



# Verduurzaming in de eerstelijnszorg

Een verkenning naar mogelijkheden, motivatie en stimulerende maatregelen

# Verduurzaming in de eerstelijnszorg

Een verkenning naar mogelijkheden, motivatie en stimulerende maatregelen

**Auteur(s):**

Michiel Kort  
Tom Gommans  
Lisette de Gelder  
Eline Leising

**In opdracht van:**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Plaats, datum:**

Rotterdam, 15 mei 2020

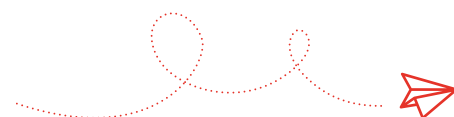
**Status:**

Definitief

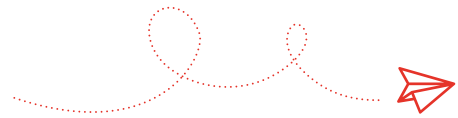
**RebelGroup Executives bv**

Wijnhaven 23  
3011 WH Rotterdam  
Nederland  
+31 10 275 59 95  
info@rebelgroup.com

[www.rebelgroup.com](http://www.rebelgroup.com)



# Inhoudsopgave



<b>1. Samenvatting</b>	<b>2</b>
<b>2. Inleiding en context</b>	<b>4</b>
<b>3. Verduurzamingmogelijkheden eerstelijnszorg</b>	<b>7</b>
<b>4. Motivatie, kansen en belemmeringen</b>	<b>21</b>
<b>5. Interventies om de beweging verder te stimuleren</b>	<b>29</b>
<b>6. Voorgestelde aanpak</b>	<b>39</b>
<b>7. Bijlage A – Lijst geïnterviewden</b>	<b>42</b>
<b>8. Bijlage B – Toelichting op berekening impact huisvesting</b>	<b>43</b>
<b>9. Bijlage C – Overzicht resultaten fysiotherapie</b>	<b>48</b>
<b>Over Rebel</b>	<b>49</b>

## 1. Samenvatting

Voorliggend onderzoek schetst een beeld van de mogelijkheden, motivatie en belemmeringen bij een verdere verduurzaming van de eerstelijnszorg. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van interviews en een breed uitgezette vragenlijst onder zorgprofessionals uit de eerste lijn<sup>1</sup>.

### Geen gebrek aan motivatie en mogelijkheden

Bijna 90% van de zorgprofessionals die de vragenlijst hebben ingevuld, geven aan meer bij te willen dragen aan de duurzaamheidsdoelstellingen, waarvan 40% in veel grotere mate. De motivatie voor dit thema is daarmee groot. Daarbij zijn er ook verschillende verduurzamingsmogelijkheden waar nog winst op is te behalen. Met name op het gebied van energiebesparing, het opwekken of afnemen van duurzame energie en circulair werken ziet men veel potentie. Voor al deze categorieën zijn er verschillende eenvoudig te implementeren no-regret maatregelen die nog lang niet altijd worden toegepast. Daarnaast zijn er ook meer intensieve maatregelen, die om een grotere investering vooraf vragen. Deze investeringen kunnen zich echter terugverdienen en resulteren ook in een stevige impact. Op basis van een grove analyse is berekend dat een verduurzaming van de praktijkhuisvesting van enkel huisartsen kan leiden tot een besparing van bijna 9.000 ton CO<sub>2</sub> per jaar. Dit staat gelijk aan circa 40 miljoen autokilometers.

### Beperkende factoren staan de stap van motivatie naar actie in de weg

Een hoge motivatie, wil nog niet zeggen dat de maatregelen ook daadwerkelijk meer toegepast zullen worden. Een aantal beperkingen staat dit in de weg. Zoals de gevraagde financiële investering, die bij met name de meer intensieve maatregelen een uitdaging kan vormen. Om dit te ondervangen zijn er verschillende subsidiemaatregelen voorhanden en ook financiers bieden leningen aan tegen gunstige voorwaarden. In het onderzoek zien we dat zorgprofessionals hier nog weinig mee bekend zijn. Een andere beperkende factor vormt de bekendheid met duurzame alternatieven. Verschillende zorgprofessionals geven aan wel te willen bijdragen, maar niet te weten hoe. Ook is de beschikbaarheid van tijd en aandacht een beperkende factor. Met name huisartsen geven aan onder druk te staan en daardoor onvoldoende ruimte hebben om tijd en energie aan duurzaamheidsmaatregelen te besteden. Ten slotte kennen met name tandartsen een beroepsspecifieke uitdaging; hygiënerichtlijnen die voorschrijven dat gebruiksmaterialen veelal direct weggegooid dienen te worden.

### Concrete kansen om stap van motivatie naar actie te versnellen

Om motivatie om te zetten naar actie is een aanpak nodig die inspeelt op deze beperkende factoren. Daarbij kan een aantal zaken op korte termijn gerealiseerd worden en vragen andere uitdagingen om een meer lange adem. Op de korte termijn kan een combinatie van informatiedeling en ontzorging een belangrijk verschil maken. Op het gebied van financiële regelingen en

<sup>1</sup> De resultaten zijn vooral gebaseerd op de huisartsenzorg en de tandartsenzorg. Tijdens het onderzoek bleek dat in de fysiotherapie de mogelijkheden om te verduurzamen als beperkt werden ervaren.

verduurzamingsmogelijkheden kunnen beroepsspecifieke informatieoverzichten de toegankelijkheid vergroten van concrete nu toepasbare maatregelen. Het tekort aan tijd en aandacht wordt hier echter niet mee aangepakt. Door het uitzoekwerk, het ontwerp en de uitvoering van verduurzamingsmaatregelen over te nemen zouden gespecialiseerde marktpartijen dit probleem deels kunnen oplossen. Dergelijk specifiek aanbod voor de eerstelijnszorg ontbreekt grotendeels op dit moment, terwijl dit in verschillende sectoren (zoals de sport en huishoudens) steeds meer gemeengoed wordt.

Op de meer lange termijn liggen er vooral kansen voor het verruimen van duurzame alternatieven voor gebruiksmaterialen. Dit vraagt om een gesprek met de producerende industrie en zal meer tijd vergen. Uiteraard kan hier wel nu mee gestart worden. Dit geldt ook voor het gesprek over de wenselijkheid van bepaalde hygiënerichtlijnen.

Concluderend heeft verduurzaming van de eerstelijnszorg veel potentie. Zowel bij huisartsen en tandartsen zijn er verschillende koplopers die de kansen al benutten. Daarnaast is er een brede motivatie onder professionals om op termijn ook die stap te zetten. Door gezamenlijk met betrokken partijen (brancheorganisaties, professionals, bedrijfsleven en overheid) in te spelen op de genoemde beperkingen kan die motivatie omgezet worden in actie.

## 2. Inleiding en context

### 2.1 Vraagstelling onderzoek

De Green Deal voor Duurzame Zorg is in 2018 gestart vanuit de zorgsector om een grotere bijdrage te leveren aan de duurzaamheidsdoelstellingen in het kader van milieu en klimaat. De Green Deal Duurzame Zorg kent vier pijlers met vier algemene doelstellingen. In verschillende rondes hebben zorgpartijen zich aangesloten en is de Green Deal ook vertaald naar acties. Elk van de deelnemende partijen geeft aan welke inspanningen zij gaan leveren op deze vier pijlers. Het ministerie van VWS is één van de partners in de Green Deal en heeft een faciliterende rol.

De acties vanuit de Green Deal volgen met name uit de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg. Dat roept de vraag op of en hoe de eerstelijnszorg beter betrokken kan worden bij de Green Deal en verduurzaming in het algemeen. In opdracht van VWS heeft Rebel deze vraag onderzocht. De voorliggende rapportage is het resultaat van dit onderzoek. De doelstelling van het onderzoek is vertaald naar drie subvragen die zowel de leidraad vormden voor het onderzoek als deze rapportage:

- Welke praktische verduurzamingsmogelijkheden zijn er voor zorgprofessionals in de eerste lijn?
- Welke kansen en beperkingen zijn er ten aanzien van het vergroten van de mate van verduurzaming in de eerstelijnszorg?
- Welke interventies kunnen overkoepelende partijen toepassen om de eerstelijnszorg te stimuleren een grotere bijdrage te leveren aan de duurzaamheidsdoelstellingen?

### 2.2 Onderzoeksmethode

Vooraf is met elkaar bepaald het onderzoek af te bakenen tot drie beroepsgroepen: de huisartsenzorg, de tandartsenzorg en de fysiotherapie. Tijdens het onderzoek is gebleken dat in de fysiotherapie de mogelijkheden en motivatie voor het thema als beperkt worden ervaren. Dat maakte het onvoldoende mogelijk om de onderzoeksopzet toe te passen op deze beroepsgroep. De resultaten in dit onderzoek zijn daarom gebaseerd op de resultaten van het onderzoek naar de huisartsenzorg en de tandartsenzorg. In bijlage C wordt een kort overzicht gegeven van de beschikbare resultaten voor de fysiotherapie.

Om antwoord te geven op deze vragen is een combinatie van onderzoeksmethoden toegepast. In de eerste plaats hebben we met verschillende experts op het gebied van duurzaamheid en zorg en de betrokken brancheverenigingen gesproken om de belangrijkste kaders inventariseren.<sup>2</sup> Om de concrete verduurzamingsmogelijkheden in kaart te brengen is daarnaast met verschillende zorgprofessionals gesproken met een *best practice* op het gebied van verduurzaming.<sup>3</sup> Ten slotte is een vragenlijst uitgezet onder de beroepsgroepen. De vragenlijst is via de websites, nieuwsbrieven en social media van de volgende partijen uitgezet:

<sup>2</sup> Zie bijlage A voor een overzicht van interviewees

<sup>3</sup> Idem

- Medisch Ondernemen
- LHV
- NHG
- InEen
- KNMT
- Farma Magazine
- ProScoop

In totaal hebben 434 zorgprofessionals de vragenlijst ingevuld. Alle personen die zijn gestart met het invullen van de vragenlijst hebben deze volledig ingevuld. De respons is als volgt verdeeld over de verschillende beroepsgroepen:

- Huisartsenzorg: 62%
- Tandartsenzorg: 30%
- Fysiotherapie: 3%
- Multidisciplinaire eerstelijnszorg: 2%
- Anders<sup>4</sup>: 2%

Statistisch is de respons van huisartsen representatief voor de totale beroepsgroep.<sup>5</sup> Ondanks deze constatering doen we de aanname dat er sprake is van een zekere bias. Naar verwachting zullen zorgprofessionals met een relatief sterke motivatie voor verduurzaming eerder de moeite nemen om de vragenlijst in te vullen.

Daarnaast is gevraagd naar de functie van de respondent. Dit leidt tot de volgende verdeling<sup>6</sup>:

- Arts: 74%
- Arts in opleiding: 6%
- Praktijkmanager: 8%
- Directeur / bestuurder: 4%
- Anders<sup>7</sup>: 8%

Ten slotte is gevraagd of de respondent (mede-)eigenaar is van de huisvesting van de zorgpraktijk. Dit heeft geleid tot de volgende verdeling:

- Ja, zelfstandig: 34%
- Ja, met andere zorgprofessionals: 18%
- Ja, met andere partijen buiten de zorg: 1%
- Nee: 48%

<sup>4</sup> Hierbij gaat het om zorgprofessionals van andere beroepsgroepen in de eerstelijnszorg

<sup>5</sup> Uitgaande van een betrouwbaarheidsniveau van 90% en een foutmarge van 5%

<sup>6</sup> Optelling van meer dan 100% zijn het gevolg van afronding van individuele getallen

<sup>7</sup> Assistent, verpleegkundig specialist, etc.

- Anders of n.v.t.: 0,5%

## 2.3 Leeswijzer

De rapportage is in lijn met de onderzoeksvragen opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de praktische verduurzamingsmogelijkheden voor de eerstelijnszorg beschouwd. Bij elk type mogelijkheid wordt ook op basis van de antwoorden op de vragenlijst een indicatie gegeven van de mate waarin deze al wordt toegepast en de mate waarin de beroepsgroepen verwachten deze in de toekomst meer toe te passen. In hoofdstuk 3 worden de motivatie, de ervaren kansen en beperkingen voor een volgende verduurzamingsstap beschreven. Aansluiten worden de mogelijke interventies in beeld gebracht om deze stap te stimuleren. Bij elke mogelijkheid wordt ook kort beschreven wat de verwachte effectiviteit is van deze interventie. Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2, 3 en 4 geven wij in hoofdstuk 5 een advies aan het Programma Duurzame zorg om de eerstelijnszorg te begeleiden in de stap voorwaarts.

In de bijlages wordt ten slotte een overzicht gegeven van de gesproken mensen en partijen (A), een toelichting gegeven op de berekening van de impact van aanpassingen in de huisvesting van huisartsen (B) en de resultaten ten aanzien van fysiotherapeuten beschouwd (C).



### 3. Verduurzamingmogelijkheden eerstelijnszorg

Dit hoofdstuk geeft inzicht in verschillende mogelijkheden voor eerstelijnsprofessionals om hun dagelijkse praktijk te verduurzamen. Dit overzicht van mogelijkheden is tot stand gekomen en verdiept via deskresearch en gesprekken met eerstelijnsprofessionals en brancheorganisaties. We hebben gekozen voor een indeling in categorieën die grotendeels de vier doelen van de Green Deal Duurzame Zorg volgen; CO<sub>2</sub>-reductie komt terug in meerdere categorieën. We maken onderscheid tussen de volgende categorieën: energiebesparing in het pand van de eerstelijnsprofessional, opwekking en inkoop van energie, circulair werken, vermindering van medicijnresten in afvalwater en tenslotte de gezond makende leefomgeving van de praktijk en bij patiënten.

In onderstaande tabel is een totaal overzicht weergegeven van alle vijf categorieën van verduurzamingmogelijkheden, waar in de rest van het hoofdstuk in meer detail op wordt ingegaan<sup>8</sup>:

Type Maatregel	1. Energiebesparing	2. Duurzame Energie	3. Circulair Werken	4. Medicijnresten in milieu voorkomen	5. Bijdragen aan een duurzame leefomgeving
<b>Mate waarin het al wordt toegepast</b>	• 32%	• 17%	• 12%	• 44%	• 22%
<b>Mate van te behalen winst</b>	• 31%	• 47%	• 48%	• 8%	• 25%
<b>Verwachte toekomstige toepassing door achtervolgers</b>	• 25%	• 19%	• 22%	• 22%	• 14%
<b>No regret / makkelijke implementatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiatorfolie</li> <li>• Tochtstrips</li> <li>• Leidingen isoleren</li> <li>• LED verlichting</li> <li>• Slimme energie- meter</li> <li>• Installeren schakelaars op computers</li> <li>• Zonwering aanbrengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overstappen naar een groene energieleverancier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papiergebruik beperken</li> <li>• Afval scheiden</li> <li>• Praktijkfiets gebruiken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duurzamere medicijnen voorschrijven i.p.v. vervuilende</li> <li>• Voorlichting over weggoien medicatie aan patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duurzame interventies in praktijk zichtbaar maken aan patiënten</li> <li>• Advies geven over duurzame levensstijl</li> </ul>
<b>Kleine investering/ moeilijkere implementatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isoleren van dak, vloer en gevel</li> <li>• Dubbelglas aanbrengen</li> <li>• Kozijnen vervangen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zonnepanelen plaatsen</li> <li>• Zonnecollectoren plaatsen</li> <li>• Pelletkachel en biomassakachel plaatsen</li> <li>• Duurzame energie opslaan in thuisbatterij</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herbruikbaar medisch instrumentarium aanschaffen</li> <li>• Afgeschreven apparatuur opnieuw inzetten na reparatie</li> <li>• Duurzame producten inkopen</li> <li>• Minder disposables gebruiken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder medicatie voorschrijven</li> <li>• Optimaliseren houdbaarheidsdatum medicijnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omgeving praktijk duurzaam inrichten</li> </ul>
<b>Grote investering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energielabel omhoog via verbouwing</li> <li>• Warmtepomp aanleggen</li> <li>• Vervangen verwarmingssysteem</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afval gescheiden laten ophalen</li> <li>• Bedrijfsvoering digitaliseren (mondscanner tandartsen)</li> <li>• Elektrische auto aanschaffen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groen dak</li> <li>• Groene parkeerplaats</li> </ul>

<sup>8</sup> De scores in percentages geven de optelsom aan van het aandeel respondenten die 'in grote mate' en 'in zeer grote mate' hebben geantwoord op de betreffende vragen in de enquête. De 'verwachte winst bij achterblijvers' betreft het aandeel respondenten dat aangeeft de betreffende type maatregel 'niet' tot 'voldoende toe te passen' en de kans 'groot' tot 'zeer groot' acht deze maatregel in de toekomst meer toe te gaan passen.

