maatschappij zorgnoden en de rol van zorgverleners benadert over 25 jaar zal een grote impact hebben op de eerstelijnszorg. Zal men meer beroep doen op professionele individuele zorg of spelen informele zorgverleners een grotere rol door vermaatschappelijking van zorg? Dat zal mede bepaald worden door grootschalige maatschappelijke evoluties en beleidskeuzes. Om die reden wordt sociale cohesie beschouwd als een drijvende factor met een zeer hoge impact en een hoge mate van onzekerheid.

4.1.4. Technologisch

Rol van technologie:

De afgelopen 25 jaar is technologie razendsnel geëvolueerd en heeft de maatschappij op een enorme schaal veranderd: smartphones domineren het dagelijks leven en een belangrijk deel van menselijke communicatie verloopt digitaal. Binnen de eerstelijnszorg heeft digitalisering een steeds grotere invloed, onder meer door de invoering van elektronische patiëntendossiers, digitale communicatieplatformen en gezondheidsapps die zorgverleners ondersteunen bij diagnostiek en behandeling. In de voorbije jaren winnen telezorg, -consultaties en -monitoring aan belang, waarbij patiënten op afstand opgevolgd worden door zorgverleners. Het kan een belangrijke rol spelen in de verdere ontwikkeling van thuiszorg en - hospitalisatie (85).

Nieuwe toepassingen zoals AI, digitale triage en gedeelde data-platformen worden in een enorm tempo ontwikkeld om zorgverleners te ondersteunen bij klinische beslissingen. Technologie kan zorgen voor efficiëntere samenwerking over disciplines en zorgniveaus heen, onder andere door

een betere integratie van medische informatie. Het staat vast dat technologie tegen 2050 verder zal ontwikkelen en de invloed ervan op het dagelijks leven groot zal blijven. In welke mate die toepassingen voor iedereen beschikbaar zullen zijn is echter onzeker. De rol van technologie wordt daarom gekaderd als een drijvende factor met een hoge impact en een matige tot hoge graad van onzekerheid.

4.1.5. Ecologisch

Gezondheidsimpact overschrijden planetaire grenzen:

De WHO spreekt over de triple planetary crisis van klimaatverandering, biodiversiteitsverlies en vervuiling. De gezondheidsimpact van de laatste twee elementen werd reeds gestaafd in de inleiding. Ook klimaatverandering heeft verregaande gevolgen voor de volksgezondheid en eerstelijnszorg. Extreme weersfenomenen, toename van vectorgebonden ziektes & allergenen, luchtvervuiling, water- en voedseltekorten leiden tot een toename in morbiditeit en mortaliteit (86). Zo stierven minstens 24.400 Europeanen in de zomer van 2025 door hitte. Twee derde van hen zouden niet gestorven zijn zonder klimaatverandering (87). Ook in België was er in de zomer van 2020 een aanzienlijke oversterfte ten gevolge van een hittegolf (88). Daarnaast berekende de Vlaamse waterweg in 2022 dat de maatschappelijke kosten bij een waterbom in Vlaanderen zouden kunnen oplopen tot 8,6 miljard euro (89). Een ander gezondheidsrisico is het endemisch worden van tropische ziekten. De Aziatische tijgermug, *Aedes albopictus*, is de vector van chikungunya en zika en kent een steile opmars in Europa (90). In de zomer van 2025 werd hij in vier Vlaamse gemeentes opgemerkt (91).

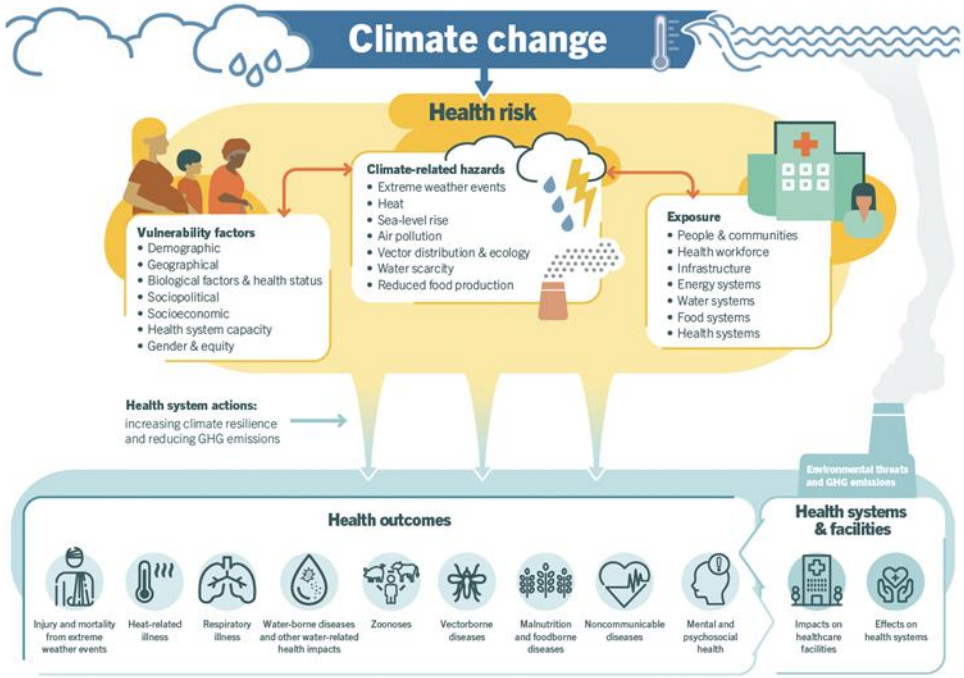
Deze gezondheidsrisico's zullen een enorme belasting vormen voor de Vlaamse eerstelijnszorg maar evenzeer voor de hele maatschappij. Niet enkel de WHO, maar ook het European Climate Risk Assessment rapport uit 2024 is glashelder: extreme weersfenomenen bedreigen de voedsel- en waterveiligheid, de energiebevoorrading, financiële stabiliteit en de volksgezondheid. Klimaatverandering vergroot gezondheidsrisico's enorm en treft kwetsbare groepen het hardst (92). De Vlaamse context van een dichtbevolkt, verhard en laaggelegen gebied, vergroot verschillende klimaatbedreigingen zoals kust- en rivieroverstromingen, droogte en hittegolven. Een groot deel van de bevolking woont in verstedelijkt, verhard gebied en is daardoor bijzonder kwetsbaar voor hitte-eilanden[7].

Klimaatverandering veroorzaakt ook grote financiële gevolgen. Het Federaal Planbureau en Cerac voorspelden in 2050 dat als het huidig klimaatbeleid onveranderd blijft, wat zou leiden tot een klimaatopwarming van 2,9°C tegen 2100, het Belgisch bbp met 5% zou krimpen ten opzichte van een scenario waarin het huidige niveau van klimaatverandering behouden wordt (94). Dat zou een enorm nefaste impact hebben op de maatschappij, inclusief de eerstelijnszorg.

Daarnaast zal de eerstelijnszorg niet enkel te maken krijgen met de gevolgen van klimaatverandering, ze moet op zichzelf ook verduurzamen om klimaatverandering terug te dringen. Tegen 2050 moet Europa klimaatneutraal zijn (95). In België is de gezondheidssector verantwoordelijk voor ongeveer vijf procent van de totale uitstoot met 22% hiervan door de eerste lijn (96). De uitdaging om gezondheidszorg binnen planetaire grenzen te voorzien is groot en ingrijpende veranderingen lijken nodig (20).

[7] Het hitte-eilandeffect is het fenomeen waarbij de temperatuur in een stedelijk gebied gemiddeld hoger is dan in het omliggende landelijk gebied, door verharding en gebrek aan groene ruimtes (93).

Zullen de gevolgen van de triple planetary crisis in 2050 een gigantische impact hebben op de volksgezondheid of zullen de gevolgen voor de eerstelijnszorg beheersbaar blijven? De gezondheidsimpact op de eerstelijnszorg door het overschrijden van planetaire grenzen wordt ingeschat als een drijvende factor met een zeer hoge impact en een grote mate van onzekerheid.



Figuur 6, gezondheidsimpact van klimaatverandering (86).

4.1.6. Politiek

Gezondheidszorgbeleid (zorglandschap):

De eerstelijnszorg wordt geconfronteerd met complexe uitdagingen, waaronder vergrijzing, toename van multimorbiditeit, technologische ontwikkelingen en ecologische fenomenen. Beleidsmakers hebben de verantwoordelijkheid het zorglandschap toekomstbestendig en veerkrachtig te organiseren. Geïntegreerde zorg wordt benoemd als doel maar is voorlopig niet de norm, ondanks het bestaan van eerstelijnsnetwerken en -zones (97). De huidige samenwerking tussen zorgverleners binnen en over de eerste en tweede lijn verloopt dikwijls stroef. De versnippering is evenzeer aanwezig op politieke beleidsniveaus: curatieve en preventieve zorg zijn respectievelijk onder federale en Vlaamse bevoegdheden. In zijn scherpe analyse over een mogelijk Belgisch zorginfarct stelt professor economie Johan Albrecht de heldere vraag: ‘Welke opties hebben beleidsmakers om de verwachte kloof tussen de zorgvraag en het potentiële zorgaanbod te dichten? Volstaan efficiëntiewinsten, nieuwe technologieën of zorgt het preventiebeleid eindelijk voor een radicale trendbreuk in de evolutie van de zorgvraag?’ (98) Het politiek gezondheidszorgbeleid wordt beoordeeld als een drijvende factor met een matige impact en een hoge onzekerheid.

Preventie:

Preventie is een belangrijk onderdeel van volksgezondheidsbeleid. Ziekte, of de progressie ervan, voorkomen is een kerntaak van de gezondheidszorg. Het verhoogt de levenskwaliteit, vermindert de druk op zorgverleners en is economisch voordeliger. Preventie bestaat op verschillende niveaus: van primordiaal tot en met quaternair. Het kan individueel – een patiënt motiveren tot

gezondere voedingsgewoontes – en collectief benaderd worden – de toegang tot gezonde voeding vereenvoudigen. De huidige Belgische gezondheidszorg scoort slecht op preventie, stelt het RIZIV. De vermijdbare sterfte door preventie ligt hoger dan in de overige EU-14- landen (99). Amper 1,8% van het gezondheidszorgbudget wordt geïnvesteerd in preventie (100). Hoe preventie vorm zal krijgen in de komende decennia kan sterk variëren. Een overheid kan doortastende maatregelen treffen voor een gezondere leefomgeving of een gezonde levensstijl eerder beschouwen als een individuele verantwoordelijkheid. Preventie schatten de onderzoekers in als een drijvende factor met een hoge impact en een matige onzekerheid.

Overzicht drijvende factoren:

Hieronder volgt een samenvattende tabel met de drijvende factoren volgens het DESTEP-acroniem. Voor elke factor wordt de desbetreffende impact en de mate van onzekerheid weergegeven, zoals beoordeeld door de onderzoekers. De geïdentificeerde drijvende factoren hebben een grote overlap met de tendensen uit de visietekst 'Huisarts in 2030' van Domus Medica. Die is gebaseerd op de inzichten van 650 huisartsen. De volgende factoren zullen volgens hen de eerstelijnszorg het meest beïnvloeden in de toekomst: een toename van sociale ongelijkheid, meer superdiversiteit in de samenleving, een groeiende druk op de betaalbaarheid van de zorg, verdere privatisering binnen de zorgsector, de impact van leefmilieu en klimaatverandering op de gezondheid en een grotere aandacht voor mentale gezondheid (4).

Tabel 2, overzicht drijvende factoren.

Factor	Voorbeeld	Impact	Onzekerheid
Demografisch	°Vergrijzing °Superdiversiteit °Beschikbaarheid zorgpersoneel	Hoog Hoog Hoog	Laag Matig Matig
Economisch	°Financiële toegankelijkheid °Kostprijs medicatie °Verloning zorgpersoneel	Hoog Matig-hoog Matig	Hoog Matig Matig
Sociaal	°Sociale determinanten gezondheid °Sociale cohesie (individualisme versus collectivisme)	Hoog Zeer hoog	Hoog Hoog
Technologisch	°Rol van technologie	Hoog	Matig-hoog
Ecologisch	°Gezondheidsimpact overschrijden planetaire grenzen	Zeer hoog	Hoog
Politiek	°Gezondheidszorgbeleid (zorglandschap) °Preventie	Matig Hoog	Hoog Matig

4.1.7. Motivatie assenkeuzes

Na het doorlopen van de DESTEP-analyse en het toekennen van de mate van impact en onzekerheid werden **twee kritische onzekerheden** met een hoge impact en onzekerheid geselecteerd. De sociale cohesie en de ecologische impact op de eerstelijnszorg werden door de onderzoekers aangeduid als de meest bepalende en onzekere factoren voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050. Samen vormen ze de twee hoofdassen die de assenmatrix verdelen in vier scenario's.

Sociale cohesie:

Zoals toegelicht tijdens de inleiding en onder 4.1.3. is de sociale context van enorm belang voor eenieders gezondheid. Daarom is **de mate van sociale cohesie in een samenleving** geselecteerd als eerste as. Het bepaalt hoe burgers, zorgverleners en overheden zich tot elkaar verhouden. Worden gemeenschappelijke uitdagingen gezamenlijk benaderd, of is het eenieders eigen verantwoordelijkheid om een goede gezondheid na te streven of zichzelf te beschermen tegen een hittegolf? Zowel een verdere individualisering als een toename in collectief denken zijn mogelijk. Zal de eerstelijnszorg, als weerspiegeling van de maatschappij, in een individualistische richting evolueren waar gezondheidsongelijkheid verder uitdiept? In dat geval zal de SES de mate van ziektelast mede bepalen. Of zal de eerstelijnszorg zich collectiever organiseren waarbij de sociale determinanten van gezondheid structureel aangepakt worden en eerstelijnspraktijken handelen vanuit populatiegerichte zorg?

