



drift for transition

Strategie verduurzaming hulpmiddelen in de langdurige zorg

Kansen voor VWS om de transitie te versnellen,
met een focus op incontinentiemateriaal

date

Juli 2024

auteurs

Ina Paredis
Roel van Raak,
(DRIFT)

Marion van den Hurk
Joost Rovers
Jan-Pieter Papenhuijzen
(Significant Synergy)

INHOUD

SAMENVATTING.....	4
1. INTRODUCTIE.....	9
2. KERNBEVINDINGEN FASE 0.....	11
FASE I: BREDE INVENTARISATIE EN PRIORITERING.....	14
3. (ECOLOGISCHE) VERDUURZAMING.....	15
R-ladder.....	15
Belang van circulariteit bij medische hulpmiddelen in de langdurige zorg.....	17
4. HUIDIGE ONTWIKKELINGEN EN PRIORITERING VWS.....	18
Inventarisatie huidige ontwikkelingen.....	18
Bevindingen huidige stand van zaken verduurzaming medische hulpmiddelen.....	18
Welke rollen zien de partijen voor VWS?.....	23
Aanbevolen strategie: twee actielijnen, initiële focus op langdurige zorg.....	24
FASE II: VERDIEPING OP DE ROL VAN VWS IN TWEE ACTIELIJNEN.....	26
5. ACTIELIJN 1 - focus op incontinentiemateriaal.....	27
Ketens incontinentiemateriaal.....	27
Intramurale keten (zorgzwaartepakketten inclusief behandeling).....	28
Extramurale keten (in intramuraal bij zorgzwaartepakketten exclusief behandeling).....	30
Innovaties en ontwikkelingen in verduurzaming van incontinentiemateriaal.....	31
Advies over rol VWS in verduurzaming incontinentiemateriaal.....	36
6. ACTIELIJN 2 - rolverandering VWS.....	39
Rollen overheid in transitie.....	39
7. CONCLUSIE.....	43
BIJLAGEN.....	45
BIJLAGE A: inventarisatie initiatieven, programma's en organisaties.....	45
BIJLAGE B: geïdentificeerde partijen slim inco.....	48
BIJLAGE C: detailbeschrijving keten intramuraal.....	49

STROOM 1 Intramuraal: van fabrikant naar leverancier.....	49
STROOM 2 Intramuraal: van leverancier naar zorginstelling.....	51
STROOM 3 Intramuraal: van zorginstelling naar afvalverwerker.....	54
STROOM 4 Intramuraal: van afvalverwerkers naar fabrikant.....	56
STROOM 5 Intramuraal: van financiering naar zorginstelling.....	56
BIJLAGE D: detailbeschrijving keten extramuraal.....	57
STROOM 2 Extramuraal: van leveranciers naar gebruiker.....	58
STROOM 3 Extramuraal: van gebruiker naar afvalverwerker	59

SAMENVATTING

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft DRIFT en Significant gevraagd in kaart te brengen welke ontwikkelingen er zijn rondom verduurzaming van medische hulpmiddelen in de langdurige zorg (care) en hoe VWS kan bijdragen aan versnelling hiervan. De verduurzaming van medische hulpmiddelen in de langdurige zorg is een driedubbele inhaalrace: de zorg is minder ver dan andere sectoren, binnen de zorg staat de care minder ver dan de cure en binnen de langdurige zorg zijn medische hulpmiddelen minder ver dan bijvoorbeeld vastgoed of voedsel. Terwijl door de omvang van hulpmiddelengebruik deze wel degelijk een significante milieubelasting geeft, vooral in de vorm van afvalproductie. Een extra uitdaging is dat de inkoop veelal nog per zorgaanbieder plaatsvindt op een internationale markt van producenten en afvalverwerkers. We hebben daarom in dit onderzoek vooral gekeken naar verduurzaming van medische hulpmiddelen vanuit het perspectief van circulariteit via heruitgifte, hergebruik, reductie van product- en materiaalgebruik en recycling (de zogenaamde R-ladder van circulariteit).

Fase 0 – Quickscan landschap medische hulpmiddelen in de langdurige zorg

Het onderzoek startte in november 2023 met een snelle inventarisatie van zes weken naar de keten (het speelveld) van medische hulpmiddelen in de langdurige intramurale en extramurale zorg. Deze inventarisatie diende als input om de richting van de rest van het onderzoek te bepalen. Qua medische hulpmiddelen werden incontinentiemateriaal en rolstoelen gebruikt om kleuring te geven aan de ketens. Het advies vanuit fase 0 was om focus aan te brengen op twee onderzoekslijnen:

- Voer een brede inventarisatie uit om alle duurzame initiatieven rondom medische hulpmiddelen in kaart te brengen (fase 1);
- Ga dieper in op duurzame varianten van incontinentiemateriaal en welke partijen hiermee bezig zijn (fase 2).

FASE 1 – Brede inventarisatie en prioritering

We hebben in de eerste fase partijen en initiatieven op het gebied van verduurzaming van medische hulpmiddelen in de langdurige zorg in kaart gebracht. Die bevestigen het bovenstaande, en vullen aan:

- De aandacht richt zich op dit moment **vooral op ‘reductie’** door incrementele verbetering in materialen, het productieproces en recycling. Dit is waarneembaar in de voorbereiding van UPV (uitgebreide producentenverantwoordelijkheid) ¹ maar ook initiatieven als recyclebare handschoenen en minder en lichter incontinentiemateriaal gebruiken door ‘slimme’ vochtsensoren. Er zijn relatief weinig ontwikkelingen rondom andere strategieën zoals hergebruik. Hergebruik richt zich voornamelijk op medische hulpmiddelen als rolstoelen, die van oudsher al circulair gebruikt worden.

¹ [TAUW & Rebel, 2023](#)

- Actieve partijen en initiatieven richten zich op incontinentiemateriaal. Dit is begrijpelijk vanuit het hoge aandeel van incontinentiemateriaal in de afvalproductie van deze sector. Ook handschoenen krijgen relatief veel aandacht.
- Over het algemeen zijn er relatief weinig concrete producenten en projecten en meer algemene voornemens en netwerken. Duurzaamheid wordt vaak gezien als 'bijvangst' van kwaliteitsverbetering en kostenbesparing.
- Veel medische hulpmiddelen worden gemaakt door internationale grote spelers, maar de inkoop van deze producten is juist erg versnipperd. Dit betekent dat inkopen kiezen is tussen bestaand meer en minder duurzaam aanbod, en dat inkopers relatief weinig invloed hebben op het ontwikkelen van nieuwe producten.

Over de rol van VWS in de verduurzaming van medische hulpmiddelen brachten geïnterviewden naar voren:

1. help om verschillende opties (en producten) inzichtelijk te maken, zowel wat betreft milieuprestaties voor inkoop als voor meer praktische aspecten in de implementatie;
2. werk aan differentiatie in vergoeding van meer duurzame, maar nu nog duurdere, producten en meer structurele middelen voor innovatie.

Opvallend vaak werd niet een hele grote rol voor het ministerie gezien.

Wij adviseren VWS, mede gegeven beperkingen in aandacht en middelen die VWS heeft, om zich op de korte termijn te **concentreren op verduurzaming van incontinentiemateriaal (actielijn 1: verduurzaming van incontinentiemateriaal)**. Dit is het hulpmiddel met de grootste milieu-impact en vertoont *relatief* de meeste beweging richting verduurzaming. Gegeven hoe weinig beweging er nog op het hele onderwerp is, lijkt het ons verstandiger op één onderwerp beweging te creëren, dan een brede inzet met als risico nergens significant te versnellen. Daarnaast adviseren we VWS zich tegelijkertijd te bezinnen op **het ontwikkelen van een meer transformatieve rol (actielijn 2: rolverandering VWS)** voor niet alleen de duurzaamheidstransitie maar ook andere grote opgaven waar de zorg voor staat.

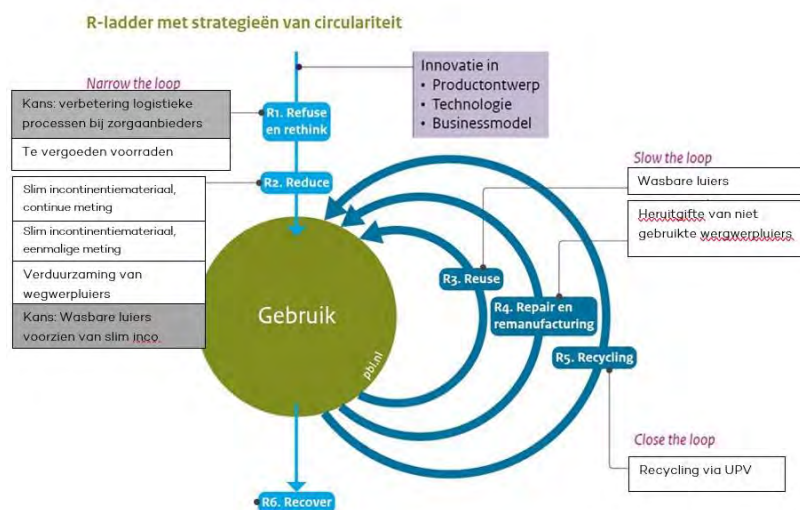
FASE 2 – Verdieping rol van VWS in verduurzaming van medische hulpmiddelen

In fase 2 hebben we de actielijnen voor VWS (verduurzaming van incontinentiemateriaal en rolverandering) uitgediept. We hebben actieve partijen, netwerken en verbanden en koplopers gesproken over de wijze waarop VWS invulling kan geven aan de actielijnen.

Actielijn 1: Verduurzaming van incontinentiemateriaal

De uitwerking van deze actielijn begint met een **ketenanalyse**. Bij de intramurale keten valt de toenemende versnippering in de keten op: de producenten opereren wereldwijd (met productielocaties op elk continent), leveranciers (groothandels) kopen relatief grootschalig in voor de Nederlandse markt, maar zorgaanbieders kopen bij verschillende leveranciers in, en soms maakt elke locatie eigen afwegingen wat ingekocht wordt. In deze keten speelt duurzaamheid nauwelijks een rol, in principe is er wel een prikkel om materiaal te besparen omdat bekostiging op

zorgzwaarte en niet daadwerkelijk gebruik plaatsvindt. In de extramurale keten ontbreekt ook deze laatste prikkel, omdat vergoeding per product plaatsvindt.



Figuur 1: R-ladder met strategieën van circulariteit met voorbeelden voor incontinentiemateriaal (op basis van figuur PBL)

Er zijn op (zeer) kleine schaal **innovaties** die samen vrijwel alle circulaire methoden bestrijken: reduce (verminderen), refuse en rethink (herdenken), recyclen en reuse (hergebruiken). Geen enkele vorm van circulariteit heeft al grote impact. Recycling (ongeveer 5%) en reduce met slim incontinentiemateriaal (tiental tot enkele tientallen zorgaanbieders) zijn relatief groter dan reuse (één initiatief op heruitgifte en één pilot bij een kleine groep cliënten met wasbaar incontinentiemateriaal). Vrijwel al het incontinentiemateriaal kent de afgelopen jaren een incrementele reductie door het productieproces en materiaalgebruik.

Elke innovatie heeft zijn eigen **barrières en succesfactoren**.

Overkoepelend zien we de volgende barrières:

- het financieel systeem beloont duurzaamheid vaak niet;
- er is gebrek aan strategische en vooral implementatiecapaciteit door de grote druk waaronder de zorg staat;
- er is gebrek aan 'harde' informatie over duurzaamheidswinst;
- de ketens zijn ingewikkeld waardoor afstemming lastig is.

Als voornaamste succesfactor zien we de motivatie dat innovaties het primaire zorgproces niet belasten. Dat kan op twee manieren:

- Doordat innovaties niet alleen duurzaam maar ook kosten- en/of arbeidsbesparend zijn. Dit zien we bij slim incontinentiemateriaal. Op dit gebied zijn relatief veel ontwikkelingen vanuit de motivatie dat het arbeidsbesparend is, goedkoper en de kwaliteit van leven van cliënten bevordert.

- Doordat de innovatie wordt uitgevoerd door partijen buiten het primaire proces. Dit zien we bij recycling. De partijen die daarbij betrokken zijn vallen meer in het afval- dan het zorgdomein. Doordat dit niet het primaire zorgproces belast zijn er relatief veel ontwikkelingen op dit gebied. In het afvaldomein is incontinentiemateriaal een prioriteitsstroom om aan te pakken.

Op basis van onze analyse concluderen we dat verduurzaming van incontinentiemateriaal in de beginfase van de transitie zit (de voorbereidingsfase). In deze fase is het belangrijk om relevante stakeholders te mobiliseren en te experimenteren om meer te leren over wat werkt en wat niet. Hierbij past vanuit de overheid een ondersteunende, stimulerende en inspirerende rol. Daarom komen we tot de volgende aanbevelingen:

- **Lift mee op innovaties gericht op arbeids- en kostenbesparing in het primaire proces.** Omdat de primaire motivatie om innovaties in het primaire proces in te voeren ligt in de arbeidsbesparing adviseren we VWS te overwegen mee te liften op de trajecten die vanuit deze impact de implementatie en opschaling stimuleren.
- **Faciliteer vergelijkend inzicht:** Zorg dat de kosten-, milieueffecten en praktische aspecten van verschillende duurzame incontinentieopties in kaart zijn gebracht en in een direct vergelijkbaar overzicht zijn opgenomen.
- **Steun extra inzet op twee specifieke innovaties,** namelijk 'heruitgifte' (of minder overuitgifte) en wasbaar incontinentiemateriaal. Dit zijn beiden nu nog kleine, kwetsbare initiatieven die wel een grote potentie hebben, en waar met relatief weinig middelen en/of aanpassingen in regelgeving een verschil gemaakt kan worden.
- **Zet op de voorkant van de keten in via Europese samenwerking, en neem een meer volgende rol voor recycling.** Voor de voorkant van de keten (producenten) lijkt alleen actie in Europees verband (of op zijn minst in samenwerking tussen verschillende landen) zinvol. Aan de achterkant van de keten (afvalrecycling) zouden wij het beleidsprimaat bij het afvaldomein laten en hierin te volgen en te ondersteunen.
- **Faciliteer visievorming en maak verbindingen.** Laat zien dat je een streven en visie hebt om de inzet incontinentiemateriaal te verduurzamen. In deze fase hoeft dat nog niet te betekenen dat voor bepaalde oplossingen gekozen wordt. Het is juist belangrijk om diverse wegen te verkennen. Neem het voortouw om samen met alle betrokken partijen (producenten, leveranciers, financiers, zorgaanbieders en afvalverwerkers) de verspilling van incontinentiemateriaal uit het systeem te halen. Haal daarbij de huidige prikkels boven tafel en herontwerp met elkaar een systeem met prikkels die voor iedereen de gewenste richting op werken. En breng zorgaanbieders bij elkaar om een passende inkoopkracht te realiseren ten opzichte van de internationale producenten en afvalverwerkers.
- **Heb oog voor behoeften van individuele gebruikers.** Het verschilt per client welk (duurzaam) incontinentiemateriaal het best passend is. Voor de ene client is een wasbare luier het fijnst omdat hij aan een wegwerpluier blijft plukken of soms nog zelf naar het toilet gaat. Voor de andere is een wegwerpluier met een continue meting het best passend omdat er veel variatie in het uitscheidingspatroon zit en het urineverlies zwaar is. Probeer in beleid

deze diversiteit in behoeften te faciliteren en zie dit ook als een kans om weerstand bij gebruikers te voorkomen.

Actielijn 2: Rolverandering VWS

Voor de tweede actielijn in de verduurzaming van medische hulpmiddelen in de langdurige zorg hebben we gekeken naar de huidige en mogelijke toekomstige rol van VWS in de transitie naar duurzame zorg vanuit het 'sturing in transitie' raamwerk van DRIFT en de Nederlandse School Openbaar Bestuur (NSOB). We keken vanuit dat perspectief naar vier overheidsrollen:

1. de klassieke/rechtmatige overheid;
2. de managende/presterende overheid;
3. de samenwerkende/polderende/netwerkende overheid;
4. de bottom-up/responsieve overheid.

We concluderen dat VWS nu vooral vanuit de klassieke en samenwerkende rol opereert, maar dat transities, waaronder de grote zorgtransities die nodig zijn, ook een rol vragen waarin responsief veelbelovende ontwikkelingen worden gefaciliteerd met middelen, (regel)ruimte, specifieke kennisontwikkeling en het zorgen voor de juiste financiële prikkels in het financieringssysteem.

1. INTRODUCTIE

Context en aanleiding

De gezondheidszorg in Nederland speelt een cruciale rol in het waarborgen van de gezondheid en het welzijn van de bevolking. Zowel voor zorg in het algemeen, als de rol van langdurige zorg daarbinnen, geldt dat op zichzelf (langdurige) zorg niet een intensief milieubelastende sector is, zoals bijvoorbeeld de veehouderij of luchtvaart. Tegelijk is met een bijdrage van 7% aan de nationale klimaatvoetafdruk en 13% aan het totale grondstoffenverbruik in Nederland, in de zorgsector als geheel wel degelijk sprake van te behalen impact. Daarnaast is de sector zo groot dat, om Nederlandse en mondiale milieudoelen te halen, een inhaalslag nodig gaat zijn.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de wens om te verdiepen en versnellen op duurzaamheid op het gebied van medische hulpmiddelen in de langdurige en extramurale zorg ('care'). Het Ministerie richt zich bewust op de 'care', omdat binnen de 'cure' (ziekenhuizen, geneesmiddelen, etc.) al veel meer gebeurt op het gebied van verduurzaming. Het Ministerie heeft zich dan ook o.a. via de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 gecommitteerd. Een belangrijk onderdeel van de Green Deal zijn medische hulpmiddelen. Daarvoor heeft VWS aan DRIFT en Significant gevraagd om (1) het systeem rondom medische hulpmiddelen in kaart te brengen en vanuit hier aanknopingspunten te vinden om de transitie te versnellen en (2) te adviseren over, ook in relatie tot andere spelers, welke rol en strategie VWS kan oppakken.

Structuur onderzoek en rapport

Het advies in dit rapport is in twee fasen ontwikkeld: een brede inventarisatie van ontwikkelingen en prioritering waar VWS haar focus op zou moeten leggen (resultaten uit fase 1) en vervolgens een uitwerking van de prioriteiten voor VWS in twee actielijnen (resultaten uit fase 2).

We presenteren de resultaten per fase in afzonderlijke delen van het rapport.

Fase 0: Quickscan landschap medische hulpmiddelen in de langdurige zorg

- [Hoofdstuk 2](#) geeft een samenvatting van de bevindingen waarop de focus in fase 1 en fase 2 gericht is.

Fase 1: Brede inventarisatie en prioritering

- [Hoofdstuk 3](#) geeft een korte introductie over circulariteit van medische hulpmiddelen.
- [Hoofdstuk 4](#) presenteert de resultaten van de brede inventarisatie van ontwikkelingen van duurzame medische hulpmiddelen in Nederland. Uit deze inventarisatie volgen twee actielijnen.

Fase 2: Verdieping op de rol van VWS in twee actielijnen

- [Hoofdstuk 5](#) gaat in op de eerste actielijn: Verduurzaming van incontinentiemateriaal. Deze actielijn is meer gericht op de korte termijn. Dit hoofdstuk verdiept de analyse van

hoofdstuk 3 op dit onderwerp met o.a. een ketenanalyse en aanbevelingen voor de rol van VWS.