### 3.1 Energiebesparing

Deze categorie van maatregelen gaat over het energiegebruik omlaag brengen en daarmee ook de hoogte van de energierekening (voor zowel gas als elektriciteit). Een aantal maatregelen is te karakteriseren als quick wins/ no regret die ook zonder een grootschalige verbouwing en/of renovatie te nemen zijn. Voor een aantal maatregelen is het economisch verstandiger deze (alleen) te nemen als dit gecombineerd wordt met een grootschalige verbouwing.

#### 3.1.1 Quick-wins

Een aantal maatregelen is doorgaans tegen een relatief lage prijs gemakkelijk te implementeren. Bij deze maatregelen maakt het veelal niet uit of een praktijk in het bezit is van de zorgverlener zelf of niet. Deze quick wins zijn in principe voor alle tandartsen, huisartsen en fysiotherapeuten toepasbaar.

Een aantal voorbeelden. Het vervangen van de verlichting door LED verlichting vermindert het elektriciteitsgebruik. Dit is met name interessant wanneer er in de huidige situatie nog gloeilampen of tl-lampen worden gebruikt. Een slimme regeling van de verlichting (zoals een daglichtregeling en aanwezigheidsdetectie) kan een en ander verder optimaliseren. Ook een slimme energieverbruiksmanager kan besparingen opleveren door vergroten van inzicht in welke apparaten het meeste gebruiken. Andere voorbeelden zijn het plaatsen van tochtstrippen onder ramen, radiatorfolie, installeren van schakelaars op apparatuur (PC's, printers, etc.), zonwering (vermindering airco energiegebruik in de zomer). De terugverdientijd voor deze maatregelen ligt over het algemeen ergens tussen de 2 en 5 jaar.

#### 3.1.2 Isolatiemaatregelen

De meest bekende maatregel om energie te besparen is het toepassen van isolatie in de gebouwschil van een praktijk. Afhankelijk van het type maatregel is deze op elk willekeurig moment toe te passen. Gevels zijn middels voorzetwanden of isolatie aan de buitenzijde vrij gemakkelijk te isoleren. Isolatie aan de binnenzijde van de gevel vereist een grotere renovatie en meer overlast binnen de praktijk. Ook bij vloeren is dit het geval. Verdiepingsvloeren zijn vaak eenvoudiger te isoleren dan begane grond vloeren. Veel winst is tevens de behalen bij ramen: het verschil in energieverlies bij vervanging van grote raampartijen enkel glas door dubbel glas (liefst HR+++ ) is groot. Bij ramen is een tip om ook te kijken naar het type kozijnen aangezien ook daar veel warmte verloren gaat. Kunststof kozijnen zijn veel energiezuiniger dan houten kozijnen bijvoorbeeld.

#### 3.1.3 Maatregelen gericht op een ander verwarmingssysteem

Een aantal maatregelen die genomen kunnen worden om energie te besparen zijn ingrijpender en vereisen doorgaans een wat grotere verbouwing. Ook omdat om deze maatregelen goed te laten werken goede isolatie ook een vereiste is. Voorbeelden van deze maatregelen zijn het gasloos maken van de praktijk of in ieder geval het aanleggen van een ander systeem van verwarming, zoals een warmtepomp in combinatie met lage temperatuur radiatoren, vloerverwarming of HR-luchtverwarming.

Er zijn momenteel verschillende soorten warmtepompen op de markt: een luchtwarmtepomp of een bodemwarmtepomp met of zonder een Warmte-Koude Opslag (WKO). Die laatste zorgt ervoor dat in

de zomer 'koude' vanuit de bodem kan worden gebruikt om te koelen en in de winter 'warmte' om te verwarmen. Een andere maatregel is een innovatief ventilatiesysteem met warmteterugwinning. In combinatie met een slimme regeling kan gestuurd worden op de CO<sub>2</sub> concentratie voor een gezond binnenklimaat.

Of dergelijke maatregelen in de eerstelijnszorgpraktijken succesvol ingepast kunnen worden is kortgezegd afhankelijk van de specifieke situatie van het vastgoed en de functionele eisen van de zorgverlener. De staat en leeftijd van het vastgoed is van invloed op het totaal aan benodigde investeringen en daarmee de terugverdientijd. Ook de functionele eisen van de zorgverlener beïnvloeden de mogelijkheden. Bepaalde (lage temperatuur) verwarmingssystemen hebben een langere opwarmtijd en zijn minder flexibel qua aanpassingen. Het is bijvoorbeeld voorstelbaar dat een huisarts de temperatuur in de spreekkamer snel zal willen kunnen aanpassen aan de patiënt; een zieke patiënt zal een warmere kamer nodig hebben, en ook bij een onderzoek is een aangename temperatuur belangrijk. Natuurlijk is er in algemene zin iets te zeggen over wanneer een investering wel of niet met een redelijke terugverdientijd gedaan kan worden, zoals het combineren van dergelijke maatregelen met een verbouwing of het integreren van dergelijke maatregelen in een nieuw gebouw. Een Total Cost of Ownership (TCO) berekening van tevoren kan helpen in het maken van de afweging om deze maatregelen al dan niet te nemen.

---

*Tjeerd Bottema is huisarts in Utrecht. Samen met zijn praktijkgenoten heeft hij sinds een aantal jaar een volledig energieneutraal pand, dat ze nieuw hebben gebouwd. Het is een gezondheidscentrum, waar ze samen met de apotheker en o.a. een fysiotherapiepraktijk gedeeld eigenaar van zijn. Het pand is onder andere energie-neutraal doordat er een warmtepomp is geplaatst. Daarnaast is er een reflecterende schans op het dak, die zowel stijlvol is, als dat het zorgt voor verkoeling in de zomer.*

---

### 3.1.4 Toepassing nu en in de toekomst

Dat het implementeren van verdergaande energiebesparingsmaatregelen mogelijk is, blijkt uit bovenstaand voorbeeld. Ook uit de gesprekken met eerstelijnsprofessionals komt naar voren dat verschillende maatregelen worden genomen. De quick wins worden het meest genoemd, maar ook ingrijpendere maatregelen worden genomen. Wel voornamelijk op een moment dat er toch al verbouwd moet worden, en er dus goed over de huisvesting moet worden nagedacht. Hierbij komen geen verschillen tussen de verschillende type professionals naar voren: bij zowel huisartsen als tandartsen en fysiotherapeuten worden deze interventies genomen.

De vragenlijst geeft een diepgaander beeld, daarin geeft 33% van de respondenten aan dat ze in (zeer) grote mate maatregelen met betrekking tot energiebesparing in de praktijk hebben genomen. Ten opzichte van de andere vier categorieën van verduurzamingsmogelijkheden is het op één na meest toegepaste categorie.

In deze categorie denkt 31% van de respondenten dat er nog (zeer) grote winst te behalen valt, waarmee het de meest gemiddelde categorie is. Dit betekent dat hoewel er al relatief veel maatregelen worden genomen ten opzichte van de andere categorieën, respondenten ook nog mogelijkheden zien voor winst.

Zowel de respondenten die aangeven al veel maatregelen in deze categorie te hebben toegepast, als degenen die dit nog beperkt hebben gedaan, geven ongeveer in gelijke mate aan te verwachten in de toekomst maatregelen toe te passen. Van het totale aantal respondenten is dit 24%, terwijl dit onder de respondenten die geen tot voldoende maatregelen hebben genomen 25% is.

### Indicatieve berekening impact verduurzamingsmaatregelen huisartsenzorg

In het kader van het onderzoek naar het beter aansluiten van de eerstelijnszorg bij de Green Deal aanpak, kijken we in het voorliggende document naar de potentiële impact van verduurzamingsmaatregelen in de huisvesting van huisartsen. Dit doen we door te berekenen wat de CO<sub>2</sub> besparings- en investeringskosten zijn die volgen uit het opwaarderen van de huisvesting van alle huisartsen naar energielabel A of B.

Op basis van onze berekeningen leidt deze exercitie tot een jaarlijkse besparing van **8.952 ton CO<sub>2</sub>**. Dit staat gelijk aan 1.128 vliegtuigvluchten om de aarde of 39,6 miljoen autokilometers. De benodigde investering betreft naar verwachting €40.5 miljoen, met een maximale terugverdientijd van 10 jaar. Opvallend is dat 80% van de CO<sub>2</sub> besparing bereikt wordt door maatregelen te nemen in de huisvesting met een bouwjaar van voor 1964 (ca. 30% van de huisartspraktijken).

De genoemde getallen zijn puur indicatief. De berekeningen zijn gebaseerd op kengetallen voor modeltypen persoonshuishoudens en zullen daarom in de praktijk afwijken. In bijlage B is de werkwijze nader toegelicht.

### Resultaten energiebesparingspotentieel huisartsenpraktijken Nederland per jaar

- Totale investering voor verduurzaming huisartsenpraktijken in NL: **€ 40.5 mio.**
- Totale CO<sub>2</sub> besparing voor verduurzaming huisartsenpraktijken in NL : **8.952 ton CO<sub>2</sub>**

Omgerekend betekent deze CO<sub>2</sub> besparing:

- In vluchten: besparing van *1.128 vluchten rondom de aarde*
- Ritjes per auto: besparing van 39.3 miljoen km, wat neerkomt op *23.520 ritten van Amsterdam naar de alpen retour*

## 3.2 Duurzame energie

Als het gaat om duurzame energie vallen de maatregelen in twee (hoofd)categorieën uiteen: het zelf (als praktijk) opwekken van duurzame energie en het afsluiten van een contract voor de levering van duurzame energie.

### 3.2.1 Eigen opwek

De meest gangbare manier om zelf energie op te wekken, is net als voor huishoudens, zonne-energie. Zonne-energie is er in twee vormen: zonnepanelen voor het opwekken van elektriciteit en zonnecollectoren voor het opwekken van warm water. Een andere mogelijkheid is verwarmen met een biomassakachel of pelletkachel, maar de duurzaamheid van het stoken met biomassa is niet onomstreden.

Voor praktijken in de eerstelijnszorg zijn zonnepanelen het meest geschikt. Elektriciteit in praktijken kent doorgaans een grotere behoefte dan warm water. Het plaatsen van zonnepanelen in combinatie met het isoleren van het dak kan het rendement vergroten. Het laten plaatsen en installeren vergt een investering. Niet alleen in geld, maar ook in de tijd. Gezien de grote overeenkomsten met de wijze van plaatsen en regelen bij particulieren is te zien dat praktijkeigenaren die als particulier ervaring hebben sneller overgaan tot plaatsing op de praktijk. Om zonnepanelen op eerstelijnspraktijken te plaatsen zijn verschillende (soms ook lokale) subsidieregelingen en/of gunstige leningen beschikbaar (zie paragraaf 3.6 voor een overzicht).

Ook hier geldt dat de individuele situatie de mogelijkheden en terugverdientijd bepalen. Ligging en dakoppervlak bijvoorbeeld, maar ook de bedrijfsvoering. Met een eigen praktijk startende eerstelijnsprofessionals zullen eerder over gaan tot de investering in vergelijking met professionals in een latere fase. Immers de mogelijkheid om de investering terug te verdienen is dan groter. Waarnemende huisartsen en tandartsen geven aan dat het een drempel is om praktijkeigenaren hiernaar te vragen of op aan te spreken, wat ook geldt voor andere maatregelen.

### 3.2.2 Duurzame energie inkopen

Een andere manier om te verduurzamen is het overstappen naar een groene energieleverancier. De [Consumentenbond](#) doet jaarlijks onderzoek naar de meest duurzame energieleveranciers die alleen maar stroom aanbieden die is opgewekt via windmolens en zonnepanelen.

### 3.2.3 Toepassing nu en in de toekomst

Zorgprofessionals zijn goed bekend met het zelf opwekken van duurzame energie. We hebben ook verschillende voorbeelden gevonden van praktijken die zonnepanelen hebben geïnstalleerd, zowel in onze deskresearch, interviews en via de vragenlijst. Het inkopen van duurzame energie is niet of nauwelijks aan de orde gekomen. Wellicht vinden zorgprofessionals dat (net als veel particulieren) een vanzelfsprekend criterium om naast de prijs van energie op te letten. Ook heeft het energiecontract bij lang niet alle particulieren de aandacht als het gaat om aanpassing; het is een 'nutsvoorziening' die gewoon goed geregeld moet zijn. Voor zorgprofessionals heeft zorg in eerste instantie de meeste aandacht en niet de energievoorziening.

Dat de energievoorziening niet de meeste aandacht heeft onder eerste lijn professionals, blijkt ook uit de resultaten van de vragenlijst. 17% van de respondenten geeft aan in (zeer) grote mate verduurzamingsmaatregelen op het gebied van duurzame energie te hebben genomen. Ten opzichte van de andere categorieën is dit het op één na laagste percentage.

In lijn met het bovenstaande antwoord, geeft 47% van de respondenten aan te denken dat er in (zeer) grote mate winst te behalen valt in deze categorie. Dat is het op één na hoogste percentage ten opzichte van andere categorieën, dit laat zien dat respondenten van de vragenlijst denken dat er nog veel mogelijk is op het gebied van duurzame energie.

Door de respondenten die nog geen of in beperkte mate maatregelen hebben genomen, geeft 19% te verwachten in de toekomst in (zeer) grote mate maatregelen toe te zullen passen, het op één na laagste percentage ten opzichte van andere categorieën. Er zit dus nog een groot gat tussen de mogelijke winst, en de toekomstplannen van de respondenten. Dit schept de verwachting dat er een aantal belemmeringen is waar eerste lijn professionals tegenaan lopen bij het nemen van maatregelen.

In de gesprekken hebben we verschillende belemmeringen gehoord die hier mogelijk een rol bij spelen, onder andere de tijd die het kost om het uit te zoeken en het te regelen (en dus niet in het primaire proces gestopt kan worden), de (financiële) investering (voor eigen opwek), onbekendheid met subsidiemogelijkheden om de investering mede mogelijk te maken en als men wel bekend is hiermee opnieuw de benodigde tijd. Ondersteuning van zorgprofessionals of 'ontzorging' zou de inzet van deze maatregelen een impuls kunnen geven. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op deze belemmeringen.

### 3.3 Circulair werken

Circulair werken heeft betrekking op de duurzame bedrijfsvoering van een praktijk en meer specifiek het duurzaam omgaan met grondstoffen. Onderdelen hiervan zijn onder meer de inkoop van verschillende medische hulpmiddelen en de wijze van afvalverwerking. Binnen elk van deze onderdelen kunnen verschillende maatregelen worden genomen. Hieronder lichten we er een aantal toe.

#### 3.3.1 Maatregelen in het kader van gebruik en afvalverwerking

In elke eerstelijnspraktijk ontstaat afval door gebruik van medische hulpmiddelen, maar ook door gebruik van 'normale' kantoorartikelen. Om te verduurzamen kunnen zorgprofessionals de hoeveelheid afval zoveel mogelijk proberen te beperken, ze kunnen bepaalde stromen scheiden en apart laten inzamelen en gebruikte medische apparatuur duurzaam laten verwerken.

Afval *beperken* kan bijvoorbeeld door herbruikbaar medisch instrumentarium te gebruiken (dat bijvoorbeeld weer gesteriliseerd kan worden) of minder te printen. Veel gesprekspartners geven aan dat vooral het beperken van de hoeveelheid afval die voorkomt uit het primaire proces lastig is. Dit heeft te maken met verschillende richtlijnen over hygiëne en infectiepreventie die gelden binnen de zorg. Deze sorteren voor op het gebruik van 'disposables' en maken het in een aantal gevallen onmogelijk om herbruikbare producten te gebruiken.

Het verduurzamen van de *verwerking* van afval is mogelijk door het scheiden van het dagelijkse afval in een praktijk en dat vervolgens gescheiden laten inzamelen door een (private) inzamelaar. Afvalscheiding en apart laten inzamelen is in veel praktijken al een gewoonte. Dit geldt voor

bijvoorbeeld papier en glas (net als bij huishoudens). Deze stromen hebben een positieve waarde en inzamelaars halen deze stromen gescheiden op. Voor kunststof (en metaal en drankenkartons, de zogenaamde PMD-fractie) ligt dit nog anders. Hier moet in de keten nog geld bij, dus voor bedrijven en instellingen kost het meer om dit gescheiden in te zamelen dan restafval. Ook biedt nog niet iedere inzamelaar dit aan. Het is aan de zorgverlener om af te wegen of hij/zij bereid is deze meerkosten te betalen. Tegelijkertijd zien we meer ontwikkelingen die gericht zijn op technieken voor 'nascheiding'<sup>9</sup> van deze fractie uit het restafval. Naast deze fracties hebben eerstelijnspraktijken (met name tandartsen en huisartsen) een categorie besmet/medisch gevaarlijk afval die apart moet worden gehouden en ook apart wordt ingezameld. Voor scheiden van afval (en gescheiden inzameling) is wel aanvullende ruimte nodig voor het plaatsen van aparte afvalbakken per te scheiden stroom. Inzamelaars hebben hier verschillende oplossingen voor.