Ecologische impact:

De tweede as, **de ecologische impact op de eerstelijnszorg**, zal even bepalend worden voor eerstelijnspraktijken. Klimaatverandering, vervuiling en biodiversiteit hebben in 2026 al verregaande gevolgen voor de volksgezondheid, de organisatie van (eerstelijns-)zorg en de samenleving als geheel. In de komende decennia zal deze invloed alleen maar toenemen – de mate waarin hangt af van de inspanningen op vlak van klimaatmitigatie en -adaptatie door overheden, industrieën en burgers. De modellen van het IPCC zijn gebaseerd op verschillende uitgangspunten, waardoor er variatie bestaat tussen de voorspellingen (41). Bij onveranderd beleid dreigt een scenario waarin de aarde opwarmt met 2,3-2,5°C, met desastreuze gevolgen voor de volksgezondheid (101). Als verhard Vlaanderen versneld inzet op mitigatie en adaptatie, kan de impact nog beheersbaar blijven. Indien klimaatverandering echter verder ontspoort, dreigen extreme weersfenomenen de nieuwe norm te worden, met het risico op ernstige ontwrichting van de eerstelijnszorg.

4.1.8. Elementen per scenario

Tot slot werden, naast de twee kritische onzekerheden, zes elementen uit de lijst van drijvende factoren opgenomen om per scenario te bespreken. Die werden geselecteerd omwille van hun hoge impact op de toekomst van de Vlaamse eerstelijnspraktijk maar hun relatief matige onzekerheid. Het betreft pathologie, praktijkorganisatie, zorglandschap, toegankelijkheid, technologie en preventie.



Figuur 7, uitgewerkte assenmatrix.

4.2 Vier toekomstscenario's

4.2.1. **Scenario 1: Ieder voor zich op een planeet in brand** (ecologische impact hoog, sociale cohesie laag)

Klimaatchaos maakt ziek

De Vlaamse eerstelijnszorg kreunt in 2050. In een wereld van 3°C opwarming is de ecologische ontwrichting verregaand: klimaatverandering en ongebreidelde vervuiling hebben een grote impact op de volksgezondheid. Verhard Vlaanderen worstelt met zowel hitte, droogte als overstromingen. Steden implementeerden nauwelijks de 3-30-300-regel[8] waardoor de zomer voelt als een openluchtbarbecue: oversterftepieken doen zich bij elke hittegolf voor, hitteberoertes treffen mensen met een hoog cardiovasculair risico en de vergrijzing leidt tot een grote groep die kwetsbaar is voor uitdroging en medicatieontregelingen. De extreemste hittegolven veroorzaken onderbrekingen in de elektriciteitsvoorziening van zorginstellingen, met verregaande gevolgen. Jaren van extreme weersfenomenen hebben hun tol geëist op het mentaal welzijn, (posttraumatische) stressklachten zijn toegenomen en vele jongeren ervaren klimaatangst. Daarnaast zijn voorheen 'tropische' ziektes, zoals dengue, zika en chikungunya, de norm geworden door een explosie in muggenaantallen. De ecologische tol vergroot de zorgnood bovenop de vergrijzing. Frequente crisispieken, tijdens een hevige hittegolf of na een waterbom, verstoren het zorgaanbod in de eerste lijn, door zowel een toename in zorgvragen als de fysieke en mentale belasting van de zorgverleners zelf.

[8] De 3-30-300-regel werd door professor stedelijk bosbeheer Cecile Konijnendijk ontwikkeld in 2021. Het stelt de minimumcriteria voor groenvoorziening in een stedelijke omgeving:
- elke bewoner moet minstens 3 goed gevestigde bomen kunnen zien vanuit diens woning
- elke wijk moet minstens 30% kroonbedekking behalen
- elke bewoner moet toegang hebben tot kwalitatieve, publieke groenruimte op 300m of minder (102).

Een afgebrokkeld sociaal vangnet

Doordat mitigatie- en adaptatiemaatregelen nauwelijks werden getroffen, liep de kosten van natuurrampen hoog op. De sociale zekerheid werd uitgehold en de slagkracht van overheden langzaamaan uitgekleed. Er bestaat amper een gemeenschapsgevoel. De combinatie van de ecologische impact en een geïndividualiseerde maatschappij leidt tot een sterke toename van de gezondheidskloof. Gezondheid en toegang tot zorg zijn sterk afhankelijk van de SES en andere sociale determinanten: er ontstaat zorgsegregatie.

Wie betaalt, krijgt zorg

Zorgtoegankelijkheid is bijzonder ongelijk. Het financieringssysteem per prestatie domineert, met een hoog persoonlijk aandeel voor patiënten. Privé-verzekeringsinstellingen vervangen de rol van mutualiteiten en bieden verschillende terugbetalingscategorieën aan. Er bestaat nauwelijks sociale correctie. Wie financieel sterk staat, kan vlot terecht in privépraktijken. Voor mensen met een lage SES is zorg vaak uitgesteld, beperkt of onbereikbaar.

> ***"Als het zorglandschap [afbrokkelt] en de maatschappelijke cohesie laag is, dan denk ik dat sociale zekerheid eigenlijk gewoon verdwijnt. Dat we naar individuele privéverzekeraars gaan en dat eigenlijk al die tussenniveaus die eigenlijk samenwerking en preventie bevorderen ook zullen verdwijnen. Het elk voor zich-principe."***

De geografische spreiding van patiënten en zorgverleners volgt dezelfde logica. Mensen met een hoge SES wonen in veiligere, klimaatrobuuste buurten waar het zorgaanbod zich concentreert omdat veel zorgverleners deze dynamiek volgen. Daartegenover staan verpauperde en kwetsbare buurten – zoals sterk verharde stadswijken of overstromingszones – met een hoge zorgnood en een minimaal aanbod. De ecologische gevolgen van klimaatopwarming maken zorg moeilijker bereikbaar. Een hittegolf of waterbom bemoeilijkt de fysieke toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor iedereen maar de impact is ongelijk verdeeld. Een deel van de bevolking kan zich bijvoorbeeld flexibeler verplaatsen, maar voor een belangrijk deel wordt zelfs acute zorg tijdelijk onbereikbaar.

> ***"Als we ons hier bevinden, dan gaat er geen zorg meer mogelijk zijn voor iedereen. Want, het zal te duur zijn, niet iedereen zal het kunnen betalen. Het is niet bereikbaar want ze geraken er niet."***

Twee praktijkvormen tegenover elkaar

De eerstelijnspraktijken bestaan hoofdzakelijk uit twee types: enerzijds richten uiteenlopende mono- en multidisciplinaire privépraktijken zich op een kleine kapitaalkrachtige groep. Zij bieden gepersonaliseerde, hoogtechnologische levensstijlgeneeskunde aan, zonder aandacht te hebben voor wijk- en populatienoden. Hun zorgrelaties zijn individueel en commercieel: alles kan, tegen een prijs. Multidisciplinaire samenwerking bestaat in sommige praktijken, maar is inhoudelijk beperkt. Zorgverleners focussen zich op wat financieel het meest oplevert.

> ***"Het kopen van gezondheid aan een bepaalde prijs, omdat je geld hebt, omdat je dat kan. Die mensen hebben daar allemaal toegang toe. Ja, het kopen van dat je gezond kunt zijn of niet. En die andere groep kan dat niet. En die blijven dan achter."***

> ***"Een beetje dat Amerikaans beeld, voor de happy few, dat je nu ook al ziet, voor heel veel lifestyle geneeskundetoestanden en jonge en andere collega's die zich in dat soort organisaties gaan verschansen. Omdat dat een gemakkelijk werk is, omdat dat veel oplevert, maar dat eigenlijk niks whatsoever meer met gezondheidszorg te maken heeft, of toch niet op populatieniveau, omdat dat aanbod volledig is afgesteld op een vraag van een heel beperkte groep."***

> ***"Mensen gaan zich nog meer organiseren in de zin van ons kent ons. Mensen die een eigen specifiek netwerk gaan uitbouwen van zorgverleners. En zelfs zover dat die zorgverleners aan huis komen, van die mensen eigenlijk de zorg gaan verlenen, online, aan huis, eerder dan gecentraliseerd in een wijk of in***

een ziekenhuis. Wat echt is, de rijken gaan bepalen, wie hen zorg gaat verlenen. En zij gaan daar gewoon vet voor betalen."

Daartegenover staan grootschalige eerstelijnspraktijken (ELP) die laagdrempelige zorg proberen aanbieden voor iedereen. Hun financiering is afkomstig van een ontoereikende basistussenkomst van de overheid waardoor een persoonlijk aandeel noodzakelijk is. De patiëntbijdrage wordt berekend op basis van SES. De zorgcapaciteit van elke ELP is echter beperkt: door overbevraging is de organisatie van complexe chronische zorg heel uitdagend. Er is een gebrek aan tijd om multimorbide patiënten regelmatig op te volgen waardoor hun kwaliteit van zorg daalt. Daarbovenop verstoren frequente crisismomenten zodanig het zorgaanbod dat dikwijls uitsluitend acute reactieve zorg mogelijk is. In de hardst getroffen gebieden is zelfs de ontplooiing van humanitaire zorgorganisaties noodzakelijk om basiszorg te bieden. Die zullen functioneren uit liefdadigheid.

"Er is een grote acute zorg die zich aanbiedt en dat gaat dan leiden tot meer het wachtpostmodel waarbij dat we klaar moeten zijn om grote cohorten van acute problemen op te lossen. Maar wel ook in een betalend model. Een betaling per prestatie, omdat er weinig herverdeling is. Maar ook met problemen van toegankelijkheid omdat er diegene die het meest betaalt, zal zijn acute zorgvraag beantwoord zien. Dus verschillende snelheden. Maar waarbij dat vooral geïnvesteerd zal worden in crisisbeleid. En waarbij dat er geen plaats is voor geïntegreerde zorgmodellen."

Geen tijd voor samenwerking

De vergrijzing, de ecologische impact én individualisering leiden tot een overbelasting van zorgverleners. Dat leidt tot het uiteenvallen van samenwerkingsstructuren: eerstelijnsnetwerken (ELN), eerstelijnszones (ELZ) en overlegorganen bestaan nog slechts op papier of verdwijnen volledig. Geïntegreerde zorg is onhaalbaar. Zorgverleners plooien zich terug op hun kerntaken: een deel kiest om op een kleine patiëntengroep te focussen, een ander deel ziet zich daartoe verplicht om niet te verdrinken in de werkdruk. Door een gebrek aan afstemming wordt dezelfde zorg parallel georganiseerd door verschillende zorgaanbieders, bijvoorbeeld thuiszorg, wat leidt tot inefficiëntie en verspilling.

"Iedereen gaat terug naar zijn kernopdracht. Dat merk je nu ook tijdsgebonden, heel concreet, oproepen komen over van de overheid en het is een superdrukke periode. Dan gaat iedereen zeggen, ik doe mijn eigen ding, ik neem niet deel."

Snufjes voor de rijken

Gezondheid wordt gezien als een persoonlijke verantwoordelijkheid, wat leidt tot culpabilisering en medicalisering. Kapitaalkrachtige groepen investeren intens in screeningsonderzoeken, zelfmonitoringtoestellen en supplementen. Dat leidt tot overdiagnostiek en overbehandeling in deze selecte groep. Gemeenschapsgerichte preventiestrategieën worden bijna niet gefinancierd. Budgetten gaan naar crisisbeheer in plaats van naar structurele gezondheidsbevordering.

Op technologisch vlak bestaan er in 2050 basistechnologieën die breed beschikbaar zijn, omdat dit het goedkoopst zal zijn om een basisgezondheid voor iedereen te voorzien, maar de meest geavanceerde toepassingen zijn duur en beperkt beschikbaar voor wie het kan betalen. Technologie zet hierdoor een turbo op de gezondheidskloof. Hoewel digitale systemen administratieve lasten enigszins verlichten en leemtes in chronische zorg proberen vullen, bieden ze weinig structurele oplossing voor preventie of rampenopvang.

Een eerste lijn in crisis

In dit scenario is de eerstelijnszorg in 2050 een systeem in permanente crisis, zonder sterke collectieve structuur om de druk op te vangen. Ecologische ontwrichting en individualisering

versterken elkaar en leiden tot een zorglandschap waarin samenwerking schaars is en toegang tot zorg een privilege wordt in plaats van een recht.

Dagbeschrijving

Tom en Samira zijn twee bevriende huisartsen. Het is opnieuw een snikhete zomerdag, dag 9 van de recentste hittegolf. Samira werkt in een grote multidisciplinaire stadspraktijk waarin ze lange werkdagen met talloze korte consultaties draait. Het maandelijks multidisciplinair overleg tijdens de middagpauze spitst zich toe op hoe patiënten met tekenen van uitdroging zo efficiënt mogelijk kunnen behandeld worden. Het centrum stelt als prioriteit zoveel mogelijk mensen acute zorg te bieden.

In de stadspraktijk meldt Maria – een 62-jarige, alleenstaande vrouw met diabetes – zich aan via de aanmeldzuil n.a.v. schouderpijn die al enkele weken haar slaap verstoort. Op basis van een triageprotocol neemt ze plaats in wachtzaal 3 (van de tien in het centrum). Na een uur wachten kan ze terecht bij een kinesist, die alle locomotorische klachten verwerken i.p.v. de huisartsen tijdens de drukke zomermaanden. De kinesist onderzoekt haar en besluit tot een opstoot van artrose. Maria krijgt het volgende advies: pijnstilling met paracetamol en mobilisatieoefeningen die ze thuis kan uitvoeren met behulp van een applicatie. Maria zou liefst een opvolgafspraak krijgen om zeker te zijn dat ze de oefeningen juist uitvoert, maar de kinesisten kunnen momenteel enkel acute consultaties voorzien. Maria mag opnieuw langskomen door zich te aan te melden in het centrum wanneer ze dat nodig acht.

Maria zou ook graag een nieuwe bloedafname voor haar diabetesopvolging laten uitvoeren, want het is al 9 maanden geleden. De kinesist verwijst haar naar de bloedafnamemachine en chatbot van de praktijk. De bloedafname kan eender wanneer, tegen betaling. De resultaten krijgt ze in haar gezondheidsapp. De chatbot kan haar medicatie voorzien en advies geven over haar bloedresultaten, o.b.v. een algoritme opgesteld met de huisartsen. De chatbot berekent wanneer een afspraak ter bespreking van haar diabetes mogelijk is bij de diabetesverpleegkundige. Het wordt ingepland over een maand, maar is onder voorbehoud van andere, dringendere zorg.