- Hoofdstuk 6 gaat in op de tweede actielijn: Rolverandering VWS. Deze actielijn is, ten opzichte van de eerste actielijn, meer op de lange termijn gericht. Dit hoofdstuk beschrijft hoe VWS via meer transformatieve rollen een grotere bijdrage kan leveren aan de transitie van de zorg.
- Hoofdstuk 7 sluit af met conclusies en aanbevelingen.

2. KERNBEVINDINGEN FASE 0

DRIFT en Significant hebben in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in november – december 2023 onderzoek gedaan naar de keten van medische hulpmiddelen in de langdurige en extramurale zorg. Met deze fase was beoogd om het systeem rondom medische hulpmiddelen (met incontinentiemateriaal en rolstoelen als focus) in beeld te brengen, deze in transitieperspectief plaatsen en strategielijnen te identificeren (fase 1 & 2).

Kansen en belemmeringen in keten medische hulpmiddelen voor duurzaamheid

Beginnend met **incontinentiemateriaal**, constateert fase 0 van het onderzoek dat de inkoop erg versnipperd is, waardoor er slagkracht ontbreekt om in te zetten op duurzame alternatieven. Dit komt omdat inkopers te maken hebben met leveranciers, die hun producten inkopen bij grote, internationale fabrikanten. Hoewel deze fabrikanten meerdere duurzame alternatieven beschikbaar hebben, wordt hier vanuit de inkoop (bijna) niet naar gevraagd. Verder belemmerende factoren betreffen: (1) impact van materiaalverandering bij gebruikers en de gedragsverandering die hierbij nodig is, pad afhankelijkheid bij keuze voor een bepaalde duurzame oplossing (investering qua kosten en implementatietraject); (2) beperkingen op het gebied van duurzame afvalverwerking en (3) gebrekkige informatie. Dit vereist dat de keten samen kijkt naar het vraagstuk verduurzaming, omdat alle delen (productontwerp, gebruik en verwerking) invloed op elkaar hebben.

Kijkende naar incontinentiemateriaal, komt bij de extramurale zorg expliciet naar voren dat leveranciers direct aan de gebruiker leveren. Omdat gebruikers ver uit elkaar wonen, wordt het incontinentiemateriaal voor meerdere maanden geleverd. Hierdoor komt het regelmatig voor dat gebruikers incontinentiemateriaal overhouden, wat vervolgens vaak niet wordt hergebruikt. Met betrekking tot duurzamere varianten, zijn er geen zorgprofessionals aanwezig om slim incontinentiemateriaal in te zetten of om het proces rondom wasbare luiers te organiseren. Daarnaast is het lastig om als individuele gebruiker volumes te creëren die het aantrekkelijk maken voor afvalverwerkers om het afval op te komen halen.

Met betrekking tot **rolstoelen** zit het anders. De markt voor rolstoelen is veel meer geconsolideerd, en de bepalende schakels zijn de leveranciers, niet de zorginstellingen. De leden van de branchevereniging bedienen gezamenlijk 70% van de markt. Leveranciers zijn al sinds lange tijd verhuurders van rolstoelen, wat betekent dat ze zo optimaal mogelijk gebruik maken van de inzet van een rolstoel gedurende de technische levensduur. Met andere woorden, het hergebruik is al hoog in deze sector, wat goed is voor de duurzaamheid. Qua circulariteit vallen er zeker nog stappen te maken, maar Zweedse fabrikant Etac heeft inmiddels een circulaire rolstoel op de markt gebracht, net zoals Rollz. Doordat de markt voor rolstoelen redelijk geconsolideerd is, kunnen leveranciers relatief gemakkelijk duurzame, circulaire hulpmiddelen op de markt brengen. De keten van rolstoelen heeft hier dus als voordeel dat de leveranciers invloed kunnen uitoefenen richting markt en fabrikanten. Het gevaar is dat een kleine groep leveranciers de duurzaamheidstransitie bepaalt. Een groot verschil in de extramurale zorg is dat rolstoelen aan huis worden geleverd, en dat de leverancier een signaleringsplicht heeft. Dit betekent dat de leverancier verantwoordelijk is voor het controleren of de rolstoel nog passend is bij de zorgvraag, en dat de rolstoel uiteindelijk

bij de leverancier terugkomt. Het andere grote verschil is dat er een nieuwe financieringsstroom bestaat voor rolstoelen in de extramurale zorg: de Wmo. Bij langdurig gebruik wordt de rolstoel vergoed door de gemeenten, vanuit de Wmo. Wanneer de gebruiker kortdurend aangewezen is op een rolstoel, dan wordt deze vergoed door de zorgverzekering.

Diverse knelpunten, kansen en *best practices* in de ketens van incontinentiemateriaal en rolstoelen zijn samengevat in onderstaande figuur.

	Incontinentiemateriaal	Rolstoelen
Knelpunten	- Versnipperde inkoop tussen zorginstellingen; - Prijsprikkels stimuleert om meer producten in te kopen en te gebruiken, niet minder; - Internationale fabrikanten, waarvoor Nederland niet de enige afzetmarkt is, en met productie door heel Europa; - De gedragscomponent van zorgprofessionals en gebruikers speelt in grote rol in overschakelen naar duurzamere varianten; - Er zijn weinig tot geen mogelijkheden om te sturen op duurzaamheid in de inkoop (van zowel zorgaanbieders, als financiers); - Er moet voldoende volume zijn voor afvalverwerkers om het afval op te halen, en dit lukt vaak niet binnen de extramurale zorg; - Er is onvoldoende recyclingcapaciteit voor incontinentiemateriaal. Het recyclebaar is per definitie niet hoogwaardig genoeg voor nieuwe luiers; - De samenstelling van incontinentiemateriaal maakt het lastig om ze te recyclen. - Inzetten op duurzaamheid wordt nog onvoldoende vergoed door financiers. Zorg moet betaalbaar blijven en mag geen groot premieverhogend effect hebben; - In de inkoop van zorginstellingen wordt nog te weinig gevraagd naar duurzame alternatieven, zodat leveranciers hierop kunnen inzetten, aangezien er niet op wordt gescoord;	- Internationale fabrikanten, waarvoor Nederland niet de enige afzetmarkt is, en met soms zelfs productie in Azië; - Rolstoelen worden nog bijna niet circulair geproduceerd; - Doordat rolstoelen op maat worden gemaakt is niet elke rolstoel geschikt voor hergebruik; - Inzetten op duurzaamheid wordt nog onvoldoende vergoed door financiers. Zorg moet betaalbaar blijven en mag geen groot premieverhogend effect hebben; - In de inkoop van zorginstellingen wordt nog te weinig gevraagd naar duurzame alternatieven, zodat leveranciers hierop kunnen inzetten, aangezien er niet op wordt gescoord;
Kansen & best-practices	- Meerdere duurzame alternatieven beschikbaar; - Functioneringsgericht voorschrijven vermindert het benodigde materiaal zoveel mogelijk; - Er zijn zorginstellingen die succesvol zijn gestart met pilots voor wasbaar incontinentiemateriaal; - Er is een eerste verwerkingscentrale die gebruikt incontinentiemateriaal om kan zetten in plastic korrels voor de kunststofverwerkingsindustrie; - Inkoop tussen zorgorganisaties bundelen en harmoniseren; - Stichting CareCycle verzameld in Brabant ongebruikt incontinentiemateriaal om het vervolgens opnieuw in te zetten; - Zorgverzekeraars willen op den duur duurzame zorginstellingen 'belonen' en achterblijvers 'straffen'; - In Schotland wordt gebruik gemaakt van containers waarin incontinentiemateriaal kan worden verzameld voor de extramurale gebruiker;	- Etac heeft de eerste circulaire rolstoel op de markt gebracht. Ook in Nederland, in samenwerking met Medux; - Er wordt gewerkt aan een rolstoelpaspoort, om in kaart te brengen welke onderdelen gerecycled kunnen worden, zelfs na de technische levensduur; - Het hergebruik van rolstoelen is al erg hoog (gemiddeld 90% van de technische levensduur); - Een klein deel van de leveranciers bedient 70% van de markt, waardoor ze, met de juiste prikkels, een duurzame doorbraak kunnen realiseren; - Life & Mobility is gestart met het inzamelen van de zittingen en het bijhorende schuim, om dit te hergebruiken;

Transitieperspectief

Naast deze 'foto' van de keten, geeft een systeemanalyse van gevestigde cultuur, structuur en werkwijzen een beeld van enkele **diepergewortelde systeembarrrières**. Zo kunnen conflicterende waarden geïdentificeerd worden rondom veiligheid, hygiëne, goede zorg, kostenefficiëntie versus duurzaamheid. Daarnaast lijkt er beperkt leervermogen aanwezig te zijn. De transitie naar duurzame medische hulpmiddelen in de langdurige en extramurale zorg bevindt zich nog in een vroeg stadium, waar op diverse plekken in de keten wel geëxperimenteerd wordt met alternatieven en het bewustzijn groeiend is van het belang van verduurzaming van de keten. Tegelijk is er geen sprake van beweging in de gehele keten, worden bestaande belangen soms met hand en tand verdedigd en valt op onderdelen in de keten nog veel winst te behalen op het gebied van optimalisatie.

Aanknopingspunten transitiestrategie

Als het gaat om aanknopingspunten voor het versnellen van de transitie naar een duurzame keten rondom medische hulpmiddelen, stellen wij een tweetal strategielijnen voor: een breedtestrategie en een dieptestrategie.

We voorzien een **breedtestrategie** die zich richt op een aanzienlijk deel van de sector een stap naar duurzame medische hulpmiddelen te laten maken. Acties kunnen zich dan richten op zaken als een Green Deal gericht op eenduidige specificaties die zorgaanbieders die gezamenlijk duurzamer willen inkopen kunnen hanteren, die leveranciers en fabrikanten begrijpen en kunnen leveren, en waar zorgverzekeraars/-kantoren bereid zijn een licht hogere vergoeding voor te geven. Daarnaast hebben we laten zien dat de inkoopketen op alle onderdelen ruimte biedt voor verdere professionalisering en samenwerking rondom duurzaamheid. Om VWS goed te positioneren, voeren we een brede verkenning uit (fase 1).

De **dieptestrategie** zou juist relatief kleine 'niches' (projecten met veranderpotentieel) moeten ondersteunen, verbinden en bescheiden laten groeien. Dan gaat het bijvoorbeeld om wasbare luiers in intramurale setting. Hier ligt het meer voor de hand om tijdelijk te werken met koplopers om meer te leren over deze opties en ze langzaam volwassen te laten worden. Dit voorkomt ook dat juist de meest innovatieve oplossingen sneuvelen op weerstand in de sector. Instrumenten die hierbij passen zijn subsidieregelingen of het ondersteunen van netwerken van koplopers met partijen als onderzoeksinstituten, financiers, enzovoorts. Om beter inzicht te krijgen welke rol kan betekenen op het vlak van verduurzaming van incontinentiemateriaal, gaan we meer verdieping aanbrengen op dit thema (fase 2).

FASE I: BREDE INVENTARISATIE EN PRIORITERING

3. (ECOLOGISCHE) VERDUURZAMING

Verduurzaming van de zorg betekent het reduceren van de milieubelasting van de zorg of zelfs de zorg een 'natuurpositieve' bijdrage laten leveren. Klimaatverandering door CO₂ (en equivalente gassen) uitstoot is de meeste prominente milieu-uitdaging, maar is helaas niet onze enige ecologische opgave: biodiversiteit, eutrofiering (vermesting), verzuring, toxische stoffen in onze leefomgeving, en uitputting van grondstoffen. Levenscyclusanalyses (LCA's) die alle milieueffecten proberen te bepalen, rekenen daarom vaak met 10-20 aparte effecten. Duurzaamheid is bovendien meer dan alleen ecologische duurzaamheid: steeds meer wordt duurzaamheid ook gezien als maatschappelijk en economisch rechtvaardig en volhoudbaar.

In dit rapport kiezen we het perspectief van circulariteit voor verduurzaming van hulpmiddelen in de langdurige zorg.

R-ladder

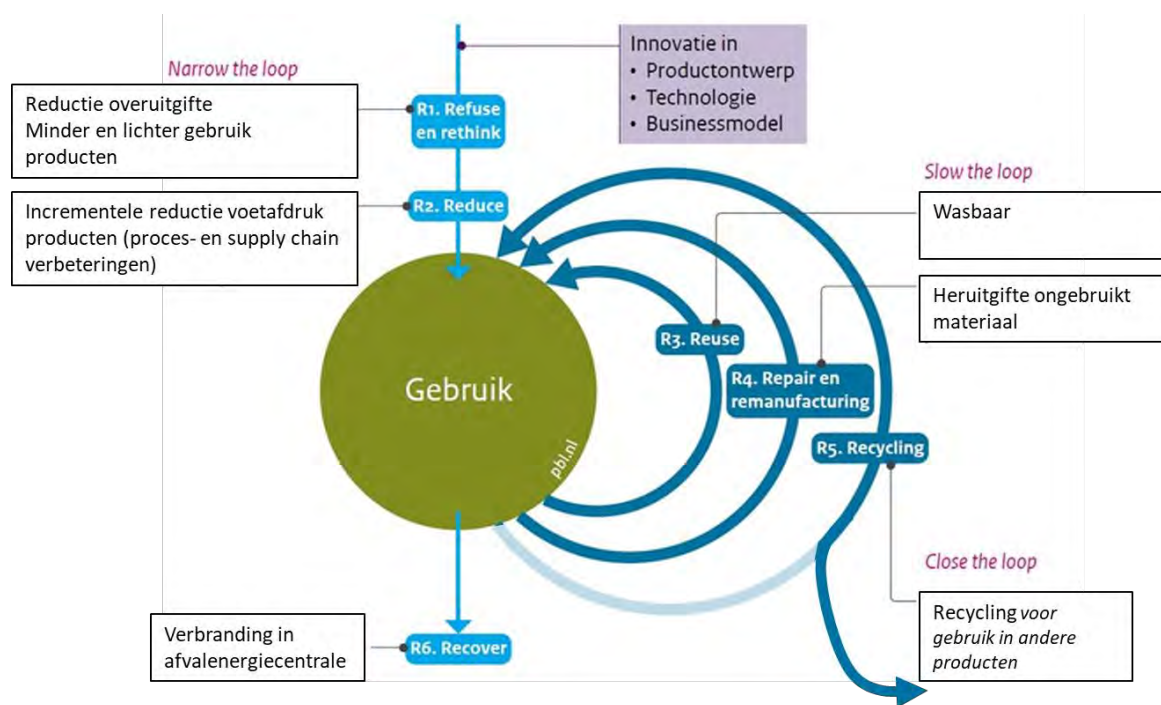
Kringlopen zijn op verschillende manieren te sluiten. De zogenaamde R-ladder, in varianten ook bekend als de Ladder van Lansink, de Waste Hierarchy of 3Rs, rangschikt deze opties van meest effectief naar minder effectief. Hierbij moet worden opgemerkt dat in sommige specifieke gevallen 'lagere' sporten op de ladder, wel degelijk beter kunnen presteren dan 'hogere' sporten. We gebruiken in dit rapport de beschrijving van de R-ladder beschreven door Planbureau voor de Leefomgeving ², die luidt als volgt (met ter illustratie telkens een voorbeeld vanuit incontinentiemateriaal):

- **Refuse/rethink:** het gebruik van het product voorkomen of verminderen. Voor incontinentiemateriaal kan dan gedacht worden aan voorkomen van verspilling (overuitgifte) en meer maatwerk, door bijvoorbeeld incontinentie te voorkomen met bekkenbodempfysio.
- **Reduce:** de milieubelasting per product verminderen door andere materialen te gebruiken, anders te produceren, etc. Voor incontinentiemateriaal kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verduurzamen van de pulpketen (duurzame bosbouw en verminderen CO₂-uitstoot). Ook kan een client bijvoorbeeld mogelijk met een lichter product geholpen worden. 'Slim' incontinentiemateriaal (met sensoren) kan hierbij worden ingezet.
- **Reuse:** het meermalig gebruikt van een product, zonder dat herstellingen of revisie nodig is. Voor incontinentiemateriaal zijn wasbare luiers een goed voorbeeld van deze strategie.
- **Repair and remanufacturing:** de gebruiker die een reparatie laat doen en het product weer gebruikt, de fabrikant zijn die het product terugneemt of een derde partij die afgedankte

² Kishna, M., Rood, T., & Prins, A. (2019). Achtergrondrapport bij Circulaire Economie in Kaart. Achtergrondstudie - PBL

producten opkoopt en reviseert of vanuit gebruikte onderdeel een geheel nieuw product maakt. Een lichte vorm hiervan is 'refurbishing' van niet of nauwelijks gebruikte producten (bij retourstroom webwinkel). Voor incontinentiemateriaal kan heruitgifte (niet gebruikt materiaal controleren, eventueel herverpakken, en opnieuw uitgeven) in deze categorie gezien worden³.

- **Recycling:** het materiaal in een product recycleren tot nieuw materiaal voor een nieuw product. Bij closed-loop recycling wordt bijvoorbeeld een PET fles wordt weer een PET fles. Bij incontinentiemateriaal is dat niet mogelijk en worden van het recyclaat bijvoorbeeld plastic auto-onderdelen en kunstmest gemaakt. Het is wel mogelijk om ongebruikte luiers van geopende verpakkingen te gebruiken als grondstof voor nieuw incontinentiemateriaal.
- **Recover:** het verbranden met terugwinning van de daaruit vrijkomende energie. Deze optie is niet circulair, maar geeft wel enige milieuwinst. Vrijwel al het brandbaar afval in Nederland dat niet gerecycled wordt, wordt verbrand met energie-terugwinning.



Figuur 2: R-ladder met uitleg (op basis van figuur PBL)

³ Heruitgifte zou ook als 'refuse' of 'reduce' gezien kunnen worden.

Belang van circulariteit bij medische hulpmiddelen in de langdurige zorg

Vergeleken met sectoren zoals transport, energie en industrie is de milieubelasting van de langdurige zorg relatief laag. Zo is het verbranden van incontinentiemateriaal waarschijnlijk maar 0,1% van de Nederlandse CO₂-uitstoot en is de CO₂-impact van huisvesting en reisinbewegingen in de langdurige zorg veel groter dan die van hulpmiddelen (Gupta, 2022). Toch zijn er redenen waarom het wel degelijk belangrijk is te beginnen met circulair maken van medische hulpmiddelen:

1. De langdurige zorg is *relatief* geen grote belaster, maar door de enorme, toenemende omvang van de sector is de CO₂-uitstoot en andere milieubelasting in absolute zin nog steeds groot.
2. We bevinden ons in een periode waarin sectoren die al verder zijn wat betreft hun klimaatimpact omdat ze hier al decennialang aan werken, de komende 10-15 jaar snel zullen verduurzamen. In het kader van klimaatverandering kunnen we ons niet veroorloven dat er na die 10-15 jaar nog grote achterblijvers zoals de zorg zijn.
3. Het valt ook te verwachten dat aan onduurzaamheid tegen die tijd (en mogelijk al eerder door de UPV) een veel forser prijskaartje dan nu hangt, bijvoorbeeld omdat in de keten CO₂ zwaar belast wordt of omdat, als er eerder in de keten geen circulariteit wordt bereikt, aan het einde van de keten extra kosten ontstaan door uitgebreide producentenverantwoordelijkheid (UPV).
4. Vanuit afvalperspectief zijn hulpmiddelen, waaronder incontinentiemateriaal, een veel grotere factor dan vanuit klimaatperspectief. Ongeveer 1-2 procent van al het verbrand Nederlands afval betreft incontinentiemateriaal⁴. Voor huishoudelijk afval vormt incontinentiemateriaal, samen met babyluiers, een van de grootste stromen waarvoor nog geen circulaire oplossing bestaat.
5. Zorgaanbieders in de langdurige zorg werken nog relatief weinig structureel samen op het gebied van het gezamenlijk aanbesteden en sluiten van overeenkomsten, waarmee de potentiële “buying power” nog onbenut blijft.

