

## **Auditrapportage**

**onderwerp:** Milieuthermometer Zorg  
**criteria:** SMK MTZ-s.5 (Int.3)  
**niveau:** zilver  
**certificaathouder:** Amsterdam UMC, locatie VUmc  
**opdrachtgever:** Milieu Platform Zorgsector  
**datum audit:** 4 mei 2021  
**datum rapportage v.1:** 1 juni 2021

Auditor: S. Valk

---

## Inhoud

1. Inleiding
2. Keuring
3. Conclusie

## 1 Inleiding

Deze rapportage betreft de herkeuring voor de derde certificatiecyclus van VUmc te Amsterdam in het kader van de Milieuthermometer Zorg op het niveau zilver. Op basis van een audit op afstand, en het ter inzage getoonde dossier is beoordeeld of de instelling aantoonbaar aan de eisen voldoet.

Locatie: De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam

Gebouwen: De volgende gebouwen en/of afdelingen maken deel uit van het VUmc op bovenstaand adres.

- Cancer Center Amsterdam (CCA)
- Polikliniek
- Ziekenhuis
- Westflank (spoedeisende hulp / GGZ verpleging)
- Hoogbouw (kantoren)
- Gebouw Zuid (IVF-centrum)
- De Brug (gebouw tussen ziekenhuis en polikliniek)
- Coördinatie Centrum Energie (CCE)

Contactpersoon: De heer C. van der Linden, c.vanderlinden1@vumc.nl, 06 27398312

Opmerkingen: De instelling gaat op voor het zilveren niveau van de Milieuthermometer Zorg en dient te voldoen aan alle verplichte criteria en (16 + 5 ziekenhuis) 21 extra criteria naar keuze.

In verband met Corona heeft de tweede controle audit op 1 oktober 2020 op afstand plaatsgevonden middels teleconference. Ook deze audit voor de herkeuring heeft op 4 mei 2021 op afstand plaatsgevonden. Naar aanleiding van de audit bleek aanvullende bewijslast benodigd en de instelling heeft deze aanvullende documentatie verstrekt op 5 en 28 mei.

**Groen** is een verplicht of extra criterium dat voldoet

**Rood** is een verplicht criterium dat nog niet voldoet

**Oranje** is een extra criterium dat nog niet voldoet

## 2. Keuring

### 2.1 Milieu-eisen

#### 2.1.1 Milieu- en energiemangement

##### 2.1.1.1 Voldoen aan Wet- en regelgeving (Verplicht)

De instelling voldoet aan wet- en regelgeving op het gebied van milieu.

- 1) De instelling beschikt over een register met van toepassing zijnde milieuwet- en regelgeving (inclusief de kernenergiewetgeving, vanwege ioniserende straling);
- 2) Indien de instelling beschikt over een geldige milieuvergunning en lozingsvergunning voldoet het aan de hierin gestelde eisen. Indien de instelling onder het activiteitenbesluit valt, voldoet het aan de daarin gestelde eisen.

Indien instelling niet voldoet aan wettelijke eisen voldoet een door het Bevoegd Gezag goedgekeurd Plan van Aanpak om op termijn te voldoen aan wetgeving. De Activiteitenbesluit Internet Module (AIM) van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat geeft ziekenhuizen inzicht in de wetgeving, [www.aimonline.nl](http://www.aimonline.nl). Voor de care staat op de MPZ site een samenvattend overzicht van milieuwetgeving.

##### Controlemethode

- Administratieve controle overzicht van wet- en regelgeving en milieuvergunning en lozingsvergunning;
- NB: het tonen van een geldig certificaat ISO 14.001 of EMAS volstaat ook.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van een recent overzicht met relevante milieuregels, een overzicht met verleende omgevingsvergunningen voor milieu, en in het milieubeleid verklaart VUmc dat zij voldoet aan milieuregels.

##### 2.1.1.2 Inbedding Milieu- of Duurzaamheids-beleid (Verplicht)

De instelling beschikt over een MVO-, duurzaamheids- of milieubeleid. Het beleid omvat minimaal:

- doelstellingen ten aanzien van vermindering milieubelasting;
- doelstellingen ten aanzien van energie besparen én doelstellingen ten aanzien van duurzame energie;
- het beleid en de geplande uitvoering daarvan zijn vastgelegd in een door directie goedgekeurd beleidsrapport.

Voor zilver en goud tevens:

- integratie van het duurzaamheidsbeleid in het formele beleidsplan van de instelling.

#### Controlemethode

- Administratieve controle schriftelijke duurzaamheidsbeleid of milieubeleidsverklaring van de directie;
- Gesprek met bestuurder;
- Visuele controle beschikbaarheid rapportage bij bedrijfsinspectie.

Bij initiële keuring volstaat de planning van de uitvoering van beleid in een beleidsrapport. Bij de controle (na 1 jaar en verder) wordt de voortgang getoetst bij het in praktijk brengen van het beleid.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. In de visie en ambitie van VUmc is de volgende zin opgenomen: 'VUmc komt voort uit een christelijke traditie waarin menselijke waardigheid en respectvolle behandeling essentieel zijn. VUmc staat voor duurzaamheid en heeft oog voor mens en omgeving.' Via de onderstaande link zijn de missie, visie en kernwaarden terug te lezen: <https://www.vumc.nl/over-vumc/duurzaamheid.htm>

De bovengenoemde visie is als uitgangspunt gebruikt bij het opstellen van het milieubeleid. Voortvloeiend uit dit beleid is een milieuprogramma voor de jaren 2019 en 2020 samengesteld. Het besluit van de Raad van Bestuur met betrekking tot het duurzaamheidsbeleid en het actuele duurzaamheidsbeleid 2018 – 2022 is verstrekt. Een actualisatie is in concept gereed, de vaststelling wordt in Q2 2021 verwacht. **Bij de eerstvolgende audit zal dit beleid worden beoordeeld.**

#### 2.1.1.3 CO2 reductie plan (Extra, verplicht voor goud)

Het CO2 reductieplan (Routekaart CO2 reductie) heden tot 2030 en 2050 bevat minimaal:

- Doelstellingen ten aanzien van het verlagen van de CO2 footprint zijn aantoonbaar kwantitatief en vastgesteld op tenminste 10% in 3 jaar.
- Een plan voor tenminste 50% reductie CO2 van de instelling in 2030 t.o.v. het jaar 2017 of een eerder referentiejaar, en > 95% reductie CO2 in 2050.

De CO2-emissie betreft minimaal de emissies van aardgas, evt. biomassa brandstoffen, elektra en brandstoffen ten behoeve van de eigen voorzieningen en eigen voertuigen. Het referentiejaar voor de CO2 doelstellingen wordt gekozen en is 1990 of later en uiterlijk het jaar voorafgaand aan de eerste certificatie. Het plan geeft in hoofdlijnen de route naar CO2-vrije en fossielvrije organisatie weer. Voor de CO2 footprint wordt uitgegaan van gebruik van de emissiefactoren conform de publicatie <http://www.co2emissiefactoren.nl>.

Het plan (de routekaart) dient te zijn opgesteld door een vakbekwame werknemer van het bedrijf of een vakbekwame adviseur. Vakbekwaam houdt in dat de opsteller met opleidingscertificaten en/of getuigschriften dan wel door relevante ervaring van minimaal één jaar, bijvoorbeeld als milieucoördinator, kan aantonen dat hij/zij in staat is om relevante milieubesparende maatregelen in de zorgsector te kunnen identificeren. Deze kwalificaties moeten inzichtelijk zijn.

#### Controlemethode

- Administratieve controle plan/routekaart schriftelijke duurzaamheidsbeleid of milieubeleidsverklaring van de directie;
- Een gesprek met bestuurder of vastgoedmanager over de inhoud van het CO2 reductieplan  
(Routekaart CO2 reductie) kan deel uitmaken van de inspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet nog niet aan de gestelde eisen. Er is door Royal HaskoningDHV een routekaart opgesteld (versie 26 april 2019), echter in deze routekaart worden de gestelde reductiepercentages van 50% in 2030 en 95% in 2050 nog niet gehaald. Let op: Vanaf 1 juli 2021 is de eis "2.1.1.3 CO2 reductieplan (Routekaart CO2 reductie)" ook verplicht voor het bronzen en het zilveren niveau. Tijdens de eerstvolgende reguliere controle zal worden beoordeeld of aan de eis wordt voldaan.

#### 2.1.1.4 Milieu- of duurzaamheidsactieplan (Verplicht)

De instelling beschikt over een milieuactieplan (milieuprogramma, of duurzaamheidsplan) van maximaal 2 jaar oud welke aansluit bij het geformuleerde milieubeleid. Het programma geeft aan welke maatregelen worden genomen om de milieubelasting te verminderen of om het milieumanagement te verbeteren, inclusief prioriteiten, verantwoordelijken.

Het milieuactieplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame werknemer van het bedrijf of een vakbekwame adviseur.

Voor care instellingen volstaat als een actieplan de milieuthermometercriteria in een Excelbestand met de data en namen voor de uitvoering. Het milieuactieplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame werknemer van het bedrijf of een vakbekwame adviseur. Vakbekwaam houdt in dat de opsteller met opleidingscertificaten en/of getuigschriften dan wel door relevante ervaring van minimaal één jaar, bijvoorbeeld als milieucoördinator, kan aantonen dat hij/zij in staat is om relevante milieubesparende maatregelen in de zorgsector te kunnen identificeren. Deze kwalificaties moeten aantoonbaar zijn.

#### Controlemethode

- Administratieve controle op aanwezigheid en inhoud;
- NB: het tonen van een geldig certificaat ISO 14.001, EMAS volstaat ook.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Voor de periode 2019 – 2020 is een milieuprogramma opgesteld dat gebaseerd is op het vorige meerjarenprogramma en uitgebreid is met maatregelen uit de richtlijn van de Milieuthermometer. Het actuele duurzaamheidsbeleid 2018 – 2022 is verstrekt.

#### 2.1.1.5 Duurzaam vastgoed (Extra, verplicht voor zilver en goud)

De instelling beschikt over een duurzaamheidsbeleid ten aanzien van realiseren duurzaam vastgoed, energiebesparende maatregelen en duurzame energie. Alle renovatieplannen en bouwplannen met een bouwsom van meer dan € 500.000 worden met duurzaam bouwen aangepakt, waarbij rekening wordt gehouden met de keuze van materialen.

Dit gebeurt aantoonbaar met gebruik van een door de overheid erkende rekentool waarmee een score voor duurzaamheid wordt berekend, gebaseerd op de laatst geldende versie van de 'Bepalingsmethode 'Milieuprestatie Gebouwen en GWW-werken' van de Stichting Bouwkwaliiteit. De score is minimaal de wettelijke MPG-eis uit het Bouwbesluit.

Rekeninstrumenten die op deze bepalingmethode en de Nationale Milieu Database zijn gebaseerd, zijn o.a.:

- DuboCalc
- GPR Gebouw & GPR Bouwbesluit
- MRPI – MPG
- One Click LCA
- MPGcalc

Als alternatief voor de MPG-bepalingmethode geldt minimaal een BREEAM Prestatieniveau Very Good, aangetoond door minimaal een rapport van een erkende BREEAM-expert.

#### Controlemethode

- Administratieve controle van aanwezigheid beleid en procedures en scoreberekeningen;
- Een gesprek met bestuurder over duurzaam vastgoed kan deel uitmaken van de inspectie.

Bouwplannen betreffen het oprichten, veranderen of verplaatsen van een bouwwerk. Renovatie kan hiervan onderdeel uitmaken voor het (gedeeltelijk) vernieuwen van een gebouw. De bouwsom is bijvoorbeeld op het aanvraagformulier voor de betreffende vergunning vermeld.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gesteld eis. VUmc hanteert bij bouwontwikkelingen het instrument BREEAM en heeft de ambitie gebouwen te realiseren op het niveau 'Excellent'. Inmiddels zijn er 2 nieuwbouwprojecten waarbij het BREEAM methodiek wordt gebruikt, te weten het Imaging Center en Research & Diagnostiek Centrum. Waarschijnlijk komt de BREEAM certificering uit op niveau 'Very Good'.

#### 2.1.1.6 Registraties (Verplicht)

De instelling registreert milieugegevens met de Milieubarometer ([www.milieubarometer.nl](http://www.milieubarometer.nl), gratis voor Milieuthermometer keurmerkhouders) of vergelijkbaar op instellingsniveau en separaat op locaties met meer dan 30 bewoners/bedden. De jaarlijkse registratie omvat minimaal:

- Kenmerken locatie: m<sup>2</sup> bvo vloeroppervlak, aantal bedden en aantal fte;
- Energieverbruik van elektra (kWh), aardgas (m<sup>3</sup>), warmte (GJ), hbo (liter), overige energiedragers bijv. biomassa;
- Het energieverbruik van grote verwarmingsinstallaties met meer dan 100.000 m<sup>3</sup> gasverbruik of gelijkwaardig wordt apart geregistreerd, zo ook bij verbruik energie voor stoomopwekking en/of WKK;
- Brandstoffen voor zakelijk vervoer van eigen auto's;
- Waterverbruik in m<sup>3</sup>;
- Afvalcijfers (kg of m<sup>3</sup>) per afvalstroom;
- CO<sub>2</sub>-footprint op bovenstaande gegevens met emissiefactoren conform de publicatie <http://www.co2emissiefactoren.nl>. NB: elektra van buitenlandse strook wordt als grijze stroom gerekend want dit levert geen milieuwinst op.

Uitsluitend voor ziekenhuizen:

- Overzicht en verbruik van Zeer Zorgwekkende Stoffen in kg;
- Overzicht milieuklachten (intern en extern);
- Overzicht milieu-incidenten.