Ondertussen is Tom aan de slag in een monodisciplinaire, prestatiegefinancierde groepspraktijk in een groene villawijk buiten de stad Antwerpen. De werkdag begint met patiënten die de dag zelf bellen voor een acute klacht. Over de middag komt Mohammed langs. Zijn smarthorloge meldde dat tijdens de hittegolf zijn slaapkwaliteit met 15% verminderd is en raadde een consultatie bij de huisarts aan. De agenda was al volgeboekt maar door een supplement te betalen kan hij tussendoor op consultatie. Samen zoeken ze naar mogelijke verbeteringen. Tom raadt een voedingssupplement aan en plant een videoconsultatie in over twee weken ter opvolging. In de namiddag volgen consultaties met patiënten die hun spier- & vetmassabalans willen optimaliseren en bekijkt Tom enkele ECG's van patiënten die hun smarthorloge als afwijkend bestempelde.

4.2.2. **Scenario 2: Samen in de penarie** (ecologische impact hoog, sociale cohesie hoog)

Ontregeld klimaat in een warme samenleving

In 2050 functioneert de eerstelijnszorg in Vlaanderen binnen een samenleving met sterke sociale cohesie, maar onder zware druk door een sterk toegenomen ecologische impact. Mitigatie van klimaatverandering werd de voorbij decennia op internationaal niveau vrijwel genegeerd waardoor de wereld op weg is naar 3,5°C opwarming tegen 2100. De gevolgen zijn nu al heel tastbaar in Vlaanderen. De ene loodzware hittegolf volgt de andere op, wie kan, vlucht uit de grijze stadswijken. Een dodelijke waterbom in de Dendervallei zette in 2045 duizenden woningen onder water en veroorzaakte daarbij miljarden euro schade. Ook luchtvervuiling werd nauwelijks terugdrongen met jaarlijks duizenden vermijdbare vroegtijdige overlijdens. Door de gigantische maatschappelijke impact doet de overheid sinds de waterbom een poging om de schadelijke gevolgen te bedwingen met behulp van grootschalige adaptatiemaatregelen, zoals massale ontharding (om bomen te planten), daken wit verven, de inrichting van veilige overstromingszones (om woonwijken te beschermen) en effectieve opsporing van clusteruitbraken om mug-overdraagbare ziektes in te perken. Natuurrampen beschadigen essentiële infrastructuur die de fysieke toegang tot zorg bemoeilijken. Dat vraagt flexibele organisatievormen en alternatieve zorgkanalen.

Gezondheidszorg wordt beschouwd als een gemeenschappelijke taak en verantwoordelijkheid waarbij elke praktijk als een schakel in het systeem belangrijk is. De beschikbare middelen en zorgcapaciteit zijn structureel ontoereikend. Dat dwingt tot scherpe keuzes, verregaande samenwerking op wijk- en regionaal niveau en een doorgedreven focus op efficiëntie.

> ***"Elke praktijk is deel van het geheel dat voor iedereen wil zorgen: dat is de tegenpool van het andere scenario, dus geen zorgselectie, dat je bijvoorbeeld niet zomaar een patiëntenstop uitroept maar dat je collectief gaat nadenken van hoe ga je collectief die noden van die patiënten te lijf gaan."***

Gestructureerde samenwerking

De overheid speelt een uitgesproken sturende rol door middel van strikte regelgeving en langetermijnplanning. Op regionaal niveau en binnen ELZ's vindt structureel overleg plaats over de voorbereiding op natuurrampen die de al bestaande organisatie van chronische zorg overschaduwt. Samenwerking tussen zorgdisciplines en -instellingen is de norm waarbij geïntegreerde zorg als streefdoel vooropgesteld wordt. In dit scenario coördineren ELZ's de eerstelijnspraktijken op regionaal niveau en krijgen net daarom een sterk mandaat.

> ***"Ik denk dat er een zeer sturende overheid zal zijn en dat die ook zo efficiënt mogelijk zal moeten gebeuren, gezien de hoge ecologische impact ook belangrijke zorgvraag met zich mee zal brengen die veel geld zal kosten en waarbij het juiste zorgniveau duidelijk zal toegewezen worden door de overheid en men ook zal trachten om het goedkoopste niveau aan te wijzen. Dat kan dan ook technologie zijn, dat kan patiënteneducatie zijn, waarbij dat nog voor de eerstelijnspraktijk kan komen te staan, maar waarbij dat er wel weinig keuze zal in de persoonlijke zorgvraag van de burger, welk niveau van zorg die kan gebruiken."***

Hoge zorgnood leidt tot scherpe keuzes

Door de ecologische druk en vergrijzing stijgt de zorgnood enorm dus staat efficiëntie centraal. Organisaties die gelijkaardige zorg aanbieden, smelten samen of stemmen hun werking op elkaar af. Zorg wordt systematisch getrieerd naar het gepaste niveau: huisarts, verpleegkundige, technologisch hulpmiddel of wijkinitiatief. Keuzevrijheid voor de individuele patiënt is beperkt want het collectieve belang primeert. Ook financieel worden keuzes scherp gesteld. Artsenlonen verschuiven van voornamelijk prestatiebetaling naar systemen gebaseerd op kwaliteitsindicatoren. Door de schaarste aan middelen wordt voornamelijk geïnvesteerd in breed

toegankelijke en kosteneffectieve interventies. Holistische zorg komt onder druk want de focus ligt op specifieke, meetbare gezondheidsdoelen.

> ***"Maar door die nood gaan mensen echt samenwerken. Kijk naar COVID, wat er toen allemaal gerealiseerd is. Ik denk dat er veel mogelijk is. Niet meer dat versnipperde, iedereen op zijn ding, maar allemaal mooi samen. En op dat moment gaat dat door de context vlotter gerealiseerd worden. Ik denk ook, om thuisverpleging als voorbeeld te nemen: als het probleem groot genoeg wordt en de schaarste op de arbeidsmarkt en personeel te vinden, dan gaat het beter om samen te werken. Over diensten en praktijken heen en dan maakt de kleur niet meer uit."***

Homogeen eerstelijnslandschap kraakt onder acute zorg

De eerste lijn wordt gedragen door grote, interdisciplinaire praktijken. De dagelijkse werking van ELP is homogeen. Praktijken werken intensief samen met andere zorgactoren op wijk- en ELZ-niveau en spelen een sleutelrol in crisisbeheer.

Door de hoge zorgnood en frequente crisissituaties overheerst acute zorg. Er is minder ruimte voor chronische opvolging, ten nadele van de zorgkwaliteit. Huisartsen hebben minder tijd voor patiëntencontact en zijn noodgedwongen meer bezig met coördinatie van interprofessionele samenwerking en het uitwerken van protocollen. Zorgsubsidiariteit[9] is doorgedreven: met protocollen wordt bepaald welke zorgverlener welke zorgtaak opneemt, met of zonder technologische ondersteuning. Een toename in mantelzorg en zorgzame buurten vullen de leemte van beperkte chronische zorg.

> ***"Dan gaat het echt zijn, brandjes blussen, brandjes blussen. Dan wordt onze job brandjes blussen. En dan is er eigenlijk superveel maatschappelijke cohesie. COVID, supermaatschappelijke cohesieperiode hè. Iedereen sprong in de bres voor dat brandje te blussen."***

Universeel proportionalisme ondanks ecologische crisis

Ondanks de ecologische impact op het zorgsysteem blijft gelijkwaardigheid een belangrijk uitgangspunt. Toegang tot zorg wordt bepaald op basis van zorgnood. Door de toename van zorgvragen en ecologische ontwrichting worden middelen gericht ingezet waar de gezondheidswinst het grootst is. Er heerst bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen met onder andere vermindering van zorgmijding als prioriteit. Dat heeft als gevolg dat niet dringende zorgvragen uitgesteld worden. Daarnaast ontstaan spanningen rond individuele verantwoordelijkheid: er is een limiet in welke mate de gemeenschap zorg blijft financieren voor mensen die preventieve maatregelen systematisch niet naleven.

> ***"Maar het grootste gevaar is dat wie niet aan preventie doet, die wordt uitgesloten. Daar gaat men niet meer voor zorgen, want dat heb je aan uzelf te danken dat je daar niet voor gekozen hebt. Heb jij geen water, oké, je had maar. Want je kunt in acute situaties niet iedereen redden omdat de middelen er ook niet zullen zijn. Dus men gaat keuzes moeten maken. Dat was het wel eens in de pandemie ook. Keuzes maken in woonzorgcentra. En die vraag gaat nog des te groter, die situaties gaan nog frequenter voorkomen. En we gaan keuzes moeten maken. Geen preventie gedaan, oké, dan trekt uw plan."***

> ***"Niet gevaccineerd? Ja, dan wij kunnen niet meer voor u zorgen. Dat is uw eigen schuld. Want er zijn andere crisissen. Omdat het budget ook financieel, dat hebben we daar straks ook, we hebben minder geld. Want al die crisissen, dat geld gaat er niet zijn."***

[9] Zorgsubsidiariteit is een principe dat het geschiktste interventieniveau beoogt voor elke handeling. Zo doet een centrale of hogere instantie niet wat een decentrale of lagere instantie ook kan. Dit principe kan toegepast worden op zowel beleidsstructuren (een federale overheid beslist niet wat op gemeentelijk niveau kan bepaald worden) als binnen mulitdisciplinaire zorgteams (wat een verpleegkundige kan uitvoeren, moet niet door een arts).

Klimaatverandering ondermijnt preventie

Preventie is een prioriteit. De overheid investeert in langetermijnstrategieën om chronische aandoeningen en multimorbiditeit te verminderen en zo zorgcapaciteit te vrijwaren, gaande van toegankelijke gezonde voeding en beweging tot maatregelen tegen luchtvervuiling, hitte en andere klimaatrisico's. ELZ's organiseren grootschalige, gestandaardiseerde interventies — zoals massavaccinatiecampagnes of hitteplannen. In de praktijk komt preventie echter vaak in het gedrang door opeenvolgende crisissen en budgettaire beperkingen. De focus verschuift noodgedwongen regelmatig naar acute, reactieve zorg.

> ***"[Preventie] kan overschaduwd worden door dat continue crisisbeleid kan leiden tot budgettaire situaties die onder druk staan en korte termijn handelen."***

Technologie om het hoofd boven water te houden

Technologie speelt een cruciale rol om het zorgsysteem boven water te houden. Artificiële intelligentie ondersteunt populatiegezondheidsmanagement (PHM) om dreigende gezondheidsproblemen op wijkniveau op te sporen en het lokaal beleid bij te sturen. Administratieve taken worden maximaal geautomatiseerd om tijd vrij te maken voor zorgverleners. Technologie vult ook leemtes op wanneer zorgverleners niet bereikbaar zijn, bijvoorbeeld via AI-ondersteunde triage en diagnostiek. De afhankelijkheid van technologie is groter dan ooit. Ze vormt geen totale vervanging van zorg, maar een noodzakelijke voorwaarde om met beperkte middelen een grote zorgvraag te beheren.

Solidaire eerste lijn op een brandende planeet

In dit scenario is de eerstelijnszorg sterk solidair en collectief georganiseerd, maar continu in crisistoestand. Zorgverleners, overheid en burgers handelen vanuit een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel, terwijl schaarste, ecologische dreiging en hoge zorgnoden dwingen tot efficiëntie, prioritering en verregaande samenwerking.

Dagbeschrijving

Samira is een 34-jarige huisarts en werkt in een multidisciplinaire, forfaitaire eerstelijnswijkpraktijk. Het is derde dag na de onverwachte waterbom in de Denderstreek. De regio rond de praktijk stond volledig onder water. Door de vele zorgvragen van patiënten werkt Samira al een week non-stop en is ze uitgeput. Kwetsbare patiënten geraken niet tot hun toegewezen wijkpraktijk en huisbezoeken zijn uitsluitend voor dringende problemen.

Maria, een 62-jarige vrouw met diabetes, had deze ochtend een afspraak voor haar zesmaandelijkse nuchtere bloedafname maar moest die annuleren door de overstromingen. Ze dreigt zonder medicatie te vallen, maar dankzij een AI-ondersteunde tool werden de voorschriften reeds online voorzien en een drone levert de medicatie bij haar thuis. Een andere telefonische AI-tool, TrAIge, helpt bij het triëren van dringende zorg. Maria belde voor een tweede vraag: sinds enkele dagen heeft ze pijn aan haar linkerknie waardoor ze niet goed kan stappen. De tool berekent, o.b.v. de medische urgentie en meteorologische situatie, dat over negen dagen een afspraak kan bij een huisarts. Uit frustratie, besluit ze de zorg voor haar knie uit te stellen. Ze heeft nu andere zorgen: het gelijkvloers van haar huis is ondergelopen. De hele verdieping is nog onder het slijk en onleefbaar momenteel. Via de wijkpraktijkapp kan ze beroep kan doen op het lokaal dienstencentrum. Het centrum organiseert de buurthulp en noodopvang bij extreme weersfenomenen zoals hittegolven en overstromingen. Maria kan daar haar gsm opladen en enkele dagen met andere lotgenoten overdag tot rust komen. In het

dienstencentrum is er een fijn weerzien met enkele vrienden vanuit de groepsreeks diabeteseducatie, die ze net als alle diabetespatiënten na de initiële diagnose volgde. Een van hen helpt haar de komende dagen met boodschappen doen.

Voor Samira is de AI-ondersteuning hoogstnoodzakelijk om haar werk te verlichten. Sinds de waterbom kan ze veel minder patiënten zien, omdat ze elke voormiddag een crisis-wijkoverleg volgt met onder andere de twee lokale woonzorgcentra. Vandaag bespreken ze hoe zorgverleners fysiek in het woonzorgcentrum kunnen geraken en hoe de bewoners hun lang bestaande afspraken in het ziekenhuis kunnen nakomen. Hierdoor mist ze ook het wekelijks multidisciplinair overleg in de praktijk. Normaal zou ze met haar collega-kinesisten bespreken hoe ze oudere patiënten meer kunnen laten bewegen. Haar namiddag zit propvol met acute consultaties. Ten gevolge van de evacuatie en traumatiserende ervaringen lijden veel van haar patiënten aan posttraumatische stress. Ze ziet die voormiddag ook een patiënte wiens hartfalenmedicatie weggespoeld was en nu acuut ontregeld is. Omdat er zoveel patiënten zich aanmelden, werkt ze enkele overuren maar er lijkt geen einde aan de patiëntenstroom te komen. Samira voelt zich teleurgesteld en machteloos dat ze nauwelijks toekomt aan een van haar belangrijkste taken als huisarts, chronische zorg bieden.