⁴ 160 kton | bron: Beoordeling Hergebruik van Luier- en Incontinentiemateriaal Stappenplan en Risicobeoordelingskader voor de Mogelijke Risico's van Stoffen en Pathogenen in Producten. RIVM, Brieftapport, 2019-01-11.

J.P.A. Lijzen et al. 50% volwassenen bron: CE Delft 2021 vergelijking verbranden/recyclen. Cijfer totaal verbrand NL afval: Afvalverwerking in Nederland, gegevens 2022

4. HUIDIGE ONTWIKKELINGEN EN PRIORITERING VWS

Dit hoofdstuk geeft een breed beeld van de lopende initiatieven, programma's en organisaties op het vlak van duurzame medische hulpmiddelen in de langdurige zorg in Nederland. De inventarisatie in dit hoofdstuk bouwt voor op de bevindingen uit fase 0. Na dit hoofdstuk gaan we dieper in op incontinentiemateriaal.

Inventarisatie huidige ontwikkelingen

In de tabel in [bijlage A](#) staan de verschillende partijen die zich richten op duurzame medische hulpmiddelen. De tabel geeft inzicht in de verschillende typen initiatieven, programma's en organisaties, de specifieke hulpmiddelen waarmee ze werken, en hun benadering van duurzaamheid op basis van de R-ladder.

We vonden een breed scala aan organisaties, waaronder verzekeraars, kennisorganisaties, zorgaanbieders, producenten en netwerkorganisaties. Dit beeld past bij de multidisciplinariteit van de sector. Hoewel de meeste organisaties binnen Nederland opereren, zijn er ook internationale spelers betrokken, zoals Abena, Seneca Sense Technologies en Simavita.

Voorbeelden van ontwikkelingen op de 'R-ladder'

- *Reduce: vermindering van het gebruik van materialen of het ontwikkelen van efficiëntere producten door bv. het produceren van duurzamere medische handschoenen door oa. Gloovy Eco Gloves, SemperMed en Med-Comfort maar ook innovaties als slim incontinentiemateriaal WeSense (door Seneca Semnse RTechnologies), SIM (door Simavita), SmartCare Change Indicator, Identifi (door TENA) en Nova (door Abena).*
- *Reuse: hergebruik van hulpmiddelen zoals bv. incontinentiemateriaal door aanbieders als 's Heeren Loo en aangeboden door producenten als Priovention maar ook Nappy's en Kaatje Katoen.*
- *Recycle: recycling van afvalmateriaal bv. geïmplementeerd door Interzorg en Remondis.*

Daarnaast vonden we ook specifieke programma's en onderzoeksinitiatieven, zoals het ZonMw-programma voor goed gebruik van hulpmiddelen zorg thuis en het onderzoek naar herbruikbare blaaskatheters door Erasmus MC. Deze programma's spelen een belangrijke rol in het innoveren en testen van nieuwe duurzame oplossingen.

Bevindingen huidige stand van zaken verduurzaming medische hulpmiddelen

De partijen/initiatieven/producenten die er zijn bevinden zich in een vroeg stadium van de transitie (zie [Hoofdstuk 6](#)), waarin door bepaalde initiatieven wordt geëxperimenteerd met alternatieven. Er

is een groeiend bewustzijn maar nog geen bedee beweging naar verduurzaming te observeren en er valt nog veel winst te behalen met optimalisatie. Uit de desk study en de interviews met de partijen/initiatieven/producenten die in inventarisatie naar voren zijn gekomen blijkt dat de huidige initiatieven vooral gericht zijn op incontinentiemateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen. De initiatieven bevinden zich vooral op de 'reduce' kant van de R-ladder. Uit het onderzoek kwamen de volgende factoren naar voren die verklaren waarom er niet meer gebeurt op het gebied van verduurzaming van medische hulpmiddelen in de langdurige zorg:

- De focus ligt op incontinentiemateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen;
- De initiatieven bevinden zich vooral op de 'reduce' kant van de R-ladder;
- Er is een grote hoeveelheid aan landelijke initiatieven, maar er zijn weinig concrete producten en weinig gerichtheid op de gebruiker;
- De motivatie achter het vernieuwen van medische hulpmiddelen is meestal niet gericht op verduurzaming;
- De marktstructuur bestaat uit grote producenten.

Los van de inventarisatie zijn er nog een aantal andere verklaringen, namelijk:

- Medische hulpmiddelen vragen niet altijd om verduurzaming omdat ze al circulair zijn of gezien worden als circulair;
- De inkoop van hulpmiddelen is zeer versplinterd en het ontbreekt aan sturing.

In het vervolg van deze paragraaf werken we deze bevindingen achtereenvolgens uit.

Welke initiatieven zijn er?

Focus op incontinentiemateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen

Een belangrijk deel van de initiatieven richt zich op incontinentiemateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit geeft aan dat deze hulpmiddelen aanzienlijk aandacht krijgen binnen de duurzaamheidsinspanningen in de langdurige zorg vanwege hun hoge gebruiksfrequentie. Echter moet worden benadrukt dat wanneer men zoekt op termen als duurzaamheid en langdurige zorg men ten eerste veel initiatieven vindt die zich richten op de verduurzaming van vastgoed.

Focus R-ladder: overheersend 'reduce'

Wanneer je de initiatieven/producenten indeelt op 'sport' op de R-ladder, is er in de brede zin vooral een focus op het verminderen van gebruik van grondstoffen. Zo heeft het fase O van het onderzoek geconstateerd dat bijvoorbeeld het hergebruiken (refurbish and reuse) bij rolstoelen sterk in de praktijk wordt gebracht. Dit betekent in de uitvoering ook het herdenken (rethink) van structuren en werkwijzen. Los van rolstoelen lijken er op basis van de inventarisatie uit dit onderzoek weinig andere soortgelijke praktijken te zijn. Verduurzaming van producten bv. incontinentiemateriaal zit voornamelijk op 'reduce', en dan specifiek het verduurzamen van het materiaal en productie of

verwerkingsproces van bestaande producten. Gloovy Eco Gloves en Saga Medical (zie bijlage A) zijn voorbeelden van het op de markt brengen van volwaardige alternatieve producten. Deze partijen zou men ook op de 'sport' van reduce plaatsen maar werden geïdentificeerd als partijen die voorbij reguliere processen en materialen gaan. Uit interviews kwamen geen andere partijen die gelijkaardige producten aanbieden naar voren.

Waarom gebeurt er niet meer?

Grote hoeveelheid aan landelijke initiatieven;

weinig concrete producten en weinig gerichtheid op de gebruiker

Een opvallend punt uit de inventarisatie is dat de gebruiker (patiënt/cliënt/consument) die in de motivatie van anderen centraal staat, ondervertegenwoordigd lijkt te zijn bij de partijen die met duurzame zorg bezig zijn. Daarnaast blijkt uit de inventarisatie dat sommige organisaties wel aangeven te streven naar een groenere zorg, maar dat specifieke acties of projecten gericht op deze doelgroep ontbreken. Vaak beperken deze organisaties zich tot algemene statement zoals omtrent het 'willen bijdragen aan groene zorg', maar vinden geen concrete acties plaats. Er zijn wel veel kennisorganisaties, platforms en netwerkorganisaties rondom duurzaamheid. Zo richt Milieuplatform Zorg zich, tot voor kort, op alle aspecten van duurzaamheid in de zorg, behalve medische hulpmiddelen. Ze hebben aangegeven momenteel een opstart te maken op dit thema. Ook is het opvallend dat niet veel organisaties, bedrijven en initiatieven zich specifiek profileren als duurzaam. Slechts 15 van de 51 gevonden organisaties, bedrijven en initiatieven heeft het nastreven van duurzaamheid als hoofdzakelijke bestaansreden, waarvan een deel ook niet specifiek partijen binnen de zorg zijn. Productinnovaties en projecten met duidelijke duurzaamheidsdoelen zijn aanzienlijk minder aanwezig in Nederland. Dit komt mogelijk ook omdat de concrete innovaties en projecten van die organisaties/netwerken zich op andere velden dan hulpmiddelen richten. Ten slotte zijn de meeste geïdentificeerde partijen landelijk georiënteerd, met uitzondering van internationale bedrijven onder de producenten.

Motivatatie meestal niet duurzaamheid

Hoewel het onderzoek zich richt op duurzame medische hulpmiddelen in de langdurige zorg, valt op dat er een overheersende focus is op het verduurzamen van vastgoed, terugdringen van voedselverspilling, besparen van energie en verminderen van uitstoot door vervoer. Hier valt dan ook de meeste milieuwinst te behalen. In de CURE, en voornamelijk de OK's lijkt er een grotere focus te zijn op verduurzaming van medische hulpmiddelen, maar dit valt buiten de scope van dit onderzoek. Daarnaast lijken er op vlak van medische hulpmiddelen belangrijkere motivaties te zijn om eventuele 'duurzame' medische hulpmiddelen te vernieuwen te verbeteren, namelijk:

- A. Personeelsduurzaamheid (inspelen op arbeidsmarkttekorten);
- B. Kosten;
- C. Patiëntcomfort (kwaliteit van leven).

Duurzaamheid van specifiek medische hulpmiddelen lijkt daardoor achter te blijven en/of geen groot thema te zijn in de langdurige zorg. Hoewel duurzaamheidswinsten worden gecommuniceerd,

lijken deze vaak als bijkomende voordelen te worden gepresenteerd. Gesproken organisaties geven vaak aan dat bovenstaande motivaties de drijvende factor zijn, en niet duurzaamheid, aangezien de patiënt en professional in de zorg centraal staan.

Uit interviews kwam de observatie voort dat voor een succesvolle business case en implementatie van nieuwe duurzame medische hulpmiddelen deze of kostenbesparend én duurzaam of persoonsduurzaam / patiëntcomfort bevorderend én duurzaam moeten zijn.

De marktstructuur bestaat uit grote producenten

Daar waar duurzame medische hulpmiddelen beschikbaar zijn, zijn deze vaak geïntroduceerd/geproduceerd door grote, internationale spelers. Zo zijn er voor incontinentiemateriaal alternatieven zoals wasbare inco's en slimme inco's beschikbaar, maar voor veel andere medische hulpmiddelen zijn geen duurzame alternatieven. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de (Nederlandse) markt voor deze producten te klein is (te weinig interesse/te kleine omvang) om te investeren in verduurzaming, maar dit is niet getoetst bij producenten. Verder komen er uit de inventarisatie een aantal kleine producten en/of spelers. Noemenswaardig is Priovention⁵, met haar INDI (Intelligent Diaper) die de vulgraad van urine en ontlasting meet en samenwerkt in pilots met 's Heeren Loo. Ook Gloovy Eco Gloves⁶ die een volwaardig alternatief biedt voor de huidige wegwerp handschoenen, Saga Medical⁷ die een herbruikbare nierbak op de markt brengt en Rollz⁸ met hun duurzame mobiliteitsmiddelen zijn goede voorbeelden.

Al met al vindt er gesprek plaats over verduurzaming (van medische hulpmiddelen) in de langdurige zorg, maar zijn er weinig daadwerkelijke spelers bezig met het ontwikkelen en implementeren hiervan. De gesproken partijen (kleinere spelers) geven als barrières aan 1) een gebrek aan netwerk/contacten binnen de zorg, 2) een gebrek aan langdurige financiering tijdens het ontwikkelproces, 3) de nodige gedragsaanpassing van de zorgmedewerkers en 4) structurele factoren als de vergoeding van medische hulpmiddelen (voornamelijk bij duurzame mobiliteitsmiddelen).

Bovendien zijn er nog een aantal andere verklaringen voor de beperkte focus op verduurzaming van medische hulpmiddelen in het huidige speelveld:

Medische hulpmiddelen vragen niet altijd om verduurzaming

Gesprekspartners geven aan dat medische hulpmiddelen niet altijd om verduurzaming vragen. Zo zijn steunkousen al wasbaar en daarmee gericht op hergebruik. Hetzelfde geldt voor rolstoelen die via depots zoveel mogelijk opnieuw worden ingezet. Ook is het niet altijd duidelijk of er daadwerkelijk grote winst geboekt kan worden met het verduurzamen van medische hulpmiddelen.

⁵ [Priovention](#)

⁶ [Gloovy Eco Gloves](#)

⁷ [Saga Medical](#)

⁸ [Rollz](#)

Bij incontinentiemateriaal is dit overduidelijk gezien de omvang van de afvalstroom. Gesprekspartners geven aan dat dit minder duidelijk is voor producten zoals katheters of verband. Dit komt vaak door de omvang van het aandeel van de uitstoot van deze producten ten opzichte van de totale uitstoot van een zorginstelling, en of een duurzaam alternatief daadwerkelijk groener is (zie volgende punt). Bovendien is verduurzaming van gebouwen en het stimuleren van duurzaam gedrag vaak impactvoller in de langdurige zorg.

De inkoop van medische hulpmiddelen is versplinterd en het ontbreekt aan sturing

De inkoop van incontinentiemateriaal is erg versnipperd, waardoor de slagkracht ontbreekt om in te zetten op duurzame alternatieven. Iedere zorgpartij organiseert de eigen inkoop. Hoewel fabrikanten meerdere duurzame alternatieve beschikbaar hebben, wordt hier vanuit de inkoop (bijna) niet naar gevraagd. Daar waar duurzaamheidseisen zijn opgenomen in hun contractering van hulpmiddelen, verschillen deze per zorginstelling. Dit maakt het lastig voor producenten om aan de verschillende eisen te voldoen. Hierdoor gaan leveranciers er niet op inzetten, en zo lang de markt verschillende producten blijft vragen, gaan fabrikanten niet de omslag maken naar het produceren van enkel duurzame producten.

De terughoudendheid bij zorginstellingen om duurzaam materiaal in te kopen heeft onder andere te maken met:

1. **De impact van het veranderen van soort hulpmiddel op de gebruiker en de zorgprofessional.** Hierdoor is een investeringstraject vereist. Het gaat om de gedragscomponent in dit soort veranderingen. Slimme luiers, die meten wanneer ze vol zitten, vereisen bijvoorbeeld andere dingen van zorgprofessionals en van gebruikers zoals aandacht voor de maatvoering en het ritme waarin deze vervangen moeten worden.
2. **De beperkte beschikbaarheid van sturingsinformatie.** Om toch de keuze te maken om in te zetten op een duurzaam alternatief en een implementatietraject op te starten, moeten zorginstellingen er zeker van zijn dat ze daadwerkelijk winst boeken op het gebied van duurzaamheid. Deze sturingsinformatie is vaak niet beschikbaar, en het kost veel moeite en financiële middelen om deze informatie te vergaren. Deze inspanningen worden vaak niet vergoed vanuit het reguliere tarief. Dit moet dus gebeuren door te snijden op de eigen marges. Zorgverzekeraars en zorgkantoren ervaren ook het gemis van concrete informatie rondom duurzaamheidswinst en kosten. Hoewel er levenscyclusanalyses (LCA's) worden uitgevoerd, zit er veel vrijheid in de uitvoering en is het daardoor appels met peren vergelijken. Er wordt momenteel gekeken naar een Europese norm, maar dit zal niet op korte termijn gerealiseerd worden.

Om deze redenen uiten zorginstellingen de vraag om duurzame alternatieven vaak nog niet, en gecombineerd met een versnipperde inkoop, resulteert dit in een enkeling die verduurzaming oppakt, terwijl de rest het bestaande beleid continueert. Toch zijn er op het gebied van verduurzamen een heleboel mogelijkheden. Dit vereist dat de keten samen kijkt naar het vraagstuk verduurzaming, omdat alle fasen invloed hebben op elkaar (productontwerp, gebruik en verwerking).

Welke rollen zien de partijen voor VWS?

Gedurende het onderzoek hebben we enkele partijen uit bovenstaande verkenning gevraagd naar hun beeld van wat nodig is om een doorbraak te realiseren voor duurzame medische hulpmiddelen in de langdurige zorg. Daarbij is ook gevraagd naar de rol van VWS. Het belangrijkste dat hieruit naar voren kwam is **het faciliteren van het genereren van inzicht in de kosten-, werkdruk en CO₂ besparing van duurzame medische hulpmiddelen** in vergelijking met de huidige gebruikte hulpmiddelen. Het ontbreekt momenteel aan concrete cijfers waarop beslissingen kunnen worden genomen. Hierdoor blijft doorbraak achter. Andere veel voorkomende antwoorden, los van haalbaarheid, zijn:

1. **Inkopers van hulpmiddelen en zorgverzekeraars/zorgkantoren handvatten geven** om op gelijke basis het gesprek over duurzaamheid te voeren. Hiervoor is harmonisatie van LCA methodieken nodig, en kan VWS aanjagen dat er inzicht komt (bijvoorbeeld door middel van een certificaat) in de levensduur, bijkomende kosten en CO₂ uitstoot van duurzame alternatieven ten opzichte van de reguliere hulpmiddelen. Kleinere spelers geven daarbij aan dat LCA's duur zijn, en daardoor mogelijk moeilijk te bekostigen. Daarnaast is VWS een logische schakel voor het gesprek over het waarderen en bekostigen van duurzame hulpmiddelen vs. reguliere hulpmiddelen.
2. **Meer geld voor innovatie.** Innovatie is volgens gesprekspartners vaak afhankelijk van incidentele subsidies. Structurele middelen zijn er (bijna) niet. Aangezien VWS het budget voor de WLZ bepaalt, bestaat de vraag om hier een aparte innovatieopslag in mee te nemen, zodat er geoormerkte ruimte ontstaat voor duurzame keuzes.
3. **Verduurzaming interessanter maken voor producenten** door duurzame hulpmiddelen te subsidiëren en zo prijsprikkels te creëren.
4. **Een overzicht/kennisbank ontwikkelen** waar alle verschillende initiatieven en informatie samenkomen (eventueel op thema), zodat zorgaanbieders een website hebben waar ze informatie kunnen verzamelen en inspiratie kunnen opdoen. In interviews gaven kleinere productontwikkelaars aan dat elke zorgaanbieder een eigen pilot wil draaien, terwijl een betrouwbare website met daarop voorbeelden van al geïmplementeerde producten (en verworven data van eerdere pilots) snelle implementatie kan faciliteren.
5. **Duidelijke kaders binnen de Europese regels voor medische hulpmiddelen (MDR)** die het hergebruik van ongebruikte medische hulpmiddelen van medische hulpmiddelen niet de weg staan (bijvoorbeeld eisen aan bewaartemperatuur en verpakkingen), eventueel in samenwerking met universiteiten.

Ook opvallend is dat partijen lang niet altijd VWS en rol, of slechts een beperkte rol, toebedelen. Tijdens hun ontwikkelproces of implementatiefase hebben ze meestal ook geen specifiek contact

gehad met VWS. Zo geven veel gesprekspartners aan dat er al veel partijen bezig zijn met het onderwerp. Dit is een beeld wat ook duidelijk naar voren komt uit fase 0 van ons onderzoek.