Controlemethode

Administratieve controle registraties aanwezigheid.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Het milieujaarverslag bevat vrijwel alle gegevens in één document, het e-mjv een deel van de informatie. Ter aanvulling sinds 2002 gebruikt VUmc ook de Milieubarometer als registratiesysteem. Alle milieudata zijn vanaf dat jaar beschikbaar. Voor het verbruik van prioritare stoffen is geen registratiesysteem in VUmc beschikbaar. Het is wel inzichtelijk wat de organisatie gebruikt aan deze stoffen door de inkoopregels van deze stoffen uit het inkoopstelsel Lift te filteren. Vanaf 2006 tot heden zijn de bestelregels van de stoffen verwerkt in een Excelbestand. VUmc maakt gebruik van de volgende prioritare stoffen: chloroform, dichloormethaan, benzeen. Het verbruik van deze stoffen blijkt zeer gering te zijn.

#### 2.1.1.7 Benchmark met kengetallen (Extra)

De instelling heeft de milieugegevens van het voorgaande jaar beschikbaar gesteld voor een benchmark met andere instellingen en de resultaten van deze benchmark zijn gepubliceerd. Dit kan bijvoorbeeld via de Milieubarometer met o.a. overige keurmerkhouders.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de het beschikbaar stellen van de registraties ten behoeve van de benchmark.

#### 2.1.1.8 Energiebesparingsplan (Verplicht)

De instelling beschikt over een meerjaren energiebesparingsplan (EBP ) van maximaal 4 jaar oud. Minimale elementen hierin zijn:

- Monitoringsgegevens energie (werkelijk gebruik gas, warmte en elektra op jaarverbruik;
- Beschrijving energiebeheer;
- Voor ziekenhuizen: inventarisatie bronnen van energiegebruik op basis van opgestelde vermogens en gebruikstijden en energiebalans welke voor tenminste 90% kloppend is. Overige zorginstellingen kunnen een gemiddelde energiebalans zorginstelling toepassen;
- Reeds genomen maatregelen;
- Een analyse van potentiële verbetermogelijkheden met een terugverdientijd van minder dan 5 jaar. De analyse omvat tevens de "erkende maatregelen energiebesparing" van de Activiteitenbesluit;
- Voor ziekenhuizen, een analyse van alle potentiële verbetermogelijkheden met een terugverdientijd van 5-10 jaar.
- Voor ziekenhuizen: technische en organisatorische haalbaarheid;
- Voor ziekenhuizen: een prioritering;
- Een actieplan (inclusief verantwoordelijke, tijdsplanning en geld).

Jaarlijks rapportage van de voortgang uitvoering van het meerjaren EBP. Zorginstellingen kunnen het EBP en de voortgangsrapportage samenstellen op basis van ingevulde Milieubarometer, ingevulde energiemaatregelenmodule met voor alle erkende maatregelen met invullen jaar van uitvoering in het verleden en de toekomst met als uiterste datum voor uitvoering alle erkende maatregelen 2 jaar na 1e keuring. Zie ook eis 2.1.2.1. t/m 2.1.2.3.

Het energiebesparingsplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame adviseur of een vakbekwame werknemer van de instelling.

#### Controlemethode

Administratieve controle plan en aanvullende evaluaties van de voortgang in de uitvoering van het meerjaren energiebesparingsplan bij de controle(s) volgend op de initiële keuring. NB: voor de UMC's voldoet een door het bevoegd gezag goedgekeurd energie- efficiency plan (EEP) op basis van MJA-Energie 3.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc is deelnemer aan de Meerjarenafspraken 3 Energiebesparing. Het huidige Energie Efficiëntie Plan (EEP) heeft een looptijd tot eind 2020. Alle plannen voor de periode 2017 – 2020 en de goedkeuring door het bevoegd gezag zijn ter inzage getoond. De Meerjarenafspraken eindigt eind 2020, bij de eerstvolgende audit dient de actuele Erkende Maatregelenlijst beoordeeld te zijn per maatregel. 1 januari 2022 moet er een nieuwe MJA gereed zijn, of een alternatief zijn vastgesteld, zoals het voldoen aan de wettelijke voorschriften.

#### 2.1.1.9 Milieucoördinator (Verplicht)

De instelling beschikt over een milieucoördinator (of vergelijkbare functionaris). De coördinator heeft een functieomschrijving, waarin in ieder geval: het zijn van een centraal aanspreekpunt voor milieu- en energie zaken als taak en verantwoordelijkheid is vastgelegd.



#### Controlemethode

- Administratieve controle functieomschrijving

NB: het tonen van een geldig certificaat ISO 14001, EMAS volstaat ook. Voor energie volstaat ISO 50001.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc beschikt over een voltijds milieucoördinator, de heer C. van der Linden, die het via een detacheringsovereenkomst inhuurt van de Vrije Universiteit.

#### 2.1.1.10 Milieujaarverslag (Extra, verplicht voor ziekenhuizen voor zilver en goud)

- Er wordt jaarlijks een op zichzelf staand milieu of duurzaamheidsverslag opgesteld; dit kan ook een hoofdstuk van een algemeen jaarverslag zijn.

- Met de milieuregistratie van eis 2.1.1.6 (Registraties), een evaluatie van de milieubelasting en de uitgevoerde acties en het vervolg van het milieuprogramma opgenomen. (de plan-do-check-act cyclus);

- De directie heeft het verslag goedgekeurd;

- Het milieu- of duurzaamheidsjaarverslag is openbaar gepubliceerd of via de website digitaal opvraagbaar.

#### Controlemethode

Administratieve controle.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het getoonde milieujaarverslag 2019.

#### 2.1.1.11 Milieujaarverslag extra (Extra)

De directie heeft het verslag voorzien van een persoonlijk voorwoord met naam directie of bestuurder eronder.

#### Controlemethode

Administratieve controle.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Het Milieujaarverslag is voorzien van een persoonlijk voorwoord door lid van de Raad van Bestuur Drs. Frida van den Maagdenberg.

#### 2.1.1.12 De CO2-footprint is openbaar gepubliceerd (Verplicht)

De CO2 footprint van de instelling is (zie eis 6 registraties) is gepubliceerd op eigen website, in het (milieu)jaarverslag of openbaar op [www.milieubarometer.nl/footprints](http://www.milieubarometer.nl/footprints).

Als de publicatie een overkoepelende CO2 footprint betreft van meer locaties, dient dit duidelijk uit de informatie te blijken.

#### Controlemethode

Administratieve controle.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het delen van de CO2-footprint via de Milieubarometer.

#### 2.1.1.13 Milieucommunicatie (Verplicht)

Medewerkers worden geïnformeerd over milieubeleid, milieuprogramma, actualiteiten, etc:

- Tenminste 1-maal jaarlijks vanuit directie / raad van bestuur;
- Milieuthermometer certificaat staat gemeld op de website van de instelling;
- Communicatie naar medewerkers vindt plaats via minimaal drie verschillende manieren (bijvoorbeeld door intranet, nieuwsbrieven, verspreiding jaarverslag, voorlichtingsbijeenkomsten, milieucampagnes, internet, etc);
- Communicatie naar bewoners/patiënten vindt minimaal 2 keer per jaar plaats via minimaal drie verschillende manieren (bijvoorbeeld door nieuwsbrieven, poster, voorlichtingsbijeenkomsten, milieucampagnes, internet, etc);

Communicatie met het bevoegd gezag valt hier niet onder. Voor instellingen met patiënten/bewoners waar deze communicatie niet overkomt is deze eis niet van toepassing.

#### Controlemethode

- Administratieve en visuele controle bij bedrijfsinspectie, van de website, en interview met milieucoördinator
- Het behaalde Milieuthermometer certificaat wordt gemeld op de website van de instelling. Dit is onderdeel van de voortgangscontrole na het behalen van het certificaat.
- Tijdens de initiële keuring volstaat als alternatief een communicatieplan waarin komende communicatie-acties staan ingepland. Bij de eerstvolgende controle wordt de uitvoering daarvan beoordeeld.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc gebruikt een aantal methoden om te communiceren naar medewerkers en andere stakeholders: De internetsite, diverse informatiebijeenkomsten, het Tracer team (JCI), de wekelijkse nieuwsbrieven en de maandelijkse nieuwsbrief van het facilitair bedrijf.

#### 2.1.1.14 Werken met Lange Termijn Onderhoudsplan (LTOP) of Meerjaren Onderhoudsplan (MOP) (Verplicht)

De geplande milieutechnische of energiebesparende maatregelen aan de eigen gebouwen zijn verwerkt in het Lange Termijn Onderhoudsplan (LTOP) of het Meerjaren Onderhoudsplan (MJOP) of daaraan gelijkwaardig.

Voor huurpanden:

- de verdeling van onderhoudstaken is inzichtelijk op basis van het huurcontract;
- voor de eigen taken zijn tenminste alle energiebesparende maatregelen in kaart gebracht en ingepland;
- de maatregelen van de Erkende Maatregellijst voor energiebesparing van Infomil om zelf te doen zijn ingepland en binnen 2 jaar uitgevoerd;
- de maatregelen die de verhuurder moet realiseren zijn aan de verhuurder doorgegeven, met verzoek deze in overleg uit te voeren.

Controlemethode

- Voor eigen panden: Administratieve controle
- Voor huurpanden: Controle van overzicht verdeling van Erkende Maatregellijst voor de eigen organisatie en de verhuurder, planning eigen maatregelen, brief aan verhuurder of rapportage voor informatieplicht energiebesparende maatregelen aan bevoegd gezag.

N.B.: zie voor een link naar de Erkende Maatregellijst: [https://cutt.ly/MPZ\\_link-FAQ](https://cutt.ly/MPZ_link-FAQ)

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Het nieuwe MJOP is geen beschreven document meer maar is een database opgesteld in Excel waarin per gebouw voor de levensduur van het gebouw de onderhoudswerkzaamheden en –maatregelen inclusief de nu bekende kosten zijn opgenomen. In plaats van een statisch document is dit digitale systeem dynamisch en wordt periodiek aangepast aan de laatste inzichten. Het totaal MJOP 2020 is als bijlage verstrekt.

## 2.1.2 Energie

### 2.1.2.1 Overzicht vastgoed en energieverbruik (Verplicht vanaf 1 juli 2019)

Alle vastgoedlocaties met een jaarverbruik van 50.000 kWh elektra en/of 25.000 m3 aardgas of meer zijn in kaart. Per locaties is beschikbaar:

- m2 bvo;
- Elektraverbruik;
- Aardgasverbruik;
- Totaal energieverbruik (GJ);
- Kengetal GJ/m2 of vergelijkbaar.

Deze eis mag ook onderdeel van een actueel EBP zijn.

#### Controlemethode

- Administratieve controle rapportage bij bedrijfsinspectie
- Een door het bevoegd gezag goedgekeurd Energie Efficiency Plan (MJA3 max 4 jaar oud) voldoet ook.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het overzicht in het Energie Efficiëntie Plan (EEP).

### 2.1.2.2 Beoordelen en inplannen erkende maatregelen energiebesparing (Verplicht)

Voor de locaties van 2.1. zijn per locatie de Infomil erkende maatregelen energiebesparing met een terugverdientijd van <5 jaar (bijlage 10 van activiteitenbesluit) beoordeeld op:

- Niet van toepassing;
- Uitvoering zelfstandig moment;
- Uitvoering natuurlijk moment, wel in te plannen;
- Uitvoering natuurlijk moment, niet in te plannen;

Tevens is er een planning opgesteld voor de uitvoering van alle relevante maatregelen binnen 2 jaar en/of opgenomen in het Lange Termijn Onderhoudsplan (LTOP). De overheid publiceert de actuele erkende maatregelen lijst energiebesparing (EML). Na een evt. update van deze lijst dient deze binnen 6 maanden opnieuw beoordeeld en verwerkt te zijn in eigen planning voor uitvoering.

Deze eis mag ook onderdeel van een actueel EBP zijn.

#### Controlemethode

- Administratieve controle rapportage bij bedrijfsinspectie, bijvoorbeeld rapportage voor informatieplicht energiebesparende maatregelen aan bevoegd gezag.
- Een door het bevoegd gezag goedgekeurd Energie Efficiency Plan (MJA3 max 4 jaar oud) voldoet ook.

N.B.: zie voor een link naar de Erkende Maatregellijst: [https://cutt.ly/MPZ\\_link-FAQ](https://cutt.ly/MPZ_link-FAQ)

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc is deelnemer aan de Meerjarenafspraken 3 Energiebesparing. Het huidige Energie Efficiëntie Plan (EEP) heeft een looptijd tot eind 2020. Alle plannen voor de periode 2017 – 2020 en de goedkeuring door het bevoegd gezag zijn ter inzage getoond. De Meerjarenafspraken eindigt eind 2020, bij de eerstvolgende audit dient de actuele Erkende Maatregelenlijst beoordeeld te zijn per maatregel. 1 januari 2022 moet er een nieuwe MJA gereed zijn, of een alternatief zijn vastgesteld, zoals het voldoen aan de wettelijke voorschriften.

#### 2.1.2.3 Energiebeheer (Verplicht)

Borgen van energiezuinige instelling maatregelen door energieregistratie- en bewakingssysteem (is Erkende maatregel 57, bijlage 10 Activiteitenbesluit).

#### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc maakt gebruik van een GBS-systeem Niagara van Chainless en het energieregistratiesysteem ERBIS. In het team Beheer & Onderhoud is een viertal GBS-beheerders aanwezig die periodiek controles uitvoeren op de setpunt instellingen. Daarbij beschikt VUmc over een externe energiespecialist die op projectbasis afwijkingen in verbruikswaarden onderzoekt.

#### 2.1.2.4 Airconditioningsysteem of topkoeling (Verplicht)

Voor een gebouw met een totaal koelvermogen  $\geq 12$  kW moet het Airconditioningsysteem gekeurd zijn (met Energy Performance Building Directive; EPBD, keuring). De aanbeveling uit het keuringsrapport zijn opgevolgd of ingepland voor uitvoering binnen een 1 jaar. Indien de installatie ouder is dan 10 jaar en gegevens technisch rapport niet te achterhalen zijn, volstaat een vervanging of onderhoudsplan waarbij de airconditioning minimaal twee energieniveaus verbeterd. Tenzij de installatie al aantoonbaar aan EEECA Eurovent Energy Efficiency Class A voldoet. Absorptiekoeling met restwarmte voldoet ook.

