

VERSLAG RONDETAfelGESPREK DE GROENE IC

DATUM: 12 augustus 2020

AANWEZIG: RIVM, IGJ, Philips, MVO NL, NEN, VWS, Erasmus MC, Radboud MC, Gelre Ziekenhuis, Reinier de Graaf, MINT, Steriele Medische Hulpmiddelen LUMC, SVN, VDSMH & DSMH Radboud, Nutricia, Axon Advocaten, Platform Duurzaamheid & Medische Hulpmiddelen

INTRODUCTIE

Naar aanleiding van een podcast met (10)(2e) (10)(2e) twee maanden geleden over de hoeveelheid afval op IC's, is het idee ontstaan om partijen bij elkaar te brengen met de vraag of hier iets aan te doen is. NEN en MVO Nederland hebben de handen ineengeslagen om een rondetafelgesprek over dit onderwerp te organiseren. Voor deze sessie is een brede groep van experts benaderd, met als doel om kennis in de keten te verbinden. Resultaat is een rondetafelgesprek geworden met ruim 25 genodigden met allerlei verschillende achtergronden en expertises. Het gesprek werd voorgezeten door (10)(2e), kwartiermaker duurzame zorg bij VWS. Zij schetste de context van de Green Deal en zoomde in op de 2^e pijler daarvan; naar een circulaire economie. De belangrijkste sheet schetst de ladder van circulariteit (ontwikkeld door Mw. (10)(2e) (10)(2e) voormalige Minister van Milieu). Zij hoopt dat elke zorgprofessional deze gaat hanteren bij het maken van keuzes van medische hulpmiddelen/ beschermende hulpmiddelen. Presentaties waren er van IC-specialist en voorzitter van de NVIC (10)(2e) (10)(2e), afdelingshoofd Operatiekamers in het Radboudumc en Duurzame Zorgprofessional 2019 (10)(2e), en de in regulering van medische technologie (MDR) gespecialiseerde advocaat Erik Vollebregt.

DOELSTELLING

De Ronde tafel is een uniek moment om kennis en ervaringen uit te wisselen en om mogelijke stappen/mogelijkheden te benoemen om duurzaamheid op de IC mogelijk te maken.

DUURZAAMHEID MEDISCHE HULPMIDDELEN TEN TIJDE VAN COVID-19?

De heer (10)(2e) start de sessie door in te gaan op deze vraag. Hij geeft aan dat COVID-19 ons heeft geleerd dat er sprake is van een *just-in-time systeem*. Wat we vandaag bestellen, wordt morgen geleverd en daarna nemen we snel weer afstand van onze producten. Dat er aan het begin van Covid-19 een tekort was aan bijvoorbeeld mondkapjes, heeft de ogen geopend. We leven in een waanzinnig rijk land en kennelijk kan het dus voorkomen dat je de behoefte hebt aan mondkapjes en dat deze er dan niet zijn. De consequentie daarvan is gigantisch.

Een ander ding dat is opgevallen: als we nu een centrale lijn prikken, dan pakken we (op basis van het bijgesteld protocol bv n.a.v. een incident) allerlei materialen. Veel van de materialen uit een verpakking worden vervolgens niet gebruikt. Ter illustratie: voor slechts één centrale lijn wordt wel een afvalzak van 75 centimeter aan afval geproduceerd. Er zit bijna altijd een schort teveel in. Als je kijkt naar wat er per IC-patiënt aan afval wordt geproduceerd op één dag, komt dat uit op drie volle vuilniszakken. Kan dat anders?

De heer (10)(2e) geeft aan blij te zijn met het initiatief van vandaag. Hij hoopt op een mooie discussie en een mooie start van de groene intensive care in Nederland.

EEN SUCCESVERHAAL: DE GROENE OK

De heer (10)(2e) is afdelingshoofd Operatiekamers van het Radboudumc en heeft vorig jaar de prijs voor Duurzame Zorgprofessional 2019 gewonnen met zijn initiatief 'De Groene OK'. In zijn presentatie licht hij dit initiatief toe en benoemt hij de vier grote thema's en de zestien projecten waarop de verduurzaming van de OK's plaatsvindt:

1. Gezondheidsbevordering van patiënten en medewerkers (4 projecten)
2. Milieubelasting (8 projecten)
3. Circulair werken (3 projecten)
4. Meten van resultaten (1 project)

Veel uitdagingen op de Intensive Care zijn volgens de heer (10)(2e) hetzelfde als op de Operatiekamers. Daarbij kan er veel van elkaar geleerd worden en kan er ook aangesloten worden bij lopende initiatieven. De IC is relatief klein en overzichtelijk, dat heeft voordelen want veel kun je zelf doen, maar je moet uiteindelijk de krachten bundelen en het gezamenlijk doen. Bewustwording is daar een heel belangrijk aspect in.