4.2.3. **Scenario 3: Zorg op twee snelheden binnen planetaire grenzen** (ecologische impact laag, sociale cohesie laag)

Beheersbaar klimaat in een kille samenleving

In 2050 is de eerstelijnszorg in Vlaanderen geëvolueerd naar een sterk geïndividualiseerde samenleving, met weinig sociale cohesie. De wereld stevent af op een opwarming die onder 2°C blijft. Hittegolven komen jaarlijks voor maar steden hebben hun ruimtelijke ordening aangepast, met de 3-30-300-regel als leidraad, om de impact te beperken. Een kleine waterbom in de Leiestreek leidde tot materiële schade, maar door onteigeningen in overstromingsgevoelig gebied bleven de gevolgen onder controle. Hoewel de ecologische druk op het zorgsysteem relatief beperkt blijft, is de organisatie van zorg langzaam veranderd.

> ***"[Dit scenario] zal het meest lijken op de huidige situatie. Het is omdat daar weinig prikkels zullen zijn tot verbetering gezien de lage ecologische impact en weinig maatschappelijke cohesie die tot zorg voor landschapverbetering zal trachten te komen, dat daar weinig zal veranderen. Integendeel, dat zal nog wat meer richting individuele vrijheid en kapitalisme verschuiven, waarbij dat er verschillende snelheden duidelijker zullen worden en waarbij dat de beste zorg enkel toegankelijk zal zijn voor degenen die er het meest voor betalen."***

Tweesporengeneeskunde

Toegang tot eerstelijnszorg is ongelijk. Wie meer kan betalen, krijgt eenvoudiger toegang tot kwalitatievere zorg. Deconventionering is de norm. Privéverzekeringen spelen een grotere rol, terwijl de sociale zekerheid geleidelijk is afgebouwd. Het persoonlijk aandeel in zorgkosten is hoog, wat de toegang tot zorg sterk afhankelijk maakt van de sociaaleconomische status. Deze financiële drijfveer weerspiegelt zich ook geografisch. Zorgverleners vestigen zich vooral in regio's met kapitaalkrachtige en "minder complexe" patiënten, waar zorgverlening rendabeler en organisatorisch eenvoudiger is. Kwetsbare wijken en groepen worden minder aantrekkelijk, wat leidt tot zorgselectie en een toenemende gezondheidskloof.

Groene overheid verliest inspraak in gezondheidsbeleid

De overheid intervenieert nauwelijks en onder de bevolking heerst weinig gemeenschapsgevoel. De focus lag namelijk de voorbije decennia voornamelijk op enkele technologische evoluties om de ecologische transitie te versnellen. Een aanhoudende deregulering van de gezondheidszorg leidde tot een overheid met weinig inspraak en een versnipperd zorglandschap. De keuzevrijheid van zorgverleners en individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid staan centraal. Het gezondheidszorgsysteem werkt op twee snelheden. Zorgverleners worden slechts in beperkte mate belast met acute, reactieve zorg ten gevolge van ecologische crisissen. Deze zorgcapaciteit wordt deels ingevuld door artsen die zich met levensstijlgeneeskunde bezighouden voor patiënten die ervoor kunnen betalen.

> ***"De private verzekeraars zullen daar floreren en de quality of life index zal zeer hoog zijn, zal misschien naar 200.000, 300.000 euro gaan om een extra levensjaar te kunnen hebben bij de rijken. Bij de armen zal het voornamelijk draaien rond zelfresponsabilisering: als je gerookt hebt, als je gedronken hebt, dan zal je het zelf moeten betalen."***

Versnipperde samenwerking

Door de relatief beperkte ecologische druk op het zorgsysteem is de nood aan samenwerking minder voelbaar. Overleg binnen en tussen organisaties op regionaal niveau is zwak en versnipperd. Er bestaan wijkgerichte initiatieven, sterk afhankelijk van het vrijwillig engagement van lokale actoren. Onafhankelijk daarvan ontstaan financieel gedreven samenwerkingsverbanden die een optimaal zorgaanbod organiseren voor wie het kan betalen, met als potentieel gevolg een vergroting van de gezondheidskloof.

> ***"Versnippering van het beleid omdat er verschillende in ELZ's uiteengaan in aanpak en niet meer onderling communiceren. En dus ook geen contact bewaren met andere types zorgactoren of zorginstellingen, waarbij iedere zorgverstrekker compleet vanuit eigen visie werkt en niet met anderen samenzit. En dus ook geen coherente zorg meer. Het overkoepelen beleid dat er dan wel nog is, denk ik is er een heel sterke disconnect tussen wat de resterende beleidsvoerders willen doorvoeren en wat de actuele situatie eigenlijk is in de zorg zelf."***

Marktgestuurde eerstelijnspraktijken: *happy few* versus de rest

Het praktijklandschap is heterogeen. Aan de ene kant van het spectrum bestaan hooggespecialiseerde, privé-ELP's die inzetten op levensstijlgeneeskunde met hypergepersonaliseerde preventie voor een kapitaalkrachtige groep. Deze happy few consumeren meer zorg met risico op overdiagnostiek en onnodige behandelingen. Aan de andere kant bestaan laagdrempelige, multidisciplinaire praktijken die zich richten op de populatie met een lage SES. Deze praktijken werken vaak met beperkte middelen en dragen een onevenredig groot deel van de complexe zorgnoden. De chronische zorg is bijgevolg suboptimaal. Ondanks een gunstiger ecologisch klimaat, zitten deze zorgverleners dagelijks op hun tandvlees door de hoge werkdruk. Tussen beide uitersten bestaat een wildgroei van praktijkvormen, variërend in grootte, mate van multidisciplinariteit en financieringswijze.

> ***"Wie de middelen heeft in laag-laag, zal aan overpreventie doen. Veel te veel. Tegenover de gewone bevolking of de doorsnee al meer een basispreventie. Wil je het meer, dan zul je het zelf moeten. Maar die andere groep gaat dan overpreventie. We gaan screenen op alles en nog wat. Uw prostaat zoveel keren laten punkteren, totdat je erbij doodvalt. En dat je dan een body scan dat je dan een kanker ontwikkelt. Omdat je zoveel X-stralen gekregen hebt, he. Dus een overpreventie waar we eigenlijk ook een neveneffect aan hebben. Het is een iatrogene schade."***

Preventie: jouw keuze, jouw verantwoordelijkheid

Een gezonde en duurzame levensstijl wordt beschouwd als een persoonlijke keuze en verantwoordelijkheid. Grootschalige preventiecampagnes of primordiale preventie worden

beperkt ingezet. De aanpak van gezondheidsongelijkheid en sociale determinanten van gezondheid is geen prioriteit. Dit versterkt de tweedeling: een selecte groep doet aan intensieve, vaak technologisch ondersteunde preventie, terwijl anderen minder toegang hebben tot basispreventie en gezondheidsinformatie.

Technologie als turbo op de gezondheidskloof

Technologische ontwikkelingen verlopen grotendeels volgens de vrije marktlogica, maar productie blijft binnen de planetaire grenzen door overheidsregulering. Basistechnologie wordt langzaam breed toegankelijk, maar innovaties worden voornamelijk gericht op en geconsumeerd door kapitaalkrachtige groepen. Technologie versterkt op die manier de gezondheidskloof. Uitgebreide telemonitoring maakt uitgebreide zelfopvolging mogelijk, wat de afstand tussen zorgverlener en patiënt vergroot.

> ***"Maar de technologie had je niet kunnen tegenhouden. Die komt er sowieso. Maar in het een wordt de kloof groot, in het ander is het meer een hulpmiddel, faciliteert eigenlijk voor iedereen."***

Eerstelijnszorg op twee snelheden

In dit scenario is de eerstelijnszorg geen collectief project maar een mengeling van praktijken die onderling sterk verschillen qua organisatie, toegankelijkheid, mate van preventie en kwaliteit. Door jarenlange mitigatie- en adaptatiemaatregelen is de belasting door ecologische impact beheersbaar waardoor de nood tot samenwerking niet primeert. De gevolgen worden versterkt door een marktgestuurd systeem zonder sociale cohesie. Het eindresultaat is een eerstelijnszorg op twee snelheden.

Dagbeschrijving

Tom en Samira zijn allebei dertigers en huisartsen uit Gent. Het afgelopen jaar ondervonden ze weinig externe verstoring in hun praktijken. Tijdens de zomer waren er weliswaar twee korte hittegolven maar hun praktijkvoering en wijken zijn daar al jaren grondig op voorbereid. Ze volgden samen hun opleiding maar kozen voor erg verschillende eerstelijnspraktijken. Tom werkt in een levensstijlpraktijk met vier artsen, gevestigd in een het centrum van Gent. Inschrijven in de praktijk kan via een prijzig maandelijks abonnement met twee categorieën. De basisformule bestaat uit curatieve, veelal acute, zorg en eist supplementen bij technische onderzoeken (zoals bloedafnames of beeldvorming). De premiumformule voorziet voorrang bij elke acute klacht en een individueel preventief levensstijlprogramma. Via doorgedreven biometrische en moleculaire analyses, wordt een optimaal beweeg-, voedings- en slaapadvies samengesteld. Daarbij wordt het advies van artsen met expertise in een subdomein zoals het musculoskeletale apparaat of dermatologie gevraagd. De praktijk beschikt onder andere over een huidscan om het huidtype te bepalen en verschillende huidvlekken te analyseren, genetische analyses om bepaalde kankers vroegtijdig op te sporen en een toestel om de gevoeligheid aan medicatie te voorspellen. Het abonnement is prijzig maar op deze wijze willen Tom en zijn collega's hoogkwalitatieve zorg voor de ingeschreven patiënten ten alle tijde te vrijwaren. De werkdag van Tom ziet er als volgt uit: in de voormiddag is er tijd voor acute vragen. Vandaag komt Mohammed langs, die maandelijks betaalt voor het basisabonnement. Mohammed kampt met maag-darmklachten sinds gisteren. Hij belde deze ochtend het secretariaat en kon twee uur later bij huisarts Tom langskomen voor een nazicht. In de namiddag biedt Tom preventief advies aan asymptomatische, gezonde mensen. Eén daarvan is Frank, een 40-jarige man die voor het premiumabonnement betaalt. Tom analyseert zijn slaapkwaliteit,

stressniveau en hartritme door de wearables die hij thuis draagt en geeft specifiek voedingsadvies.

Op een boogscheut van Tom werkt Samira in een grote, multidisciplinaire forfaitaire praktijk samen met vijf huisartsen, twee praktijkverpleegkundigen, twee kinesisten, een eerstelijnspsycholoog en een voedingsdeskundige. Samira en haar collega's zitten op hun tandvlees: elke dag zit de agenda propvol met acute en chronische patiënten. Zo zag ze Maria deze voormiddag, een 62-jarige, alleenstaande vrouw met diabetes. Ze had een driemaandelijkse opvolgafspraak voor haar diabetes en wou nog een bijkomende afspraak maken omdat ze sinds kort last heeft van een jeukende huiduitslag. De agenda zat echter vol voor de komende drie weken dus besluit Maria binnen haar opvolgafspraak een oplossing te vragen voor de huiduitslag. Samira voelt zich gefrustreerd omdat ze Maria wel degelijk wil helpen. Wegens tijdgebrek schrijft ze snel een crème voor en geeft ze herhaalvoorschriften voor haar diabetesmedicatie. Ze heeft vandaag alweer geen tijd voor uitgebreid beweeg- en dieetadvies.

Het is elke dag puzzelen om toch iedereen te kunnen zien. In de praktijk twijfelen ze om een patiëntenstop in te roepen, omdat het steeds moeilijker wordt om voor iedereen goede zorg te blijven voorzien. Dat wringt met hun basisprincipe van toegankelijkheid maar ze merken tegelijkertijd dat het steeds moeilijker wordt om tijdige, kwalitatieve zorg te blijven voorzien voor hun bestaande patiëntenpopulatie. Ze willen dat aankaarten in het regionaal overleg, maar dat is slechts over zes maanden voorzien. Wat een lange tijd essentieel was om doortastende mitigatie- en adaptatiemaatregelen toe te passen op de lokale context, is fors afgeschaald in frequentie wegens het succes ervan. De overheid beschouwt HIAP en een sterke samenwerking met eerstelijnszorgactoren niet langer als een prioriteit, nu de dreiging van klimaatverandering afgelopen lijkt. Samira en haar collega's voelen zich niet gesteund door de overheid om goede zorg te blijven leveren.

4.2.4. **Scenario 4: Buurtgerichte eerstelijnszorg op een leefbare planeet** (ecologische impact laag, sociale cohesie hoog)

Gezondheid in een solidaire en leefbare samenleving

Dankzij sociaal-ecologisch beleid is de ecologische impact op de eerstelijnszorg in 2050 beheersbaar gebleven. De 3-30-300-regel werd in elke verstedelijkte wijk behaald tegen 2040, autogebruik werd grotendeels vervangen door actief transport en openbaar vervoer, en PFAS-verontreinigde zones zijn zoveel mogelijk gesaneerd. De bevolking is gewend aan hittegolven en hoe zich ertegen te beschermen (verplichte ontharding op privéterrein, publiek toegankelijke koele plekken in elke wijk). Ook evacuatieplannen in geval van noodweer zijn gekend. De eerstelijnszorg in Vlaanderen is sterk uitgebouwd, binnen een solidaire maatschappij. Praktijken werken wijkgericht en erg betrokken voor de wijkbewoners. Door de beheersbare ecologische druk kunnen zorgverleners zich focussen op preventieve en complexe chronische zorg bovenop reactieve zorg tijdens ecologische crisissen. Gezondheid is geen individuele maar een collectieve verantwoordelijkheid waarin burgers, zorgverleners en overheid elk een duidelijke rol opnemen.

Wijkgerichte gezondheidshubs

De basis van de ELP een laagdrempelige, wijkgebonden werking waar zorg, preventie en sociale ondersteuning samenkomen. Deze multidisciplinaire praktijken brengen huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers en andere zorg- en

welzijnswerkers samen onder één dak. Ook vrijwilligers en mantelzorgers nemen een belangrijk aandeel van de zorgtaken op om de hoge werkdruk bij professionele zorgverleners te verminderen. Groepsgerichte zorg neemt een prominente plaats in. Mensen met gelijkaardige thema's of uitdagingen komen samen in begeleide sessies, waar ze van elkaar leren, erkenning vinden en elkaar ondersteunen. Dit versterkt zelfredzaamheid en vermindert de nood aan intensieve, dure individuele zorg.