#### Controlemethode

- Administratieve controle keuringsrapport, technisch dossier
- De keuringsdienst te zijn uitgevoerd door een deskundige met het diploma 'EPBD-A of EPBD-B airconditioningsystemen'
- Indien bij de initiële keuring een opdracht als bewijsmiddel is ingediend, of een uitvoeringsplan aanbevelingen dan moet bij de volgende controle dit plan uitgevoerd zijn om aan de eis te voldoen.
- Een door het bevoegd gezag goedgekeurd Energie Efficiency Plan (MJA3 max 4 jaar oud) voldoet ook.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de EPBD keuringsrapportages d.d. 15 februari 2021 van VBA Inspectie en Advies. In de rapportages van de verschillende bouwdelen is een aantal verbetermogelijkheden aangedragen. Deze adviezen dienen te worden beoordeeld en waar mogelijk opgevolgd. Bij de eerstvolgende audit zal de voortgang worden gecontroleerd.

#### 2.1.2.5 Inzicht in de instellingen van gebouwbeheersysteem (GBS) (Verplicht)

Indien in het gebouw een gebouwbeheersysteem (GBS) aanwezig is, beschikt de instelling over de gebruiksaanwijzing voor instellen GBS en de standaardinstellingen.

##### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

Indien de toegang tot de instellingen van het GBS berust bij een onderhoudsbedrijf, moet de instelling hiervoor een ondertekende verklaring van het onderhoudsbedrijf overleggen.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc maakt gebruik van een GBS-systeem Niagara van Chainless en het energieregistratiesysteem ERBIS. In het team Beheer & Onderhoud is een viertal GBS-beheerders aanwezig die periodiek controles uitvoeren op de setpunt instellingen. Daarbij beschikt VUmc over een externe energiespecialist die op projectbasis afwijkingen in verbruiksgetallen onderzoekt.

#### 2.1.2.6 10% duurzame elektriciteit inkoop (Extra, verplicht voor goud)

Ten minste 10% van het totale ingekochte elektriciteitsgebruik is duurzame elektriciteit. De elektriciteit voldoet aantoonbaar aan de Milieukeurcriteria voor groene elektriciteit van 15 mei 2018 (MK67, GE13). Deze criteria kunnen worden gedownload van de website [www.milieukeur.nl](http://www.milieukeur.nl)

Indien het lopend stroomcontract nog niet voldoet, volstaat een afgesloten aansluitend contract.

##### Controlemethode

- Administratieve controle 10% van elektraverbruik;
- Controle op het aantoonbaar voldoen aan de Milieukeurcriteria groene elektriciteit van 15 mei 2018;
- Een geldig Milieukeurcertificaat voor de afgenomen groene stroom volstaat;
- Of CertiQ garanties van oorsprong. Nederlandse bron is vereist (wind, water, zon).

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het volgende. Het Energiebedrijf VU/VUmc koopt namens beide organisaties elektriciteit in. In het jaar 2018 heeft het Energiebedrijf zowel zelf elektriciteit geproduceerd met de WKK-installatie als energie ingekocht. De ingekochte elektriciteit is 40% Nederlandse wind en 60% Europese wind in 2020. Deze elektriciteit is voorzien van een Garantie van Oorsprong en is opgenomen in het CertQ-register.

#### 2.1.2.7 Laag aardgasverbruik (Extra)

De locatie gebruikt minder dan 10 m<sup>3</sup>/m<sup>2</sup> aardgas per jaar.

##### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.2.8 Zeer laag aardgasverbruik (Extra)

De locatie gebruikt minder dan 3 m<sup>3</sup>/m<sup>2</sup> aardgas per jaar.

Het voldoen aan deze eis geeft tevens het extra punt van eis 2.1.2.7 (zuinig aardgasverbruik).

##### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.2.9 Nul op de meter (Extra)

De locatie verbruikt over het jaar gezien netto geen energie.

Het voldoen aan deze eis geeft tevens de extra punten van eis 2.1.2.8 (zeer laag aardgasverbruik).

##### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.2.10 Plannen voor aansluiting op extern warmtenet (Extra)

De locatie wil aansluiting op een nieuwe extern duurzaam warmtenet en is aantoonbaar in overleg met de gemeente/leverancier voor aansluiten op een nieuw extern warmtenet.

##### Controlemethode

- Visuele of administratieve controle;
- Briefwisseling en/of notulen van lopend overleg.

N.B.: een bestaande aansluiting van de instelling op een extern warmtenet volstaat niet om aan de eis te voldoen.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de eigen verklaring dat VU en VUmc in gesprek zijn met de eigenaar van het warmtenet NUON om in de toekomst aan te sluiten op het bestaande warmtenet.

#### 2.1.2.11 Opwek eigen stroom (5 kWh/m<sup>2</sup>) (Extra)

De locatie wekt duurzaam elektriciteit op met zonne-energie, windenergie of biomassa die omgerekend tenminste 5 kWh per m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlak per jaar opwekken.

##### Controlemethode

Administratieve controle.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.2.12 Opwek eigen stroom (10 kWh/m<sup>2</sup>) (Extra)

De locatie wekt duurzaam elektriciteit op met zonne-energie, windenergie of biomassa die omgerekend tenminste 10 kWh per m<sup>2</sup> bvo per jaar opwekken.

Het voldoen aan deze eis geeft tevens het extra punt van eis 2.1.2.11 (5 kWh/m<sup>2</sup>).

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.2.13 Ventilatie in operatiekamers regelen (Extra)

Protocol voor energie besparen OK's. Dit protocol bevat maatregelen zoals het stand-by zetten van ventilatie en het filteren van lucht in de operatiekamer om energieverbruik te reduceren.

Controlemethode

Administratieve controle protocol/meetrapport en specificaties.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. De luchtbehandelingsinstallaties van alle operatiekamers zijn aangesloten op het gebouwbeheersysteem (GBS) en bevinden zich op etages boven de operatiekamers (technische laag). Op werkdagen van 07.00 -18.00 uur wordt via dit systeem de luchtbehandeling maximaal geschakeld (100%). Buiten de reguliere werktijden wordt het teruggeschakeld naar 50% (lage stand).

#### 2.1.2.14 Afrekening energiekosten (onder)huurder op basis van tussenmeter (Extra)

Huurders in het pand van een zorginstelling krijgen van de instelling een afrekening van de elektriciteitskosten op basis van het werkelijk verbruik gemeten met een tussenmeter. Indien de instelling zelf het gebouw huurt, dan geldt de eis voor haar eventuele onderhuurders.

Controlemethode

Visuele en/of administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.



#### 2.1.2.21 Actie voor personeel thuis (Extra)

Voor het stimuleren van energiebewustzijn en bijdragen aan minder energieverbruik bij medewerkers in de privésfeer voert een instelling jaarlijks tenminste 1 actie uit die daaraan bijdraagt. Bijvoorbeeld een collectief aanbod aan medewerkers voor thuis voor:

- Isoleren eigen huis;
- Kopen Ledlampen;
- Kopen PV panelen;
- Kopen (hybride) warmtepomp;
- Elektrische fiets.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 2.1.3 Water

#### 2.1.3.1 Debiet douches (Verplicht)

Uit de douches komt niet meer dan 8,5 liter /minuut. Deze eis geldt voor:

- Brons: tenminste 50% van de douches;
- Zilver: tenminste 75% van de douches;
- Goud: tenminste 95% van de douches.

Uitzondering: bij toepassing van drukknoppen, sensor gestuurde schakelaars met max tijdsduur water vervalt de eis. Deze eis is niet van toepassing bij nooddouches.

Controlemethode

Controlelijst met specificaties welke douches voldoen aan de eis voldoen.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de visuele controle en de waargenomen douches, wastafels, tappunten en de uitgebreide inventarisatie. Begin 2018 zijn aanvullend debietmetingen gedaan en deze bevestigde de eerdere onderbouwing en inventarisaties. VUmc vervangt circa 1.200 mengkranen in het ziekenhuis waarbij in de aanbesteding rekening is gehouden met de eisen uit de Milieuthermometer.

#### 2.1.3.2 Spoeling toilet (Extra)

Toiletten met spoeling < 6 liter. Deze eis geldt voor:

- Brons: tenminste 50% van de toiletten;
- Zilver: tenminste 75% van de toiletten;
- Goud: tenminste 90% van de toiletten.

Uitzondering: indien de stortbak een duidelijke aangegeven stopknop heeft.

Controlemethode

Controlelijst met specificaties welke toiletten voldoen aan de eis.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen middels het tweeknoppen-systeem van Gerberit of het éénknop-systeem waarbij het toilet standaard met 6 liter water wordt gespoeld.

#### 2.1.3.3 Onderhoud schema kranen, e.d. (Verplicht)

Er is een onderhoudsschema of meldingssysteem om lekkende kranen, stortbakken e.d. op te sporen inclusief aantoonbare opvolging. Voor zorginstellingen bij bewonersvoorzieningen de meldingen bijvoorbeeld via de huishoudelijke dienst.

Controlemethode

Administratieve controle aanwezigheid.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de getoonde registraties bij de technische dienst en het meldingssysteem Ultimo.

## 2.1.4 Afvalwater

### 2.1.4.1 Medicijnen in afvalwater preventie (Verplicht)

Aantoonbare preventie van het lozen van vloeibare en vaste medicijnresten via wasbak of toilet.

- Instructie afvoeren medicijnresten;
- Aanwezig zijn van inzamelvoorzieningen.

Nb. Dit betreft niet de medicijnresten die als uitscheiding van de patiënt via het toilet in het afvalwater terecht komen.

#### Controlemethode

Administratieve controle interne voorschriften en interview met medewerker van de werkvloer.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc streeft naar een 0-emissie van chemicaliën via het afvalwater. Het bereikt dit onder meer door instructie via het handboek afvalstoffen, afvalposters, en laagdrempelige verwijdering van geneesmiddelen.

### 2.1.4.2 Chemicaliën in afvalwater preventie (Verplicht)

*Uitsluitend voor ziekenhuizen:*

Aantoonbare preventie van het lozen van chemicaliën. Bijvoorbeeld: instructie inzamelen chemisch afval, handboeken, procedures of werkplekinstructiekaarten.

#### Controlemethode

Administratieve controle interne voorschriften en facturen of aftekenlijsten  
Verplicht

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc streeft naar een 0-emissie van chemicaliën via het afvalwater. Het bereikt dit onder meer door instructie via het handboek afvalstoffen, afvalposters, en laagdrempelige verwijdering van chemisch afval.

### 2.1.4.3 Reiniging van zuiveringstechnische voorzieningen (Verplicht)

De instelling zorgt voor een periodieke c.q. afdoende reiniging van aanwezige zuiveringstechnische voorzieningen, zoals vetvangsers, olieafscheiders, gipsvanger en amalgaamafscheiders, d.w.z. regelmatig (minimaal 1 keer per jaar) ledigen en reinigen van de olie/slibafseparator t.b.v. de optimale werking. Wanneer aangetoond kan worden dat met een lagere ledigingfrequentie de doelmatige werking van de afscheider niet geschaad wordt, dan is deze frequentie toegestaan.

#### Controlemethode

Administratieve controle interne voorschriften en facturen of aftekenlijsten.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de getoonde registraties en/of instructies van lediging van de olie-, vetvanger door Van der Velden en de gipsvanger wordt geleegd volgens de getoonde procedure.

#### 2.1.4.4 Overschrijden lozingsnormen (Verplicht)

Uitsluitend voor ziekenhuizen:

De instelling reageert adequaat bij overschrijdingen van de lozingsnormen. D.w.z. als tijdens de periodieke analyse van de afvalwaterstromen, zoals voorgeschreven in de vergunning, blijkt dat een lozingsnorm wordt overschreden, wordt bij het verzenden van de rapportage naar het bevoegd gezag aangegeven:

- Dat de lozingsnorm wordt overschreden;
- Wat de oorzaak is van de overschrijding;
- Welke actie ondernomen is om de overschrijding in de toekomst te voorkomen.

Controlemethode

- Administratieve controle van analysesresultaten;
- Administratieve controle rapportage aan het bevoegd gezag (steekproef).

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de getoonde schema of procedure. Per 1 januari 2016 ligt de regie voor deze activiteiten in het geheel bij de afdeling vastgoedbeheer van het facilitair bedrijf VUmc. De uitvoerende werkzaamheden worden uitgevoerd door gecertificeerd milieulaboratorium Omegam.

#### 2.1.4.5 Waterzuivering (Extra)

Reductie van medicijnen in het afvalwater door zuivering op locatie. De zuivering dient de concentratie van ten minste één specifiek medicijn in afvalwater aantoonbaar voor minstens 50% te reduceren.

Controlemethode

Visuele controle en administratieve controle technische specificaties zuiveringsinstallatie en/of meetrapport.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.4.6 Contrastvloeistoffen preventie (Extra)

Uitsluitend voor ziekenhuizen:

De hoeveelheid contrastvloeistoffen die na gebruik via het riool in het milieu terecht komt wordt voorkomen of verminderd door aparte opvang of het scheiden van contrastvloeistoffen op het toilet voor separate opvang en verwerking.

Controlemethode

- Administratieve controle planrapport voor opvang en verwerking contrastvloeistoffen;
- Interview met milieucoördinator over implementatie plan opvang en verwerking contrastvloeistoffen.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

2.1.4.7 Winnen van energie / grondstoffen uit afvalwater (Extra)  
Terugwinnen van energie en/of grondstoffen uit afvalwater.