Aanbevolen strategie: twee actielijnen, initiële focus op langdurige zorg

Op basis van deze observaties, en gesprekken en sessies met VWS over hun eigen rolinvulling bevelen we VWS aan om in te zetten op twee actielijnen: een actielijn voor de kortere termijn met een focus op incontinentiemateriaal en een actielijn van de langere termijn gericht op een rolverandering bij VWS. Deze actielijnen passen bij de fase van transitie waarin de verduurzaming van medische hulpmiddelen zich bevindt. In deze vroege fase is een selecte groep bezig met experimenteren met alternatieven. Deze groep verder in beweging brengen en versterken, is een goede eerste stap. Daarnaast is in deze fase het verkennen van nieuwe rollen en het creëren van draagvlak en bewustheid belangrijk.

Focus op incontinentiemateriaal (actielijn 1)

Ten eerste zouden we aanbevelen om (te beginnen met) een focus op een bepaalde productgroep van hulpmiddelen in de langdurige zorg, om de volgende redenen:

- Hulpmiddelen in de langdurige zorg is een onderwerp met een drievoudige achterstand: 1) de zorg als geheel staat voor een inhaalrace, 2) in cure lijkt al meer beweging te ontstaan dan in care, zeker waar verduurzaming het primaire proces raakt en 3) de meeste inzet in de care lijkt zich te richten, niet onbegrijpelijk, op zaken als huisvesting en in mindere mate voeding.
- Het veld ziet een relatief beperkte rol voor VWS, en VWS zelf ziet ook beperkingen in haar rol, gegeven de verantwoordelijkheden die zij ook heeft voor doelmatigheid en rechtmatigheid van zorguitgaven. Het steunen van individuele duurzame initiatieven sluit hier volgens VWS niet op aan.
- Er zijn juist wel netwerken en platforms in opkomst, die vaak zorg breed werken zoals Milieuplatform Zorg, De Groene Zorg Alliantie, de Green Deal 3.0, lokale samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders, Rijkswaterstaat, etc. Hier lijken ons (aanvullende) acties van VWS relatief weinig meerwaarde te hebben.

Gegeven deze factoren is het in deze situatie verstandig om vooral in één productgroep of onderwerp beweging en versterking te creëren dan een versnipperde aanpak. In de langdurige zorg springt incontinentiemateriaal eruit als hulpmiddel wat betreft het aandeel in de milieubelasting en in beweging die al in het veld is. Dit biedt een mooi aangrijpingspunt voor verdere versterking. Hiervoor zijn verschillende handelingsopties voor VWS waarop we in het volgende hoofdstuk verder in gaan.

Rolverandering VWS (actielijn 2)

Het voorgaande (actielijn 1) biedt aanknopingspunten waarop VWS op korte termijn actie op kan ondernemen. Tegelijk impliceert een transitie meestal ook het oppakken van nieuwe rollen voor

overheden. Zeker waar verduurzaming direct het primaire zorgproces raakt, staat verduurzaming van de zorg nog aan het begin. Een rol pakken in het verder brengen van deze transitie vraagt van VWS een bredere focus dan alleen op doelmatigheid en rechtmatigheid. Overheidsrollen die zich meer richten op het gericht en selectief ondersteunen van opkomende initiatieven en hier actief institutionele ruimte voor maken zijn hiervoor meer ondersteunend. Daarom adviseren we een tweede actielijn, gericht op het verkennen van nieuwe rollen. Deze rolverandering is niet alleen voor de verduurzaming van hulpmiddelen in de langdurige zorg van belang maar moet wellicht ook in een veel bredere context van andere grote uitdagingen in de zorg worden opgepakt. Tegelijkertijd is juist voor verduurzaming van de hulpmiddelen in de langdurige zorg een overheid die naast haar traditionele ook een meer transformatie rol speelt cruciaal.

In fase 2 van deze rapportage brengen we verdieping aan de op rol van VWS bij deze twee actielijnen.

FASE II: VERDIEPING OP DE ROL VAN VWS IN TWEE ACTIELIJNEN

5. ACTIELIJN 1 - focus op incontinentiemateriaal

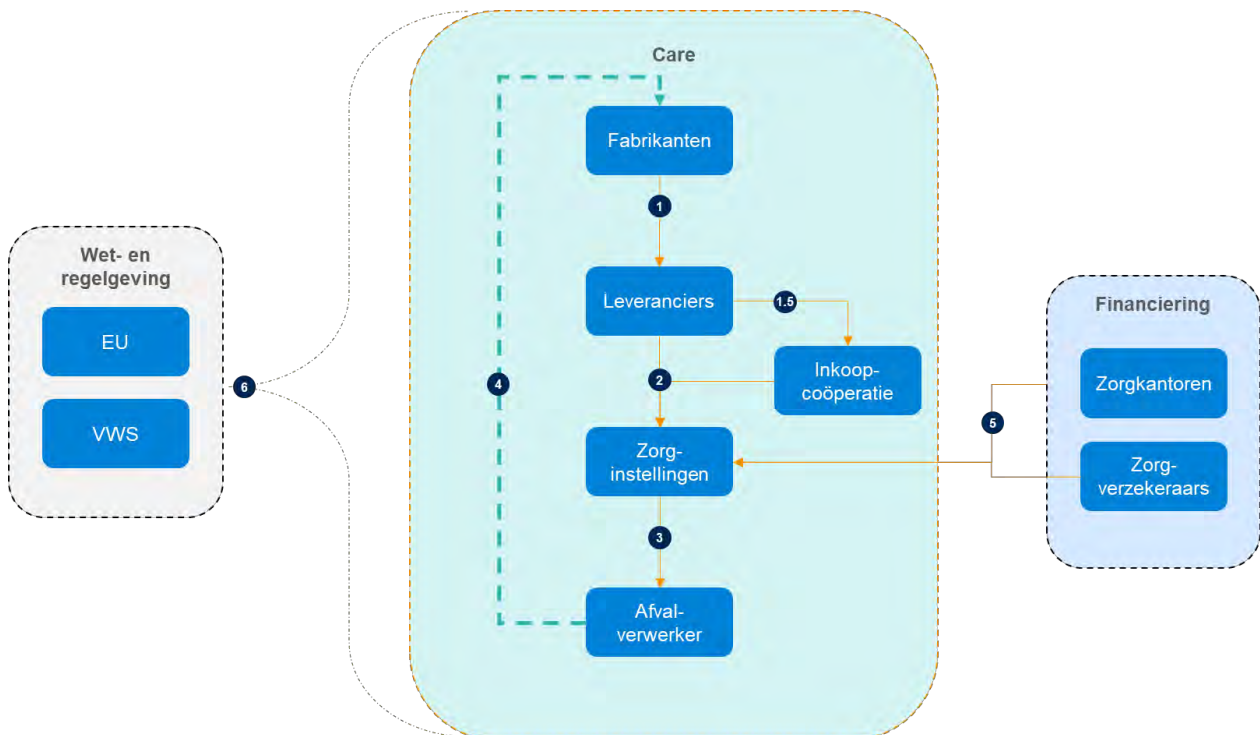
In dit hoofdstuk gaan we in op de belangrijkste bevindingen met betrekking tot verduurzaming van incontinentiemateriaal. We starten met een schets van de keten, waar we ingaan op onze belangrijkste bevindingen en advies richting VWS over haar rol.

Ketens incontinentiemateriaal

Om de bevindingen omtrent incontinentiemateriaal te kunnen duiden, is het belangrijk om een schets van de keten te maken (zowel intra- als extramuraal).

PARTIJ	TOELICHTING
FABRIKANTEN	Dit omvat alle partijen die medische hulpmiddelen ontwikkelen en produceren.
LEVERANCIERS	Onder deze term valt een breed scala aan partijen, zoals importeurs, groothandelaren, medische speciaalzaken en apothekers. In de extramurale zorg (zie figuur 3) vallen winkels zoals een Kruidvat of Etos ook onder de leveranciers, het medisch hulpmiddel is dan tevens een consumentenproduct.
INKOOPCOÖPERATIES	Dit zijn partijen die namens zorgaanbieders, hun leden, grootschalig medische hulpmiddelen inkopen, waardoor volumekorting ontstaat op deze middelen.
ZORGINSTELLINGEN	Onder de extramurale zorginstellingen vallen voornamelijk verpleeghuizen, een instelling voor gehandicaptenzorg of een GGZ-instelling.
AFVALVERWERKER	Onder deze term vallen twee belangrijke onderdelen: de logistieke tak en de verwerkingstak.
ZORGKANTOREN ZORGVERZEKERAARS	Binnen de Wlz geldt dat men geïndiceerd moet zijn met behandeling om in aanmerking te komen voor medische hulpmiddelen. In dat geval wordt dit gefinancierd door een zorgkantoor. Als dat niet zo is, maar men heeft wel medische hulpmiddelen nodig, dan komt men bij Zvw, en daarmee de zorgverzekeraars.
VWS/EU	Dit zijn de partijen die gaan over de regelgeving in Nederland en de EU. Op medische hulpmiddelen is veel regelgeving van toepassing, en om die reden spelen ze dus een belangrijke, overkoepelende partij.

Intramurale keten (zorgzwaartepakketten inclusief behandeling)



Figuur 3: Overzicht keten langdurige zorg | Incontinentiemateriaal

Fabrikanten zijn vaak grote, internationale spelers, die hun productielocaties geografisch hebben verspreid over diverse continenten. Zij leveren in grote volumes aan leveranciers over de hele wereld. Deze fabrikanten ontwikkelen nieuwe producten, waaronder meer duurzame, ook door acquisitie van bedrijven en hun innovaties. De Nederlandse markt, zeker gezien de versnippering van inkoop en omvang, kan maar beperkt druk uitoefenen op deze internationale markt. Er zijn wel kansen in producten die op deze markt verschijnen zoals 'slim' en wasbaar incontinentiemateriaal. Ook wordt er steeds meer gebruik gemaakt van duurzamere grondstoffen. Een UPV/EPR zou fabrikanten over de hele keten en met name voor afvalrecycling verantwoordelijk maken (lees meer in [bijlage C](#)).

Leveranciers, zoals Mediq, Bosman en Pluripharm, kopen bij de fabrikanten grootschalig in, en verkopen dit door aan zorginstellingen. Soms verloopt de inkoop via inkoopcoöperaties zoals Intrakoop. Iedere (grote) langdurige zorginstelling heeft een inkoopafdeling, die met verschillende leveranciers zakendoen. Soms wordt een deel van de producten zelfs locatie specifiek ingekocht. De inkoop is dus erg versnipperd. Bovendien stellen weinig inkopers duurzaamheidseisen in hun inkoopcontracten, mogelijk door een gebrek aan kennis over de mogelijkheden, waardoor leveranciers daar ook niet op inspelen. Wanneer dit wel gebeurt, zijn de eisen te uiteenlopend voor producenten om op in te spelen. Bij de keuze voor incontinentiemateriaal is gebruikservaring van zowel zorgprofessionals als de gebruiker van groot belang is. Experimenteren met hulpmiddelen is

lastig doordat meerjarige contracten zijn gesloten (3-5 jaar). Tot slot ontbreekt het vaak aan harde informatie over duurzaamheidswinst (lees meer in [bijlage C](#)).

Incontinentiemateriaal vormt ongeveer 50% van de totale afvalstroom van een langdurige zorginstelling, ingezameld door afvalverwerkers. Afvalverwerkers zijn logistieke partijen die vaak ook (sommige) stromen zelf verwerken. Een knelpunt is dat momenteel recyclingcapaciteit onvoldoende is om de gescheiden afvalstromen te verwerken en dat technieken relatief laag rendement hebben⁹. Er is één Nederlandse recycler met significante capaciteit. Closed loop recycling waarbij een gebruikte luier weer een luier wordt is nog niet haalbaar (stroom 4), omdat menselijk afval en soms ook medisch afval wordt geïntroduceerd gedurende de levensduur van het product, waardoor het recyclaat (herbruikbaar materiaal) niet aan de vereiste hygiëne standaarden voldoet (lees meer in [bijlage C](#)).

Incontinentiemateriaal in langdurige zorg worden bekostigd door zorgkantoren (Wlz) en zorgverzekeraars (Zvw). Bij mensen met een Wlz-indicatie worden de hulpmiddelen soms vanuit de Wlz vergoed (bij de intramurale financieringsvorm zorgzwaartepakketten inclusief behandeling) en soms vanuit de Zvw (bij de intramurale financieringsvorm zorgzwaartepakketten exclusief behandeling en extramuraal). De relatie zorgverzekeraar/zorgkantoor - zorgaanbieder is niet ingericht op het sturen op duurzaamheid en staat onder grote druk kosten te besparen en de toegankelijkheid te borgen. Zorgkantoren hebben geen contractuele of anderszins directe relatie met fabrikanten. Zorgaanbieders moeten verduurzaming uit het totale beschikbare budget vanuit de zorgzwaartepakketten financieren. De inkoop van incontinentiemateriaal verloopt dan ook via zorgaanbieders.

Er is geen business case op basis waarvan zorgaanbieders duurzame keuzes kunnen maken bij de inzet van incontinentiemateriaal omdat dit of niet haalbaar is, of simpelweg geen *Total Cost of Ownership* afweging wordt opgesteld. Hier liggen nog duidelijk kansen.

Hoewel zorgkantoren wel een faciliterende rol richting zorgaanbieders in verduurzaming hebben, komt dit nog niet goed van de grond omdat de te korten aan arbeidskrachten en financiële middelen urgenter zijn. Zorgverzekeraars en zorgkantoren etaleren wel goede voorbeelden, en stellen eisen om bijvoorbeeld minimaal één duurzaam initiatief te implementeren als voorwaarde voor de financiering,¹⁰ of door bijvoorbeeld eisen te stellen in het inkoopbeleid zoals 5% minder ingekochte inco's¹¹. Een ander voorbeeld van *best practice* is steun van zorgverzekeraars aan initiatieven zoals Stichting CareCycle die ongebruikt incontinentiematerialen ophaalt, verzamelt, keurt op kwaliteit, om het vervolgens weer uit te geven (lees meer in [bijlage C](#)).

⁹ Met laag rendement bedoelen we dat de afvalverwerking inefficiënt is op het gebied van bijvoorbeeld energiegebruik, materiaal terugwinning, co2-gebruik en/of hoge kosten met zich mee brengt

¹⁰ [tabel groene initiatieven \(zn.nl\)](#)

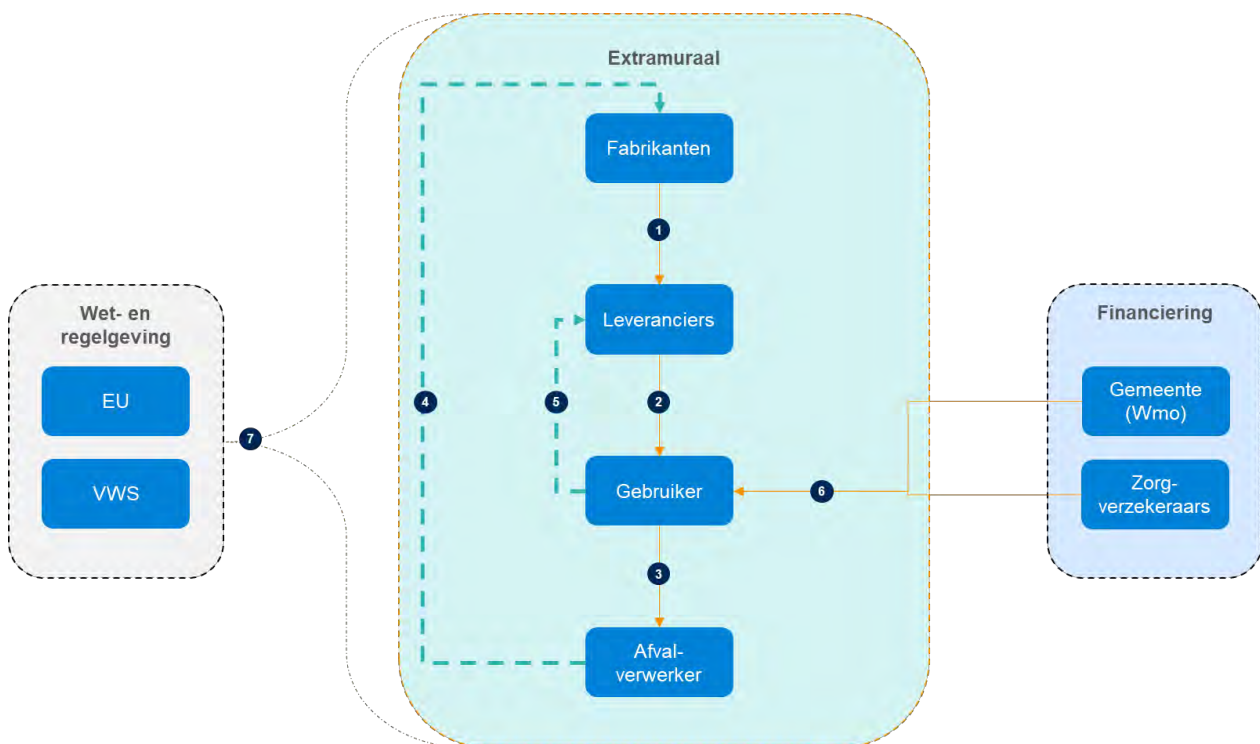
¹¹ [Contractering en inkoop 2024 \(vgz-zorgkantoren.nl\)](#)

Extramurale keten (in intramuraal bij zorgzwaartepakketten exclusief behandeling)

Het merendeel van de inzichten die voor de intramurale langdurige zorg gelden zijn hetzelfde voor de extramurale zorg omtrent incontinentiemateriaal. Dit komt omdat bijvoorbeeld producenten en de beschikbare alternatieven hetzelfde zijn. Het grootste verschil is echter dat de gebruiker in dit geval nog thuis woont, in plaats van bij een zorginstelling en dat financiering via de Zvw verloopt. Dit heeft invloed op:

- hoe de medische hulpmiddelen bij de gebruiker komen;
- het gebruik van de medische hulpmiddelen;
- de inzameling van de medische hulpmiddelen.

In onderstaande omschrijvingen benoemen we alleen wat nieuw is vergeleken met de intramurale keten.



Figuur 4: Overzicht keten extramurale zorg | Incontinentiemateriaal

De fabrikant-leverancier relatie is gelijk als bij de langdurige zorg, met een veld gedomineerd door grote multinationals. Zorgverzekeraars maken generieke afspraken met leveranciers over leveringsvoorwaarden maar de directe relatie verloopt via de gebruiker. Hoewel zorgverzekeraars wel een faciliterende rol richting zorgaanbieders in verduurzaming hebben, komt dit nog niet goed van de grond en is men beducht voor premiestijging. Het voorkomen van verspilling is voor zorgverzekeraars belangrijk omdat dit de kosten verlaagt en daarmee een stijging van de zorgpremie kan voorkomen/beperken.