Voor de categorieën medisch gevaarlijk en/of chemisch afval, stromen die vooral in huisarts- en tandartspraktijken (en niet bij fysiotherapeuten) vrijkomen, gelden strenge richtlijnen met betrekking tot scheiden, aparte inzameling en verwerking. Deze vormen een belemmering voor verdergaande maatregelen voor verduurzaming via scheiding. Tegelijkertijd zien we voorbeelden (zie onderstaand kader) waar eerstelijnspraktijken binnen deze richtlijnen naar mogelijkheden zoeken om een groter gedeelte duurzaam te kunnen verwerken.

---

*Angelica Setiaman is tandarts in Amsterdam. In de praktijk waar ze werkt, heeft ze veel duurzame interventies gepleegd in haar bedrijfsvoering. Zo proberen ze sinds kort het besmet afval eerder te scheiden van het 'normale' afval (te vergelijken met huishoudelijke fracties). Op deze manier kan een groter deel van het afval duurzamer verwerkt worden en wordt de fractie besmet afval kleiner. Dit is niet eenvoudig door de strenge regels voor wat medisch afval is en het verwerken daarvan. Ook kost bewust scheiden de tandartsassistent extra tijd. Maar dit gaat steeds beter nu ze daar een werkgroepje voor hebben ingericht en het afval te verdelen over twee bakken. Bovendien zijn de medewerkers in de praktijk zich zo ook meer bewust van hoeveel afval ze elke dag weer produceren.*

---

Een andere optie is het geven van een tweede leven aan verouderd en afgeschreven medische apparaten door waar mogelijk repareren, vervangen van bepaalde onderdelen en opnieuw inzetten. Daarnaast hebben we een voorbeeld gehoord van een schenkingsactie aan derdewereldlanden. Hoewel dit niet alleen vanuit duurzaamheidsoogpunt plaatsvindt, heeft het wel een duurzaam effect; het voorkomt afval en verlengt de levensduur van een product.

<sup>9</sup> Nascheiding houdt in dat een aantal fracties, zoals plastics, metaal en drankenkartons eerst samen met het restafval worden ingezameld en daar later (in een installatie) weer uitgehaald worden.



### 3.3.2 Inkopen

Eerstelijnspraktijken kopen verschillende categorieën van producten in: medische en verzorgende hulpmiddelen, bedrijfskleding, facilitaire producten en inrichting. Duurzame interventies kunnen op twee verschillende manieren worden gepleegd: allereerst kunnen duurzamere producten worden ingekocht, maar er kan ook geminderd worden op de inkoop.

Duurzaam inkopen biedt in theorie veel potentie, maar is niet zo eenvoudig voor eerstelijnspraktijken als het op het eerste gezicht lijkt. Er worden steeds meer duurzame producten gebruikt, zoals schoonmaakmiddelen, papieren koffiebekers (in plaats van kunststof), maar het is voor zorgprofessionals vaak lastig om zelf te kunnen beoordelen of papier echt duurzamer is dan plastic. Het ontbreekt over het algemeen nog aan objectieve kennis wat nu duurzaam is en wat niet. En de leveranciers waar de eerstelijnszorgprofessionals inkopen, hebben ook nog lang nog niet altijd scherp waar producten als labjassen en mondkapjes van zijn gemaakt of dat er duurzamer alternatieven bij hun leveranciers te halen zijn. Aandacht hiervoor begint steeds meer te komen. Zorgprofessionals kunnen in ieder geval kijken naar het recyclebaar zijn van de producten die ze inkopen. Echter, dit zegt nog niet dat de producten ook daadwerkelijk gerecycled worden.

We zien binnen de eerstelijns een aantal veranderingen op het snijvlak van bedrijfsvoering en inkoop die duurzaamheidseffecten hebben. De digitalisering heeft het bijvoorbeeld mogelijk gemaakt dat tandartsen digitaal fotograferen, zodat de dossiers geen fysieke foto's meer bevatten. Hetzelfde geldt voor het digitaal afdrukken van gebitsprothesen (met een mondscanner), waardoor er geen fysieke mal meer gemaakt hoeft te worden van een gebit, voordat de daadwerkelijke prothese gemaakt wordt. Momenteel worden in Nederland nog veel fysieke gipsen mallen gemaakt in een tandklinik, die bovendien tussen de praktijk en klinik vervoerd moet worden. Door een digitale afdruk is zowel de gipsen mal als het vervoer overbodig, wat milieuwinst oplevert. Deze veranderingen van de bedrijfsvoering zorgen ook voor de inkoop van minder milieuvriendelijke stoffen/producten.

Bij het verminderen van de inkoop van producten geven zorgprofessionals aan beperkt te worden door de eerder genoemde regels en richtlijnen voor hygiëne en infectiepreventie. Deze schrijven bijvoorbeeld het gebruik van disposables (producten die eenmalig bruikbaar zijn, zoals handschoenen, mondkapjes, tandenborstels en bitjes voor fluoride applicaties) voor. Mogelijkheden worden gezien op het meer zelf steriliseren van medische apparatuur. Een probleem dat enkele zorgprofessionals noemen dat hiermee een relatie heeft is de minimale hoeveelheid die van medische hulpmiddelen moet worden besteld in combinatie met de soms beperkte houdbaarheid (chemicaliën, verdoving, etc).

### 3.3.3 Vervoer

Een ander onderdeel van circulair werken is het vervoer. Ook bij vervoer zijn verschillende interventies te plegen. Allereerst kan de eerstelijnsprofessional zichzelf op duurzame manier vervoeren naar de praktijk en patiënt. Er zijn voorbeelden genoemd van het gebruik van elektrische auto's voor patiënten bezoeken en een praktijkfiets voor het doen van rondes. Ook kunnen medewerkers gestimuleerd worden om op een andere duurzame manier naar de praktijk te komen met bijvoorbeeld een fietsenplan. Daarnaast kunnen ook cliënten worden gestimuleerd om met duurzaam vervoer naar de praktijk te komen. De mogelijkheden zijn onder meer afhankelijk van de medische gesteldheid van de client en de bereikbaarheid van de praktijk.



### 3.3.4 Toepassing nu en in de toekomst

In de interviews met zorgprofessionals komen op het thema circulair werken veel voorbeelden naar voren van maatregelen die ze soms ook al toepassen. Dit zijn op het niveau van individuele praktijken vooral relatief kleine maatregelen met een relatief kleine impact op milieu en klimaat. Scheiden en gescheiden inzamelen van afval, afvalpreventie, visites op de fiets of met een elektrische auto. Digitalisering is vooral bij tandartsen een belangrijke aanleiding om bedrijfsvoering te veranderen en daarmee te verduurzamen (de eerdere transitie naar digitaal fotograferen en de stap die nu steeds meer gemaakt wordt van digitaal afdrukken. In de categorie inkoop zien we dat er met belangstelling wordt gekeken naar mogelijkheden om meer duurzame producten en hulpmiddelen in te kopen, dat dat voor sommige producten (zoals schoonmaakmiddelen) al regelmatig gebeurt, maar dat hier nog veel meer mogelijkheden liggen. Belemmering hier is het gebrek aan overzicht en kennis wat er qua duurzame producten al op de markt is en of het alternatief nu echt wel duurzamer is dan het huidige product. Papier is bijvoorbeeld niet altijd beter dan plastic. Het gebrek aan kennis en overzicht brengt met zich mee dat de kansen die er nu al zijn meer en beter kunnen worden benut. Daarnaast wordt met regelmaat genoemd dat duurzame alternatieven duurder zijn of in grote aantallen dienen te worden aangeschaft. Daarnaast zitten regels en richtlijnen het duurzaam gebruik van materialen in de weg. In het volgende hoofdstuk worden deze belemmeringen nader beschreven.

Dit beeld wordt bevestigd door de uitkomsten uit de vragenlijst, die voor een groot deel overeenkomen met de resultaten uit de categorie duurzame energie. 12% van de respondenten geeft aan in (zeer) grote mate maatregelen toe te passen op het gebied van circulair werken. Daarmee worden maatregelen uit deze categorie ten opzichte van de andere categorieën het minst toegepast.

Van de respondenten geeft 48% aan dat er in deze categorie een (zeer) grote mate van winst te behalen valt, wat het hoogste percentage is van alle categorieën. Daarmee is dit de categorie met procentueel het grootste verschil tussen welke maatregelen er al worden genomen, en wat er nog kan. Kortom; op dit punt is nog veel terrein te winnen.

In de toekomst is 22% van de respondenten die aangaf nu nog beperkt maatregelen te hebben genomen, wel van plan om maatregelen toe te passen op het gebied van circulair werken. Dit aandeel is relatief laag in verhouding tot de mogelijke winst. Dit lijkt te verklaren door de eerder genoemde belemmeringen voor professionals om op het gebied van circulair werken daadwerkelijk maatregelen te nemen.

### 3.4 Voorkomen van medicijn(resten)

De afgelopen jaren is er door instellingen als het RIVM onderzoek gedaan naar de effecten van geneesmiddelen op het milieu. Hieruit komt naar voren dat restanten van geneesmiddelen via de riolering in oppervlaktewater terecht kunnen komen. Rioolwaterzuiveringsinstallaties kunnen niet alles verwijderen. Op deze manier kunnen geneesmiddelen impact hebben op verschillende organismen in het watermilieu, wat op termijn een effect kan hebben op de mens en de rest van het milieu (RIVM, 2016).

Er zijn verschillende typen maatregelen om deze effecten te verminderen. Deze zijn lang niet allemaal te nemen door de eerstelijnsprofessionals, want ook waterschappen, ziekenhuizen, medicijnproducenten, apothekers, drogistijen en patiënten zelf zijn hierbij betrokken. Toch kunnen

vooral huisartsen een aantal maatregelen mogelijk. In mindere mate zou dit ook voor tandartsen kunnen gelden. Hieronder lichten we de volgende maatregelen toe die genomen kunnen worden in de eerste lijn: het minder voorschrijven van medicijnen, het verminderen van het verstrekken van medicijnen, het beter letten op de houdbaarheidsdatum van medicijnen en het verbeteren van de inzameling van medicijnen.

### 3.4.1 Minder voorschrijven van medicatie

De eerste interventie is het minder voorschrijven van medicijnen die een negatieve invloed hebben op de waterkwaliteit. Veelgenoemd voorbeeld is het minder voorschrijven van diclofenac en dit te vervangen door naproxen. Van dit medicijn is bekend dat het een zeer negatieve impact heeft op de waterkwaliteit. Door alternatieve medicatie voor te schrijven, of kritischer te kijken naar de noodzaak van de medicatie, kunnen er besparingen op het milieu behaald worden. Als beperking hierbij kwam naar voren dat huisartsen niet alle kennis hebben over de milieu impact van specifieke medicatie en over het algemeen ook niet bewust met dit onderwerp bezig zijn. Dit is momenteel geen onderwerp in de richtlijnen. Ook is in de gesprekken naar voren gebracht dat het veranderen van patronen met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen lastig is. Daarom is naast het aanpassen van richtlijnen bewustwording heel belangrijk.

---

*Huisarts Sebastiaan Dam heeft in de gemeente Meppel een pilot opgezet waarin alle apothekers en huisartsen samen de afspraak maakten om 1 jaar lang geen diclofenac meer voor te schrijven (en dit te vervangen met naproxen). Testen bij waterzuiveringsinstallaties hebben tot een afname in de toxiciteit van het oppervlaktewater van 34,2% geleid, terwijl deze installaties ook nog eens worden gedeeld met omliggende gemeenten die niet meededen aan de pilot.*

---

### 3.4.2 Minder verstrekken

Een tweede interventie is om minder medicijnen te verstrekken aan patiënten. Er zijn verschillende voorbeelden van afspraken tussen huisartsen en apothekers om de doseringen tot een minimum te beperken door bijvoorbeeld het volume van verstrekte medicatie te relateren aan relatief korte periodes. Ongebruikte medicijnen belanden regelmatig in het restafval of het oppervlaktewater<sup>10</sup>.

### 3.4.3 Optimaliseren houdbaarheidsdatum medicijnen

Een derde maatregel betreft de houdbaarheidsdatum van medicijnen. Veel medicijnen hebben een beperkte houdbaarheidsdatum, maar hebben in de eerste periode na verstrijken in veel gevallen nog 95% van hun werking, zo werd in de gesprekken aangegeven. Deze medicijnen worden nu volgens protocol vaak weggegooid. Tandartsen gaven aan dat de mogelijke oplossing om dan minder medicijnen in huis te halen, weer ten koste gaat van de servicegraad. Het kritisch kijken naar mogelijkheden om de houdbaarheidsdatum op te rekken of overeenstemming dat bepaalde

<sup>10</sup> Bron: Eindrapportage Green Deal Nederland: Op weg naar Duurzame Zorg (2018)

medicijnen na het verstrijken van de houdbaarheidsdatum toch nog zouden kunnen worden toegediend is ingewikkeld en vraagt aanpassing van wet- en regelgeving.



### 3.4.4 Medicijnresten inzamelen

Veel consumenten spoelen ongebruikte restjes medicijnen door de gootsteen. Ze weten niet dat dit tot steeds grotere problemen leidt in de natuur en bovendien het maken van drinkwater bemoeilijkt. Het inzamelen van medicijnresten kan veel problemen voorkomen. Gezien deinzamelplicht van gemeenten voor het afval van burgers ligt hier een taak voor de gemeente. Tegelijkertijd leveren die burgers het vaak in bij apotheken. In de strikte zin van het woord wordt het afval daarmee bedrijfsafval en zouden apotheken hier apart (en extra) voor moeten betalen. Om medicijnresten in water te voorkomen is het van belang dat afspraken tussen apothekers en gemeenten worden gemaakt over samenwerking om dit probleem op te lossen.

Communicatie naar de burger kan de effectiviteit van de inzameling vergroten. Zorgprofessionals uit de eerste lijn zouden hierin een rol kunnen pakken. Daarnaast kan overheidscommunicatie vanuit VNG of de Rijksoverheid helpen. Zie onderstaand voorbeeld van de Duitse campagne.

### 3.4.5 Toepassing nu en in de toekomst

Uit de vragenlijst komt naar voren dat een groot aantal respondenten al maatregelen toepast in de categorie medicijnresten in het milieu voorkomen. 44% geeft aan in (zeer) grote mate maatregelen toe te passen, wat ten opzichte van de andere categorieën het hoogste percentage is.

Tegelijkertijd geven maar heel weinig respondenten aan bij deze categorie nog een (zeer) grote mate van winst te zien, namelijk 8%. Dit is veruit het laagste percentage van alle categorieën.

22% van de respondenten die op dit moment nog beperkt maatregelen toepast geeft aan in de wel van plan te zijn om maatregelen te nemen. Dit schept het beeld dat respondenten duidelijk weten wat mogelijke maatregelen zijn in deze categorie, en dat veel van hen die ook nemen of van plan zijn te nemen, maar dat ze niet denken dat er nog heel veel meer mogelijk is dan dat er nu al gebeurt.

### 3.5 Bijdragen aan een gezond makende leefomgeving

In de Green Deal is het bijdragen aan een gezond makende leef- en verblijfsomgeving voor patiënten en cliënten en zorgmedewerkers als vierde pijler benoemd. In de eerstelijnszorg gaat het daarbij onder meer om de inrichting van de praktijk (zowel binnen als buiten). Voor dit onderzoek hebben we dit thema breder getrokken door ook te kijken naar de mogelijkheden als professioneel in de eerstelijnszorg om het bewustzijn bij patiënten voor dit thema te verhogen. Eerstelijnsprofessionals hebben een voorbeeldfunctie naar hun patiënten op het gebied van gezondheid en levensstijl. Deze kan worden verbreed als professionals ook een rol pakken op het gebied van duurzaamheid en milieu.<sup>11</sup>

In de gesprekken hebben we verschillende voorbeelden gehoord. Zo kan een eerstelijnsprofessional het eigen duurzame gedrag binnen de praktijk expliciet over te brengen op de patiënten. Bijvoorbeeld door in de wachtkamer te laten zien hoeveel duurzame energie wordt opgewerkt of in de wachtkamer alleen gebruikte tijdschriften te hebben en via een bordje aan de muur uit leggen dat dit wordt gedaan uit milieuoverwegingen.

Ook kan een eerstelijnsprofessional patiënten advies geven over mogelijke gedragsveranderingen ten behoeve van milieu en klimaat. Zo kunnen huisartsen advies geven over een gezond voedingspatroon, en daarbij benadrukken dat hierbinnen ook keuzes gemaakt kunnen worden die meer of minder duurzaam zijn. En huisartsen kunnen bij bewegingsadvies (meer fietsen of lopen in plaats van de auto) het milieuaspect mee laten wegen en benoemen. Uit de vragenlijst blijkt dat niet elke zorgprofessional het passend vindt om advies te geven aan patiënten over duurzaamheid. Het merendeel (56%) vindt het gepast zolang dit advies maar aansluit bij het gezondheidsbelang van de patiënt. Een derde van de respondenten vindt het niet gepast.

