

Vergaderjaar 2013–2014

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 467**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 september 2014

Op 15 april 2014 verzocht u mij om meer informatie over de voedingsbudgetten in instellingen (Handelingen II 2013/14, nr. 75, item 8). Dit naar aanleiding van het bericht «Zorg beknipt op voedsel» in de Persdienst van 14 april 2014. In uw brief verzoekt u mij om de vragen van de verschillende partijen te beantwoorden<sup>1</sup>. Aan uw verzoek voldoe ik graag.

Voordat ik uw vragen beantwoord, wil ik u vooraf graag een korte toelichting geven op de beschikbare informatie over besteding aan voeding. Het artikel in de Persdienst van 14 april 2014 is gebaseerd op een rapportage van Bidvest Deli XL, een groothandel in voedingsproducten o.a. voor zorginstellingen. Dit bedrijf heeft de ontwikkelingen in de zorg op een rijtje gezet en een doorkijk gemaakt naar 2020 zodat dit bedrijf, en mogelijk de hele sector, de eigen bedrijfsvoering en planning hierop kan inrichten. Dit resulteerde in de rapportage «*Voedselbesteding in de zorg; de ontwikkeling van voedingsbudgetten tot 2020*». Deze rapportage is op 24 april 2014 tijdens het congres «Voeding in de zorg: nu en in de toekomst» openbaar gemaakt.

In 2011 heeft brancheorganisatie ActiZ aan een bureau opdracht gegeven om inzicht te krijgen in de besteding aan voeding in verpleeg- en verzorgingshuizen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in verzorgingshuizen gemiddeld € 10,80 per bewoner aan voeding werd besteed, terwijl dat in verpleeghuizen gemiddeld op € 12,- per bewoner uitkomt. Dit wijkt af van het gemiddelde bedrag van € 6,70 (in 2013) voor de verpleeg- en verzorgingshuizen dat in de rapportage van Bidvest Deli XL wordt genoemd. Dit verschil is mogelijk te verklaren door de verschillende onderdelen die onder de kostenpost «voeding» worden geschaard. Het is mogelijk dat hiertoe bijvoorbeeld ook dieet- of sondevoeding wordt gerekend, wat een hoger kostenbeeld oplevert. Ook is het mogelijk dat andere factoren, zoals bijvoorbeeld de restaurantfunctie van (grotere)

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

instellingen die ook voor buurtbewoners open staat, leiden tot een verschil in de kosten van een maaltijd vergeleken met de kosten van een maaltijd in een kleinschalige setting. Dit maakt het lastig om de kosten van voeding in de verschillende instellingen met elkaar te vergelijken.

Met behulp van de capaciteits- en productiegegevens in de ouderenzorg (gegevens CBS en de Monitor Langdurige Zorg) kan worden berekend dat de voedingskosten per persoon per dag zijn gestegen van € 7,40 in 2006 naar € 8,70 in 2012. Dit bedrag wijkt af van het bedrag van € 6,70 per persoon per dag dat Bidvest Deli XL in de rapportage noemt. De onderzoeker van Bidvest Deli XL heeft in zijn berekening het aantal mensen met een VV-indicatie voor verblijf genomen en niet het aantal personen dat in een verpleeg- of verzorgingshuis woont (zoals kan worden afgeleid uit de capaciteits- en productiecijfers). Het is bekend dat niet alle cliënten hun verblijfsindicatie verzilveren met verblijf. Dit leidt ertoe dat het bedrag per persoon per dag in het onderzoek van Bidvest Deli XL lager uitvalt.

Bidvest Deli XL heeft in het onderzoek de voedselbesteding weergegeven als percentage van de netto omzet van instellingen. Omdat de netto omzet van zorginstellingen, onder meer vanwege een intensivering van zorgpersoneel, sterker is toegenomen dan de voedingsbudgetten, daalt het percentage van de netto omzet dat aan voeding is besteed. Het beeld dat hierdoor naar voren lijkt te komen, namelijk dat de budgetten voor voeding als zodanig minder zijn geworden, is echter niet juist. Er is juist tussen 2008–2012 een (kleine) stijging te zien. De schijnbare daling van de besteding aan voedsel hangt dus samen met de uitgangspunten voor de berekening die in het onderzoek zijn gekozen.