Thuiswonende gebruikers kopen hun materiaal via drogist of de apotheek die het incontinentiemateriaal zelf verstrekt of het een leverancier aan huis laat brengen. Leveranciers leveren vaak voor enkele maanden aan. Het is ook mogelijk dat thuiszorg het incontinentiemateriaal meeneemt, en dat het zo bij de gebruiker komt. Wanneer gebruikers niet alles gebruiken (omdat ze overlijden of de incontinentie afneemt), wordt dit incontinentiemateriaal (vaak) verspild. Bij intramurale zorg noemde wel al het initiatief om dit materiaal in te zamelen. Een ander knelpunt is dat de gebruiker zelf niet altijd efficiënt omgaat met incontinentiemateriaal. (lees meer in [bijlage D](#))

Zorgaanbieders moeten verduurzaming tot nu toe uit de eigen marges financieren. Daar is het probleem dat er geen business case ligt om dit binnen die marges te doen, omdat dit of niet haalbaar is, of simpelweg geen *Total Cost of Ownership* afweging wordt opgesteld. Hier liggen nog duidelijk kansen. Hoewel er bij intramurale zorginstellingen mogelijkheden bestaan om voldoende gebruikt incontinentiemateriaal (volume) in te zamelen, is dit lastiger binnen de extramurale zorg. Het vraagt van gebruikers dat ze hun incontinentiemateriaal scheiden van het afval en dat dit afval gescheiden wordt ingezameld. Hoewel het scheiden van incontinentiemateriaal een verandering in het gedrag van de gebruiker vereist, zijn er succesvolle initiatieven. Zo zamelen een aantal Nederlandse gemeenten luiers en incontinentiemateriaal apart in via containers, maar de ingezamelde hoeveelheden verschillen sterk per gemeente. (lees meer in [bijlage D](#))

Innovaties en ontwikkelingen in verduurzaming van incontinentiemateriaal

Er is een variatie aan initiatieven gericht op de verduurzaming van incontinentiemateriaal. In onderstaand kader geven we alle lopende innovaties weer in omvang, potentie en belemmeringen.

Innovatie: Slim incontinentiemateriaal, continue meting

- *Beschrijving:* Met behulp van loggers continue meten of een luier verzadigd is. Medewerkers krijgen een melding bij een verzadigde luier en kunnen de client een schone luier geven. Dit voorkomt onnodige verschoningsmomenten en het te lang aanblijven van een volle luier. Medewerkers verwijderen voor het weggooien van de wegwerpluier de logger zodat deze opnieuw gebruikt kan worden.
- *Huidige omvang van toepassing:* Meerdere zorgaanbieders.
- *Potentiële impact op duurzaamheid:* 26% minder verschoningen = uitgespaard materiaal en 60% minder natte bedden = minder was (Kenniscentrum Digitale zorg, Slim incontinentiemateriaal – Evaluatie, toetsing en waardebeoordeling)
- *Belemmeringen:*
 - financiering extramuraal en bij zzp's exclusief behandeling: de financiering van hulpmiddelen in de Wlz verloopt extramuraal en intramuraal bij zzp's exclusief behandeling via de Zvw. Daarmee is het geoordeelde financiering, gekoppeld aan individuele cliënten. Hierdoor is het voor zorgaanbieders lastiger om het in te zetten. Bij zzp's inclusief behandeling kunnen zij hulpmiddelen vanuit het totale zzp-budget financieren en als organisatie inkopen;

- o verandering in werkwijze in primair proces;
- o niet voor alle doelgroepen kostenneutraal.

Innovatie: Slim incontinentiemateriaal, eenmalige meting

- *Beschrijving:* Met behulp van herbruikbare loggers eenmalig het patroon van uitscheiding in kaartbrengen. Hieruit volgt een advies over het te gebruiken incontinentiemateriaal en de verschoningsmomenten. De leverancier van incontinentiemateriaal begeleidt het traject en geeft het advies. De meting kan bij veranderingen in het uitscheidingspatroon herhaald worden. De loggers zijn herbruikbaar.
- *Huidige omvang van toepassing:* Acht zorgaanbieders.
- *Potentiële impact op duurzaamheid:* 16,7% - 29% minder verschoningen = uitgespaard materiaal (Kenniscentrum Digitale zorg, Slim incontinentiemateriaal – Evaluatie, toetsing en waardebeoordeling)
- *Belemmeringen:*
 - o financiering extramuraal en bij zzp's exclusief behandeling: de financiering van hulpmiddelen in de Wlz verloopt extramuraal en intramuraal bij zzp's exclusief behandeling via de Zvw. Daarmee is het geoordeelde financiering, gekoppeld aan individuele cliënten. Hierdoor is het voor zorgaanbieders lastiger om het integraal in te zetten omdat de inzet via de cliënten, per client geregeld moet worden. Bij zzp's inclusief behandeling kunnen zij hulpmiddelen vanuit het totale zzp-budget financieren en als organisatie inkopen;
 - o worden door 1 leverancier aangeboden, de data staan bij die leverancier;
 - o beperkte integratie in EPD; de via de loggers verzamelde informatie ligt vast bij de producent. Het advies wat hieruit volgt deelt de producent mondeling met de zorgaanbieder. Zorgprofessionals moeten dit zelf vastleggen in het EPD. Voor de meeste zorgprofessionals is dit een complexe taak. Ze zijn niet gewend om een mondeling advies te schriftelijk vast te leggen en te vertalen naar een zorgplan;
 - o verandering in werkwijze in primair proces;
 - o vraagt in intake fase extra tijd en geld;
 - o authenticatie vereist een smartphone;

Innovatie: Verduurzaming van de (productie van) wegwerpluiers

- *Beschrijving:* Producenten verduurzamen de wegwerpluiers door aanpassing van het productieproces, de materialenmix en/of supply chains). Dit reduceert de benodigde grondstoffen in het productieproces.
- *Huidige omvang van toepassing:* Producenten maken hierin over de breedte kleine stappen.
- *Potentiële impact op duurzaamheid:* Onduidelijk, in het verleden geven producenten 10-30% reductie van CO₂ voetafdruk aan (over 10 jaar).
- *Belemmeringen:*
 - o geen goed inzicht voor inkopers in voetafdruk producten;
 - o werkt alleen als alle producenten in Europees verband dit doen;
 - o eindigheid incrementele verbetering.

Innovatie: Wasbare luiers

- *Beschrijving:* Wasbare luiers gebruiken in plaats van wegwerp. Gebruik van wasbare luiers maakt dat er per client minder luiers nodig zijn. Deze luiers zijn er in verschillende kleuren en geven de dragers meer het gevoel van ondergoed dan van een luiers. De luiers zijn te gebruiken in combinatie met technologie (slim inco), maar dat wordt op dit

moment nog niet gedaan. De inzet van deze technologie is in wasbare broeken goedkoper door hergebruik van de in de luier aanwezige technologie.

- *Huidige omvang van toepassing:* Elf cliënten, een locatie, een zorgaanbieder.
- *Potentiële impact op duurzaamheid:* Van 1100 wegwerpluiers naar vijftien wasbare luierbroeken per jaar (vergelijkbaar met een verlaging van de voetafdruk voor wasbare kinderluiers van ongeveer 65%).
- *Belemmeringen:*
 - o er is maar een producent van 1 type luier, met relatief hoge kosten (2,5 keer zo duur als de wegwerpvariant);
 - o impact op afvalwater is onbekend;
 - o er is een infrastructuur voor wassen nodig;
 - o er is nog geen goede onderbouwing van de potentie (mede door de lage aantallen);
 - o wasbare luiers worden vanuit de Zvw niet standaard vergoed;
 - o verandering in werkwijze in primair proces.

Innovatie: Te vergoeden voorraden maximeren

- *Beschrijving:* Zorgverzekeraars en zorgkantoren vergoeden aan leveranciers een voorraad van maximaal een maand en vergoeden ongebruikt materiaal niet. Hiermee proberen ze overuitgifte te voorkomen.
- *Huidige omvang van toepassing:* Enkele zorgverzekeraars.
- *Potentiële impact op duurzaamheid:* Geschat verspillingspercentage door overuitgifte loopt volgens 1 bron op tot 20-30%.
- *Belemmeringen:*
 - o levering voor langere periodes is logistiek aantrekkelijk voor leveranciers (lagere kosten en minder menskracht);
 - o zorgverzekeraars hebben geen contact met gebruikers waardoor ze niet weten wanneer er sprake is van te grote voorraden;
 - o bij ZZP's in behandeling maken de zorgaanbieders de inkoopafspraken, hierop hebben zorgkantoren geen invloed;
 - o gebruikers kunnen leveringen niet eenvoudig aanpassen;
 - o financiële prikkels in keten zijn gericht op vergroting van de afname.

Innovatie: Heruitgifte van niet gebruikte wegwerpluiers

- *Beschrijving:* Het innemen en heruitgeven van niet gebruikte wegwerpluiers voorkomt verspilling van materiaal.
- *Huidige omvang van toepassing:* Eén pilot in deel van Brabant/Limburg en een pilot in Rotterdam.
- *Potentiële impact op duurzaamheid:* Geschat verspillingspercentage door overuitgifte is 20-30%.
- *Belemmeringen:*
 - o heruitgifte leidt tot vergoeding van al vergoed product;
 - o wet en regelgeving (eisen aan product maken zoals de bewaartemperatuur);
 - o de inzamelings- en uitgiftelogistiek van niet gebruikte luiers (extra logistieke stroom);
 - o financiële prikkels in keten zijn gericht op vergroting van de afname.

Innovatie: Verbetering van de afvalverwerking

- *Beschrijving:* Het innemen en heruitgeven van niet gebruikte wegwerpluiers voorkomt verspilling van materiaal.
- *Huidige omvang van toepassing:* <10% (luiers van kinderen en volwassenen) via een afvalcentrale.

- *Potentiële impact op duurzaamheid:* 400kg CO₂ emissies, naar 100 kg 'negatieve' emissies (per ton verwerkt materiaal), ongeveer 40% over hele levenscyclus (kinderluiers). In de ouderenzorg bestaat 49% van het afval uit incontinentiemateriaal.
- *Belemmeringen:*
 - o zorgaanbieders moeten gescheiden gaan inzamelen;
 - o capaciteit voor apart ophalen van afval is beperkt (1 afvalcentrale);
 - o kosten;
 - o weerstand bij producenten (UPV);
 - o cradle-to-cradle (inco wordt weer inco) is niet haalbaar.

De innovaties die we onderzocht hebben, hebben impact op de verschillende fasen van het gebruik van incontinentiemateriaal: de inkoop aan de voorkant, het op maat gebruiken van met materiaal in de zorg, het hergebruik van niet gebruikte materialen en het reduceren van afval van gebruikte materiaal (zie onderstaande tabel).

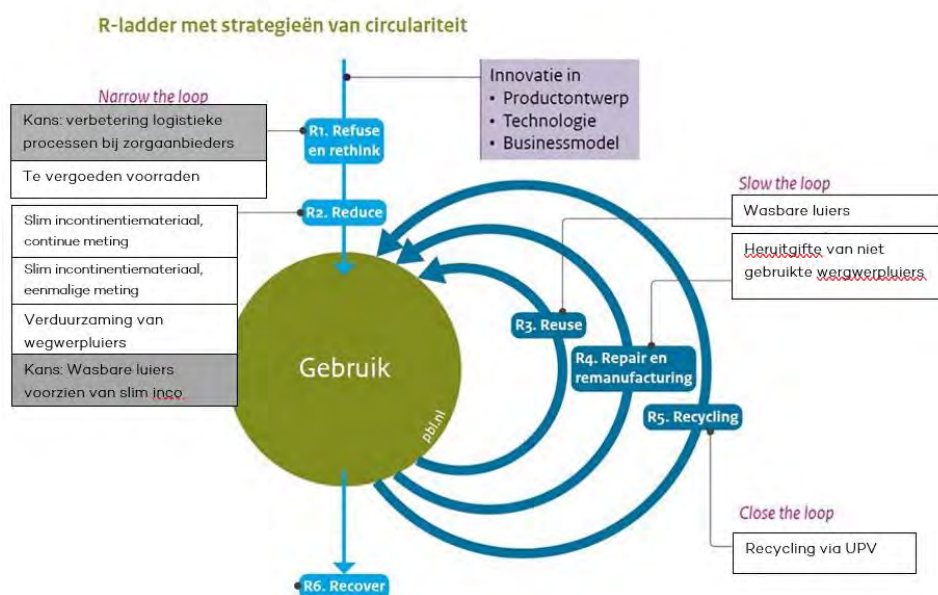
INKOOP/LOGISTIEK	MAATWERK IN DE ZORG	HERGEBRUIK VAN MATERIALEN	AFVALREDUCTIE
Te vergoeden voorraden maximeren	Slim incontinentiemateriaal, eenmalige meting	Wasbare luiers	Verduurzaming van de (productie van) wegwerpluiers
	Slim incontinentiemateriaal, continue meting	Heruitgifte van niet gebruikte wegwerpluiers	Verbetering van de afvalverwerking

Voor al deze innovaties zien we als belangrijke succesfactoren de positieve impact van een innovatie op de kwaliteit van leven van cliënten, de kwaliteit van de zorg en de efficiëntie van de zorg (arbeids- en/of kostenbesparend). Hierdoor zijn zorgprofessionals bereid de innovatie te gebruiken. Een algemene belemmering bij het implementeren en opschalen van innovaties in de zorg is de beperkte veranderkracht/ implementatiekracht bij zorgaanbieders. Door de hoge druk op de zorg door de stijgende zorgvraag en krapte op de arbeidsmarkt ligt de prioriteit van zorgaanbieders en financiers in het kunnen blijven leveren van zorg aan mensen die dit nodig hebben. De innovaties die gericht zijn op maatwerk worden breder toegepast dan de andere initiatieven. Deze initiatieven dragen niet alleen bij aan de ecologische duurzaamheid maar hebben ook een positieve impact op de kwaliteit van leven en zorg en de efficiëntie in de zorg.

Naast de innovaties die in de praktijk toegepast worden kwamen uit ons onderzoek ook kansen naar voren die nog niet in de praktijk worden toegepast. Enkele respondenten zien kansen om met de verbetering van logistieke processen bij zorgaanbieders de hoeveelheid niet gebruikte voorraad te verminderen. De loggers die gebruikt worden voor een eenmalige meting van het uitscheidingspatroon kunnen, als ze niet in gebruik zijn, extramuraal of intramuraal ingezet worden

bij een financiering van zorgzwaartepakketten exclusief behandeling¹². Dit versnelt de opschaling van deze innovatie. Wasbare luiers kunnen voorzien van loggers (slim inco) onnodige verschoningsmomenten voorkomen waardoor de impact op de circulariteit van de wasbare luiers toeneemt.

De breedst toegepaste initiatieven hebben de meeste impact op circulariteit



In het figuur hebben we de verschillende initiatieven geplaatst op de R-ladder van circulariteit. De verduurzamingsinitiatieven op het gebied van incontinentiemateriaal omvatten met een breed scala aan strategieën van circulariteit. De breedst toegepaste initiatieven behoren tot de 2^e trede (R2 reduce): door het gebruik van slim incontinentiemateriaal vermindert het gebruik van luiers en worden de luiers efficiënter gebruikt (geen onnodige verschoningen) en door verduurzaming van het productieproces vermindert het gebruik van grondstoffen. Op de bovenste trede (R1 refuse en rethink), de meest circulaire strategie, staat het voorkomen van overuitgifte. Doordat zorgverzekeraars aan leveranciers geen grote voorraden vergoeden voorkomen ze dat er producten geleverd worden die zorgaanbieders en cliënten eigenlijk niet nodig hebben. Als er voldoende variatie is in wasbare luiersoorten kunnen deze, gekoppeld aan de slim inco, het gebruik van luiers aanzienlijk verminderen. Het gebruik van wasbare luiers bevindt op dit moment nog in de pioniersfase en op dit moment is er slechts 1 maat luier beschikbaar vanuit 1 leverancier.

¹² De financiering van incontinentiemateriaal in de Wlz verloopt extramuraal en intramuraal bij zzp's exclusief behandeling via de Zvw

Advies over rol VWS in verduurzaming incontinentiemateriaal

Op basis van onze analyse concluderen we dat verduurzaming van incontinentiemateriaal in een vroege fase van de transitie zit. In deze fase is het belangrijk om relevante partijen te mobiliseren, samenwerkingen te initiëren en te experimenteren om meer te leren over wat werkt en wat niet. Hierbij past vanuit de overheid een ondersteunende, stimulerende en inspirerende rol. In deze paragraaf adviseren we VWS hoe ze invulling kunnen geven aan deze rol om zo de verduurzaming van incontinentiemateriaal te helpen bewegen naar een volgende fase.

Lift mee op innovaties gericht op arbeids- en kostenbesparing in het primaire proces

De prioriteit van zorgaanbieders en financiers voor innovaties in het primaire proces ligt in het vinden van oplossingen voor de krapte op de arbeidsmarkt en de stijgende zorgvraag. Dit is de grootste barrière voor de verduurzaming van hulpmiddelen. Ecologische duurzaamheid proberen zorgaanbieders liever te bereiken via verduurzaming van vastgoed en energie dan door het primair proces te belasten met veranderingen in werkwijze voor de verduurzaming van hulpmiddelen. De eenmalige en continue metingen met slim incontinentiemateriaal bieden oplossingen voor de uitdagingen in het primaire proces en hebben tegelijkertijd een substantiële circulaire potentie. Omdat de primaire motivatie om dit in te voeren ligt in de arbeidsbesparing adviseren we VWS te overwegen mee te liften op de trajecten die vanuit die impact de implementatie en opschaling stimuleren (zie [Hybride incontinentiezorg - Digizo.nu](#), deze innovaties stimuleren zorgverzekeraars en zorgkantoren in het inkoopbeleid en vallen onder de [STOZ-regeling](#)).

Faciliteer vergelijkend inzicht in opties

Ondersteun zorgaanbieders in het maken van keuzes door te investeren in een zo solide mogelijke vergelijking van de verschillende opties om incontinentiemateriaal te verduurzamen. Om fragmentatie in onderzoeken en vergelijkingen te voorkomen kan VWS een rol spelen in het zorgen dat alle diverse innovaties hier besproken direct met elkaar vergelijkbaar zijn en door zorgaanbieders afgewogen kunnen worden in het inkoopproces. Deze vergelijkingen kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op CO₂- en afvalbesparing, overige LCA-aspecten, kosten en barrières. Dit kan grotendeels op basis van deskresearch en nieuwe berekeningen op bestaande gegevens en onderzoeken, aangevuld met aanvullende case studies en informatie uit pilots.

Breng dit vervolgens, in één helder overzicht i.p.v. dat er bijvoorbeeld verschillende één op één vergelijkingen elk met andere uitgangspunten ontstaan, verspreid over verschillende documenten. Hiervoor kan de overkoepelende website van de green deal gebruikt worden maar deze is nog niet goed bekend. Naast het bundelen van kennis is daarom ook de communicatie over de vindplaats van belang.

Steun extra inzet op heruitgifte (en voorkomen overuitgifte) en wasbaar

Ook binnen incontinentiemateriaal adviseren we te prioriteren welke innovaties op in te zetten op basis van:

1. grote potentie bij uiteindelijke brede toepassing om milieubelasting (CO₂, afval) te reduceren (de meest circulaire innovaties);
2. bijdrage aan de andere grote uitdagingen in de zorg (zoals arbeidstekorten en kosten);
3. acties zijn op Nederlandse schaal mogelijk (i.p.v. alleen in Europees/internationaal verband) en met relatief weinig middelen is een groot verschil voor deze ontwikkelingen te maken¹³
4. acties raken aan kerntaken en -competenties VWS, bijvoorbeeld omdat zij raken aan het primaire zorgproces, zorgfinanciering, zorgregulering, etc.