Een derde maatregel is verduurzaming van de leefomgeving door het meenemen van het duurzaamheidsaspect in de inrichting in en om de praktijk. Een voorbeeld hiervan is het creëren van een buurtmoestuin naast de praktijk of het gezondheidscentrum.

---

*Muriël Tillemans is huisarts, en geeft andere huisartsen trainingen op het gebied van duurzaamheid. Zij maakt van duurzaamheid een speerpunt in haar werk als huisarts en ziet het als haar rol om duurzaamheid mee te nemen in haar advies aan patiënten. Bijvoorbeeld als ze voedings- of bewegingsadvies geeft aan patiënten. Het is haar ervaring dat het meer impact heeft als je als dokter iets zegt.*

---

<sup>11</sup> De wenselijkheid van een dergelijke rol wordt verderop in deze paragraaf beschreven

### 3.5.1 Toepassing nu en in de toekomst

Het aandacht hebben voor de gezonde leefomgeving is als categorie een hele brede. Enerzijds kent dit fysieke aspecten, bijvoorbeeld de inrichting. Anderzijds raakt bijdragen aan een gezonde leefomgeving ook aan je rolopvatting als eerstelijnsprofessional. Vind je dat je hier een rol in hebt en welke dan precies? In de gesprekken hebben we gemerkt dat de rol voor de een vanzelfsprekender is dan voor de ander. Ook blijkt dat de term 'een gezond makende leefomgeving'<sup>12</sup> tot onduidelijkheid leidt over wat het betekent en omvat.

In de vragenlijst geeft 22% van de respondenten aan in (zeer) grote mate maatregelen te nemen om bij te dragen aan een duurzame leefomgeving. Ten opzichte van de andere categorieën is dit een gemiddeld percentage.

Het percentage respondenten dat denkt dat er in deze categorie nog een (zeer) grote mate van winst te behalen valt, is ten opzichte van de andere categorieën aan de lage kant, namelijk 25%. Van de respondenten die nu beperkt maatregelen neemt, geeft slechts 14% aan in de toekomst te verwachten in (zeer) grote mate maatregelen toe te passen. Dit is ten opzichte van de andere categorieën het laagste percentage. In deze categorie zien respondenten dus relatief weinig mogelijkheden voor duurzaamheidswinst, en zijn er weinig plannen voor de toekomst. Dit kan erop duiden dat het onduidelijk is voor respondenten wat ze kunnen doen, waardoor ze ook geen maatregelen nemen.

### 3.6 Conclusie

Eerstelijnsprofessionals hebben veel mogelijkheden om verduurzamingsmaatregelen toe te passen. In ons onderzoek hebben we gezien dat er voor elk onderdeel van de Green Deal ook voorbeelden te vinden zijn van interventies die al worden toegepast. De resultaten van de vragenlijst geven aan dat de meeste maatregelen die worden toegepast in de categorieën energiebesparing en het voorkomen van medicijnresten in het milieu vallen. Nog relatief weinig maatregelen worden genomen als het gaat om duurzame energie en circulair werken.

De respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld spreken de verwachting uit dat de meeste winst te behalen is met maatregelen op het gebied van duurzame energie en circulair werken. Daarna volgen energiebesparing en bijdragen aan een gezond makende leefomgeving. Met betrekking tot deze categorieën van maatregelen zien de respondenten kansen en kunnen er nog veel maatregelen genomen worden. Dat vertaalt zich niet in elke categorie tot even grote mate van verwachting dat deze maatregelen ook direct worden toegepast. Met name op het gebied van circulair werken zitten een aantal belemmeringen in de weg.

Overall vinden wij de mate waarin maatregelen worden toegepast in de verschillende beroepsgroepen nog beperkt. De zorgverleners die maatregelen toepassen doen dat vanuit een sterke persoonlijke motivatie en/of affiniteit met het onderwerp duurzaamheid. De mate waarin maatregelen worden toegepast, wie dat doet en wat de lessen en ervaringen zijn is niet breed bekend bij de gehele doelgroep. Dat geldt ook voor de brancheorganisaties. Tegelijkertijd zien we – ook in de vragenlijst – dat veel professionals gemotiveerd zijn om verduurzamingsmaatregelen toe te passen. De uitdaging is

<sup>12</sup> Deze terminologie is overgenomen uit de Green Deal Duurzame zorg voor een Gezonde Zorg als één van de vier doelstellingen:

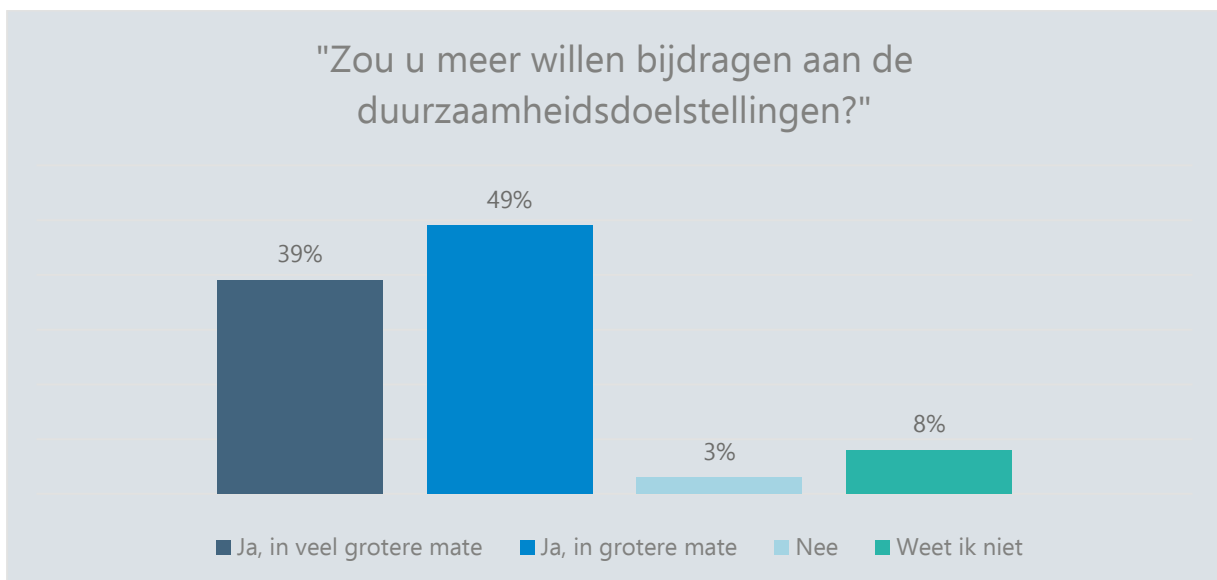
de *motivatie om te zetten in actie*. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op die kansen en de belemmeringen die daarvoor weggenomen kunnen worden.

## 4. Motivatie, kansen en belemmeringen

### 4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is gekeken naar de praktische mogelijkheden voor verduurzaming. In dit hoofdstuk kijken we naar de motivatie, kansen en beperkingen om deze ook daadwerkelijk toe te passen. Dit geeft met name relevante informatie voor het bepalen van interventies om de stap voorwaarts te faciliteren en stimuleren (dit wordt besproken in hoofdstuk 4). In de eerste twee paragrafen wordt de motivatie bij respectievelijk de beroepsgroepen en brancheverenigingen besproken. Vervolgens worden verschillende genoemde beperkingen voor verdere verduurzaming besproken. Voor elke beperking wat de beperking inhoudt en de mate van het beperkend effect.

### 4.2 Aan motivatie bij de beroepsgroepen geen gebrek



Bijna 90% van de respondenten op de vragenlijst geeft aan meer bij te willen dragen aan de duurzaamheidsdoelstellingen. Waarvan ongeveer de helft 'in veel grotere mate' zou willen bijdragen dan ze nu doen. Dit flinke percentage is positief. Het is wel onze verwachting dat onze respondenten relatief positief tegenover verduurzamingsactiviteiten staan in relatie tot de gehele beroepsgroep. Over het algemeen geven de respondenten ook aan dat de eigen aandacht voor verduurzaming groter is dan die van de beroepsgroep als geheel.<sup>13</sup> Hoe dan ook, het beeld blijft overeind staan dat bij een groot deel van de zorgprofessionals de motivatie aanwezig is om aanvullende stappen te zetten om te verduurzamen. Alleen hoe dan? Uit de interviews met betrokken partijen en best-practices blijkt dat men lang niet altijd de mogelijkheden ziet om de stap naar actie te zetten. Er is met andere woorden een aantal belemmeringen in het omzetten van motivatie naar actie.

<sup>13</sup> Op de vraag in welke mate er aandacht is voor verduurzaming geven 38% van de respondenten aan dat deze groot tot zeer groot is bij zichzelf en 14% bij collega's.

Tegelijkertijd zijn er in elke transitie verschillende ‘koplopersgroepen’. Voor huisartsen zijn er bijvoorbeeld de ‘Groene Huisartsen’ die met elkaar in gesprek gaan over de mogelijkheden, ervaringen en lessen uitwisselen en zo collega’s meenemen in wat wel en (nog) niet kan. Zij geven aan dat de motivatie vooral latent aanwezig is. Als ze het actief onder de aandacht brengen, willen collega’s wel meedoen; *wat aandacht krijgt groeit*.

### 4.3 Brancheverenigingen uit de startblokken bij voldoende draagvlak

Uit gesprekken met de verschillende brancheverenigingen van de eerstelijnsberoepsgroepen komt het beeld naar voren dat duurzaamheid intern meer prioriteit aan het krijgen is en dat het een steeds belangrijker thema wordt gevonden. Er is aandacht voor de ontwikkeling van visies, maar het is ook zoeken naar een richting en de rol die de branchevereniging dan kan spelen op dit thema (in relatie tot de primaire zorginhoudelijke onderwerpen). Vragen vanuit de leden die de richting verder kunnen bepalen, beginnen steeds meer te komen. Ook komt naar voren dat het vinden van de juiste kennis en expertise op het gebied van duurzaamheid niet eenvoudig is.

De LHV en het NHG hebben in een eerder stadium de Green Deal Duurzame Zorg als eerste (en tot nu toe) enige van de brancheverenigingen van de eerstelijnszorg ondertekend. Ze hebben in het vervolg met name verkend welke mogelijkheden er zijn om bij te kunnen dragen. Dit heeft tot verschillende ideeën geleid. Zo heeft het NHG het idee ontwikkeld om een e-handboek op te stellen<sup>14</sup> (vergelijkbaar met de Engelse Green Impact Toolkit, die de Engelse NHG aan haar leden aanbiedt zie paragraaf 4.2).

De LHV biedt sinds 1995 bouwadvies voor huisartsenpraktijken en is daarmee binnen de eerstelijnszorg uniek. Bij het ondertekenen van de Green Deal hebben ze als organisatie besloten zich allereerst te willen richten op verduurzaming met betrekking tot praktijkpanden en zich pas in een later stadium over de overige onderdelen van de Green Deal te buigen. Nu duurzaamheid en circulariteit steeds meer hun intrede doen in de bouw, ligt het voor de hand deze thema’s ook binnen het bouwadvies te verankeren. Maar hoe dat precies te doen op een manier die past binnen de werkwijze van LHV en hoe de specifieke verduurzamingskennis beschikbaar te stellen, is nog in ontwikkeling. Daarbij is aangegeven dat de beschikbare ervaring voor huishoudens naar verwachting slechts gedeeltelijk bruikbaar is voor huisartsenpraktijken vanwege de specifieke kenmerken.

InEen denkt aan het faciliteren van kennisbijeenkomsten voor de beroepsgroepen. En ook de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) ziet op termijn een rol voor zichzelf, maar heeft nu de handen vol aan regionalisering. De KNMT ziet met name een rol in het organiseren van het gesprek tussen de beroepsgroep en de industrie over concrete duurzame alternatieven in het instrumentarium.

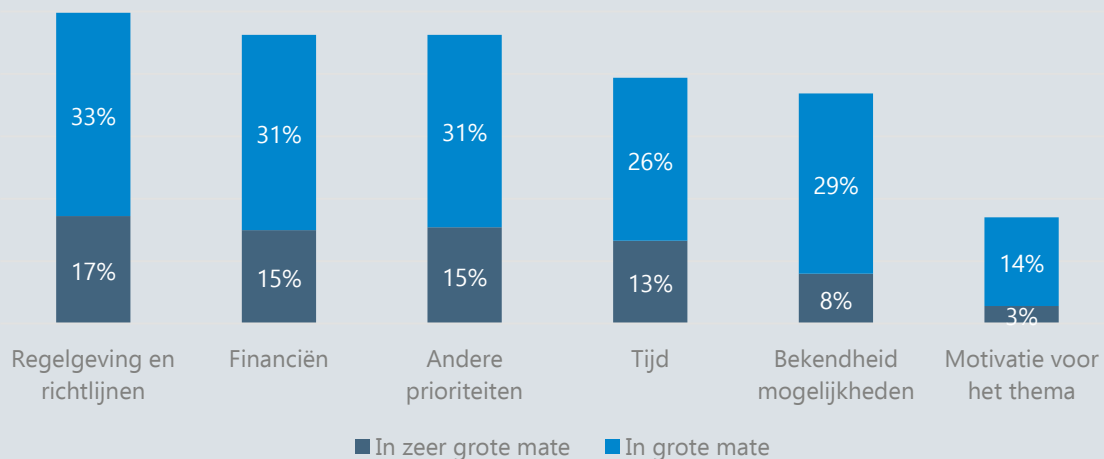
Ook hier geldt weer dat de motivatie voor het thema geconcentreerd is bij individuen met een hart voor verduurzaming. Om het thema echt op de agenda te krijgen en die motivatie om te zetten naar actie “is een breed draagvlak onder de beroepsgroep” nodig. Het inzicht in de mate waarin dit draagvlak er is ontbreekt vooralsnog. Voorliggend onderzoek biedt brancheverenigingen aanknopingspunten om een rol te pakken op dit thema.

<sup>14</sup> Het NHG heeft hiervoor een subsidie-aanvraag gedaan bij VWS.



### Overzicht ervaren mate van beperking per factor

Onderstaande figuur geeft per genoemde factor de mate aan waarin deze als beperkend wordt ervaren. Per factor is het aandeel respondenten weergegeven dat deze mate als 'groot' en 'zeer groot' heeft gekwalificeerd.



#### 4.4 Meer inzicht in (verduurzamings)mogelijkheden biedt kansen

Uit zowel interviews als uit de vragenlijst blijkt dat er bij zorgprofessionals veel behoefte is aan inzicht in de verschillende verduurzamingsmogelijkheden. Als je op zich wel wilt, maar niet weet hoe, dan komt het niet tot stand. Hoewel brancheverenigingen wel aangeven dat de ambitie ligt op het vergroten van dit inzicht, zijn ze hier zelf ook nog zoekende, zo blijkt uit voorgaande paragraaf.

Het gebrek aan informatie heeft in algemene zin betrekking op alle categorieën van maatregelen zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Vooral bij de toepassingsmogelijkheden van de kapitaalintensievere maatregelen uit de categorie energiebesparing (zoals de warmtepomp) en bij circulair werken en inkopen lijkt de behoefte aan meer inzicht te bestaan. Bij circulair inkopen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een overzicht van duurzame alternatieven voor bestaand instrumentarium. Of zoals een huisarts stelt: "Wij zijn momenteel bezig met de keuze voor non-disposables versus disposables. Er is echter weinig te vinden over duurzame alternatieven en het verschil in kosten." Ook geven veel van de geïnterviewde best-practices aan dat ze graag nog meer zouden doen dan waar ze al mee bezig zijn, maar dat ze weinig zicht hebben op wat er verder nog mogelijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor overzicht van de milieu-impact van medicijnen, waar slechts bij een klein aantal informatie over beschikbaar is.

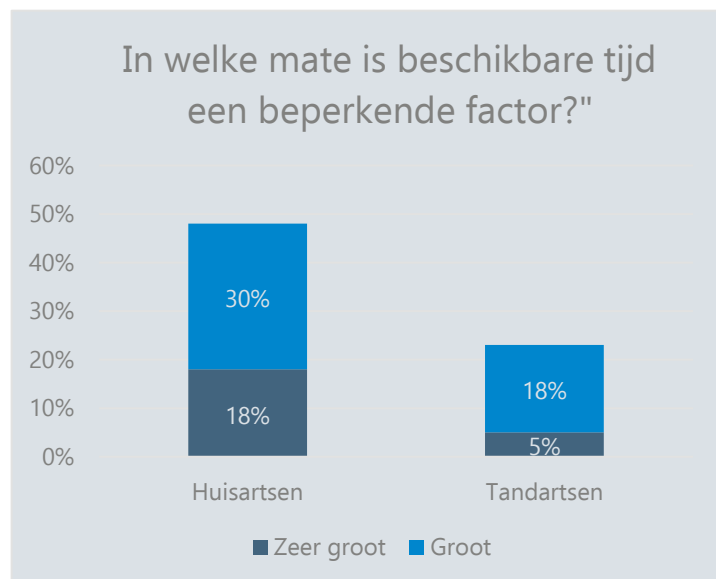
#### 4.5 Door beperkt beschikbare tijd en andere prioriteiten staat duurzaamheid niet hoog op de agenda

Het omzetten van motivatie naar actie vraagt tijd en aandacht. Tijd om de mogelijkheden te verkennen, met betrokken mensen af te stemmen en keuzes te maken. Zorgprofessionals geven aan dat deze tijd en aandacht er niet zomaar is. Andere prioriteiten (47%) en het onvoldoende beschikken over tijd (43%) worden als belangrijke belemmeringen ervaren. Opvallend is het grote verschil tussen de beroepsgroepen. Met name huisartsen hebben het gevoel dat andere prioriteiten nu hun aandacht vragen (58%) en komen daardoor minder snel aan toe aan verduurzamingsambities. Ze geven bijvoorbeeld aan:

- "Als huisarts ben je zo druk met patiëntenzorg dat je nadat je alle administratie en niet patiëntgebonden administratie en uren hebt zitten bellen voor een bed echt geen oog hebt voor verduurzaming."
- "De toekomst van de huisartsenzorg staat zo enorm onder druk dat hier helaas geen ruimte voor is."

De regionalisering van de huisartsenzorg die in voorbereiding is, zal hier ook een verband mee houden. In de tandartsenzorg worden beschikbare tijd (zie figuur onder) en andere prioriteiten als veel minder beperkend ervaren (25%).

Een belangrijke constatering is daarmee dat -in ieder geval voor huisartsen- het bekend zijn met verduurzamingsmogelijkheden alleen onvoldoende zal zijn om de stap naar actie te zetten. Er zal ergens ruimte gecreëerd moeten worden om de benodigde tijd en aandacht te verkrijgen. Als deze niet bij de zorgprofessional zelf ligt, dan zullen andere partijen binnen de praktijk, bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, of externe partijen hier het voortouw in moeten nemen om verder te komen met verduurzaming.



#### 4.6 Financiële middelen voor verduurzaming worden als belemmering ervaren

Met name voor de kapitaalintensievere verduurzamingsmaatregelen in de huisvesting wordt financiën als een grote belemmering gezien. Dit geldt ook voor duurzame inkoop. Beschikbare duurzame alternatieven zijn doorgaans duurder dan de bekende reguliere hulpmiddelen. Het is aan de praktijk eigenaar en/of inkoop om tot inkoop voor een duurder alternatief te besluiten. Aangezien facilitaire kosten over het algemeen tot een minimum worden beperkt, zal men niet snel de duurdere

optie kiezen. Uit de vragenlijst komt naar voren dat financiën na regelgeving als de op één-na-grootste belemmering wordt gezien en dan met name door huisartsen.

Voor verduurzaming van maatschappelijk vastgoed, zoals een eerstelijnspraktijk, is het doorgaans mogelijk om financiering te krijgen, mits er een goed onderbouwd plan onder ligt. Het nemen van verduurzamingsmaatregelen, zal afhankelijk van de maatregelen en de terugverdientijd, leiden tot extra financieringslasten voor een bepaald aantal jaren ten opzichte van het niet nemen daarvan. Aangezien de huisvesting een grote kostenpost voor professionals in de eerstelijnszorg vormt en naar wij hebben begrepen de post huisvesting in de bekostigingssystematiek onvoldoende is om deze lasten te dekken, zullen zorgprofessionals vanuit een economische afweging minder snel bereid zijn om dergelijke investeringen te nemen. Wegen de (tijdelijk) hogere kosten van huisvesting op tegen de benodigde middelen voor het verlenen van de zorg? Bovendien kost het veel tijd en vraagt het specifieke kennis. Over het algemeen komt het integreren van grotere verduurzamingsmaatregelen in beeld als zorgprofessionals hun pand grootschalig gaan verbouwen of overgaan naar een nieuw pand.

Om de financieringslasten te beperken zijn er financiële regelingen beschikbaar, die soms een geografische beperking hebben (op het niveau van gemeente of provincie). In het onderzoek hebben we geconstateerd dat zorgprofessionals over het algemeen niet op de hoogte zijn van de beschikbare regelingen en dat het toegevoegde waarde zou hebben als hier meer over bekend wordt. Als zorgprofessionals bijvoorbeeld privé een dergelijk traject hebben doorlopen (er zijn veel overeenkomsten met het verduurzamen van een particuliere woning) of heel erg graag willen dan is dit doorgaans minder een issue.

Op dit moment is er een aantal landelijke regelingen voor ondernemers m.b.t. verduurzaming, waar eerstelijnsprofessionals gebruik van kunnen maken. In de onderstaande tabel geven we die weer:

Regeling	Type regeling	Korte omschrijving
<b>De Energie Investerings Aftrek (EIA)</b>	Landelijke regeling voor ondernemers, specifiek gericht op duurzaamheid.	Hiermee kunnen ondernemers 45% van hun investering in een bedrijfsmiddel aftrekken van de fiscale winst, mits deze minimaal €2500 is en het middel op de energielijst staat.
<b>Kleinschaligheids Investerings Aftrek (KIA)</b>	Landelijke regeling voor ondernemers, niet specifiek gericht op duurzaamheid.	Hiermee kan 1 keer per boekjaar extra aftrek gekregen worden voor investeringen in bedrijfsmiddelen tussen de €2.300 en €306.931, mits deze middelen meer kosten dan €450.

<b>Milieu Investerings Aftrek (MIA)</b>	Landelijke regeling voor ondernemers, specifiek gericht op duurzaamheid.	Hiermee kan tot 36% van de investeringskosten extra afgetrokken worden van de fiscale winst bovenop een gebruikelijke afschrijving, mits de investeringen op de milieulijst staan. Wel geldt dit ook voor milieuadviezen. De investeringen zijn in verschillende categorieën ingedeeld, waarbij voor sommige een combinatie met Vamil gemaakt wordt.
<b>Willekeurige afschrijving milieu-investeringen (Vamil)</b>	Landelijke regeling voor ondernemers, specifiek gericht op duurzaamheid.	De Vamil zorgt ervoor dat men zelf kan bepalen wanneer men 75% van de investeringskosten afschrijft, dit geeft liquiditeits- en rentevoordeel, mits de investeringen op de milieulijst staat en deze minimaal €2500 is.
<b>Investeringssubsidie Duurzame Energie (ISDE)</b>	Landelijke subsidie voor zowel ondernemers als particulieren.	Dit is een tegemoetkoming voor zonneboilers en warmtepompen. Tot 1 januari 2020 gold deze ook voor biomassaketels en pelletkachels. De subsidie loopt tot 31 december 2020.

Daarnaast zijn er ook regionale en gemeentelijke regelingen en fondsen. Een voorbeeld is het Energiefonds Utrechts dat verduurzamingsmaatregelen kan financieren onder gunstige voorwaarden. Het fonds is laagdrempelig (al toegankelijk vanaf enkele duizenden euro's), bedoeld voor entiteiten en specifiek gericht op het financieren van een verduurzamingsplus (naast een bankfinanciering). Zorgvastgoed behoort ook zeker tot de mogelijkheden. Vergelijkbare fondsen zijn er onder andere ook in Groningen, Drenthe en Flevoland. Daarnaast kunnen regionale en gemeentelijke subsidies voor particulieren ook geschikt zijn voor de eerste lijn, bijvoorbeeld als de praktijk vanuit de woning van de professional wordt gevoerd. Een overzicht van deze regelingen is per gemeente te vinden op een website van de rijksoverheid: <https://www.verbeterjehuis.nl/energiesubsidiewijzer>.

Deze regelingen geven op verschillende manieren financiële voordelen bij specifieke maatregelen, die vooral gericht zijn op het verduurzamen van het pand, met een enkele uitzondering als de aankoop van een elektrische auto. Of de regelingen ook van toepassing zijn op de specifieke vraag van de eerstelijnsprofessional is afhankelijk van de voorwaarden en de specifieke vraag. Zo vallen bijvoorbeeld medische of tandartsapparatuur vaak nog niet onder de regelingen, en staan deze soms als uitzondering genoemd. Uitzonderingen als deze, het gebrek aan overzicht van subsidies en fondsen die geschikt zijn voor de doelgroep, en gebrek aan overzicht per duurzame interventie maakt het financiële-landschap diffuus en verwarrend voor zorgprofessionals.

Tegelijkertijd zien we dat het kan. In het onderzoek hebben we een aantal voorbeelden verzameld van succesvolle toepassing. Een eerste is een fysiotherapeut die subsidies heeft gebruikt voor het plaatsen

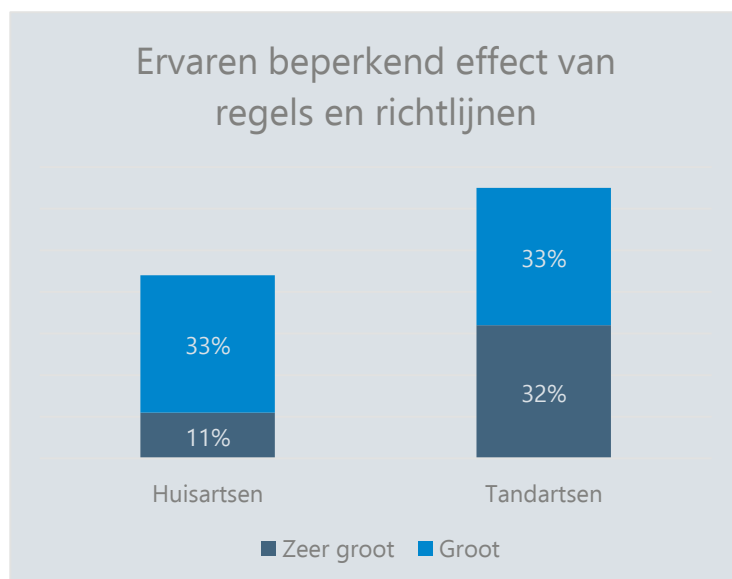
van zonnepanelen, iets wat hij heeft gedaan met dezelfde subsidie die geldt voor particulieren. Een ander voorbeeld is dat van een huisartsenpraktijk die samen met andere eerstelijnspartners een nieuw pand nodig had. Zij hebben de financiering hiervan ook overgelaten aan hun ontwikkelaar, die hen hielp door aanspraak te maken op het groenfonds van een bekende bank, wat hen veel geld scheelde. De huisarts gaf aan hier nooit zelf op gekomen te zijn.

#### 4.7 Regelgeving en richtlijnen voor infectiepreventie belemmeren verduurzaming

Regelgeving en richtlijnen komen uit de vragenlijst naar voren als grootste beperkende factor. Met name tandartsen zien dit als de grote beperkende factor. Bijna 60% van de respondenten van de beroepsgroep ziet dit als een grote tot zeer grote belemmering. Bij huisartsen is dat 46%.

Vanuit tandartsen is aangegeven dat het voorgeschreven gebruik van bepaalde hulpmiddelen, vooral disposables, zoals mondkapjes, handschoenen, bekertjes en doeken, voortkomt uit NEN-normen die bepaalde materiaal- en gebruiksspecificaties bevatten. De beroepsgroep heeft geen invloed op deze normen wel, maar kan deze wel doorvertalen in een eigen richtlijn (zoals de richtlijn infectiepreventie) die zijn gebaseerd op de normen van de NEN. De beroepsgroep heeft op deze NEN normen zelf geen invloed. Wel heeft de beroepsgroep invloed op de doorvertaling in de eigen richtlijnen. Dat wordt gedaan in werkgroepen met externe deskundigen en zorgprofessionals uit de beroepsgroep.

De mogelijkheden om te verduurzamen hangen uiteindelijk samen met de ruimte die er is binnen de richtlijnen om andere keuzes te maken op het gebied van (herbruikbare of andere) hulpmiddelen. Vanuit de KNMT wordt aangegeven dat het tandartsen in principe niet is toegestaan van het voorgeschreven gebruik af te wijken, ook als dat wel veilig en hygiënisch zou kunnen gebeuren en ten goede zou komen aan de verduurzaming. Verschillende tandartsen geven aan dat deze richtlijnen tenminste gevoelsmatig onnodig beperkend zijn. De ruimte lijkt dus op voorhand niet groot, maar is tegelijkertijd nog niet duidelijk in kaart gebracht met concrete voorstellen. In het kader van meer aandacht voor duurzaamheid is het de moeite waard om nader te onderzoeken. Ook omdat het Zorginstituut duurzaamheid een grotere plek wil gaan geven in zijn toetsingskader. Het is echter nog niet bekend hoe dit er precies uit gaat zien. Ook kan meer aandacht besteed worden aan de mogelijkheden van afvalscheiding, zodat datgene wat gerecycled kan worden ook gerecycled wordt en niet samen met het besmet afval wordt verwerkt. Daarnaast zien we mogelijkheden om hier als beroepsgroep actief het gesprek over aan te gaan met de industrie en diegene die de richtlijnen opstellen.



#### **4.8 Zorgprofessionals hebben niet altijd invloed op beslissingen over inkoop, bedrijfsvoering en huisvesting**

Een laatste praktische belemmering voor verduurzaming is dat zorgprofessionals zelf niet altijd directe invloed hebben op de keuzes ten aanzien van huisvesting en de manier van werken.

Huisartsenpraktijken worden bijvoorbeeld steeds groter, waardoor zorgprofessionals onderdeel zijn van een grotere organisatie en met meer professionals samen afspraken moeten worden gemaakt over van alles waaronder duurzaamheid. Een ander voorbeeld is wanneer een zorgprofessional de huisvesting huurt. Over bepaalde maatregelen is dan afstemming met de vastgoedeigenaar noodzakelijk.

Aan de andere kant kan het onderdeel zijn van een grotere organisatie juist ook weer voordelen opleveren. Zo geeft een tandarts die werkzaam is binnen een grotere organisatie aan dat er een werkgroep duurzaamheid is opgezet. Hier worden nieuwe duurzame ideeën en interventies besproken, en komt duurzaamheid onder de aandacht van meerdere professionals die hier niet uit zichzelf mee bezig waren. Er is sprake van een trickle-down effect; er wordt langzamerhand steeds meer over duurzaamheid gesproken en er komen steeds meer nieuwe ideeën op tafel. Bovendien kan een grotere organisatie meer impact maken.

#### **4.9 Conclusie**

De motivatie om te verduurzamen en de kansen die worden gezien kunnen meer en beter worden verzilverd als de belemmeringen die zorgprofessionals voelen kunnen worden weggenomen.

Allereerst is er veel onduidelijkheid over de mogelijke financiële regelingen, waardoor deze ook weinig worden toegepast. Ook over de mogelijkheden en alternatieven op het gebied van circulair werken mist men het overzicht. Hier kan specifiek per beroepsgroep helderheid in worden verschaft.

Een belangrijke tweede boodschap is dat het vergroten van kennis en inzicht over onder meer verduurzamingsmogelijkheden, financiële ondersteuning en duurzame producten bij de beroepsgroep, alleen niet voldoende is om professionals de stap naar meer verduurzaming te laten zetten. Natuurlijk zal dit een aantal partijen aanzetten meer te ondernemen. Echter het in de sector breed gevoelde gebrek aan tijd voor dit soort zaken naast het verlenen van zorg zorgt ervoor dat de kansen niet in volle potentie worden benut. Ondersteuning, of 'ontzorging' van de beroepsgroepen kan helpen om de belemmering van tijd en prioriteit te verkleinen en meer verduurzamingsmaatregelen te realiseren. Als adviseurs of marktpartijen de benodigde tijdsinvestering grotendeels wegnemen en inzichtelijk kunnen maken welke winst wordt gemaakt dan zal de motivatie voor maatregelen op het gebied van energiebesparing en groene energie sneller worden omgezet in actie. Daarnaast speelt ook, met name bij tandartsen, de ervaren belemmering van regelgeving en richtlijnen rondom onder meer veiligheid, hygiëne en infectiepreventie om meer duurzaam te gaan werken. Dit vraagt een langere adem. In hoeverre de ervaren belemmeringen rondom regelgeving en richtlijnen ook daadwerkelijk weggenomen kunnen worden zal nader onderzoek vragen. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op de mogelijke interventies om de belemmeringen weg te nemen en de stap voorwaarts te stimuleren.

## 5. Interventies om de beweging verder te stimuleren

### 5.1 Inleiding

Uit eerdere hoofdstukken blijkt dat er zeker motivatie is om (meer) bij te dragen aan de duurzaamheidsdoelstellingen in Nederland. Er worden kansen gezien, maar er worden ook beperkingen gevoeld om van motivatie naar actie te gaan. Hoe hiermee om te gaan? Of met andere woorden welke interventies kunnen de betrokken partijen inzetten om de beperkingen weg te nemen? In dit hoofdstuk wordt een aantal mogelijkheden besproken die via de vragenlijst aan zorgprofessionals uit de eerste lijn zijn voorgelegd. De interventies worden op volgorde van door de respondenten verwachte effectiviteit besproken (van hoog naar laag). In het onderstaande figuur wordt het totale overzicht gegeven. In hoofdstuk 5 lichten wij op basis van deze bevindingen toe wat ons advies is voor een concrete aanpak.



## 5.2 Communicatie en kennisoverdracht biedt de beroepsgroepen een handelingsperspectief

- Concrete informatie over verduurzamingsmogelijkheden en financiële regelingen biedt zorgprofessionals een handelingsperspectief dat in praktijk vaak nog ontbreekt.
- Het meer bekendheid geven aan financiële en stimuleringsregelingen wordt door respondenten als de meest effectieve interventie gezien (72% verwacht dat deze interventie een groot tot zeer groot effect zal hebben). Ook van het aanbieden van een (e-)handboek met verduurzamingsmogelijkheden (50%) en publiciteit voor inspirerende voorbeelden (51%) verwacht meer dan de helft van de respondenten een groot tot zeer groot stimulerend effect.
- Via een breed scala van betrokken partijen zoals de brancheverenigingen kan een netwerk benut worden om gezamenlijk content te creëren met een groot bereik.

Communicatie over verduurzamingsmogelijkheden, financiële regelingen en best practices kan op verschillende manieren de stap van motivatie naar actie versnellen. Door aandacht te besteden aan het thema vanuit de professie wordt het bewustzijn vergroot én wordt duidelijk dat collega's verduurzaming ook een belangrijk thema vinden en hier al naar handelen. Het kan dus! Bovendien geeft het handen en voeten geeft aan 'hoe dan'. Dit door inzichtelijk te maken welke verduurzamingsmogelijkheden er zijn, concreet te maken wat dit vraagt en kan opleveren, hoe een stappenplan eruit kan zien en welke financiële regelingen beschikbaar zijn. Het ontbreken van dit handelingsperspectief ('wat kan ik doen en hoe dan?') is een veelgehoorde beperking.

In de vragenlijst geeft 50% van de professionals aan te denken dat een overzicht van verduurzamingsmogelijkheden of een e-handboek een groot tot zeer groot effect zal hebben op de toepassing van duurzaamheidsactiviteiten in de beroepsgroep. Daarnaast geeft 51% aan te denken dat meer publiciteit voor inspirerende voorbeelden een groot tot zeer groot effect zal hebben op de toepassing van duurzaamheidsactiviteiten in de beroepsgroep. Het beter bekend maken van financiële en aanmoedigingsregelingen wordt als een zeer effectieve interventie gezien; 72% van de respondenten verwacht dat het een groot tot zeer groot effect zal hebben op de mate van verduurzaming. Professionals zijn dus overwegend positief over het gebruik van communicatie en de focus op het bieden van overzicht en inspirerende voorbeelden. In deze rapportage is al eerder benoemd dat eerstelijnsprofessionals aangeven overzicht te missen van mogelijke interventies en goede voorbeelden van andere professionals.



In Engeland wordt op dit moment gebruikt gemaakt van een Green Impact Tool voor Health. De Britse tegenhanger van het NHG, de The Royal College of General Practitioners' (RCGP), biedt deze toolkit gratis aan voor hun leden. Met deze toolkit kunnen huisartsen efficiënter werken en makkelijk letten op hun duurzaamheidsmaatregelen.



De toolkit bestaat uit een continu geüpdatete website waar huisartsen een account op kunnen aanmaken, op dat account wordt alle voortgang bijgehouden. De toolkit heeft grofweg drie functies:

- Het geeft een uitgebreide opsomming van maatregelen die in een praktijk genomen kunnen worden.
- Het is een manier om de voortgang bij te houden: je ontvangt certificaten bij mijlpalen (bronze, silver, gold).
- Huisartsen kunnen via de toolkit in contact komen met 'buddy's' in de buurt.

Om deze interventie zoveel mogelijk effect te laten hebben is een groot bereik en concrete, praktische content van groot belang. Het verenigen en benutten van het bestaande netwerk binnen de eerstelijnszorg (van zowel de brancheverenigingen als andere onafhankelijke partijen) maakt het mogelijk om met de gecreëerde content vrijwel de gehele beroepsgroep te bereiken. Door gezamenlijk een communicatie-agenda op te stellen kan gedoseerd over de tijd en via verschillende kanalen de content gedeeld worden voor een maximaal effect. Wij schatten op basis van ons onderzoek in dat partijen bereid zijn om met een dergelijke aanpak mee te werken. Er zijn al verschillende voorbeelden aangedragen van activiteiten die deels al plaats vinden en de effectiviteit van deze interventie kunnen vergroten. Bijvoorbeeld het organiseren van werksessies in de verschillende regio's waarin best-practices hun ervaringen delen en het opstellen van een (online) overzicht met (per mogelijkheid) een praktische handleiding. Dit laatste betekent concreet opvolging geven aan het opgestarte project rondom een (e)handboek voor huisartsen en dit zo mogelijk verbreden.

### 5.3 Collectieve afspraken en ambities concretiseren en mobiliseren

- Gezamenlijk maken van afspraken kan de motivatie omzetten in concrete actie. Het maken van collectieve afspraken wordt door respondenten op de vragenlijst als de op een na effectiefste interventie beschouwd; 58% van de respondenten verwacht een groot tot zeer groot effect.
- In verschillende sectoren waaronder de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg is eerder 'routekaart' opgesteld met een duidelijke agenda voor de komende jaren, waarin de verschillende betrokken partijen rollen krijgen toebedeeld. Dit kan ook in de eerstelijnszorg van waarde zijn waar de betrokken brancheverenigingen nog zoekende zijn naar hun rol.

Collectieve ambities kunnen bijdragen aan het activeren van de beroepsgroepen. Door een gezamenlijke koers te bepalen als beroepsgroep kan enerzijds twijfel worden weggenomen en anderzijds wordt individuele inspanning van zorgprofessionals aantrekkelijker omdat het bijdraagt aan een grotere collectieve impact. Daarmee speelt het met name in op het risico dat in de eerstelijnszorg er altijd andere prioriteiten zijn dan het thema verduurzaming. Door het thema 'hard' te maken krijgt het een plek op de agenda en vermindert de kans dat het vervliegt en afhangt van enkele enthousiaste individuen. Door een collectieve aanpak wordt het thema bovendien interessanter voor de industrie die materialen produceert voor de sector.

Zorgprofessionals zijn zeer positief over een dergelijke interventie. Bijna 60% van de respondenten geeft aan dat collectieve afspraken of ambities een groot tot zeer groot effect stimulerend effect zou hebben. Bij huisartsen is dit aandeel nog groter.<sup>15</sup> Voldoende draagvlak onder professionals is voor brancheverenigingen een signaal om met het maken van dergelijke afspraken aan de slag te gaan. Het biedt brancheverenigingen zelf de mogelijkheid om richting te kiezen in hun aanpak en de activiteiten te bundelen. De Green Deal Duurzame Zorg kan een extra zetje geven om dergelijke collectieve afspraken voor de beroepsgroep(en) te gaan maken. De afspraken passen binnen het kader van de Green Deal en gaan tegelijkertijd een stap verder; de ambities geconcretiseerd en vertaald in een actieplan.

Er bestaan bij de zorgprofessionals verschillende ideeën om de collectieve afspraken en ambities vorm te geven. Door bijvoorbeeld als beroepsgroep gezamenlijk een concrete ambitie ten aanzien van het beperken van de CO<sub>2</sub>-uitstoot te benoemen of door een gezamenlijke agenda van activiteiten op te stellen. Voor de langdurige zorg, de ziekenhuiszorg, de sportsector en de eerstelijnszorg zijn eerder 'routekaarten' opgesteld om ambities te concretiseren. Dit zou ook in de eerstelijnszorg kunnen helpen om de motivatie om te zetten naar actie. Het NHG geeft daarbij aan dat een stapsgewijze aanpak de meest kansrijke is, waarbij in de eerste fase met name acties op het gebied van communicatie (bv. kenbaar maken van verduurzamingsmogelijkheden en best practices) worden ingezet, vervolgens inzichtelijk te maken waar kennis ontbreekt en waar mogelijk milieu-aspecten laten

<sup>15</sup> Vermoedelijk als gevolg van de hoger ervaren druk op de beroepsgroep

meewegen in medisch inhoudelijke richtlijnen en aanbevelingen voor huisvesting. Bij voorkeur worden ook de producenten van gebruiksmaterialen meegenomen in de ambities en afspraken.

#### 5.4 Advies en actie op maat; ontzorgen, ontzorgen, ontzorgen

- (Extern) advies op maat kan de voor verduurzaming benodigde investering in tijd en energie overnemen van de zorgprofessional.
- 56% van de respondenten verwacht een groot tot zeer groot effect van deze interventie op het nemen van verduurzamingsmaatregelen.
- Brancheverenigingen kunnen een belangrijke rol spelen in het beschikbaar stellen van specifieke kennis over verduurzaming voor de eerstelijnszorg via de experts die soms nu al via brancheverenigingen te raadplegen zijn. Ook kunnen aanbieders van verduurzamingsadvies in andere sectoren naar de eerstelijnszorg begeleid worden.

Het uitzoeken welke verduurzamingsmogelijkheden en financiële regelingen er zijn, het nemen van een besluit en de uitvoering van maatregelen kost tijd en energie. Zowel tijd als energie is een schaars goed, werd vooral door huisartsen aangegeven. Om hieraan tegemoet te komen en de kans op implementatie van maatregelen te vergroten, kunnen externe partijen de voorbereiding en uitvoering overnemen. Eventueel zouden deze partijen, afhankelijk van het bedrijfsmodel dat ze hanteren en de terugverdientijd van de maatregelen, de investering geheel of gedeeltelijk kunnen voorfinancieren, zodat de zorgprofessional geen grote uitgave aan de voorkant heeft. De zorgprofessional betaalt de kosten gedurende een bepaalde periode aan de externe partij. Voor bijvoorbeeld woonhuizen wordt extern advies en uitvoering op maat van verduurzamingsmogelijkheden steeds meer toegepast en zijn er partijen die huur, lease en/of koopconstructies aanbieden voor bijvoorbeeld zonnepanelen. Het aanbod voor advies en uitvoering op maat in de eerstelijnszorg is nog beperkt.

De respondenten op de vragenlijst zijn relatief zeer positief over deze interventie; 56% denkt dat de beschikbaarheid van experts die een verduurzamingsadvies opstellen een groot tot zeer groot stimulerend effect heeft. Met name omdat het de druk wegneemt bij de zorgprofessional zelf:

*“De huisartsenzorg staat onder grote druk. Het kan er niet bij. En hoe groot mijn hart voor het milieu ook is dit kan en mag je niet vragen van individuele huisartsen. Andere partijen moeten helpen om dit te regelen.”*

Het vergroten van de expertise en de ontzorging met betrekking tot verduurzaming kan op een aantal manieren worden gestimuleerd. Ten eerste via brancheverenigingen. De LHV beschikt bijvoorbeeld over een pool van bouwadviseurs voor ondersteuning bij huisvestingsvragen waarnaar ze kunnen doorverwijzen. Aan deze pool kan specifieke kennis over duurzaamheid worden toegevoegd in de vorm van andere adviseurs of kennisontwikkeling bij de bestaande adviseurs. Hierbij heeft de LHV wel ervaren dat het niet eenvoudig de benodigde duurzame kennis te vinden specifiek voor eerstelijnspraktijken. Ondersteuning vanuit de Green Deal Duurzame Zorg zou hierbij kunnen helpen,

bijvoorbeeld door een verbinding te leggen met andere initiatieven op dit terrein zoals het eind vorige jaar gelanceerde Expertisecentrum Verduurzaming Zorg<sup>16</sup>.

Ook kan het beschikbare aanbod uit andere sectoren naar de eerstelijnszorg worden geleid. De werkwijze vanuit andere sectoren zal grotendeels toegepast kunnen worden, maar dient aangevuld te worden met specifieke kennis over de eerstelijnszorg. Dit vraagt een investering van deze partijen. Ook hier kan vanuit de Green Deal Duurzame Zorg een stimulerende rol in worden gespeeld. Bijvoorbeeld door pilots te faciliteren met een beperkt aantal zorgpraktijken waarbij de adviseurs de benodigde kennis in praktijk opdoen en de businesscase voor zowel de adviseur als zorgprofessional inzichtelijk maken.

Ten slotte zou de praktijkmanager binnen huisartsenpraktijken (indien aanwezig) of een staf lid binnen (de wat grotere) tandarts en/of fysiopraktijken meer kennis kunnen ontwikkelen over verduurzamingsmaatregelen. Dit zou in eerste instantie een uitkomst kunnen bieden voor de wat eenvoudiger maatregelen.<sup>17</sup> Voor specialistische zaken zal altijd externe expertise nodig zijn. Ook dit zou vanuit de Green Deal Duurzame Zorg gestimuleerd kunnen worden. Er zou bijvoorbeeld een netwerk opgezet kunnen worden dat ook beschikbaar is voor vragen van andere praktijken die zelf niet de capaciteit hebben dit te ontwikkelen.

## 5.5 Meer aandacht voor duurzaamheid in de opleiding

- De geïnterviewde professionals geven aan dat er in de opleiding zeer beperkt aandacht is voor de praktische kant van de praktijkvoering als arts in de eerstelijnszorg. Meer aandacht voor dit onderdeel biedt ook kansen om het thema duurzaamheid een plek te geven in de opleiding.
- 46% van de respondenten verwacht dat meer aandacht voor duurzaamheid in de opleiding een groot tot zeer groot effect zal hebben op de toepassing van verduurzamingsmaatregelen.

In de opleidingen voor de eerstelijnszorg is weinig aandacht voor de bedrijfsvoering van de praktijk. Het ondernemerschap en de te maken keuzes bij bijvoorbeeld de inrichting van een praktijk zijn naar eigen zeggen onderbelichte thema's. De brancheverenigingen geven aan dat hier met name in het nascholingsaanbod meer aandacht voor komt. Ook duurzaamheid zou hierin een plek kunnen krijgen om het bewustzijn te vergroten en de mogelijkheden inzichtelijk te maken.

<sup>16</sup> Dit expertisecentrum is tijdens het congres van de Green Deal Duurzame Zorg, oktober vorig jaar, gelanceerd. Stichting Stimular voert samen met Milieuplatform Zorgsector en onderzoeksinstituut TNO het programma van het expertisecentrum uit door het verzamelen, ontwikkelen en ontsluiten van kennis en het stimuleren van innovaties in de zorgbouw. Het programma wordt afgestemd met de brancheorganisaties NFU, NVZ, ActiZ, GGZ Nederland en VGN en acteert op basis van de behoefte van de sector. Het expertisecentrum is onderdeel van het kennis- en innovatieplatform maatschappelijk vastgoed waarin de verschillende maatschappelijke sectoren samenkomen.

<sup>17</sup> In praktijk geven verschillende praktijkmanagers dit al vorm. Ook blijkt uit de vragenlijst dat het aandeel praktijkmanagers dat verwacht in de toekomst meer maatregelen te treffen ten aanzien van energiebesparing en duurzame energie bijna twee keer zo groot is als bij de zorgprofessionals.

## 5.6 Collectieve inkoop voor meer (betaalbaar) duurzaam aanbod

- Het aanbod aan betaalbare duurzame alternatieven voor medische hulpmiddelen/ gebruiksmaterialen is nog beperkt. In algemene zin moet de aandacht hiervoor bij de industrie (producenten en leveranciers) nog groeien
- Via collectieve inkoop kan de vraag richting de industrie worden gearticuleerd. Het is van belang dit onderwerp ook samen met de industrie op te pakken en met partijen in gesprek te gaan.
- 44% van de respondenten verwacht een groot tot zeer groot effect van collectieve inkoop om meer duurzame producten in te kopen en betaalbaar te maken.

Hoewel het aanbod van duurzame producten toeneemt, is het aanbod nog relatief beperkt. In de interviews en de vragenlijst benoemen met name tandartsen dat ze tijdens hun zoektocht naar duurzame mogelijkheden aanlopen tegen een gebrek aan alternatieven voor bijvoorbeeld plastic verpakkingsmaterialen en disposables. Beschikbare alternatieven zijn doorgaans duurder (en worden te duur bevonden) of niet op de schaal van de praktijk te verkrijgen. Door als beroepsgroep een collectief gesprek aan te gaan over duurzame alternatieven kan het duurzaam en betaalbaar aanbod vergroot worden.

Professionals zijn overwegend positief over collectieve inkoop, 44% denkt dat dit een groot tot zeer groot stimulerend effect zal hebben op de toepassing van verduurzamingsactiviteiten in de beroepsgroep. De meerwaarde van gezamenlijk optrekken komt onder meer naar voren in een voorbeeld van een tandarts die wil overstappen op bamboe tandenborstels voor haar cliënten. Dit bleek mogelijk bij de leverancier, echter alleen een afname die de klantenpopulatie ver oversteeg. Naast bestaande producten financieel aantrekkelijker maken wordt ook de wens geuit dat de industrie nieuwe duurzame producten ontwikkelt. Een tandarts geeft hierover in de vragenlijst bijvoorbeeld aan:

*“Er zijn disposables die als ze ongebruikt over datum gaan, hersteld zouden kunnen worden als er mogelijkheden geboden zouden worden voor herverpakking en sterilisatie”*

Bij het ontwikkelen van duurzame producten spelen naast de industrie verschillende andere partijen een rol, bijvoorbeeld de groothandel/toeleveranciers, de brancheverenigingen en collectieve inkooporganisaties voor de (eerstelijns)zorg. Groothandel/toeleveranciers kopen hun producten in bij de producerende industrie en voeren soms een eigen label en kunnen hun (duurzamer) eisen kenbaar maken. Brancheverenigingen (en hun leden) en collectieve inkooporganisaties kunnen een gezamenlijke vraag genereren die het niveau van een individuele praktijk overstijgt. Dit maakt de producent bewust dat het om een substantiële vraag gaat. Dit potentiële volume maakt het voor een producent aantrekkelijker om een duurzamer aanbod te ontwikkelen.

## 5.7 Aanpassingen van regels en richtlijnen om de ruimte voor verduurzaming te vergroten

- Bestaande regelgeving en richtlijnen binnen de eerstelijnszorg worden veelal als beperkend ervaren om verder te verduurzamen in de bedrijfsvoering.
- Nader onderzoek naar de ruimte die er is of gecreëerd kan worden door aanpassingen zonder de functionaliteit van de regels en richtlijnen aan te tasten kan de handelingsruimte voor verduurzaming vergroten.
- Met name tandartsen zien dit als een effectieve interventie (50%), bij huisartsen is dit minder het geval (40%)

Met name in de tandartsenzorg, maar ook in de huisartsenzorg wordt de huidige regelgeving over bijvoorbeeld het gebruik van materialen in het zorgproces als een bottleneck gezien voor verdere verduurzaming. Hoewel de regels een duidelijke functie hebben in het kader van infectiepreventie en hygiëne, wordt tegelijkertijd aangegeven dat ze streng zijn waardoor (te) veel gebruik moet worden gemaakt van disposables. Veel zorgprofessionals zien daarom op het eerste gezicht niet veel mogelijkheden om meer circulair te werken. Door de KNMT wordt aangegeven dat invloed op de specificaties voor materiaalgebruik en gebruik van bepaalde medische hulpmiddelen vaak is terug te voeren op normen van de NEN en daarmee buiten de invloedssfeer ligt. De beroepsgroep heeft meer invloed op het formuleren van richtlijnen voor het zorgproces zelf. Daarnaast is in ons onderzoek naar voren gekomen dat bestaande regels en richtlijnen niet zijn opgesteld vanuit een duurzaamheidsperspectief en dat nadere beschouwing vanuit dit perspectief de aandacht kan vestigen op de kansen die er wel zijn en die nu nog niet worden gezien.

Dat nader onderzoek naar de ruimte die er wel is of gecreëerd kan worden door aanpassing van regels meer verduurzamingsmaatregelen kan opleveren, wordt ook door de respondenten van de vragenlijst aangegeven. Het verwachte effect van deze interventie op meer toepassing van verduurzamingsmaatregelen wordt door ongeveer 50% van de respondenten vanuit tandartsen en 40% vanuit de huisartsen ingeschat als groot tot zeer groot. Tegelijkertijd is duidelijk geworden dat verandering van richtlijnen alleen, niet direct zal leiden tot veranderend gedrag. Om gewenst gedrag te stimuleren en bestaande gewoontes, zoals het gebruik van een bepaald materiaal of het voorschrijven van medicijnen, te doorbreken, zullen wijzigingen in richtlijnen gepaard moeten gaan met duidelijke communicatie over het gewenste gedrag. In het onderzoek is daarnaast naar voren gekomen dat wijzigingen op korte termijn niet altijd op draagvlak kunnen rekenen. Als redenen daarvoor worden genoemd dat er "al zo veel moet" en dit "alleen een optie is als duurzame alternatieven minder duur worden".

De uitdaging is om de bestaande kansen die er zijn voor verduurzaming te benutten en tegelijkertijd daar waar dat kan meer duurzaamheid toe te staan (zijn richtlijnen bijvoorbeeld ook zo op te stellen dat het gebruik van duurzame materialen juist wordt bevorderd?), zonder de functionaliteit van de regels aan te tasten. Immers de toegevoegde waarde van het bestaan van de regels en richtlijnen staat zeker in de huidige tijd buiten kijf. Nader onderzoek naar de mogelijkheden die (te creëren) zijn, vraagt

overleg tussen brancheorganisaties en organisaties als de NEN. Vanuit de Green Deal Duurzame Zorg kunnen gesprekken hierover en nader onderzoek hiernaar worden gefaciliteerd. Een breder perspectief dan alleen de eerstelijnszorg ligt hier voor de hand, omdat dit niet alleen in de eerstelijnszorg speelt.

## 5.8 Sturing via bekostiging, keurmerk en/ of accreditatie

- Bij de beroepsgroepen is veel weerstand tegen dergelijke interventies als ze verplicht zijn op de korte termijn.
- Maak gebruik van stimulerende maatregelen om verduurzamingsmaatregelen te versterken, zoals het aanbieden van een vrijwillige audit op duurzaamheid.

Een laatste onderzochte interventie is stimuleren van verduurzaming via bekostiging, een keurmerk of accreditatie. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat het verplichten van verduurzaming via een van deze instrumenten op weinig draagvlak kan rekenen. Wel zien zij kansen om via accreditatie op een meer stimulerende en vrijwillige manier verduurzaming te ondersteunen, door bijvoorbeeld een duurzaamheidsmodule op te nemen. Dan kunnen zorgprofessionals vrijwillig kiezen voor een audit op de duurzaamheid van hun praktijk. Bij deze audit kunnen ze dan ook nog aanvullende tips krijgen over wat ze kunnen verbeteren in de praktijk.

De introductie van een duurzaamheidskeurmerk wordt als minst effectieve interventie beoordeeld door de respondenten van de vragenlijst. Met name het duurzaamheidskeurmerk (29%) zien relatief weinig respondenten als effectief. Dit is in iets minder sterke mate het geval bij sturing via accreditaties (43%) of de inkoop Eisen door zorgverzekeraars (47%). Verschillende zorgprofessionals geven ook expliciet aan tegen een dergelijke interventie te zijn gezien alle regels en verplichtingen waar men al aan moet voldoen. Een voorbeeld:

*"Ik zou het heel erg vinden als huisartsen via richtlijnen of accreditatie gedwongen worden hierop (verduurzaming, red.) stappen te nemen omdat er gewoon echt niks meer bij kan. De toekomst van de huisartsenzorg staat zo enorm onder druk dat hier helaas geen ruimte voor is."*

De brancheverenigingen delen dit beeld. Daarbij zien zij het organiseren van handhaving als een aanvullend probleem.

## 5.9 Conclusie

Een belangrijke overeenkomst tussen de in dit hoofdstuk uitgewerkte interventies is dat ze gezamenlijke actie vragen om echt effectief te kunnen zijn. Het gezamenlijk organiseren van communicatie bijvoorbeeld vanuit eenzelfde boodschap en met op elkaar afgestemde content heeft een groter bereik en meer effect dan het organiseren op individuele basis. Een gezamenlijke vraag vanuit zorgprofessionals naar hun brancheverenigingen is een signaal dat het onderwerp duurzaamheid meer prioriteit zou moeten krijgen en een gezamenlijke vraag om meer duurzamer producten tegen een redelijke prijs is een signaal naar de industrie. De uitdaging zit in het organiseren van die samenwerking. Samenwerking is een 'missing link' is om tot gezamenlijke actie te komen. Op

onderdelen is die er al; op andere onderdelen moet deze verder ontwikkeld worden. De Green Deal Duurzame Zorg wordt door steeds meer partijen ondertekend wat aangeeft dat de duurzame ambities steeds meer worden gedragen door de sector. Het kader van de Green Deal en de partijen die daarbinnen samenkomen kunnen een belangrijke stimulerende werking hebben op de verdere verduurzaming van de eerste lijnszorg. Bijvoorbeeld ervaringen uit te wisselen, voor bepaalde thema's (zoals regels en richtlijnen) samen op te trekken en hulp te kunnen vragen daar waar dat nodig is. Echter het alleen ondertekenen van de Green Deal is nog geen voldoende voorwaarde voor actie. Daarvoor is concretisering nodig in de vorm van plannen en acties. Een belangrijke rol die VWS als programmamanager kan spelen is het faciliteren van gezamenlijke concretisering van de ambities. Bijvoorbeeld door het organiseren van ontmoetingen en het ondersteunen van initiatieven en proefprojecten. Het gaat om het op gang brengen van de beweging. Als de bal eenmaal rolt, nemen de partijen uit de eerste lijn het over.



## 6. Voorgestelde aanpak

Op basis van de voorgaande hoofdstukken doen wij een concreet voorstel voor een aanpak. Een aanpak vanuit de Green Deal met als doel de partijen in de eerstelijnszorg maximaal te stimuleren de stap van actie naar motivatie te zetten en de verantwoordelijkheid over te pakken. Een aantal conclusies vormen de uitgangspunten voor deze aanpak:

- Er is voldoende motivatie, maar het lukt nog beperkt om dit om te zetten naar actie. Centrale partijen zoals brancheverenigingen zijn zoekende hoe zij kunnen bijdragen aan (het versnellen van) verduurzaming in de eerstelijns.
- De belangrijkste belemmeringen zijn gebrek aan overzicht in de mogelijkheden en financiële ondersteuning én gebrek aan tijd en andere prioriteiten. Voor een succesvolle aanpak zullen beiden type belemmeringen zoveel mogelijk moeten worden weggenomen.
- Er is directe winst<sup>18</sup> te behalen bij verduurzamingsmaatregelen op het gebied van energiebesparing en duurzame energie. De te nemen maatregelen zijn grotendeels bekend en hebben impact. Er zijn weinig beperkingen om deze maatregelen te nemen en investeringen verdienen zich terug.
- De meeste winst is in potentie te behalen bij de verduurzamingsmaatregel op het gebied circulair werken, maar hier vormen (met name bij de tandartsen) regels en richtlijnen en (het gebrek aan) duurzame en betaalbare alternatieven ook de grootste beperking. Het benutten van de kansen ten aanzien van circulair werken vraagt een langere adem.

Om de eerstelijnszorg verder te verduurzamen zal de aandacht voor duurzaamheid moeten groeien binnen een brede vertegenwoordiging. De grootste uitdaging is om de motivatie om te zetten naar actie. Maar hoe dan? Op basis van ons onderzoek en onze ervaring met verduurzaming en in de zorg doen wij het volgende voorstel in drie stappen:

### 1. Concretiseer vanuit de Green Deal de betrokkenheid en rol van partijen door een heldere routekaart op te stellen

De ondertekening van de Green Deal kent geen directe gevolgen in termen van inzet en acties door ondertekenaars. Ondertekening is een eerste teken van motivatie die nog 'verzilverd' dient te worden aan de hand van een meer concrete aanpak. Op basis van ons onderzoek kunnen we constateren dat er voldoende motivatie en mogelijkheden zijn om deze concretiseringslag. Zonder uitzondering hebben de betrokken brancheverenigingen aangegeven graag bij te dragen aan dit thema, maar nog zoekende te zijn in wat hun rol kan zijn en op welk moment. Een meer actieve aanpak zien wij daarom niet vanuit de sector zelf ontstaan, maar wij verwachten wel dat er een grote bereidheid is om mee te doen als vanuit de Green Deal de eerste stap wordt gezet. Dit hoeft geen uitgebreid plan van aanpak te zijn, maar een bondige krachtige routekaart per beroepsgroep met een agenda van activiteiten en een duidelijke toedeling van rollen. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat het thema nooit bovenaan de agenda van de zorg zal komen te staan, waardoor de gevraagde inzet van betrokken partijen overzichtelijk en verdeeld dient te worden. Dat is ons inziens goed mogelijk door

<sup>18</sup> Met winst bedoelen we de kans dat motivatie wordt omgezet naar impactvolle verduurzamingsmaatregelen

partijen een concrete bijdrage toe te bedelen in stap 2 en 3. De brede aanpak gaat daarbij verder dan enkel de brancheverenigingen; ook de producerende industrie en koplopers binnen de zorgprofessionals kunnen een belangrijke rol vervullen.

## **2. Zet een mix in van interventies om effectief te zijn; communicatie van mogelijkheden alleen is niet genoeg, ontzorg de professionals door externe ondersteuning**

De volgende stap is het vullen van de routekaart met effectieve interventies door de betrokken partijen. Daarbij is een mix tussen communicatie én ontzorging van groot belang. Communicatie is van groot belang om helderheid te scheppen in de mogelijkheden die nu al toegepast kan worden. Daarbij gaat het in de eerste plaats om content die overzicht biedt in de concrete mogelijkheden voor verduurzaming, betaalbare alternatieven van gebruiksmaterialen én de van toepassing zijnde financiële regelingen. Dit kan versterkt worden met verhalen van best practices die het goede voorbeeld tonen. De kracht van een breed ondersteunde routekaart kan voor de communicatie ten volle benut worden door gebruik te maken van een groot communicatienetwerk. De content kan door verschillende partijen worden gecreëerd, maar wordt door alle partijen gedeeld voor een maximaal effect.<sup>19</sup>

Wij zien het echter als een risico dat de aanpak beperkt blijft tot enkel een communicatie-aanpak. Dat zou geen recht doen aan de veel genoemde beperkingen ten aanzien van beschikbare tijd en andere prioriteiten. Om echt stappen te zetten, zal er advies en uitvoering op maat nodig zijn om daarmee de zorgprofessionals te ontzorgen. Dit kan op verschillende manieren, via praktijkmanagers, via de adviseurs van brancheverenigingen én via marktpartijen die dit oppakken. Dit laatste kan gestimuleerd worden door partijen die dit werk al oppakken in andere sectoren uit te nodigen voor een pilot in de eerstelijnszorg. Op basis van de gesprekken die wij hebben gevoerd zullen verschillende marktpartijen hier invulling aan willen geven.

## **3. Vergroot de mogelijkheden voor verduurzaming op langere termijn door nu het gesprek aan te gaan over richtlijnen en duurzame alternatieven**

Op het gebied van circulair werken zijn nog niet altijd voldoende betaalbare duurzame alternatieven voorhanden voor gebruiksmaterialen. Deels en met name in de tandartsenzorg worden de mogelijkheden ook beperkt door bestaande regelgeving. Om deze mogelijkheden te vergroten kunnen met name de brancheverenigingen het gesprek starten over enerzijds de richtlijnen en anders een collectief gesprek starten met de industrie. Tegelijkertijd kan inspiratie op worden gedaan in het buitenland, waar verschillende alternatieven al beschikbaar zijn.

<sup>19</sup> Voor het verspreiden van de vragenlijst bleek al een grote bereidheid bij partijen om informatie over dit thema te delen

## Tot slot: De effecten van het Coronavirus op dit thema

Het Corona-virus zal ook op het onderwerp van dit onderzoek een groot effect hebben. Een aantal genoemde belemmeringen zullen vermoedelijk versterkt worden. De prioriteit zal in ten minste de komende maanden nog meer op de zorg zelf komen te liggen. Daarnaast zullen negatieve economische effecten mogelijk de investeringsbereidheid bij zorgprofessionals doen afnemen. Ook zal de ruimte in richtlijnen op het gebied van hygiëne eerder kleiner dan groter worden. Tegelijkertijd zijn ook positieve effecten te verwachten. De schaarste in apparatuur en middelen dwingt tot creativiteit en innovatie om materialen te hergebruiken. Onderstaand bericht is daar een prachtig voorbeeld van.

## 'Mondneusmaskers dankzij uv-licht nogmaals te gebruiken'

ANP 1 dag geleden



© Copyright ANP 2020 'Mondneusmaskers dankzij uv-licht nogmaals te gebruiken'

HAARLEM (ANP) - Het Streeklab Haarlem denkt een oplossing te hebben voor het tekort aan mondneusmaskers. Door de maskers te bestralen met uv-licht zijn ze dezelfde dag, door dezelfde persoon, nog een keer te gebruiken.

"Het is bekend dat virussen kapot gaan door straling van uv-licht. Samen met klinisch fysici en medici uit de regio hebben we onderzocht of een nieuw apparaat voldoende UVC-energie genereert om zowel oppervlakten als de buitenste lagen van de filters in het masker te desinfecteren. Dit blijkt het geval te zijn", zegt Jan Sinnige, arts-microbioloog van Streeklab Haarlem.

## 7. Bijlage A – Lijst geïnterviewden

### Brancheverenigingen:

- Iris Wichers (huisarts) en Jan Jansen (adviseur publieke gezondheid), NHG
- Karel Gosselink (communicatieadviseur) en Stan Banus (beleidsmedewerker), KNMT
- Judith van Duren (programma manager), InEen
- Yvonne Kok (manager afdeling Dienstverlening), Sebastiaan Prause, (Bouwadviseur), LHV

### Experts en betrokken partijen:

- Avance zorgprojecten
- Lex van Waarden (bouwadviseur eerste lijn), Van Waarden Advies
- Philippe Sprenger (directeur), ROS Raedelijk
- Marc van der Steen (consultant), NPRES
- Helene van der Vloed (directeur), TrioCare
- Klaas Smink (initiatiefnemer), Sportief Opgewekt
- Peter de Braal (senior beleidsmedewerker eerstelijnszorg), Zorgverzekeraars Nederland
- Jesse Schrama (productmanager Energie), Intrakoop
- Kelvin Kapteijn (consultant inkoop eerste lijn), Inkoop XL
- Manon van Leeuwen (directeur huisartsenpost), Ambassadeur huisartsen Green Deal

### Zorgprofessionals:

- Angelica Setiaman (tandarts), Jeugd tandartsverzorging Amsterdam
- Herman de Ruijter (fysiotherapeut), Fysio Veenendaal Noord
- Khee Hian Phoa (tandarts), Tandartsenpraktijk Phoa
- Muriël Tillemans (stafarts), DOKh
- Nico de Jong (tandarts en voorziter), Rotterdamse Tandarts Vereniging
- Sebastiaan Dam (huisarts), Spectrum huisartsenpraktijk
- Tjeerd Bottema (huisarts), Huisartsen Nieuw Plettenburgh
- Lidwien Boons (huisarts in opleiding), Universiteit Leiden

## 8. Bijlage B – Toelichting op berekening impact huisvesting

### Werkwijze bij het berekenen van het energiebesparingspotentieel van huisartsenpraktijken Nederland

Bij het berekenen van het energiebesparingspotentieel zijn twee belangrijke databronnen gebruikt:

1. Data over het totaal aantal huisartsenpraktijken, gemiddelde vloeroppervlakte, verdeling naar bouwjaren van huisartsenpraktijken en de verhouding vrijstaande versus niet-vrijstaande huisartsenpraktijken. Deze data is opgehaald vanuit de Basisregistratie Adressen en Gebouwen voor alle praktijkadressen in Nederland.
2. Data over het energiebesparingspotentieel dat te realiseren is bij het verduurzamen van een praktijk of woning. Deze data zijn gebaseerd op de uitkomsten van de energiebesparingsverkenner van RVO (zie: <https://energiebesparingsverkenner.rvo.nl/>). Hierbij is uitgegaan van de reguliere verkenner voor één woning.

Wat betreft 1. Data over huisartsenpraktijken in Nederland, zijn de volgende data als input gebruikt:

- |  |                    |                     |
|--|--------------------|---------------------|
| ➤ Aantal huisartsenpraktijken in Nederland:                    | 5.028              | (NIVEL, 2016)       |
| ➤ Gemiddeld aantal m <sup>2</sup> per praktijk:                | 190 m <sup>2</sup> | (VNG) <sup>20</sup> |
| ➤ Verhouding vrijstaand/niet vrijstaande praktijken            | 54%/46%            | (BAG)               |
| ➤ Verdeling huisartsenpraktijken naar bouwjaar <sup>21</sup> : |                    | (BAG)               |
| ○ Tot en met 1964:   | 1507               | 30%                 |
| ○ 1965 – 1974:   | 476                | 9%                  |
| ○ 1975 – 1987:   | 748                | 15%                 |
| ○ 1988 – 1991 en 2006 – heden                                  | 1171               | 23%                 |
| ○ 1992 – 2005  | 1127               | 22%                 |
| ➤ Gemiddeld energieverbruik huisartsenpraktijk:                | 3600 kWh           | (LHV)               |

De LHV hanteert een modelpraktijk van 360 m<sup>2</sup> met 3fte huisartsen. Dit levert een jaarlijks verbruik op van ca. 4800 kWh, wat gelijk staat aan meer dan 6 personen in het huishouden. Wij gaan echter uit van een kleinere praktijk en 2 fte, waardoor deze cijfers aangepast dienen te worden. Een simpele rekensom is dat 2/3 van 4800 leidt tot 3200 kWh. In praktijk zorgen de eerste personen in het huishouden voor een grotere toename van energieverbruik. Daarom gaan wij uit van ¾ van het energieverbruik. Dit komt neer op 3.600 kWh en is vergelijkbaar met een driepersoons huishouden.

<sup>20</sup> De VNG gaat uit van 110m<sup>2</sup> per FTE. Gemiddeld zijn er per praktijk 1.9 FTE huisartsen werkzaam.

<sup>21</sup> De indeling naar deze jaartallen komt bij de uitleg onder de energiebesparingsverkenner aan bod.

Voor wat betreft **2**. Data over het energiebesparingspotentieel dat te realiseren is, is de energiebesparings-verkenner gebruikt. Deze is zoals gezegd gebruikt voor een reguliere verkenning voor één woning per woningtype van huisartsen, wat vervolgens wel gekoppeld is aan het aantal woningen per type, waardoor het totaal berekend kon worden. In de energiebesparingsverkenner zijn vervolgens meerdere stappen te nemen, die we hieronder uitwerken om tot het energiebesparingspotentieel te komen.

### Stap 1: Type huisvesting:

De energiebesparingsverkenner kent 5 type huisvesting (vrijstaand, twee onder één kap, rijwoning, meergezinswoning 1 woonlaag en meergezinswoning 2 woonlagen) en ons databestand met data over alle huisartsenpraktijken kende er oorspronkelijk 9. Er moest dus geclusterd worden. Aangezien het grootste verschil in energieverbruik te vinden is tussen vrijstaande en niet-vrijstaande gebouwen is gekozen voor een indeling met deze twee typen huisvesting. Zodoende hebben we 2 typen gebruikt in de energiebesparingsverkenner:

- Vrijstaand: type vrijstaande huisvesting in de energiebesparingsverkenner (met 54% van de entrees uit het databestand, dus 2715 praktijken).
- Niet-vrijstaand: type rijwoning – tussen in de energiebesparingsverkenner (met 46% van de entrees uit het databestand, dus 2313 praktijken).

### Stap 2: Bouwjaar:

De energiebesparingsverkenner kent 10 opdelingen in bouwjaar. Dat is vrij veel voor deze analyse, dus hebben we gekozen om deze op te splitsen in periodes die corresponderen met sprongen in energie labels (laagste bouwjaar F en hoogste bouwjaar B/A). Dit gaf de volgende onderverdeling:

- |                               |                 |     |
|-------------------------------|-----------------|-----|
| ➤ Tot en met 1964:            | 1507 praktijken | 30% |
| ➤ 1965 – 1974:                | 476 praktijken  | 9%  |
| ➤ 1975 – 1987:                | 748 praktijken  | 15% |
| ➤ 1988 – 1991 en 2006 – heden | 1171 praktijken | 23% |
| ➤ 1992 – 2005                 | 1127 praktijken | 22% |

Aangezien er meerdere bouwjaar samengevoegd zijn is er in de energiebesparingsverkenner altijd de 'laagste' periode gekozen. Bij de periode 1975 – 1987 is bijvoorbeeld in de energiebesparingsverkenner de periode 1975 – 1982 aangeklikt. Bij de periode 1988 – 1991 en 2006 – heden is de middelste periode gekozen.

### Stap 3: Oppervlakte:

In de energiebesparingsverkenner zijn de inputs bij oppervlakte afhankelijk van of de huisvesting vrijstaand is of niet. Vrijstaand kan bijvoorbeeld ingevuld worden tussen de 120-258 m<sup>2</sup> en een meergezinswoning tussen de 55-119 m<sup>2</sup>. Zoals onder de data voor de huisartsenpraktijken reeds uitgelegd is, zijn we uitgegaan van een omvang van 190 m<sup>2</sup>. Aangezien bij de niet-vrijstaande huisvesting de vierkante meters soms niet tot de 190 kwamen, maar er al bij 119 – 170 m<sup>2</sup> een maximum was, hebben we bij deze gebouwen een hoger aantal huisartsen ('bewoners') ingevuld om

het energiegebruik op een gemiddelde te krijgen. Bij alle type praktijken waar de vierkante meters wel op 190 in te vullen waren is dus standaard uitgegaan van 3 'bewoners'.

Er is verder in de uitgangssituatie onder 'Energetisch correct' in de energiebesparingsverkenner niets ingevuld aan de standaard uitgangssituatie qua isolatie, type ramen etc. Alleen de vierkante meters en eventueel het aantal bewoners is aangepast.

#### **Stap 4:** Energielabel verbeteren:

Vervolgens zijn we in de energiebesparingsverkenner per type woning (in totaal 10 vanwege de 5 type bouwjaren en de twee opties vrijstaand/niet vrijstaand) aan de slag gegaan met het verbeteren van het energielabel. Hier hebben we een onderscheid gemaakt tussen een sprong naar energielabel B en een sprong naar energielabel A. Dit uiteraard alleen waar dat mogelijk is, aangezien de nieuwe praktijken vaak al energielabel A of B hebben. De volgende inputs zijn vervolgens gebruikt bij het advies verbeteren energielabel:

- Advieslabel: de helft per woningtype op A en de helft op B (zodoende ontstaan in totaal 20 verschillende 'typen' verduurzamingswoningen)
- Criterium: laagste totale investering
- PV optie: geen PV
- Aardgasvrij: aardgasvrij niet per se

Dit levert vervolgens de volgende uitkomsten uit de energiebesparingsverkenner:

CATEGORIE	TYPE WONING	AANTAL PRAKTIJKEN	PERCENTUEEL AANDEEL P	BENODIGDE INVESTERING PP (gemiddelde A/B)	TERUGVERDIENTIJT PP (jaren; gemiddelde A/B)	CO2 BESPARING PP (kg; gemiddelde A/B)	TOTAAL BESPAARDE CO2 (ton; gemiddelde A/B)
Categorie 1 (tm 1964)	Vrijstaand	814	16%	€25,012	10.3	550	5.376
	Niet-vrijstaand	693	14%	€11,377	5.3	209	1.740
Categorie 2 (1965-1974)	Vrijstaand	257	5%	€12,796	4.4	285	876
	Niet-vrijstaand	219	4%	€7,110	3.6	106	276
Categorie 3 (1975-1987)	Vrijstaand	404	8%	€6,874	2.8	64	312
	Niet-vrijstaand	344	7%	€4,389	2.2	23	96
Categorie 4 (1992-2005)	Vrijstaand	609	12%	€3,437	1.5	25	180
	Niet-vrijstaand	518	10%	€2,101	1.1	15	96
Categorie 5 (1988-1991 en 2006-heden)	Vrijstaand	632	13%	€-	0.0	0	0
	Niet-vrijstaand	538	11%	€-	0.0	0	0
<b>TOTAAL</b>		<b>5028</b>	<b>100%</b>	<b>€ 40.5 mio. voor totaal</b>			<b>8.952</b>



### *Toetsing berekening bij experts*

De berekening is getoetst bij twee bouwkundige experts op het gebied van praktijkhuisvesting van huisartsen. Hierop is het aantal FTE per praktijk aangepast en zijn de volgende aanvullende opmerkingen geplaatst:

- Praktijken van relatief zeer oude panden hebben vermoedelijk een kleinere omvang waardoor het CO<sub>2</sub>-besparingseffect van deze panden mogelijk wordt overschat.
- De vergelijking met huishoudens gaat niet volledig op. Een huisartsenpraktijk is in het algemeen open en in gebruik van 8:00-17:00. Dat is een wezenlijk verschil met een huishouden, waar vaak overdag minder aanwezigheid is (school, werk) en juist 's avonds een aanwezigheids- en verbruikspiek is (verlichting, verwarming). Dat heeft invloed op het energieverbruik en de toegevoegde waarde van specifieke maatregelen.

## 9. Bijlage C – Overzicht resultaten fysiotherapie

In zowel de kwalitatieve als kwantitatieve verkenning is de respons onder fysiotherapeuten een stuk lager dan onder de huisartsen en tandartsen. Dat wil zeggen dat het lastig bleek om best practices te vinden onder fysiotherapeuten en minder dan twintig fysiotherapeuten de vragenlijst hebben ingevuld. In tegenstelling tot de andere beroepsgroepen heeft de branchevereniging de vragenlijst ook niet gedeeld. Via de bestuurssecretaris van de branchevereniging is aangegeven dat het thema duurzaamheid niet binnen de organisatie is belegd. Wel hebben vier regio-adviseurs van de branchevereniging een aangepaste vragenlijst ingevuld en is één best practice gevonden en geïnterviewd.

Uit de respons op de vragenlijst blijkt dat verduurzaming in beperkte tot zeer beperkte mate op de agenda van fysiotherapeuten staan. En dat er eveneens in (zeer) beperkte mate verduurzamingsmaatregelen worden genomen. Beschikbare tijd en financiën worden als de grootste belemmering ervaren.

Daarnaast kwam uit het gesprek met de best practice naar voren dat de verwachte impact van verduurzaming lager is bij fysiotherapeuten ten opzichte van tandartsen en huisartsen. Over het algemeen zijn fysiotherapeuten minder vaak eigenaar van de huisvesting en maken zij vrij weinig gebruik van vervangbare materialen.

---

*Herman de Ruijter is fysiotherapeut in Veenendaal. Hij geeft aan dat energiebesparingsmaatregelen voor fysiotherapeuten vrijwel identiek zijn aan de mogelijkheden die particulieren hebben.*

*Fysiotherapeuten gebruiken weinig bijzondere producten en schrijven geen medicijnen voor. "We kopen af en toe een rolletje tape in, maar we werken vooral met het lichaam", geeft hij aan.*

*Omdat hij passie heeft voor het milieu, wilde hij zijn praktijk waar mogelijk toch verduurzamen. Zo heeft hij onder andere zonnepanelen op het dak van zijn eigen praktijk laten plaatsen. Het zelf regelen, inclusief de aanvraag van subsidie, heeft de nodige moeite gekost, maar was uiteindelijk prima te doen.*

*Daarnaast heeft hij computers gekocht met een heel zuinig geheugen, maar verder is er eigenlijk weinig mogelijk in de praktijk.*

---

## Over Rebel

### No change without a Rebel

Rebels werken aan de vraagstukken van de toekomst op het gebied van duurzaamheid, transport, gebiedsontwikkeling, zorg en de sociale sector. Wij maken impact, niet alleen als adviseur maar ook als investeerder. Want wie gelooft in zijn eigen adviezen, investeert mee. Toegewijd aan het creëren van verandering, initiëren en realiseren we ook onze eigen projecten. We leveren kwaliteit op het gebied van o.a. strategisch advies & ontwikkeling, beleidsanalyses & evaluatie, partnership consulting & contracten, financieel advies & modellering en investeren & fondsbeheer.

### Samen buiten de lijntjes kleuren

Het Rebel-avontuur begon in 2002 met tien stoelen. Aan een grote ronde tafel besloten de eerste Rebels – na een carrière bij adviesbureaus – een eigen onderneming te starten. Eentje zonder kaders, hiërarchie en bazen. Een plek waarbinnen iedereen zijn beste zelf kan zijn. Alles wat we in ons hebben, leggen we op tafel. Intrinsieke motivatie, de drang om verandering te brengen, inhoud en één focus: impactvolle projecten realiseren, wereldwijd. Inmiddels werken we met meer dan 180 Rebels vanuit onze kantoren in Rotterdam, Amsterdam, Antwerpen, Düsseldorf, Londen, Washington D.C., Nairobi, Johannesburg, Mumbai, Manila en Jakarta.

Hoe we op die dag met elkaar begonnen, is hoe we vandaag werken voor en met onze samenwerkingspartners: op basis van vertrouwen. In alles wat we doen – en dat is veel – is ons streven om een positieve impact op de wereld te hebben. Op het raakvlak van publiek en privaat, omdat ons Rebel-rode hart daar ligt waar maatschappelijke waarden en privaat ondernemerschap samenkomen. Een ambitieuze doelstelling misschien, maar wel één die uitdaagt. We nodigen iedereen uit aan te schuiven en onderdeel te worden van de verandering. Samen buiten de lijntjes kleuren. Als overheid, bedrijf en individu.

**Michiel Kort**

+31 6 53 41 68 59

Michiel.kort@rebelgroup.com

**Tom Gommans**

+31 6 20 60 30 10

Tom.gommans@rebelgroup.com

**Lisette de Gelder**

+31 6 82 50 81 29

Lisette.degelder@rebelgroup.com

**Eline Leising**

+31 6 15 17 45 76

Eline.leising@rebelgroup.com



Wijnhaven 23  
3011 WH Rotterdam  
Nederland  
+31 10 275 59 95

info@rebelgroup.com  
www.rebelgroup.com