Met deze kanttekeningen zal ik bij de beantwoording van uw vragen verder uitgaan van de in het rapport van Bidvest Deli XL gepresenteerde uitkomsten.

### **Vragen van de leden van de SP-fractie**

1. Kan de regering een overzicht verstrekken van hoeveel – en van welke – zorginstellingen bezuinigen op voeding?

Dergelijke overzichten zijn niet voorhanden. Uit het onderzoek van Bidvest Deli XL blijkt dat de besteding aan voedsel als zodanig jaarlijks (licht) stijgt.

In deze periode zijn ook de budgetten van de instellingen gestegen onder meer vanwege een intensivering van zorgpersoneel. De stijging van de budgetten was groter dan de stijging van de voedselbesteding, zodat het aandeel van voedselbesteding in de totale budgetten relatief is gedaald. Hieruit kan ik niet de conclusie trekken dat er bezuinigd is op voeding. Integendeel, met behulp van de capaciteits- en productiegegevens kan, zoals hiervoor is aangegeven, worden berekend dat de voedingsuitgaven per persoon per dag zijn gestegen van € 7,40 in 2006 naar € 8,70 in 2012.

2. Hoeveel mensen zijn in Nederland ondervoed (uitgesplitst naar type zorg: thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen, ggz-instellingen)?

De laatste LPZ-meting (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, 2013) geeft aan dat de prevalentie (risico op) ondervoeding en de verpleeg- en verzorgingshuizen bijna 17% is en in ziekenhuizen circa 13%. Deze cijfers betreffen «aan ziekte gerelateerde ondervoeding», waarvoor de volgende definitie wordt gehanteerd: onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de laatste 6 maanden of meer dan 5% in de laatste

maand èn een BMI (body mass index kleiner dan 18,5). Voor de ouderenzorg is dezelfde definitie gehanteerd, echter met een BMI kleiner dan 20.

Uit een onderzoek van 2012<sup>2</sup> van de VU Amsterdam en de Stuurgroep Ondervoeding blijkt dat circa 17% van de zelfstandig wonende ouderen die een beroep doen op de thuiszorg ondervoed is. Voor zelfstandig wonende ouderen die geen gebruik maken van de thuiszorg komt dit percentage uit op 7.

Voor zover ik weet zijn voor de gehandicaptensector en de ggz deze cijfers niet beschikbaar.

### 3. Welke maatregelen neemt het kabinet om ondervoeding tegen te gaan?

De afgelopen jaren heeft het kabinet extra middelen beschikbaar gesteld om meer kennis op te doen op het onderwerp (onder)voeding, in het bijzonder waar het signalering en behandeling, de invloed van ziekte, medicatie en mondzorg betreft. Ook is ingezet op de vertaling van die kennis in concrete acties, instrumenten en handreikingen alsmede de verspreiding en implementatie daarvan, zowel in de instellingen als ook in de zorgopleidingen (kennisbundel met meest recente kennis voor mbo-docenten). Als voorbeelden hiervan noem ik de programma's Sneller Beter en Zorg voor Beter. Ook in het beleid van VWS ten aanzien van preventie en gezondheidszorg in de buurt is de voedingssituatie van burgers een belangrijk aandachtspunt. Ten aanzien van dementie wordt in het Deltaplan Dementie aandacht besteed aan voeding en het effect daarvan op het voorkomen dan wel vertragen van dementie.

Gelukkig is niet alleen de overheid met het thema (onder)voeding bezig. Steeds meer veldpartijen dragende laatste jaren hun steentje bij om ondervoeding te voorkomen dan wel te verminderen en om de maaltijd weer een belangrijk moment van de dag te laten zijn. Om enkele voorbeelden te noemen: het jaarlijkse Gastvrijheidszorg met sterren (LOC e.a.), de activiteiten van de Stuurgroep Ondervoeding en de Voedingsalliantie, het bereiden van streekgebonden en vergeten groenten in instellingen, medical cooking waarbij rekening wordt gehouden met de medische conditie, inzet van bekende (tv)koks, voorlichting aan senioren door de ANBO, ontwikkeling van richtlijnen, samenwerking in de eerste lijn, eetmaatjes projecten, etc. Ook op gemeentelijk niveau wordt al het nodige gedaan om mensen te wijzen op de mogelijkheden om in de buurt gezond en lekker te eten. Zo kun je via de sociale kaart initiatieven vinden waar je gezamenlijk kunt eten, zoals in een Resto van Harte.

### **Vragen van de leden van de CDA-fractie**

1. Zijn er cijfers van eerdere jaren waaruit blijkt hoeveel bijvoorbeeld tien jaar geleden van het budget besteed werd aan voedsel?
2. Sluiten deze aan of wijken deze af van cijfers van andere intramurale zorginstellingen?

Er zijn geen historische cijfers over de uitgaven aan voeding in zorginstellingen. Op basis van CBS-statistieken is het percentage van de netto omzet dat aan voeding besteed wordt teruglopend tot 2006 inzichtelijk te maken. Dit levert het volgende beeld op (zie tabel hieronder). Bij alle sectoren is globaal genomen het beeld dat het aandeel van voedselbesteding in de netto omzet aanvankelijk toeneemt en na 2008 afneemt.

<sup>2</sup> Applied nutritional investigation; High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals; 2012.

Zoals hiervoor beschreven zegt dat dus niets over de absolute besteding van middelen.

**Percentage netto omzet besteed aan voeding**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Universitaire medische centra	1,8	1,7	2,0	1,8	1,7	1,7	1,6
Algemene ziekenhuizen	1,9	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7
Categorale ziekenhuizen	2,0	2,0	2,1	2,1	1,9	1,9	1,9
Geestelijke gezondheidszorg	2,6	2,6	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4
Gehandicaptenzorg	3,5	3,5	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3
Verpleging en verzorging	3,4	3,8	3,7	3,7	3,5	3,4	3,3

Bron: CBS Statline

3. Hoe is de ontwikkeling van het aandeel van het budget voor voedsel van mensen die zelfstandig wonen?

Volgens gegevens van het NIBUD (2013) besteden thuiswonende ouderen, uitgaande van een tweepersoonshuishouden, gemiddeld € 5,61 per persoon per dag aan voeding. Voor een alleenstaande oudere gaat het gemiddeld om een bedrag van € 5,83 per dag.

4. Worden de cijfers in het artikel beïnvloed door de mogelijkheid dat mensen niet alle dagen in de instelling eten doordat zij bijvoorbeeld in het weekend elders eten?

Het niet nuttigen van de maaltijd in de instelling kan de cijfers enigszins beïnvloeden. Dit is vooral in de ziekenhuizen het geval. Omdat mensen snel naar huis gaan, gebruiken zij niet altijd alle maaltijden in het ziekenhuis. Hierdoor is het bedrag van de voedselbesteding lager. Daardoor is de jaarlijkse procentuele groei in deze sector dan ook kleiner dan in bijvoorbeeld de ouderenzorg of gehandicaptenzorg.

5. Worden de cijfers in het artikel beïnvloed door de mogelijkheid dat mensen vaker ziek zijn omdat mensen met zwaardere beperkingen intramuraal verblijven?

Kwetsbare ouderen die in een intramurale setting wonen kunnen vanwege hun kwetsbaarheid, lichamelijke aandoeningen of ziekten vaker aangewezen zijn op aangepast voedsel en speciale (dieet)voeding. Mogelijk zou hierdoor de voedingskosten voor de instelling juist hoger kunnen uitvallen. Overigens is hiervan niet alleen sprake in de intramurale setting; ook thuiswonende ouderen kunnen te maken hebben met hogere kosten i.v.m. speciale eisen die aan de voeding gesteld worden.

6. Indien er geen praktische en logische verklaringen zijn waarom de cijfers in het artikel zo laag zijn wat vindt u van de cijfers en indien u deze als negatief beoordeeld wat gaat u er aan doen?

In het antwoord bij vraag 5 heb ik een aantal factoren geschetst die mogelijk van invloed zijn op de cijfers, die ik overigens niet als laag beoordeel.

**Vragen van de leden van de PVV-fractie**

1. Wat is uw reactie op het bericht dat er beknipt wordt op voeding in instellingen?

2. Wat is uw reactie op het feit dat de uitgave aan voeding in verpleeghuizen en verzorgingshuizen gedaald is van 3,5% naar 2,9%?

Ik ben van mening dat de kop van het artikel in de Persdienst niet goed de inhoud van het rapport dekt. Uit de rapportage blijkt namelijk dat de afgelopen jaren de voedselbesteding is gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. Echter, omdat de netto omzet van de instellingen harder is gestegen dan de voedselbesteding is het procentuele aandeel van voedingbesteding in de netto omzet gedaald en lijkt het alsof er minder aan voeding is besteed. Dat verklaart voor de verpleeg- en verzorgingshuizen de daling van 3,5 naar 2,9%. Dit wil niet zeggen dat er minder besteed is aan voeding. Dat is niet het geval, omdat er in de jaren 2008–2012 sprake is van een jaarlijkse stijging van 1,3%.

3. Deelt u de mening dat instellingen beter kunnen beknibben op megasalarissen, wagenparken, overhead, interne regelgeving en administratiekantoren op industrieterreinen dan op de primaire levensbehoefte die voeding is?

Zoals u hierboven kunt lezen, wordt er op middelen voor voeding niet beknipt. Overigens deel ik met u het belang van kwaliteit van zorg en de primaire levensbehoeften in de (langdurige) zorg. Daarom heb ik in het u toegezonden wetsvoorstel Wet langdurige zorg<sup>3</sup> diverse aspecten – waaronder voeding – die bijdragen aan de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven opgenomen, waarover door de zorgaanbieder afspraken moeten worden gemaakt met de cliënt.

Daarnaast heeft het kabinet ingezet op het terugdringen van overhead, regelgeving, administratieve handelingen en het aanpakken van verspilling, fraude en megasalarissen. Het is overigens goed mogelijk om overhead en verspilling aan te pakken en tegelijkertijd in te zetten op het tegengaan van ondervoeding. Een concreet voorbeeld is het tegengaan van voedselverspilling. Door het verzorgen van maaltijden naar de wens van bewoners, bijvoorbeeld door het terugbrengen van vergeten groenten op de menukaart, variatie in gerechten en het vergroten van keuzemogelijkheden zowel in wat er gegeten wordt als het tijdstip waarop, blijkt dat mensen meer eten en dat het niet genuttigde voedsel dat aan het eind van de dag weggegooid wordt aanzienlijk kan worden teruggebracht.

4. Is er een relatie tussen dit beknibben en ondervoeding? Een paar jaren geleden was een kwart van de bewoners van instellingen ondervoed en liep nog eens de helft daar ernstig risico op, hoe staat het er nu mee?

Zoals hierboven is aangegeven is er sprake van een jaarlijkse stijging van de voedingsbesteding.

5. Voedsel en gezondheid zijn met elkaar verbonden (ondervoeding leidt tot complicaties en een langere hersteltijd), hoe staat het met het landelijk uitrollen van de «best practices» tegen ondervoeding en uitdroging? En wat zijn de resultaten?

Zoals in het antwoord op vraag 3 van de SP-fractieleden geformuleerd, zijn veel organisaties actief op het voedingsterrein. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van de kennis, instrumenten, handreikingen en richtlijnen die (soms met inzet vanuit de overheid) zijn ontwikkeld.

6. In hoeverre worden in instellingen/ziekenhuizen de richtlijnen van het Voedingscentrum nageleefd zoals gevarieerd eten (schijf van 5) en 2 ons groente en 2 stuks fruit per dag?

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 33 891.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft bij mij aangegeven geen actueel integraal zicht te hebben op de naleving van de richtlijnen van het voedingscentrum.

7. Deelt u de mening dat gezond eten in een ziekenhuis geen bijzaak is, maar juist een hulpmiddel om aan te sterken? Zo ja, hoe gaat u ervoor zorgen dat ziekenhuizen gezonde voeding verstrekken in plaats van voeding als een sluitpost te zien?

Gezond eten in een ziekenhuis is zeker geen sluitpost, maar kan bijdragen aan het verminderen van de ziektelast en verbeteren van de kwaliteit van leven. Sommige ziekenhuizen hebben voeding als speerpunt van beleid, zoals het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede<sup>4</sup>. Gezondheidswinst wordt behaald door effectieve transmurale voedingstherapie, gericht op het verminderen van de ziektelast en verbeteren van de kwaliteit van leven. Er is een Zorgpad Voeding voor specifieke patiëntengroepen ontwikkeld.

In het bijzonder bij patiënten met kanker kan voedings- en dieetbehandeling een belangrijke ondersteunende waarde hebben. Ziekte en behandeling hebben echter een negatieve invloed op de voedingstoestand en lichaamssamenstelling, waardoor de behandelbaarheid van kanker af kan nemen en de kwaliteit van leven vermindert. Door ziekte en behandeling neemt ook het vermogen van de patiënt af om goed en voldoende te eten, waardoor de voedingstoestand verder verslechtert. Voedings- en dieetbehandeling is daarom een belangrijke ondersteunende therapie om curatie dan wel maximale palliatie te bereiken.

8. Waar kunnen mensen terecht met klachten over ongezonde voeding?

Klachten over voeding kunnen altijd gemeld worden bij het verzorgend personeel en/of bij een vertrouwenspersoon. Daarnaast is er in alle instellingen een cliëntenraad waar deze thematiek bespreekbaar gemaakt kan worden en kan er een formele klacht worden ingediend bij de klachtencommissie van de instelling.

9. Tevens willen wij opmerken dat wij bovenstaande vragen graag beantwoord zien voor de behandeling van het wetsvoorstel langdurige zorg.

Deze antwoorden zijn voor de behandeling van de Wlz beschikbaar.

### **Vragen van de leden van de D66-fractie**

1. Kan de Staatssecretaris, naast de ouderenzorg, ook expliciet kijken naar de situatie in de gehandicaptensector?

Zoals ik in het antwoord op vraag 2 van de leden van de SP-fractie heb geformuleerd, zijn mij voor deze sector geen cijfermatige gegevens bekend. Mijn medewerkers zullen met VGN en cliëntenorganisaties in gesprek gaan om de situatie in deze sector te bezien. Wel wordt in het kader van kwaliteit van bestaan (opgenomen bij de kwaliteitsmeting) aandacht besteed aan goede en gezonde voeding.

---

<sup>4</sup> Sinds 2007 werken Ziekenhuis Gelderse Vallei, Voedingsziekenhuis en de afdeling Humane Voeding van Wageningen Universiteit samen in Alliantie Voeding Gelderse Vallei. De Alliantie Voeding Gelderse Vallei verbindt zorg aan voeding en zet zich in voor een betere gezondheid van patiënten thuis, in het ziekenhuis en in verpleeghuizen.

## Vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie

1. Welke structurele belemmeringen zijn in de vergoedingsfeer voor verrijkte voeding?

Ik ga er vanuit dat u met verrijkte voeding doelt op dieetvoeding voor medisch gebruik. Ik wil hier graag een splitsing maken in de aanspraak dieetvoeding voor medisch gebruik onder de Zorgverzekeringswet en de financiering van dieetvoeding in intramurale langdurige zorg (AWBZ/Wlz).

Vanuit de Zorgverzekeringswet is het mogelijk om een vergoeding te ontvangen voor dieetvoeding. Dieetvoeding voor medisch gebruik is ondergebracht onder farmaceutische zorg. Aanspraak op dieetvoeding voor medisch gebruik is uitsluitend mogelijk voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
- b. lijdt aan een voedselallergie,
- c. lijdt aan een resorptiestoornis,
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Bij de tariefstelling in de AWBZ/Wlz is rekening gehouden met voedingskosten en kosten van dieetvoeding. De instelling is verplicht om te zorgen voor dieetvoeding die voor bewoners medisch noodzakelijk is; de instelling betaalt ook de medisch noodzakelijke dieetproducten die niet betaald worden door de zorgverzekering.

Mij zijn geen structurele belemmeringen in de vergoedingsfeer voor deze verrijkte of dieetvoeding bekend.

2. In hoeverre spant de regering zich in om de zorgsector bekend te maken met de onderzoeksresultaten van de Voedingsalliantie t.a.v. het terugdringen van ondervoeding?

Met het Nationaal Programma Preventie «Alles is gezondheid» beoogt de overheid om via een wijkgerichte aanpak de gezondheid van mensen in kwetsbare posities te verbeteren. Het Nationaal Programma Preventie stimuleert dat deze aanpak op grotere schaal door gemeenten wordt nagevolgd. Zo hebben in dit kader de gemeente Ede, het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en de Stichting Alliantie Voeding Gelderse Vallei gezamenlijk een pledge ondertekend. De pledge draagt er toe bij om de kennis en netwerken die deze drie partijen hebben samen te brengen en zich in te zetten voor de inwoners van de gemeente Ede zodat zij aantoonbaar gezonder, fitter en vitaler worden door een gezonde leefstijl en een gezonde omgeving.

3. Vindt het kabinet dat er in de sector voldoende aandacht voor de interactie tussen voeding en ziekte?

Ik vertrouw erop dat het in de sector algemeen bekend is dat goede en gezonde voeding van groot belang is voor de gezondheid en weerstand van mensen. En dat dit in geval van ziekte of medische ingrepen bijdraagt aan een sneller herstel. Naast het effect van goede en lekkere voeding op somatische aandoeningen heeft dit vooral een positief effect op het welbevinden van bewoners, wat weer kan leiden tot meer voedselinname. Er moet dus voldoende aandacht blijven uitgaan naar het aanbieden van smakelijke en gezonde voeding aan bewoners van zorginstellingen en



patiënten in ziekenhuizen, en aan het helpen en begeleiden van deze mensen rondom het eten.

### **Vragen van de leden van de 50PLUS-fractie**

1. Hoe verklaart de Staatssecretaris de daling van het gemiddelde percentage van de bedrijfslast die verzorgings- en verpleeghuizen besteden aan voeding?

Zowel de voedselbesteding als de totale bedrijfslasten van verzorgings- en verpleeghuizen zijn in de periode 2008–2012 gestegen. De totale bedrijfslasten zijn echter harder gestegen (3,8% per jaar) dan de voedselbesteding (1,3% per jaar) waardoor het aandeel van de voedselbesteding in de totale bedrijfslasten is afgenomen. Binnen de totale bedrijfslasten zijn arbeidskosten de grootste categorie en deze zijn meer dan gemiddeld gestegen (4,0% per jaar). (bron: CBS Statline)

2. Welke invloed heeft deze daling op de objectieve en ervaren kwaliteit van de maaltijden?

Er is geen sprake van een daling. Ik merk graag nog op dat uit een recente rapportage van de IGZ<sup>5</sup> blijkt dat voor 84% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen de maaltijden naar wens is.

3. Wat is de visie van de Staatssecretaris op de rol van voeding in het zorgproces, met name gerelateerd aan gezondheidswinst, preventie en welbevinden?

In het antwoord op vraag 3 van de fractieleden van de ChristenUnie heb ik al aangegeven dat goede en gezonde voeding cruciaal is in de zorg vanwege het preventieve karakter, het positieve effect op de gezondheid en het herstel bij ziektes, en vooral op het welbevinden van mensen.

4. Hoe ziet de Staatssecretaris dit bericht gerelateerd aan cijfers van Stuurgroep Ondervoeding 25% van de bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen ondervoed is en dat ongeveer 40% van de bewoners in een matige voedingstoestand verkeert?

Idem voor het rapport van Alzheimer Disease International (februari 2014) waaruit blijkt dat mensen met dementie die ondervoed zijn meer gezondheidsproblemen en een sneller ziekteverloop kennen, met als gevolg vaker ziekenhuisbehandeling en eerdere opname in een verpleeghuis.

Zoals ik heb aangegeven in mijn antwoord op de vraag hierover van de leden van de PVV-fractie, zie ik geen verband tussen de bevindingen in het rapport van Bidvest Deli XL en bewoners in verpleeghuizen die risico lopen op ondervoeding, omdat er sprake is van een jaarlijkse stijging van de besteding aan voeding. Wel ben ik van mening dat er voortdurend aandacht moet blijven uitgaan naar alle aspecten rond voeding. De inzet van de Stuurgroep Ondervoeding, evenals die van vele andere organisaties, heeft er in de afgelopen jaren toe bijgedragen dat de prevalentie-cijfers ondervoeding bij bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen (zeer) langzaam teruglopen. We zijn er nog niet, en alle actoren moeten zich continu blijven inzetten om ervoor te zorgen dat cliënten voldoende, gezond en lekker kunnen eten.

---

<sup>5</sup> Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam; Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012; Utrecht, juni 2014.



Voor een reactie op uw vraag over het rapport van Alzheimer Disease International verwijs ik kortheidshalve naar mijn brief hierover die ik 27 maart jl.<sup>6</sup> aan u heb gezonden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn

---

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 389, nr. 68.