Controlemethode

Visuele controle en administratieve controle fysieke aanwezigheid terugwininstallatie en de technische beschrijving waarin de terugwinning van energie/grondstoffen uit het afvalwater wordt omschreven.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

## 2.1.5 Bodem

### 2.1.5.1 Bodemverontreiniging preventie (Verplicht)

Aantoonbare preventie van bodemverontreiniging, via:

1. reguliere controle tanks op lekkage;
2. lekbakken;
3. vloeistofdichte of vloeistofkerende vloeren;
4. aantoonbare periodieke visuele controle van bodem beschermende voorzieningen;
5. aanwezigheid absorptiemateriaal op relevante plekken.

Er moet voldaan worden aan de Nederlandse Richtlijn Bodembescherming (NRB).

#### Controlemethode

Administratieve controle van de registratie en visuele controle bij bedrijfsinspectie van de voorzieningen (steekproef).

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de rondgang.

### 2.1.5.2 Overzicht van risicovolle locaties m.b.t. bodemverontreiniging (Verplicht)

De instelling heeft een overzicht van locaties waar gevaarlijke stoffen (op basis van Wet Milieubeheer en ADR) en olie worden opgeslagen en van de vulpunten.

#### Controlemethode

Administratieve controle aanwezigheid overzicht.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Een plattegrond met de opslag van gevaarlijke stoffen en de bodemrisicochecklist is getoond. VUmc heeft in 2011 een bodemrisico-checklist opgesteld en deze is grotendeels nog actueel. In de loop van 2015 is de bodemrisico-checklist te aangepast omdat het afvalstoffen depot inclusief de opslagcontainers gevaarlijke afvalstoffen zijn verplaatst. In 2017 heeft VUmc een tijdelijke veiligheidskluis voor de apotheek geplaatst op het plein GGZ/SEH. De kluis is voorzien van PGS15 certificaat.

### 2.1.5.3 Ondergrondse tanks (Verplicht)

Voor keuring en onderhoud van ondergrondse tanks is een contract afgesloten met een erkend bedrijf waarin expliciet staat dat de door deze uitgevoerde werkzaamheden volledig in overeenstemming zijn met de wettelijke eisen.

#### Controlemethode

Administratieve controle keuringsrapporten.

#### Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

#### 2.1.5.4 Instructie personeel

Logistieke medewerkers hebben een instructie gehad over wat te doen in geval morsen van bodem verontreinigende stoffen.

#### Controlemethode

Administratieve controle instructie en interview met een logistiek medewerker.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van onder meer de gevolgde cursussen. In mei 2019 heeft een herhalingscursus plaatsgevonden. Het jaarverslag gevaarlijke stoffen 2018 is verstrekt.

## 2.1.6 Lucht

### 2.1.6.1 Filter onderhoud (Verplicht)

De instelling heeft een onderhoudsschema voor de reiniging van aanwezige luchtfilters (bijvoorbeeld absoluutfilters en vetfilters), en registreert welke filters wanneer zijn vervangen. Deze eis is niet van toepassing voor filters voor huishoudelijk gebruik (bijvoorbeeld in keuken op afdeling).

Controlemethode

Administratieve controle plan en registratie.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc gebruikt voor het plannen en registreren van alle activiteiten aan installaties het facilitair managementsysteem Ultimo. In dit systeem zijn alle installaties voorzien van een zogenaamde stamkaart waarop alle gegevens van de installaties inclusief het onderhoud vermeld staan. Op deze stamkaart wordt ook aangegeven wanneer filters schoongemaakt of vervangen worden. De uitvoering van de werkzaamheden wordt gedaan door Altena Group.

### 2.1.6.2 Koudemiddelen HCFK (Verplicht)

De instelling heeft een lijst met alle koelinstallaties waarin is aangegeven of en wanneer de installatie wordt aangepast, omgebouwd of vervangen om te voldoen aan de 'verordening ozonlaag afbrekende stoffen' en de 'F-gassenverordening'.

Controlemethode

Administratieve controle logboeken.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. In 2010 heeft VUmc een inventarisatie laten uitvoeren naar de aanwezigheid van HCFK- houdende koudemiddelen in de installaties. Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat er nog 12 installaties draaien op R22-geclassificeerde koudemiddelen. VUmc heeft in de periode 2010 – 2014 alle 'verdachte' installaties om laten bouwen of vervangen door nieuwe.

### 2.1.6.3 Koudemiddelen alternatief (Extra)

De instelling gebruikt als koelmiddel bij installaties met een vermogen van meer dan 500 Watt natuurlijke koelmiddelen (ammoniak, koolstofdioxide).

Controlemethode

Administratieve controle logboeken.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 2.1.6.4 Koudemiddelen inzicht in verlies (Verplicht)

De instelling heeft:

- Inzicht in de koudemiddelverliezen van koelinstallaties;
- Werkregistratie en advies bij afwijken van controles;
- Aantoonbare navolging adviezen.



#### Controlemethode

Administratieve controle logboeken.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Jaarlijks stelt het Teamhoofd Werktuigkunde aan de hand van de werkbonden een overzicht samen van de 'verbruikte' en/of 'retourgenomen' koudemiddelen. Deze informatie is ook nodig voor het invullen van de Milieubarometer en jaarverslaglegging. Het jaaroverzicht 2019 verbruikte koudemiddelen is ter inzage getoond.

#### 2.1.6.5 NOx (Verplicht)

Ketels die onder het Activiteitenbesluit vallen hebben een NOx-uitstoot conform de wetgeving. (zie voor een link naar de wetgeving voor stookinstallaties: [https://cutt.ly/InfoMil\\_link\\_NOX](https://cutt.ly/InfoMil_link_NOX)).

#### Controlemethode

Administratieve controle stookrapport en fabrieksspecificatie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het getoonde overzicht met SCIOS keuringen. De ketels (in de VUmc gebouwen) zijn uitgevoerd met low NOx-branders. Deze ketels voldoen aan de NOx-emissie-eis. VU en VUmc hebben een eigen energiebedrijf (CCE). De warmte nodig voor het klimatiseren van de gebouwen en andere toepassingen wordt met een WKK en gasgestookte ketels opgewekt en vervolgens met verschillende warmtenetten (een soort stadsverwarming) naar de gebouwen getransporteerd. Enkele kleine gebouwen ontvangen geen warmte van het energiebedrijf maar hebben een eigen warmtevoorziening. Het betreft de gebouw CCA (Cancer Centre Amsterdam), gebouw zuid en ketenpark. De ketels zijn uitgevoerd met low NOx-branders. Deze ketels voldoen aan de NOx-emissie-eis.

## 2.1.7 Afval

### 2.1.7.1 Afvalscheiding (Verplicht)

Er is minimaal een per component gescheiden inzameling en verwerking via duidelijke inzamelsystemen van de volgende afvalstromen:

- Oud papier/karton,
- Kunststof verpakingsfolie,
- Glas,
- Specifiek ziekenhuisafval,
- Elektrische en elektronische apparatuur,
- Gevaarlijk afval,
- Kca (batterijen, cartridges etc.).

Aanvullend geldt de plicht tot afvalscheiding conform de eisen van het activiteitenbesluit ook voor swill, frituurvet, en bij verbouwingen vrijkomend afval als bouwafval, puin, hout, enz. Zie voor uitgebreide informatie de MPZafvalwijzer.

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van inzamelmiddelen en lediging voor die afvalstromen die relevant zijn en voorlichting door een poster op het gebied van afvalscheiding.

#### Controlemethode

- Visuele controle aanwezigheid inzamelmiddelen en afvalinstructie
- Administratieve controle afvalregistratie bij bedrijfsinspectie,
- Voorlichtingsposter in geval afvalscheiding geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, blijktend uit bijv. een verklaring van de instelling of uit een organisatieschema of uit behandelprotocollen.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de rondgang. Afval wordt gescheiden afgevoerd door afvalinzamelaars Renewi, Suez en Veolia voor papier en karton.

### 2.1.7.2 Swill (voedselafval) (Extra)

Er is een gescheiden inzameling en afvoer van swill van afval uit het personeelsrestaurant of openbaar toegankelijk bedrijfsrestaurant (voedselafval) wanneer dit *minder* dan 200 kg/week betreft. Swill wordt met het GFT afval afgevoerd.

N.B.: Bij meer dan 200 kg/week is de gescheiden inzameling en afvoer van swill verplicht.

#### Controlemethode

Visuele of administratieve controle.

#### Keuringsresultaat

Niet van toepassing. Meer dan 200 kg/week swill.

### 2.1.7.3 Kunststofafval (Extra)

Er is naast kunststof verpakingsfolie inzameling ook inzameling van overig kunststof verpakingsafval (zoals jerrycans, flessen, flacons, enz.)

Controlemethode

Visuele of administratieve controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de rondgang. In 2017 is het aantal afdelingen waar kunststoffen apart worden ingezameld uitgebreid met de volgende afdelingen: CCA, IVF, Personeelsrestaurant en Keuken.

2.1.7.4 Incontinentiemateriaal preventie (Extra)

Tenminste 50% gebruik van incontinentiemateriaal heeft ingebouwde vochtindicator.

Controlemethode

Visuele of administratieve controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het getoonde besteloverzichten 2018 en 2019.

2.1.7.5 Incontinentiemateriaal verwerking (Extra)

Er is een gescheiden inzameling, afvoer en verwerking van incontinentiemateriaal.

Controlemethode

Visuele of administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

2.1.7.6 Afvalpreventieplan (Verplicht)

Instelling beschikt over een afvalpreventieplan (maximaal 5 jaar oud met daarin minimaal 3 preventieve maatregelen, zoals bijvoorbeeld:

- Toepassen van bio-based grondstoffen;
- Herbruikbare producten in plaats van disposables;
- First-in first-out bij voorraadbeheer;
- Reductie van verpakkingsmaterialen;
- Vervangen gevaarlijke grondstoffen door milieuvriendelijke grondstoffen stoffen;
- Minimaliseren lab afval door standaardiseren onderzoeken laboratoria en radiologie;
- Digitaliseren voorraadbeheer: hierdoor blijft beter zicht op voorraden in huis.

Het afvalpreventieplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame adviseur of een vakbekwame werknemer van het bedrijf. Vakbekwaam houdt in dat de opsteller met opleidingscertificaten en/of getuigschriften dan wel door relevante ervaring van minimaal een jaar, bijvoorbeeld als milieuoördinator, kan aantonen dat hij/zij in staat is om relevante afvalpreventiemaatregelen in de zorgsector te kunnen identificeren. Deze kwalificaties moeten inzichtelijk zijn.

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van voorlichting door een poster op het gebied van afvalpreventie.

#### Controlemethode

Administratieve controle inhoud afvalpreventieplan, dan wel visuele controle instructie afvalpreventie (poster) in geval afvalpreventie in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, blijkend uit een verklaring van de instelling of uit een organisatieschema of uit behandelprotocollen.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de uitgebreide toelichting en de aanvulling met concrete acties voor 2019.

#### 2.1.7.7 Hergebruik meubilair (Extra)

Meubilair dat niet in gebruik is wordt uitgeleend aan derden en/of na afdanken hergebruikt door derden.

#### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc heeft een procedure 'overtollig materiaal' opgesteld om het hergebruik van overtollige materialen te stroomlijnen. De afvalstoffencoördinator houdt een registratie bij van de handel in tweedehands meubilair.

#### 2.1.7.8 Hergebruik medische apparatuur (Extra)

Oude medische apparatuur die ongebruikt is en nog goed werkt wordt uitgeleend of weggeven aan derden.

#### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de overeenkomst met MDW Medical, die apparatuur inkoopt en verkoopt en/of schenkt aan derden.

#### 2.1.7.9 Hergebruik ICT (Extra)

ICT apparatuur wordt na afdanken hergebruikt.

#### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de verklaring van Renewi. De desktops, thinclients en laptops/notebooks worden samen met PlanBit gerefurbisht en worden weer ingezet als product. Ander ICT materiaal (beeldschermen, kabels, enz.) worden hergebruikt op productniveau (opnieuw inzetten van product) of op materiaal niveau (hergebruik van de materialen in het product).

#### 2.1.7.10 Medicijnen preventie (Extra)

Tenminste 4 verschillende ongebruikte medicijnen worden ingezameld en komen op basis van een protocol voor hergebruik beschikbaar.

Toelichting: dure ongebruikte medicijnen kunnen via apotheek hergebruikt worden als verpakking gesloten is en als deze medicijnen aantoonbaar bewaard zijn bij juiste temperatuur.

#### Controlemethode

Administratieve controle protocol bij bedrijfsinspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. De medicijnen die retour komen van de afdelingen worden door de apothekersassistenten beoordeeld op kwaliteit en herbruikbaarheid. De werkwijze is vastgelegd in een protocol of procedure retourmedicijnen. Niet alle geretourneerde medicijnen komen in aanmerking voor hergebruik maar medicijnen die hiervoor wel in aanmerking komen zijn opgenomen in een overzicht.

#### 2.1.7.11 Medicijnresten afval beheer (Verplicht)

Oude en overbodige medicijnen van patiënten worden op de locatie ingezameld voor juiste afvoer en verwerking.

#### Controlemethode

Visuele of administratieve controle bij bedrijfsinspectie.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Het afvoeren van de medicijnrestanten op de afdelingen vindt nu plaats middels de SZA-vaten als specifiek ziekenhuisafval.

## **2.1.8 Hinder**

### 2.1.8.1 Afhandeling klachten

#### *Uitsluitend voor ziekenhuizen:*

De instelling handelt klachten ten aanzien van geur, geluidshinder of andere vorm van overlast adequaat af via correspondentie en eventuele maatregelen. Een klachtenprocedure en een registratie is aanwezig.

#### Controlemethode

Administratieve controleprocedure, register en correspondentie en eventueel genomen maatregelen.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de klachtenprocedure en de benoemde voorbeelden.