> ***"Ik denk dat we dan gaan naar echt zo'n wijkgerichte gezondheidhub. Gezondheid en welzijn op één locatie. Zowel professionals als vrijwilligers, mantelzorgers, burgers uit de straat. Dat we veel meer gaan inzetten op preventie, op samen zorgdragen voor elkaar. Maar dat niet alle taken door de huisarts of verpleegkundige blijven gebeuren. Maar dat sommige zorgtaken ook gewoon door uw buurman of iemand die professioneel wel werkt in een ziekenhuis maar in de wijk ook die professionaliteit inzet op vrijwillige basis. Ik denk ook veel meer in groepsgebeuren op dat moment, dat we veel meer mensen gaan samenbrengen in groepen rond omgaan met bepaalde medische problemen, omgaan met bepaalde mentale problemen. Ja zo'n warm bad he, een lokaal warm bad."***

Het financieringsmodel is hoofdzakelijk forfaitair, wat samenwerking stimuleert en overconsumptie van zorg probeert tegen te gaan. Proportioneel universalisme is een kernwaarde: iedereen heeft recht op zorg, maar wie meer noden heeft, krijgt ook meer ondersteuning.

> ***"Inderdaad. Ja, ondersteuning, maar dat gaat voor mij dan ook over prioriteiten in de zorg, want die gaan er altijd zijn. Er is hier geen enkel scenario met een eindeloos budget. Prioriteiten liggen bij de grootste gezondheidswinst. De mensen die het meest nodig hebben. Dat erover gewaakt wordt. Dat iedereen daar oké mee is. Dat betekent voor mij maatschappelijke cohesie. Dat mensen het logisch vinden dat de mensen met de meeste zorgen, de meeste zorgen ontvangen, punt."***

Eerstelijnszorgverleners nemen meerdere rollen op: enerzijds blijven ze sterk lokaal verankerd door frequente patiëntencontacten, anderzijds nemen ze een overkoepelende rol op in de dagelijkse praktijkorganisatie en projectmatige buurtinitiatieven. Iedereen staat mee in voor het reilen en zeilen van de ELP, beslissingsstructuren zijn niet-hiërarchisch. De overheid ondersteunt lokale zorgactoren financieel maar laat ruimte om in te spelen op specifieke wijknoden. Praktijkgrootte varieert, van kleinschalige buurtteams tot grote centra die een volledige stadswijk of landelijke regio ondersteunen. Centraal staat de verantwoordelijkheid om voor een populatie dekkende zorg te bieden.

Intensieve samenwerking

De interdisciplinaire praktijkorganisatie maakt geïntegreerde zorg mogelijk en een geïntegreerd *health record* versimpelt dat. Doordat verschillende zorgverleners fysiek samenzitten, verloopt deze samenwerking ook een stuk gemakkelijker. De mens achter de complexe polypathologie staat centraal, chronische zorg wordt niet per zorgelement apart behandeld. Een ELP ontvangt ondersteuning van de ELZ op twee manieren. Ten eerste worden lokale noden gedetecteerd door verzameling van gezondheidsdata op wijk- en populatieniveau. Ten tweede worden onderbouwde, effectieve gezondheidsinterventies uitgewerkt. Die kunnen gaan over de aanpak van beginnende epidemieën, ouderen opvolgen tijdens hittegolven, bewoners van overstromingsgevoelige gebieden gerichte ondersteuning bieden en drempels voor kwetsbare groepen wegwerken.

Health in all policies

Op vlak van preventie is het health in all policies-principe op elk beleidsniveau (ruimtelijke ordening, mobiliteit en huisvesting) doorgedrongen. De overheid investeert sterk in primordiale preventie. Basisbehoeften zoals wonen, voeding en veiligheid worden erkend als fundamentele voorwaarden voor gezondheid. Preventie is dus niet louter een individuele verantwoordelijkheid, maar een gedeelde maatschappelijke opdracht. De ELP's gaan proactief tewerk bij kwetsbare

patiëntengroepen om vroegtijdig gezondheidsrisico's aan te pakken. Gezondheidsinformatie en -educatie zijn laagdrempelig beschikbaar en geïntegreerd in het dagelijkse leven van burgers.

Buurtzorg waar het kan, professionele zorg waar het moet

In een context van beperkte middelen wordt professionele zorgverlening bewuster ingezet. Oriëntering en triage zijn essentieel om zorg te richten op de dringendste noden en onnodige medicalisering te vermijden. Er is een duidelijke tendens naar vermaatschappelijking van zorg waar dat kan, met meer aandacht voor wat mensen zelf, met hun netwerk of met ondersteuning van de gemeenschap kunnen opnemen. Kinderen zorgen opnieuw meer voor hun ouders. Gezondheid wordt zo een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners én burgers. Het groepsaanbod vanuit professionele zorgverlening is uitgebreid: mensen met dezelfde problemen worden samengebracht vanuit de overtuiging dat mensen elkaar kunnen ondersteunen en niet iedereen nood heeft aan individuele zorgcontacten. Buurtzorg krijgt expliciete erkenning en ondersteuning, zodat deze rol haalbaar en duurzaam blijft.

> ***"Ik denk dat we direct een ondersteuning gaan krijgen om die maatschappelijk één van die zorg te kunnen gaan opnemen. Dat zou wel tof zijn. Ouderschapsverlof, dat soort toestanden, zorgverlof, dat zijn dingen die ondersteund worden. Wijkverlof, mensen die wijkverlof opnemen, het hoeft niet voor een relative of je eigen kind te zijn, dat die dingen breder worden opgevat. Maar wel ondersteund, dat dat geen luxe meer is."***

Basistechnologie voor iedereen

Technologie speelt in 2050 voornamelijk een ondersteunende rol. Technologie vervangt geen zorgverleners, maar maakt zorgprocessen efficiënter, onder andere door ondersteuning in triage en diagnostiek. Administratie wordt sterk vereenvoudigd om zorgverleners te ontlasten. Duurzaamheid en toegankelijkheid zijn sleutelprincipes: digitale toepassingen worden doordacht ontwikkeld en ingezet voor de hele bevolking.

Een lokaal warm bad

In 2050 is de eerstelijnszorg zo geëvolueerd van een voornamelijk reactief, individugericht systeem naar een proactief, solidair en wijkgericht zorgmodel binnen planetaire grenzen. De zorgnood is hoog maar zorg wordt beschouwd als een gemeenschapstaak, waarbij buren, familie en vrijwilligers een belangrijke rol opnemen voor mensen met uiteenlopende noden. Professionele zorgverleners werken nauw samen en ondersteunen mantelzorgers en buurtinitiatieven om hun eigen capaciteit te vrijwaren.

Dagbeschrijving

Samira werkt in een interdisciplinaire, forfaitaire eerstelijnswijkpraktijk in Leuven. Elke dag begint ze met enkele consultaties voor acute klachten. Ze verwijst één van haar patiënten met buikklachten door naar de wekelijkse groepsles gezonde voeding. Die worden georganiseerd door vrijwilligers uit de buurt in de nabijgelegen volkstuinen. Over de middag vindt een multidisciplinair overleg plaats met de collega-kinesisten, zorgcoördinator en lokaal dienstencentrum plaats met de vraag: hoe kunnen we de ouderen in de wijk meer doen bewegen? De namiddag start met een korte bespreking met een collega-verpleegkundige over gedeelde chronische patiënten. Samira kan door zo'n samenwerking zorg bieden voor een grote groep wijkbewoners. Op weg naar huis springt Samira even binnen in de groepsles voor prille zwangerschappen, begeleid door twee collega-vroedkundigen, om eventuele medische vragen te beantwoorden. 's Avonds vindt de maandelijkse ELZ-vergadering plaats met alle zorgactoren uit de grotere regio. Tom, huisarts in een andere stadswijk, vertegenwoordigt zijn praktijk met een

gelijkaardige organisatie als die van Samira. Het thema is het optimaliseren van de samenwerking tussen zorgverleners betrokken bij een patiënt met een complexe zorgnood. Omdat de aanwezige zorgverleners dezelfde visie uitdragen, verloopt de vergadering vlot. Het zijn lange werkdagen voor Samira, maar ze voelt zich gedragen door de collega's binnen en buiten haar praktijk, wat haar moed geeft om door te zetten.

Maria, een 62-jarige, alleenstaande vrouw met diabetes, kwam vandaag langs in de praktijk. Als wijkbewoner is de zorg steeds gratis. 's Ochtends wandelde ze door de groene leefstraten op weg naar haar driemaandelijkse nuchtere bloedafname door de POCT-toestel in de praktijk. Morgen worden de resultaten besproken met haar vaste verpleegkundige, wat zowel online als fysiek kan. Ze heeft ook schouderpijn sinds enkele dagen en vroeg aan het onthaal of ze een zorgverlener kon spreken. Op basis van een triageprotocol kreeg ze pas over twee weken een afspraak bij een kinesist. Ze werd in de tussentijd verwezen naar het online AI-oefenplatform die schouderoefeningen op maat demonstreert op basis van haar specifieke klachten. Ze werd ook uitgenodigd voor de beweegles, die deze week voor het eerst terug in het park plaatsvindt. In de namiddag trok ze erop uit met de vaste bende voor hun wekelijkse wandeling in het nabije bos. Ooit leerde ze hen kennen door de groepsles diabeteseducatie, in het begin van haar diagnose. Gaandeweg stimuleerden ze elkaar om meer te bewegen en werden ze een hechte vriendengroep.



Figuur 8, tekening van de vier toekomstscenario's (103).

4.3. Normatieve reflectie scenariobouwers

Tijdens de workshops werden mogelijke toekomsten verbeeldend in kaart gebracht. Elke workshop eindigde met een reflectie over de denkoefening. Daar werd de normatieve of gewenste blik van de scenariobouwers bevraagd. Twee tendensen waren opvallend: de meerderheid van de scenariobouwers verkoos scenario 4 (ecologische impact laag & sociale cohesie hoog) en wilde scenario 1 (ecologische impact hoog & sociale cohesie laag) vermijden.

5. Discussie

5.1. De toekomst is nu

Eerstelijnszorg vormt de fundamentele basis van elk zorgsysteem. Dat onderstreepten de WHO-lidstaten nogmaals in de Astana-verklaring uit 2018: "*Strengthening primary health care is the most inclusive, effective and efficient approach to enhance people's physical and mental health, as well as social well-being*" (3). De Vlaamse eerstelijnszorg staat voor belangrijke uitdagingen: de bevolking vergrijst en het aantal mensen met multimorbiditeit neemt toe, armoede en gezondheidsongelijkheid blijven prevalent en het ruim overschrijden van planetaire grenzen verhoogt de ziektelast. Die factoren samen vergroten de druk op het zorgsysteem, terwijl de toegankelijkheid van de Vlaamse eerstelijnszorg al onder spanning staat.

Om kwalitatieve en toegankelijke eerstelijnszorg te garanderen is een langetermijnstrategie nodig. Die vereist coherent beleid dat de verschillende bestuursniveaus en legislatuur overstijgt. Een eerste voorbereidende stap hiertoe is een toekomstverkenning die meerdere mogelijke toekomsten verkend en alternatieve paden kan stimuleren. Op die manier wordt een *captured future* waarin enkel de gevestigde orde en dominante praktijken gereproduceerd worden vermeden. In Vlaanderen en België is dergelijk onderzoek in de gezondheidszorg echter schaars. De bestaande studies en visieteksten beperken zich tot de nabije toekomst of focussen op één specifieke zorgdiscipline. Deze thesis wil die leemte opvullen door voor het eerst de vraag te stellen: 'Hoe zou de modale Vlaamse eerstelijnspraktijk eruit kunnen zien in 2050?'

5.2. Vier mogelijke toekomsten voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk

Als eerste stap in het onderzoeksproces werden de bepalende factoren voor de toekomst van de Vlaamse eerstelijnszorg aan de hand van het DESTEP-acroniem geïdentificeerd. Uit die lijst werden twee factoren met de grootste impact en onzekerheid geselecteerd: sociale cohesie en ecologische impact. Die twee kritische onzekerheden verdelen de assenmatrix in vier kwadranten. Figuur 7 toont hoe elk kwadrant door een combinatie van de assen een uniek scenario weergeeft. Binnen elk scenario werden zes fundamentele elementen beschreven om een concreet toekomstbeeld te scheppen. Tijdens twee workshops ontwikkelden achttien scenariobouwers de vier mogelijke toekomstbeelden voor de eerstelijnspraktijk in 2050. Een grondige analyse en bewerking van de verzamelde data resulteerden in vier unieke toekomstscenario's.

Scenario 1 schetst het beeld van een individualistische eerstelijnszorg die wordt overspoeld door de gevolgen van ecologische ontwrichting. Scenario 2 is gelijkaardig wat betreft de ecologische impact, maar de organisatie van de eerstelijnszorg is solidair en eerstelijnspraktijken werken populatiegericht. In beide scenario's is kwalitatieve chronische opvolging ontoegankelijk voor een groot deel van de bevolking. Daartegenover staan de scenario's met een beheersbare ecologische impact op de eerstelijnszorg, omdat men zich binnen de planetaire grenzen bevindt. Scenario 3 lijkt het meest op de huidige eerstelijnszorg door een gevarieerd aanbod van eerstelijnspraktijken maar de gezondheidsongelijkheid is toegenomen door een deregulering van de gezondheidszorg. Tot slot bestaat scenario 4 voornamelijk uit buurtgerichte gezondheidscentra met verregaande interprofessionele samenwerking en een grote overlap bestaat tussen professionele zorgverleners en mantelzorgers.

Naast de vier scenario's die het eindproduct vormen, was het ontwikkelingsproces zelf een cruciaal onderdeel van het onderzoek. Een belangrijk doel was immers de betrokken organisaties stimuleren in toekomstdenken. Tijdens de workshops werd dieper ingegaan op de drijfveer van

het onderzoek en de meerwaarde van deze benadering. Zo kan het bijvoorbeeld helpen om beleidsplannen toekomstgerichter te maken. De scenariobouwers ontvingen allen een afgewerkt product van de scenario's maar de onderzoekers zijn bereid om het onderzoekersproces en –resultaten toe te lichten. Zo tracht deze masterproef een aanzet te geven tot verder toekomstdenken binnen de betrokken organisaties.

