



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Monitor Kansrijke Start 2022



Publiekssamenvatting

Inleiding

Dashboard

1 Lokale coalities

2 Plan van aanpak

3 Nu Niet Zwanger

4 Prenataal huisbezoek

5 VoorZorg

6 CenteringZwangerschap

7 Zwangerschapsbegeleiding

8 Schulden

9 CenteringOuderschap

10 Kraamzorg

11 Kwetsbaar gezin

12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht

13 Spraak-taal

14 Overgewicht

15 Uithuisplaatsingen

Ervaringen

Beschouwing

Referenties

Publiekssamenvatting

De meeste kinderen in Nederland worden gezond geboren en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Maar dat geldt niet voor alle kinderen. Het ministerie van VWS is in september 2018 het actieprogramma ‘Kansrijke Start’ begonnen om meer kinderen een goede start te geven. Gemeenten en zorgverleners kunnen hiermee initiatieven opzetten om ouders vóór, tijdens, en tot twee jaar na de zwangerschap te begeleiden. Er is vooral aandacht voor (aanstaande) ouders en kinderen die in kwetsbare omstandigheden leven, zoals armoede.

Een goede start wordt bereikt door kwetsbare situaties vroeg te signaleren en daarvoor hulp te bieden. Een betere samenwerking tussen professionals uit de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en gemeenten is daarvoor belangrijk. Dat gebeurt in ‘lokale coalities’. Zo kunnen de professionals in de geboortezorg sneller doorverwijzen, dan wel naar de zorg, dan wel naar het sociale domein. Lokale coalities organiseren programma’s die een goede start stimuleren, zoals Nu Niet Zwanger en VoorZorg.

Het RIVM volgt sinds 2019 in hoeverre gemeenten programma’s hebben opgezet en hoe de gezondheid van jonge kinderen zich ontwikkelt. Sinds 2021 combineert het RIVM cijfers met de ervaringen van betrokken partijen. De ervaringen beschrijven wat goed gaat en wat beter kan.

Deze monitor van 2022 laat zien dat gemeenten de afgelopen jaren een verandering in gang hebben gezet. Sinds 2019 krijgen steeds meer gemeenten geld om Kansrijke Start vorm te geven. In 2022 waren er 20 gemeenten meer met een lokale coalitie dan in 2021. Ook bieden de gemeenten steeds meer programma’s aan. Partijen zoals gemeenten, verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en wijkteams, weten elkaar steeds beter te vinden en werken steeds meer en beter samen.

Een aantal knelpunten blijft bestaan. Zo is in de wet nog niet vastgelegd welk werk lokale coalities moeten doen, waardoor activiteiten van Kansrijke Start niet altijd als kerntaak wordt gezien door de betrokken partijen. Een andere belemmering is het gebrek aan personeel waardoor het werk in lokale coalities in de knel komt.

De betrokken partijen blijven het belangrijk vinden om de samenwerking in de toekomst te verbeteren. Daarnaast vinden ze het belangrijk om de effecten op de gezondheid langere tijd te meten. Het kost namelijk tijd om duidelijke resultaten van de inspanningen te zien. Ook andere ontwikkelingen dan het programma Kansrijke Start kunnen de gezondheid van kinderen verbeteren. Denk aan veranderingen in de organisatie van de geboortezorg, het sociale domein of preventie.

Kernwoorden: Kansrijke Start, monitor, geboortezorg, gezinnen in een kwetsbare situatie, samenwerken, bekostiging, lokale coalities.

- Publiekssamenvatting
- **Inleiding**
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Inleiding

Actieprogramma: alle kinderen een kansrijke start

De periode vóór en tijdens de zwangerschap, en de eerste twee levensjaren zijn heel belangrijk voor de ontwikkeling van een kind. Dat geldt ook voor de kans dat er achterstanden in de gezondheid ontstaan (Barker, 2006; Campbell et al. 2014; Hanson & Gluckman, 2015; Kelly, 2018; Roseboom, 2018).

De meeste kinderen in Nederland maken een goede start in het leven en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Er zijn ook kinderen die een minder goede start maken. Dat kan hun hele leven lang gevolgen hebben op zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid, welzijn en ontwikkeling.

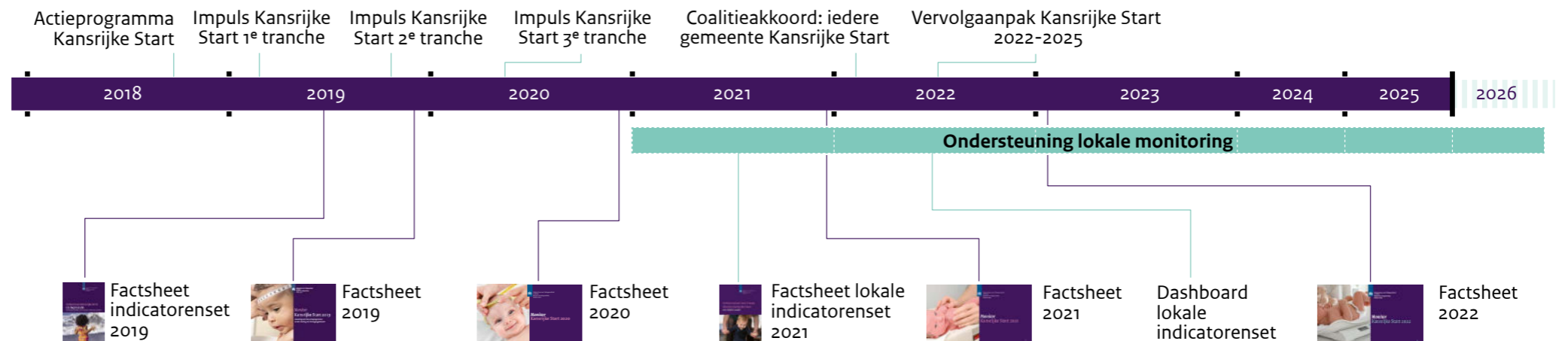
In 2018 heeft het ministerie van VWS het landelijke actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd (Figuur 1). Dit actieprogramma richt zich op kinderen in de eerste 1000 dagen van hun leven (-12 maanden tot 2 jaar) en heeft speciaal aandacht voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie (Tekstbox 1). Bij een kwetsbare situatie is er een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren. Deze risico- en beschermende factoren kunnen zowel een medische als een sociale achtergrond hebben. Het actieprogramma werkt daarom aan een goede verbinding tussen het medisch en sociaal domein (VWS, 2018b).

In het coalitieakkoord van het huidige kabinet is opgenomen dat de aanpak Kansrijke Start wordt voortgezet en in alle gemeenten wordt ingevoerd.

Het RIVM monitort het actieprogramma Kansrijke Start

Het RIVM volgt sinds 2019 de voortgang van de invoering van het actieprogramma Kansrijke Start en de hierbij in te voeren activiteiten (Figuur 1). Voor de monitoring is in 2019 via een Delphistudie met een panel van experts uit praktijk, wetenschap en beleid een set van vijftien indicatoren ontwikkeld en gepubliceerd (RIVM, 2019a). Deze indicatoren geven inzicht in de voortgang van ingevoerde activiteiten en de gerealiseerde gezondheidsuitkomsten in gemeenten. Het RIVM rapporteert elk jaar de voortgang van Kansrijke Start in gemeenten (RIVM, 2019b, 2020, 2022). Hierdoor kan de ontwikkeling door de tijd heen in beeld worden gebracht. In deze publicatie presenteren we de meest recente cijfers voor deze vijftien indicatoren (kwantitatief). Ook beschrijven we ervaringen van betrokkenen met het actieprogramma Kansrijke Start (kwalitatief). De ervaringen van betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start geven verder inzicht welke factoren de implementatie van het actieprogramma bevorderen en belemmeren. In Tekstbox 2 staan de gebruikte databronnen. Ten slotte worden de activiteiten beschreven waarmee het RIVM de afgelopen twee jaar gemeenten heeft ondersteund bij hun lokale monitoring (de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start).

Figuur 1: Tijdslijn actieprogramma Kansrijke Start (bovenzijde figuur) en activiteiten RIVM Monitor Kansrijke Start (onderzijde figuur)



- Publiekssamenvatting
- **Inleiding**
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Tekstbox 1: Toelichting actieprogramma Kansrijke Start

‘Alle kinderen een Kansrijke Start’ is de missie van het actieprogramma Kansrijke Start. De doelen en actielijnen uit het actieprogramma 2018 – 2021 blijven in de Vervolgaanpak 2022-2025 gelijk (VWS, 2018b; VWS 2021). De kern hiervan is (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie tijdig signaleren en hen ondersteuning bieden bij bewust en gezond zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap. Het actieprogramma stimuleert verschillende activiteiten en (preventieve) interventies voor gemeenten en professionals binnen drie perioden: vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte. De ambitie van de Vervolgaanpak Kansrijke Start 2022-2025 is dat in elke gemeente structureel een lokale Kansrijke Start-aanpak wordt gerealiseerd, zodat (aanstaande) ouders zich goed ondersteund voelen. De vervolgaanpak richt zich op de volgende pijlers: 1) Professionals en informeel netwerk ondersteunen (aanstaande) ouders optimaal; 2) Lokale en regionale afspraken zorgen voor juiste zorg dichtbij (aanstaande) ouders. Zie voor meer informatie over de doelstellingen en activiteiten het [actieprogramma Kansrijke Start 2022-2025](#).

Lokale coalities en het stimuleringsprogramma

Om zoveel mogelijk kinderen een kansrijke start te kunnen geven, is een brede, domeinoverstijgende aanpak nodig waarin de mogelijkheden en behoeften van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie centraal staan. Kwetsbaarheid wordt namelijk beïnvloed door verschillende risico- en beschermende factoren in het medisch en sociaal domein.

Leeswijzer

Allereerst worden de meest recent beschikbare cijfers van de vijftien indicatoren in een tabel samengevat. Vervolgens bespreken we elke indicator afzonderlijk. Daarna bespreken wij de ervaringen van betrokkenen met het actieprogramma Kansrijke Start. Vervolgens volgt een beschrijving van de activiteiten voor de ondersteuning van gemeenten bij lokale monitoring. Ten slotte worden de resultaten in het laatste hoofdstuk kort samengevat en in perspectief geplaatst in de beschouwing.

Voor een effectieve aanpak die aansluit op de behoeften en hulpvraag van de (aanstaande) ouders is het essentieel dat de interventies aansluiten op de lokale situatie. Daarom werken gemeenten en zorgverleners samen bij de ontwikkeling van hierop toegesneden interventies in lokale coalities.

In 2019 en 2020 konden gemeenten [impulsgelden](#) aanvragen om lokale coalities te vormen en om interventies rondom Kansrijke Start in te zetten. Vanaf september 2022 ontvingen alle gemeenten aanvullende middelen om in te zetten voor Kansrijke Start. Vanaf 2023 zal de financiering via een brede specifieke uitkering (SPUK) plaatsvinden. Hier komen alle middelen rondom preventie voor gemeenten gebundeld en geoormerkt beschikbaar.

Gemeenten zijn er zelf voor verantwoordelijk om lokale coalities samen te stellen. Pharos voert het [stimuleringsprogramma Lokale coalities Kansrijke Start](#) uit en ondersteunt gemeenten bij het opzetten en invullen van een lokale coalitie Kansrijke Start. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld die gemeenten kunnen inzetten voor hun aanpak. Voorbeelden zijn de [analysetool](#), [klantroutes](#) en de [menukaart Kansrijke Start](#). Daarnaast is het RIVM in 2021 begonnen om lokale coalities bij hun lokale monitoring te ondersteunen. Binnen deze [Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start](#) is een [lokale indicatorenset](#) (RIVM, 2021) ontwikkeld. In 2022 zijn de gegevens van deze indicatoren voor elke gemeente beschikbaar gesteld in een dashboard op [regiobeeld.nl/kansrijkestart](#). Deze is samen met andere beschikbare data te gebruiken als startpunt van een gesprek met professionals, beleidsmakers en bestuurders en over wat er binnen de lokale coalitie speelt en welke ontwikkelingen er zijn.

- Publiekssamenvatting
- **Inleiding**
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Tekstbox 2: Gebruikte databronnen

Kwantitatief onderzoek

- Vragenlijst onder alle Nederlandse gemeenten (*indicatoren 1, 2 en 4**)
- Uitvraag bij landelijke organisaties: GGD GHOR Nederland, NCJ, TNO en Stichting Centering Nederland. Op verzoek van het RIVM leveren deze organisaties gegevens aan; op basis daarvan zijn de indicatoren berekend (*indicatoren 3, 5, 6 en 9**)
- Uitvraag bij afzonderlijke jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisaties. Op verzoek van het RIVM leveren afzonderlijke JGZ-organisaties gegevens aan; op basis daarvan zijn de indicatoren berekend (*indicatoren 13 en 14*)
- Gegevens zoals beschikbaar binnen DIAPER: een data-infrastructuur met gegevens vanuit Perined (zwangerschap en geboorte), Vektis (zorggebruik en zorguitgaven) en CBS-microdatabestanden (achtergrondkenmerken van (aanstaande) ouders over bijvoorbeeld huishoudsamenstelling, werk, inkomen, leefomgeving) (*indicatoren 7, 8, 10, 11, 12, 15**)

* Zie samenvatting resultaten voor overzicht indicatoren en nummers

Kwalitatief onderzoek

Individuele- en groeps gesprekken met betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start zoals vertegenwoordigers van landelijke organisaties, projectleiders van lokale coalities en zorgverleners uit de geboorte- en jeugdzorg, ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders. Zie pagina 27 voor uitgebreide beschrijving van de aanpak.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- **Dashboard**
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Resultaten

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de resultaten van de vijftien indicatoren; per indicator wordt het meest recent beschikbare cijfer gepresenteerd. Voor de programma-brede indicatoren en ingevoerde interventies zijn dat cijfers over 2022. Voor de (gezondheid) uitkomsten van (aanstaande) ouders en kinderen zijn dat cijfers over 2020 of 2021.

Op de volgende pagina's wordt elke indicator besproken aan de hand van de volgende items: belang van indicator, berekening van indicator, brongegevens, uitkomst indicator, en een inhoudelijke toelichting op de cijfers, met waar mogelijk een verdieping en inzicht in de ontwikkeling door de jaren heen.

Indicatoren		
Programma-breed	1. 61% Gemeenten met een lokale of regionale coalitie (2022)	●
	2. 63% Gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start (2022)	●
Voor de zwangerschap 	3. 78% Centrumgemeenten waarin Nu Niet Zwanger is gestart (2022)	▲
	4. 72% Gemeenten waarin prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd door de JGZ (2022)	●
Tijdens de zwangerschap 	5. 46% Gemeenten waarin VoorZorg wordt aangeboden (2022)	●
	6. 43% Verloskundigenpraktijken getraind in CenteringZwangerschap (2022)	●
Na de geboorte 	7. 21,9% Start zwangerschapsbegeleiding na de 10 ^e week van de zwangerschap (2020)	●
	8. 1,7% Vrouwen met problematische schulden in jaar van bevalling (2021)	●
	9. 22% JGZ-organisaties die CenteringOuderschap aanbieden (2022)	■
	10. 6,3% Gezinnen die geen gebruik maken van kraamzorg (2020)	◇
	11. 7,2% Kinderen geboren in een gezin in een kwetsbare situatie (2021)	●
	12. 14,8% Vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap (2021)	●
	13. 5,0% Negatieve score op spraak-taal ontwikkeling rond twee jaar (2021)	◇
14. 8,1% Overgewicht (inclusief obesitas) rond twee jaar (2021)	◇	
15. 1,8 per 1.000 kinderen tot twee jaar uit huis geplaatst (2021)	◇	

● ontwikkelt zich in de gewenste richting

▲ gelijk gebleven

■ ontwikkelt zich niet in gewenste richting

◇ onduidelijkheid omtrent duiding of betrouwbaarheid

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities**
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

1. Gemeenten met een lokale of regionale coalitie

Belang indicator

Om zoveel mogelijk kinderen in Nederland een kansrijke start te geven, is een gezamenlijke aanpak gewenst die ingebed is in het bredere preventieve gezondheidsbeleid van elke gemeente. Een belangrijk onderdeel van Kansrijke Start is de vorming van coalities. Binnen een lokale of regionale coalitie Kansrijke Start werken gemeente(n) en professionals uit het sociaal domein samen met professionals uit het medisch domein. Het sociaal domein bestaat uit onder andere de jeugdgezondheidszorg, welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting. Bij het medisch domein gaat het bijvoorbeeld om verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, huisartsen en de GGZ. Binnen een lokale of regionale coalitie worden afspraken gemaakt om de zorg en ondersteuning rondom de eerste 1000 levensdagen te verbeteren, met specifieke aandacht voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Deze afspraken gaan bijvoorbeeld over tijdig problemen signaleren, effectief doorverwijzen en gezinnen beter bereiken en begeleiden. Hierbij staan de wensen en behoeften van (aanstaande) ouders centraal. Inzicht in het aantal lokale en regionale coalities is gewenst om na te gaan in hoeveel gemeenten het actieprogramma is ingevoerd.

Indicatoruitkomst: 61 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal gemeenten dat een lokale of regionale coalitie heeft gevormd (n=166).

Noemer: alle gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen (N=272).

Bron en jaartal: vragenlijst onder gemeenten, 2022 (peildatum: 10 oktober 2022).

Beschrijving en verdieping

Totaal aantal gemeenten met een lokale coalitie blijft stijgen

Onder alle 344 gemeenten in Nederland is in augustus 2022 een online vragenlijst uitgezet (Tekstbox 3), met onder andere vragen over de vorming van een lokale of regionale coalitie. Van de gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen, gaven er 166 (61 procent) aan dat zij een coalitie hebben gevormd. Dit is een toename ten opzichte van vorig jaar. Toen hadden 140 van alle gemeenten met impuls gelden een coalitie gevormd. Drie gemeenten zonder impuls gelden hebben in 2022 ook een lokale coalitie gevormd (Tabel 1).

Van alle Nederlandse gemeenten hebben er 53 (19 procent) een coalitie in voorbereiding of ze zijn hierover in gesprek. 36 gemeenten (10 procent) geven aan geen coalitie te hebben gevormd (niet weergegeven in Tabel 1). Tabel 1 en Figuur 2 presenteren de ontwikkeling van lokale coalities van 2019 tot en met 2022.

Tekstbox 3: Vragenlijst onder gemeenten

Het RIVM heeft in augustus 2022 alle 344 Nederlandse gemeenten een online vragenlijst gestuurd waarin wordt gevraagd naar hun activiteiten op het gebied van Kansrijke Start. Het RIVM heeft deze vragenlijst op verzoek van het ministerie van VWS ontwikkeld. De gegevens van de vragenlijst worden gebruikt om de indicatoren 1, 2 en 4 te kwantificeren.

In 2022 hebben in totaal 234 gemeenten de vragenlijst ingevuld (respons: 68 procent), waarbij per vraag de respons iets varieert. Om het invullen van de vragenlijst te vergemakkelijken zijn in 2022 voor iedere gemeente die eerder gegeven antwoorden reeds ingevuld. Dit houdt ook in dat reacties van gemeenten in 2021 zijn meegenomen wanneer zij de vragenlijst in 2022 niet hebben ingevuld. Dit betekent dat we van 274 gemeenten gegevens hebben. Van 70 gemeenten hebben we geen reactie ontvangen, wat betekent dat de uitkomsten van indicator 1, 2, en 4 een mogelijke onderschatting zijn van de werkelijkheid. Ondanks het verzoek om de voor-ingevulde antwoorden goed te controleren en indien nodig te wijzigen of aan te vullen, kunnen de indicator-uitkomsten door deze methodiek een mogelijke vertekening zijn van de werkelijkheid.

Monitor Kansrijke Start 2022

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities**
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

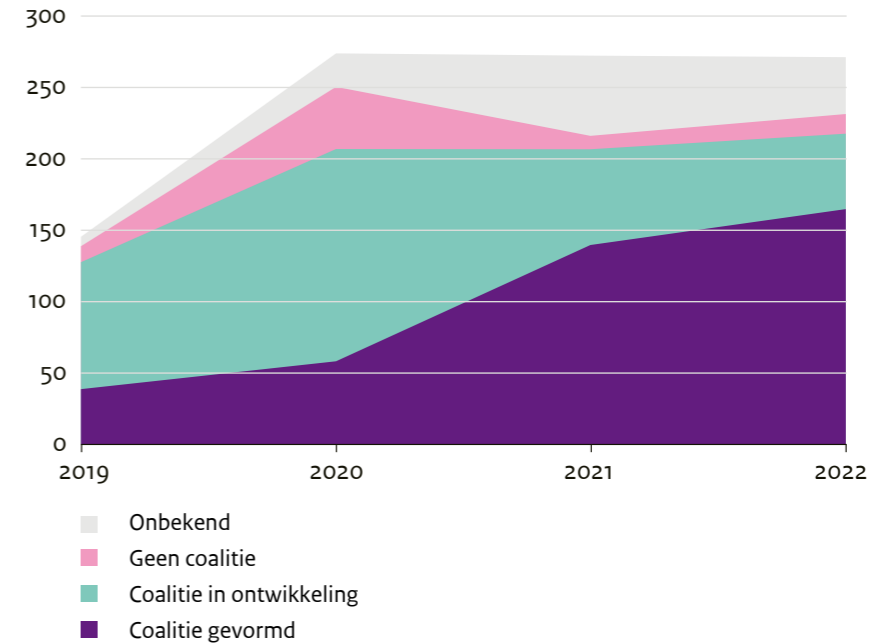
Tabel 1: Ontwikkeling lokale of regionale coalities over periode 2019 – 2022*

	2019*	2020	2021	2022
Aantal gemeenten dat middelen voor Kansrijke Start ontvangt	147	275	273	272
Totaal aantal Nederlandse gemeenten	355	355	352	344
Aantal gemeenten dat heeft gereageerd op de vragenlijst	140	251	217	274
Aantal coalitie gevormd	40	59	140	166
Percentage t.o.v. gemeenten met Impuls Kansrijke Start	27%	21%	51%	61%
Percentage t.o.v. alle gemeenten	11%	17%	40%	48%
Percentage t.o.v. alle responderende gemeenten	29%	24%	65%	61%
Aantal coalities in ontwikkeling of hierover in gesprek	89	149	67	53
Percentage t.o.v. gemeenten met Impuls Kansrijke Start	61%	54%	25%	19%
Percentage t.o.v. alle gemeenten	25%	42%	19%	15%
Percentage t.o.v. alle responderende gemeenten	64%	59%	31%	19%

Bron: vragenlijst onder gemeenten 2019, 2020, 2021 en 2022.

* In 2019 hebben alleen de 150 GIDS-gemeenten de mogelijkheid gehad om de Impuls Kansrijke Start (tranche 1 en 2) aan te vragen. In 2020 konden de overige gemeenten middelen aanvragen (tranche 3).

Figuur 2: Visuele weergave van de ontwikkeling van het aantal coalities binnen de gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen over periode 2019 – 2022*



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2019, 2020, 2021 en 2022.

* In 2019 hebben alleen de 150 GIDS-gemeenten de mogelijkheid gehad om de Impuls Kansrijke Start (tranche 1 en 2) aan te vragen. In 2020 konden de overige gemeenten middelen aanvragen (tranche 3).

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak**
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

2. Gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak

Belang indicator

Een belangrijke stap voor een integrale aanpak Kansrijke Start is dat gemeenten een gezamenlijk plan van aanpak vormgeven met samenwerkingspartners (Tekstbox 4).

Gemeenten kunnen een plan van aanpak opstellen en tegelijk toewerken naar een structurele samenwerking binnen een lokale of regionale coalitie. Het opstellen van een plan van aanpak kan ook gebeuren nadat een coalitie is vormgegeven. Voor het actieprogramma Kansrijke Start is het van belang om inzicht te hebben in het aantal gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak.

Indicatoruitkomst: 63 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal gemeenten dat een plan van aanpak Kansrijke Start heeft (afgerond of in ontwikkeling) (n=171).

Noemer: alle gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen (N=272).

Bron en jaartal: vragenlijst onder gemeenten, 2022 (peildatum: 10 oktober 2022).

Beschrijving en verdieping

Meer gemeenten met beginnend of gevormd plan van aanpak

In 63 procent van de gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen is met samenwerkingspartners een plan van aanpak opgesteld (n=116), of wordt hiermee een begin gemaakt (n=55). Dit betekent dat in minimaal 52 procent van alle gemeenten in Nederland een plan van aanpak is opgesteld. Er is een toename in het aantal gemeenten dat een begin gemaakt heeft met een gezamenlijk plan van aanpak, of deze reeds heeft opgesteld. Het aantal is gestegen van 153 gemeenten in 2021 naar 171 gemeenten in 2022. In Tekstbox 4 staan de partijen beschreven met wie gemeenten in een lokale coalitie zitten, een plan van aanpak mee hebben opgesteld, en/of samenwerken.

Tekstbox 4: Met wie werken gemeenten samen rondom Kansrijke Start?

In totaal hebben 274 gemeenten vragen beantwoord over de partijen met wie zij in een lokale coalitie zitten, met wie zij, buiten de coalitie om, samenwerken, en met welke partijen ze zouden willen samenwerken. Deze partijen verschillen tussen de gemeenten. De samenwerkingspartners zijn ingedeeld in vier verschillende categorieën: sociaal domein, medisch domein, *community* en afdelingen binnen de gemeenten. Figuur 3 presenteert de partijen waarmee gemeenten samenwerken aan Kansrijke Start in 2020, 2021 en 2022.

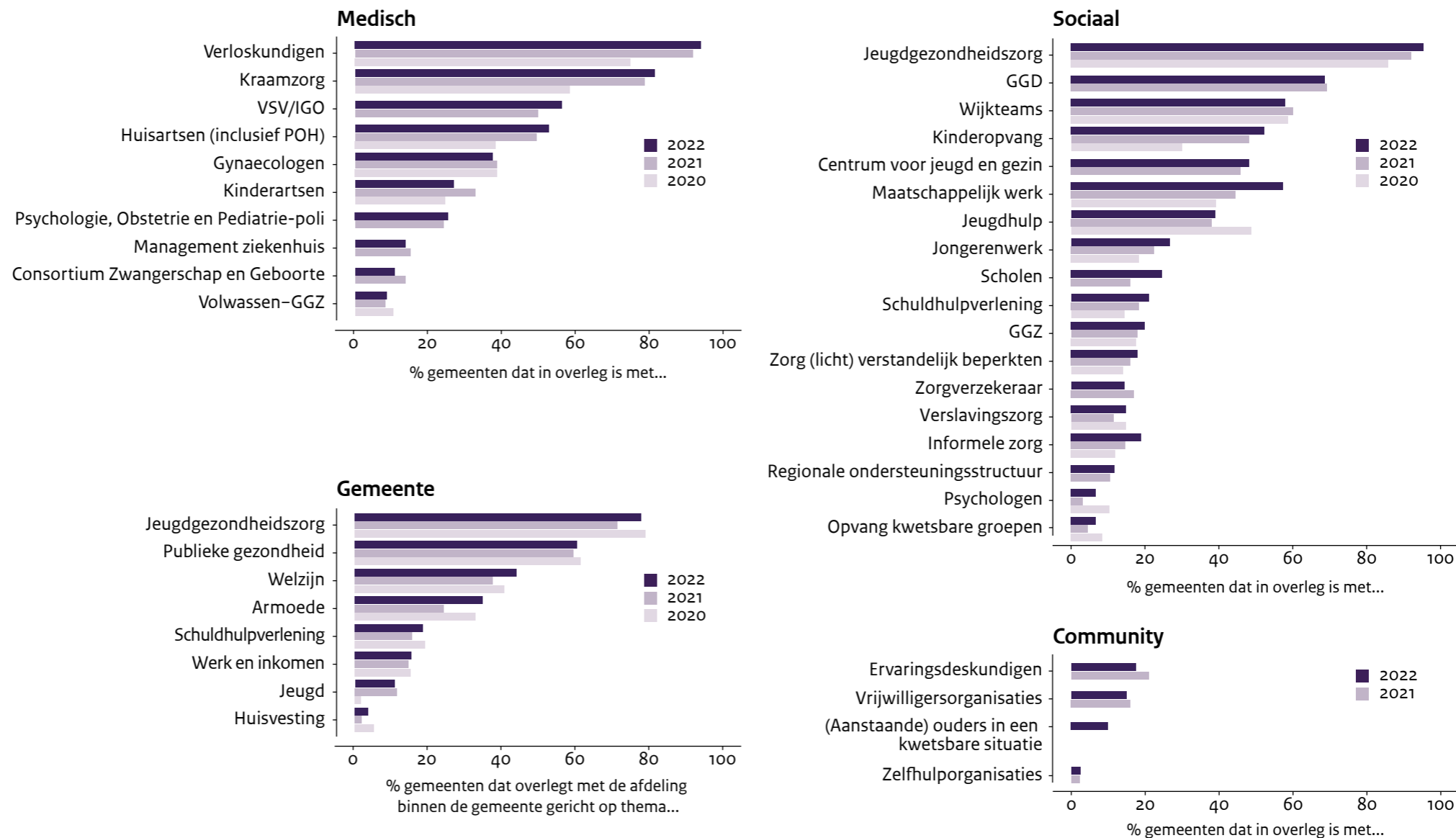
Veelgenoemde partijen waarmee gemeenten samenwerken binnen het sociaal domein zijn jeugdgezondheidszorg, GGD'en en wijkteams. In het medisch domein zijn verloskundigen en kraamzorg vaak genoemd. Binnen de gemeente wordt het meest samenwerkt met afdelingen op de thema's jeugdgezondheidszorg en publieke gezondheid. Van de *community*-partijen, zijn ervaringsdeskundigen en vrijwilligersorganisaties het meest genoemd door gemeenten als partijen waarmee zij samenwerken.

Gemeenten gaven daarnaast aan dat ze graag overleggen met partijen die nu nog niet betrokken zijn. De gewenste partijen zijn vooral huisartsen (door 99 gemeenten genoemd), ervaringsdeskundigen (n=54) en zorgverzekeraars (n=54).

Monitor
Kansrijke Start 2022

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak**
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Figuur 3: Samenwerkingspartners waarmee de gemeenten in overleg zijn over Kansrijke Start



Bron: vragenlijst onder gemeenten, peildatum 10 oktober 2022.



voor de
zwangerschap

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 **Nu Niet Zwanger**
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

3. Centrumgemeenten met ‘Nu Niet Zwanger’

Belang indicator

Het programma Nu Niet Zwanger ondersteunt mensen in een kwetsbare situatie een bewuste keuze te maken van hun kindwens, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken (Tekstbox 5). Een van de doelstellingen van het actieprogramma Kansrijke Start is om een landelijk dekkend netwerk van het programma Nu Niet Zwanger te realiseren (VWS, 2018b). GGD GHOR Nederland rolt deze programma's uit in samenwerking met Rutgers. Dit doen zij veelal vanuit zogeheten centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Het doel is om in 50 centrumgemeenten Nu Niet Zwanger te hebben ingevoerd. In deze gemeenten zijn er regionale samenwerkingsverbanden waar gemeenten bij kunnen aansluiten. Vanuit de centrumgemeenten kunnen omliggende gemeenten zich aansluiten. De indicator geeft inzicht in hoeveel (centrum)gemeenten het programma Nu Niet Zwanger beschikbaar is.

Indicatoruitkomst: 78 procent

Berekening indicator

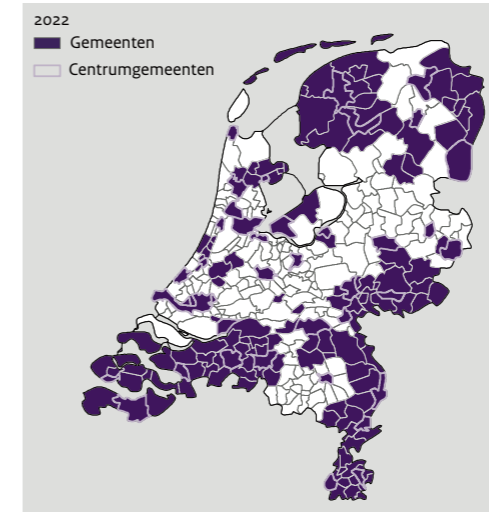
Teller: het aantal centrumgemeenten waar het programma Nu Niet Zwanger is gestart (n=39).
 Noemer: het aantal centrumgemeenten (N=50).
 Bron en jaartal: GGD GHOR Nederland, 2022 (peildatum: 1 oktober 2022).

Beschrijving en verdieping

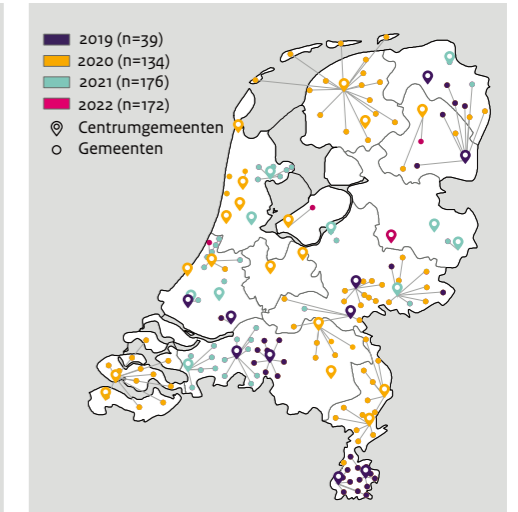
Zelfde percentage (centrum)gemeenten met Nu Niet Zwanger

Het programma Nu Niet Zwanger is op 1 oktober 2022 in 39 van de 50 centrumgemeenten gestart, waarbij 133 omliggende gemeenten zich hebben aangesloten. Dat betekent dat Nu Niet Zwanger in de helft van de gemeenten actief is (172 van de 344) (Figuur 4 en Figuur 5). Het percentage deelnemende gemeenten is gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar, toch hebben zich wel veranderingen voorgedaan. Drie gemeenten zijn met het programma gestopt, en drie zijn ermee begonnen. Daarnaast zijn tien gemeenten door gemeentelijke herindeling samengegaan in drie gemeenten, waarvan er een nog niet meedeed met het programma. Eind 2022 zijn sinds de start van het programma in totaal bijna 19.000 cliënten ondersteund vanuit Nu Niet Zwanger (GGD GHOR Nederland, 2023).

Figuur 4: Centrum- en omliggende gemeenten waarin het programma Nu Niet Zwanger is gestart



Figuur 5: Ontwikkeling centrum- en omliggende gemeenten waarin het programma Nu Niet Zwanger is gestart



Bron: GGD GHOR Nederland, 2022.



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 **Nu Niet Zwanger**
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Tekstbox 5: Toelichting Nu Niet Zwanger

Het programma Nu Niet Zwanger ondersteunt mannen en vrouwen in kwetsbare omstandigheden om een bewuste keuze te maken over het moment van hun kindwens, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken. Hulpverleners gaan met hen in gesprek over mogelijkheden, keuzes en consequenties rondom kindwens, seksualiteit en anticonceptie. Indien nodig wordt hen ondersteuning geboden. In januari 2022 is het programma opgenomen en erkend als goed onderbouwd in de [interventiedatabank Gezond Leven](#) van het RIVM.

In 2022 verschenen twee wetenschappelijke artikelen over het programma (Rijlaarsdam, 2022; Waelput, 2022). Tranzo deed eerder onderzoek naar praktijkervaringen van zorgverleners en cliënten (Jeeninga & Cloin, 2021) en doet nu vervolgonderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij zorgverleners. Amsterdam UMC is in 2022

participerend onderzoek gestart naar wat er nodig is om professionals voldoende toe te rusten voor gesprekken over kindwens. Het OLVG onderzoekt in samenwerking met Nu Niet Zwanger [onbedoelde zwangerschappen bij mensen met psychiatrische kwetsbaarheden](#).

Van 2023 tot 2027 zal GGD GHOR Nederland gemeenten en GGD'en blijven ondersteunen bij de uitrol en borging van het programma. In januari 2023 is een [nieuwe factsheet van Nu Niet Zwanger](#) verschenen met de meest recente resultaten.

Meer informatie over Nu Niet Zwanger staat op: www.nunietzwanger.nl.



tijdens de
zwangerschap

- Publickssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek**
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

4. Gemeenten met prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg

Belang indicator

Het prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB-JGZ) is erop gericht om zo nodig tijdens de zwangerschap vroegtijdig passende hulp en ondersteuning te bieden aan (aanstaande) ouders. (Aanstaande) ouders kunnen vragen, zorgen en gewenste ondersteuning rondom het ouderschap bespreken met de jeugdverpleegkundige (Tekstbox 6).

Met de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) heeft het prenatale huisbezoek een extra stimulans gekregen. Hierin staat dat alle gemeenten een prenataal huisbezoek door de JGZ moeten aanbieden aan zwangere vrouwen en hun gezinnen in een kwetsbare situatie (VWS, 2020). Deze wet is ingegaan op 1 juli 2022. De indicator laat zien in hoeveel gemeenten prenatale huisbezoeken door de JGZ worden uitgevoerd.

Indicatoruitkomst: 72 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal gemeenten waarin de JGZ prenatale huisbezoeken doet (n=246).

Noemer: alle gemeenten in Nederland (N=344).

Bron en jaartal: vragenlijst onder gemeenten, 2022 (peildatum: 10 oktober 2022).

Beschrijving en verdieping

In meer gemeenten prenataal huisbezoek door JGZ

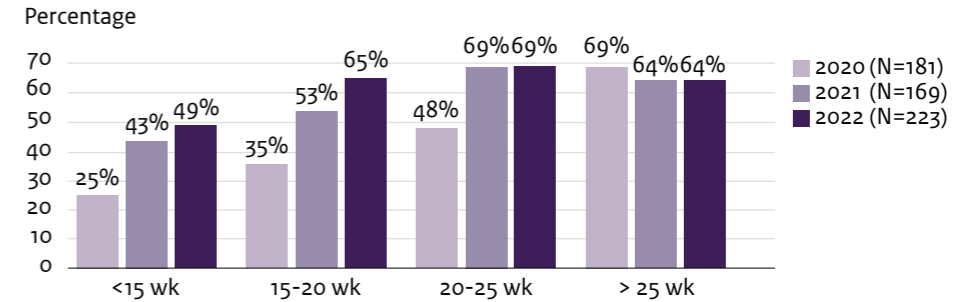
In 246 (72 procent) gemeenten worden prenatale huisbezoeken uitgevoerd door de JGZ (Tekstbox 6). Dit betekent dat er een sterke toename is van het aantal gemeenten dat PHB-JGZ aanbiedt ten opzichte van vorig jaar (n=169). Als het percentage wordt berekend over het aantal gemeenten met respons op de vragenlijst, is het 90 procent. Dit percentage was vorig jaar 75 procent.

Vooral aangeboden aan gezinnen in een kwetsbare situatie

PHB-JGZ wordt in 81 procent (n=221) van de responderende gemeenten aangeboden als maatwerk voor gezinnen in een kwetsbare situatie, niet standaard aan alle gezinnen. Ook dit is een toename ten opzichte van vorig jaar (n=169). Het PHB-JGZ vindt in de meeste gemeenten (69 procent) plaats tussen de 20^e en 25^e week van de zwangerschap (Figuur 6).

In 49 procent van de gemeenten was dat in 2022 vóór de 15^e week van de zwangerschap, dat is meer dan in 2021.

Figuur 6: Percentage responderende gemeenten dat een PHB-JGZ uitvoert per periode van de zwangerschap 2020, 2021 en 2022 (meerdere antwoorden mogelijk).



Bron: vragenlijst onder gemeenten, 2022.

Van de responderende gemeenten in 2022 geeft 64 procent aan dat er afspraken zijn gemaakt met professionals in de geboortezorg over het uitvoeren van het PHB-JGZ. Dit is een toename ten opzichte van vorig jaar (56 procent). Het is niet duidelijk bij hoeveel gezinnen daadwerkelijk een PHB-JGZ is aangeboden. De meeste gemeenten (84 procent) geven aan geen inzicht te hebben in het aantal PHB's door verloskundige zorgverleners. Na de inwerkingtreding van de wet PHB-JGZ (heeft meer dan de helft (56 procent) van de responderende gemeenten afspraken gemaakt over de inkoop van PHB's voor 2022.

Tekstbox 6: Toelichting prenatale huisbezoeken door de Jeugdgezondheidszorg

De JGZ biedt prenatale huisbezoeken aan als laagdrempelige hulp en ondersteuning in aanvulling op de geboortezorg. Dit gebeurt nadat een professional in de geboortezorg een kwetsbare situatie signaleert. Op basis van de hulpvraag, behoeften en mogelijkheden van de (aanstaande) ouders komen de jeugdverpleegkundige en de zwangere (en haar partner of steunend netwerk tot) een plan van aanpak. Voorbeelden daarvan zijn het benutten van informele steun, de weg wijzen naar gemeentelijke voorzieningen en langdurige ondersteuning met programma's zoals VoorZorg en Stevig Ouderschap. Door het contact tussen het gezin en de jeugdverpleegkundige wordt al voor de geboorte vertrouwen opgebouwd en kan continuïteit worden geboden (NCJ, 2022).



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg**
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

5. Gemeenten met ‘VoorZorg’

Belang indicator

VoorZorg is een intensief ondersteuningsprogramma vanuit de jeugdgezondheidszorg om de gezondheid en ontwikkeling van (jonge) moeders en hun kinderen in een kwetsbare situatie te verbeteren (Tekstbox 7). De indicator geeft inzicht in het aanbod van het programma VoorZorg binnen de gemeenten.

Indicatoruitkomst: 46 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal gemeenten waarin het programma VoorZorg aangeboden wordt (n=159).

Noemer: het totaal aantal Nederlandse gemeenten (N=344).

Bron en jaartal: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2022 (peildatum: 1 oktober 2022).

Beschrijving en verdieping

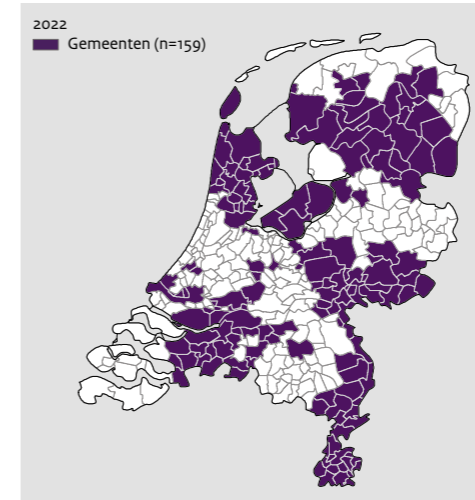
Meer gemeenten bieden VoorZorg aan

Het programma VoorZorg wordt in 46 procent (n=159) van alle gemeenten aangeboden (Figuur 7). Dit aantal steeg de afgelopen jaren: in 2019 boden ten minste 117 gemeenten (33 procent) VoorZorg aan, in 2020 waren dit 130 gemeenten (37 procent) en in 2021 150 gemeenten (43 procent) (Figuur 8). 23 van de 36 JGZ-organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan (aanstaande) ouders en kinderen in de eerste 1000 dagen, bieden VoorZorg aan. Dit aantal is gelijk gebleven ten opzichte van 2021. In 2021 zijn in totaal 706 (aanstaande) jonge moeders met het programma ondersteund. Dit is een lichte toename ten opzichte van 2020 (675), 2019 (610) en 2018 (570).

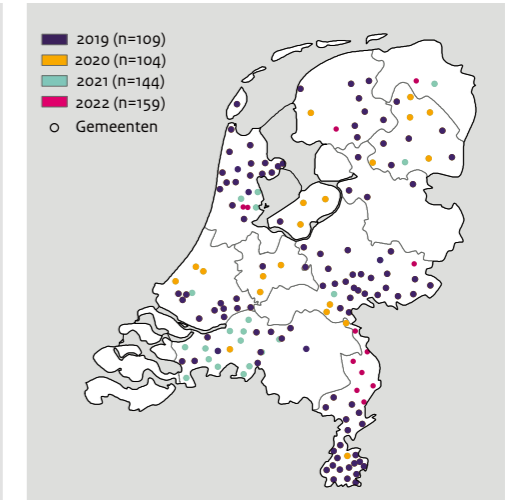
Tekstbox 7: Toelichting VoorZorg

VoorZorg is een ondersteuningsprogramma voor (jonge) moeders die zwanger zijn van een eerste kind, weinig tot geen opleiding hebben gevolgd en te maken hebben met meerdere problemen en risicofactoren. Voorbeelden van problemen en risicofactoren zijn: alleenstaand, huiselijk geweld, middelengebruik, mishandeling, verwaarlozing, en laag opleidingsniveau. Vanaf de 16^e week van de zwangerschap tot het moment dat hun kind twee jaar wordt, ontvangen zij 40 tot 60 huisbezoeken van een VoorZorg-verpleegkundige. Deze ondersteunt hen bij de opvoeding en verschillende andere

Figuur 7: Gemeenten die VoorZorg aanbieden



Figuur 8: Ontwikkeling gemeenten die VoorZorg aanbieden



Bron: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2022.

levensterreinen, zoals financiën en het opbouwen van een sociaal netwerk. Onderzoek laat zien dat VoorZorg helpt om het aantal gevallen van kindermishandeling en huiselijk geweld te verminderen en de leefstijl te verbeteren (Mejdoubi, 2014). Met verschillende projecten wordt VoorZorg doorontwikkeld, waaronder VoorZorg-Verder (vervolgtraject op VoorZorg), VoorZorg 2 (bij een niet eerste kind) en VoorZorg Late Start (startend na 28 weken zwangerschap tot zes weken na de geboorte). Meer informatie over VoorZorg staat op: www.ncj.nl/voorzorg.



tijdens de
zwangerschap

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap**
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

6. Verloskundigenpraktijken getraind in ‘CenteringZwangerschap’

Belang indicator

CenteringZwangerschap is een aangetoond effectieve vorm van groepszorg voor zwangere vrouwen om de fysieke en psychosociale gezondheid te verbeteren (Tekstbox 8).

Deze indicator geeft inzicht in het percentage verloskundigenpraktijken dat getraind is in CenteringZwangerschap.

Indicatoruitkomst: 43 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal verloskundigenpraktijken waarvan minimaal één verloskundige een training CenteringZwangerschap heeft gevolgd (n=253).

Noemer: het aantal verloskundigenpraktijken (N=591).

Bron en jaartal: Stichting Centering Nederland en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), 2022 (peildatum: 1 oktober 2022).

Beschrijving en verdieping

Bij ruim vier op de tien verloskundigenpraktijken is minstens één medewerker getraind

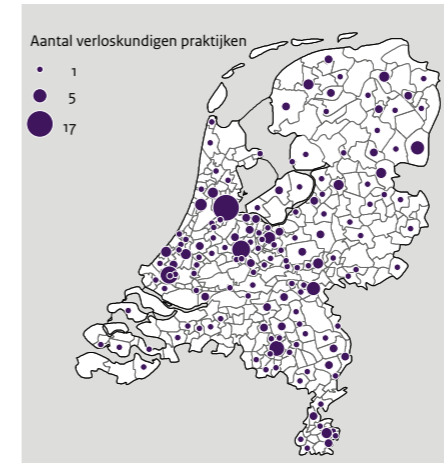
In 43 procent (n=253) van alle verloskundigenpraktijken heeft minimaal één verloskundige een training CenteringZwangerschap gevolgd (Figuur 9). Dit percentage is de afgelopen jaren iets toegenomen. In 2019 was er in 33 procent (n=194) van de verloskundigenpraktijken iemand getraind. In 2020 was dit 35 procent (n=203) en 39 procent in 2021 (n=229).

Tekstbox 8: Toelichting CenteringZwangerschap

CenteringZwangerschap is een vorm van verloskundige zorg. Hierbij volgt een groep van acht tot tien zwangere vrouwen met dezelfde zwangerschapsduur tien bijeenkomsten om de fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind te verbeteren. Het zijn interactieve bijeenkomsten onder leiding van de verloskundige in samenwerking met een andere professional, zoals een kraamverzorgende of lactatiekundige. Naast medische zorg (bijvoorbeeld bloeddruk meten) is er veel ruimte om kennis en ervaringen uit te wisselen. Zo kunnen zwangere vrouwen van elkaar leren, hun gezondheidsvaardigheden verbeteren en hun sociale netwerk vergroten. TNO vond positieve effecten op ervaringen van zwangere vrouwen en zwangerschapsuitkomsten (Rijnders et al., 2016).

De getrainde verloskundigenpraktijken zijn verspreid over het hele land. Het is onbekend hoeveel verloskundigenpraktijken daadwerkelijk CenteringZwangerschap aanbieden en hoeveel zwangere vrouwen deelnemen.

Figuur 9: Verloskundigenpraktijken met minimaal één verloskundige getraind in CenteringZwangerschap



Bron: Stichting Centering Nederland en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), 2022.

Recent onderzoek liet zien dat een derde van de in aanmerking komende vrouwen deelnam aan CenteringZwangerschap. Dit waren voornamelijk vrouwen die zwanger waren van hun eerste kind. Vrouwen met minder kennis over leefstijl en zwangerschapskennis namen juist minder deel aan de CenteringZwangerschap bijeenkomsten (Wagijo et al., 2022). Momenteel voert TNO met verschillende andere partijen verder onderzoek uit naar de Centering-methodiek. Dat gaat onder andere over: online [Centering voor Eritrese vrouwen](#), [preconceptiezorg](#), en [groepszorg in 7 landen](#) (EU-programma Horizon2020). In 2023 zal een monitor Uitvoering in de praktijk plaatsvinden. Hierin inventariseert TNO of en in hoeverre verloskundigenpraktijken CenteringZwangerschap aanbieden en uitvoeren. Meer informatie over CenteringZwangerschap staat op: www.centeringzorg.nl.



tijdens de
zwangerschap

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding**
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

7. Start zwangerschapsbegeleiding ná 10^e week zwangerschap

Belang indicator

In Nederland worden de meeste zwangerschappen begeleid door een verloskundige. Door deze zwangerschapsbegeleiding voor de 10^e week van de zwangerschap te laten beginnen hebben zwangere vrouwen op tijd toegang tot kennis, informatie en zorg op maat (Zorginstituut Nederland, 2016; Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Tijdens de zwangerschapsbegeleiding krijgen vrouwen bijvoorbeeld voedingsadvies en andere leefstijladviezen, wordt de gezondheid van moeder en kind gemonitord en worden sociale en psychische thema's besproken. Om zoveel mogelijk kinderen een kansrijke start te bieden, is het belangrijk dat zoveel mogelijk aanstaande ouders tijdig starten met zwangerschapsbegeleiding. Het laat starten met zwangerschapsbegeleiding geeft een hoger risico op negatieve geboorteuitskomsten. Deze indicator is gepresenteerd als het percentage zwangerschappen waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10^e week begon. Een laag percentage voor deze indicator is gewenst. Dit betekent dat meer vrouwen op tijd starten met hun zwangerschapsbegeleiding.

Indicatoruitkomst: 21,9 procent

Berekening indicator*

Teller: het aantal zwangerschappen van 24 weken of meer waarbij zwangerschapsbegeleiding startte na de 10^e week van de zwangerschap**.

Noemer: het aantal zwangerschappen van 24 weken of meer.

Bron en jaartal: Perined, 2020.

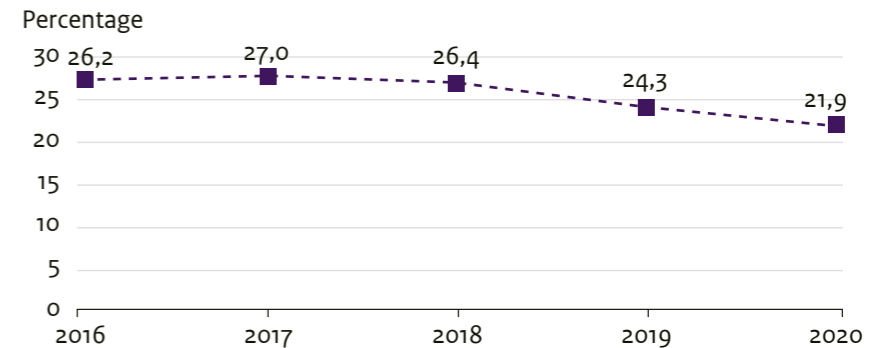
* De resultaten zijn afgestemd met Perined.

** In vergelijking met de publicatie van vorige jaren wijken de gepresenteerde percentages af door een aanpassing in de berekening.

Beschrijving en verdieping

Aangezien de benodigde data over 2021 nog niet volledig zijn, presenteren we in Figuur 10 de gegevens tot het meest recente gegevensjaar 2020. Het percentage zwangerschappen in 2020 waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10^e week startte is 21,9 procent. Dit percentage nam tussen 2017 en 2020 af (Figuur 10).

Figuur 10: Percentage zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding na de 10^e week van de zwangerschap startte



Bron: Perined, 2020.



tijdens de zwangerschap

Publiekssamenvatting

Inleiding

Dashboard

1 Lokale coalities

2 Plan van aanpak

3 Nu Niet Zwanger

4 Prenataal huisbezoek

5 VoorZorg

6 CenteringZwangerschap

7 Zwangerschapsbegeleiding

8 **Schulden**

9 CenteringOuderschap

10 Kraamzorg

11 Kwetsbaar gezin

12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht

13 Spraak-taal

14 Overgewicht

15 Uithuisplaatsingen

Ervaringen

Beschouwing

Referenties

8. Vrouwen met problematische schulden in het jaar van de bevalling

Belang indicator

Chronische stress door financiële problemen bij (aanstaande) ouders is nadelig voor de ontwikkeling van het kind, zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte (Van Rossem & Pannecoucke, 2019). Inzicht in het percentage vrouwen met problematische schulden voor, tijdens en kort na de zwangerschap is gewenst. Dit kan namelijk inzicht geven in het risico op een mogelijke kwetsbare situatie vanwege stress en financiële zorgen.

Indicator uitkomst: 1,7 procent

Berekening indicator*

Teller: het aantal vrouwen bevallen na een zwangerschap van 24 weken of meer, met in het jaar van bevalling een registratie in de schuldsanering en/of met een betalingsachterstand van zes maanden of meer bij de zorgverzekeraar.

Noemer: het aantal vrouwen bevallen na een zwangerschap van 24 weken of meer.

Bron en jaartal: CBS-microdata, Perined, 2021.

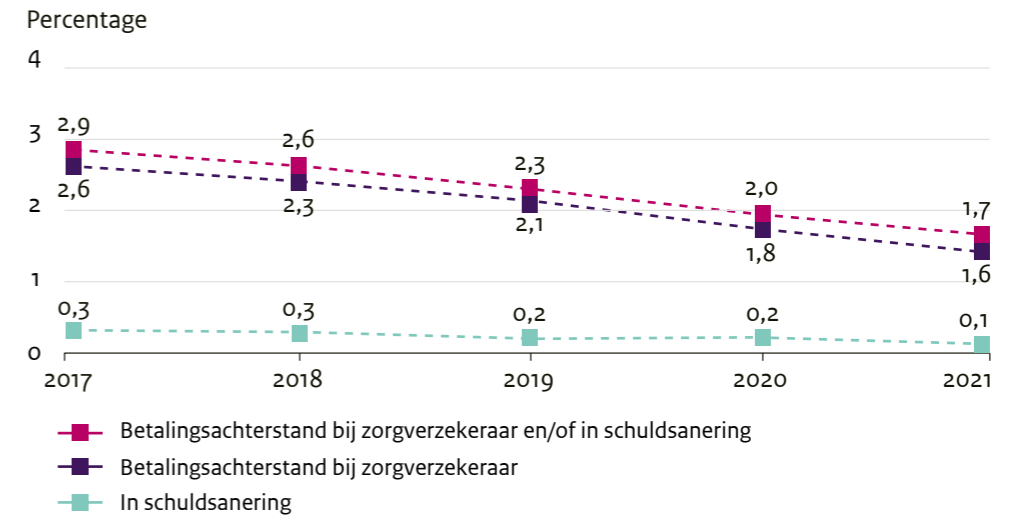
* Kleine verschillen in de gepresenteerde percentages met de publicatie van vorig jaar kunnen worden verklaard door updates door de dataleveranciers.

Beschrijving en verdieping

Minder vrouwen met schulden in het jaar van bevalling

In 2021 had 1,7 procent van de vrouwen die in datzelfde jaar bevielen problematische schulden (Figuur 11). Dit betekent dat zij een betalingsachterstand van zes maanden of meer bij de zorgverzekeraar hadden (1,6 procent) en/of in de schuldsanering zaten (0,1 procent). In de afgelopen vijf jaren daalt het percentage vrouwen met problematische schulden gestaag: van 2,9 procent in 2017 tot 1,7 procent in 2021. Ook in de jaren daarvoor was al een daling te zien (niet weergegeven).

Figuur 11: Percentage vrouwen met problematische schulden in jaar van bevalling



Bron: CBS-microdata, Perined, 2021.



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap**
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

9. JGZ-organisaties die CenteringOuderschap aanbieden

Belang indicator

CenteringOuderschap is een programma vanuit de jeugdgezondheidszorg dat (kwetsbare) ouders van jonge kinderen laagdrempelig ondersteunt (Tekstbox 9). Deze indicator geeft inzicht in het aanbod van CenteringOuderschap.

Indicatoruitkomst: 22 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal JGZ-organisaties dat CenteringOuderschap aanbiedt (n=8).
Noemer: het aantal JGZ-organisaties dat zorg en ondersteuning biedt aan ouders en kinderen in de eerste 1000 dagen (N=36).
Bron en jaartal: Stichting Centering Nederland en TNO, 2022.

Beschrijving en verdieping

Vrijwel zelfde aantal JGZ-organisaties dat CenteringOuderschap aanbiedt

In 2022 bieden acht JGZ-organisaties CenteringOuderschap aan. In 2019 en begin 2020 boden acht van de 36 JGZ-organisaties CenteringOuderschap aan; in 2021 waren dit er negen. In 2022 zijn twee JGZ-organisaties begonnen CenteringOuderschap aan te bieden. Drie organisaties die CenteringOuderschap in eerdere jaren hebben aangeboden, bieden dat in 2022 niet meer aan, of het is onbekend of het nog wordt aangeboden. Daarnaast is er nog één organisatie getraind in de methodiek, maar heeft deze het tot op heden nog niet aangeboden. In oktober 2022 is ook gestart met online CenteringOuderschap voor Eritreeërs. In 2023 wordt gestart met het aanbieden van CenteringOuderschap in drie AZC's in Drenthe, Friesland en Groningen.

Tekstbox 9: Toelichting CenteringOuderschap

CenteringOuderschap omvat negen bijeenkomsten voor een groep jonge ouders en wordt georganiseerd vanuit de jeugdgezondheidszorg. In de bijeenkomsten bespreken ouders diverse onderwerpen en ervaringen met elkaar. De bijeenkomsten hebben als doel om de eigen kracht, zelfregie en het sociale netwerk van de ouders te verbeteren. Ouders kunnen voor deze groepsbijeenkomsten kiezen als vervanging van de individuele consulten bij de JGZ. TNO, het LUMC en Stichting Centering Nederland onderzoeken de

Het varieert sterk in hoeverre alle acht JGZ-organisaties (Figuur 12) die het programma aanbieden, het programma ook in 2022 hebben uitgevoerd. Redenen hiervoor zijn mogelijk de gevolgen van de coronapandemie, arbeidskrapte en de tijdrovende planningstaken, andere concurrerende programma's of een gebrek aan deelnemers. Hoe vaak en hoeveel jonge ouders hebben deelgenomen aan CenteringOuderschap is niet bekend.

Figuur 12: JGZ-organisaties die CenteringOuderschap aanbieden



Bron: CenteringOuderschap en TNO, 2022.

Centering-methodiek. In 2023 zal TNO in samenwerking met CenteringZorg monitoren in hoeverre CenteringOuderschap wordt uitgevoerd in de praktijk. Daarnaast zal TNO naar verwachting in 2023 meerdere publicaties uitbrengen over Centering en CenteringOuderschap. Ook loopt er een pilot in Amsterdam en Rotterdam in samenwerking met TNO over een vloeiende doorloop vanuit CenteringZwangerschap naar CenteringOuderschap. Meer informatie over CenteringOuderschap staat op: www.centeringzorg.nl.



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg**
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

10. Gezinnen die geen kraamzorg gebruiken

Belang indicator

De kraamperiode is belangrijk voor een goede start voor zowel de pasgeborene als het gezin (Lagendijk et al., 2019; Shaw et al., 2006). In de eerste week na de bevalling biedt de kraamzorg fysieke en mentale ondersteuning en signaleert zij mogelijke risico's (Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, 2009). Onderzoek laat zien dat mensen met een lagere sociaal-economische status minder vaak gebruik maken van kraamzorg. Dit wordt geassocieerd met hogere zorguitgaven voor moeder en kind in de periode na de bevalling (Lagendijk et al., 2019). Daarnaast beïnvloedt goede informatievoorziening en het sociale netwerk van vrouwen de verwachtingen en het gebruik van kraamzorg (Laureij et al., 2021). Om kinderen een kansrijke start te bieden, is het gewenst dat zoveel mogelijk gezinnen kraamzorg ontvangen. Deze indicator geeft inzicht in het percentage gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg in de periode na de geboorte.

Indicatoruitkomst: 6,3 procent

Berekening indicator*

Teller: het aantal levendgeborenen waarvan de moeder geen declaratie voor kraamzorg had in de periode ná de geboorte.**

Noemer: het aantal levendgeborenen.

Bron en jaartal: Vektis, CBS-microdata, 2020.

* In vergelijking met de publicatie van vorig jaar wijken de gepresenteerde percentages iets af door update van de declaratiegegevens zorgverzekeraars.

** Voor de berekening van deze indicator zijn kraamzorgdeclaraties voor de intake en tijdens de bevalling niet meegenomen.

Beschrijving en verdieping

Benodigde data over 2021 niet beschikbaar

De benodigde data over 2021 is voor deze indicator nog niet beschikbaar voor het RIVM.

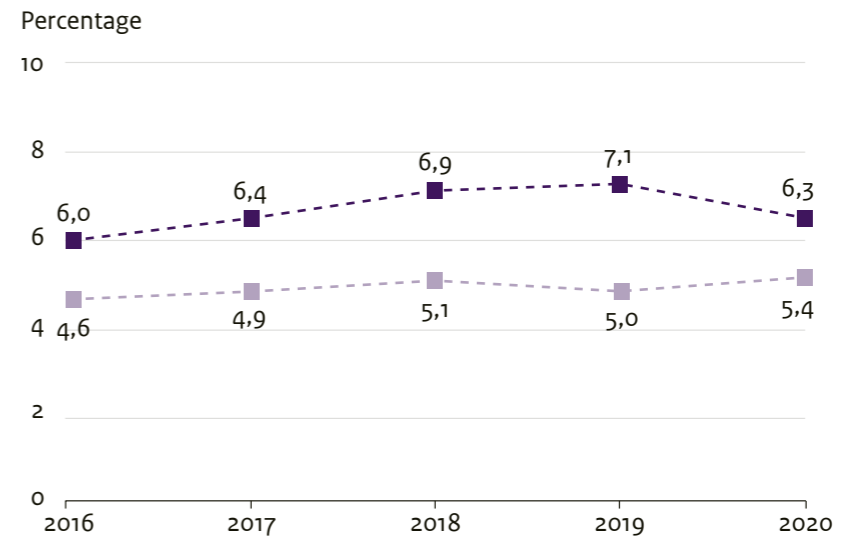
Deze indicator kan dus alleen gepresenteerd worden tot en met het jaar 2020. Deze indicator is in de vorige factsheet ook gepresenteerd maar was gebaseerd op incomplete declaratiegegevens van zorgverzekeraars. In de huidige factsheet presenteren we deze indicator tot en met het jaar 2020 op basis van de complete declaratiegegevens van zorgverzekeraars. Zodra de gegevens van 2021 beschikbaar zijn zullen wij deze gegevens presenteren op www.regiobeeld.nl/kansrijkestart.

Ruim 6 procent van gezinnen in Nederland gebruikt geen kraamzorg in 2020

In 2020 maakte 6,3 procent van de gezinnen geen gebruik van kraamzorg. Als we het percentage berekenen met een aangescherpte methode*, is dit 5,4 procent in 2020. Tussen 2016 en 2020 fluctueert het percentage tussen de 6,0 en 7,1 procent (Figuur 13).

Gezinnen die geen kraamzorg ontvangen, hebben in vergelijking met gezinnen die wel kraamzorg ontvangen vaker een laag inkomen (<10^e percentiel). Tevens is het percentage schulden, eenoudergezinnen, en GGZ-gebruik van ouders hoger bij gezinnen die geen kraamzorg ontvangen. (Figuur 14).

Figuur 13: Percentage gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg op basis van methode 2019-2021 (donker paars) en een aangescherpte methode (licht paars)*



Bron: Vektis, CBS-microdata, 2020.

* Dit jaar hebben we de indicator ook op een tweede, aangescherpte, manier berekend, waarbij de verschillende datasets op een ander manier zijn gekoppeld. De koppeling bij de tweede manier gaat uit van het declaratiebestand van Vektis, inclusief een extra selectie op kraamzorgdeclaraties die na de bevalling zijn ingediend. Hierdoor ontstaan er kleine verschillen in de teller en de noemer. In 2023 zal met experts de verschillende manieren van berekenen worden besproken en een keuze gemaakt worden voor de in de toekomst te volgen methode.



Publiekssamenvatting

Inleiding

Dashboard

1 Lokale coalities

2 Plan van aanpak

3 Nu Niet Zwanger

4 Prenataal huisbezoek

5 VoorZorg

6 CenteringZwangerschap

7 Zwangerschapsbegeleiding

8 Schulden

9 CenteringOuderschap

10 **Kraamzorg**

11 Kwetsbaar gezin

12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht

13 Spraak-taal

14 Overgewicht

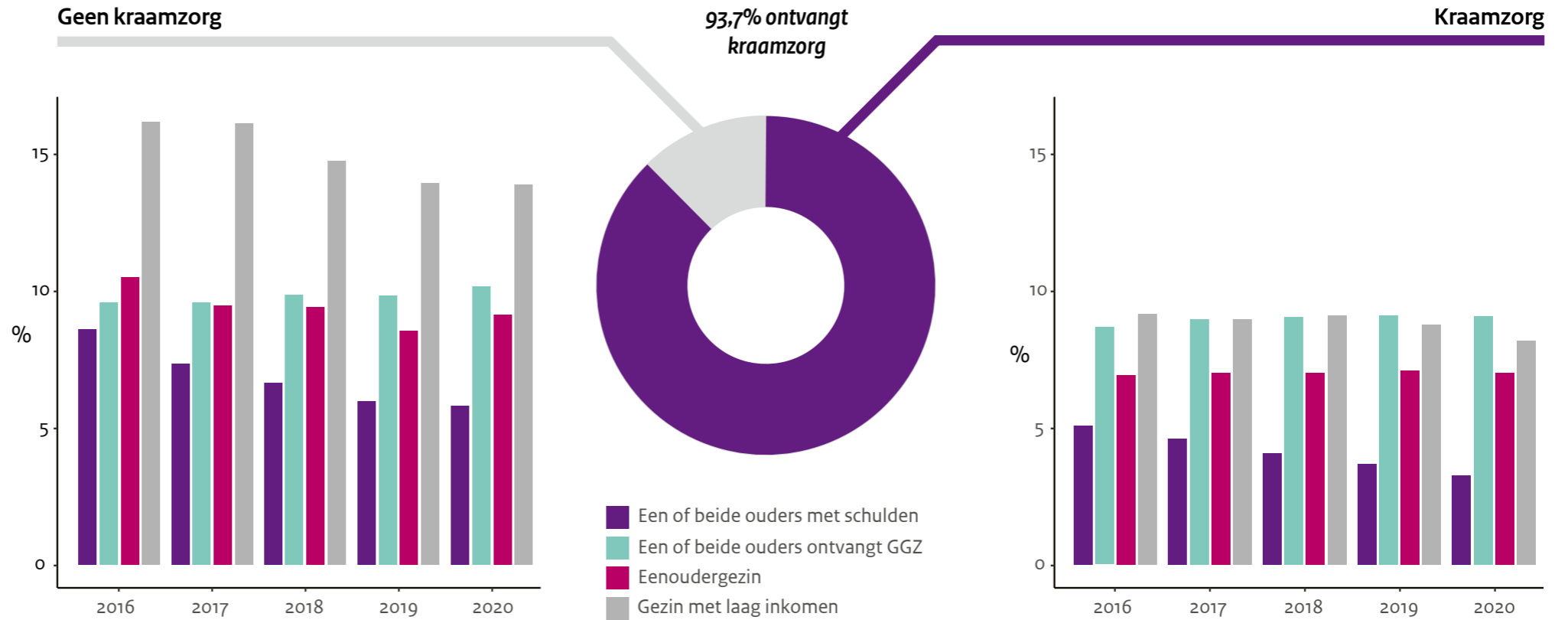
15 Uithuisplaatsingen

Ervaringen

Beschouwing

Referenties

Figuur 14: Kenmerken van gezinnen die wel of juist geen kraamzorg ontvangen voor de jaren 2015 t/m 2020: eenoudergezin, GGZ-gebruik (één of beide ouders), gezin met laag huishoudinkomen (<10^e percentiel) en schulden (één of beide ouders)



Bron: Vektis, CBS-microdata, 2020.



- Publickssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin**
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

11. Kinderen geboren in een gezin in een kwetsbare situatie

Belang indicator

(Aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare situatie hebben een grotere kans op een slechtere gezondheid en welzijn. Voor een goede signalering en ondersteuning van deze gezinnen is het belangrijk om een beeld te krijgen van hoe vaak een kwetsbare situatie voorkomt. Het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam hebben een definitie voor kwetsbaarheid in de zwangerschap ontwikkeld (Van der Meer, 2020). Kwetsbaarheid ontstaat uit een disbalans tussen aanwezige risicofactoren, zoals bijvoorbeeld armoede en een ongezonde leefstijl, en afwezigheid van beschermende factoren, zoals bijvoorbeeld een stabiele gezinssituatie en een ondersteunend sociaal netwerk. Met deze kennis werken het Erasmus MC, LUMC (Health Campus Den Haag) en RIVM sinds 2020 aan het meetbaar maken van de term 'kwetsbaarheid'. Zo kan het percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin in een kwetsbare situatie worden vastgesteld en gemonitord. In Tekstbox 10 staan de verschillende stappen van dit onderzoek uitgebreider beschreven. In deze factsheet presenteren we een eerste berekening van het percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin dat te maken heeft met meervoudige kwetsbaarheid op landelijk niveau, op basis van gegevens van moeder en het huishouden. Deze berekening kan in de toekomst worden verbeterd. Zo weten we nu bijvoorbeeld nog niet genoeg over de rol van de vader of partner van de zwangere vrouw in relatie tot kwetsbaarheid. In vervolgonderzoek zal er aandacht zijn voor deze vragen en andere onzekerheden.

Indicatoruitkomst: 7,2 procent

Voorlopige berekening indicator

Teller: het aantal levendgeborenen waarvan de moeder op basis van een combinatie van verschillende aanwezige risicofactoren en een gebrek aan beschermende factoren (benoemd in Tekstbox 10 en onder Figuur 15) te maken heeft met meervoudige kwetsbaarheid.

Noemer: het aantal levendgeborenen.

Bron en jaartal: CBS-microdata en Perined, 2021.

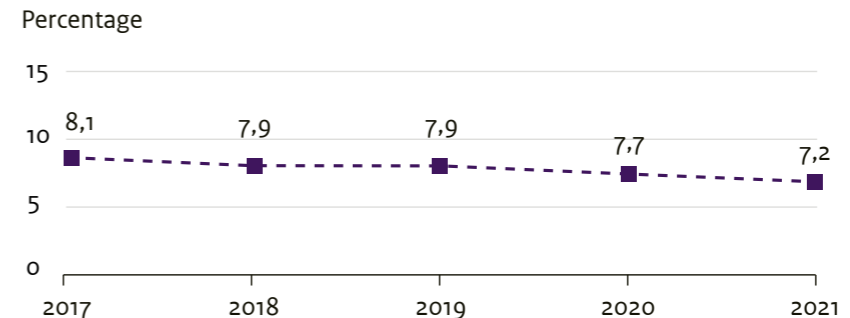
Beschrijving en verdieping

Ongeveer 1 op 14 kinderen wordt geboren in een gezin met meerdere risicofactoren en een gebrek aan beschermende factoren

In 2021 werd 7,2 procent van de kinderen geboren in een gezin waarvan de moeder te maken heeft met meervoudige kwetsbaarheid. Dit komt door een combinatie van verschillende risico- en beschermende factoren (Figuur 15).

Het percentage is afgenomen van 2017 tot en met 2021, van 8,1 procent naar 7,2 procent. Deze afname in meervoudige kwetsbaarheid komt mogelijk door een afname van verschillende onderliggende risicofactoren, zoals schulden (zie indicator 8). Sommige risicofactoren zijn mogelijk in de afgelopen jaren ook minder goed geregistreerd. Een toename in beschermende factoren is ook een mogelijke verklaring voor de afname van het percentage.

Figuur 15: Percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin waarvan de moeder op basis van een combinatie van verschillende risico- en beschermende factoren te maken heeft met meervoudige kwetsbaarheid.*



Bron en jaartal: CBS-microdata en Perined, 2021.

* De volgende factoren over de moeder en het huishouden zijn in de berekening meegenomen: leeftijd, etniciteit, aantal bevallingen, asielloosheidsstatus, opleidingsniveau, huishoudinkomen, sociaal-economische positie (bron van inkomen), schulden, type contract, gezinssituatie, burgerlijke staat, scheiding, gezinsgrootte, jeugdondersteuning in gezin, zorguitgaven (totaal, huisarts, ziekenhuis), medicatiegebruik, verslaving, licht verstandelijke beperking, slachtoffer/verdachte van misdrijf, detentie, verhuizingen, verlies partner of kind, woning- en motorvoertuigbezit, afstand tot huisarts, leefbaarheid van de buurt.



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 **Kwetsbaar gezin**
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Tekstbox 10: Meetbaar maken van kwetsbaarheid

Verschillende risico- en beschermende factoren beïnvloeden kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap en in de gezinssituatie. Deze factoren zijn zowel medisch als sociaal. Het [Erasmus MC, LUMC \(Health Campus Den Haag\)](#), en [RIVM](#) onderzoeken of het mogelijk is om vanuit bestaande gegevens over risico- en beschermende factoren meer inzicht te krijgen in kwetsbaarheid. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van [DIAPER](#).

Eerder onderzoek in 2020 en 2021: groepen zwangere vrouwen achterhalen met dezelfde risico- en beschermende factoren, met routinematige- en zelfgerapporteerde data

Eerder onderzoek is uitgevoerd onder 4172 zwangere vrouwen die een of twee jaar daarvoor hadden deelgenomen aan de [Gezondheidsmonitor 2016](#), een vragenlijstonderzoek over leefstijl en ervaren gezondheid onder een selectie van de Nederlandse bevolking (Molenaar et al., 2022). Van deze vrouwen zijn gegevens beschikbaar over 42 variabelen die mogelijk invloed hebben op kwetsbaarheid. Dit zijn gegevens uit DIAPER en de Gezondheidsmonitor 2016 over leefstijl, huishoudsamenstelling, individuele kenmerken, psychosociale factoren, zelf-gerapporteerde gezondheid, zorggebruik, levensgebeurtenissen en leefomstandigheden. Op basis van data zijn in de analyse groepen geïdentificeerd van vrouwen die dezelfde kenmerken delen. Deze vrouwen lijken op elkaar omdat ze dezelfde risico- en beschermende factoren voor kwetsbaarheid hebben.

De onderzoeksgroep heeft vijf groepen achterhaald. De eerste groep had verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op verschillende domeinen tegelijk (*meervoudige kwetsbaarheid*). Denk aan geen inkomen of een uitkering en een grotere kans op depressie of angstige klachten. Drie andere groepen delen risicofactoren op één specifiek domein: hoog zorggebruik, psychosociale kwetsbaarheid en sociaaleconomische kwetsbaarheid. De laatste groep wordt omschreven als *gezond en sociaaleconomisch stabiel*; zij delen voornamelijk beschermende factoren zoals een goede ervaren gezondheid en een betaalde baan. De vrouwen met meervoudige kwetsbaarheid bleken vaker slechtere

gezondheidsuitkomsten te hebben, zoals een vroeggeboorte, laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, of een keizersnede, in vergelijking met de laatste gezond en sociaaleconomisch stabiele groep. De andere drie groepen hadden geen slechtere gezondheidsuitkomsten. Dat komt mogelijk door de beschermende factoren die zij hebben op andere domeinen. Het kan ook zijn dat vooral de combinatie van risicofactoren in verschillende domeinen zorgt voor negatieve uitkomsten. Risicofactoren in één domein betekent dan niet automatisch een slechtere uitkomst.

Schatten huidige indicator op basis van routinematige data

In het onderzoek hierboven is veel data gebruikt van een kleine en selectieve bevolkingsgroep, namelijk vrouwen die hebben deelgenomen aan de Gezondheidsmonitor 2016 en daarna zwanger zijn geworden. Het onderzoek is voortgezet onder alle zwangere vrouwen met uitsluitend routinematig verzamelde data in DIAPER. Hierbij is geen gebruik gemaakt van de data uit de Gezondheidsmonitor over leefstijl en ervaren gezondheid. Het bleek mogelijk om met uitsluitend de routinematig verzamelde data in kaart te brengen hoeveel vrouwen te maken hebben met meervoudige kwetsbaarheid. Dit is onderzocht door verschillende regressieanalyses uit te voeren. De verschillende regressiemodellen geven een variërend percentage (voor 2021 tussen de 7,2 procent en 9,1 procent), maar de ontwikkeling blijft hetzelfde. Figuur 15 toont de percentages van het regressiemodel die het beste wetenschappelijk onderbouwd kon worden. In de berekening is gekeken naar het jaar/ de jaren voorafgaand aan de bevalling.

Vervolgonderzoek

De komende tijd wordt de monitoring van de omvang en kenmerken van gezinnen in een kwetsbare situatie op landelijk, regionaal, gemeente- of wijkniveau verder uitgewerkt. De cijfers zullen beschikbaar komen op www.regiobeeld.nl/kansrijkstart. In verder onderzoek gaat het tevens om vragen zoals: welke variabelen dragen voornamelijk bij aan de indeling in de klassen? Moeten we meer informatie registreren? Wat is de rol van de vader of partner van de zwangere vrouw wat betreft kwetsbaarheid?



- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht**
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

12. Vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap (Bigz)

Belang indicator

Er zijn gezondheidsrisico's voor te vroeg geboren kinderen, kinderen met een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap en kinderen met een combinatie van beide. Deze kinderen hebben een grotere kans om direct of kort na de geboorte te overlijden, of fysieke gezondheidsproblemen te krijgen (Barker, 2006). Daarnaast hebben te vroeg geboren kinderen op latere leeftijd vaker een groeiachterstand, een hoge bloeddruk, diabetes, longklachten en een minder goed gehoor dan gemiddeld (Hille et al., 2007; Been et al., 2014; Sonnenschein-Van Der Voort et al., 2014; Luu et al., 2015). Kinderen met een laag geboortegewicht hebben een grotere kans op overgewicht en aandoeningen als hart- en vaatziekten, kanker en diabetes (Barker, 2006; RIVM, 2010, 2011). De combinatie van vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur wordt aangeduid als de 'Bigz'.

Indicatoruitkomst: 14,8 procent

Berekening indicator*

Teller: het aantal kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer met een geboortegewicht onder geboortegewichtpercentiel 10 (Hoftiezer et al., 2019) en/of een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken.

Noemer: het aantal kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer.

Bron en jaartal: Perined, 2021.

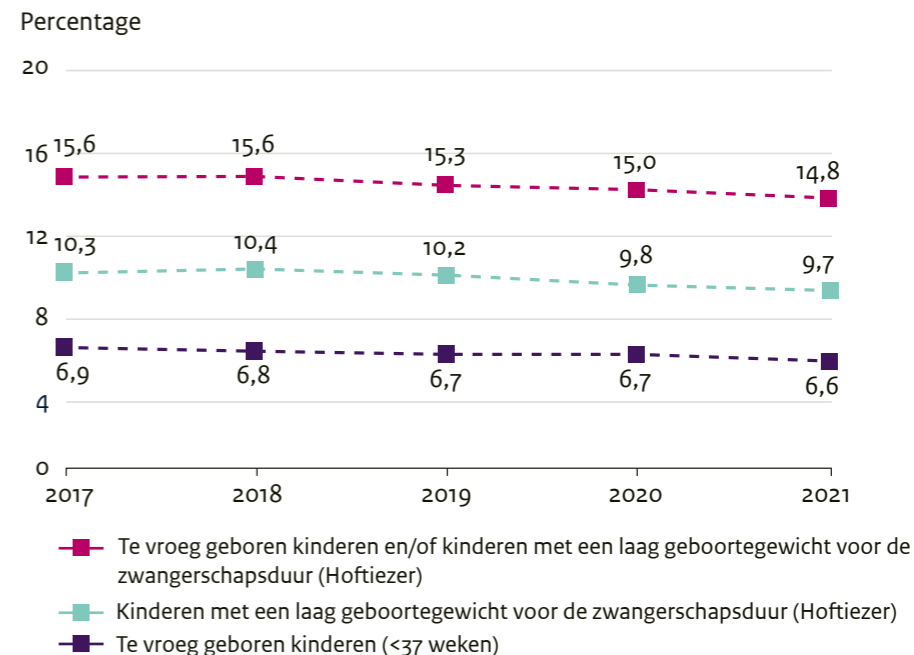
* De resultaten zijn afgestemd met Perined.

Beschrijving en verdieping

14,8 procent van de kinderen te vroeg geboren en/of met een laag geboortegewicht geboren

In 2021 werd 14,8 procent van de kinderen geboren met een Bigz. Van deze kinderen was 6,6 procent te vroeg geboren en had 9,7 procent een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (Figuur 16). Tussen 2017 en 2021 varieerden deze percentages van 6,9 tot 6,6 procent voor vroeggeboorte en van 10,5 tot 9,7 procent voor laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur. Beide percentages dalen sinds 2018 licht.

Figuur 16: Vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap*



Bron: Perined, 2021.

* Meerdere kinderen zijn zowel te vroeg geboren als te klein voor de duur van de zwangerschap (Bigz), waardoor de som van beiden niet gelijk is aan het totaal.



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal**
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

13. Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar

Belang indicator

Een taalontwikkelingsachterstand of -stoornis bij jonge kinderen kan op latere leeftijd gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren, zoals schoolprestaties, sociale relaties en de psychische gezondheid (Johnson et al., 2010; NCJ, 2018). De jeugdgezondheidszorg (JGZ) onderzoekt de ontwikkeling van kinderen om risicofactoren en problemen rond spraak-taalontwikkeling tijdig te kunnen signaleren. De JGZ-organisaties gebruiken ontwikkelingskenmerken van het Van Wiechen-onderzoek om de spraak-taalontwikkeling van kinderen (0-4 jaar) te monitoren. Deze indicator geeft inzicht in de spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar.

Indicatoruitkomst: 5,0 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal kinderen dat tijdens het contactmoment met de JGZ rond de leeftijd van twee jaar negatief scoort bij de ontwikkelingskenmerken 'zegt zinnen van twee woorden' en 'wijst zes lichaamsdelen aan bij pop'.

Noemer: het aantal kinderen waarover gegevens over spraak-taalontwikkeling beschikbaar zijn.

Bron en jaartal: *uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden (N=36, respons n=20), 2021.*

Beschrijving en verdieping

1 op de 20 kinderen rond de leeftijd van twee jaar had een spraak-taalachterstand

Voor 2021 waren bruikbare gegevens van 73.765 kinderen beschikbaar vanuit twintig JGZ-organisaties uit verschillende delen van het land. Van deze kinderen scoorde 5,0 procent (n=3.656) negatief op de twee genoemde kenmerken van de spraak-taalontwikkeling (Tabel 2). Dit percentage varieert tussen de JGZ-organisaties van 3,6 tot 10,2 procent. In 2020 was het percentage kinderen met een negatieve score iets lager, namelijk 4,7 procent*.

Voorzichtige interpretatie resultaten nodig

Net als in 2020 moeten de resultaten van 2021 voorzichtig worden geïnterpreteerd. Ten eerste zijn niet van alle JGZ-organisaties gegevens beschikbaar (20 van de 36), waardoor de percentages kunnen afwijken van de landelijke percentages. Ook zijn er in 2020 en 2021 gegevens van minder kinderen geregistreerd. Volgens verschillende JGZ-organisaties zou er ook dit jaar

sprake kunnen zijn van selectie. Vanwege de coronamaatregelen hadden vooral kinderen in een kwetsbare situatie een contactmoment. Dit kan betekenen dat het percentage een overschatting is. Ook vonden de afgelopen twee jaar veel contactmomenten telefonisch plaats, waardoor de spraak-taalontwikkeling is genoteerd op basis van het inzicht van de ouders, in plaats van het onderzoek door de JGZ-medewerker. Hierdoor kan het percentage zijn onderschat. Een aantal JGZ-organisaties gaf aan dat ze door deze vertekening geen data wilden aanleveren.

Tabel 2: Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar

	2018	2019	2020	2021
Aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	86.563	84.421	58.284	73.765
Percentage kinderen met een negatieve score op de items 'zegt zinnen van 2 woorden' en 'wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop'	4,6% (n=4.007)	4,8% (n=4.074)	4,7% (n=2.723)	5,0% (n=3.656)
Spreiding tussen JGZ-organisaties	2,6% - 9,2%	2,9% - 9,8%	2,7% - 11,1%	3,6% - 10,2%

Bron: *uitvraag JGZ organisaties 2019, 2020 en 2021 die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden.*

* *In de eerdere factsheets van de monitor Kansrijke Start (2019 – 2021) staan andere percentages genoemd, omdat de percentages elk jaar worden gebaseerd op de in dat jaar aangeleverde data die mogelijk van andere responderende JGZ-organisaties afkomstig kunnen zijn.*



- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht**
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

14. Kinderen met overgewicht rond de leeftijd van twee jaar

Belang indicator

Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen kunnen op latere leeftijd gezondheidsproblemen en psychosociale problemen veroorzaken (NCJ, 2012). De jeugdgezondheidszorg (JGZ) onderzoekt de ontwikkeling van kinderen zodat risicofactoren en problemen tijdig kunnen worden gesignaleerd. Om het percentage kinderen met overgewicht en obesitas te berekenen, wordt een Body Mass-index (BMI) bepaald met behulp van lengte en gewicht. Deze BMI-scores zijn volgens de International Obesity Task Force-afkapwaarden (Cole et al., 2000) in categorieën ingedeeld, rekening houdend met geslacht en leeftijd van het kind. De indicator geeft inzicht in welke mate overgewicht en obesitas voorkomen bij kinderen rond de leeftijd van twee jaar.

Indicatoruitkomst: 8,1 procent

Berekening indicator

Teller: het aantal kinderen bij wie tijdens het contactmoment met de JGZ rond de leeftijd van twee jaar de BMI binnen de categorieën 'overgewicht' of 'obesitas' valt.

Noemer: het aantal kinderen waarover gegevens over de BMI beschikbaar zijn.

Bron en jaartal: *uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden (N=36, respons n=19), 2021.*

Beschrijving en verdieping

1 op de 12 kinderen rond de leeftijd van twee jaar had overgewicht of obesitas

Voor 2021 waren bruikbare gegevens van 54.611 kinderen beschikbaar vanuit negentien JGZ-organisaties uit verschillende delen van het land. Van deze kinderen had 8,1 procent (n=4.405) overgewicht of obesitas (Tabel 3). Dit percentage varieert tussen de JGZ-organisaties van 5,1 tot 11,8 procent. Het percentage is vergelijkbaar met de percentages in 2018 en 2019. In 2020 lag het hoger, namelijk 9,3 procent*.

Voorzichtige interpretatie resultaten nodig

Net als in 2020 moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Ten eerste zijn niet van alle JGZ-organisaties gegevens beschikbaar (19 van de 36), waardoor de percentages kunnen afwijken van de landelijke percentages. Ook zijn er in 2020 en 2021 van minder kinderen gegevens geregistreerd. Volgens verschillende JGZ-organisaties zou er ook dit jaar sprake kunnen zijn van selectie. Vanwege de coronamaatregelen hadden ook in 2021 vooral kinderen in een kwetsbare situatie een contactmoment. Dit kan betekenen dat het percentage een overschatting is. Een aantal JGZ-organisaties gaf aan dat ze door deze vertekening geen data wilden aanleveren.

Tabel 3: Kinderen met overgewicht of obesitas rond de leeftijd van twee jaar

	2018	2019	2020	2021
Aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	73.593	72.394	42.101	54.611
Percentage kinderen waarbij de Body Mass Index binnen de categorieën 'overgewicht' of 'obesitas' valt	8,0% (n=5.868)	8,2% (n=5.903)	9,3% (n=3.911)	8,1% (n=4.405)
Spreiding tussen JGZ-organisaties	3,6% - 13,3%	5,1% - 13,5%	5,7% - 13,7%	5,1% - 11,8%

Bron: *uitvraag JGZ organisaties 2019, 2020 en 2021 die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden.*

* *In de eerdere factsheets van de monitor Kansrijke Start (2019 – 2021) staan andere percentages genoemd, omdat de percentages elk jaar worden gebaseerd op de in dat jaar aangeleverde data die mogelijk van andere responderende JGZ-organisaties afkomstig kunnen zijn.*



Publiekssamenvatting

Inleiding

Dashboard

1 Lokale coalities

2 Plan van aanpak

3 Nu Niet Zwanger

4 Prenataal huisbezoek

5 VoorZorg

6 CenteringZwangerschap

7 Zwangerschapsbegeleiding

8 Schulden

9 CenteringOuderschap

10 Kraamzorg

11 Kwetsbaar gezin

12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht

13 Spraak-taal

14 Overgewicht

15 **Uithuisplaatsingen**

Ervaringen

Beschouwing

Referenties

15. Uithuisplaatsingen van kinderen tot de leeftijd van twee jaar

Belang indicator

Soms wordt de gezonde en veilige ontwikkeling van een kind bedreigd en helpt hulp op vrijwillige basis niet of niet genoeg. Dan kan de rechter een jeugdbeschermingsmaatregel opleggen. Een kind wordt dan ‘onder toezicht gesteld’ of ‘onder voogdij geplaatst’ om de bedreiging voor de veiligheid en ontwikkeling van het kind te stoppen. Deze indicator geeft inzicht in hoe vaak baby’s en jonge kinderen uit huis worden geplaatst.

Indicatoruitkomst: 1,8 per 1000 kinderen tot twee jaar

Berekening indicator

Teller: het aantal kinderen tot twee jaar dat op enig moment ten minste een dag een jeugdbeschermingsmaatregel heeft ontvangen, overlappend met jeugdhulp met verblijf.*

Noemer: het aantal kinderen tot twee jaar.

Bron en jaartal: CBS-microdata, 2021.

* Het CBS heeft geen directe informatie over uithuisplaatsingen. De combinatie tussen een jeugdbeschermingsmaatregel en jeugdhulp met verblijf geeft vermoedelijk een uithuisplaatsing weer. Maar er kan ook vrijwillig gekozen zijn voor plaatsing in jeugdhulp met verblijf.

Beschrijving en verdieping

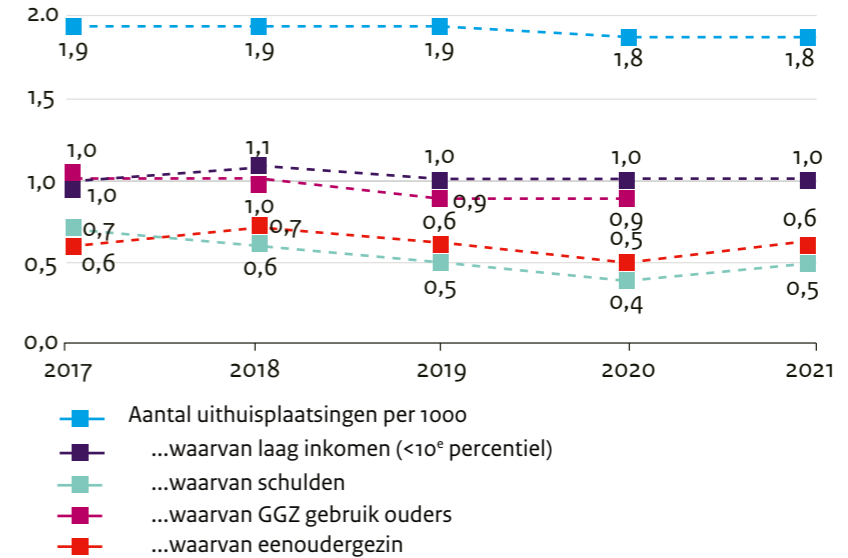
Aantal uithuisplaatsingen van kinderen tot twee jaar vergelijkbaar met vorig jaar

In 2021 zijn vermoedelijk 1,8 per 1000 kinderen tot twee jaar uit huis geplaatst (Figuur 17).

Dit zijn kinderen die onder voogdij zijn geplaatst of een ondertoezichtstelling hebben, in combinatie met jeugdhulp met verblijf. Tussen 2017 en 2021 nam het aantal uithuisplaatsingen iets af van 1,9 per 1000 in 2017 naar 1,8 per 1000 in 2021. In Figuur 17 is het aantal uithuisplaatsingen ook uitgesplitst naar verschillende kenmerken van kwetsbare situaties.

Figuur 17: Totaal aantal kinderen tot twee jaar dat vermoedelijk uit huis is geplaatst (per 1000), gespecificeerd naar laag huishoudinkomen, schulden (één of beide ouders), GGZ-gebruik (één of beide ouders tot en met 2020) of eenoudergezin.*

Aantal per 1000



Bron: CBS-microdata, 2021.

* Kinderen kunnen in meerdere categorieën vallen.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

Ervaringen met het actieprogramma Kansrijke Start

In september-oktober 2022 spraken de onderzoekers van het RIVM individueel en in groepen met verschillende betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start (zie Tekstbox 11 voor de methode). Het gaat om projectleiders, vertegenwoordigers van landelijke organisaties, zorgverleners, ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders. Doel hiervan was om inzicht te krijgen in de ervaringen rondom de voortgang van het actieprogramma. Ook konden zo knelpunten bij de implementatie en duurzame verankering van het actieprogramma worden benoemd.

In dit onderdeel beschrijven we de belangrijkste bevindingen aan de hand van vier thema's: 1) invoering van het actieprogramma; 2) samenwerking, 3) financiering en bekostiging; en 4) ervaringen van (aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen. We maken geen onderscheid in de ervaringen van de verschillende betrokkenen. Uitzondering zijn de ervaringen van ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders, die benoemen we wel apart. Daarnaast bespreken we enkele resultaten uit de vragenlijst onder alle gemeenten (zie ook Tekstbox 3) voor de thema's 'Invoering van het actieprogramma' en 'Samenwerking' (Tekstbox 12 en 13).

Tekstbox 11: Procedure dataverzameling en -analyse

Voor de dataverzameling zijn interviews en groepsbijeenkomsten gehouden in september en oktober 2022, met in totaal 36 personen. Er vonden twee online focusgroepen plaats met 20 mensen die actief zijn bij het actieprogramma, waaronder diverse zorgverleners, vertegenwoordigers van landelijke organisaties vanuit de geboortezorg, het sociaal domein en ervaringsdeskundigen. Daarnaast interviewde het RIVM online negen projectleiders van lokale coalities Kansrijke Start die deelnemen aan het [RIVM ondersteuningsprogramma Lerende Lokale Monitor](#) (zie ook onderdeel Lokale Monitor Kansrijke Start 2021-2022 op pagina 34). Tot slot zijn er individuele gesprekken gevoerd met vijf (aanstaande) ouders (in een kwetsbare situatie) en twee professionele ervaringsdeskundigen. Met hen is gesproken over hun ervaringen met zorg en ondersteuning binnen Kansrijke Start, en over de behoeften van de (aanstaande) ouder. De twee professionele ervaringsdeskundigen maken onderdeel uit van de [Spiegelgroep Kansrijke Start](#). Een van de professionele ervaringsdeskundigen heeft geholpen met de werving van (aanstaande) ouders. De interviews met (aanstaande) ouders vonden fysiek en in hun eigen omgeving plaats. Voor deelname aan het interview ontvingen ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders een tegoedbon.

Bij de start van de bijeenkomsten en interviews kregen de deelnemers een korte introductie over de achtergrond van de Monitor Kansrijke Start, het doel van de bijeenkomst en het gebruik van hun gegevens. Iedere deelnemer gaf mondeling akkoord voor opname van de bijeenkomst en anoniem gebruik van de data ('*informed consent*'). De gespreksleider gebruikte een [gespreksleidraad](#) om het gesprek te structureren. Bij de bijeenkomsten waren daarnaast meerdere onderzoekers aanwezig, om aantekeningen te maken en achteraf gezamenlijk de resultaten te duiden. De opnamen van de bijeenkomsten zijn volledig uitgeschreven in transcripten. De transcripten zijn door twee onderzoekers geanalyseerd en gecodeerd met behulp van MAXQDA, een programma voor het thematisch analyseren van kwalitatieve data. Bij verschillen in codering, vond overleg plaats totdat consensus werd bereikt. Hierna hebben de onderzoekers verkend wat de belangrijkste overkoepelende thema's waren. Aan de hand van deze thema's zijn de resultaten uitgewerkt.

1. Invoering van het actieprogramma

Toelichting: het gaat hierbij om verschillende aspecten die belangrijk zijn voor de vormgeving van het actieprogramma op lokaal niveau. Denk aan bewustzijn, verantwoordelijkheden, aanbod interventies en beschikbaarheid van personeel. In Tekstbox 12 zijn de resultaten van de vragenlijst (zie ook Tekstbox 3) over de invoering van het actieprogramma samengevat.

Groter bewustzijn bij gemeenten en zorgverleners stimuleert aandacht voor Kansrijke Start

Betrokken professionals ervaren dat het onderwerp en het belang van Kansrijke Start en preconceptie gezondheid steeds beter wordt begrepen en meer wordt geagendeerd. Dat is volgens betrokkenen in zowel het sociaal als het medische domein zichtbaar. De beweging vanuit de landelijke partijen die vroeg investeren in het kind centraal stelt, helpt daarbij en draagt bij aan het gevoel van urgentie. Dat geldt ook voor de ondersteunende cijfers en data op lokaal niveau en de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen. Betrokkenen hebben ervaren dat het een gezamenlijk probleem is om de ongelijke kansen op te lossen, en dat alle betrokken partijen daar verantwoordelijk voor zijn.

"We hebben met z'n allen aandacht voor dit onderwerp, van landelijk, regionaal, maar ook lokaal niveau. Dat niemand ontkent dat we hier iets mee moeten en dat daar allerlei acties op moeten zijn."

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

Monitor Kansrijke Start 2022

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

Wel geven betrokkenen aan dat nog niet elke gemeente en alle zorgverleners het belang van Kansrijke Start zien. Daardoor zijn er grote verschillen tussen gemeenten en tussen zorgverleners. Het is nieuw, spannend en tijdrovend om een coalitie te vormen en met samenwerkingspartners een plan van aanpak op te stellen. Daarnaast vraagt het volgens betrokkenen om motivatie en wilskracht. Meerdere betrokkenen noemden dat er bij hen behoefte is om het urgentiebesef bij en de rol van de zorgverlener nog meer te stimuleren. Zo kunnen organisaties met een vertegenwoordiger deelnemen aan een lokale coalitie, wat niet direct betekent dat het ook aandacht krijgt binnen de organisatie die vertegenwoordigd wordt. Dat kan bijvoorbeeld door de thematiek in de opleiding te integreren.

“Nou, iedereen weet wel een beetje wat Kansrijke Start is, maar het zit nog niet in alle haarvaten van alle organisaties, van alle partnerorganisaties.”

Projectleider Lokale Coalitie

Duidelijkheid over verantwoordelijkheden gewenst

Betrokkenen geven aan dat duidelijke afspraken over takenpakketten en verantwoordelijkheden nodig zijn om Kansrijke Start blijvend te kunnen verankeren in zowel het medisch als sociaal domein. Zo is er behoefte aan een ‘kartrekkersrol’ voor de lokale coalitie. Idealiter zou dit een onafhankelijk persoon zijn die weet wat er in andere gemeenten speelt, zodat kennis gedeeld kan worden. Zorgverleners hebben behoefte aan duidelijke afspraken over hun verantwoordelijkheid binnen de lokale coalitie Kansrijke Start. Verschillende betrokkenen waaronder verloskundigen, huisartsen en de jeugdgezondheidszorg, geven aan een rol te zien voor Kansrijke Start binnen hun vakgebied. Maar voor hen zijn taken en verantwoordelijkheden tot nu toe nog niet duidelijk afgebakend. Ook zijn de activiteiten op het gebied van Kansrijke Start vaak (te) vrijblijvend ingevuld. Zaken als mandaat, tijd en middelen om de afspraken die gemaakt zijn in de lokale coalitie daadwerkelijk tot uitvoer te brengen zijn niet altijd helder. Geboortezorgprofessionals geven verder aan dat de geografische afbakening van de gemeenten niet altijd overeenkomt met het gebied waarin zij werken. Zij werken vaak voor verschillende gemeente tegelijk en merken dat er andere afspraken gelden tussen gemeenten. Dit belemmert de vormgeving van de activiteiten voor Kansrijke Start.

“Dus, kortom, er gebeurt ongelofelijk veel en ik denk nu dat we de stap moeten maken naar nog meer focus aanbrengen aan wie heeft nou precies welke rol, weten we dat van elkaar en hoe pakken we dat nou aan om voor elkaar te krijgen?”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

Tekstbox 12: Resultaten vragenlijst onder gemeenten over de invoering van het actieprogramma

In de vragenlijst voor gemeenten (Tekstbox 3) zijn diverse vragen gesteld over de stand van zaken rondom Kansrijke Start. Een aantal bevindingen rond het thema Invoering van het actieprogramma staat in deze tekstbox. Als het niet anders is aangegeven, is het percentage berekend over de responderende gemeenten in 2022 (n=234).

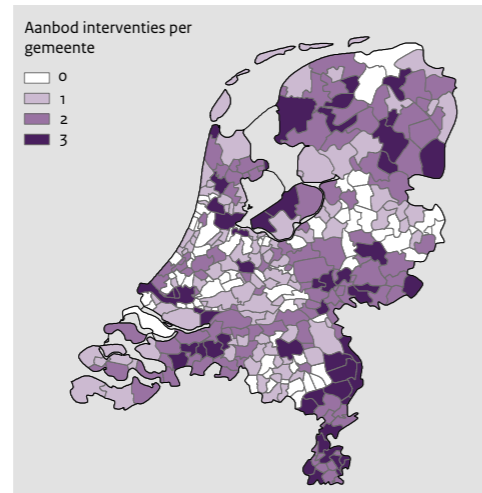
- Van de gemeenten die geen aanvullende middelen hebben aangevraagd, geeft 55 procent aan dat binnen de gemeenten onvoldoende capaciteit was om het thema Kansrijke Start op te pakken en 38 procent is van plan of momenteel bezig met contact zoeken met partijen uit het medisch en sociaal domein.
- Lokale resultaten van Kansrijke Start worden in 50 procent van de gemeenten in beeld gebracht met lokale cijfers en indicatoren en in 47 procent van de gemeenten door het bevragen van de ervaringen van professionals.
- 65 procent van de gemeenten geeft aan dat de coronapandemie invloed heeft gehad op de activiteiten en voortgang van Kansrijke Start. De toegenomen werkdruk bij coalitiepartners heeft invloed in 55 procent van de gemeenten.

Aanbod interventies verschilt tussen gemeenten en past niet altijd bij de behoeften van (aanstaande) ouders

Er zijn meerdere preventieve, effectief-bewezen interventies beschikbaar die bijdragen aan een Kansrijke Start van (aanstaande) ouders en kinderen in de eerste 1000 dagen. Het aanbod hiervan varieert sterk tussen gemeenten. Zo zijn er gemeenten waarin zowel Nu Niet Zwanger, VoorZorg, als CenteringZwangerschap worden gecontracteerd. In andere gemeenten gebeurt dat niet (Figuur 18). Betrokkenen geven aan dat overzichtelijke informatie en duidelijkheid over de beschikbare interventies gemeenten kan aanmoedigen om effectieve interventies te gebruiken.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

Figuur 18: Aanbod interventies Nu Niet Zwanger, VoorZorg, en CenteringZwangerschap per gemeente



Bron: GGD GHOR Nederland, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Stichting Centering Nederland en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), 2022.

Daarnaast merken betrokkenen op dat veel interventies zonder maatwerk worden aangeboden. Er wordt nog te vaak gedacht vanuit het aanbod in plaats van vanuit de behoefte van de ouder. Sommige (aanstaande) ouders hebben vooral behoefte aan sociale steun en/of bestaanszekerheid; zij hebben geen baat bij het huidige aanbod aan interventies. Voor een groter bereik en een betere aansluiting bij de individuele behoeften van (aanstaande) ouders is er behoefte aan een inclusiever aanbod en een grotere flexibiliteit. Andere thema's waar betrokkenen meer aandacht voor wensen zijn (onverwerkt) trauma en intergenerationele problematiek. Ook vinden betrokkenen dat de interventies moeten kunnen inspelen op specifieke situaties zoals anderstaligen en vluchtelingen. Dan kunnen ook die groepen worden bereikt met de preventieprogramma's. Betrokkenen vinden het onverstandig om nieuwe interventies op te zetten aangezien dit veel tijd en geld kost. Zij geven aan liever kleine aanpassingen of een nieuwe draai aan bestaande interventies te geven door bijvoorbeeld goede domeinoverstijgende samenwerking.

"Ik zou ook een lans willen breken voor meer diepgaande aandacht voor trauma en intergenerationele problematiek. Dat zit echt onvoldoende diepgaand in het actieprogramma. Veel problemen komen namelijk niet uit de lucht vallen..."

Ervaringsdeskundige

Afstand tussen praktijk en lokaal beleid belemmert praktische uitvoering

Betrokkenen ervaren een grote afstand tussen de 'lokale beleidstafels' en de dagelijkse praktijk. Ze geven aan dat er eerst veel aandacht naar het bestuurlijke commitment is gegaan, terwijl zij nu meer ruimte en aandacht willen voor de praktische uitvoering van het actieprogramma door professionals en (aanstaande) ouders.

Betrokkenen willen ook dat er meer op wordt gestuurd dat het vakmanschap van de professionals verder wordt ontwikkeld naar activiteiten binnen Kansrijke Start. Voorbeelden zijn communicatievaardigheden, sensitief werken en vroegsignalering. Dit sluit aan bij de doelstellingen uit de [vervolgaanpak Kansrijke Start](#). Vaak wordt iedere ouder/kind op dezelfde manier behandeld. Maar er is juist behoefte aan wat meer maatwerk, meer ruimte voor flexibiliteit om in te spelen op de lokale situatie per gemeente en per gezin.

"[...] en is ook echt wel de keuze gemaakt om gewoon de pijlen veel meer op de praktische uitvoering te richten en ook de facilitering daarvan. [...] gewoon te starten met de invoering en verwezenlijking in plaats van te blijven hangen [...] van hoe je vanuit het management en vanuit de organisatie die beweging kan maken."

Projectleider Lokale Coalitie

Uitdagingen in betrekken samenwerkingspartners bij lokale coalities Kansrijke Start

Volgens betrokkenen nemen huisartsen beperkt aan lokale coalities deel. Maar er bestaat een brede consensus dat huisartsen een belangrijke rol hebben. Volgens betrokkenen kan mogelijk via de doktersassistente de verbinding met de huisartsenzorg worden gemaakt en kunnen zij een rol spelen binnen Kansrijke Start (bijvoorbeeld in de preconceptie gezondheidszorg en vroegsignalering). Ook zien betrokkenen personeelstekorten en wisselingen van personeel in zowel het sociaal als medisch domein als een sterk belemmerende factor bij de vormgeving en borging van Kansrijke Start activiteiten. In sommige gemeenten komt Kansrijke Start moeilijk van de grond vanwege personeelwisselingen waarbij expertise en ervaring verloren gaan. De werkdruk is in zowel het medisch als sociaal domein hoog, wat volgens betrokkenen merkbaar ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning aan de (aanstaande) ouder en het kind. Door de personeelstekorten wordt volgens betrokkenen in de JGZ steeds meer gekeken welke wettelijke taken als eerste moeten worden uitgevoerd. Niet-wettelijke taken blijven dan achterwege. Een voorbeeld hiervan is dat kinderen minder vaak worden gezien door de JGZ, de afspraken waar vaccinaties gepland staan krijgen voorrang. Daarmee bouwt een al aanwezige achterstand verder op, zo geven betrokkenen aan. Ook vinden betrokkenen het verontrustend dat programma's binnen Kansrijke Start zich

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

richten op vroegsignalering, maar (aanstaande) ouders en kinderen te maken krijgen met lange wachtlijsten als zij bijvoorbeeld naar de GGZ worden doorverwezen.

“En het is natuurlijk ook heel naar dat mensen nu zo lang op hulp moeten wachten, terwijl ze een actuele hulpvraag hebben. En met die brede inzet op preventie [...] Maar preventie moet gewoon nog veel steviger neergezet worden, nog steeds. En zolang we dat niet echt doen en echt omarmen met elkaar, gaan we niet die kanteling maken die er nodig is, ben ik bang.”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

2. Samenwerking

Toelichting: een effectieve aanpak van Kansrijke Start vraagt om een domeinoverstijgende samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Ook zijn samenwerkingsafspraken en gezamenlijke doelen nodig. Dan kunnen professionals en organisaties kennis, expertise en werkzaamheden gaan delen. In Tekstbox 13 zijn de resultaten van de vragenlijst over samenwerking samengevat.

Waardering voor domeinoverstijgende samenwerking, kennis delen kan beter

Door lokaal, regionaal, en landelijk samen te werken kunnen betrokkenen van elkaar leren. Betrokkenen ervaren de concreet gemaakte lokale en regionale afspraken (tussen partijen) als positief. Vooral bijeenkomsten van lokale coalities helpen om elkaar te leren kennen en te vinden. De gezamenlijke ontwikkeling van kennis is een belangrijke basis om interventies succesvol in te voeren. Volgens betrokkenen blijft het een uitdaging om organisaties aangehaakt te houden en op een lijn te blijven. Betrokkenen geven aan dat kennis en informatie op lokaal, regionaal en landelijk niveau niet optimaal wordt gedeeld, terwijl daar wel behoefte aan is. Meer regie is gewenst om de ontwikkelde kennis te implementeren en landelijk te verspreiden.

“Dus volgens mij is de kunst dat, de uitdaging voor ons ook om het veld goed te faciliteren om te laten zien wat er is, wat er al mogelijk is, welke goede voorbeelden er zijn. Dat ze niet helemaal het wiel uit moeten vinden maar dat ze toch wel de ruimte hebben om naar een eigen regionale behoefte afspraken te maken. Dat is denk ik een belangrijke uitdaging voor ons.”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

Samenwerking zorgverleners wordt als positief ervaren

De samenwerking tussen zorgverleners ervaren de betrokkenen als positief. Er zijn de afgelopen tijd initiatieven ontstaan om samen te werken met diverse organisaties en zorgverleners. Dit gebeurt zowel tussen het medisch als het sociaal domein, bijvoorbeeld in een multidisciplinair overleg (MDO) of een lokale coalitie. Door de toenemende samenwerking leren partijen en professionals elkaar steeds beter kennen en schakelen ze onderling sneller. Betrokkenen vinden het positief dat wordt samengewerkt in een setting zoals geboortezorg-netwerken in wijken. Door een betere samenwerking tussen de geboortezorg en het sociaal domein kunnen (aanstaande) ouders beter worden bereikt. Samenwerking wordt belemmerd doordat data niet altijd kunnen worden uitgewisseld tussen zorgverleners uit verschillende organisaties, regio's en provincies. Dit hindert ook de hulp aan de (aanstaande) ouder.

“Het MDO helpt daar heel erg in om juist de verbinding met elkaar te leggen en wat we ook heel erg geleerd hebben daaruit is het elkaar kennen zorgt ervoor dat de drempel enorm verlaagd wordt. Dus dan wordt er makkelijker onderling geschakeld en door dan zo'n multidisciplinair overleg met elkaar op te zetten, dat helpt.”

Projectleider Lokale Coalitie

Samenwerken met (aanstaande) ouders blijft verbeterpunt

Steeds vaker worden (aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van de Kansrijke Start-aanpak, om passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Wel geven professionals die werken in de geboortezorg en ervaringsdeskundigen aan dat de samenwerking met (aanstaande) ouders een verbeterpunt is. Zo wordt er nog te vaak gepraat óver en voor (aanstaande) ouders. Zij worden te weinig betrokken bij lokaal beleid. Het is belangrijk om samen te werken met de mensen om wie het gaat zodat het actieprogramma aansluit bij hun behoeften. Een volwaardige samenwerking met (aanstaande) ouders vraagt wel om een investering en verandering. Ook ervaringsdeskundigen zijn nog niet overal goed betrokken. Ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders die wel worden betrokken, ervaren dit als positief.

“Ik denk dat het hele thema samenwerken met de mensen om wie het gaat en dan ook echt volwaardig samenwerken met de mensen om wie het gaat, dus niet ‘ophalen’ en dan weer door, gewoon nog heel veel verandering vraagt, ook in de visie daarop en daar echt het startpunt van maken.”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

De inzet van ervaringsdeskundigen wordt door partijen nog vaak gezien als vrijwillig. Zij krijgen veelal een kleine vergoeding, terwijl veel andere betrokkenen bij Kansrijke Start een marktconforme vergoeding krijgen. Niet elke organisatie heeft er belang bij om geld voor ervaringsdeskundigen vrij te maken. Ervaringsdeskundigen ervaren een tweedeling tussen de financiële compensatie voor professionals en ervaringsdeskundigen.

Tekstbox 13: Resultaten vragenlijst onder gemeenten over Samenwerking

In de vragenlijst voor gemeenten (Tekstbox 3) zijn diverse vragen gesteld over de stand van zaken rondom Kansrijke Start. Een aantal bevindingen rond het thema Samenwerking staat in deze tekstbox. Als het niet anders is aangegeven, is het percentage berekend over alle responderende gemeenten in 2022 (n=234).

- 65 procent van de gemeenten is onderdeel van een (beginnende) regionale coalitie.
- Gezamenlijke ambities rondom Kansrijke Start zijn geformuleerd in 76 procent van de gemeenten.
- In 47 procent van de gemeenten zijn doelstellingen vastgesteld binnen de lokale coalitie, in 30 procent van de gemeenten zijn de doelstellingen nog in ontwikkeling.
- Doelstellingen voor na de geboorte zijn geformuleerd in 79 procent van de gemeenten.
- Van de gemeenten met doelstellingen heeft 43 procent doelstellingen gericht op een langere tijdsperiode (kinderen van 0-4 jaar of van 0-18 jaar) dan de focus van Kansrijke Start (kinderen tot 2 jaar).
- 75 procent van de gemeenten heeft samenwerkingsafspraken gemaakt over een aanpak rondom de eerste 1000 dagen op uitvoeringsniveau, beleidsniveau of bestuurlijk niveau.
- Het actieprogramma Kansrijke Start is bij 88 procent van de gemeenten ondergebracht in een breder beleidskader.
- Om inzicht te krijgen in de lokale cijfers en feiten rondom de eerste 1000 dagen heeft 65 procent van de gemeenten een startfoto gemaakt.

3. Financiering en bekostiging

Toelichting: financiering houdt in hoe activiteiten structureel of tijdelijk worden gefinancierd. Bekostiging betreft hoe middelen worden verdeeld over zorgaanbieders.

Onzekerheid over structurele gelden, prioritering verschilt in gemeenten

Betrokkenen vinden het positief dat het actieprogramma Kansrijke Start is opgenomen in het regeerakkoord, en dat er voor de komende jaren structureel geld vrij komt voor gemeenten

via de nieuwe Specifieke Uitkering (SPUK¹). Toch blijft er voor betrokkenen veel onduidelijk en onzeker over de werking en voorwaarden van de SPUK-regeling². Denk aan de manier van verantwoorden en de verbinding met andere (preventie)programma's. Betrokkenen geven aan dat financiering binnen gemeenten nog vaak onzeker is, en daardoor onduidelijk is of gemeenten willen (doorgaan met) investeren in Kansrijke Start activiteiten. Als gevolg hiervan kunnen programma's niet beginnen of stoppen interventies snel. Ook geven betrokkenen aan dat er veel tijd en middelen opgaan aan voorbereiding, coalitievorming en projectmanagement. Naast onduidelikheden over mandaat en onvoldoende gevoel van gedeeld eigenaarschap remt dit de implementatie van Kansrijke Start.

“Ja dat vind ik heel lastig omdat we gewoon niet weten waar we aan toe zijn. Omdat we nu op een hoopje zijn gegooid met andere dingen moeten we concurreren en kan het best zijn dat we als Gezonde en Kansrijke Start daar aan het kortste eind trekken. Terwijl we eigenlijk, vind ik, het belangrijkste zijn. Ik bedoel, je kan niet vroeger met preventie beginnen dan daar.”

Projectleider Lokale Coalitie

Vervolgaanpak goed ontvangen maar verbinding met andere programma's wenselijk

Betrokkenen kunnen zich goed vinden in de doelstellingen zoals die zijn omschreven in de vervolgaanpak Kansrijke Start. Wel geven zij verschillende keren aan dat de doelstellingen goed moeten aansluiten bij andere preventieprogramma's, zoals het ontmoedigen van roken of het terugdringen van overgewicht. Tegelijkertijd geven betrokkenen aan dat zij zich zorgen maken over de verschillende niveaus waarop de uitvoering van de verschillende programma's is georganiseerd. De regie voor de SPUK wordt op gemeenteniveau belegd, maar sommige afspraken en processen zijn afhankelijk van gemeente overstijgende samenwerkingen, zoals het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Hierdoor is het voor betrokkenen niet duidelijkheid wie er financieel verantwoordelijk is voor welke taken. Ook hebben meerdere betrokkenen zich uitgesproken over de rol van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) bij het vormgeven van Kansrijke Start activiteiten. Enerzijds liggen volgens betrokkenen in deze akkoorden kansen voor Kansrijke Start, juist omdat het

¹ De opzet van de SPUK is dat gemeenten gelijktijdig een aanvraag kunnen indienen over meerdere thema's.

² In de tijd tussen de dataverzameling (september-oktober 2022) en het verschijnen van deze factsheet zijn veel onderdelen van de SPUK-regeling verder uitgewerkt. Als gevolg hiervan zijn de gepresenteerde resultaten mogelijk achterhaald.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

actieprogramma onderdeel kan zijn van de oplossing om gezondheid op de lange termijn te verbeteren. Anderzijds maken betrokkenen zich zorgen om de complexiteit van de financieelssystematiek wanneer preventie en zorg meer met elkaar verweven worden.

Respondenten ervaren dat veel interventies moeilijk te bekostigen zijn

Verschillen activiteiten binnen Kansrijke Start zitten op het snijvlak van de Wet publieke gezondheid en Zorgverzekeringswet. Betrokkenen uit het medische domein geven aan dat veel preventieve interventies omtrent Kansrijke Start moeilijk kunnen worden bekostigd. Bewezen interventies van de menukaart Kansrijke Start worden niet structureel vergoed door zorgverzekeraars en zijn ook niet opgenomen in begrotingen van gemeenten. Ze kunnen daarom maar beperkt worden ingezet. Betrokkenen hebben behoefte aan duidelijke bestuurlijke (landelijke) afspraken over de randvoorwaarden van de bekostiging van interventies, waarop zij kunnen terugvallen in hun (lokale) onderhandelingen.

“Binnen de Zorgverzekeringswet zit alleen de geïndiceerde preventie, en wat zorg gerelateerd is direct, en je hebt aan de andere kant die hele publieke preventie kant. Maar daar zit een gat tussen. Want ook die zorgpreventie moeten meer doen dan alleen op individueel niveau die zorg gerelateerde preventie doen. Ze moeten daar ook voor omscholen, ze moeten daar afspraken voor maken. En waar zit dat? Waar zit de facilitering daarin?”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

4. Ervaringen van (aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen

Toelichting: (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie worden betrokken bij Kansrijke Start door hun ervaringen met ontvangen zorg te delen. Daarnaast worden ervaringsdeskundigen ingezet om (aanstaande) ouders te ondersteunen en ervaringen te delen die kunnen helpen het actieprogramma vorm te geven.

Belemmeringen door voorzieningen en wet- en regelgeving

Ervaringsdeskundigen geven aan dat het uitmaakt waar je wieg staat bij regelingen en voorzieningen voor (aanstaande) ouders. Per gemeente verschillen het aanbod, de wachttijden en de eigen bijdrage. Volgens ervaringsdeskundigen werkt het belemmerend voor (aanstaande) ouders dat ze niet zelf kunnen bepalen welke hulporganisatie ze willen gebruiken.

(Aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen noemden ook verschillende voorbeelden van (onvoorziene) kosten die stress veroorzaken over financiën tijdens zwanger- en/of ouderschap. Voorbeelden zijn de eigen bijdrage voor een niet-medische bevalling in ziekenhuis, de eigen bijdrage voor kraamzorg, het kraamhotel, en de aanvraag van een meerderjarigheidsverklaring.

Stevig netwerk rondom (aanstaande) ouders blijft belangrijk

(Aanstaande) ouders ervaren zowel het informele als het formele netwerk als belangrijk. Het belemmert hen wanneer dat ontbreekt of tekortschiet. Onder het informele netwerk worden familie en vrienden verstaan, professionals en zorgverleners behoren tot het formele netwerk.

Het informele netwerk geeft volgens ervaringsdeskundigen de (aanstaande) ouders steun en motiveert hen waar nodig. (Aanstaande) ouders geven aan dat steun tijdens de zwangerschap en tijdens en na de bevalling hen helpt. (Aanstaande) ouders omschrijven het als bevorderend als zij in het eigen netwerk iemand hebben met een soortgelijke ervaring omtrent een kwetsbare situatie voor, tijdens of na de zwangerschap. Ook ervaren zij iemand uit het formele netwerk met wie ze ervaringen kunnen delen, zoals een ervaringsdeskundige, als positief. Verschillende instanties, zoals SIRIZ, Leger des Heils, en het Moeder Kind Huis, kunnen een rol spelen in het formele netwerk van een (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie.

Zorgverleners bevestigen het beeld van ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders. Zorgverleners geven aan dat een goede ondersteuning van ouders vanuit het professionele en informele netwerk cruciaal is om een kind gezond te kunnen laten opgroeien. Ze stellen voor om elke (aanstaande) ouder een ouderschapskursus aan te bieden, wat in andere landen (al) heel gebruikelijk is.

“Wat mensen vooral ook willen: steun en fijne mensen om hen heen (familie, vrienden, eigenlijk een tribe). Delen, van elkaar leren en het niet alleen hoeven doen. Maar daar is onze wereld in Nederland niet meer zo op ingericht. Veel mensen moeten veel werken om het hoofd boven water te houden, hebben wat minder tijd voor elkaar. Ouderschap is vaak al zwaar zonder problemen of rugzak. Dat veelal alleen moeten doen is zwaar. Voor bijna elke ouder.”

Ervaringsdeskundige

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

Luisteren naar behoeften (aanstaande) ouder draagt bij aan positieve ervaring zorgverlening

(Aanstaande) ouders geven aan dat de focus in de communicatie met de professional vaak ligt op wat er niet goed gaat. Door eerdere ervaringen met jeugdhulp, zorg of justitie kunnen zij wantrouwend zijn naar het (zorg)systeem. (Aanstaande) ouders waarderen het wanneer een zorgverlener de tijd neemt om te luisteren naar hun behoeften en voorkeuren, en er ruimte is om vragen te stellen en te beantwoorden.

Ervaringsdeskundigen geven aan dat het belangrijk is om de regie bij de (aanstaande) ouders te houden, en hen niet te veroordelen. De professional staat naast de ouder en ondersteunt deze. Tijdige communicatie en begrijpelijk taalgebruik is hierbij essentieel.

Ook geeft duidelijke communicatie en een goede overdracht tussen verschillende zorgverleners, de (aanstaande) ouder het gevoel gehoord en serieus genomen te worden. (Aanstaande) ouders ervaren het als positief wanneer eenzelfde persoon hen gedurende de gehele zwangerschap begeleidt.

“Benader jij iemand op een gelijkwaardige manier, is iemand ook meer bereid om dingen met jou te delen, of zich open te stellen, dan dat jij boven iemand gaat staan [...] Maar daarnaast ook wel, ja, het vooroordeel, de angsten die eronder liggen, van: oh ja, maar als ik dit zeg, dan denken ze dat ik een slechte moeder ben.”

Ervaringsdeskundige

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

Lokale monitor Kansrijke Start 2021-2022

Naast de landelijke monitor Kansrijke Start begon het RIVM in 2021 met het ondersteunen van gemeenten bij hun lokale monitoring. Deze lerende lokale monitor is een onderdeel van de RIVM-monitor Kansrijke Start. In dit hoofdstuk beschrijven we hiervan de aanloop, activiteiten, en plannen voor 2023.

Wens ondersteuning gemeenten

In 2020 gaven verschillende gemeenten aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij de inrichting van hun lokale monitoring (RIVM, 2020). De landelijke set indicatoren zagen zij als minder geschikt vanwege het beperkte inzicht in de uitvoering van het actieprogramma en de gezondheid van (aanstaande) ouders en kinderen in de eigen gemeente of regio. Gemeenten hadden behoefte aan een lokale indicatorenset en betere beschikbaarheid en vindbaarheid van relevante gegevens op gemeenteniveau. Ook hadden zij allerlei andere vragen rondom monitoring.

Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start sinds 2021

Het RIVM ondersteunt gemeenten bij hun lokale monitoring binnen de 'Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start'. Essentieel onderdeel bij deze ondersteuning is van en met elkaar leren, zowel binnen- als tussen lokale coalities.

Leer- en ontwikkelgroep

Elf vertegenwoordigers van lokale coalities nemen deel aan een leer- en ontwikkelgroep (Figuur 19). Zij waren vooraf of in een vroeg stadium van het landelijke actieprogramma al bezig met het monitoren van Kansrijke Start op lokaal niveau. Met deze groep zijn in 2021 en 2022 acht bijeenkomsten georganiseerd waarin deelnemers elkaar inspireren door te delen hoe hun lokale monitoring is ingericht. Tijdens de bijeenkomsten hebben zij ook knelpunten

benoemd. Op basis hiervan zijn inhoudelijke thema's bepaald en geprioriteerd die nodig zijn om het monitoren van Kansrijke Start op lokaal niveau te stimuleren. Voorbeelden hiervan zijn: 'wat is kwetsbaarheid?' en 'hoe monitor je de samenwerking rond Kansrijke Start?'.

Figuur 19: Deelnemende coalities aan leer- en ontwikkelgroep Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start



Themabijeenkomsten

De thema's zijn uitgewerkt in tien online themabijeenkomsten in 2021 en 2022 (Tekstbox 14). Tijdens acht van deze bijeenkomsten konden ook andere gemeenten aansluiten. In totaal waren er tussen de 400 en 500 deelnemers aanwezig, waarmee bijna 80 procent van de gemeenten in Nederland is bereikt. De opgedane kennis tijdens de bijeenkomsten is beschikbaar voor iedereen.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- **Ervaringen**
- Beschouwing
- Referenties

Tekstbox 14: Onderwerpen themabijeenkomsten Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start

2021

- Inzicht in kwetsbaarheid
- Monitoren samenwerking medisch en sociaal domein
- Lerend evalueren: hoe gebruiken we monitoring om te leren?

2022

- Basis Webinar “Monitoring en evaluatie”
- Inzicht in kwetsbaarheid
- Monitoren en evalueren van de samenwerking rond Kansrijke Start
- Lerend evalueren: hoe kun je ervaringsdeskundigen inzetten om te leren?
- Basisset lokale indicatoren Kansrijke Start: vertaling naar handelingsopties aan de hand van het Rotterdamse Factorenmodel van kwetsbaarheid
- Hoe gebruik je het Dashboard Lokale Indicatoren Kansrijke Start in de lokale setting? Zie de [webpagina Kansrijke Start](#) op de RIVM-website voor achtergrondinformatie over de bijeenkomsten.

Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start

In de eerste helft van 2021 is een lokale indicatorenset vastgesteld met behulp van een Delphi-studie (RIVM, 2021). Deze indicatorenset geeft coalities meer inzicht in de lokale uitvoering van Kansrijke Start en de gezondheid van (aanstaande) ouders en kinderen in de gemeente of regio. De inzichten kunnen worden gebruikt om met beleidsmakers, bestuurders en professionals te bespreken wat er binnen de lokale coalitie speelt, en in hoeverre het actieprogramma zich in de gewenste richting ontwikkelt. Op deze manier kan het de lokale activiteiten van Kansrijke Start helpen vormgeven.

Het RIVM heeft op basis van de wensen van de leer- en ontwikkelgroep in 2022 een dashboard ontwikkeld met de uitkomsten van de indicatoren. De gegevens zijn voor alle gemeenten beschikbaar op de RIVM website www.regiobeeld.nl/kansrijkestart. Met behulp van dit dashboard kunnen de gegevens vergeleken worden met andere gemeenten, landelijke gemiddelden en regionale cijfers (bijvoorbeeld provincie of GGD-regio). Alle gegevens zijn per gemeente te downloaden. Lokale coalities kunnen ook van elkaar leren: doordat zij dezelfde indicatorenset gebruiken, kunnen zij uitkomsten vergelijken en daarover in gesprek te gaan.

Plannen voor 2023

Doorontwikkeling lokale indicatorenset

De indicatoren zullen door het RIVM regelmatig worden aangevuld met de meest recent beschikbare gegevens. Ook wordt in 2023 het dashboard op www.regiobeeld.nl/kansrijkestart verder ontwikkeld. Zo zullen we verschillende presentatievormen toevoegen, zoals een aan te klikken landkaartje en indien mogelijk gegevens op wijkniveau. Daarnaast wordt het dashboard uitgebreid met gegevens die op basis van de Delphistudie niet in de lokale indicatorenset (de ‘basisset’) zijn opgenomen, maar wel zijn gewenst door de leden van de leer- en ontwikkelgroep (de ‘keuzeset’) (RIVM, 2021). Ten slotte werkt het RIVM in 2023 de ‘ontwikkelagenda’ uit die in de Delphistudie is opgesteld.

Faciliteren leer- en ontwikkelgroep

Ook in 2023 faciliteert het RIVM de leer- en ontwikkelgroep. In afstemming met de deelnemers is afgesproken dat zij samen met het RIVM de ontwikkelagenda van de lokale indicatorenset gaan uitwerken. Andere onderwerpen zullen in de loop van het jaar worden bepaald.

Nieuwe themabijeenkomsten

Het RIVM zal in 2023 opnieuw themabijeenkomsten organiseren. Om deelname voor zoveel mogelijk mensen mogelijk te maken, vinden deze bijeenkomsten voornamelijk online plaats. Daarnaast wordt verkend of een deel van de bijeenkomsten ook op een andere, meer interactieve manier kan worden vormgegeven. Bijvoorbeeld door middel van kleinere (deel) sessies, fysieke bijeenkomsten of een conferentie.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- **Beschouwing**
- Referenties

Beschouwing

Dit document beschrijft de ontwikkelingen rondom Kansrijke Start aan de hand van twee onderdelen. In het kwantitatieve onderdeel geven de resultaten op vijftien indicatoren inzicht in de ingevoerde activiteiten en gezondheidsmaten. In het kwalitatieve onderdeel zijn de ervaringen van betrokkenen beschreven vanuit vier thema's: 1) invoering van het actieprogramma; 2) samenwerking, 3) financiering en bekostiging; en 4) ervaringen van (aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen. In deze beschouwing vatten we de resultaten samen en zetten we de resultaten in perspectief. Daarnaast plaatsen we enkele opmerkingen bij de dataverzameling en methodiek.

Samenvatting resultaten

Meer Kansrijke Start-activiteiten en deelnemende gemeenten

De uitkomsten van de indicatoren laten zien dat het aantal activiteiten en het aantal deelnemende gemeenten ook in 2022 is toegenomen. Zo heeft inmiddels bijna tweederde van het aantal gemeenten in Nederland die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen een lokale of regionale coalitie gevormd, en heeft ruim de helft van gemeenten een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start. Verder is het aantal gemeenten waarin prenatale huisbezoeken wordt uitgevoerd sterk gestegen. Ook nemen meer gemeenten deel aan programmaonderdelen en interventies. VoorZorg en CenteringZwangerschap worden in meer gemeenten aangeboden dan vorig jaar.

Uit de focusgroepen en interviews blijkt dat er zowel landelijk als lokaal een groter bewustzijn is over het belang van Kansrijke Start en dat het actieprogramma vaker wordt geagendeerd, waaronder op gemeentelijk niveau. Betrokkenen zoeken daarin meer duidelijkheid over verantwoordelijkheden en een focus op de praktische uitvoerbaarheid van het actieprogramma. Dat is nodig om de samenwerking te verbeteren en de beweging die Kansrijke Start in gang heeft gezet, te laten doorzetten.

Ook verbeteringen in uitkomsten zichtbaar

Verschillende indicatoren laten een kleine verbetering zien en ontwikkelen zich in de gewenste richting. Dit betreft het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, het percentage vrouwen met schulden in het jaar van bevalling en het percentage kinderen geboren in een gezin waarvan de moeder te maken

heeft met meervoudige kwetsbaarheid. Het is op basis van deze monitor niet mogelijk om de verbeteringen in gezondheid uitkomsten één op één te relateren aan de invoering van het actieprogramma. Ook andere beleidsmaatregelen in bijvoorbeeld de geboorte- en jeugdzorg, preventie en het bredere sociale domein hebben hierop invloed. Het RIVM start in 2023 met onderzoek naar het schatten van de eerste effecten van de invoering van Kansrijke Start op gezondheidsuitkomsten en zorggebruik.

Resultaten in perspectief

Meer activiteiten, verschillen tussen regio's

Het totale aantal activiteiten en interventies is toegenomen, maar het aanbod verschilt per gemeente en regio. Dat blijkt uit zowel de kwantitatieve als kwalitatieve dataverzameling. Er zijn gemeenten waarin zowel VoorZorg, Nu Niet Zwanger en CenteringOuderschap worden aangeboden en gemeenten die geen van deze interventies aanbieden (Figuur 18). De beschikbaarheid van interventies en voorzieningen is afhankelijk van de woonplaats van de (aanstaande) ouders. Betrokkenen willen dat er een gelijkwaardig aanbod van interventies is in alle gemeenten. Daarnaast bestaat er de lokale wens om beter aan te sluiten bij de individuele behoeften van (aanstaande) ouders. Bijvoorbeeld door een inclusiever aanbod, een grotere flexibiliteit en meer ruimte voor interventies met een op-maat-benadering.

Toename betrokkenheid (aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen

Steeds vaker betrekken professionals en beleidsmakers (aanstaande) ouders en ervaringsdeskundigen om de Kansrijke Start-aanpak verder te ontwikkelen en passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Uit de gesprekken bleek ook een breed gedragen wens om ervaringsdeskundigheid en het informele netwerk rondom cliënten beter te betrekken bij de vormgeving en invoering van het actieprogramma, zowel landelijk als lokaal. Om in deze behoefte te voorzien organiseert Pharos leerkringen over samenwerken met de mensen om wie het gaat. Verder heeft het ministerie van VWS sinds 2021 een Spiegelgroep Kansrijke Start opgericht waarin ervaringsdeskundigen meedenken over de uitvoering van het actieprogramma. Twee ervaringsdeskundigen vanuit de Spiegelgroep zijn sinds dit jaar ook betrokken bij de RIVM monitor Kansrijke Start. Hun expertise, ervaringen en netwerk worden onder andere ingezet in het kwalitatieve onderzoek binnen deze monitor en het opstellen van het jaarlijkse plan van aanpak voor de monitoring.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- **Beschouwing**
- Referenties

Impact maatschappelijke ontwikkelingen van invloed op vormgeving en uitvoering

Maatschappelijke ontwikkelingen zoals arbeidsmarktkrapte, armoedeproblematiek, instroom van vluchtelingen en de coronapandemie hebben invloed op de invoering van het actieprogramma en de gezondheid van (aanstaande) ouders en kinderen. Zo worden door personeelstekorten vooral taken opgepakt die binnen het wettelijke takenpakket vallen en staan de overige taken en activiteiten onder druk. Verwacht wordt dat de toenemende armoedeproblematiek, door de huidige inflatie, kan leiden tot meer kwetsbare situaties van (aanstaande) ouders en kinderen. Ook is de instroom van vluchtelingen op meerdere vlakken zichtbaar. Dat zorgt ervoor dat sommige gemeenten regeltaken voor opvang en voorzieningen van vluchtelingen voorrang geven en daardoor minder aandacht kunnen besteden aan het actieprogramma. Tegelijkertijd is er behoefte om de invulling van het actieprogramma geschikt te maken voor anderstaligen en andere vormen van (kwetsbare) situaties. Het is onbekend welke invloed de coronapandemie precies heeft op de trends in indicatoren. Bekend is bijvoorbeeld dat de JGZ minder kinderen heeft gezien. De trends in overgewicht en spraaktaalontwikkeling van kinderen rond twee jaar zijn daardoor minder goed te interpreteren.

Breed draagvlak voor doelstellingen van de vervolgaanpak

De positieve ontwikkelingen, en tevens de knelpunten en behoeften die betrokkenen hebben genoemd, sluiten aan bij de doelstellingen in de vervolgaanpak. Zo geven zorgverleners aan behoefte te hebben aan verduidelijking van hun rol binnen Kansrijke Start. Ook willen ze hun vakmanschap verder ontwikkelen, bijvoorbeeld over vroegsignalering en sensitief werken. De inhoud van de vervolgaanpak bleek niet bij alle deelnemers aan de focusgroepen bekend te zijn.

Financiering Kansrijke Start structureel opgenomen in SPUK

In het huidige regeerakkoord is Kansrijke Start structureel opgenomen in de begroting. De structurele financiering is onderdeel van de SPUK-regeling. Dit wordt door betrokkenen als positief ervaren. Veel betrokkenen gaven tijdens de focusgroepen (september-oktober 2022) aan dat er veel onduidelijkheden en onzekerheden over de werking en voorwaarden van de aangekondigde SPUK-regeling bestaan. Daarnaast gaven zij aan dat de bekostiging van de interventies zelf ook onzeker zijn. Echter in de tussentijdse periode van het afnemen van de focusgroepen en de publicatie van deze factsheet is de regeling door het ministerie van VWS op meerdere vlakken verhelderd. Mogelijk zijn als gevolg van de verdere uitwerking van de SPUK-regeling meerdere van de benoemde onduidelijkheden en onzekerheden inmiddels achterhaald.

Mogelijkheden voor prominentere positionering binnen landelijke akkoorden

Kansrijke Start is een preventief actieprogramma vanaf de periode vóór de conceptie, bedoeld om toekomstige generaties gezond op te laten groeien en zo de (toekomstige) druk op de zorg te verlagen. Het actieprogramma kan bijdragen om ziektes te voorkomen en (positieve) gezondheid te stimuleren. Het lijkt wenselijk om Kansrijke Start prominent(er) te positioneren als ultieme vorm van preventie binnen de landelijke akkoorden zoals het GALA en IZA. Ook is het belangrijk het actieprogramma Kansrijke Start verder te integreren in andere ministeries, waaronder Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Regiobeeld.nl voorziet in informatiebehoefte van lokale coalities

Deze factsheet geeft voornamelijk inzicht in de voortgang van de landelijke deelname en uitvoering van het actieprogramma. Lokale coalitiepartners en andere betrokkenen hebben tevens behoefte aan inzicht in lokale cijfers en eventuele regionale verschillen. Volgens hen creëert inzicht in de problematiek meer bewustzijn en een breder draagvlak onder betrokken partijen binnen coalities. Afgelopen jaar is op www.regiobeeld.nl/kansrijke-start de lokale indicatorenset van Kansrijke Start gelanceerd. Op deze website kunnen lokale partijen inzicht krijgen in de uitvoering van het actieprogramma en de gezondheid van kinderen en (aanstaande) ouders per regio of gemeente. In de komende tijd zullen we werken aan een uitbreiding van het dashboard, en de verdere beschikbaarheid van gegevens.

Samenvoeging monitor Kansrijke Start en monitor Onbedoelde (tiener) zwangerschappen

Naast de monitor Kansrijke Start, waarin het RIVM de invoering van de het landelijk actieprogramma Kansrijke Start volgt, monitort het RIVM ook het zevenpuntenplan 'Onbedoelde (tiener)zwangerschappen' van het ministerie van VWS (VWS, 2018a). Gezien de grote inhoudelijke raakvlakken binnen beide monitors worden beide monitors vanaf 2023 geïntegreerd. Gelijktijdig met deze factsheet publiceert het RIVM ook een [factsheet](#) met cijfers over onbedoelde zwangerschappen 2022 en een factsheet met een verdiepend onderzoek naar de ervaringen van scholen met de stimuleringsregeling Gezonde Relaties & Seksualiteit in het voortgezet onderwijs.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- **Beschouwing**
- Referenties

Reflectie op methode

Meer inzicht door combinatie kwantitatief en kwalitatief onderzoek

In deze factsheet zijn de kwantitatieve gegevens uit vijftien indicatoren verrijkt met kwalitatieve gegevens uit focusgroepen en interviews met betrokkenen bij Kansrijke Start. Deze combinatie heeft een breed inzicht gegeven in activiteiten, uitkomsten en ervaringen. De kwantitatieve verzameling blijft beperkt informatie geven over de periode voor de zwangerschap. Zo is er bijvoorbeeld geen informatie over de leefstijl van aanstaande ouders, of over het aantal vrouwen in de vruchtbare periode dat in een kwetsbare situatie leeft. Het RIVM gaat verkennen of informatie over de periode voor de zwangerschap ook beschikbaar kan worden gemaakt voor de monitor Kansrijke Start. Bijvoorbeeld door de koppeling met ZwangerWijzer, een zorginstrument voor preconceptioneel advies dat gezondheidsrisico's omtrent zwangerschap en geboorte achterhaalt. Aan de kwalitatieve data-verzameling hebben vooral vertegenwoordigers van landelijke organisaties en beroepsgroepen deelgenomen die zelf actief en enthousiast betrokken zijn bij het actieprogramma Kansrijke Start. Dat kan een vertekend beeld geven van de daadwerkelijke implementatie van het actieprogramma in de praktijk. Vanwege de beperkte deelname van hulpverleners in het sociaal domein en zorgverzekeraars aan de focusgroepen en interviews is hun perspectief mogelijk onderbelicht gebleven.

Veranderingen in het veld gaan snel

Zowel de kwantitatieve (vragenlijsten onder gemeenten, uitvraag van de verschillende interventies) als kwalitatieve data (focusgroepen en interviews) zijn verzameld in de periode augustus 2022 tot en met oktober 2022. De ontwikkelingen in het veld volgen elkaar snel op. Zo is na de peildatum van 1 oktober 2022 in veertig gemeenten gestart met Nu Niet Zwanger (GGD GHOR Nederland, 2023). De doorlooptijd van het analyseren, schrijven en opmaak van de factsheet leidt er toe dat een deel van de resultaten al enigszins achterhaald zijn.

Secundair gebruik van data is essentieel maar vraagt verbetering

Beschikbaarheid van data is en blijft belangrijk om het actieprogramma te kunnen blijven monitoren en evalueren. In deze factsheet hebben we gebruik gemaakt van vragenlijsten en uitvraag per mail van recente gegevens bij landelijke organisaties en afzonderlijke JGZ-organisaties. Tijdens deze uitvraag liepen we tegen diverse beperkingen aan, waaronder non-respons of incomplete respons. Zo konden gemeenten en JGZ-organisaties niet allemaal voldoen aan het verzoek om data aan te leveren, bijvoorbeeld door arbeidskrapte en werkdruk. Hierdoor zijn de data voor verschillende indicatoren niet compleet, wat een vertekend

beeld kan geven. Voor diverse uitkomstindicatoren en achtergrondkenmerken hebben we DIAPER gebruikt, een data-infrastructuur met gegevens vanuit Perined (zwangerschap en geboorte), Vektis (zorggebruik en zorguitgaven) en microdatabestanden van het CBS. De beschikbaarheid van data via DIAPER was vertraagd, en niet verbeterd ten opzichte van vorige jaren. In de toekomst zal de behoefte blijven bestaan maatschappelijke vragen te beantwoorden en onderzoek te doen met behulp van gekoppelde databestanden. Daarom blijft het nodig de processen omtrent het beschikbaar stellen van gegevens voor onderzoek en monitoring (secundair gebruik) blijvend te verbeteren. Het RIVM zal de procedures rondom het secundair datagebruik de komende jaren met partijen zoals Perined, CBS en Vektis verder afstemmen. Ook zullen de koppelingen met de CBS-microdata verder worden verbeterd om het gebruik toegankelijker te maken. Verder zijn veel gegevens nog niet landelijk beschikbaar. Ten slotte is het de verwachting dat het een aantal jaar zal duren voordat de JGZ-data landelijk zijn ontsloten en kunnen worden gebruikt om beleidsprogramma's als Kansrijke Start te monitoren.

Herformulering indicatoren gewenst

Het doel van de monitor is het evalueren van het actieprogramma Kansrijke Start, zowel voor en tijdens de zwangerschap als na de geboorte. Vanwege de beperkingen in de beschikbare data kan niet voor alle 15 indicatoren een volledig beeld worden gegeven. Tegelijkertijd staan sommige indicatoren ter discussie wat betreft hun relevantie, betekenis en link met het actieprogramma. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aanbod van CenteringOuderschap en het aantal uithuisplaatsingen. Daarnaast zijn in de vervolgaanpak Kansrijke Start nieuwe doelstellingen geformuleerd. Het is daarom belangrijk om in de komende tijd kritisch te evalueren of alle indicatoren nog overeenkomen met de doelstellingen van het actieprogramma en of de basisset moet worden bijgesteld. Ook zal het RIVM het komende jaar verkennen hoe de monitor Kansrijke Start verbonden kan worden aan de monitor Onbedoelde Zwangerschappen. Sinds 2018 is met een zevenpuntenplan een impuls gegeven om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen en (aanstaande) zwangere vrouwen te ondersteunen. Hier maakt het actieprogramma Kansrijke Start deel van uit. Zowel de kritische evaluatie als integratie van de monitors zal de komende tijd meer vorm krijgen en van invloed zijn op de landelijke monitor en Regiobeeld.

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- **Beschouwing**
- Referenties

Tot slot

Vanuit de monitor blijkt dat de beweging die het actieprogramma Kansrijke Start de afgelopen jaren in gang heeft gezet, verder doorgaat. De samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, op zowel lokaal als landelijk niveau, blijft verbeteren. Er blijven echter ook knelpunten bestaan. Er is behoefte aan meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheden op zowel uitvoerings- als financieel gebied. Ook is meer aandacht gewenst voor de praktische uitvoering en de samenwerking met (aanstaande) ouders. Een gelijkwaardig aanbod aan interventies in elke gemeente en tegelijkertijd ruimte voor maatwerk zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

Kansenongelijkheden en de negatieve effecten op de gezondheid hebben zich over jaren en meerdere generaties ontwikkeld en zullen niet in een paar jaar zijn opgelost. Het zal een lange adem vergen om de eerste effecten van het actieprogramma op de volksgezondheid te kunnen zien. In de komende jaren zal blijken hoe de vervolgaanpak bij kan dragen aan een kansrijke start van ieder kind nu en in de toekomst.

Het RIVM is door het ministerie van VWS gevraagd om de monitoring voort te zetten. Daarbij zal oog zijn voor een evaluatie en herformulering van de indicatorenset. Hierbij zal intensief worden samengewerkt met de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start. Daarnaast zal de monitor Kansrijke Start worden geïntegreerd met de monitor Onbedoelde (tiener)zwangerschappen.

Referenties

Barker, D. J. P. (2006). Adult Consequences of Fetal Growth Restriction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49(2), 270–283.

Been, J. V., Lugtenberg, M. J., Smets, E., van Schayck, C. P., Kramer, B. W., Mommers, M., & Sheikh, A. (2014). Preterm Birth and Childhood Wheezing Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 11(1), e1001596.

Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science*, 343(6178), 1478–1485.

CBS. (2021, januari). Gemeentelijke indeling op 1 januari 2021. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(7244), 1240–1240.

GGD GHOR Nederland. (2023). Factsheet NNZ: 40 nieuwe gemeenten van start met Nu Niet Zwanger.

Hanson, M. A., & Gluckman, P. D. (2015). Developmental origins of health and disease – Global public health implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(1), 24–31.

Hille, E. T. M., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B., Jacobusse, G. W., Ens-Dokkum, M. H., de Groot, L., Wit, J. M., Geven, W. B., Kok, J. H., de Kleine, M. J. K., Kollée, L. A. A., Mulder, A. L. M., van Straaten, H. L. M., de Vries, L. S., van Weissenbruch, M. M., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2007). Functional Outcomes and Participation in Young Adulthood for Very Preterm and Very Low Birth Weight Infants: The Dutch Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants at 19 Years of Age. *Pediatrics*, 120(3), e587–e595.

Hoftiezer, L., Hof, M. H., Dijs-Elsinga, J., Hogeveen, M., Hukkelhoven, C. W., & van Lingen, R. A. (2019). From population reference to national standard: new and improved birthweight charts. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(4), 383.e1–383.e17.

Jeeninga, W., & Cloin, J. C. M. (2021). Nu niet zwanger in Midden-Brabant: Bereik en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Tranzo, Tilburg University.

Johnson, C. J., Beitchman, J. H., & Brownlie, E. B. (2010). Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(1), 51–65.

Kelly, M. P. (2018). How to make the first thousand days count. *Health Promotion Journal of Australia*, 29, 17–21.

Lagendijk, J., Steegers, E. A. P., & Been, J. V. (2019). Inequity in postpartum healthcare provision at home and its association with subsequent healthcare expenditure. *European Journal of Public Health*, 29(5), 849–855.

Laureij, L. T., van der Hulst, M., Lagendijk, J., Been, J. V., Ernst-Smelt, H. E., Franx, A., & Lugtenberg, M. (2021). Insight into the process of postpartum care utilisation and in-home support among vulnerable women in the Netherlands: an in-depth qualitative exploration. *BMJ Open*, 11(9), e046696.

Luu, T. M., Katz, S. L., Leeson, P., Thébaud, B., & Nuyt, A. M. (2015). Preterm birth: risk factor for early-onset chronic diseases. *Canadian Medical Association Journal*, 188(10), 736–746.

Mejdoubi, J. (2014). The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg. Vrije Universiteit Amsterdam.

Molenaar, J. M., van der Meer, L., Bertens, L. C. M., de Vries, E. F., Waelput, A. J. M., Knight, M., Steegers, E. A. P., Kiefte-de Jong, J. C., & Struijs, J. N. (2022). Defining vulnerability subgroups among pregnant women using pre-pregnancy information: a latent class analysis. *European Journal of Public Health*, 33(1), 25–34.

NCJ. (2012). Startpagina richtlijn: Overgewicht (2012). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

NCJ. (2018). JGZ-richtlijn taalontwikkeling. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Monitor Kansrijke Start 2022

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- **Referenties**

NCJ. (2022). Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ' bij zwangeren in een kwetsbare situatie is beschikbaar. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Rijlaarsdam, C. W., Leget, C., & Steegers, E. A. P. (2022, 15 augustus). Onbedoelde zwangerschap bij complexe problematiek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Rijnders, M., Detmar, S. B., & Herschderfer, K. C. (2016). Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015. TNO Publications.

RIVM. (2010). Onderzoek naar de relatie tussen geboortegewicht en chronische ziekten in het Maastricht cohort. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM. (2011). Geboortegewicht en chronische ziekten: Resultaten van de EPIC-NL studie. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM. (2019a). Indicatoren Kansrijke Start - Een Delphi-studie. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM. (2019b). Monitor Kansrijke Start 2019. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM. (2020). Monitor Kansrijke Start 2020. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM. (2021). Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start: een Delphi-studie. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM. (2022). Monitor Kansrijke Start 2021. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Roseboom, T. (2018). De eerste 1000 dagen - Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief (1ste editie). de Tijdstroom.

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. Birth, 33(3), 210-220.

Sonnenschein-van der Voort, A. M. M., Arends, L. R., de Jongste, J. C., Annesi-Maesano, I., Arshad, S. H., Barros, H., Basterrechea, M., Bisgaard, H., Chatzi, L., Corpeleijn, E., Correia, S., Craig, L. C., Devereux, G., Dogaru, C., Dostal, M., Duchon, K., Eggesbø, M., van der Ent, C. K., Fantini, M. P., . . . Duijts, L. (2014). Preterm birth, infant weight gain, and childhood asthma risk: A meta-analysis of 147,000 European children. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 133(5), 1317-1329.

Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte. (2009). Stuurgroepadvies - Een goed begin. CPZ.

Van der Meer, L., Ernst, H., Blanchette, L., & Steegers, E. (2020). Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk? Medisch Contact, 22, 34-35.

Van Rossem, R., & Pannecoucke, I. (2019). Poverty and a child's height development during early childhood: A double disadvantage? A study of the 2006-2009 birth cohorts in Flanders. PLoS ONE, 14(1), e0209170.

Volksgezondheidszorg.info. (z.d.). Zwangerschap: begeleiding in de eerste lijn. Prestatie-indicatoren gezondheidszorg.

VWS. (2018a). Onbedoelde (tiener)zwangerschappen: een zevenstappenplan. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS. (2018b, 12 september). Actieprogramma Kansrijke Start. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS. (2020). Wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege het opnemen daarin van een gemeentelijke taak om prenataal huisbezoek te verrichten. In *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* (Kamerstuk 35593, nr. 3).

VWS. (2021, 7 juli). Kamerbrief bouwstenen voor fundament onder toekomstig preventiebeleid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS. (2022, 3 juni). Kamerbrief over vervolgaanpak actieprogramma Kansrijke Start 2022-2025. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Monitor Kansrijke Start 2022

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties**

Waelput, A. J., Rijlaarsdam, C. W., & Steegers, E. A. (2022). Preconception health and choices: Tailored solutions for prospective parents. *International Journal of Birth and Parental Education*, 9(2), 22–26.

Wagijo, M. R., Crone, M. R., van Zwicht, B. S., van Lith, J. M. M., Schindler Rising, S., & Rijnders, M. E. B. (2022). CenteringPregnancy in the Netherlands: Who engages, who doesn't, and why. *Birth*, 49(2), 329–340.

Zorginstituut Nederland. (2016, 28 juni). Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (versie 1.1).

- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht
- 13 Spraak-taal
- 14 Overgewicht
- 15 Uithuisplaatsingen
- Ervaringen
- Beschouwing
- Referenties

Toelichting bronverwijzing CBS-microdata

Indicator 8: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van Perined data gecombineerd met niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, Personen die ooit een schuldsanering hebben gekregen via de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wnsp) en wanbetalers Zorgverzekeringswet.

Indicator 10: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van Vektis data en niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen en Zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Indicator 11: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van Perined data gecombineerd met niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Inkomen van huishoudens, vermogens van huishoudens, personen sociaaleconomische categorie, banen en lonen op basis van de Polisadministratie, in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven levendgeboren personen, persoonskenmerken van alle in de GBA ingeschreven personen, de datum van overlijden van personen die ingeschreven staan in de GBA, Personen die ooit een schuldsanering hebben gekregen via de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wnsp), wanbetalers Zorgverzekeringswet, trajecten jeugdbescherming aan jeugdigen, trajecten jeugdhulp aan

jeugdigen, Personen die ooit een schuldsanering hebben gekregen via de Wet schuldsanering natuurlijke personen Strafrechtelijk gedetineerden met hun zwaarste misdrijf, delictkenmerken van personen die door de politie zijn geregistreerd als verdachte van een misdrijf, geregistreerde slachtoffers van een misdrijf, huishoudenskenmerken van in GBA ingeschreven personen, adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregisters ingeschreven (hebben ge)staan, GBA opgenomen personen, nevendiagnosen bij Diagnose Behandeling Combinatie-trajecten in de Geestelijke Gezondheidszorg hoofddiagnose, geopende Diagnose Behandeling Combinatie-trajecten in de Geestelijke Gezondheidszorg hoofddiagnose, scheidingen waarbij ten minste één van de partners op het moment van de scheiding in het bevolkingsregister van een Nederlandse gemeente staat ingeschreven, eigendom van woningen, nabijheid verblijfsobject en zorgvoorziening, gemeente-, wijk- en buurtcodes van aanvullende verblijfsobjecten, numerieke postcode van een verblijfsobject, maatwerkbestand Asielcohort 201401-202110, hoogst behaald en hoogst gevolgd opleidingsniveau en opleidingsrichting van de bevolking in Nederland, motorvoertuigenpark met kenmerken van voertuigen op kentekenniveau, en Zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Indicator 15: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, trajecten jeugdbescherming aan jeugdigen, trajecten jeugdhulp aan jeugdigen.

Auteurs

Agatha van Meijeren-van Lunteren

Inge Boesveld

Joyce Molenaar

Marlin Leemhuis

Agata Prusak

Roy Hendrikx

Jeroen Struijs

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid

en Milieu

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

Deze uitgave is tot stand gekomen met medewerking
van instanties die cijfers hebben aangeleverd.

april 2023

De zorg voor morgen begint vandaag