Paar punten die naar aanleiding van deze presentatie ter sprake komen zijn:

- Aan de voorkant kun je het nog zo goed hebben geregeld, als het aan de achterkant niet aansluit is het alsnog lastig om het tot een succes te brengen. Advies in deze: neem collega's in de zorginstelling mee in de plannen, en maak afspraken in de keten. Ook met de afvalverwerker bijvoorbeeld;
- Samenwerking in de keten: voor medische hulpmiddelen wordt er veel samengewerkt met fabrikanten/leveranciers, er vinden pilots plaats & innovaties;
- Het onderwerp duurzaamheid is groot. Soms moet je klein beginnen om stappen te maken, maar is het vervolgens zaak om aan te sluiten bij andere initiatieven en zo kennis en ervaringen te delen, van elkaar te leren;
- Veel lijkt niet mogelijk bezien vanuit de wet- en regelgeving voor medische hulpmiddelen, maar vaak blijken die obstakels er niet of nauwelijks te zijn.

UITDAGINGEN VANUIT JURIDISCH PERSPECTIEF

De heer (10)(2e) is werkzaam als advocaat en is vrijwel fulltime bezig met de Medical Device Regulation (MDR). Met ingang van mei 2021 is de verordening definitief geïmplementeerd in Europa en daarmee ook van kracht in Nederland. In zijn presentatie gaat de heer (10)(2e) in op de MDR. Op de vraag om toe te lichten waar de MDR voor staat, is zijn reactie dat deze wetgeving al reeds een aantal jaar in wording is. Hijzelf is er sinds 2010 bij betrokken. De afgelopen jaren is veel gedaan om alle partijen in de keten voor te lichten, hij geeft aan zelf ook veel bij zorginstellingen geweest te zijn om ze te informeren. De MDR heeft niet echt een duurzaamheids- of vergroeningscomponent, maar er is wel allerlei aanpalende wetgeving die ook van toepassing is op medische technologie. Denk bijvoorbeeld aan de RoHS (Restriction of Hazardous Substances) of de REACH (Restriction, Evaluation, Authorization and restriction of Chemicals). In zijn presentatie gaat hij verder in op de verschillende uitdagingen die er liggen ten aanzien van reparatie en onderhoud, uitleen en hergebruik.

Paar punten die naar aanleiding van deze presentatie ter sprake komen:

- Vanuit circulair perspectief zijn er ook allerlei andere uitdagingen. Aan de ene kant is er een hele sterke wil om allerlei aanpassingen te doen en heel flexibel te zijn, maar aan de andere kant vinden we het lastig om de hele verantwoordelijkheid ervoor te nemen. Dit zie je ook terug in de discussie over single-use devices;
- Kennis van de wetgeving betekent ook het kennen van de mogelijkheden.

SAMENVATTING VAN HET RONDETAfelGESPReK

Het rondetafelgesprek werd gevoerd met experts uit allerlei verschillende hoeken, van ziekenhuis-specialisten tot producenten, de inspectie en een jurist. Een aantal punten uit het gesprek:

Regulering

1. *Rol herders, herdershonden en kudde:* deze metafoor kwam een aantal keer terug. Om duurzaamheid op de IC mogelijk te maken moet er een herder (leider) zijn die een koers uitzet met duidelijke spelregels/mogelijkheden, een kudde volgt en een herdershond is nodig om te monitoren en de koers aan de ene kant te bewaken en in te grijpen wanneer dat nodig is. De aanwezigen zijn het erover eens dat veiligheid niet in het geding moet zijn en ook dat de spelregels helder moeten zijn. Voor medische hulpmiddelen geldt dat wetgeving leidend is. Er zijn veel richtlijnen/veldnormen in de zorg, maar is er één te vinden over duurzaamheid op dit gebied. Het antwoord: (nog) niet.
2. *Wet- en regelgeving:* kennis moet vergroot worden, zodat er ook meer gebruikt gemaakt kan worden van de mogelijkheden die er zijn binnen de MDR, maar ook binnen aanpalende wetgeving. Veel is onbekend en veelal wordt al snel geroepen dat duurzame medische hulpmiddelen niet kunnen door de MDR. Aangegeven wordt dat er wel mogelijkheden zijn, maar dat men moet beginnen met inzicht en kennis van deze wetgeving en participatie als er bijeenkomsten zijn. De beslissers uit de zorg waren vaak niet aanwezig bij informatiesessies.
3. *Vraag & aanbod meer op elkaar aan laten sluiten:* specificeer in aanbestedingen de duurzaamheidsaspecten die je uit wilt vragen. Wees ook duidelijk in wat je wil en spreek dat uit. Fabrikanten maken wat ze kunnen verkopen en als ze iets niet kunnen verkopen, maken ze het dus ook niet. Dit geeft ook aan dat ziekenhuizen een heel belangrijk deel van de oplossing zijn. Door in de keten samen te werken, vanuit de verschillende perspectieven duidelijk te maken wat men wil, wordt ook verspilling tegen gegaan. Ook de inkoopmacht die ziekenhuizen samen hebben is hier een belangrijk aspect.