5.3. Reflectie

5.3.1. Onderzoeksproces

Het onderzoeksproces was bijzonder boeiend. Exploratieve scenarioplanning betrad immers onontgonnen terrein, wat de uitwerking zowel uitdagend, motiverend als leerrijk maakte. Bij een terugblik op de afgelopen tweeënhalf jaar springen enkele opvallende aspecten in het oog.

Ten eerste blijven de kracht en uitdaging van verbeelding bij. Verbeelden wat nog niet bestaat, is een moeilijke opgave – zeker voor zorgverleners. Zij zijn opgeleid met biomedische, *objectieve*, kennis en moeten dagelijks problemen analyseren, diagnoses stellen en prognoses voorspellen. Het loslaten van zogenaamde zekerheden voelt dan onwennig. Net om die reden wordt vaak vastgehouden aan de status quo. Klimaatverandering en biodiversiteitsverlies worden steeds ernstiger: de bedreiging van het bestaan van eilandstaten en de zesde uitstervingsgolf zijn slechts twee voorbeelden. Toch blijven de oorzaken onaangeroerd, terwijl die al lang gedetailleerd in kaart zijn gebracht. Het is geweten wat er moet gebeuren, maar verandering roept vraagtekens en weerstand op. Het voelt veiliger om te behouden wat vertrouwd aanvoelt.

Bieke Purnelle, directeur van kenniscentrum RoSa, verwoordde de kracht van verbeelding treffend tijdens haar interview voor het Caruna-traject: "Het is moeilijk om tegen het dominante verhaal in te denken. We zijn opgegroeid met een wereldbeeld waarin dit economische systeem als vanzelfsprekend geldt. Alsof er geen alternatief is. Maar dat is natuurlijk niet zo. Het vraagt wel veel mentale flexibiliteit om dat in vraag te stellen. En verbeelding, is iets dat we een beetje kwijt zijn" (104). Purnelle bevestigt de ervaring binnen dit onderzoeksproces. Om mogelijke toekomsten en alternatieven voor het huidig zorglandschap kwalitatief te kunnen verbeelden, zijn tijd en oefening nodig. Tijdens de werkweek van een huisarts-in-opleiding bleek dat extra uitdagend: op dinsdag probeerden we vooruit te blikken op 2050, terwijl de realiteit van maandag en woensdag werd gedomineerd door de dagelijkse consultatiedrukte.

Ook de scenariobouwers vonden de nadruk op wat *kan* en niet wat *zal* uitdagend. Sommige aspecten van de toekomstoefening bleken echter eenvoudiger te verbeelden dan andere. Zo werden sociale en organisatorische aspecten per scenario vaak beschreven, terwijl de ecologische context minder aan bod kwam. Dat is niet verwonderlijk: de scenariobouwers waren zorgverleners, met andere prioriteiten en bezorgdheden dan natuurwetenschappers of ecologen. Toch is deze observatie veelzeggend. Ze bevestigt de beperkte aandacht voor ecologie zowel in de opleiding van zorgverleners als binnen zorgorganisaties en overheden.

Verder zullen sommige elementen in de dagbeschrijvingen mogelijk absurd overkomen voor de lezer. De fictieve huisartsen Samira en Tom vertegenwoordigen bewust twee uitersten van een spectrum. In de realiteit is er uiteraard meer diversiteit onder zorgverleners. Het doel van de dagbeschrijvingen bestaat erin de verbeelde wereld tastbaar te maken en precies de verschillen binnen en tussen scenario's scherp te stellen, het zogenaamde fleshing out.

Daarnaast was het samenwerken met de scenariobouwers en promotor Thomas Block enorm verrijkend. Niet enkel huisartsen hebben namelijk zinvolle bedenkingen over het

huisartsenberoep. Het bijeenbrengen van zorgverleners uit uiteenlopende disciplines en functies leidde tot verfrissende, leerrijke gesprekken voor alle betrokkenen.

Ten slotte was het uitermate boeiend om de beginselen van systeemdenken toe te passen op het dagelijks werk van een huisarts. Een huisarts heeft het bijzondere privilege om de wisselwerking tussen maatschappelijke dynamieken en individuele gezondheid direct te observeren. Wanneer een regering beslist werkloosheidsuitkeringen te schrappen, medicatieprijzen te verhogen of nachtopvangplaatsen te beperken, zijn de gevolgen zichtbaar bij zorgverleners uit de eerste lijn. Dit onderzoek versterkte het besef dat een eerstelijnspraktijk niet als silo beschouwd kan worden, maar steeds een weerspiegeling vormt van de bredere samenleving. Precies daarom is het belangrijk dat zorgverleners zich uitspreken en invloed uitoefenen op beleidsmakers.

5.3.2. Een normatieve blik

Hoewel doorheen het hele proces het belang van exploratief denken benadrukt werd, sluimerde het normatieve constant door. Dat is niet verrassend aangezien de wereldbeelden en expertise van scenariobouwers altijd - al dan niet onbewust - de uitkomst beïnvloeden. Ook elk scenario maakt assumpties van het gedrag en het onderliggende wereldbeeld van de personen die het scenario bevolken (74). Het is een illusie om te veronderstellen dat normatief denken volledig vermeden kan worden in dit soort onderzoek. Hetzelfde geldt overigens voor beleidskeuzes over een eerstelijnspraktijk, -zone of -zorgsysteem, die evenzeer inherent normatief zijn en nooit louter objectief benaderd kunnen worden.

Na het onderzoeksproces te hebben afgerond, is het interessant om een normatieve blik te werpen op de toekomstscenario's.

Zowel de overgrote meerderheid van de scenariobouwers als de onderzoekers hebben een uitdrukkelijke voorkeur voor scenario 4, waarin de sociale cohesie hoog en de ecologische impact beheersbaar zijn. Scenario 1 vormt de tegenpool op beide assen en geniet de grootste afkeur. Opmerkelijk zijn de gelijkenissen tussen scenario 4 en de finale resoluties uit het Caruna-traject: buurtgerichte zorg, herwaardering van informele zorg, primordiale preventie en planetaire gezondheid als prioriteiten, en de economie ten dienste van sociale doelen (13). Dat lijkt te impliceren dat er een significante groep zorgverleners verlangen naar een gelijkaardige invulling van eerstelijnszorg: nabij, holistisch en duurzaam.

Het is echter van belang te erkennen dat scenario 4 als streefdoel vooropstellen comfortabel is tijdens een abstracte denkoefening. Wie streeft naar een socialer en ecologischer toekomstbeeld, moet rekening houden met verregaande consequenties. België overschrijdt minstens vijf van de negen planetaire grenzen en heeft historisch gezien een bijzonder grote CO2-uitstoot: 10,76 ton CO2 per inwoner per jaar, goed voor 0,4% van de globale historische uitstoot. Die cijfers benadrukken de Belgische verantwoordelijkheid om een leidende rol te nemen in de afbouw van fossiele brandstoffen. Toch daalde de broeikasgasuitstoot in het voorbije decennium slechts met 1.89% per jaar (105). Wie de planetaire grenzen wil respecteren moet op korte termijn grootschalige veranderingen doorvoeren. Hoe dat precies moet gebeuren, is vooralsnog onduidelijk. Stromingen zoals degrowth[10] pogen een antwoord te formuleren op de vraag hoe aangenaam te leven binnen planetaire grenzen (106-108).

[10] Degrowth, vertaald als ontgroei of omgroei, is een academische stroming en sociale beweging die het paradigma naar eindeloze economische groei beschouwt als oorzaak van ecologische ontwrichting en sociale uitbuiting. Degrowth streeft een goed leven voor iedereen binnen planetaire grenzen na. Enkele speerpunten zijn een vermindering van productie en consumptie, een herverdeling van rijkdom, een grotere nadruk op zorg en meer democratie.

Diezelfde vraag wordt binnen de gezondheidszorg gesteld. Als de maatschappij radicaal moet veranderen, geldt dat evenzeer voor de zorgsector (20, 109-111). In een uitdagend artikel in the British Medical Journal (BMJ) houden Katherine Zywert en Martin Hensher de gezondheidszorg in het Globale Noorden een ongemakkelijke spiegel voor: hoewel technologische vooruitgang een enorme welvaart en gezondheidswinst veroorzaakten, bedreigen de gevolgen ervan nu diezelfde opgebouwde welvaart. Om de *just transition*[11] waar te maken, zal de gezondheidszorg minder complex en materiaalintensief moeten worden. De focus van zorgverleners en -systemen zal bijgevolg moeten verschuiven: niet langer alles uitvoeren wat technisch mogelijk is maar kiezen voor 'voldoende' zorg (112). Welke handelingen prioritair blijven en welke verminderd of gestopt moeten worden, zijn moeilijke maar onvermijdelijke vragen. Een inspiratiebron kan het boek 'Limits to medicine' van Ivan Illich zijn. Hij beschreef in 1975 drie vormen van iatrogenese: klinisch, sociaal en cultureel. Hij hield een vurig pleidooi tegen de medicalisering van het dagelijks leven en de commodificatie[12] van gezondheid (113). Aillon et al. bewezen in 2020 dat de kritische vragen die Illich opwierp nog steeds brandend actueel zijn (114).

5.4. Beperkingen

Elk onderzoek ondervindt beperkingen en een masterproef door huisartsen-in-opleiding vormt daar geen uitzondering op. Kritische zelfreflectie toont tekortkomingen op inhoudelijk en procesmatig vlak.

5.4.1. Inhoud

Ten eerste betreft deze denkoefening een vereenvoudigde weergave van de realiteit. Zo vormde de keuze voor slechts twee assen een inperking op de uitkomsten van de scenario's. Een van de scenariobouwers merkte bijvoorbeeld terecht op dat de rol van de overheid (sturend versus terughoudend) een derde as had kunnen vormen:

> ***"Voor mij is dat [de rol van de overheid] een derde as. Ja als in van, in een individualistische maatschappij kan een overheid een zeer belangrijke rol aannemen, door gewoon ervoor te zorgen dat die de neiging van het volk om minder zorg voor elkaar te dragen, dat die gecounterd wordt. Dus dat is ons politiek systeem, van wij staan allemaal een stukje loon af, en de overheid in samenwerking met zorgverleners organiseert het landschap. Maar de overheid kan ook zeggen; trekt u plan. Laissez faire, laissez passer, en zie maar. Wat dat ze in de VS doen bijvoorbeeld. Dus dat kan, dat kan allebei."***

Zoals toegelicht in het methodologisch hoofdstuk, werd gekozen voor twee assen om het aantal scenario's te beperken tot vier. In geval van acht scenario's zou het overzicht behouden moeilijk zijn voor zowel scenariobouwer als lezer.

Daarnaast kwam de geografische context van de eerstelijnspraktijken en de bredere organisatie van eerstelijnszorg weinig ter sprake. Het werd niet geëxpliciteerd maar de scenario's richten zich vooral op de stedelijke context. Dat kan verklaard worden door de afwezigheid van scenariobouwers uit landelijke gebieden alsook de algemene verstedelijking in Vlaanderen.

---

[11] De 'just transition' of rechtvaardige transitie beslaat de overgang naar een duurzame samenleving. Daarbij wordt rekening gehouden met sociale gerechtigheid bij de vervulling van basisbehoeften en welvaart voor iedereen binnen planetaire grenzen.

[12] Commodificatie is het proces waarbij elementen van het menselijk handelen uitgedrukt worden in economische waarde in plaats van de inherente waarde (bijvoorbeeld de privatisering van waterdistributie, openbaar vervoer of gezondheidszorg).

5.4.2. Proces

Het onderzoek vertoonde ook op procesmatig vlak enkele uitdagingen.

Ten eerste is exploratief denken een opgave. Tijdens zowel de eerste uitwerking van de scenario's als de workshops bleek het moeilijk niet te vervallen in voorspellend of wenselijk vooruitblikken. Mensen hebben de neiging te zoeken naar zekerheden, terwijl het ondenkbare verbeelden uitdagend is. Het is belangrijk te erkennen dat een toekomstverkenning niet noodzakelijk past binnen klassieke denkpatronen zoals zeker versus onzeker en objectief versus subjectief. Het doel is net om te denken in mogelijkheden in plaats van de toekomst zo objectief mogelijk in kaart te brengen. Participatief geconstrueerde scenario's vormen een uiterst geschikt instrument om een antwoord te bieden op de complexiteit en onzekerheid van maatschappelijke kwesties (74).

Daarnaast is intersubjectiviteit, het gedeeld begrip uit interpersoonlijke interacties, in elk kwalitatief onderzoek van belang. Tijdens de workshops liepen de verbeeldingen sterk uiteen. Wanneer ideeën binnen of tussen subgroepen contrasteerden, moest er bij de opbouw van de scenario's en dagbeschrijvingen een keuze worden gemaakt: ofwel werd één concreet idee gevolgd, ofwel werd een compromis gevormd. De kritische feedback van scenariobouwers was hierbij essentieel om de representativiteit van de definitieve scenario's te waarborgen.

Verder was de praktische haalbaarheid een bepalende factor in de organisatie van de workshops. Het was niet mogelijk om een workshopreeks te organiseren waardoor elke scenariobouwer aan slechts één workshop deelnam. Ook de beperkte duur van de twee workshops noodzaakte tot voorbereiding: de assenmatrix werd vooraf vastgelegd en niet elk element per scenario kon door de subgroepen worden besproken. Deze beperkingen werden echter op voorhand grondig overwogen en gecommuniceerd aan de scenariobouwers. Er werd bewust gekozen voor het bereiken van een grotere groep zorgverleners ten opzichte van een intensiever traject met enkele individuen.