Wij denken dat innovaties gericht op heruitgifte (en voorkomen overuitgifte) en wasbaar incontinentie-materiaal het beste voldoen aan deze criteria. Voor de productie van wasbare luiers zou dit gerealiseerd kunnen worden door (via zorgverzekeraars/zorgkantoren) een positieve (financiële) prikkel te zetten op het gebruik van wasbare luiers. Hierdoor gaan waarschijnlijk meer zorgaanbieders het gebruiken en wordt het voor meer producenten aantrekkelijk om het te gaan produceren. Men zou kunnen beginnen met het financieel mogelijk maken van voortzetten, beperkt opschalen en beperkt uitbreiden naar andere aanbieders van wasbare luiers via bijvoorbeeld specifieke subsidies.

Zet op de voorkant van de keten in via Europese samenwerking, en neem een meer volgende rol voor recycling

Het vergroten van de circulariteit van producten door aanpassing van het productieproces, de materialenmix en/of supply chains) werkt alleen als alle producenten in Europees verband dit doen. Als een producent dit alleen voor de Nederlandse markt zou doen zouden de producten te duur worden. Daarom adviseren we VWS om in EU-verband te opereren om producten incrementeel duurzamer te maken. De kennis over verduurzaming van de afvalverwerking en de uitgebreide producentenverantwoordelijkheid (UPV) ligt voornamelijk bij RWS/I&W. VWS kan hierin volgend en ondersteunend zijn. Dit voorkomt ook dat er nog meer nadruk van beleid op de afvalfase komt te liggen, terwijl in principe dit slechts het sluitstuk zou moeten zijn, voor wat 'refuse, rethink, reuse' etc. niet circulair kan maken.

Faciliteer visievorming en maak verbindingen

Uit verschillende interviews komt de behoefte aan *een landelijke visie op de incontinentiezorg* naar voren. Vanuit een gezamenlijke visie kunnen keuzes gemaakt worden in de verduurzaming van incontinentiemateriaal en daaruit volgend in het primaire proces en de financiering. Als bijvoorbeeld ecologische duurzaamheid de belangrijkste prioriteit is leidt dat tot andere keuzes dan wanneer efficiëntie, kwaliteit van leven of betaalbaarheid voorop staat. VWS zou een trekkersrol kunnen vervullen bij het uitwerken van een dergelijke visie om vandaaruit de duurzaamheidsagenda vorm te geven. Wel zouden we willen benadrukken dat het in de huidige

¹³ VWS is ook actief in bijv. Europees verband om op internationale schaal verandering te realiseren, dit is buiten scope van dit rapport.

fase is het van belang om te laten zien dat je op alle sporten van de R-ladder inzet en ontwikkelingen stimuleert of juist bewust het initiatief aan anderen laat. Een visie hoeft nu dus nog niet te betekenen dat je voor de ene of voor de andere innovatie moet kiezen.

Neem het voortouw om samen met alle betrokken partijen (producenten, leveranciers, financiers, zorgaanbieders en afvalverwerkers) de verspilling van incontinentiemateriaal uit het systeem te halen. Haal daarbij de huidige prikkels boven tafel en herontwerp met elkaar een systeem met prikkels die voor iedereen de gewenste richting op werken. Organiseer inhoudelijke marktdagen om met elkaar tot oplossingen te komen.

Enkele geïnterviewden gaven aan dat een *actieve rol van VWS helpt in het leggen van verbindingen* naar andere partijen die een rol hebben in de verduurzaming van incontinentiemateriaal (zoals Vilans en beroepsgroepen en de verschillende betrokken ministeries).

Tot slot: heb oog voor behoeften van individuele gebruikers

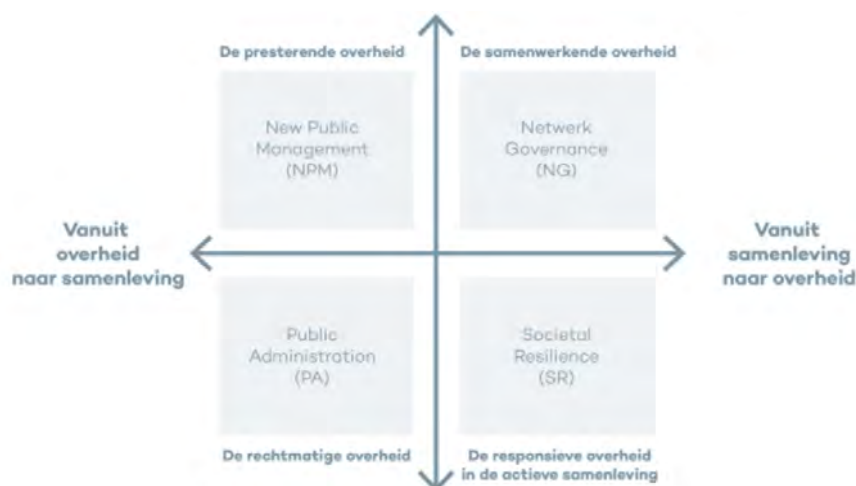
Tot slot verschilt het per client welk (duurzaam) continentiemateriaal het best passend is. Voor de ene client is een wasbare luier het fijnst omdat hij aan een wegwerpluier blijft plukken of soms nog zelf naar het toilet gaat. Voor de andere is een wegwerpluier met een continue meting het best passend omdat er veel variatie in het uitscheidingspatroon zit en het urineverlies zwaar is. Ook de leveringsvorm van de zorg heeft invloed op de in te zetten mogelijkheden. Bij een zelfstandig wonende client met zware incontinentie is het wassen van luiers een grote belasting. Daarnaast is niet altijd mogelijk om direct een luier te verwisselen als de logger aangeeft dat deze vol is.

6. ACTIELIJN 2 - rolverandering VWS

In de eerste actielijn hebben we in het vorige hoofdstuk een aanpak geschetst vanuit instrumenten die VWS op de korte termijn kan inzetten vanuit haar huidige rolopvatting en mogelijkheden. In dit hoofdstuk kijken we vanuit een breder perspectief welke rollen in de transitie naar een duurzame zorg, met een focus op medische hulpmiddelen in de langdurige zorg, nodig zijn. Die mogelijke rollen vergelijken we met de huidige rol(opvatting) van VWS om mogelijkheden tot rolverbreding te vinden. De huidige rol(opvatting) van VWS baseren we op het type acties dat VWS (eventueel via anderen) inzet en gevoerde gesprekken en gehouden sessies.

Rollen overheid in transitie

Voor rollen in transitie gebruiken we het raamwerk voor sturing, zoals ontwikkeld door de Nederlandse School Openbaar Bestuur (NSOB) en daarna verder ontwikkeld samen met DRIFT om op transities toe te passen.



Figuur 5 NSOB sturingskwadrantenmodel

Het vertrekpunt zijn vier rollen, waarbij een rol niet alleen bepaalde soort instrumenten betreft, maar ook een andere houding en soms zelfs onderliggende waarde en doel van overheidsoptreden. De vier rollen hebben elk een eigen historische periode waarin ze ontstaan zijn en eigen literatuur. In de praktijk moeten, en worden, ze altijd gecombineerd om in een complexe sector en maatschappij.

- **De klassieke overheid (ook wel rechtmatige overheid):** is een sterk legalistische rol waarin de overheid niet zo zeer een resultaat nastreeft, maar rechten en plichten in de samenleving en markt bewaakt. In het instrumentarium ligt de nadruk op wet- en regelgeving en, gelegitimeerd door politieke besluiten, stuurt de overheid de maatschappij. Al zal in praktijk de overheid vooral codificeren waarvoor al breed draagvlak in de maatschappij en politiek is.

- **De managende overheid (ook wel de presterende overheid):** legt juist veel meer de nadruk op het bereiken van concreet resultaat, uiteraard binnen de randvoorwaarden van rechtstaat en wet, door goede planning en controle. Ook hier is het beeld vooral van een overheid die de maatschappij stuurt, maar is het instrumentarium vaak meer economisch: door de juiste marktprikkels of andere financiële incentives worden bijvoorbeeld bedrijven uitgedaagd zelf oplossingen te vinden om aan de doelen te voldoen. Omdat de nadruk ligt op het behalen van resultaat, is het meten van resultaat en scherp (SMART) definiëren van resultaat vaak belangrijk.
- **De samenwerkende overheid (ook wel de polderende of netwerkende overheid):** ziet zichzelf veel meer als één van de maatschappelijke spelers die afhankelijk is van vele anderen om resultaten te bereiken. Dit betekent dat zij ook (deels) met die andere partijen te behalen resultaten definieert. Vervolgens ligt net als bij de managende overheid wel de nadruk op het behalen van die resultaten, inclusief de monitoring daarvan. Een veel gebruikte vorm van samenwerken vanuit deze rol zijn convenanten, akkoorden, tafels etc., zoals de Green Deals rondom verduurzaming van de zorg.
- **De bottom-up overheid (ook wel de responsieve overheid):** lijkt op de polderende overheid, maar i.p.v. vanuit brede consensus met belangrijkste partijen te werken, richt de overheid zich veel meer op een diversiteit aan bottom-up initiatieven in de maatschappij faciliteren, en dus minder gericht op een concreet resultaat zijn. Programmatische en financiële ondersteuning, reflexieve monitoring, en faciliterende functies, vaak ook op lokaal niveau, zijn veel gebruikte instrumenten.

In het volledige raamwerk voor sturing in transitie worden deze vier overheidsrollen afgezet tegen processen van optimalisatie, opbouw, afbraak en normalisering in transitie. Elk van de vier overheidsrollen kan voor elk van de vier processen ingezet worden. Zo vraagt opbouw vaak een bottom-up rol van de overheid, maar bijvoorbeeld ook regelvrije ruimte en bewaking, wat meer bij andere rollen past.

Om als overheid succesvol transitie te helpen versnellen en richting te geven zullen niet alleen per proces maar ook per fase van de transitie de accenten verschillen. In de beginfase, waarin het leren vanuit verschillende perspectieven centraal staat, past een bottom-up rol van de overheid. De versnellingsfase waarin experimenten opgeschaald worden vraagt eerder om een samenwerkende overheid. In de stabiliseringsfase kan de overheid een belangrijk rol vervullen in het inbedden en verankeren van nieuwe werkwijzen door de rol van managende overheid te pakken.

We reflecteren in deze paragraaf op mogelijke uitbreidingen van de rollen die VWS zou kunnen nemen vanuit elk van deze vier overheidsrollen zodat VWS in de verschillende fasen en processen in een transitie kan meebewegen en optimaal kan ondersteunen.

De klassieke overheid

Vanuit deze overheidsrol zien we dat het ministerie vooral waakt over de rechtmatigheid van verduurzamingsbeleid van de zorg. Daarnaast is zij betrokken bij de Uitgebreide Producenten Verantwoordelijkheid m.b.t. luiers en incontinentiemateriaal, al ligt het initiatief (en de kennis) daar meer bij I&W en uitvoeringsorganisaties. Binnen de huidige rolopvatting van VWS zien we beperkt ruimte voor aanvullende acties. Vanuit een brede rol zou VWS juist kunnen overwegen om actief op zoek te gaan naar het creëren van ruimtes die regelluw zijn of nieuwe regels uitgetoetst kunnen worden. Bijvoorbeeld rondom het meer duidelijkheid geven over heruitgifte incontinentiemateriaal (vergoeding verzekeraars, aangebroken verpakkingen, etc.). Ook zou zij kunnen anticiperen op de inzet van slim incontinentiemateriaal in de extramurale setting, waarbij mogelijk de vergoedingssystematiek aangepast moeten worden (een hogere vergoeding per luier / aanvullende vergoeding voor ‘loggers’, voor minder exemplaren).

De managende overheid

Tot nu toe lijkt VWS weinig vanuit deze rol te opereren, omdat zij vooral gebruik maakt van de ‘samenwerkende overheid’ (zie volgende paragraaf). Een rolverbreiding zou kunnen inhouden dat zij zelf een grotere sturende rol op zich neemt en kijkt welke acties zij meer direct kan en moet nemen om de beleidsdoelen vanuit de Green Deal te halen. Een voorbeeld zou zijn dat een kleine aanvullende financiering geeft voor hulpmiddelen die duidelijker duurzamer zijn (waar de verschillen tussen die duurzaamheidshulpmiddelen wel duidelijk moeten zijn).

De samenwerkende overheid

Dit is de voornaamste rol waarin VWS nu aan verduurzaming hulpmiddelen werkt, bijvoorbeeld via de Green Deals en de NEN norm die VWS in voorbereiding heeft. Zoals aangegeven in de vorige actielijn zou ook binnen de huidige rolopvatting deze rol fors versterkt kunnen worden door via onderzoek en analyse, de verschillende verduurzamingsopties in bijvoorbeeld incontinentiemateriaal vergelijkbaar te maken. Vanuit gesprekken en interviews brengen partijen vaak naar voren dat binnen de netwerken die rondom verduurzaming van zorg gevormd worden, inbreng van financiering om het verschil in kosten tussen duurzame en onduurzame opties te overbruggen, vaak een knelpunt is.

De bottom-up overheid

Het meer inspringen op opkomende initiatieven door deze gericht te ondersteunen is een rol die op dit moment minder bij VWS lijkt te passen voor dit onderwerp. In combinatie met de samenwerkende overheid zou het ministeries steun/deelname aan netwerkorganisaties in vergroening van zorg wel in deze rol geplaatst kunnen worden. Een optie zou zijn om voorbeelden te etaleren om zo anderen te inspireren, maar de vraag is hoeveel dit toevoegt aan wat andere partijen kunnen en willen. Een rolverbreiding op dit punt zou zijn om via innovatie-/transitieprogramma's, en waar urgent ad-hoc steun, gericht innovaties te steunen. Dit zou bijvoorbeeld het intensief financieel en anderszins faciliteren van wasbaar materiaal zijn, en het uitbouwen van een groep koplopers hierin. Ook zou de overheid zich meer groepen milieubewuste

consumenten kunnen richten, voor de doelgroep die buiten het formele zorgsysteem bijvoorbeeld lichte incontinentieproducten koopt.

Relatie tot de grotere zorgtransitie

Zoals in hoofdstuk 4 beschreven, ligt het voor de hand een meer transformatieve rol van VWS te zien in samenhang met de andere grote opgaven (waaronder ook arbeidsopgave). Wellicht kan op dit onderwerp een andere rol verkennen gezien worden als pilot omdat dit ook voor andere opgaven nodig is.

7. CONCLUSIE

Met betrekking tot de rol van VWS in het kader van verduurzaming van medische hulpmiddelen in de langdurige zorg, adviseert dit onderzoek twee actielijnen:

Actielijn 1: focus op incontinentiemateriaal

Wij adviseren VWS, mede gegeven beperkingen in aandacht en middelen die VWS heeft, om zich op de korte termijn te **concentreren op verduurzaming van incontinentiemateriaal**. Dit is het hulpmiddel met de grootste milieu-impact en *relatief* de meeste beweging. Gegeven hoe weinig beweging er nog op het hele onderwerp is, lijkt het ons verstandiger op één onderwerp beweging te creëren, dan een brede inzet met als risico nergens significant te versnellen. Op basis van onze analyse concluderen we dat verduurzaming van incontinentiemateriaal in de beginfase van de transitie zit. In deze fase is het belangrijk om relevante stakeholders te mobiliseren, samenwerkingen te initiëren en te experimenteren om meer te leren over wat werkt en wat niet. Hierbij past vanuit de overheid een ondersteunende, stimulerende en inspirerende rol. Daarom komen we tot de volgende aanbevelingen voor het ministerie van VWS:

- **Lift mee op innovaties gericht op arbeids- en kostenbesparing in het primaire proces.** Omdat de primaire motivatie om innovaties in het primaire proces in te voeren ligt in de arbeidsbesparing adviseren we VWS te overwegen mee te liften op de trajecten die vanuit die impact de implementatie en opschaling stimuleren.
- **Faciliteer vergelijkend inzicht:** Zorg dat de kosten-, milieueffecten en praktische aspecten van verschillende duurzame incontinentieopties in kaart zijn gebracht en in een direct vergelijkbaar overzicht zijn opgenomen.
- **Steun extra inzet op twee specifieke innovaties**, namelijk 'heruitgifte' (of minder overuitgifte) en wasbaar incontinentiemateriaal. Dit zijn beiden nu nog kleine, kwetsbare initiatieven die wel een grote potentie hebben, en waar met relatief weinig middelen en/of aanpassingen in regelgeving een verschil gemaakt kan worden.
- **Zet op de voorkant van de keten in via Europese samenwerking, en neem een meer volgende rol voor recycling.** Voor de voorkant van de keten (producenten) lijkt alleen actie in Europees verband (of op zijn minst in samenwerking tussen verschillende landen) zinvol. Aan de achterkant van de keten (afvalrecycling) zouden wij het beleidsprimaat bij het afvaldomein laten en hier in te volgen en te ondersteunen.
- **Faciliteer visievorming en maak verbindingen:** laat zien dat je een streven en visie hebt om de inzet incontinentiemateriaal te verduurzamen. In deze fase hoeft dat nog niet te betekenen dat voor bepaalde oplossingen gekozen wordt. Het is juist belangrijk om diverse wegen te verkennen. Neem het voortouw om samen met alle betrokken partijen (producenten, leveranciers, financiers, zorgaanbieders en afvalverwerkers) de verspilling van incontinentiemateriaal uit het systeem te halen. Haal daarbij de huidige prikkels boven tafel en herontwerp met elkaar een systeem met prikkels die voor iedereen de gewenste richting op werken. En breng zorgaanbieders bij elkaar om een passende inkoopkracht te realiseren ten opzichte van de internationale producenten en afvalverwerkers.

- **Heb oog voor behoeften van individuele gebruikers:** het verschilt het per client welk (duurzaam) continentiemateriaal het best passend is. Voor de ene client is een wasbare luier het fijnst omdat hij aan een wegwerpluier blijft plukken of soms nog zelf naar het toilet gaat. Voor de andere is een wegwerpluier met een continue meting het best passend omdat er veel variatie in het uitscheidingspatroon zit en het urineverlies zwaar is. Probeer in beleid deze diversiteit in behoeften te faciliteren en zie dit ook als een kans om weerstand bij gebruikers te voorkomen.

Actielijn 2: rolverandering VWS

Voor de tweede actielijn in de verduurzaming van hulpmiddelen in de langdurige zorg hebben we gekeken naar de huidige en mogelijke toekomstige rol van VWS in de transitie naar duurzame zorg vanuit het 'sturing in transitie' raamwerk van DRIFT en de Nederlandse School Openbaar Bestuur (NSOB). We keken vanuit dat perspectief naar vier overheidsrollen:

1. de klassieke/rechtmatige overheid;
2. de managende/presterende overheid;
3. de samenwerkende/polderende/netwerkende overheid;
4. de bottom-up/responsieve overheid.

We concluderen dat VWS nu vooral vanuit de klassieke en samenwerkende rol opereert, maar dat transitie, waaronder de andere grote zorgtransities die nodig zijn, bijvoorbeeld ook een rol vraagt om responsief veelbelovende ontwikkelingen te faciliteren met middelen, (regel)ruimte, specifieke kennisontwikkeling en het zorgen voor de juiste financiële prikkels in het financieringssysteem. Door het innemen van verschillende rollen kan VWS beter inspelen op de fasen en processen die een transitie met zich meebrengt.

BIJLAGEN

BIJLAGE A: Inventarisatie initiatieven, programma's en organisaties

ORGANISATIE	REGIO	TYPE ORGANISATIE	HULPMIDDEL	R-LADDER
VGZ	NL	verzekeraar	n.v.t.	n.v.t.
Vilans	NL	kennisorganisatie	n.v.t.	n.v.t.
Omring	NL	aanbieder	n.v.t.	n.v.t.
Zorg voor Beter	NL	kennisorganisatie	n.v.t.	n.v.t.
ActiZ	NL	branche organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Zorgthuisnl	NL	vereniging / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
NEN	NL	netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Interzorg	NL	aanbieder	afvalverwerking	recycle
Green Team infectiepreventie (VHIG)	NL	beroepsorganisatie	n.v.t.	n.v.t.
Gloovy Eco Gloves	NL	producent	persoonlijke beschermingsmiddelen	reduce, recycle
Groene Zorg Alliantie	NL	platform / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Abena	INT	producent/leverancier	incontinentiemateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen	reduce
Het Hoge Veer	NL	aanbieder	incontinentiemateriaal	reduce
WeSense (door Seneca Sense Technologies, leverancier Mediq)	INT	producent	incontinentiemateriaal	reduce
SIM - Smart Incontinence Management (door Simavita)	INT	producent	incontinentiemateriaal	reduce
Milieuplatform Zorg	NL	platform / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.

Het Baken zorgverlening	NL	aanbieder	afvalverwerking en incontinentiemateriaal	recycle
Green Care Academy	NL	platform / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Sustainable Healthcare Challenge	NL	initiatief (netwerk)	n.v.t.	n.v.t.
Atlant	NL	aanbieder	n.v.t.	n.v.t.
Logistiek Centrum Brabant	NL	pilot programma	incontinentiemateriaal	reuse
Stichting CareCycle	NL	leverancier	incontinentiemateriaal	reuse
RWS Leefomgeving	NL	programma	incontinentiemateriaal	reuse
's Heeren Loo	NL	aanbieder	afvalverwerking	reuse
Priovention	NL	producent/leverancier	incontinentiemateriaal	reuse
MVO Nederland - Netwerk Zorg	NL	platform / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Kaatje Katoen (Kombolone door Popolini)	NL	producent/leverancier	incontinentiemateriaal	reuse
Nappy's	NL	producent/leverancier	incontinentiemateriaal	reuse
Remondis	NL	verwerking	afvalverwerking en incontinentiemateriaal	recycle
vereniging Milieu Platform Zorgsector (MPZ)	NL	vereniging / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Patiëntenfederatie Nederland	NL	vereniging / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Duurzame Dinsdag	NL	initiatief (netwerk)	n.v.t.	n.v.t.
Erasmus MC - herbruikbare blaaskatheder	NL	onderzoek	incontinentiemateriaal	reuse
ZonMw programma Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg Thuis	NL	programma	n.v.t.	n.v.t.

Radboudumc - stop gebruik plastic mastrashoes	NL	initiatief	persoonlijke beschermingsmiddelen	refuse
Expertisecentrum Verduurzaming Zorg	NL		n.v.t.	n.v.t.
Semper Med		producent/leverancier	persoonlijke beschermingsmiddelen	reduce
Med-Comfort		producent/leverancier	persoonlijke beschermingsmiddelen	reduce
SoliClean		producent/leverancier	persoonlijke beschermingsmiddelen	reduce
TU Delft, Amsterdam UMC, Programma Duurzame Zorg	NL	onderzoek	persoonlijke beschermingsmiddelen	reuse
Coloplast		producent/leverancier	incontinentiemateriaal en stomaverzorgingsmiddelen	recycle
TENA (met SmartCare Identifi en SmartCare Change Indicator)		producent/leverancier	incontinentiemateriaal	reduce
Brabantzorg	NL	aanbieder	incontinentiemateriaal	reduce
Venya (met Instant Care)		producent/leverancier	incontinentiemateriaal	reduce
Nevi	NL	kennisorganisatie / netwerk organisatie	n.v.t.	n.v.t.
Intrakoop	NL	coöperatie / kennisorganisatie	algemeen (inkoop)	n.v.t.
Stichting Diabetes+	NL		n.v.t.	n.v.t.
Sigra	NL	initiatief (netwerk)	n.v.t.	n.v.t.
Medux (leverancier Etac)	NL	producent/leverancier	mobiliteitshulpmiddelen	
Rollz	NL	producent	mobiliteitshulpmiddelen	repair, refurbish, reuse, reduce
Kersten Hulpmiddelen	NL	leverancier	mobiliteitshulpmiddelen	repair, refurbish, reuse
Saga Medical	NL	producent (in pilot fase)	andere	reduce

BIJLAGE B: Geïdentificeerde partijen slim inco

Tijdens dit onderzoek zijn wij de volgende partijen tegengekomen. Dit zijn partijen die

- Slim incontinentiemateriaal momenteel gebruiken;
- Pilots hebben uitgevoerd omtrent slim incontinentiemateriaal;
- Overwogen om over te stappen op slim incontinentiemateriaal.

<u>Archipel</u>	<u>Nieuw Woelwijck</u>
<u>Azora</u>	<u>Omring</u>
<u>Bartimeus</u>	<u>Park Zuiderhout</u>
<u>Beweging 3.0</u>	<u>Pleyade</u>
<u>Brabantzorg Noorderkroon</u>	<u>Saxenburgh</u>
<u>Careyn</u>	<u>Siza</u>
<u>Egala Zorg</u>	<u>St. Elisabeth</u>
<u>Elver</u>	<u>St. Franciscus</u>
<u>Groenhuysen</u>	<u>Stichting Rosengaerde</u>
<u>Het Hoge Veer</u>	<u>Surplus</u>
<u>Het Laar</u>	<u>Tantelouise ABG</u>
<u>IJsselheem</u>	<u>Thebe Lucia</u>
<u>Laverhof</u>	<u>Topaz</u>
<u>Maaswaarden</u>	<u>Vitalis</u>
<u>Maria-Oord</u>	<u>De Wever</u>
<u>Markenheem</u>	<u>WoonZorgcentra Haaglanden</u>
<u>Mijzo</u>	<u>Zorggroep Eelde Maasduinen</u>

BIJLAGE C: Detailbeschrijving keten intramuraal

De detailbeschrijving komen uit het vorige rapport, en nemen incontinentiemateriaal als voorbeeld.

STROOM 1 Intramuraal: van fabrikant naar leverancier

Kenmerken

Fabrikanten van incontinentiemateriaal zijn vaak grote, internationale spelers, die hun productielocaties geografisch hebben verspreid over diverse continenten. De grote meerderheid (~90%) van het incontinentiemateriaal wat in de EU wordt geproduceerd, wordt ook in de EU geconsumeerd. In Nederland vindt beperkt productie plaats, maar Essity fabriceert incontinentiematerialen in zowel Hogezaand als Gennep.¹⁴

De belangrijkste fabrikanten van incontinentiemateriaal in Europa zijn:

- Abena;
- Attends;
- Essity (Tena);
- Hartmann;
- Kimberley-Clark;
- Ontex;
- Unicharm.

Zoals eerder benoemd zijn deze fabrikanten ook ontwikkelaars van nieuwe producten. Doordat het grote internationale spelers zijn, nemen ze nieuwe bedrijven met een inventieve en/of duurzame oplossing vaak over. Deze innovaties kunnen toegevoegd worden in het eigen assortiment, maar dat hoeft niet (zie kansen & best-practices).

Hoewel er meerdere soorten incontinentiemateriaal bestaan, focust ons onderzoek zich op absorberend incontinentiemateriaal, gezien het veelvuldige gebruik en de hoeveelheid afval die ermee gepaard gaat. Binnen het absorberend incontinentiemateriaal zijn er meerdere productcategorieën, afhankelijk van de behoefte de gebruiker. De mate van incontinentie verschilt en daarmee de productbehoefte, en bovendien heeft elk soort product ook weer verschillende eigenschappen zoals maat of geschiktheid bij reumatische handen. Binnen de absorberende incontinentiematerialen vallen grofweg de volgende producten:

- Inleggers;
- Incontinentiebroekjes;
- Incontinentieluiers;
- Onderleggers (incontinentiematjes).

Fabrikanten leveren nooit direct aan zorginstellingen of gebruikers. In eerste instantie wordt er

¹⁴ Tauw & Rebel: Onderzoek naar invoering van uitgebreide producentenverantwoordelijkheid voor luiers en incontinentiemateriaal (2023).

altijd gebruik gemaakt van een tussenpersoon, de leverancier.¹⁵ Deze leverancier koopt grootschalig in bij de fabrikant.

Knelpunten

Aangezien veel fabrikanten internationale spelers zijn, is Nederland niet de enige afzetmarkt. Dit kan een knelpunt vormen voor verduurzaming wanneer andere landen achterlopen op verduurzamingsambities rondom medische hulpmiddelen. Het versnipperde inkooplandschap in Nederland (zie stroom 2) draagt hieraan bij. Zelfs wanneer de inkoop meer geüniformeerd (versplinterde inkoop, maar dezelfde vraag) of gebundeld (dezelfde vraag door middel van bijvoorbeeld regionale inkoop) wordt, is het maar de vraag of fabrikanten hun productiecapaciteiten aanpassen aan de Nederlandse vraag. Fabrikanten geven aan dat de mogelijkheden voor duurzame producten wel bestaan, maar dat het inzetten hierop lastig is doordat er veel verschillende en heel specifieke patiëntgroepen zijn.

Wet- en regelgeving heeft ook invloed op de mate waarin fabrikanten aangeven te willen kunnen/willen opereren in Nederland (zie stroom 6). Momenteel werkt Nederland aan een uitgebreide producentenverantwoordelijkheid (UPV) voor luiers en incontinentiemateriaal (Extended Producer Responsibility of EPR op EU niveau). Deze maatregel houdt in dat 'fabrikanten geheel of gedeeltelijk financieel of organisatorisch verantwoordelijk zijn voor het beheer van de afvalstoffen die overblijven na het in de handel brengen van stoffen, mengsels of producten'.¹⁶

Vanuit de interviews is aangegeven dat dit mogelijk eerder resulteert in een terugtrekking van fabrikanten uit Nederland, dan een aanpassing. De reden die zij hiervoor geven is dat de gebruiksfase van incontinentiemateriaal de producteigenschappen verandert, doordat er menselijke/medische resten worden geïntroduceerd aan het product. Dit heeft een sterke invloed op de mogelijkheden tot recycling, en daarmee de rol die een fabrikant kan spelen in het hergebruiken van de grondstoffen. Dit wordt ook bevestigd in het rapport van TAUW & Rebel (2023), waarin wordt aangegeven dat de recyclingcapaciteit nog onvoldoende is, en alleen gericht is op terugwinning van kunststof. Echter moet de kanttekening worden gemaakt dat fabrikanten hiermee wel een hoge eis aan het recyclaat stellen. Hoewel de teruggewonnen kunststof niet voor nieuw incontinentiemateriaal kan worden gebruikt, is toepassing van het recyclaat (de kunststof) wel mogelijk in andere producten. Om die reden adviseert het rapport dan ook om de UPV voorbereiding alsnog te starten.

En ander knelpunt waarover de branchevereniging signalen ontvangt vanuit haar leden is de beschikbaarheid van grondstoffen. Leden geven aan dat het door de globale markt al een aantal jaren moeilijk is om in te zetten op andere, duurzamere, grondstoffen en dat corona hier niet aan heeft bijgedragen.

¹⁵ Importeurs, groothandelaren, medische specialzaken en apothekers.

¹⁶ Taw & Rebel (2023)

Kansen & best-practices

In het interview met de branchevereniging wordt aangegeven dat sommige fabrikanten inzetten op het verminderen van hun impact op het milieu, door zoveel mogelijk neutraal- CO₂ te produceren en selectief te zijn in het gebruik van materialen. Zo gebruikt Abenda enkel windenergie, en hergebruikt het ~88% van de materialen.¹⁷ Ook wordt gekeken naar het transport van de producten, door in te zetten op elektrisch vervoer. Bovendien hebben fabrikanten al een breed scala aan producten ontworpen die duurzamer zijn dan de standaard wegwerp incontinentiematerialen. Denk hierbij aan:

- Sensoren die aangeven wanneer je naar het toilet moet, ontwikkeld door Novioscan¹⁸, ondertussen overgenomen door Essity. Echter is in dit onderzoek niet gekeken naar de E-waste van dit soort producten;
- Slim incontinentiemateriaal: deze materialen bevatten sensoren die verbonden zijn met de app van een verzorgende, en die aangeeft wanneer de luier 'vol' is, zodat het aantal verschoningen beperkt wordt, en daarmee de werklust van een zorgprofessional afneemt. Abena¹⁹ en Essity produceren deze toepassing beide;
- Wasbaar incontinentiemateriaal voor volledige incontinentie. Een voorbeeld hiervan is Priovention²⁰;
- Wasbaar incontinentiemateriaal voor gedeeltelijke incontinentie. Een voorbeeld hiervan is wasbaar ondergoed van Tena (Essity).

Zoals later in dit hoofdstuk zal blijken, betekent de beschikbaarheid van oplossing niet direct dat de oplossingen daadwerkelijk ook worden gebruikt. De grootste hordes hierbij zijn inkoop, gedragsaspecten (stroom 2) en praktische limitatie, zoals inzameling en transport (stroom 3).

STROOM 2 Intramuraal: van leverancier naar zorginstelling*Kenmerken*

Bekende leveranciers van incontinentiematerialen aan zorginstellingen zijn Mediq, Bosman en Pluripharm. Deze leveranciers kopen bij de fabrikanten grootschalig in, en verkopen dit door aan zorginstellingen, soms via inkoopcoöperaties zoals Intrakoop. Doordat cliënten bij langdurige zorginstellingen inwonend zijn, belandt het product ook direct bij de gebruiker. Iedere (grote) langdurige zorginstelling heeft een inkoopafdeling, die met verschillende leveranciers zakendoen. Vaak zijn deze inkoopafdelingen ook nog hybride in de wijze waarop zij inkopen; een deel van de producten die op alle locaties nodig zijn kopen ze collectief in, terwijl ze andere producten per locatie/afdeling inkopen. Op deze locaties is ook niet altijd een 'inkoopspecialist of inkoopafdeling aanwezig. De mate van hybriditeit verschilt dus per zorginstelling; de ene koopt incontinentiemateriaal collectief in, terwijl de ander ervoor kiest om het per locatie te doen, aangezien inwonende jongeren vaak totaal andere behoeften hebben dan ouderen.

¹⁷ [Abena](#)

¹⁸ [Novioscan](#)

¹⁹ [Abena Nova](#)

²⁰ [Priovention](#)

Volgens enkele gesprekspartners hebben standaard inkoopcontracten een duur van tussen de drie en vijf jaar, om zo voldoende inkoopvoordeel te behalen. Een andere manier om inkoopvoordeel te behalen is om als zorginstelling aan te sluiten bij een inkoopcoöperatie. Deze coöperaties kopen in bulk medische hulpmiddelen in. Incontinentiemateriaal is zowel een grote kostenpost (75-80% van de totale kosten voor medische hulpmiddelen)²¹, als afvalstroom (ongeveer 50% van het totaal geproduceerde afval van een langdurige zorginstelling).

Knelpunten

Het inzetten op incontinentiemateriaal kent vele knelpunten, namelijk (1) een versnipperde inkoop doordat elke zorgaanbieder zelf de markt op gaat, en de bijhorende prijsprikkels, (2) gedragscomponenten bij professionaliteit & inwoners en (3) gebrek aan sturing op duurzaamheid.

Versnipperde inkoop en bijhorende prijsprikkels

Zoals aangegeven in de vorige paragraaf, is de inkoop binnen de langdurige zorg erg versnipperd. Iedere zorginstelling regelt haar eigen inkoop bij leveranciers, waardoor de vraag naar incontinentiemateriaal erg breed is en vele producten omvat. Hierdoor is er voor leveranciers, en daarmee ook fabrikanten, geen incentive om in te zetten op een beperkt aantal hulpmiddelen en deze te verduurzamen. Bovendien stellen weinig inkopers duurzaamheidseisen in hun inkoopcontracten, mogelijk door een gebrek aan kennis over de mogelijkheden, waardoor leveranciers daar ook niet op inspelen.

Indirect zit hier ook een prijsprikkel in; zo lang voornamelijk klassieke incontinentiematerialen worden ingekocht door zorginstellingen, blijven deze ook het goedkoopst, omdat leveranciers deze in bulk kunnen inkopen bij de fabrikant en de fabrikant daar zijn productiefaciliteiten op kan instellen. Een andere complicerende factor is dat wanneer medische hulpmiddelen efficiënter worden gebruikt of duurzamer zijn, het volume en daarmee de volumekorting ook afneemt. In sommige gevallen maakt dat het financieel zelfs minder interessant om minder af te nemen en te gaan hergebruiken, zeker wanneer je dit als zorginstelling niet kan permitteren in je winstgevendheid (zie stroom 5). Alleen wanneer de inkoop minder versnipperd is en bijvoorbeeld regionaal wordt gebundeld en geharmoniseerd, kan er een groter volume gevormd worden, en daarmee kan de negatieve prijsprikkel worden weggenomen.

Gedragscomponenten

Het professioneel handelen van zorgprofessionals en de eisen van bewoners spelen ook een grote rol binnen de keuze voor incontinentiemateriaal binnen de langdurige zorg. Zoals in stroom 1 is weergegeven, zijn er duurzame alternatieven beschikbaar. Dit komt omdat incontinentiemateriaal een medisch hulpmiddel is, waarbij de gebruikservaring van zowel zorgprofessionals als de gebruiker van groot belang is. Dit maakt overstappen op een ander product lastig. Voor de zorgprofessional geldt dat het nieuwe incontinentiemateriaal gebruiksvriendelijk moet zijn. Dit betekent dat de zorgprofessional overweg moet kunnen met het product. Zo kan een slimmer of

²¹ Ecorys, Sectorstudie medische hulpmiddelen, 2011

duurzamer incontinentiemateriaal mogelijk lastig zijn in de maatvoering. De zorgprofessional zal dan aangeven dat het incontinentiemateriaal snel lekt en daardoor niet goed is, terwijl ze waarschijnlijk moeten wennen aan een nieuw product.

Hetzelfde geldt voor de gebruiker. De luier moet lekker zitten, en het kan in heel kleine dingen zitten waarom de gebruiker het wel of niet lekker vindt zitten. Zeker wanneer een gebruiker ouder is of dementeert, is verandering vaak een grote drempel. Hoewel dit vaak een kwestie van gewenning is, vormt dit wel een rem op de invoering. Deze gedragscomponenten spelen dus een grote rol bij het introduceren van nieuw incontinentiemateriaal, helemaal als de pasvorm of het comfort sterk verandert.

Gebrek aan sturing op duurzaamheid

In de vorige paragraaf is gedemonstreerd dat de gedragscomponent een grote rol speelt bij het introduceren van een nieuw medisch hulpmiddel. Om die reden zijn zorginstellingen huiverig met het introduceren van duurzaam incontinentiemateriaal, omdat de implementatie vaak een diepte-investering vereist middels een pilot om gebruikers te overtuigen (vaak gefinancierd vanuit eigen middelen, zie stroom 5). Wat hierbij niet helpt is dat inkoopcontracten vaak 3-5 jaar duren om genoeg volume te creëren, waardoor de inkoop ook niet flexibel is.

Vanwege de contractduur en de tijdsinvestering in de gedragscomponent, willen zorginstellingen zeker weten dat het hulpmiddel daadwerkelijk duurzaam is. Vaak ontbreekt echter de informatie om hierop te sturen. Zelfs als de alternatieven er zijn, dan wil een zorginstelling weten hoeveel duurzamer de oplossing is ten opzichte van de huidige oplossing. Deze informatie kunnen leveranciers vaak nog niet inzichtelijk maken voor inkopers, waardoor het moeilijk is om over te stappen. Daarbij moet de zorginstelling er ook zeker van zijn dat de duurzame optie geen 'greenwashing' is; een afvalverwerker moet in staat zijn het product te recyclen, of een wasserette moet het duurzaam kunnen wassen. Zorginstellingen moeten dus veel keuzes maken bij het kiezen van een duurzaam alternatief, terwijl de informatie daarover niet altijd beschikbaar is.

Wanneer een keuze uiteindelijk door een individuele zorginstelling is gemaakt, is er vaak sprake van een lock-in effect. Eenmaal gekozen voor een wasbare luier, gaat die instelling niet snel meer over op bijvoorbeeld slim incontinentiemateriaal, wat regionale inkoop bemoeilijkt als iedere zorginstelling eigen eisen stelt.

Kansen & best-practices

Bij het gebruik van incontinentiemateriaal is een aantal best-practices ontwikkeld. In eerste instantie wordt functioneel voorgeschreven door zorgprofessionals. Dit betekent dat het incontinentiemateriaal wordt afgestemd op de mate van incontinentie, aangezien niet iedereen hetzelfde materiaal nodig heeft. Een inlegbroek kan al voldoende zijn en gebruikt veel minder materiaal dan een luier, die in andere gevallen soms wel nodig is. Wanneer zorgprofessionals deze overweging goed maken, wordt incontinentiemateriaal al zo duurzaam (zuinig) mogelijk ingezet. Hierbij aansluitend zijn er ook mogelijkheden om incontinentiemateriaal minder te hoeven vervangen. Er zijn al zorginstellingen die gebruik maken van strips die de mate van verzadiging

meten, en aangeven wanneer je een luier daadwerkelijk moet vervangen. Zo bespaar je zowel materiaal als inzet van een zorgprofessional.

Een andere zorginstelling is een pilot gestart met wasbare luiers in Apeldoorn.²² Het wassen van deze luier was uitbesteed aan een rioolwaterzuiveringsinstallatie. De conclusie van deze pilot is dat de zorginstelling voldoende locaties heeft om op te schalen, om voldoende volume te creëren, en mogelijk zelfs op het terrein van de zorginstelling zelf de luiers te reinigen. Het uiteindelijke doel is, volgens 's Heeren Loo, om middels deze wasbare luiers van 1.450 incontinentieluiers naar 10 wasbare luiers per jaar, per gebruiker te gaan. Wanneer je het op thuisniveau wilt organiseren, is het lastiger om de juiste volumes in te zamelen. Ook vraagt het veel van ouderen en mantelzorgers in de afvalscheiding, en je ook goed moet kijken naar de energiekosten voor het wassen.

Echter ligt er nog een grote kans voor zorginstellingen met betrekking tot de inkoop. Zoals eerder aangekaart is het inkooplandschap erg versnipperd, terwijl er behoefte is vanuit leveranciers en fabrikanten aan harmonisatie in de eisen en wensen. Door gezamenlijk in te kopen en in te zetten op een bepaalde duurzame oplossing, kan het vereiste volume worden gecreëerd om het rendabel te maken, en om het interessant genoeg te maken voor de afvalverwerker (zie stroom 3).

STROOM 3 Intramuraal: van zorginstelling naar afvalverwerker

Kenmerken

Incontinentiemateriaal vormt ongeveer 50% van de totale afval van een langdurige zorginstelling. In Nederland betreft dit, naar schatting, jaarlijks 400-509 miljoen kilo aan gebruikte luiers en incontinentiemateriaal.²³ Dit afval wordt ingezameld door afvalverwerkers. Afvalverwerkers zijn in dit opzicht ook logistieke partijen die verantwoordelijk zijn voor het transport van afval, en vervolgens ook voor de verwerking. Het komt ook voor dat afvalverwerkers bepaalde stromen van afval inzamelen en door een andere partij laten verwerken. Incontinentiemateriaal wordt momenteel veelal bij een verwerkingsinstallatie verbrand. Op gemeenteniveau worden afspraken gemaakt tussen gemeenten en afvalverwerkers over wat wel en niet mogelijk is in de verwerking.

Knelpunten

Een gesproken afvalverwerker geeft aan dat de inzameling van luier- en incontinentiemateriaal bij zorginstellingen al plaatsvindt en naar verwachting snel kan worden opgeschaald, maar dat de recyclingcapaciteit onvoldoende is om de gescheiden afvalstromen te verwerken.

Het ontbreekt momenteel nog aan recyclingtechnieken, voornamelijk richting de terugwinning van materialen. Er is op dit moment één recyclingfaciliteit in Weurt,²⁴ maar de gebruikte methode levert een laag rendement op volgens de gesproken afvalverwerker. In totaal kan hier 15 miljoen kilo

²² [Pilot 's Heeren Loo](#)

²³ Tauw & Rebel (2023)

²⁴ [Recyclingfaciliteit Weurt](#)

worden verwerkt en het is alleen gericht op de terugwinning van kunststof.²⁵ Deze materialen kunnen niet opnieuw worden gebruikt voor luiers. De belemmering voor andere recyclingfaciliteiten is dat het momenteel erg lastig is om fabrieken te bouwen op logistiek gunstige locaties. Dit is belangrijk, omdat voor afvalverwerkers het transport de grootste kostenpost is. Dit heeft ook invloed op de invoering van de UPV, aangezien voldoende recyclingcapaciteit een vereiste is, anders kunnen fabrikanten de grondstoffen niet hergebruiken. Dit betekent niet dat de recyclaten ook daadwerkelijk gebruikt moeten worden voor incontinentiemateriaal (closed-loop) recycling. De UPV stelt alleen dat het incontinentiemateriaal wordt gerecycled, en dat daarmee toepassing in een andere industrie ook goed is.

Het opschalen van gescheiden inzameling van incontinentiemateriaal is ook nog mogelijk op alle plekken. Voor een afvalverwerker is het belangrijk dat containers gevuld worden, en dat de tijd tussen vullen en legen niet te groot is. Daarvoor heb je dus volume nodig, en niet alle locaties van langdurige zorginstellingen produceren genoeg afval om hieraan te voldoen. Dit geldt zeker voor de extramurale zorg (zie figuur 3).

Los van de gescheiden inzameling, volumes en recyclingcapaciteit, is de samenstelling van de luier ook een knelpunt. Afvalverwerkers geven aan dat luiers (nog) niet ontworpen zijn om te recyclen; ze bestaan uit een grote mix van grondstoffen en zijn lastig uit elkaar te halen. Het komt vaak voor dat de fabrikant denkt een goede oplossing te hebben, waar de verwerker uiteindelijk niks mee kan. Om dit te veranderen, dient, volgens gesproken afvalverwerkers, de inkoop een vuist te vormen richting de fabrikant, en moeten ze voorschrijven dat ze recyclebaar, duurzaam incontinentiemateriaal willen. Echter, zoals eerder geconstateerd, is de inkoop versnipperd. Duurzaam incontinentiemateriaal is vaak ook duurder, en dit paart niet met de budgettaire uitdagingen. De UPV biedt hier theoretisch gesproken wel een oplossing voor, omdat het een incentive creëert voor fabrikanten om het ontwerp van incontinentiemateriaal dusdanig aan te passen dat het goed verwerkt kan worden.

Kansen & best-practices

Zoals benoemd is er momenteel al een recyclingfaciliteit in Weurt die in staat is om van luiers een grondstof te maken, in de vorm van plastic korrels. Deze plastic korrels kunnen bijvoorbeeld weer in de kunststofverwerkingsindustrie worden gebruikt. Doordat het incontinentiemateriaal bij zeer hoge temperatuur wordt gekookt, breken >96% van de menselijke- en medicijnresten af.

Daarnaast werken afvalverwerkers al vaak met adviseurs die samen met klanten (zorginstellingen) afvalstromen in kaart brengen en bepalen hoe die afvalstroom kan worden verminderd. Dit doen ze ook voor incontinentiemateriaal.

²⁵ Tauw & Rebel (2023)

STROOM 4 Intramuraal: van afvalverwerkers naar fabrikant*Knelpunten*

Momenteel is het nog niet mogelijk om de afvalverwerking dusdanig in te richten dat recycling leidt tot grondstoffen die inzetbaar zijn voor het produceren van nieuwe luiers. Dit komt omdat menselijk afval en soms ook medisch afval wordt geïntroduceerd gedurende de levensduur van het product, waardoor het recycklaat (herbruikbaar materiaal) niet aan de vereiste hygiëne standaarden voldoet. Deze stroom vindt dit dus niet plaats op het gebied van incontinentiemateriaal. Daarbij moet de kanttekening gemaakt worden dat closed-loop recycling ook een heel hoge eis die in veel productcategorieën nog niet mogelijk is.

STROOM 5 Intramuraal: van financiering naar zorginstelling*Kenmerken*

Incontinentiemateriaal en rolstoelen kunnen qua financieringsstroom samengenomen worden. Dit komt omdat de medische hulpmiddelen in langdurige zorg bekostigd worden door zorgkantoren (Wlz) en zorgverzekeraars (Zvw). Het merendeel in de langdurige zorg wordt bekostigd vanuit zorgkantoren. Binnen de Wlz geldt namelijk dat men geïndiceerd moet zijn met behandeling om in aanmerking te komen voor medische hulpmiddelen. Als dat niet zo is, maar men heeft wel medische hulpmiddelen nodig, dan komt men bij de Zvw uit. Zorgverzekeraars kopen jaarlijks voor ongeveer €100 miljard aan zorg in. Zorgverzekeraars zitten aan de knoppen van hoeveel zorg naar een zorgaanbieder stroomt, en daarmee aan de knop van het geld.

Knelpunten

Hoewel zorgverzekeraars aangeven zich bewust te zijn van het feit dat verduurzamen geld kost, en dat ze daarin moeten faciliteren, komt dit nog niet goed van de grond. Gesproken zorgaanbieders geven aan dat verduurzaming tot nu toe uit de eigen marges moet komen, en daarmee (vaak) wordt vergoed vanuit de reguliere tarieven. Dit heeft meerdere redenen.

Ten eerste is de zorginkoop vaak nog niet ingericht op duurzaamheid. Er zijn weinig gemeenten die duurzaamheidseisen stellen in hun inkoop. Doordat er niet op wordt gescoord, kan je je als aanbieder of leverancier (van rolstoelen) niet onderscheiden, en wordt er ook niet voor betaald. Ook geven zorgaanbieders aan dat zorgverzekeraars het gebruik van duurzame producten vaak niet belonen, door de manier waarop zij naar prijs kijken. Aanbieders geven omtrent incontinentiemateriaal het volgende voorbeeld:

Slim incontinentiemateriaal signaleert wanneer een gebruiker deze daadwerkelijk vervangen moet, maar is per stuk wel duurder dan normaal incontinentiemateriaal. Waar veelal geen rekening mee wordt gehouden is dat het gebruik van slim incontinentiemateriaal lager is dan standaard incontinentiemateriaal, waardoor de uitgaven gemiddeld lager liggen. Bovendien is er minder vaak een professional nodig om het incontinentiemateriaal te vervangen, wat inzet van mankracht bespaart. Echter wordt hier volgens deze zorgaanbieders nog geen rekening mee gehouden in de inkoop, de Total Cost of Ownership - afweging krijgt onvoldoende aandacht, en dus wordt er vooral

gestuurd op enkel prijsverschillen.

Anderzijds geven zorgverzekeraars aan dat ze duurzaamheid wel willen stimuleren, maar dat het premie-verhogend effect zo laag mogelijk moet zijn. Momenteel is er onvoldoende informatie om te sturen op verduurzaming. Om die reden willen ze dat het inzichtelijk wordt voor zorgaanbieders hoeveel het inzetten op een bepaald product bijdraagt aan verduurzaming. Vervolgens zouden ze kunnen 'belonen' en 'straffen' (zie kansen & best-practices). Een bijkomend knelpunt bij dit 'belonen' en 'straffen' is de zorgplicht. Ze kunnen duurzaamheid niet forceren in bepaalde sectoren van de zorg, omdat continuïteit van zorg gewaarborgd moet blijven.

Een ander knooppunt is gerelateerd aan de rol van zorgverzekeraars. Hoewel ze veel geld verdelen en afspraken maken met zorgaanbieders, kunnen ze niet in gesprek met fabrikanten omtrent producteisen. Dit komt omdat zorgverzekeraars geen contractrelatie hebben met fabrikanten en/of leveranciers. Hier zitten volgens de door ons gesproken zorgverzekeraars ook financiële tegenstrijdige belangen: hoe meer je als fabrikant afzet, hoe meer je verdient. En als er minder verspild wordt, dan is je marge kleiner.

Kansen & best-practices

Zoals hierboven genoemd, kunnen zorgaanbieders, wanneer zij informatie over duurzaamheid hebben, hierop aansturen door duurzame partijen te belonen en meer contracteren, terwijl ze achterblijvers op den duur zouden kunnen 'straffen' door de contracten te verkleinen. Momenteel zitten zorgverzekeraars nog in het stadium van groene voorbeelden 'in het spotlicht' zetten, op de hoop dat andere partijen hiervan leren, maar dit is beweging die in de toekomst zou kunnen bijdragen aan verduurzaming in de sector. Zeker aangezien er 10 zorgverzekeraars zijn, waardoor ze onderling goede afspraken kunnen maken. Dit geeft de zorgverzekeraars veel slagkracht om verduurzaming te stimuleren.

Daarnaast zijn er al voorbeelden van initiatieven die door zorgverzekeraars worden gesteund. Stichting Carecycle is een stichting die ongebruikt incontinentiemateriaal ophaalt, verzamelt, keurt op kwaliteit, om het vervolgens weer uit te geven. ASR is een pilot gestart²⁶, voornamelijk in Brabant, waar ze ongebruikte materialen hergebruiken. Echter loopt dit ook tegen wettelijke kaders aan; ze doen nu alleen incontinentiemateriaal, omdat veel andere medische hulpmiddelen strengere regels hebben.

BIJLAGE D: Detailbeschrijving keten extramuraal

De meeste stromen in de extramurale zorg hebben dezelfde kenmerken als de intramurale zorg. Om die reden nemen we alleen de stromen mee waar daadwerkelijke verschillen zijn.

²⁶ [Stichting Carecycle](#)

STROOM 2 Extramuraal: van leveranciers naar gebruiker

Kenmerken

Thuiswonenden moeten soms ook gebruik maken van incontinentiemateriaal. In sommige gevallen kan dit incontinentiemateriaal nog gekocht worden bij een lokale winkel, zoals een drogist. In dat geval spreken we van zowel medisch hulpmiddel als consumentenproduct. Wanneer het incontinentiemateriaal vergoed wordt door de zorgverzekeraar, kan de gebruiker dit regelen via de apotheek, en spreken we van een medisch hulpmiddel. De apotheek kan het incontinentiemateriaal verstrekken, of regelt dat een andere leverancier het materiaal aan huis brengt.

Knelpunten

De leverancier bepaalt tijdens een telefoongesprek met de gebruiker hoeveel incontinentiemateriaal er nodig is, en levert vervolgens voor enkele maanden aan materiaal (dit kan ook bepaald worden door de continëntieverpleegkundige). Dit doen ze omdat ze langs allerlei individuele woningen moeten. Dit is minder efficiënt ten opzichte van langdurige zorginstellingen waar meerdere gebruikers wonen. Hierdoor wordt er meer uitstoot gegenereerd, omdat er meer transport plaatsvindt. Het is ook mogelijk dat thuiszorg het incontinentiemateriaal meeneemt, en dat het zo bij de gebruiker komt. Desalniettemin hebben gebruikers vaak te grote voorraden. Wanneer zij overlijden of niet alles gebruiken, wordt dit incontinentiemateriaal verspilt. Ook wanneer een gebruiker sneller beter wordt, wordt het materiaal vaak niet hergebruikt, en dat leidt tot kapitaalvernietiging.

Een ander knelpunt is dat de gebruiker zelf niet altijd efficiënt omgaat met incontinentiemateriaal. Gebruikers kunnen moeite hebben met de maatvoering, waardoor ze sneller lekken of ze kunnen het materiaal te vroeg vervangen, waardoor er te veel materiaal wordt gebruikt. Bovendien zijn gebruikers niet altijd op zoek naar een duurzame oplossing. Hier speelt de gedragscomponent ook weer een rol. Gebruikers zijn vaak gehecht aan een merk, waardoor ze niet willen overstappen. Sterker nog, het komt volgens gesprekspartners zelfs regelmatig voor dat de wandeling met de thuiszorg naar de Kruidvat onderdeel uitmaakt van de routine. Hier zijn de duurzame alternatieven niet beschikbaar, maar vormt de wandeling onderdeel van het verzorgingsplan.

Zelfs als duurzame alternatieven, zoals wasbare luiers, beschikbaar zijn, is het overstappen op een duurzaam alternatief ook niet altijd mogelijk. Wasbaar incontinentiemateriaal vraagt qua inspanning veel van de gebruiker, aangezien deze het incontinentiemateriaal zelf moet wassen. Deze knelpunten op het gebied van extramurale zorg belemmeren duurzaam gebruik en de mogelijkheden om duurzame producten in te zetten.

Kansen & best-practices

Zoals genoemd bij de langdurige zorg, geeft stichting CareCycle een goed voorbeeld met betrekking tot het inzamelen van ongebruikt incontinentiemateriaal. Hierdoor kan verspilling, door opstapeling van voorraden bij gebruikers thuis, worden voorkomen.

STROOM 3 Extramuraal: van gebruiker naar afvalverwerker

Knelpunten

Hoewel er bij langdurige zorginstellingen mogelijkheden bestaan om voldoende gebruikt incontinentiemateriaal (volume) in te zamelen, is dit lastiger binnen de extramurale zorg. Het vraagt van gebruikers dat ze hun incontinentiemateriaal scheiden van het afval. Maar met alleen scheiden creëren ze niet voldoende volume binnen een bepaald tijdframe om het interessant te maken voor de afvalverwerker. Deze kan namelijk niet alle huizen langsgaan. Bovendien wordt gebruikt incontinentiemateriaal door de gebruiker bij het restafval gestopt. Hier verandering in creëren vereist dat deze gedragscomponent wordt aangepast, en zoals blijkt bij statiegeld op blikjes, vereist dit een lange adem.

Kansen & best-practices

Hoewel het scheiden van incontinentiemateriaal een verandering in het gedrag van de gebruiker vereist, zijn er succesvolle initiatieven. Zo zamelen een aantal Nederlandse gemeenten luiers en incontinentiemateriaal apart in via containers, waarin gebruikers hun incontinentiemateriaal kunnen deponeren. De ingezamelde hoeveelheden verschillen sterk per gemeente.²⁷ Ook in het buitenland, zoals in Schotland, vindt dit plaats.

²⁷ [Rijkswaterstaat & NVRD](#)