## 2.1.9 Gevaarlijke stoffen

### 2.1.9.1 Opslaglocaties van gevaarlijke stoffen (Verplicht)

#### *Uitsluitend voor ziekenhuizen:*

De instelling heeft inzicht in de werkplekken waar gevaarlijke stoffen (d.w.z. stoffen die mogelijk gevaar opleveren voor de veiligheid en gezondheid van werknemers en die onderdeel uitmaken van de Risico-Inventarisatie en - Evaluatie volgens de Arbowet) staan opgeslagen. Dit kan een papieren registratie zijn of een geautomatiseerd systeem.

#### Controlemethode

Administratieve controle registratie en/of veiligheidsverslag.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. De registratie van locaties waar gevaarlijke stoffen staan opgeslagen is ondergebracht in het facilitair managementsysteem Ultimo. VUmc slaat gevaarlijke stoffen bij grotere hoeveelheden dan de werkvoorraad op in veiligheidskasten. Deze kasten worden periodiek gekeurd door een gecertificeerd onderhoudsbedrijf. Vandaar dat deze voorzieningen zijn opgenomen in Ultimo.

### 2.1.9.2 Opslag-voorzieningen van gevaarlijke stoffen (Verplicht)

De opslag van chemicaliën en gevaarlijk afval (vast, vloeibaar en gas) in de instelling voldoet aan de eisen in de Publicatiereeks Gevaarlijke Stoffen (PGS) of aan de eisen die in de milieuvergunning zijn opgenomen.

#### Controlemethode

Visuele controle en administratieve controle plan van aanpak (steekproef).

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de rondgang langs de afdelingen, het milieuplein en het gassendepot.

### 2.1.9.3 Toegang tot gevaarsinformatie (Verplicht)

Op elke werkplek waar met gevaarlijke stoffen wordt gewerkt zijn actuele veiligheidsinformatiebladen en werkplek-instructiekaarten beschikbaar van de aanwezige stoffen. Dit kan digitaal of op papier zijn.

#### Controlemethode

Visuele controle op aanwezigheid (steekproef).

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. In diverse opslagruimtes zijn de veiligheidsinformatiebladen van de opgeslagen stoffen beschikbaar.

#### 2.1.9.4 Minimalisatie gebruik Zeer Zorgwekkende Stoffen (Verplicht)

##### *Uitsluitend voor ziekenhuizen:*

De instelling heeft een beleid ten aanzien van de minimalisatie van het gebruik van Zeer Zorgwekkende Stoffen

(conform: [https://www.rivm.nl/rvs/Stoffenlijsten/Zeer\\_Zorgwekkende\\_Stoffen](https://www.rivm.nl/rvs/Stoffenlijsten/Zeer_Zorgwekkende_Stoffen)).

Een stof is ZZS als het:

- Op de ZZS-lijst staat, en/of
- Als het als H-zin H340, H350 of H360 bevat.

De instelling beschikt over:

- een lijst van aanwezige ZZS;
- een lijst met te onderzoeken ZZS voorvermindering van het gebruik of vervanging door een alternatief komend jaar, met tenminste 5% van aanwezige ZZS;
- een lijst met de resultaten van onderzoek naar vermindering of vervanging van ZZS van afgelopen jaar.

##### Controlemethode

Administratieve controle aanwezigheid en inhoud lijsten. De aanwezigheid van de ZZS in de instelling valt buiten de inspectie.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc streeft ernaar om het gebruik van stoffen die op de lijsten van zeer zorgwekkende stoffen en prioritair stoffen te voorkomen. In 2014 heeft VUmc onderzoek gedaan naar het gebruik van deze stoffen in de periode 2006 t/m 2014. In het inkoopstelsel LIFT is gericht gezocht of de bewuste stoffen zijn besteld. Een overzicht van de bestellingen is opgenomen in een Excel-bestand. VUmc is gestart met het overstappen op een ander kwaliteitssysteem. Het ziekenhuis was NIAZ-gecertificeerd en sinds 2019 JCI. Dit systeem stelt hoge eisen aan het werken met gevaarlijke stoffen en het verlagen van de risico's voor de mens en milieu. De ondersteunende diensten en laboratoria zijn nu druk bezig om de processen in te richten conform deze eisen. Als onderbouwing is de JCI-paragraaf FMS 5 Hazardous Materials toegevoegd. Inmiddels is gestart met de implementatie van het registratiesysteem SOFOS, startend met een paar modules. Voor Q2 2022 zouden dan de modules CMR en Preparaten toegevoegd moeten worden en uiterlijk Q4 2022 de modules Afval en Bestellingen.

#### 2.1.9.5 Reductieplan gebruik gevaarlijke stoffen (Extra, maar verplicht voor goud (ZH))

##### *Uitsluitend voor ziekenhuizen:*

De instelling heeft een reductieplan van max. 4 jaar oud met overzicht gebruik gevaarlijke stoffen en maatregelen opgesteld voor reductie van het verbruik en/of onderzoek naar alternatieve niet-gevaarlijke stoffen. Maatregelen worden uitgevoerd volgens eigen opgegeven planning. Het reductieplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame werknemer van het bedrijf of een vakbekwame adviseur.

##### Controlemethode

Visuele controle en administratieve controle.

##### Keuringsresultaat

Niet van toepassing.



#### 2.1.9.6 Koelwater Behandeling (Extra)

Koelwaterbeheer wordt chemievrij uitgevoerd.

Controlemethode

Visuele controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

## 2.1.10 Catering en voeding

### 2.1.10.1 Preventie van swill (voedselafval) (Verplicht)

De instelling voorkomt het ontstaan van etensresten bij de door de instelling verstrekte patiëntmaaltijden. Dit kan bijvoorbeeld door:

- Op de dag zelf de maaltijdbehoefte opnemen;
- Keuze uit klein, middel of grote portie;
- Vergroten van het aantal eetmomenten per dag (zoals bijvoorbeeld tot zes of meer eetmomenten);
- Afbestellen maaltijden indien dit niet meer nodig is;
- De keuzemogelijkheden tussen verschillende gerechten beperken;
- Warme maaltijden 's avonds verstrekken (minder bewoners-patiënten zijn 's avonds onverwacht afwezig);
- Werken met ingevroren maaltijden;
- Afdelingskeukens.

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van voorlichting door een poster ter voorkoming van de productie van etensresten.

#### Controlemethode

Visuele controle voorlichtingsmateriaal (poster) ter voorkoming van de productie van etensresten. In geval dit in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, blijkt uit een verklaring van de instelling of uit een organisatieschema of uit behandelprotocollen.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het feit dat men de bovenstaande voorbeelden in de praktijk daadwerkelijk toepast. VUmc keuken werkt volgens een gekoppeld koken systeem, dat wil zeggen dat de warme maaltijden op dezelfde dag worden bereid, geassembleerd en geserveerd. Er wordt gewerkt volgens een bestelprognose welke dagelijks wordt bijgesteld nadat de voedingsassistenten de daadwerkelijke voedingsbestellingen rond 11.30 uur bij de voedingsadministratie hebben afgeleverd. Op deze wijze is mogelijk de maaltijdbehoefte (productie en assemblage) exact af te stemmen op de vraag. Met deze werkwijze is de hoeveelheid swill bijna nihil is.

### 2.1.10.2 Meten voedselverliezen (Extra, verplicht voor zilver en goud)

De instelling heeft een onderzoeksrapport naar de voedselverspilling van door de instelling aangeboden patiëntmaaltijden van max. 5 jaar oud met daarin:

- Het aantal kg voedselverliezen per bed/bewoner/patiënt per jaar;
- % retourmaaltijden per afdeling;
- % voedselverlies bij portionering in keuken;
- % resten voedsel van bord.

Daarnaast monitort de instelling het aantal kg swill per bed, patiënt of bewoner op jaarbasis.

#### Controlemethode

Visuele controle en administratieve controle.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het ambitiedocument Zorg op het Bord van 6 oktober 2020 en het beleid voorkomen van voedselverspilling van 27 mei 2021. **VUmc is nog niet in het bezit van een onderzoeksrapport om de voedselverspilling in het ziekenhuis te meten.** Onderdeel van Zorg op het bord is een doelstelling opgenomen voor de derving voor locatie AMC van maximaal 7% en voor locatie VUmc behoud of verbetering van het duurzaamheidspercentage. Dit wordt jaarlijks geëvalueerd en bijgesteld door de derving jaarlijks te meten. VUmc heeft toegezegd binnen een half jaar het eerste onderzoek uit te voeren, onder voorbehoud van het uitblijven van een nieuwe COVID-19 uitbraak. Op basis van het invulblad afvalregistratie zal de eerstvolgende meting in juni 2021 plaatsvinden. **Bij de eerstvolgende controle audit zal de voortgang worden gecontroleerd.**

#### 2.1.10.3 Duurzame dranken en etenswaren / milieuvriendelijkere voedsel gewassen (Extra)

Voor dranken en etenswaren voor cliënt/patiënt wordt minder milieubelastende foodproducten gebruikt. Om aan de eis te voldoen moet (op basis van het totaal inkoopbedrag) aan producten ten minste 10% aantoonbaar in een aaneengesloten periode van minimaal drie maanden biologische of minder milieubelastende teelt ingekocht worden (waaronder EKO, On the way to PlanetProof, Milieukeur, Demeter, Beterleven\*, MSC, ASC, UTZ, Fairtrade, Rainforest Alliance, RSPO.).  
Zie <https://keurmerken.milieucentraal.nl/>

#### Controlemethode

Administratieve controle inkoopgegevens en certificaat van biologische of minder milieubelastende teelt.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.10.4 Verbeterplan duurzame voeding en catering (Extra, maar verplicht voor goud)

De instelling heeft een verbeterplan duurzame voeding en catering van maximaal 5 jaar oud, met maatregelen om de milieubelasting van patiëntenvoeding en etenswaren in bedrijfs-/bezoekersrestaurant en winkels te verminderen. Het plan bestaat minimaal uit:

- De milieubelasting van het beginniveau (nulsituatie), waar mogelijk gekwantificeerd
- De doelstellingen aan het einde van de planperiode
- De maatregelen om de doelstellingen te realiseren, bijvoorbeeld:
  - o Vergroten van het assortiment van minder milieubelastende foodproducten
  - o Vergroten van het aandeel plantaardige ten opzichte van dierlijke eiwitten in maaltijden (bijvoorbeeld uitgedrukt in gram plantaardig t.o.v. gram dierlijk eiwit)
  - o Vergroten van het aandeel seizoensproducten
  - o Aanbieden van gratis kraanwater in het bedrijfs-/bezoekersrestaurant
  - o Het verminderen van het gebruik van minder duurzame foodproducten.

De preventie van swill en het meten van voedselverliezen (zie eis 2.1.10.1 en 2.1.10.2)

kunnen onderdeel uitmaken van het verbeterplan. Het verbeterplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame werknemer van het bedrijf of een vakbekwame adviseur.

#### Controlemethode

Administratieve controle inhoud en na initiële keuring voortgang uitvoering verbeterplan.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het ambitiedocument Zorg op het Bord van 6 oktober 2020.

#### 2.1.10.5 Duurzame visconsumptie (Extra)

De catering voor patiëntenvoeding gebruikt uitsluitend vissen die gekweekt of gevangen zijn op duurzame wijze (voldoen aan de criteria van keurmerk ASC of MSC) of aantoonbaar vergelijkbaar.

#### Controlemethode

Visuele controle en inkoopgegevens.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de getoonde ASC en MSC certificaten van leverancier AMFish (fusie van VisSpecialist Almelo te Katwijk en Van Meines Vis te Amsterdam), geldig tot en met 18 maart 2024.

#### 2.1.10.6 Duurzame vleesconsumptie (Extra)

De catering voor patiëntvoeding gebruikt uitsluitend vlees dat voldoet aan de eisen van een van de volgende keurmerken; EKO-keurmerk, Milieukeur, Beter Leven keurmerk, Label Rouge voor kippen of aantoonbaar vergelijkbaar.

#### Controlemethode

Visuele controle en inkoopgegevens.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.10.7 Bevorderen plantaardige eiwit-consumptie (Extra)

De instelling stimuleert de toepassing van plantaardige en vermindering van dierlijke eiwitten in de verstrekte patiëntmaaltijden. Dit kan bijvoorbeeld door:

- De verhouding tussen plantaardig en dierlijke eiwitten minimaal 1x per week in de (standaard)maaltijden te verschuiven naar bijvoorbeeld 80-20%;
- Minimaal 1x per week uitsluitend een vegetarische maaltijd te serveren.

Plantaardige eiwitrijke producten zijn bijvoorbeeld: granen, peulvruchten (kikkererwten, bonen, linzen) paddenstoelen, noten en algen (inclusief zeewier).

#### Controlemethode

Visuele controle en inkoopgegevens.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet nog niet aan de gestelde eisen. De instelling heeft het voedingsprogramma Zorg op het Bord geïnitieerd, waarmee plantaardige eiwitconsumptie wordt gestimuleerd. Het assortiment van de broodbuffetwagen bevat 10% meer producten met plantaardige eiwitten en tussendoortjes zijn vaker vegetarisch. Hier wordt echter niet aan de gestelde eis van een verhouding van tenminste 80% voldaan.

#### 2.1.10.8 Serviesgoed (Extra, maar verplicht voor goud)

De instelling maakt op hooguit enkele (feest-)dagen na, gebruik van duurzaam servies en bestek, dat door afwassen hergebruikt wordt. Het evt. beperkt gebruik van papieren of plastic bekertjes voor salades en voor drankautomaten in kantine voor bezoekers of personeel is toegestaan. In geval voor het verlenen van zorg uit veiligheidsoogpunt afwijkende servieskeuzes nodig zijn, dient schriftelijk te worden gemotiveerd dat medische redenen deze eis niet toelaten. Deze eis kan dan vervallen.