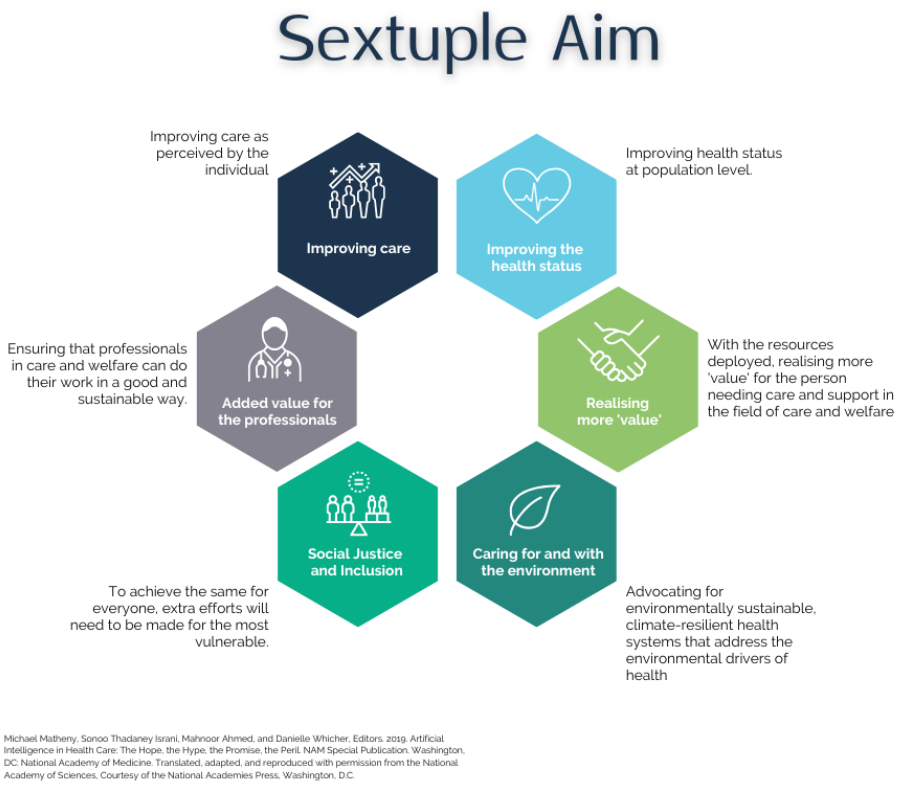
Tot slot is het belangrijk om de positionaliteit van de onderzoekers en scenariobouwers te erkennen. Beide onderzoekers delen een gelijkaardige, geprivilegieerde sociaal-politieke status. Inclusief de thesisbegeleiders bestond de onderzoeksgroep uitsluitend uit mannen. Bij de uitnodiging van mogelijke scenariobouwers werd weliswaar genderevenwicht nagestreefd. Daarnaast hadden de onderzoekers en scenariobouwers nauwelijks een migratieachtergrond, wat resulteerde in een weerspiegeling van de huidige witte zorgverlening. De workshopdeelnemers vertegenwoordigden uiteenlopende professionele achtergronden maar huisartsen uit forfaitaire praktijken waren oververtegenwoordigd ten opzichte van hun daadwerkelijke aanwezigheid in de huidige eerstelijnszorg. Geografisch gezien waren de scenariobouwers voornamelijk zorgverleners uit stedelijke gebieden. Bovendien namen twee belangrijke eerstelijnsorganisaties, Domus Medica en VIVEL, niet deel aan de workshops. Die factoren beperken de representativiteit van de onderzoeksresultaten voor de volledige Vlaamse eerstelijnszorg. Dat was echter nooit een doelstelling van het onderzoek.

5.5. Sterktes

Dit thesisonderzoek was vernieuwend, zowel inhoudelijk als methodologisch. Het was de eerste keer dat een toekomstverkenning voor de Vlaamse eerstelijnszorg werd uitgevoerd aan de hand van scenarioplanning. Het monodisciplinair onderzoek dat het KCE momenteel uitvoert naar de vraag en het aanbod van huisartsen, benadrukt de relevantie van deze denkoefening voor beleidsactoren (11).

Hoewel het onderzoek hoofdzakelijk werd uitgevoerd door twee huisartsen-in-opleiding, had het een uitgesproken interdisciplinair karakter. De samenwerking met Thomas Block, professor duurzaamheid en beleid aan het Centrum voor Duurzaam Onderzoek van UGent, bracht een innovatieve methodologie aan binnen de interuniversitaire huisartsenopleiding. Daarnaast verruimde Remco van de Pas het onderzoeksperspectief door expertise te delen over internationale gezondheidspolitiek alsook onderzoek naar volksgezondheid en planetaire gezondheid. Ook de organisatie van de workshops was expliciet interdisciplinair. Dergelijke samenwerking over disciplines, organisaties en overheden heen lijkt onontbeerlijk om tot een gedragen toekomstplan voor de Vlaamse eerstelijnszorg te komen.

Een andere sterkte van dit onderzoek was de manier waarop het belang van ecologie voor de gezondheid werd onderbouwd. Hoewel de WHO en gerenommeerde internationale tijdschriften zoals The Lancet al jaren hameren op de negatieve gezondheidsimpact van klimaatverandering, biodiversiteitsverlies en vervuiling, is planetaire gezondheid vooralsnog geen kernwaarde van Vlaamse zorgactoren (42, 86, 115-117). In tegenstelling tot de Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) en de Waalse Société Scientifique de Médecine Généraliste (SSMG), die hun leden informeren over duurzame praktijkvoering, schenkt de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica beperkt aandacht aan planetaire gezondheid, getuige hun sponsoring door een fossiel energiebedrijf (118-120). Deze thesis benadrukt het belang van planetaire gezondheid en versterkt de oproep om de quintuple aim[13] te verruimen tot de sextuple aim met expliciete aandacht voor planetaire gezondheid :'ensuring care within planetary boundaries' (121-123).



Figuur 8, de sextuple aim (121).

[13] De quintuple aim is een internationaal erkend kader voor performante zorgsystemen. De vijf doelen zijn: verbetering van de volksgezondheid, verbetering van de kwaliteit van zorg, lagere kostprijs (hogere efficiëntie), lagere belasting van het zorgpersoneel en rechtvaardigheid (121, 123).

5.6. Verder onderzoek

Door het breed karakter van deze thesis, komen meerdere verdere onderzoekspaden naar voren. Allereerst is het wenselijk om een gelijkaardige toekomstverkenning op grotere schaal te herhalen. Een dergelijk onderzoek zou idealiter een bredere groep zorgactoren betrekken en scenariobouwers actief laten deelnemen aan de bespreking van drijvende factoren en de assenmatrix. Bij elk volgend onderzoek verdient de vertegenwoordiging van verschillende zorgcontexten bijzondere aandacht, bijvoorbeeld eerstelijnszorg in niet-stedelijke regio's.

Daarnaast is backcastingonderzoek een logisch vervolg op exploratieve scenarioplanning. Door vanuit een (on-)gewenst toekomstscenario terug te keren naar het heden, kan men bepalen welk beleid vereist is om een bepaalde toekomst na te streven of te vermijden.

Een ander belangrijk aspect is de nog onvoldoende aandacht voor planetaire gezondheid binnen de Vlaamse eerstelijnszorg. Hoewel de wetenschappelijke literatuur hierover rijk is, blijft onderzoek naar en toepassing van duurzame strategieën in de Vlaamse context beperkt. Binnen de interuniversitaire huisartsenopleiding bestaat er rond planetaire gezondheid en toekomstdenken weinig aandacht. Een voorbeeld is het gering aantal masterproeven rond die thema's. Bij een nazicht in de masterproefdatabank van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) werden enkel een analyse over hittegolven en luchtvervuiling en een kwalitatief onderzoek naar huisbezoeken en geriatrische zorg in de toekomst gevonden (124). De fundamentele vraag hoe eerstelijnszorg te bieden binnen planetaire grenzen blijft echter onbeantwoord en verdient diepgaande aandacht.

Tot slot is interdisciplinair onderzoek voeren naar huidige en toekomstige uitdagingen van huisartsen en het bredere eerstelijnszorgsysteem bijzonder verrijkend aan de start van een langdurige professionele loopbaan als zorgverlener. Huisartsen dragen een verantwoordelijkheid om voor hun patiënten te zorgen. Daarvoor is aandacht vereist voor alle determinanten van gezondheid en de brede maatschappij waarin die zich afspelen.

5.7. Conclusie

De Vlaamse eerstelijnszorg staat onder druk en er zijn meerdere uitdagingen – demografisch, sociaal en ecologisch – in het vooruitzicht. Een coherente toekomstvisie ontbreekt vooralsnog. Deze thesis verbeeldde mogelijke toekomsten, als eerste stap in de ontwikkeling van toekomstgerichte beleidsplannen. Daarvoor werd de innovatieve methodologie van exploratieve scenarioplanning toegepast. De sociale cohesie en de ecologische impact op de eerstelijnszorg werden geïdentificeerd als meest kritische onzekerheden en vormden zo de bouwstenen van elk toekomstscenario. Een diverse groep zorgactoren construeerden samen vier toekomstbeelden voor de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050. Het vierde scenario, waarin de sociale cohesie hoog is en de ecologische impact beheersbaar blijft, genoot de voorkeur van zowel de meeste scenariobouwers als de onderzoekers. Het procesmatig verloop van het toekomstonderzoek was even belangrijk als het eindresultaat. Deze thesis trachtte zo een breder debat rond en verder onderzoek naar de toekomst van de Vlaamse eerstelijnszorg te stimuleren.

6. Referenties

1. VIKZ. Eerstelijnszorg: Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.zorgkwaliteit.be/eerstelijnszorg.
2. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. World Health Organization; 1978.
3. WHO. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. World Health Organization; 2018.
4. Huisarts 2030. Domus Medica; 2022.
5. VIVEL. “12 puntenplan” naar aanleiding van de COVID-19 pandemie. Vlaams instituut voor de Eerste lijn 7/2020.
6. VIVEL. Beleidsplan VIVEL 2024-2029. Vlaams instituut voor de Eerste lijn 24/11/2023.
7. Halvering subsidies VIVEL is kaakslag voor de ondersteuning van de eerste lijn [press release]. Vlaams instituut voor de Eerste lijn, 24/9/2025.
8. Isabelle L-N, Karla D, Gertjan M, Gimon dG, Roos L, Irina C. Horizon scanning voor farmaceutische producten : voorstel voor de BeNeLuxA samenwerking. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (HSR) HSR; 2017. Report No.: KCE Reports 283A.
9. Planning van gezondheidszorgberoepen: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/gezondheidszorgberoepen/planning-gezondheidszorgberoepen.
10. Nadia B, Erik H, Jef A, Sabine S. Planning van gezondheidszorgpersoneel en gegevens over vroedvrouwen. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (HSR) HSR; 2016.
11. KCE. Alternatieve hypotheses om toekomstig(e) vraag en aanbod van huisartsen te helpen voorspellen. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, (HSR) HSR; 2024 5/2024.
12. CM. Caruna. Dialoog over de plaats van zorg in de samenleving van morgen Christelijke Mutualiteit; 2025; cited 2026 29/3]. Available from: https://caruna.be/traject.
13. CM. Caruna: Finale Resoluties: Christelijke Mutualiteit; 2025; cited 2026 5/4]. Available from: https://caruna.be/resoluties.
14. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV): Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; cited 2026 29/3]. Available from: https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv.
15. Spijkerman A, Blokstra A, Busch M, Eijndt TJ-v, Uiters E, Bakel Mv, et al. Gezonde Generaties 2050: Themaverkenning bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2024.
16. Toekomstbestendige eerstelijnszorg: 'Dromen mag, veranderen moet' [press release]. InEen, 9/4/2025 2025.
17. EuroHealthNet, CHAIN. Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap? Brussels: EuroHealthNet, Centre for Health Equity Analytics; 2025.
18. WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization, the United Nations Children’s Fund; 2018
19. Senn N, Bourgueil Y, Breton M, Cohidon C, Falcoff H, Ferguson M, et al. Imaginer les soins primaires de demain: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2025.
20. Baltruks D, Gepp S, Pas Rvd, Voss M, Wabnitz K. Health within planetary boundaries. Open questions for policymakers, scientists and health actors. Policy brief. Centre for Planetary Health Policy (CPHP); 2022 01/2022.
21. Vandresse M. Kerncijfers 2025. Brussel: Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium); 2026.
22. Wanneer kan ik met pensioen gaan? : Federale Pensioendienst; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.sfpd.fgov.be/nl/pensioenleeftijd/wanneer.
23. Pensioenhervorming van 2025–2029: Federale Pensioendienst; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.sfpd.fgov.be/nl/veranderingen/pensioenhervorming#pensioenmalus-vanaf-2027.
24. Vrouwenraad. Analyse pensioenmaatregelen 2025-2029 vanuit genderperspectief – Focus op werknemers. Vrouwenraad; 2026.
25. Hermans L., Drieskens S., Berete F., Boone C., Braekman E., Charafeddine R., et al. Health Interview Survey, Belgium, 2001 – 2004 – 2008 – 2013 – 2018 – 2023-2024: Health Interview Survey Interactive Analysis. Sciensano; 2024.
26. Sciensano. Sciensano & Multimorbiditeit: Sciensano; cited 2026 31/3/2026]. Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/multimorbiditeit/rol.
27. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021;199:20–4.
28. Uitstellen van gezondheidszorg(en) omwille van financiele redenen: Statbel; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.armoedecijfers.be/topic/uitstellen-van-gezondheidszorgen-omwille-van-financiele-redenen.
29. Wittock N, Duynslaeger MV, Willaert D. Enquête betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorgverleners. Solidaris; 2024.