Multidisciplinaire aanpak

1. *Voorkant met achterkant verbinden:* deze twee met elkaar verbinden biedt de mogelijkheid om van lineair werken naar circulair werken te gaan. Een voorbeeld is het verzamelen van plastic. Door verpleegkundigen en artsen wordt de moeite genomen om plastics op de OK apart in te zamelen, terwijl ze er dan soms achter komen dat het uiteindelijk allemaal in dezelfde container als het overige afval komt en wordt verbrand.
2. *Nieuw business model:* samen met de industrie moet er gekeken worden naar nieuwe manieren van werken:
 - a. *Samenwerking fabrikant met zorginstelling:* in de Verenigde Staten is een voorbeeld bekend waarbij een sterilisatieafdeling op het gebied van medische hulpmiddelen is overgenomen door een fabrikant. Dit model zorgt ervoor dat er van elkaar wordt geleerd, dat kennis op de juiste plekken wordt ingezet. Deze casus zou ook naar Nederland/Europa te vertalen moeten zijn.

- b. *Kosten voor duurzamer werken*: duurzaam werken kan ook kostenbesparing in de hand werken. Zo kunnen kits die ook spullen bevatten die niet gebruikt worden, geminimaliseerd worden. Er moet niet alleen op de korte termijn naar businesscases worden gekeken, maar over een langere periode. Ook zou het concept van Total Cost of Ownership of True Costs gebruikt kunnen worden. Opgemerkt wordt dat er financials in de zorg (FIZI) actief zijn op het gebied van dit vraagstuk en graag mee willen denken. Zij kunnen ook bij initiatieven betrokken worden.
3. *Nieuw product design*: er zijn heel veel medische plastics en deze vormen ook een hele zichtbare afvalstroom, maar deze producten kunnen mogelijk ook anders worden ontworpen zodat ze een minder grote afvalstroom vormen. Producten moeten anders ontworpen en ontwikkeld worden, zodat ze ook makkelijker te refurbishen en te hergebruiken zijn.
4. *Standaardisatie*: er is nog maar weinig sprake van standaardisatie in ziekenhuizen door heel Nederland, hierdoor wordt er heel veel weggegooid. Een voorbeeld hiervan zijn de procedure trays in OK's en IC's, waar geen eenduidige lijn is in wat er precies op moet komen te liggen. Hierdoor ligt er dan weer een kommetje en dan weer een jas te veel op een tray en wordt dit weer weggegooid. Een ander voorbeeld zijn de pakketten waar veel (gesteriliseerde) producten inzitten die vaak ongebruikt de prullenbak ingaan.

CONCLUSIE EN MOGELIJKHEDEN VOOR VERVOLG

Er wordt nog veel lineair gewerkt, maar er worden stappen gemaakt om naar circulair te gaan. Uit de Ronde tafel blijkt dat de hele keten hierbij betrokken moet worden en dat men van elkaar wil en moet leren en elkaar kan inspireren. Bovenal wordt opgemerkt dat er lef nodig is om stappen te maken, durf om initiatieven te nemen.

Gezien de wens van de aanwezigen om een vervolg te organiseren, en in verlengde van de besproken punten, gaan NEN en MVO Nederland het volgende verkennen:

- Vaststellen van een aantal actielijnen, in samenspraak en met betrokkenheid van de verschillende partijen in de keten;
- Verkennen van mogelijkheden om de keten vanuit verschillende disciplines te faciliteren en te verbinden, om zo de punten die in deze sessie aan bod zijn gekomen het hoofd te bieden. Als iets duidelijk als rode draad uit deze sessie blijkt is het wel dat partijen uit hebben gesproken op zoek te zijn naar verbinding en samenwerking in de keten, om zo de benodigde stappen te kunnen zetten naar een Groene IC.

(10)/26

NEN – Projectleider Duurzaamheid Zorg

(10)/29

MVO Nederland - Sectormanager Zorg