##### Controlemethode

- Visuele controle;
- Controle aanwezigheid medische motivatie als uit veiligheidsoogpunt afwijkende servieskeuzes nodig zijn.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.10.9 Externe cateraar (Extra)

Alle cateraars van de patiëntmaaltijden en van het personeels- en bezoekersrestaurant, of de groothandel bij levering catering door groothandels, beschikken over een milieumanagementsysteem.

##### Controlemethode

Administratieve controle van bijvoorbeeld geldig ISO14.001 certificaat of Milieubarometercertificaat of vergelijkbaar milieumanagement review van de cateraar uitgevoerd door de zorginstelling.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

## 2.1.11 Reiniging

### 2.1.11.1 Schoonmaakplan (Verplicht)

Er is een stappenplan schoonmaak aanwezig voor gebouw (incl. keuken), waarbij het gebruik van middelen en water wordt geminimaliseerd. Het stappenplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame adviseur of een vakbekwame werknemer van het bedrijf.

#### Controlemethode

Administratieve controle stappenplan, werkinstructies of registratie en check bij een schoonmaker.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Het schoonmaakplan van de instelling is ter inzage getoond. De schoonmaakwerkzaamheden worden in VUmc uitgevoerd door een kleine groep eigen medewerkers, maar vooral door medewerkers van de externe schoonmaakorganisatie Asito.

### 2.1.11.2 Duurzame reinigingsmiddelen voor reinigen ruimten en sanitair >50% (Verplicht)

Er wordt alleen gebruik gemaakt van minder milieubelastende schoonmaakmiddelen. (Reinigingsmiddelen voor onderhoud en desinfectie maken geen onderdeel uit van de eis). Dit wil zeggen klasse B of C van de Algemene BeoordelingsMethodiek (ABM). (A alleen met toestemming van Bevoegd Gezag).

Of:

Voor minimaal 50% (op basis van inkoopbedrag) wordt gebruik gemaakt van minder milieubelastende schoonmaakmiddelen (deze voldoen aantoonbaar aan de eisen van EU Ecolabel of Nordic Swan).

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van voorlichting door bijv. een poster over minder milieubelastende schoonmaakmiddelen.

#### Controlemethode

Visuele controle van de inkoop(administratie) en de voorraad;

Reinigingsmiddelen en de specificaties van de reinigingsmiddelen.

Bij uitbesteding van schoonmaak aantonen eis met inkoopfacturen of specificaties in het contract.

Of voorlichtingsposter in geval de inkoop van reinigingsmiddelen in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, blijktend uit een verklaring van de instelling of uit een organisatieschema of uit behandelprotocollen.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc kiest ervoor om reinigingsmiddelen te gebruiken die op het gebied van waterbezwaarlijkheid tenminste voldoet aan de eisen van ABM-klasse 'B'. De optie om tenminste 50% van het inkoopbedrag van de gebruikte middelen te laten voldoen aan de eisen van een Ecolabel, is voor VUmc onhaalbaar. VUmc heeft in de afgelopen periode een inventarisatie uitgevoerd naar de waterbezwaarlijkheid van reinigingsmiddelen die gebruikt worden in het ziekenhuis.

2.1.11.3 Duurzame reinigingsmiddelen voor reinigen ruimten en sanitair >90% (Extra)  
Voor minimaal 90% (op basis van inkoopbedrag) wordt gebruik gemaakt van minder milieubelastende schoonmaakmiddelen (deze voldoen aantoonbaar aan de eisen van EU Ecolabel of Nordic Swan).

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van voorlichting door bijv. een poster over minder milieubelastende schoonmaakmiddelen.

Deze ontheffing geldt niet voor taken en gebruik van middelen door de medewerkers van een extern schoonmaakbedrijf en ook niet voor wasmiddelen (wasmachine).

#### Controlemethode

Visuele controle van de inkoop(administratie) en de voorraad;

Reinigingsmiddelen en de specificaties van de reinigingsmiddelen.

Bij uitbesteding van schoonmaak aantonen eis met inkoopfacturen of specificaties in het contract.

Of voorlichtingsposter in geval de inkoop van reinigingsmiddelen in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, blijkt uit een verklaring van de instelling of uit een organisatieschema of uit behandelprotocollen.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.11.4 Doseersysteem (Verplicht)

De instelling hanteert een doseersysteem van reinigingsmiddelen. Onder andere een doseerstation of een mobiel doseerapparaat of een doseerdop op de fles en toepassing van navulbare verpakkingen.

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van voorlichting door een poster over de dosering van reinigingsmiddelen.

#### Controlemethode

Visuele controle doseersysteem

Of voorlichtingsposter in geval het gebruik van reinigingsmiddelen in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, blijkt uit een verklaring van de instelling of uit een organisatieschema of uit behandelprotocollen.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc maakt geen gebruik meer van een doseersysteem. Voor de dagelijkse schoonmaakactiviteiten op zorgafdelingen (verpleeg afdelingen en de polikliniek etc.) is het niet langer toegestaan om navul-verpakkingen te gebruiken die concentraat aangevuld met water bevatten. Door gebruik kunnen de navulverpakkingen verontreinigd raken met bacteriën (kans op besmettingen van patiënten). Dit risico wil VUmc niet lopen en gebruikt daarom alleen flacons die gebruik gereed product bevatten. Als de flacon leeg is, belandt deze bij het afval. Hoewel deze methode leidt tot meer restafval neemt het gebruik van reinigingsmiddelen hierdoor niet toe.

#### 2.1.11.5 Gebruik microvezeldoekjes zonder reinigingsmiddel (Extra)

Voor het schoonmaken van oppervlakten waar geen extra eisen qua infectiepreventie of desinfectie gelden worden microvezeldoekjes gebruikt zonder reinigingsmiddel.

##### Controlemethode

Schoonmaakplan en visuele controle.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het gebruik van microvezeldoeken en moppen van Vileda Professional voor de dagelijkse reiniging.

#### 2.1.11.6 Milieuvriendelijke vaatwasmiddelen (Extra)

80% van vaatwasmiddelen inkoop (op basis van inkoopbedrag) voldoet aantoonbaar aan de eisen voor vaatwasmiddelen van EU Ecolabel of Nordic Swan.

##### Controlemethode

Visuele controle van de inkoop(administratie) en van de aanwezige voorraad van het assortiment reinigingsmiddelen.

##### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.11.7 Milieuvriendelijke reinigingsmiddelen voor instrumenten (Extra)

Er wordt alleen gebruik gemaakt van minder milieubelastende reinigingsmiddelen. Dit wil zeggen klasse B of C van de Algemene BeoordelingsMethodiek (ABM). (A alleen met toestemming van Bevoegd Gezag).

##### Controlemethode

Visuele controle van de inkoop(administratie) en van de aanwezige voorraad van het assortiment reinigingsmiddelen.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het getoonde overzicht van middelen in gebruik. De instelling maakt gebruik van middelen met een waterbezwaarlijk van klasse 'B' of 'WGK 2' of lager voor de afdelingen CSA (Centrale Sterilisatie Afdeling) en beddenwascentrale.



#### 2.1.11.8 Extern schoonmaakbedrijf (Extra)

Het externe schoonmaakbedrijf beschikt over een milieumanagementsysteem conform ISO 14.001 of vergelijkbaar met procedures voor schoonmaakwerk bij opdrachtgevers.

##### Controlemethode

Administratieve controle geldig ISO 14.001 certificaat, Milieubarometer-certificaat.  
Of milieumanagement review van het schoonmaakbedrijf uitgevoerd door de zorginstelling.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Asito, de schoonmaakpartner van VUmc, voert haar activiteiten op zeer veel locaties in Nederland uit. Zij hebben ervoor gekozen een milieumanagementsysteem te gebruiken om de milieu-impact van de schoonmaakactiviteiten te reduceren, De scope van het certificaat is 'Het inkopen, opslaan en distribueren van materialen en middelen voor de schoonmaakactiviteiten ten behoeve van de vestigingen van Asito B.V.'. De meeste invloed op het milieu heeft Asito door bij het inkopen van materialen en middelen al rekening te houden met het milieu. Dit heeft namelijk effect op de gehele Asito organisatie en dit effect werkt ook door in de activiteiten die bij VUmc worden uitgevoerd. Maatregelen ter beperking van milieubelasting: Duurzaam inkopen: De middelen die in de gehele organisatie worden gebruikt, worden bepaald door onze inkoop- en KAM-afdeling. Bij voorkeur gebruikt Asito middelen die niet geassocieerd zijn als gevaarlijk (geen gevarensymbool hebben). Een aantal middelen binnen Asito krijgt per februari 2017 het Ecolabel. Bovendien is bij aanschaf van reinigingsmachines het energieverbruik een belangrijk beslis criterium. Logistiek: Daarnaast is het logistieke systeem zo ingericht dat het transport tot een minimum beperkt wordt. Instructie: Medewerkers krijgen een mondelinge instructie over de dosering. Van de opfriscursus is de presentatie bijgesloten. Toetsing gaat via observeren tijdens de observatie van de rolkwalificatie. Het getoonde ISO 14001 is geldig tot 1 juni 2022 en afgegeven door Kiwa Nederland B.V.

## 2.1.12 Schoon en zuinig vervoer

Toelichting: De eisen voor het thema vervoer worden verschillend beleefd in de Randstad en in de minder druk bewoonde gebieden. Daar is het OV vaak minimaal en geen optie voor woon-werkverkeer. Daar vindt men de beschreven eisen door afwezigheid van alternatieven soms overdreven. Het thema autogebruik is desondanks opgenomen omdat het fors bijdraagt aan de totale milieubelasting van de instelling.

### 2.1.12.1 Beperken zakelijke en transport kilometers (Extra, verplicht voor zilver en goud)

De instelling beperkt het aantal verkeersbewegingen, door minimaal 2 maatregelen, zoals bijvoorbeeld:

- Teleconferenzen/skype business;
- OV-business kaart;
- Carpoolregelingen;
- Beschikbaar stellen van (elektrische) dienstfietsen.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het beschikbaar stellen van dienstfietsen en het hebben van thuiswerk- en teleconference mogelijkheden.

### 2.1.12.2 Zuinige type auto's (Extra)

Tenminste 50% van de personenauto's van de instelling en leaseauto's (incl. taxibusjes) heeft label A.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet van toepassing. VUmc heeft geen eigen wagenpark en dus geen personenauto's (inclusief taxibusjes) in eigendom.

### 2.1.12.3 Aanschafbeleid zuinige type personenauto's (Extra, verplicht voor zilver en goud)

Er is beleid om bij aanschaf of vervanging van personenauto's van de instelling en leaseauto's (incl. taxibusjes) uitsluitend klasse A of B te nemen.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet van toepassing. VUmc heeft geen eigen wagenpark en dus geen personenauto's (inclusief taxibusjes) in eigendom.

#### 2.1.12.4 Aanschafbeleid zuinige type bestelwagens en personenbussen (Extra, verplicht voor zilver en goud)

Er is beleid om bij aanschaf of vervanging van bestelwagens (segment N) uitsluitend wagens met lage CO<sub>2</sub>-uitstoot aan te nemen. Daarbij gelden de volgende CO<sub>2</sub>-emissiegrenzen:

- N1, klasse I (klein) – 102 g/km;
- N1, klasse II (middelgroot) – 144 g/km;
- N1, klasse III (groot) – 163 g/km.

Bij aanschaf of vervanging van personenbussen worden uitsluitend bussen ingekocht met energielabel A of B.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet van toepassing. VUmc heeft geen eigen wagenpark en dus geen personenauto's (inclusief taxibusjes) of bestelwagens in eigendom.

#### 2.1.12.5 Zuinige banden (Extra)

Voor onderhoud wagens geldt dat bij vervangen banden energiezuinige banden worden aangeschaft. De brandstofefficiëntieklasse van de banden is tenminste klasse C (zie EU bandenlabel).

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.12.6 Elektrische bedrijfsauto's (Extra)

De instelling maakt voor tenminste 10% van gereden km's gebruik van 100% elektrische of fossielvrije bedrijfsauto's (voor personen en goederenvervoer) in eigendom of lease (betreft auto's voor op de openbare weg).

Controlemethode

Administratieve of visuele controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.12.7 Inzet van elektrische taxi's (Extra)

De instelling stimuleert elektrisch vervoer van personen door voor cliënten/bezoekers elektrische taxi's op te roepen.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.12.8 Beperken goederen vervoer (Verplicht)

De instelling beperkt het aantal verkeersbewegingen voor goederen door:

- Het efficiënt indelen van ritten;
- Het efficiënt indelen van voertuigen.

Controlemethode

Administratieve controle plannings of maatregelen.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. VUmc distribueert voornamelijk ziekenhuis gerelateerde producten naar ziekenhuizen in de omgeving Amsterdam en het AMC. Er wordt gebruikt van een bezorgrooster (spoorboekje) zodat de afnemers op de hoogte zijn wanneer geleverd wordt. Deze activiteiten worden uitgevoerd door de logistieke dienstverlener SDX.

#### 2.1.12.9 Bevorderen fietsgebruik en OV en verminderen autogebruik voor woon-werkverkeer (Verplicht)

Voor woon/werkverkeer bevordert de instelling het fietsgebruik door minimaal 3 maatregelen én stimuleert de instelling het gebruik van het openbaar vervoer (OV) door minimaal 2 maatregelen. Maatregelen ter bevordering van het fietsgebruik zijn bijvoorbeeld:

- Regeling fiets-van-de-zaak;
- Goede fietsenstalling/fietskluizen voor personeel en bezoekers;
- Douchemogelijkheden voor personeel op werk;
- Vergoeding stallingskosten op station;
- Verhuisregeling.

Maatregelen ter stimulering van het OV-gebruik zijn bijvoorbeeld:

- Zorgen voor bereikbaarheid met OV;
- Aanbieden OV-abonnement;
- Aanbieden pendeldienst.

Controlemethode

Administratieve controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van o.a. de regeling fiets-van-de-zaak, goede fietsenstalling, communicatie over fietsmogelijkheden, douchemogelijkheden op locatie, verhuisregeling, bereikbaarheid met het OV (inclusief pendeldienst) en communicatie over bereikbaarheid met het OV.