30. Gezondheid: feiten en cijfers: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting; cited 2026 31/3]. 13/1]. Available from: https://armoedebestrijding.be/themas/gezondheid/#Feiten%20en%20cijfers.
31. Sciensano. Ongelijkheden in Gezondheid: Ongelijkheden in levensverwachting en levenskwaliteit, Health Status Report. 2022 14/2/2022.
32. Alliance PH. What is Planetary Health? ; cited 2026 31/3/2026]. Available from: https://planetaryhealthalliance.org/what-is-planetary-health/.
33. Rockström J, Steffen W, Noone K, Persson Å, Chapin FS, Lambin EF, et al. A safe operating space for humanity. Nature. 2009;461(7263):472–5.
34. Research PIfCI. Planetary Health Check 2025. Planetary Boundaries Science (PBScience). 2025.
35. Myers SS, Masztalerz O, Ahdoot S, Gabrysch S, Gupta J, Haines A, et al. Connecting planetary boundaries and planetary health: a resilient and stable Earth system is crucial for human health. The Lancet. 2025;406(10501):315–9.
36. UNFCCC. What is the Triple Planetary Crisis? : United Nations Framework Convention on Climate Change; 2022; cited 2026 31/3]. Available from: https://unfccc.int/news/what-is-the-triple-planetary-crisis.
37. WWF. Living Planet Report 2024 – A System in Peril. Gland, Switzerland: WWF; 2024.
38. Hammoud R, Tognin S, Smythe M, Gibbons J, Davidson N, Bakolis I, et al. Smartphone-based ecological momentary assessment reveals an incremental association between natural diversity and mental wellbeing. Scientific Reports. 2024;14(1):7051.
39. Lancet T. Biodiversity loss: a health crisis. The Lancet. 2024;404(10463):1615.
40. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, Bathan G, Bose-O'Reilly S, Brauer M, et al. Pollution and health: a progress update. The Lancet Planetary Health. 2022;6(6):e535–e47.
41. IPCC [Core Writing Team HLaJRe. Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 2023:35–115.
42. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change: The Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. The Lancet. 2009;373(9676):1693–733.
43. Wang H, Horton R. Tackling climate change: the greatest opportunity for global health. The Lancet. 2015;386(10006):1798–9.
44. C3S, WMO. European State of the Climate 2024. Copernicus Climate Change Service, World Meteorological Organization; 2025.
45. Guglielmo F, Nicolas J, Vamborg F, Emerton R, Simmons A, Burges S, et al. 2025: Global Climate Highlights. European Centre for Medium-Range Weather Forecasts (ECMWF); 2026.
46. Lalieu S, Finello F, Meyer S, Dumoulin J, Hudon M, Den XL, et al. Is Belgium living within its safe operating space? : Cerac; 2024 7/2024.
47. Crisiscentrum N. Opkomende risico's: Klimaatverandering. Available from: https://crisiscentrum.be/nl/risicos-belgie/opkomende-risicos/klimaatverandering.
48. Gezondheidsdoelstelling Milieugezondheidszorg: Departement Zorg; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.departementzorg.be/nl/gezondheidsdoelstelling-milieugezondheidszorg.
49. Goldenman G, Fernandes M, Holland M, Tugran T, Nordin A, Schoumacher C, et al. The cost of inaction. A socioeconomic analysis of environmental and health impacts linked to exposure to PFAS. Nordic Council of Ministers; 2019.
50. Gerke J, Baltruks D. More deaths from heatwaves than traffic accidents in Europe. Why urgent climate and social action is needed. Centre for Planetary Health Policy (CPHP); 2025 1/2025.
51. EEA. Environmental noise in Europe. European Enivronment Agency; 2020.
52. Sciensano. Ziektelast: Ziektelast door risicofactoren - Ziektelast door luchtvervuiling. . Sciensano; 2025 27/11/2025.
53. Dabi N, Maitland A, Lewis AN. Climate Plunder: How a powerful few are locking the world into disaster. Oxfam International; 2025.
54. Chancel L, Mohren C, Bothe P, Muti S, Villaverde P. Climate Inequality Report 2025. Climate Change: A Capital Challenge. Why Climate Policy Must Tackle Ownership. World Inequality Lab Key Report; 2025.
55. Fanning AL, Raworth K. Doughnut of social and planetary boundaries monitors a world out of balance. Nature. 2025;646(8083):47–56.
56. FOD Volksgezondheid VvdVeL. Blikvanger gezondheidszorg: Gezondheidszorgberoepen. 2026.
57. Sciensano, KCE, RIZIV, FOD Volksgezondheid VvdVeL. Performantie van het zorgsysteem: Toegankelijkheid van de zorg: Sciensano, KCE, RIZIV, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2024. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/accessibility-of-care.
58. Meeus P, Khalil A, Pril SD, Declercq K, Daïnou K, Maton V. Health Professionals Report : Capacity, Accessibility and Production. Specialty of Interest: General Practitioner. RIZIV; 2024.
59. Parys EV, Reinenbergh Y, Merckx G, Teughels S, Willems S, Goffin T, et al. Rapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde. Pilootfase 2: optimalisatie methodiek en applicatie. Domus Medica, UGent, AContrario, VIVEL; 2023.

60. De Praktijk Aan de Stroom (PAS) & de huisartszoeker: Eerstelijnszone; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.eerstelijnszone.be/de-praktijk-aan-de-stroom-pas-de-huisartszoeker.
61. Zorgstroomcoach: Departement Zorg; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.departementzorg.be/nl/zorgstroomcoach.
62. Lokale samenwerking als antwoord op het huisartsentekort [press release]. Vlaams instituut voor de Eerste lijn, 26/1/2026.
63. New Deal: Een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van uw huisartsenpraktijk: RIZIV; cited 2026 31/3/2026]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-een-nieuw-model-voor-de-financiering-en-ondersteuning-van-uw-huisartsenpraktijk.
64. Belche JL, Geentjens P, Bruel AVd. Eindrapport reflectiegroep 'Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)'. Brussel: RIZIV; 2023.
65. Van Assche Joke, Block Thomas, Paredis Erik. Exploratieve scenario's en transities: een verkenning en een actieonderzoek voor duurzaam wonen en bouwen in Vlaanderen: Steunpunt voor Transities voor Duurzame Ontwikkeling; 2016. 85 p.
66. Meadows H. Donella, Meadows L. Dennis, Randers Jtsrgen, Behrens III W. William. The Limits to Growth: Universe Books; 1972. 211 p.
67. Wack P. Scenarios: Uncharted Waters Ahead. Harvard Business Review. 1985 9/1985.
68. Hajer A. Maarten, Oomen Jeroen. Captured Futures: Rethinking the Drama of Environmental Politics: Oxford University Press; 2025.
69. Block Thomas, Goeminne Gert, Paredis Erik, Crivits Maarten. Toekomsten voorstellen: over exploratieve scenario's voor Vlaamse steden en gemeenten. Burger, Bestuur en Beleid. 2010;6(3):241–52.
70. Börjeson L, Höjer M, Dreborg K-H, Ekvall T, Finnveden G. Scenario types and techniques: Towards a user's guide. Futures. 2006;38(7):723–39.
71. Schwartz P. The Art of the Long View. New York: Doubleday Currency; 1991.
72. Walker WE, Harremoës P, Rotmans J, Sluijs JPVD, Asselt MBAV, Janssen P, et al. Defining uncertainty: A conceptual basis for uncertainty management in model-based decision support. Integrated Assessment. 2003;4:5–17.
73. Vanderstraeten Geoffrey, Van Assche Joke, Block Thomas. Mogelijke toekomsten van stadsprojecten en fysiek-ruimtelijke ontwikkelingen. Exploratieve scenario's voor de Gentse Oostkant in 2035-2050. Leuven: SBOV; 2015.
74. Block T. Toekomstonderzoek in Vlaamse steden: creatieve economie & multiculturaliteit in 2035: SBOV; 2011. 185 p.
75. Oliveira AS, de Barros MD, de Carvalho Pereira F, Gomes CFS, da Costa HG. Prospective scenarios: A literature review on the Scopus database. Futures. 2018;100:20–33.
76. Bishop P, Hines A, Collins T. The current state of scenario development: an overview of techniques. Foresight. 2007;9(1):5–25.
77. Rasmussen LB. The narrative aspect of scenario building - How story telling may give people a memory of the future. AI & SOCIETY. 2005;19:229–49.
78. Van Roy K, Vyncke V, Piccardi C, De Maesschalck S, Willems S. Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête. Gent: Universiteit Gent; 2018.
79. Sciensano, KCE, RIZIV, FOD Volksgezondheid VvdVeL. Performantie van het zorgsysteem: Duurzaamheid van het zorgsysteem: Beschikbaarheid van zorgpersoneel: Sciensano, KCE, RIZIV, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2024; cited 2026 11/4]. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/duurzaamheid-van-het-gezondheidssysteem/beschikbaarheid-van-zorgpersoneel.
80. OECD, Commission E. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2024.
81. Hoe de toekomstige uitgaven voor geneesmiddelen in ons land beter voorspellen? [press release]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 30/4/2024.
82. RIZIV. Geneesmiddelen: meer innovatie en meer indicaties. Welke kost voor het RIZIV in 2024? : RIZIV; 2026 [updated 13/1/2026; cited 2026 31/3/2026]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/geneesmiddelen-meer-innovatie-en-meer-indicaties-welke-kost-voor-het-riziv-in-2024.
83. Een vijfde van alle overlijdens in België is gelinkt aan sociale achterstelling [press release]. Sciensano, 19/12/2025.
84. Vrijwilligerswerk VS. Vermaatschappelijking van de zorg: Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk; 2016 [updated 13/9/2016; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.vlaanderenvrijwilligt.be/artikels/vermaatschappelijking-van-de-zorg/.
85. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
86. WHO. Health Topics: Climate Change: World Health Organization; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1.
87. Barnes C, Konstantinoudis G, Masselot P, Mistry M, Gasparrini A, Vicedo-Cabrera AM, et al. Summer heat deaths in 854 European cities more than tripled due to climate change. Grantham Institute and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2025. Report No.: 10:123873.

88. Aanzienlijke oversterfte tijdens de hittegolf van augustus 2020 [press release]. 4/9/2020 2020.
89. Consultants IMD, Zoeter F, Bogman P, Adams R. Wat-als-simulatie Vlaanderen met neerslag juli 2021. De Vlaamse Waterweg; 2022 9/2/2022.
90. ECDC. Aedes albopictus - current known distribution: June 2025: European Centre for Disease Prevention and Control; [updated 1/7/2025; cited 2026 11/03]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/aedes-albopictus-current-known-distribution-june-2025.
91. Departement Zorg, Sciensano. Nieuwsflash infectieziekten september 2025. Departement Zorg & Sciensano; 2025.
92. EEA. European Climate Risk Assessment. Luxembourg: European Environment Agency; 2024.
93. Hitte-eilandeffect: Wikipedia; [updated 1/7/2025; cited 2026 31/3]. Available from: https://nl.wikipedia.org/wiki/Hitte-eilandeffect.
94. Hemptinne Bd, Truong G. Physical impacts of climate change: tentative appraisal of macro-fiscal costs for Belgium. Federaal Planburea & Climate Risk Assessment Center (CERAC); 2025 9/2025. Report No.: 13181.
95. Verordening (EU) 201/1119 van het Europees Parlement en de Raad van 30 juni 2021 tot vaststelling van een kader voor de verwezenlijking van klimaatneutraliteit, en tot wijziging van Verordening (EG) nr. 401/2009 en Verordening (EU) 2018/1999 ("Europese klimaatwet"), (2021).
96. The Belgian National Enviromental-Health Action Plan, Healthcare Without Harm Europe, Arup. Greenhouse Gas Emissions of the Belgian Health Care Sector. Dienst Klimaatverandering, FOD Volksgezondheid; 2025.
97. Lambert A-S, Beeck SOd, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2022. Contract No.: 359A.
98. Albrecht J. Het zorginfarct in België: Vergrijzing en multimorbiditeit zetten zorgsysteem onder grote druk. Itinera; 2024 11/2024.
99. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Noordhout CMd, Obyn C, et al. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2024.
100. OECD. Health at a Glance 2025. Paris; 2025.
101. Olhoff A, Lamb W, Kuramochi T, Rogelj J, den Elzen M, Christensen J, et al. Emissions Gap Report 2025: Off target – Continued collective inaction puts global temperature goal at risk. Nairobi: United Nations Environment Programme (UNEP); 2025.
102. NBSI. The 3+30+300 Principle: Nature Based Solutions Institute; cited 2026 31/3]. Available from: https://nbsi.eu/330300-principle/.
103. Wauters Y. Exploratieve scenario's voor de toekomst van de Vlaamse eerstelijnspraktijk in 2050. 2026.
104. Purnelle B. Hoe een kortere werkweek ruimte maakt voor solidariteit. Caruna; 2025.
105. Belgium's Greenhouse Gas Emissions: Climate Change Tracker; cited 2026 05/4]. Available from: https://climatechangetracker.org/nations/greenhouse-gas-emissions/belgium/.
106. Hickel J, Kallis G. Is Green Growth Possible? New Political Economy. 2019;25:1–18.
107. Kallis G, Hickel J, O'Neill DW, Jackson T, Victor PA, Raworth K, et al. Post-growth: the science of wellbeing within planetary boundaries. The Lancet Planetary Health. 2025;9(1):e62–e78.
108. Brand-Correa L, Brook A, Büchs M, Meier P, Naik Y, O'Neill DW. Economics for people and planet-moving beyond the neoclassical paradigm. Lancet Planet Health. 2022;6(4):e371–e9.
109. Hensher M, Canny B, Zimitat C, Campbell J, Palmer A. Health care, overconsumption and uneconomic growth: A conceptual framework. Soc Sci Med. 2020;266:113420.
110. Van de Pas R. The Need for Transformation to a Post-Growth Health and Economic System. Centre for Planetary Health Policy; 2022 1/2022.
111. Borowy I, Aillon J-L. Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm. Social Theory & Health. 2017;15(3):346–68.
112. Hensher M, Zywert K. Can healthcare adapt to a world of tightening ecological constraints? Challenges on the road to a post-growth future. BMJ. 2020;371:m4168.
113. Illich I. Limits to Medicine: Random House Inc.; 1975. 320 p.
114. Aillon J-L, D'Alisa G. Our Affluence Is Killing Us: What Degrowth Offers Health and Well-Being. In: Katharine Z, Stephen Q, editors. Health in the Anthropocene. Toronto: University of Toronto Press; 2020. p. 306–22.
115. Romanello M, Walawender M, Hsu S-C, Moskeland A, Palmeiro-Silva Y, Scamman D, et al. The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline. The Lancet. 2025;406(10521):2804–57.
116. WHO. Fact Sheets: Biodiversity: World Health Organization; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/biodiversity.
117. WHO. Health Topics: Air Pollution: World Health Organization; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/air-pollution#tab=tab_1.
118. NHG. Praktijkvoering: Duurzaamheid: Nederlands Huisartsen Genootschap; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.nhg.org/praktijkvoering/duurzaamheid/.
119. SSMG. Formations spécifiques – environnement: Société Scientifique de Médecine Généraliste; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.ssmg.be/formations-specifiques-environnement/.
120. Tank met fikse korting bij Q8: Domus Medica; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.domusmedica.be/lid-worden-van-domus-medica/tank-met-fikse-korting-bij-q8.

121. VIVEL. Quintuple Aim: Vlaams instituut voor de Eerste lijn; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.vivel.be/over-vivel/quintuple-aim/.
122. Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin J-P. An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A 'sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. The International Journal of Health Planning and Management. 2023;38(2):289–95.
123. IHI. Quintuple Aim: Institute for Healthcare Improvement; cited 2026 31/3]. Available from: https://www.ihi.org/library/topics/quintuple-aim.
124. ICHO. Databank masterproeven: Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding; cited 2026 5/4]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist.