

De perceptie van huisartsen op duurzame praktijkvoering



[Lilian van Tuyl](#), Nienke Zinger, Bart Knottnerus

Samenvatting

Achtergrond

Huisartsen zijn in meerdere opzichten een belangrijke schakel in het vergroenen van de gezondheidszorg. Maar wat zijn de percepties van huisartsen ten aanzien van verduurzaming van hun praktijkvoering en wat hebben zij nodig om met dit thema aan de slag te gaan? Dit artikel beschrijft de resultaten van een grotendeels kwalitatieve verkenning naar de percepties, attitudes en intenties van Nederlandse huisartsen met betrekking tot hun rol in de verduurzaming van de gezondheidszorg.

Methode

De uitkomsten van drie online focusgroep discussies bestaande uit praktiserend huisartsen, een niet-praktiserende huisarts-docent en een praktijkmanager werden geanalyseerd aan de hand van de theorie van gepland gedrag.

Resultaten

Thema's die naar voren komen wat betreft persoonlijke attitude hebben betrekking op het bewust verduurzamen van dagelijkse activiteiten in het kader van duurzame praktijkvoering, zoals afval scheiden, de fiets als vervoersmiddel en bewuste omgang met het energieverbruik. Bij het voorschrijven van medicatie worden effectiviteit voor de individuele patiënt en patiënttevredenheid geprioriteerd boven duurzaamheid. De druk om te verduurzamen wordt voornamelijk uit de samenleving ervaren en nauwelijks vanuit de individuele patiënt. Deelnemers ervaren weinig invloed te hebben op een groot aantal factoren die de

duurzaamheid van de zorgverlening ondermijnen. Zo voelen sommigen zich afhankelijk van (weinig duurzame) protocollen, voorgeschreven houdbaarheidsdatums, (on)mogelijkheden tot financiering van duurzame(re) initiatieven en de geringe kennis om duurzamere keuzes te maken.

Conclusie

Hoewel deelnemers in wisselende mate actief met duurzame praktijkvoering bezig zijn, bestaat er een unanieme behoefte aan meer kennis en ondersteuning rondom dit thema. Daarbij is het betrekken van de patiënt een uitdaging.

Inleiding

De sector gezondheidszorg is verantwoordelijk voor 7 tot 8 procent van de totale uitstoot van schadelijke broeikasgassen.¹ De belangrijkste vervuilers zijn gebouwen, reisbewegingen en medicatie. Hoewel het grootste gedeelte van de uitstoot voor rekening komt van de ziekenhuissector, zijn ook de huisartsenpraktijken een belangrijke speler op het gebied van verduurzaming van de gezondheidszorg. Zo zijn er namelijk voor wat betreft de factor gebouwen in Nederland zo'n 4.874 huisartsenpraktijken, die allen op z'n minst worden voorzien van licht, warmte en water.² Hoewel de afstand tot een praktijk over het algemeen klein is (gemiddeld 1km) en door velen goed lopend of met de fiets kan worden afgelegd, kan het aantal reisbewegingen van en naar de huisartsenpraktijk toch fors zijn.³ Daarnaast schrijft de huisarts 80% van alle recept-plichtige medicatie voor die in openbare apotheken worden verstrekt en heeft daarmee invloed op de keuze voor medicatiegebruik.⁴ Bovendien moet de voorbeeldfunctie die een huisarts kan hebben op het verduurzamen van de gezondheidszorg niet worden onderschat, met name richting diens patiënten, maar ook als werkgever van een alsmaar groter wordende organisatie⁵ (in een gemiddelde huisartsenpraktijk werken naast de praktijkhouder 11 andere personen in de dagzorg).⁶

Huisartsen zijn in meerdere opzichten dus een belangrijke schakel in het verduurzamen van de gezondheidszorg. Specialisten ouderengeneeskunde zijn net als huisartsen medisch generalisten en zullen in de toekomst ook steeds meer in de eerste lijn gaan werken. Inzicht in percepties van huisartsen op duurzame praktijkvoering is daarmee ook voor de specialist ouderengeneeskunde en voor de organisatie van de ouderengeneeskunde van belang.

Het doel van deze studie is om de percepties, behoeften en intenties van Nederlandse huisartsen ten aanzien van duurzaamheid en met name het verlagen van de ecologische voetafdruk van huisartsenpraktijken in kaart te brengen.

Methoden

In deze kwalitatieve studie is gebruik gemaakt van online focusgroep discussies (FGD's).⁷

Opzet van de studie en theoretisch kader

Deze studie maakt in de opzet en analyse gebruik van de theorie van gepland gedrag (TpB)⁸ om de percepties, attitudes en intenties van Nederlandse huisartsen te bestuderen met betrekking tot het verkleinen van de ecologische voetafdruk van hun huisartsenpraktijk. De TpB is een theoretisch model dat laat zien dat de intentie om bepaald gedrag uit te voeren direct samenhangt met het daadwerkelijk getoonde gedrag. Deze intentie wordt beïnvloed door drie groepen factoren: de houding of attitude ten opzichte van het gedrag, of de verwachting dat het gedrag tot gewenste uitkomsten leidt; de sociale druk, of wat men denkt dat anderen ervan vinden dat je het gedrag uitvoert; en de vermeende bekwaamheid, of de verwachting dat men het (nieuwe)gedrag effectief kan uitvoeren.

Een interviewgids, ontwikkeld op basis van de TpB, is te vinden in [Supplementair bestand 1](#). Ter oriëntatie werden aan het begin van de FGD's vijf meerkeuzevragen gesteld. Deze vragen en antwoorden zijn te vinden in [Supplementair bestand 2](#).

Deelnemers

Huisartsen werden in november en december 2022 via e-mail gecontacteerd via twee verschillende routes. Eerst werd een uitnodiging gestuurd naar 165 huisartsenpraktijken die op een eerder moment hadden aangegeven op de hoogte te willen blijven van toekomstig innovatief onderzoek van het Nivel. Van deze praktijken reageerden 19 positief en 9 konden deelnemen aan één van de drie FGD's. Ten tweede werden kaderhuisartsen uitgenodigd via publiek beschikbare e-mailadressen. 152 huisartsen werden uitgenodigd en drie namen deel aan één van de drie FGD's.

Privacy / toestemming

Deelnemers werd mondeling om toestemming gevraagd voor opname van de bijeenkomst, nadat was uitgelegd: dat de opname uitsluitend zou worden gebruikt voor het uitwerken van de resultaten; dat alleen de betrokken onderzoekers toegang hebben tot de beveiligde map met de opname; en dat de opname wordt verwijderd zodra het onderzoek is afgerond.

Analyse

Na afloop van de FGD werd door één van de onderzoekers in het bijzijn van de deelnemers een samenvatting van de bevindingen gedeeld. De deelnemers werd gevraagd of deze volledig was, of dat ze nog zaken misten. Na afloop werd op basis van de opname de samenvatting gecontroleerd en waar nodig uitgebreid door een andere onderzoeker. Deze samenvattingen werden vervolgens op systematische wijze, met behulp van een inductieve methode gebaseerd op de interviewhandleiding en de onderliggende TpB geanalyseerd door een ervaren onderzoeker, door te coderen op de hoofdthema's persoonlijke attitude, sociale druk, ervaren bekwaamheid en benodigdheden. Deze hoofdthema's worden hieronder beschreven, geïllustreerd met enkele citaten.

Resultaten

In totaal namen twaalf zorgverleners deel aan één van de drie FGD's. Hieronder waren 10 praktiserend huisartsen (3 kaderhuisartsen), 1 huisarts-docent en 1 locatiemanager van een groot Apotheek en Huisartsen onder een dak (AHOED) (tabel 1 toont demografische kenmerken van de deelnemers).

Tabel 1. Demografische kenmerken van de deelnemers

	Aantal	% van totaal
Wat is uw geslacht?		
Man	8	67%
Vrouw	4	33%
Anders	0	0%
Tot welke leeftijdsgroep behoort u?		
Onder de 40 jaar	0	0%
40-49 jaar	6	50%
50-59 jaar	1	8%
60 jaar of ouder	5	42%
Binnen wat voor soort praktijk bent u werkzaam?		
Een solopraktijk	4	33%
Een duopraktijk	3	25%
Een groepspraktijk	1	8%
Een praktijk binnen een gezondheidscentrum	3	25%
<i>Anders: een A- HOED met vier huisartsen maar enkel kostenmaatschap.</i>	1	8%
Hoe lang bent u al werkzaam in dit beroep?		
0-5 jaar	0	0%
5-10 jaar	0	0%
10-20 jaar	4	33%
Meer dan 20 jaar	7	58%
<i>Onbekend; vraag niet beantwoord</i>	1	8%
Hoe stedelijk is het gebied waarin de praktijk waar u werkt gevestigd is?		
Zeer sterk stedelijk	3	25%
Sterk stedelijk	4	33%
Matig stedelijk	2	17%
Weinig stedelijk	1	8%
Niet stedelijk	2	17%

Motivatie en prioriteit voor duurzaamheid

De motivatie van deelnemers om mee te werken aan dit onderzoek was divers, hoewel het in de privésfeer bezig zijn met duurzaamheid een belangrijke gemene deler bleek. Daarnaast gaven deelnemers aan op zoek te zijn naar wat zij binnen de praktijk anders zouden kunnen doen, vanuit het gedachtegoed van zinnige zorg (soms is het beter voor patiënt en/of planeet om niets

te doen) of vanuit een eigen aandachtsgebied innovatie/duurzaamheid binnen de praktijkvoering.

Ondanks dat het merendeel van de deelnemers aangeeft dat naast goede patientenzorg ook duurzaamheid in de uitoefening van hun werk prioriteit heeft, gaat dit niet altijd goed samen. Een voorbeeld dat wordt genoemd is dat lang niet alle patiënten overweg kunnen met herbruikbare insulinepennen in plaats van wegwerppennen; enerzijds vanwege de complexe handleiding die daarbij gepaard gaat, anderzijds vanwege de fijne motoriek die nodig is voor het herladen.

FGD1_1: "Als het een gelijkwaardige keuze is, hij kost me weinig moeite en ik kan hem met net zoveel moeite uitvoeren als de minder milieuvriendelijke keuze dan doe ik 'm, maar tegelijkertijd als de patientenzorg er onder zou lijden dan is de liefde voor de duurzaamheid gauw bekocht".

Duurzame organisatie

Gedurende de discussie werden veel voorbeelden genoemd van duurzaamheid in het werk, zowel op praktijkniveau als in de spreekkamer. Ook worden voorbeelden genoemd waar deelnemers juist aan zouden willen werken, maar dit nog niet doen. In eerste instantie haalt men de inspiratie uit de kleine dingen die thuis ook al gebeuren. Zo zijn veel praktijken bezig met papievrij werken en het scheiden van afval, hoewel de bijdrage hiervan aan de totale voetafdruk in twijfel wordt getrokken. Deelnemers hebben de ambitie om weggooi materiaal te beperken, door bijvoorbeeld bewust na te denken of handschoenen echt nodig zijn bij schouwen. Ook noemen meerdere deelnemers dat beleid is ingesteld dat iedereen op de fiets naar het werk komt. De praktijkfiets en het fietsplan voor medewerkers worden ook genoemd. Deelnemers geven wel aan dat beide scenario's alleen een optie zijn wanneer je in de buurt van de praktijk woont en in een stedelijk gebied werkt, omdat afstanden anders te lang worden voor de fiets. Door enkele deelnemers werd duurzaamheid ook breder getrokken en gaf men bijvoorbeeld aan aandacht te hebben voor gezond eten en voldoende pauzeren van het zorgpersoneel in de praktijk, om zo het vak op een gezonde manier te kunnen blijven uitoefenen.

Ook wordt online vergaderen genoemd in plaats van fysieke regionale of landelijke bijeenkomsten. Er wordt nagedacht over energiegebruik op het gebied van verwarming, airco en oude koelkasten. Veel praktijken hebben onderzocht in hoeverre de verwarming uit gaat als er niemand in de praktijk aanwezig is. In geval van verbouwingen van de praktijk wordt rekening gehouden met energiemangement door betere isolatie en eventueel zonnepanelen. Daarbij is kosteneffectiviteit naast klimaatvriendelijkheid een belangrijke stimulans. Toch geven deelnemers aan dat verlichting en de computers die s 'nachts in principe niet aan hoeven staan toch vaak aanblijven. Een deelnemer gaf aan dat de computer s 'nachts zelfs aan moet blijven om s 'avonds thuis te kunnen werken.

Deelnemers geven aan een stimulans te ervaren vanuit de samenleving om duurzamer te

werken, en benoemen dat duurzaamheid een veel belangrijker onderwerp is geworden dan dat het bijvoorbeeld vijf jaar geleden was. Stimulering vanuit de samenleving is niet gericht op de huisarts, maar wordt wel ervaren in de vorm van groene buurtinitiatieven, studenteninitiatieven of de privé-omgeving van de deelnemers die begaan zijn met het milieu.

Ook directe collega's hebben invloed op het wel of niet duurzamer werken in de praktijk. Deelnemers benadrukken het belang van draagvlak in de hele praktijk. Enkele deelnemers geven aan dat collega's niet altijd enthousiast zijn, bijvoorbeeld wanneer de duurzame keuze meer werk oplevert. Anderen zien mooie resultaten van duurzame initiatieven, bijvoorbeeld een AIOS die een verbeterproject in de praktijk start; of van praktijkmanagers die werken voor verschillende huisartsenpraktijken en zo ideeën van de ene naar de andere praktijk brengen. Zulke bewegingen worden gezien als een drijvende kracht achter verduurzaming van de praktijk.

Invloed vanuit de beroepsgroep wordt door de helft van de deelnemers ervaren. Zo is niet iedereen bekend met de uitgave van 'de groene huisartsenpraktijk' van de LHV, NHG en Stichting Stimular.⁹

Opvallend is dat de deelnemers weinig of geen invloed vanuit hun patiënten ervaren. Deelnemers geven aan dat een patiënt uit zichzelf nog nooit over duurzaamheidsaspecten in relatie tot de gezondheid is begonnen. Deelnemers interpreteerden dit als 'de eigen gezondheid is belangrijker dan klimaat en milieu'. Andersom geeft een groot aantal deelnemers ook aan het ingewikkeld te vinden om er zelf over te beginnen tegen de patiënt, omdat dit gauw als betuttelend wordt ervaren of meer tijd kost. Zo wordt de patiënt door deelnemers niet aangesproken op de manier waarop deze naar de praktijk komt (auto of fiets/lopend). Hoewel sommige huisartsen bewust kiezen voor het voorschrijven van poederinhalatoren in plaats van dosisaerosolen, geven anderen aan de energie en tijd die nodig is voor een goede toelichting over milieubewuste keuzes niet te (kunnen) nemen.

De deelnemers zien wel het belang van de huisarts als rolmodel voor duurzaamheid in de gezondheidszorg.

FGD3_1: "De huisarts heeft best wel een status onder de bevolking. Als jij iets uitstraalt, dan heb ik er toch wel vertrouwen in dat een deel van de mensen daar in ieder geval over na gaat denken. Ik denk dat de olievlekwerking die je als huisarts kunt hebben, dat je die niet moet onderschatten."

Deelnemers voelen zich niet voldoende toegerust om te kunnen verduurzamen. Met name een gebrek aan kennis op het gebied van de voetafdruk van medicatie en werkzame alternatieven wordt genoemd. Maar ook wetenschappelijke kennis omtrent werkelijke houdbaarheid van producten en effectiviteit van hygiënemaatregelen ontbreekt vaak, terwijl volgens richtlijnen en

protocollen hier wel naar gehandeld moet worden.

FGD3_2: “Het steriliseren van allerlei instrumenten. Daar zijn allemaal richtlijnen voor waarbij ik soms denk, is dat nou allemaal wel nodig. In de huisartsenpraktijk zien we eigenlijk helemaal nooit infecties, soms vraag ik me af of je daar niet winst kunt halen. Pincetten voor hechtingen verwijderen bijvoorbeeld, moet dat nou allemaal in plastic verpakt, gesteriliseerd worden... dat doen we allemaal nog wel, maar toen ik begon als huisarts deden we dat ook niet. Daar moeten we als beroepsgroep maar eens naar kijken of we daar niet wat soepeler in moeten worden, of die regels wel reëel zijn.”

Deelnemers hadden het gevoel geen invloed te hebben op een groot aantal factoren die de duurzaamheid van de zorgverlening ondermijnen. Voorbeelden die werden genoemd zijn het spanningsveld met houdbaarheidsdata, hygiëneregels, protocollen en accreditatie. Voorraden van bijvoorbeeld gaasjes en andere voorverpakte materialen worden voorafgaand aan een externe audit weggegooid vanwege de verlopen houdbaarheidsdatum, terwijl deelnemers er zeker van zijn dat ze nog prima te gebruiken zijn. Echter noemde een deelnemer het voorbeeld dat medicatie en mondkapjes nog wel gebruikt bleken te kunnen worden in noodsituaties, voor Oekraïne of tijdens de COVID-pandemie, dus waarom zou het niet kunnen in de reguliere Nederlandse huisartspraktijk? Ook werden regionale afspraken met zorgverzekeraars genoemd, waarbij gestuurd wordt op prijs en niet op milieu en klimaat. Dat medicatie niet mag worden hergebruikt stuit in toenemende mate op onbegrip, zo geven deelnemers aan.

Deelnemers geven aan dat de verandering die duurzaam werken met zich meebrengt moeilijk is, zoals iedere vorm van gedragsverandering. Daarbij helpt het niet als er geen direct baat of voordeel bij wordt verkregen, wat als stimulans kan dienen bij het aanpassen van het betreffende gedrag.

Deelnemers benoemen dat het vergroten van kennis en praktische handvatten hen zou helpen bij het duurzamer werken in de huisartsenpraktijk. Zo werd in één van de FGDs een lijst met een top 10 van meest vervuilende medicatie met een bijbehorend goed alternatief als nuttig hulpmiddel genoemd om in de klinische praktijk mee aan de slag te gaan. Ook werd het FTO als belangrijk middel gesignaleerd voor het verspreiden van kennis en kunde onder beroepsgenoten.

Deelnemers zagen een belangrijke rol en verantwoordelijkheid voor externe partijen waaronder de beroepsverenigingen, de opleiding, de inspectie, de zorgverzekeraar en de farmaceutische industrie.

FGD2_2: “Als ik landelijk kijk, onze LHV, ik denk dat ze wel wat doen, ik denk dat ze het wel heel erg daarna weer terugleggen bij de individuele huisarts zo van ‘nou succes ermee’. Je zou dat veel krachtiger kunnen uitdragen: we geven erkenning aan de groene praktijken, of... je laat de grootste vervuilers een beetje betalen...maar dan moet er landelijk veel meer de leiding worden genomen en dat wordt nu niet genomen, nu wordt er wat informatie gegeven”.

De inspectie kan processen en protocollen verduurzamen. Zo werd in één van de FGD's gepleit voor het label 'ten minste houdbaar tot' in plaats van 'uiterlijk houdbaar tot' voor voorverpakte materialen. Er zou een afspraak rondom accreditatie kunnen komen dat verbandmateriaal bijvoorbeeld vijf jaar houdbaar blijft na datum die op de verpakking staat. Ervaringen uit de tropengeneeskunde werden genoemd als belangrijke kennisbron voor wat wel en niet acceptabel is, waarbij een deelnemer aangaf dat verouderde producten hooguit wat minder goed werken, maar niet opeens schadelijk worden. In één FGD ontstond het idee dat er vanuit de zorgverzekeraar een keurmerk kon komen 'groene huisartsenpraktijk', waarmee deze praktijken een pluim krijgen voor hun inspanning een duurzame praktijk te runnen. Deelnemers gaven aan iedere vorm van steun als stimulerend te ervaren, ook als deze niet financieel maar uitsluitend waardierend van aard is. De andere twee groepen stonden positief tegenover een dergelijk idee. Ook heeft het preferentiebeleid van zorgverzekeraars met betrekking tot het voorschrijven van medicatie een sturende werking, waar een duurzaam inkoopbeleid helpend zou zijn. Deelnemers geven aan dat farmaceutische industrieën veel grotere vervuilers zijn dan huisartsenpraktijken, en dat zij hun verantwoordelijkheid zouden moeten nemen, ook als de productie van medicatie buiten Nederland plaatsvindt. Het vergroten van het bewustzijn van de patiënt werd ook als een belangrijke voorwaarde van verandering gezien.

FGD2_3: "Mensen voelen zich in hun rol als patiënt op geen enkele manier geroepen – tenminste dat is mijn ervaring - , om met duurzaamheid om te gaan, terwijl ze denk ik in een andere rol die ze ook hebben in hun leven dat wel doen."

Tot slot werd de eigen rol onderkend, om ook patiënten beter te informeren om bijvoorbeeld gebruikte medicatie in te leveren. Maar ook om geen papier meer op de onderzoeksbank te gebruiken, maar schoon te maken met een doekje. Om slimme thermostaten te installeren en zo bewuster te worden van het eigen energieverbruik. Praktijkmanagers zouden zich kunnen richten op duurzaamheid aangezien het vaak een continue tijdsinvestering vergt die voor veel huisartsen zelf niet haalbaar is. Zij kunnen voorraden in de gaten houden, en zonnepanelen, dubbel glas en isolatiemaatregelen initiëren. Tot slot werd genoemd dat een rekensommetje voor de praktijk behulpzaam kan zijn bij de bewustwording: wat levert het op voor de portemonnee? Het helpt als vergroenen ook goedkoper is.

Beschouwing

Dit oriënterende onderzoek laat zien dat de perceptie, attitude en ervaringen van huisartsen ten aanzien van verduurzaming van de huisartsenpraktijk uiteenloopt. Waar het thema voor de meesten prioriteit heeft, is het voor sommigen een bijzaak en niet altijd passend bij het leveren van goede en veilige zorg. Initiatieven voor verduurzaming worden door veel deelnemers ondernomen, maar de omvang en ervaren stimulans is divers. Er is vooral veel activiteit op relatief klein, individueel niveau, waaronder meer fietsen, minder papier, betere isolatie. Voor de grotere, meer impactvolle verduurzaming loopt men tegen het systeem aan (bijvoorbeeld: type

medicatie, hergebruik van materiaal). Deelnemers aan dit onderzoek ervaren een zekere mate van maatschappelijke druk om duurzaam te werken, maar ervaren deze druk niet op het niveau van de individuele patiëntenzorg. Om duurzamer te werken is een investering in randvoorwaarden als kennis en wet- en regelgeving nodig. Ook de vraag naar duurzame zorg vanuit de patiënt zou een stimulerende werking hebben op een meer duurzame organisatie van de huisartsenzorg. Idealiter is de duurzame keuze minimaal gelijkwaardig qua gebruiksgemak en effectiviteit voor de patiënt, leidt deze niet tot meer werk voor praktijkmedewerkers en is deze niet duurder dan niet-duurzame opties.

Deze exploratieve studie identificeert een aantal aanknopingspunten voor verbetering op het gebied van duurzame praktijkvoering. Zo is er behoefte aan meer kennis en praktische handvatten. Beroepsorganisatie LHV heeft in samenwerking met NHG en Stichting Stimular 'De Groene Huisartsenpraktijk' samengesteld, waarin handvatten, tips en uitleg op het gebied van verduurzaming van gebouw, inrichting, praktijkvoering en consultvoering worden gegeven.⁹ De deelnemers aan dit onderzoek waren - ondanks interesse in het thema duurzaamheid – grotendeels niet bekend met deze uitgave, wat erop kan wijzen dat verspreiding van kennisproducten en de implementatie van behulpzame materialen op het gebied van duurzame praktijkvoering meer aandacht nodig heeft.

Enkele deelnemers noemden initiatieven op het gebied van onderwijs, praktijkaccreditering en NHG-standaarden, waaronder FTO modules, ontwikkeld om het bewustzijn en de kennis over geneesmiddelen in het milieu bij huisartsen en apothekers te vergroten.^{10,11} Een handzaam overzicht voor de huisarts om direct in de praktijk toe te passen, zoals de genoemde top 10 van vervuilende medicatie en geschikte alternatieven om voor te schrijven, is er echter nog niet. Dit is dan ook niet eenvoudig te maken, gezien de complexiteit van de farmacieketen die loopt van medicijnontwikkeling, tot productie, distributie, gebruik en ten slotte afvalverwerking.¹² De verduurzaming van de gezondheidszorg staat nog in de kinderschoenen en er is nog veel ruimte voor verbetering. Daarin is een rol weggelegd voor alle betrokken partijen. Meer onderzoek is nodig om te begrijpen hoe medicijnen invloed hebben op het milieu en hoe deze effecten kunnen worden verminderd. Er moet worden nagedacht over manieren om medicijnen duurzamer te produceren, te verpakken en te distribueren. Zo is er nog veel werk te doen om de gezondheidszorg te verduurzamen en om de impact ervan op het milieu te verminderen.

De overwegingen van huisartsen ten aanzien van duurzame praktijkvoering zijn relevant voor de specialist ouderengeneeskunde. Steeds meer specialisten ouderengeneeskunde werken intensief samen met huisartsen, zowel in huisartsenpraktijken als in andere samenwerkingsverbanden. Daarbij komt dat ouderen vanwege de vergrijzing ook een steeds grotere groep vormen binnen de huisartsenpraktijk. Het zou goed zijn als huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde op tijd de samenwerking zoeken en samen optrekken op het thema duurzaamheid. Zo kunnen initiatieven die zich binnen de ouderengeneeskunde ontwikkelen als inspiratie dienen voor de huisartsenpraktijk, en visa versa.

Het verminderen van de ecologische voetafdruk van de gezondheidszorg is één van de vier

maatschappelijke uitdagingen waar het Nivel de komende jaren wetenschappelijk onderzoek naar verricht.¹³ Daarin staat het Nivel bepaald niet alleen. Zo zijn al meer dan 300 Green Deals in uiteenlopende sectoren ondertekend, waarin afspraken worden gemaakt tussen de Rijksoverheid en andere partijen om duurzame plannen uit te voeren. De Green Deal Samen werken aan duurzame zorg is ondertekend door een brede vertegenwoordiging van het zorgveld waaronder NFU en NVZ, echter ontbreekt daarin de betrokkenheid van de huisartsen.¹⁴

Deze kwalitatieve exploratie heeft beperkingen. Zo is de representativiteit met 12 deelnemers beperkt en is niet op alle onderwerpen verzadiging bereikt. Aanvullend onderzoek naar de behoeften en mogelijkheden voor duurzamere praktijkvoering is dan ook aangewezen. Het is van belang te onderstrepen dat de deelnemers in de hier gerapporteerde focusgroep discussies mogelijk enthousiaster of fanatieker bezig zijn met verduurzaming van de praktijk dan collega's, aangezien zij zichzelf hebben opgegeven voor deelname en dus interesse hebben in het onderwerp. Aangenomen dat deze collega's gemiddeld neutraler of negatiever zijn ten opzichte van verduurzaming van de huisartsenpraktijk, benadrukt dit onderzoek des te meer de lange weg die nog te gaan is om te komen tot het verminderen van de voetafdruk van de huisartsenpraktijk.

Conclusie

Deelnemers aan dit exploratieve onderzoek, met name praktiserend huisartsen, zien duurzaamheid van de praktijkvoering in toenemende mate als een belangrijk thema. Daarbij verschilt het sterk op welke manier zij hier al mee bezig zijn. Maatschappelijke druk rondom dit thema wordt gevoeld, maar in individueel patiëntcontact merken de deelnemers hier niets van. Om op grotere schaal impact te kunnen bewerkstelligen is er behoefte aan meer kennis en ondersteuning.

Auteurs

- Lilian van Tuyl, PhD, MBA, programmaleider Organisatie en Kwaliteit van Zorg, Nivel
- Nienke Zinger, MSc, onderzoeker (promovendus) Paramedische Zorg en Zorgdata & het Lerend Zorgsysteem, Nivel
- Bart Knottnerus, MD, PhD, programmaleider Huisartsenzorg Nivel, huisarts

Literatuur

1. MA Steenmeijer, JFD Rodrigues, MC Zijp, SL Waaijers-van der Loop. The environmental impact of the Dutch health-care sector beyond climate change: an input–output analysis. *Lancet Planet Health* 2022; 6: e949–57.
2. Batenburg, R., Flinterman, L., Vis, E., Schaaijk, A. van, Kenens, R.J., Duijkers, B. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. Utrecht: Nivel, 2022.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/80305ned?q=nabijheid%20huisarts>. Geraadpleegd op 24-4-2023.
4. Stichting Farmaceutische Kengetallen. 80% recepten in apotheek komt uit pen van huisarts. 1 augustus 2019, *Pharmaceutisch Weekblad*, Jaargang 154 Nr 31/32 [Internet] <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2019/pw-rubriek-31-2019>.
5. Van Montfort P, Van der Steen E, Hukkelhoven M, De Jong A, Rennenberg A, Van Mook W. Wat verwacht de maatschappij van een arts buiten diensttijd? *Huisarts Wet* 2018;61(7). DOI: 10.1007/s12445-018-0184-2.
6. Geit, E. de, Vis, E., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Batenburg, R. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel, 2022.
7. Krueger & Casey. *Focus Groups. A practical guide for applied research*. 3rd edition.
8. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
9. E-boek: De groene huisartsenpraktijk. <https://www.lhv.nl/product/e-boek-de-groene-huisartsenpraktijk/>. Geraadpleegd op 24-4-2023.
10. Instituut Verantwoord Medicijngebruik <https://www.medicijngebruik.nl/fto-voorbereiding/fto-module-presentatie/2414/geneesmiddelen-en-milieu>. Geraadpleegd op 24-4-2023.
11. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie <https://www.knmp.nl/dossiers/duurzame-zorg>. Geraadpleegd op 24-4-2023.
12. De Inspiratiegids: 'Op weg naar een duurzame farmacieketen' <https://partnersforinnovation.com/nl/projects/duurzame-farmacieketen/> Geraadpleegd op 24-4-2023.
13. Nivel Onderzoeksagenda 2022-2024 <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004154.pdf>. Geraadpleegd op 24-4-2023.
14. Green Deal Samen werken aan duurzame zorg. <https://www.greendeals.nl/green-deals/green-deal-samen-werken-aan-duurzame-zorg>