#### 2.1.12.10 Communicatie parkeerbeleid en bereikbaarheid (Verplicht)

De instelling communiceert het parkeerbeleid naar medewerkers, patiënten/cliënten en bezoekers en hoe dat wordt gehandhaafd, alsmede de bereikbaarheid met het Openbaar Vervoer (OV) en de fiets. De instelling plaatst daartoe minimaal een routebeschrijving voor bereikbaarheid met fiets en OV op de website van de instelling en communiceert aantoonbaar intern richting medewerkers.

Controlemethode

Administratieve controle communicatie middelen.

1 juni 2021

Milieuthermometer Zorg  
Amsterdam UMC, locatie VUmc

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de informatie op de internetpagina.

2.1.12.11 Oplaadpalen voor scootmobiel en fietsers (Extra)

Op het terrein is een voorziening voor het elektrisch opladen van scootmobielen en elektrische fietsen voor personeel én bezoekers. Dit is met een bordje voor bezoekers duidelijk aangegeven.

Controlemethode

Administratieve / visuele controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Op de -1 laag van het ziekenhuis, in de nabijheid van de fietsenwinkel, heeft VUmc 6 oplaadpunten voor fietsen gerealiseerd.

2.1.12.12 Oplaadpalen voor elektrische auto's (Extra)

Op de parkeerplaats is een voorziening voor het elektrisch opladen van tenminste 5 elektrische auto's voor personeel én bezoekers. Voor instellingen met minder dan 50 parkeerplaatsen zijn 2 oplaadpunten voor elektrische auto's voldoende. Dit is met een bordje voor bezoekers duidelijk aangegeven.

Controlemethode

Administratieve / visuele controle.

Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen met in totaal 22 oplaadpunten.

2.1.12.13 Bandenluchtpomp (Extra)

Op de parkeerplaats is een voorziening voor het oppompen van banden van auto's voor personeel en bezoekers. De voorziening is met een bordje voor bezoekers duidelijk aangegeven.

Controlemethode

Administratieve / visuele controle.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 2.1.13 Inkoopbeleid

#### 2.1.13.1 Inkoopbeleid (Extra, verplicht voor zilver en goud)

In het inkoopbeleid van de instelling is vastgelegd dat milieueisen worden toegepast bij de inkoop van zowel facilitaire als medische producten. Het inkoopbeleid bevat:

- Een verklaring van de raad van bestuur dat de milieueisen worden toegepast door alle inkopers en budgethouders van de instelling;
- Beschrijving van het proces van toepassen van milieueisen voor drie categorieën productgroepen;
- Een jaarlijks implementatieplan met daarin de geplande aanbestedingen waarin milieueisen worden gesteld;
- Hulpmiddelen zoals standaard-inkoopdocumenten of checklists voor het beoordelen van producten en/of leveranciers op het voldoen aan milieueisen;
- Aanpak voor het creëren van bewustwording en draagvlak bij de divisies (budgethouders).

Het beleid is gericht op 3 categorieën van productgroepen:

- a) Facilitaire producten waarvoor milieueisen zijn vastgelegd in de Milieuthermometer (zie paragraaf 2.1.2 t/m 2.1.17);
- b) Facilitaire producten die niet in de Milieuthermometer staan. Zie eis 2.1.13.2;
- c) Medische producten: zie eis 2.1.13.3.

#### Controlemethode

Administratieve controle. Bij eerste initiële keuring voldoet een verklaring dat inkopers de milieueisen gaan toepassen bij nieuwe rondes van aanbestedingen. Bij de controle (na 1 jaar en verder) wordt de voortgang getoetst bij het in praktijk brengen van het beleid.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het interview en de getoonde voorbeelden. De manager inkoop heeft een lijst opgesteld met de geplande aanbestedingen. Per aanbesteding is aangegeven of milieueisen en/of milieugunningscriteria worden toegevoegd. In het milieubeleid is het volgende opgenomen. VUmc volgt bij het inkopen van goederen en diensten de richtlijnen van de Milieuthermometer op het niveau 'zilver'. Wat betreft de milieucriteria zal VUmc minimaal dezelfde criteria hanteren die de overheid voor duurzaam inkopen toepast bij haar aanbestedingen. Bij aanbestedingen van medische apparatuur en – producten neemt VUmc duurzaamheidseisen op in het programma van eisen. VUmc past de Europese richtlijn 'Electrical Equipment used in the Health Care Sector' toe bij de aanbestedingen van medische producten.

### 2.1.13.2 Implementatie inkoopbeleid facilitaire productgroepen (Extra, verplicht voor zilver en goud)

Uitvoering van het inkoopbeleid gebeurt door minimaal de minimumeisen van Pianoo toe te passen bij een selectie van productgroepen die niet anders in de Milieuthermometer aan bod komen en relevant zijn in de zorg. Zie de milieucriteriadocumenten (op [www.pianoo.nl](http://www.pianoo.nl)) van:

- Audiovisuele apparatuur;
- Conserveringswerken;
- Drukwerk;
- Externe vergader- en verblijffaciliteiten;
- Grootkeukenapparatuur;
- ICT, Hardware en mobiele apparaten;
- Kantoorartikelen;
- Kantoorgebouwen sloop;
- Kantoormeubilair;
- Kantoorstoffering;
- Leerlingenvervoer en vraagafhankelijk vervoer;
- Netwerken, datacentrum hardware en telefoniediensten;
- Openbare verlichting;
- Post en Transportdiensten;
- Reproductieapparatuur (printers);
- Straatmeubilair;
- Tonercartridges.

#### Controlemethode

Administratieve controle van aanbestedingsdocumenten (steekproef). Bij eerste initiële keuring voldoet een verklaring dat inkopers de milieueisen gaan toepassen bij nieuwe rondes van aanbestedingen. Bij de controle (na 1 jaar en verder) wordt de voortgang getoetst bij het in praktijk brengen van het beleid.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Zie 2.1.13.1.

### 2.1.13.3 Implementatie inkoopbeleid bij medische producten (Extra, maar verplicht voor goud)

De Europese Green Public Procurement criteria (EU-GPP) worden aantoonbaar toegepast en meegewogen voor tenminste 15% bij aanbesteding van medische producten:

- Anesthesieapparatuur - ventilator (intensive care ventilator excl. ventilator voor gebruik tijdens het vervoer, anesthesieventilator excl. thuisventilatoren);
- Bewakingsapparatuur bij het bed;
- Computertomografie (CT);
- Elektrocardiografische (ecg) apparatuur, diagnostisch;
- Endoscopische apparatuur (camera-unit, endoscoop, licht, luchtpomp);
- Desinfecterende spoelinrichting;
- Apparatuur voor hemodialyse;
- HF-chirurgie, RF-chirurgie, diathermieapparatuur, bipolair, monopolair ;
- Incubators voor baby's, permanent;
- Infuuspompen en injectiespuitpompen;
- Intensive care-apparatuur – actieve bevochtiger ademhalingsgas;
- Laserinstrumenten voor chirurgie;
- Magnetische-resonantiebeeldvorming (MRI);
- Medische vriezers;
- Medische verlichting – chirurgische lampen;
- Medische sterilisator;
- Patiëntverwarmingssystemen (dekens, kussens, matrassen);
- Echografie, m.u.v. therapeutisch;
- Desinfecterende wasinrichting;
- Röntgenstraling (met inbegrip van mammografie, m.u.v. osteoporose).

Toelichting: Zie de EU Green Public Procurement criteria voor medische apparatuur: "Electrical and Electronic Equipment used in the Health Care Sector". (Downloadbaar bestand, ook in het Nederlands, zie: [http://ec.europa.eu/environment/gpp/eu\\_gpp\\_criteria\\_en.htm](http://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm)).

#### Controlemethode

Administratieve controle van aanbestedingsdocumenten (steekproef). Bij eerste initiële keuring voldoet een verklaring dat inkopers de milieueisen gaan toepassen bij nieuwe rondes van aanbestedingen. Bij de controle (na 1 jaar en verder) wordt de voortgang getoetst bij het in praktijk brengen van het beleid.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 2.1.13.4 Inkoop medische reusables i.p.v. disposables (Extra)

Elk jaar gaat de organisatie voor tenminste 1 product over van disposable naar reusable producten, en heeft met een LCA onderzoeksrapport aangetoond dat die keuze beter voor het milieu is.

#### Controlemethode

Administratieve controle van aanbestedingsdocumenten (steekproef).

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

1 juni 2021

Milieuthermometer Zorg  
Amsterdam UMC, locatie VUmc



2.1.13.5 Inkoop van ftalaat- en BPA-vrije systemen die in de patiënt ingebracht worden (Extra)

De systemen die in de patiënt worden gebruikt die het afgelopen jaar zijn ingekocht, bestaan voor ten minste 90% uit ftalaat- en BPA-vrije systemen. Dit zijn systemen als voedingssystemen, infuuslijnen en katheters.

Controlemethode

Administratieve controle van aanbestedingsdocumenten (steekproef).

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

## **2.1.14 Vastgoed/verbouw/renovatie**

### 2.1.14.1 Schilderwerk (Extra)

Ten minste 50% van de uitgaven voor het binnen-schilderwerk moet worden besteed aan schilderwerk met binnenverven en vernissen waaraan een milieukeurmerk is toegekend, of die aantoonbaar voldoen aan de eisen van deze keurmerken.

Met Milieukeurmerk wordt bedoeld: overeenkomstig de ISO 14024, zoals bijvoorbeeld EU Ecolabel, Nordic Swan (Noord-Europese landen), Blaue Engel (Duitsland) en NF Environnement (Frankrijk).

#### Controlemethode

- Administratieve controle facturen, contracten of huisstijlboeken;
- Een geldig certificaat van een ISO-type Ia milieukeurmerk of Dubokeur volstaat.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 2.1.14.2 Gehuurde gebouwen (Extra)

Bij het nieuw afsluiten van huurcontracten worden minimumeisen van ten minste Energielabel A aangehouden.

#### Controlemethode

Administratieve controle van beleidsdocument op dit punt of huurcontract met bepalingen op dit punt.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

## 2.1.15 Groenbeheer

### 2.1.15.1 Parkeerplaats inrichting (Extra)

Bij de bezoekersparkeerplaatsen is minimaal 50% van het oppervlak waterdoorlatend en zijn de randen voorzien van groene inrichting.

Controlemethode  
Visuele controle.

Keuringsresultaat  
Niet gecontroleerd.

### 2.1.15.2 Groen beheerplan (Extra, verplicht voor terreinen >10 ha.)

Er is een plan voor het groenbeheer op, rond en binnen het bedrijf opgesteld. Het plan is maximaal 5 jaar oud en bestaat minimaal uit de volgende onderdelen:

- Een beschrijving van de huidige manier, waarop het groen wordt beheerd, o.a. inzake snoeien, nieuwe aanplant, grasmaaien en afvoeren, onkruidbestrijding;
- Uitwerking van hoe het gebruik van chemische meststoffen en bestrijdingsmiddelen wordt geminimaliseerd.

Het groenbeheerplan dient te zijn opgesteld door een vakbekwame adviseur of vakbekwame werknemer van het bedrijf.

Controlemethode  
Administratieve controle schriftelijk vastgelegd plan voor groenbeheer.

Keuringsresultaat  
Niet gecontroleerd.

### 2.1.15.3 Groenbeheerplan 'plus' (Extra, verplicht voor goud voor terreinen >10 ha.)

Er is een plan voor het groenbeheer op, rond en binnen het bedrijf opgesteld. Het plan is maximaal 5 jaar oud en bestaat minimaal uit de volgende onderdelen:

- Een beschrijving van de huidige manier, waarop het groen wordt beheerd, o.a. inzake snoeien, nieuwe aanplant, grasmaaien en afvoeren, onkruidbestrijding;
- Uitwerking van hoe het gebruik van chemische meststoffen en bestrijdingsmiddelen wordt geminimaliseerd;

- Uitwerking in een beheersplan van de natuur op en rond het bedrijf. In dit plan wordt gekeken naar de gewenste toekomstige ecologische ontwikkeling van de natuur.

Het groenbeheerplan 'plus' dient te zijn opgesteld door een vakbekwame adviseur of vakbekwame werknemer van het bedrijf.

Controlemethode  
Administratieve controle schriftelijk vastgelegd plan voor groenbeheer.

Keuringsresultaat  
Niet gecontroleerd.

#### 2.1.15.4 Houtachtig afval (Verplicht)

*Uitsluitend voor groenterreinen >10 ha:*

Groot houtachtig afval wordt ter plekke achtergelaten, takhout in de vorm van houtrillen en houtsnippers als bodemafdekking (expliciet beschreven in het groenplan) of aangeboden voor compostering en/of energiewinning.

Controlemethode

Visuele controle.

N.B.: Het overleggen van een geldig certificaat van de Barometer Duurzaam Terreinbeheer niveau goud volstaat ook.

Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

#### 2.1.15.5 Keuze hout (Verplicht)

*Uitsluitend voor groenterreinen >10 ha:*

Voor boompalen, beschoeiingen en afrasteringen wordt uitsluitend hout uit duurzaam beheerde bossen gebruikt. Onder duurzaam beheerde bossen wordt verstaan: het bosbeheer moet voldoen aan de "Dutch Procurement Criteria for Timber" (2014)a):

- Van hout dat aantoonbaar voldoet aan de eisen van het FSC-keurmerk mag aangenomen worden dat het voldoet aan deze minimumeisen;
- Ook hout dat voldoet aan boscertificatiesystemen waarvan is vastgesteld dat dit systeem gelijkwaardig is aan de Dutch Procurement Criteria for Timber en het beoordelingskader dat vastgelegd is in het "Timber Procurement Assessment System" voor certificatie van duurzaam bosbeheer en de handelsketen van hout uit duurzaam beheerd bos, voldoet aan deze minimumeisen.

Controlemethode

Administratieve controle certificaat of bewijs van vergelijkbaar niveau.

N.B.: Het overleggen van een geldig certificaat van de Barometer Duurzaam Terreinbeheer niveau goud volstaat ook.

Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

#### 2.1.15.6 Dak- of gevelbegroeiing (Extra)

Het dak, de gevel of een combinatie van beide is voor minimaal 20% van de totale dak- en/of geveloppervlakte begroeid met vegetatie.

Controlemethode

Visuele inspectie.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.15.7 Plantmateriaal (Extra)

Tenminste 50% van de uitgaven voor het plantmateriaal is besteed aan plantmateriaal dat geproduceerd is volgens de eisen van EKO, On the way to PlanetProof of Milieukeur.

#### Controlemethode

Administratieve controle certificaten, in-koopoverzicht van leverancier(s) van laatste jaar of bewijs van vergelijkbaar niveau.

N.B.: Het overleggen van een geldig certificaat van de Barometer Duurzaam Terreinbeheer niveau goud volstaat ook.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.15.8 Onkruidbestrijding in het groen (Extra)

Er worden geen gewasbeschermingsmiddelen en biociden gebruikt bij onkruid-, plaag, en ziektebestrijding. Uitzondering geldt voor bestrijden van de Eikenprocessierups.

#### Controlemethode

Administratieve controle schriftelijk vastgelegd plan voor groenbeheer.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

#### 2.1.15.9 Bemesting (Extra)

*Uitsluitend voor groenterreinen >10 ha:*

Het gebruik van meststoffen in groen is niet toegestaan, uitgezonderd bij de aanleg en herbepanting van groen. Hiervoor geldt: Bemesting baseren op een, door een ISO 17025 gecertificeerd laboratorium uitgevoerd, bodemonderzoek en een bemestingsadvies-systeem. De hoeveelheid te gebruiken meststoffen mag de dosering in het bemestingsadvies niet overschrijden.

N.B.: Binnen een afstand van 1 meter vanaf oppervlaktewater mag nooit bemesting plaatsvinden.

#### Controlemethode

Administratieve controle en fysieke controle van de plantengroei binnen een afstand van 1 meter van oppervlaktewater ten opzichte van de plantengroei in gebieden waar bemesting wel is toegestaan.

N.B.: Het overleggen van een geldig certificaat van de Barometer Duurzaam Terreinbeheer niveau goud volstaat ook.

#### Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

#### 2.1.15.10 Chemische verduurzaming (Extra)

*Uitsluitend voor groenterreinen >10 ha:*

Hout, gebruikt voor boompalen, beschoeiingen en afrasteringen (inclusief hout in de grond) mag niet chemische verduurzaamd zijn. Dat geldt onder andere voor verduurzaming met koperverbindingen. Let op: het is wettelijk verboden met arseenverbindingen behandeld hout in Nederland toe te passen.

#### Controlemethode

- Administratieve controle certificaat Barometer Duurzaam Terreinbeheer of bewijs van vergelijkbaar niveau.
- Specificatie of andere informatie van de toeleverancier waarin vermeld is met welke verduurzamingsmiddelen het hout is behandeld.

#### Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

#### 2.1.15.11 Gladheidsbestrijding (Extra)

Dooimiddelen voldoen minimaal aan de samenstellingseisen zoals genoemd in De Standaard RAW Bepalingen 50.46.01 / 50.46.02 ([https://cutt.ly/CROW\\_link-RAW](https://cutt.ly/CROW_link-RAW)).

#### Controlemethode

Administratieve controle van productspecificatie (bijv. etiketten op verpakking) van de ingekochte dooimiddelen waaruit blijkt dat aan deze minimumeis wordt voldaan.  
N.B.: Het overleggen van een geldig certificaat van de Barometer Duurzaam Terreinbeheer niveau goud volstaat ook.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de verklaring van de fabrikant Eurosalt.

#### 2.1.15.12 Zwerfafval (Extra)

*Uitsluitend voor groenterreinen >10 ha:*

Groen en verhardingen die opengesteld zijn voor publiek worden schoongehouden van zwerfafval:

- De vervuilingsgraad mag de RAW- kwalificatie "A" (schoon), niet overschrijden. Dit betekent maximaal 3 stuks grof zwerfafval per 100 m<sup>2</sup>;
- Het zwerfafval wordt gemonitord volgens CROW methodiek.

N.B.: onder zwerfafval wordt verstaan: stukken groter dan 3 cm zoals gehanteerd in de Amsterdamse methode.

#### Controlemethode

Fysieke controle van het terrein en administratieve controle van de CROW monitoringsformulieren.

N.B.: Het overleggen van een geldig certificaat van de Barometer Duurzaam Terreinbeheer niveau goud volstaat ook.

#### Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

#### 2.1.15.13 Voorlichtingsbord natuur & milieu (Extra)

Aanwezig en prominent zichtbaar geplaatst voorlichtingsbord over de buitenruimte met informatie over het bijv. het natuurlijk beheer, biodiversiteit en voorkomende diersoorten.

Controlemethode

Visuele inspectie.

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

## 2.1.16 Papier

### 2.1.16.1 Milieuvriendelijk printpapier (Verplicht)

Printpapier is voorzien van een milieukeurmerk overeenkomstig de ISO 14024, bijvoorbeeld EU Ecolabel, Nordic Swan (Noord-Europese landen), Blaue Engel (Duitsland) en NF Environnement (Frankrijk), of voldoet aantoonbaar aan de eisen van een van deze keurmerken.

#### Controlemethode

- Administratieve controle facturen, inkoopoverzicht van leverancier(s) van laatste half jaar of contracten.
- Een geldig certificaat van een ISO-type I milieukeurmerk volstaat.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Eind 2018 hebben de Universitaire Medische Centra gezamenlijk, via de brancheorganisatie NFU, een Europese aanbesteding 'printpapier' in de markt gezet. Na het aanbestedingsproces is gekozen voor: Canon Black Zero, EU Ecolabel (SE/011/01).

### 2.1.16.2. Papierverbruik (Extra)

Printers en kopieermachines staan standaard ingesteld op dubbelzijdig en de huisstijl voor print- en drukwerk is dubbelzijdig.

#### Controlemethode

Visuele controle (steekproef).

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen. Alle multifunctionele printers zijn standaard ingesteld op dubbelzijdig en zwart/wit. In voorkomend geval kan een medewerker ervoor kiezen een printopdracht enkelzijdig te laten afdrukken maar na het voltooien van de printopdracht vervalt de multifunctional automatisch weer in de standaard instelling.

### 2.1.16.3 Retour zenden (Extra)

Ongewenst drukwerk en onbestelbare post worden retour gezonden.

#### Controlemethode

Controle in postkamer.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eis op basis van de getoonde procedure.



## 2.1.17 Textiel

### 2.1.17.1 Materiaal dienstkleding en bedlinnen (Extra)

In het laatste jaar gekochte dienstkleding, werkkleding, bedlinnen en handdoeken, voldoet voor tenminste 75% op basis van het inkoopbedrag aan de criteria van:

- EU Ecolabel textiel, of
- Ökotex, of
- Fair trade, of
- Made By.

#### Controlemethode

Administratieve controle, bijvoorbeeld certificaat van de genoemde milieukeurmerken of vergelijkbaar.

#### Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 2.1.17.2 Productie gebleekt katoen (Verplicht)

In het laatste jaar gekochte textiel van katoen is ongebleekt of gebleekt met waterstofperoxide.

#### Controlemethode

Administratieve controle productinformatie, of plan van aanpak voor nieuw contract binnen 2 jaar.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eis. Katoen dat gebruikt wordt in nieuw textiel, is ongebleekt katoen. CleanLease is, met haar partners en andere innovatieve toeleveranciers, continue op zoek naar nieuwe mogelijkheden in gebruik van textielsoorten die het gebruik van water en pesticiden verminderen.

### 2.1.17.3 Reinigingsproces (Verplicht)

De textiel wordt gewassen via natte reiniging. Indien alleen chemische reiniging mogelijk is dient dit te gebeuren via een chloorvrij proces tenzij gebruik gemaakt wordt van perchloorethyleen (PER) met 6e generatie PER-reinigingsapparatuur.

#### Controlemethode

Administratieve controle contract.

#### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de verklaring van CleanLease dat textiel wordt gewassen via natte reiniging. Indien alleen chemische reiniging mogelijk is, gebeurt dit via een chloorvrij proces.

#### 2.1.17.4 Wasmiddelen reinigingsproces (Extra)

Voor het reinigen van kleding worden minder milieubelastende wasmiddelen gebruikt voorzien van een Type ISO-type I milieukeur certificaat, of die aantoonbaar voldoen aan de eisen van deze keurmerken. Type ISO-type I milieukeur certificaat is Milieukeurmerk overeenkomstig de ISO-norm 14024, zoals bijvoorbeeld EU Ecolabel, Nordic Swan (Noord-Europese landen), Blaue Engel (Duitsland) en NF Environnement (Frankrijk).

##### Controlemethode

Administratieve controle facturen, contracten of inkoopoverzicht van leverancier(s) van laatste half jaar. Een geldig certificaat van een ISO-type I milieukeurmerk volstaat.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van het overzicht van Christeyns, de leverancier van wasmiddelen voor CleanLease, waaruit blijkt welke middelen voorzien zijn van een Nordic Swan of Ecolabel, én door Cleanlease worden ingezet bij het reinigen van textiel.

#### 2.1.17.5 Reinigingsmachine (Verplicht)

De wasmachines en wasdrogers op de afdelingen hebben minimaal milieuklasse A, hotfill of zijn industrieel zonder energielabel. Of de instelling heeft een plan voor vervanging in maximaal 5 jaar. Bij vervanging geldt minimaal label A++.

In geval deze taak in het kader van passende zorg geheel bij de patiënten/bewoners is neergelegd, volstaat het aantoonbaar aanbieden van voorlichting door bijv. een poster over milieuklassen van wasmachines en –drogers.

##### Controlemethode

- Administratieve controle
- Indien bij de initiële keuring een plan als bewijsmiddel is ingediend, dan moet bij de volgende controle(s) worden onderzocht of dit plan binnen 5 jaar is uitgevoerd om aan de eis te voldoen.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van de rondgang en de ontvangen informatie. De opgestelde machines betreffen Miele professional machines, zonder energielabel.

#### 2.1.17.6 Afvalfase platgoed en dienstkleding (Verplicht)

Afgedankte textiel platgoed en dienstkleding wordt retour aangeboden aan de leverancier of een ander bedrijf dat de textiel of milieuverantwoorde wijze hergebruikt of verwerkt, maar wordt niet verbrand.

##### Controlemethode

Administratieve controle bonnen.

##### Keuringsresultaat

De instelling voldoet aan de gestelde eisen op basis van getoonde verklaring van Boso aan CleanLease.

2.1.17.7 Afvalfase persoonsgebonden goed (Extra)

Afgedankt persoonsgebonden goed wordt beschikbaar gesteld voor hergebruik (als product of vezel).

Controlemethode

Administratieve controle bonnen.

Keuringsresultaat

Niet van toepassing.

## **2.1.18 Innovatie**

### 2.1.18.1 Duurzaam initiatief (Extra)

Een duurzaamheidsinitiatief krijgt in het jaar van publicatie een extra. Deze initiatieven zullen door een commissie (bestaande uit 3 MPZ-leden) beoordeeld worden. Alleen unanieme goedkeuringen worden gehonoreerd en voor akkoord aan het College van Deskundigen non-food van SMK voorgelegd. De beloonde initiatieven worden via MPZ bekend gemaakt om de transparantie te borgen. Randvoorwaarden:

- Het initiatief gaat over milieu-innovatie;
- Het initiatief is in het betreffende jaar in vakmedia gepubliceerd.

Maximaal twee initiatieven voor 2 extra's zijn per keuring of controle aan te dragen.

Controlemethode

Administratieve publicatie en (indien relevant visuele controle van innovatie).

Keuringsresultaat

Niet gecontroleerd.

### 3 Conclusie

Op basis van de resultaten van de uitgevoerde herkeuring kan geconcludeerd worden dat Amsterdam UMC, locatie VUmc aan de getoetste verplichte criteria voor het zilveren niveau voldoet. Daarnaast voldoet de instelling op dit moment aantoonbaar aan 23 extra criteria naar keuze van de minimaal (16 + 5 ziekenhuis) 21 op het niveau zilver (MTZ-s.5 (Int.3)). Aanvullende extra eisen zijn daarmee optioneel.

In het vorige hoofdstuk zijn de bevindingen naar aanleiding van de audit op locatie weergegeven.

#### Aandachtspunten

##### 2.1.1.3 CO2 reductie plan (Routekaart CO2 reductie) (Extra, verplicht voor goud)

De instelling voldoet nog niet aan de gestelde eisen. Er is door Royal HaskoningDHV een routekaart opgesteld (versie 26 april 2019), echter in deze routekaart worden de gestelde reductiepercentages van 50% in 2030 en 95% in 2050 nog niet gehaald. Let op: Vanaf 1 juli 2021 is de eis "2.1.1.3 CO2 reductieplan (Routekaart CO2 reductie)" ook verplicht voor het bronzen en het zilveren niveau. Tijdens de eerstvolgende reguliere controle zal worden beoordeeld of aan de eis wordt voldaan.

##### 2.1.10.7 Bevorderen plantaardige eiwit-consumptie (Extra)

De instelling voldoet nog niet aan de gestelde eisen. De instelling heeft het voedingsprogramma Zorg op het Bord geïnitieerd, waarmee plantaardige eiwitconsumptie wordt gestimuleerd. Het assortiment van de broodbuffetwagen bevat 10% meer producten met plantaardige eiwitten en tussendoortjes zijn vaker vegetarisch. Hier wordt echter niet aan de gestelde eis van een verhouding van tenminste 80% voldaan.