



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Monitor Kansrijke Start **2024**



Monitor Kansrijke Start 2024

RIVM-rapport 2025-0057

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2025-0057

A.W. van Meijeren-van Lunteren (auteur), RIVM

A.J. Brouwer-Prusak (auteur), RIVM

J.M. Molenaar (auteur), RIVM

I.C. Boesveld (auteur), RIVM

G.C. Crone (auteur), RIVM

P.P.F. Klein (auteur), RIVM

B.E.P. Snijders (auteur), RIVM

M.P.H. Koster (auteur), RIVM

Contact:

kansrijkestart@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van het actieprogramma Kansrijke Start.

Publiekssamenvatting

Monitor Kansrijke Start 2024

De meeste kinderen in Nederland worden gezond geboren en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving, maar niet allemaal. Sinds 2018 bestaat het actieprogramma Kansrijke Start, waarmee gemeenten initiatieven kunnen opzetten om ouders vóór, tijdens, en na de zwangerschap te ondersteunen. Het RIVM volgt sinds 2019 in hoeverre zulke initiatieven zijn opgezet en hoe de gezondheid van jonge kinderen zich ontwikkelt.

Uit deze zesde monitor blijkt dat weer meer gemeenten (in totaal 90 procent) afspraken hebben gemaakt om samen te werken aan een goede start voor kinderen. Professionals uit het sociaal en medische domein (zoals geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en gemeenten) werken steeds beter samen, ook regionaal. Samenwerken is belangrijk om problemen vroeg te signaleren, snel naar elkaar door te kunnen verwijzen en (aanstaande) ouders te ondersteunen. Ook bieden gemeenten inwoners steeds meer initiatieven aan, zoals Nu Niet Zwanger.

Er zijn nog wel verbeteringen mogelijk. Zo zijn veel gemeenten bezig om meer ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders te betrekken bij de ontwikkeling van de initiatieven. Het is belangrijk om hen mee te laten denken, omdat het programma dan goed aansluit bij wat zij nodig hebben.

Verder laat de monitor, net als de vorige keer, zien dat nog veel kinderen in Nederland worden geboren in moeilijke omstandigheden, zoals armoede. Gezinnen maken dan bijvoorbeeld minder vaak gebruik van kraamzorg. Ook blijkt dat 16,5 procent van de aanstaande ouders last heeft van psychische problemen, en 33 procent van de moeders na de bevalling last heeft van depressie, angst of stress.

Ook hebben steeds meer heel jonge kinderen overgewicht (10,3 procent in 2024 versus 8,4 procent in 2018). Daarnaast loopt de spraak- en taalontwikkeling van kinderen van 2 jaar steeds vaker achter (6,5 procent in 2024 ten opzichte van 5,4 in 2018).

Het is nog te vroeg om te kunnen zeggen dat Kansrijke Start een vast onderdeel van gemeentelijk beleid is geworden en blijft bestaan. Ook kost het tijd voordat resultaten zijn te zien. Gemeenten en andere betrokken partijen maken zich zorgen of en hoe de landelijke ondersteuning vanuit VWS en de financiering van Kansrijke Start in de toekomst blijft bestaan. Aandacht voor de gezondheid vóór, tijdens en na de zwangerschap, blijft noodzakelijk, zowel landelijk, als regionaal en lokaal.

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

Synopsis

Monitor Solid Start 2024

Most children in the Netherlands are born and grow up healthy in a safe and protected environment, but not all of them. The action programme *Solid Start* (in Dutch: *Kansrijke Start*), launched in 2018, makes it possible for municipalities to set up initiatives to support parents before, during and after pregnancy. Since 2019, RIVM has been monitoring the extent to which such initiatives have been set up and how the health of young children is developing.

This sixth monitor shows that the number of municipalities that have signed collaboration agreements to give children a proper start has continued to grow (to 90% in total). In addition, the collaboration between professionals from the social and medical domains (such as maternity care, youth healthcare and municipalities) has continued to improve, including at the regional level. Collaboration is important in order to identify problems early on, to be able to refer people quickly and to support existing or expectant parents. Municipalities also offer residents an increasing number of initiatives, such as *Not Pregnant Now* (in Dutch: *Nu Niet Zwanger*).

Even so, there is still room for improvement. For example, many municipalities are still working on getting experiential experts, as well as existing and expectant parents, more involved when developing initiatives. It is important to have them contribute ideas, as this will help align the programme with their needs.

The monitor also shows, as it did the last time, that many children continue to be born in the Netherlands in difficult circumstances, like poverty. Families in that situation are less likely to use facilities like maternity care. Moreover, 16.5% of expectant parents suffer from mental health problems, and 33% of mothers suffer from depression, anxiety or stress after giving birth.

Furthermore, an increasing number of infants are overweight (10.3% in 2024, up from 8.4% in 2018). Additionally, the speech and language development of two-year-olds is increasingly lagging behind (6.5% in 2024 compared to 5.4% in 2018).

It is too early to say that *Solid Start* has become a permanent part of municipal policy and will remain so. It also takes time before results become apparent. Municipalities and other stakeholders are concerned if and to what extent national support from the Ministry of Health, Welfare and Sport and the funding of *Solid Start* will continue to exist in the future. Focus on health before, during and after pregnancy continues to be necessary, at the national, regional and local levels.

Keywords: Solid Start, monitor, maternity care, families in vulnerable situations, collaboration, local coalitions

Inhoud

Inleiding	11
Actieprogramma: alle kinderen een Kansrijke Start	11
Het RIVM monitort het actieprogramma Kansrijke Start	11
Leeswijzer	11
Methode	13
Kwantitatief onderzoek	13
Kwalitatief onderzoek	13
Resultaten Deel 1: Overzicht resultaten indicatoren	15
Programmabreed	17
Vóór de zwangerschap	25
Tijdens de zwangerschap	31
Na de geboorte	44
Inzet interventies en activiteiten	57
Resultaten Deel 2: Ervaringen met het actieprogramma Kansrijke Start	59
Samenwerking op verschillende niveaus	59
Gezamenlijk leren	61
Verankering en transitie	62
Resultaten Deel 3: Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start	65
Activiteiten 2024	65
Monitoring door gemeenten	65
Plannen voor 2025	66
Beschouwing	67
Samenvatting resultaten	67
Resultaten in perspectief	68
Reflectie op methode	70
Tot slot	71
Bijlage 1: Toelichting bronverwijzing	72
Literatuur	73
Afkortingenlijst	74

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. 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 voor zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid, welzijn en ontwikkeling (1-6).

In 2018 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het landelijke actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd. Dit actieprogramma richt zich op kinderen in de eerste 1.000 dagen van hun leven (-12 maanden tot 2 jaar) en heeft speciaal aandacht voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Het actieprogramma Kansrijke Start zet daarom via het stimuleren en faciliteren van lokale coalities Kansrijke Start in elke gemeente in op het versterken van de samenwerking tussen professionals in het medisch en sociaal domein onderling en het informeel netwerk. Er is geen specifieke blauwdruk voor een lokale of regionale ketenaanpak Kansrijke Start. Een aanpak voor een Kansrijke start bestaat uit verschillende, samenhangende onderdelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het vormen van een lokale of regionale coalitie, samenwerkingsafspraken, vroegsignalering, erkende interventies inzetten, monitoring of borging van de aanpak (7). De inzet is afhankelijk van de lokale situatie. Meer informatie over de kern en het belang van het actieprogramma is te vinden op kansrijkestart.nl.

Het RIVM monitort het actieprogramma Kansrijke Start

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) volgt sinds 2019 de voortgang van het actieprogramma Kansrijke Start op landelijk niveau. Als onderdeel van de monitor Kansrijke Start ondersteunt het RIVM gemeenten bij het inrichten van hun monitoring op lokaal niveau. Voor de monitoring van Kansrijke Start is in 2019 een indicatorenset vastgesteld met een panel van experts uit praktijk, wetenschap en beleid (8). Deze indicatorenset is in 2024 herzien en bestaat inmiddels uit achttien indicatoren (Tekstbox 1). Het RIVM rapporteert elk jaar de voortgang van Kansrijke Start op basis van de meest recente indicatoren (9-13) en ervaringen van mensen die betrokken zijn bij Kansrijke Start.

Leeswijzer

In dit rapport vindt u de meest recente gegevens van de achttien indicatoren, en de ervaringen van betrokkenen met het actieprogramma Kansrijke Start. Algemene informatie over de monitor en uitgebreide uitleg van de indicatoren staat op de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](https://kansrijkestart.nl). Dit rapport verwijst regelmatig naar deze website. De website en dit rapport vormen een geheel.

Allereerst volgt een beknopte methode sectie waarin de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken van dit rapport worden toegelicht. Vervolgens volgt in drie delen de resultaten van de monitor Kansrijke Start. Deel 1 van de resultaten omvat de kwantitatieve resultaten, wat start met een overzicht van de meest recente cijfers van de achttien landelijke indicatoren. Vervolgens wordt iedere indicator afzonderlijk besproken. In dit deel staat ook informatie over de inzet van interventies of activiteiten rondom Kansrijke Start. Deel 2 van de resultaten omvat een kwalitatief onderdeel waarin de ervaringen van betrokkenen met het landelijke actieprogramma Kansrijke Start worden beschreven. Deel 3 van de resultaten beschrijft de activiteiten waarmee het RIVM gemeenten heeft ondersteund bij hun lokale monitoring (de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start). Er wordt afgesloten met een beschouwing op de resultaten.

Tekstbox 1. Herziening indicatoren

Vanaf 2019 werd voor de Monitor Kansrijke Start de indicatorenset gebruikt zoals vastgesteld met een Delphi-onderzoek (8). In 2024 vond er een herziening plaats van de indicatorenset wegens veranderingen binnen het actieprogramma en de beschikbaarheid van de data. De herziening van de indicatorenset is uitgevoerd met een aangepaste Delphi-methode waarbij verschillende experts en ervaringsdeskundigen waren betrokken.

De herziening bestond uit twee rondes: een online vragenlijst en een online bijeenkomst. Er zijn in totaal vier indicatoren uit de oude set verwijderd en zeven nieuwe indicatoren toegevoegd. Elf indicatoren zijn dus gelijk gebleven ten opzichte van de vorige rapportages. Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de methode van de herziening van de indicatoren.

Methode

Op de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) staat meer informatie over de verschillende gebruikte databronnen. Ook vindt u hier de definities van de indicatoren en de gegevens en databronnen waarmee ze bepaald zijn. Hieronder volgt in het kort een toelichting op de [methode](#) van deze rapportage.

Kwantitatief onderzoek

Vragenlijst onder alle Nederlandse gemeenten

Het RIVM heeft in het kader van de GALA-monitor in het voorjaar van 2025 alle 342 Nederlandse gemeenten¹ een online vragenlijst gestuurd. Op de website van de GALA-monitor is de volledige [vragenlijst](#) te bekijken. Het onderdeel Kansrijke Start van de vragenlijst is door 315 gemeenten ingevuld (92%). De volledige methodebeschrijving van de vragenlijst is te vinden in de [GALA-monitor](#). Binnen het onderdeel 'ketenaanpak Kansrijke Start' werd gevraagd naar activiteiten op het gebied van Kansrijke Start. De resultaten van de vragenlijst worden gebruikt om vier van de achttien indicatoren (indicatoren 1, 2 en 3 en 7) te kwantificeren. Ook zijn er verdiepende vragen gesteld in de vragenlijst om de resultaten van deze indicatoren te duiden. Daarnaast zijn er gegevens uitgevraagd rondom de inzet en het gebruik van interventies en [regiobeeld.nl/kansrijkestart](#). Deze resultaten zijn in dit rapport gepresenteerd bij de onderdelen 'Inzet interventies menukaart Kansrijke Start en activiteiten' en 'Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start' (deel 3 van de resultaten).

Uitvraag bij verschillende landelijke- en lokale organisaties

Voor zeven van de achttien indicatoren van de monitor Kansrijke Start (indicatoren 4, 5, 8, 12, 16, 17 en 18) wordt gebruik gemaakt van aangeleverde gegevens vanuit verschillende landelijke- en lokale organisaties, zoals GGD-GHOR, JGZ-organisaties en Trimbos.

Landelijke registratiedata via DIAPER

Voor zeven van de achttien indicatoren van de monitor Kansrijke Start wordt gebruik gemaakt van de Data-InfrAstructure for ParEnts and ChildRen ([DIAPER](#); indicator 6, 9, 10, 11, 13, 14 en 15). Jaarlijks voeren de verschillende databeheerders updates door. Hierdoor kunnen kleine verschillen ontstaan in de gepresenteerde percentages ten opzichte van de publicaties van de monitor Kansrijke Start in vorige jaren. De indicatoren op basis van CBS-data konden gepresenteerd worden tot en met 2023. Indicatoren op basis van Vektis-data konden gepresenteerd worden tot en met 2022. Gegevens op basis van Perined-data konden gepresenteerd worden tot en met 2021 (zie ook Tekstbox 9).

Voor zover mogelijk worden deze indicatoren uitgesplitst naar sociaaleconomische achtergrondkenmerken (inkomensklasse en opleidingsniveau) en een meervoudig kwetsbare situatie. Een meervoudig kwetsbare situatie betekent dat er verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen tegelijk aanwezig zijn (bijvoorbeeld sociaaleconomisch, psychosociaal en medisch; zie ook indicator 14). Daarnaast is er vaak een gebrek aan beschermende factoren. Op de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) is meer informatie te lezen over het meten van- en onderzoek naar kwetsbaarheid.

Kwalitatief onderzoek

Voor de dataverzameling van het kwalitatieve onderzoek zijn in het voorjaar van 2025 focusgroepen en interviews gehouden met verschillende betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start. De deelnemers waren vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, kennis- en onderzoeksinstituten, gemeenten, netwerken, zorgverleners en ervaringsexperts. De gesprekken waren bedoeld om inzicht te krijgen in de ervaringen rondom de voortgang van het actieprogramma Kansrijke Start. In totaal namen 24 personen deel aan drie focusgroepen (met 4 tot 8 personen) en zijn er drie interviews geweest (met 1 of 2 personen).

¹ Dit was het totale aantal gemeenten in Nederland op 1 januari 2025.

Globaal bestond ieder gesprek uit drie onderdelen:
1) algemene ervaringen met Kansrijke Start en domeinoverstijgende samenwerking, 2) verdiepende thema's, zoals vakmanschap professionals, betrekken van ervaringskennis-/ deskundigheid, vroegsignalering, en aandacht voor preconceptionele gezondheid, en 3) verankering en duurzame borging van Kansrijke Start.

Voor de dataverzameling zijn focusgroepen en interviews gehouden in het voorjaar van 2025 met verschillende betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start. Op de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) is meer informatie te lezen over de gebruikte methode.

Resultaten

Deel 1: Overzicht resultaten indicatoren

Deze monitor heeft zich op achttien indicatoren gericht, die zijn verdeeld in vier thema's, namelijk: programmabreed, voorafgaand aan de zwangerschap, tijdens de zwangerschap, en na de zwangerschap. De meest recente resultaten van de achttien indicatoren staan in onderstaand

overzicht (Tabel 1). Van elke indicator staat op de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) het belang, de berekening, de wijze van dataverzameling en de gebruikte brongegevens beschreven. De resultaten van elke afzonderlijke indicator worden hierna verder toegelicht.

Tabel 1. Overzicht resultaten monitor Kansrijke Start 2024

Thema's	Indicatoren	Duiding trend
Programmabreed	1. 90% gemeenten met een lokale of regionale coalitie (2024)	↑
	2. 55% gemeenten met aandacht voor een vitale coalitie (2024)	×
	3. 41% gemeenten waarbij ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders betrokken zijn (2024)	×
Voor de zwangerschap 	4. 89% gemeenten aangesloten bij Nu Niet Zwanger (2024)	↑
	5. 49% vrouwen die in de vier weken vóór de zwangerschap roken, alcohol drinken en/of wiet of hasj gebruiken (2023)	↓
	6. 2,8 per 1.000 zwangere vrouwen met een preconceptieconsult / kinderwenspreekuur (2022)	↑
Tijdens de zwangerschap 	7. 99% gemeenten met prenatale huisbezoeken door de JGZ (2024)	↑
	8. 43% verloskundigenpraktijken die 'CenteringZwangerschap' aanbieden (2024)	↑
	9. Onbekend % start zwangerschapsbegeleiding na de 10 ^e week van de zwangerschap	×
	10. 3,0% zwangeren en/of partners met problematische schulden in het jaar van bevalling (2023)	↔
	11. 17% zwangeren en/of partner met psychische problematiek (2022)	×
	12. 88% verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) waarin afspraken zijn gemaakt over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren (2024)	×

Thema's	Indicatoren	Duiding trend
Na de geboorte 	13. 2,5% gezinnen die geen kraamzorg afnemen (2022)	↔
	14. 6,5% kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie (2023)	↓
	15. 15% vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap (2021)	↓
	16. 6,5% negatieve score op spraak-taal ontwikkeling rond twee jaar (2024)	↑
	17. 10% overgewicht (inclusief obesitas) rond twee jaar (2024)	↑
	18. 33% vrouwen met depressie-, angst en/of stressklachten na de bevalling (2023)	×

Bij de indicatoren zijn symbolen toegevoegd om in een oogopslag duiding te geven aan de trend van de resultaten:

- ↑ Er is een stijging te zien van de indicatoruitkomst over de jaren
- ↓ Er is een daling te zien van de indicatoruitkomst over de jaren
- ↔ Indicatoruitkomst is nagenoeg niet gestegen of gedaald over de jaren
- ×

De symbolen voor stijging en daling kunnen in de volgende kleuren weergegeven zijn:

- = ontwikkelt zich in de gewenste richting
- = ontwikkelt zich niet in gewenste richting

In het geval van een trend over meerdere jaren: er is niet getoetst of de stijgingen/dalingen statistisch significant zijn.

Programmabreed

1. Gemeenten met een lokale of regionale coalitie: 90%



Er zijn 283 gemeenten met een coalitie, 71 meer dan in 2023

Van de 315 responderende gemeenten gaven 283 gemeenten (90 procent) aan een lokale en/of regionale coalitie Kansrijke Start te hebben. Dit is 83 procent van alle 342 gemeenten in Nederland. Dit is een toename van 71 gemeenten ten opzichte van de Monitor Kansrijke Start 2023. Daarnaast gaven 27 gemeenten (9 procent) aan bezig te zijn met het ontwikkelen van een lokale coalitie en vijf gemeenten (2 procent) gaven aan geen lokale of regionale coalitie te hebben gevormd (Figuur 1). Genoemde redenen hiervoor waren beperkte beschikbaarheid van personeel/capaciteit bij zowel de gemeente als de samenwerkingspartners en het geven van prioriteit aan andere keten-aanpakken of projecten. Op [Regiobeeld](#) zijn kaarten beschikbaar die tonen welke gemeenten een lokale of regionale coalitie hebben.

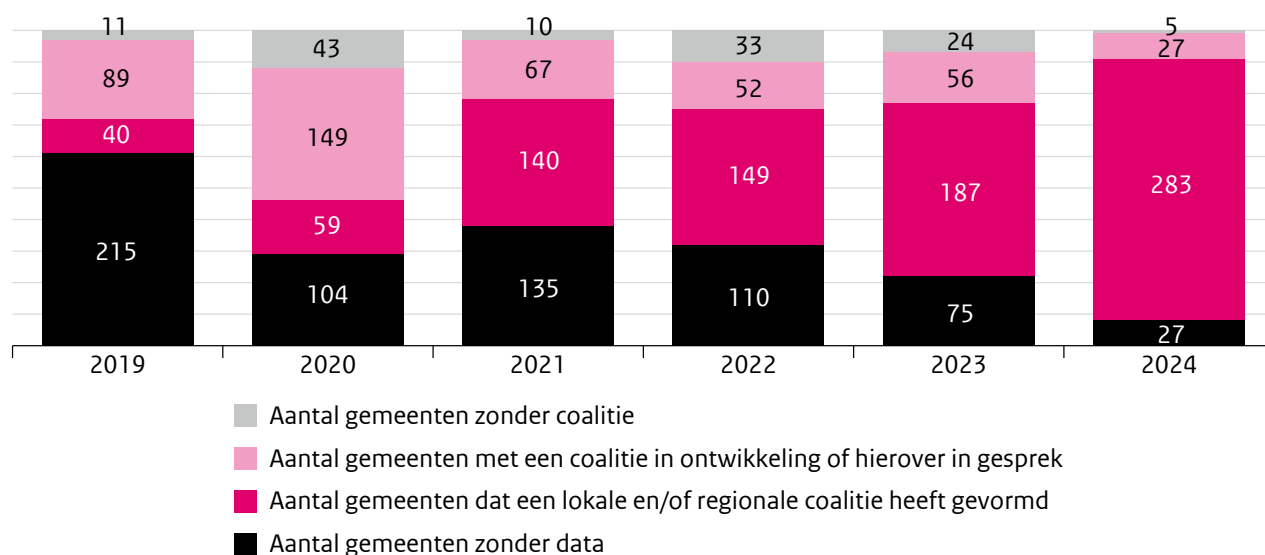
Meerderheid gemeenten werkt samen met andere gemeenten in de regio

Van de 283 gemeenten met een coalitie in 2024 hadden 265 gemeenten (94 procent) een lokale coalitie, terwijl achttien gemeenten (6 procent) alleen een regionale coalitie hadden. Van de gemeenten met een (in ontwikkeling zijnde) lokale coalitie (n=292) werkten 244 gemeenten (84 procent) samen met andere gemeenten om een (sub)regionale coalitie op te zetten of te versterken.

Onzekerheid over structurele middelen meest voorkomende factor die invloed heeft op de voortgang van Kansrijke Start

In totaal gaven 180 gemeenten (57 procent) aan belemmeringen te ervaren bij de verdere implementatie van Kansrijke Start. Van deze gemeenten noemde een grote meerderheid onzekerheid over de beschikbaarheid en hoogte van structurele middelen voor Kansrijke Start (79 procent) en/of dat de SPUK middelen niet voldoende zijn (35 procent). Ook gaven gemeenten aan dat er beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit was bij professionals uit het zorgdomein (57 procent), professionals uit het sociaal domein (41 procent) of bij de gemeente (40 procent). Het gebrek aan samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar (39 procent) en weinig betrokkenheid van de zorgverzekeraar (28 procent) vormden belemmeringen. Tot slot gaf 27 procent van de gemeenten aan nog te wachten op regionale afspraken.

Figuur 1. Het aantal lokale en/of regionale coalities over de periode 2019–2024*



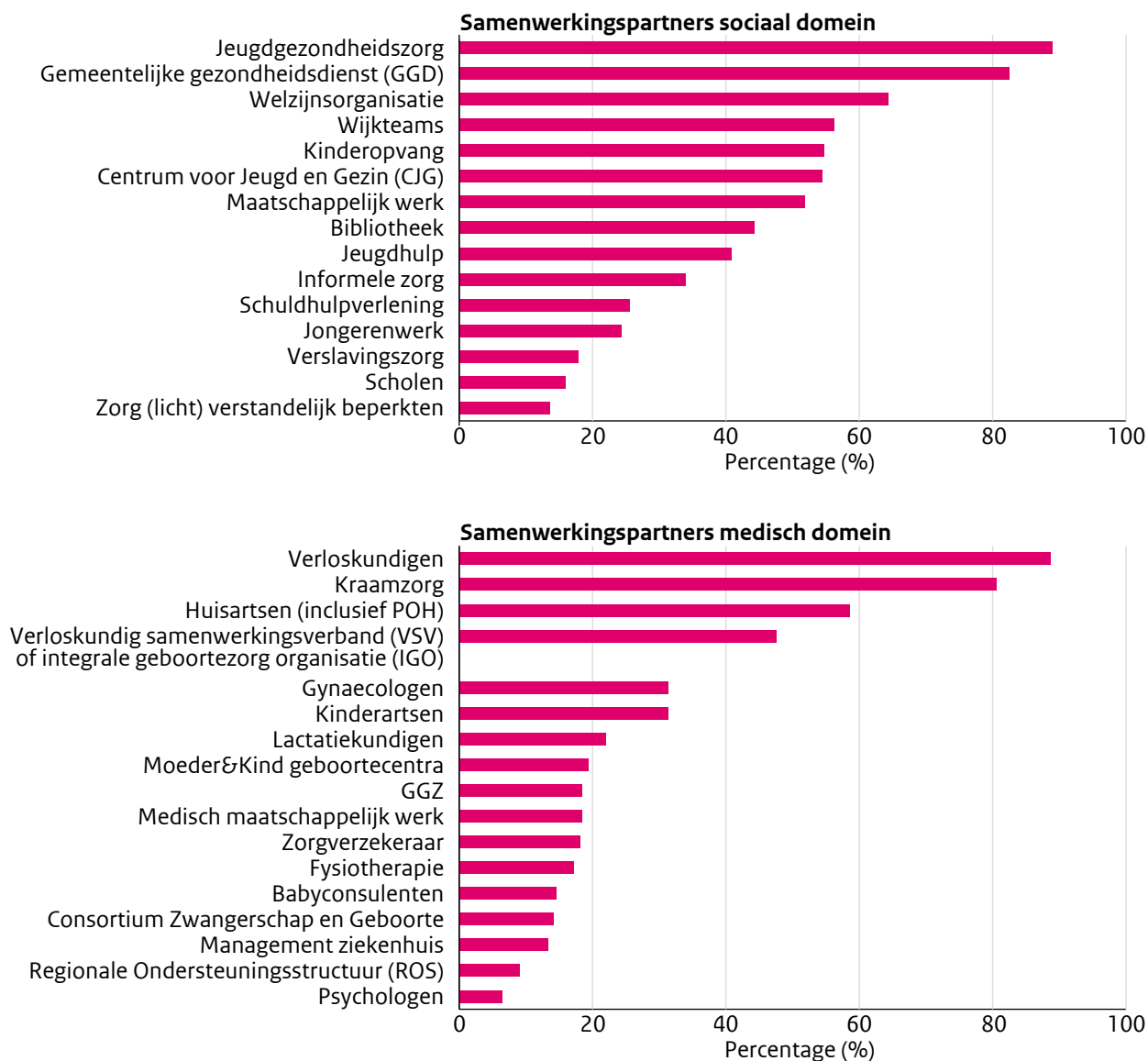
* In 2019 hebben alleen de 150 GIDS-gemeenten de mogelijkheid gehad om de Impuls Kansrijke Start (tranche 1 en 2) aan te vragen. In 2019 waren er 147 gemeenten die de impuls aanvroegen. In 2020 konden ook overige gemeenten middelen aanvragen (tranche 3) en steeg dit aantal naar 275. Van 2019-2021 hebben alleen gemeenten met de Impuls Kansrijke Start (tranche 1, 2 en 3) een vragenlijst van het RIVM gekregen over het vormen van een lokale of regionale coalitie. Vanaf 2022 is de vragenlijst aan alle Nederlandse gemeenten verstuurd.
 Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2025.

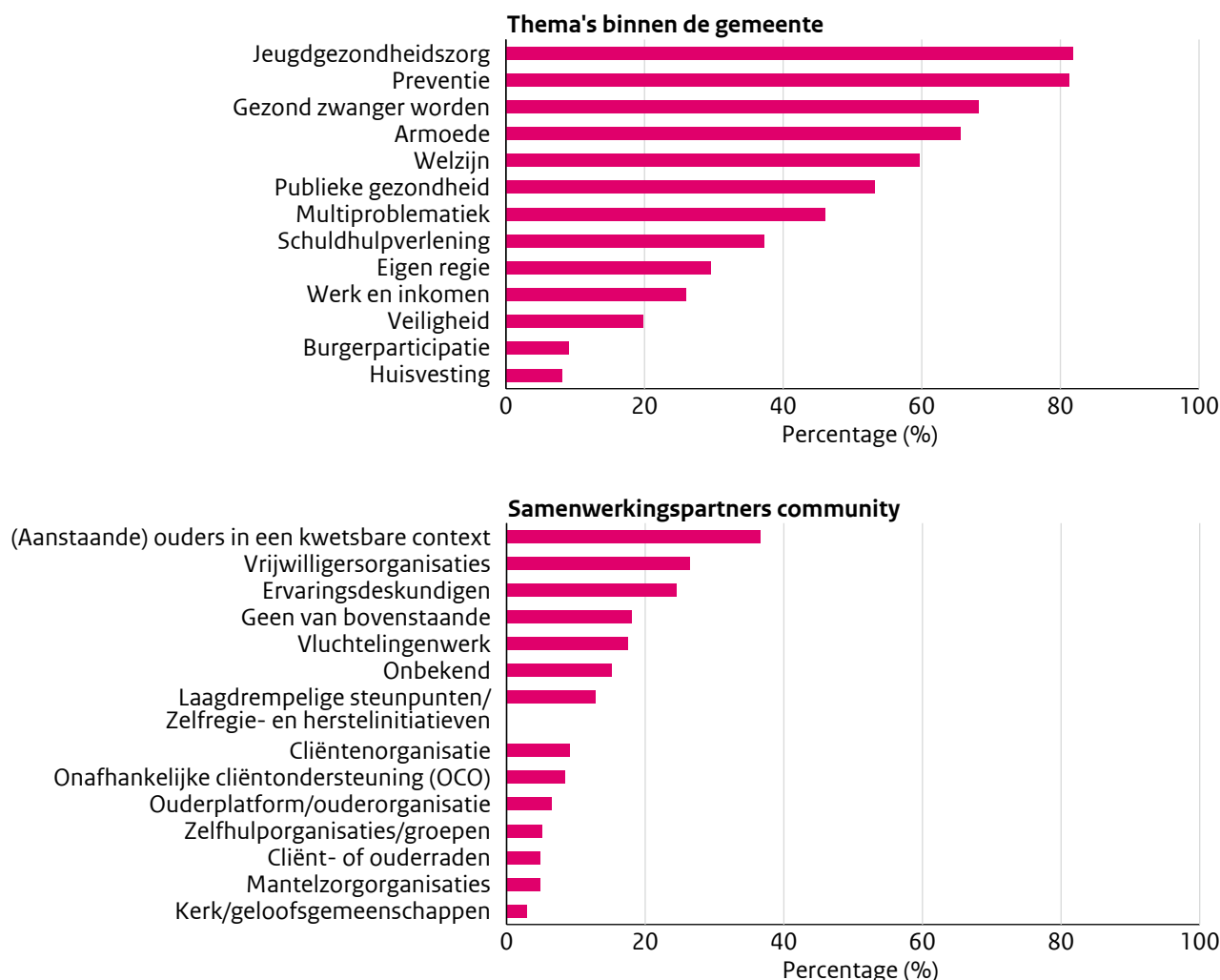
Gemeenten maken stappen met inrichting van Kansrijke Start en werken met veel partijen samen

In totaal beantwoordden 309 gemeenten vragen over de samenwerkingspartners binnen Kansrijke Start. Deze samenwerkingspartners verschillen per gemeente en zijn ingedeeld in vier categorieën: sociaal en publiek domein, medisch domein, community, en thema's binnen de gemeenten. Figuur 2 geeft een overzicht van partijen waarmee gemeenten in 2024 samenwerkten aan Kansrijke Start. Binnen het sociaal en publiek domein waren veel genoemde samenwerkingspartners, de jeugdgezondheidszorg (JGZ) (89 procent), de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) (83 procent) en wijkteams (56 procent). Ook welzijnsorganisaties werden veel genoemd (64 procent). In het medisch

domein werkten gemeenten vaak samen met verloskundigen (89 procent) en kraamzorg (81 procent), ook net als in voorgaande jaren. Binnen de gemeente werd het meest samengewerkt op het thema JGZ (82 procent). De thema's Preventie (81 procent) en Gezond zwanger worden (68 procent), beiden voor het eerst uitgevraagd, werden ook vaak genoemd. Ook binnen de thema's Armoede (66 procent) en Welzijn (60 procent) werd veel samengewerkt. Van de community-partijen werd het meest samengewerkt met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie (37 procent). Daarna werden vrijwilligersorganisaties (27 procent) en ervaringsexperts (25 procent) het meest genoemd door gemeenten als partijen waarmee zij samenwerken. In vergelijking met de andere categorieën kwam samenwerking met community partijen minder vaak voor.

Figuur 2. Partijen waarmee gemeenten samenwerken aan Kansrijke Start





Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Samenwerkingsafspraken over ervaringsinzet en met zorgverzekeraar ontbreken vaak

In totaal hebben 203 gemeenten vragen beantwoord over de samenwerkingsafspraken tussen de gemeente en organisaties in het medisch/sociaal domein. De meest genoemde samenwerkingsafspraken betroffen prenatale huisbezoeken (76 procent), vroegtijdig signaleren (74 procent) en prenatale voorlichting (70 procent). Het minst vaak werden samenwerkingsafspraken gemaakt over ervaringsinzet en het faciliteren van multidisciplinair overleg of intervisie (respectievelijk 18 en 35 procent).

Daarnaast gaven 309 gemeenten aan welke stappen zijn gezet bij het inrichten van hun Kansrijke Start aanpak. De meeste gemeenten gaven aan dat zij een coördinator of projectleider Kansrijke Start (80 procent) hebben, bestuurlijk draagvlak hebben voor de realisatie ervan (77 procent) en/of

dat zij doelstellingen en gezamenlijke ambities rondom Kansrijke Start hebben geformuleerd met samenwerkingspartners (76 procent). Het minst vaak werden genoemd; samenwerkingsafspraken, afspraken over financiering of een getekende overeenkomst met de zorgverzekeraar (respectievelijk 12, 4 en 2 procent). In de [GALA-monitor 2025](#) is meer informatie te vinden over samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraar en gemeente, zowel vanuit de vragenlijst onder gemeenten als een vragenlijst onder zorgverzekeraars.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator. Meer informatie over lokale of regionale coalities staat op www.kansrijkestartnl.nl/lokale-coalities.

2. Gemeenten met aandacht voor een vitale coalitie: 55%



Bijna de helft van de gemeenten voert reflectiegesprekken met alle samenwerkingspartners Kansrijke Start in 2024

Een belangrijk onderdeel van een vitale coalitie is het voeren van periodieke reflectiegesprekken met de samenwerkingspartners van Kansrijke Start binnen de gemeente (zie Tekstbox 2). Van de 283 responderende gemeenten met een lokale en/of regionale coalitie gaven 157 gemeenten (55 procent) aan dat zij periodiek dergelijke gesprekken voerden met alle samenwerkingspartners in hun gemeente. Ten opzichte van alle 342 gemeenten in Nederland was dit 46 procent. Deze gesprekken gaan over hoe de samenwerking verliep en wat deze opleverde, wat aangeeft dat deze gemeenten aandacht besteden aan de vitaliteit van hun coalitie. Daarnaast gaven nog 49 (17 procent) van de responderende gemeenten met een coalitie aan wel reflectiegesprekken te voeren, maar nog niet met alle samenwerkingspartners. Er waren er ook 32 (11 procent) die nog geen reflectiegesprekken voeren, maar dit wel van plan zijn. Van de responderende gemeenten met een coalitie waren er drie (1 procent) die dit niet van plan zijn. Voor de resterende gemeenten was onbekend of zij periodieke reflectiegesprekken voeren.

Van de gemeenten die reflectiegesprekken voerden, gaf 78 procent aan te bespreken of de samenwerking nog voldoende meerwaarde had voor de partners en hun organisaties. Bij 75 procent werd besproken of de coalitie nog voldoende bijdraagt aan het actuele/relevante vraagstuk rondom Kansrijke Start. Daarnaast keek 64 procent naar veranderingen in het speelveld met consequenties voor de coalitie, en werd besproken of er

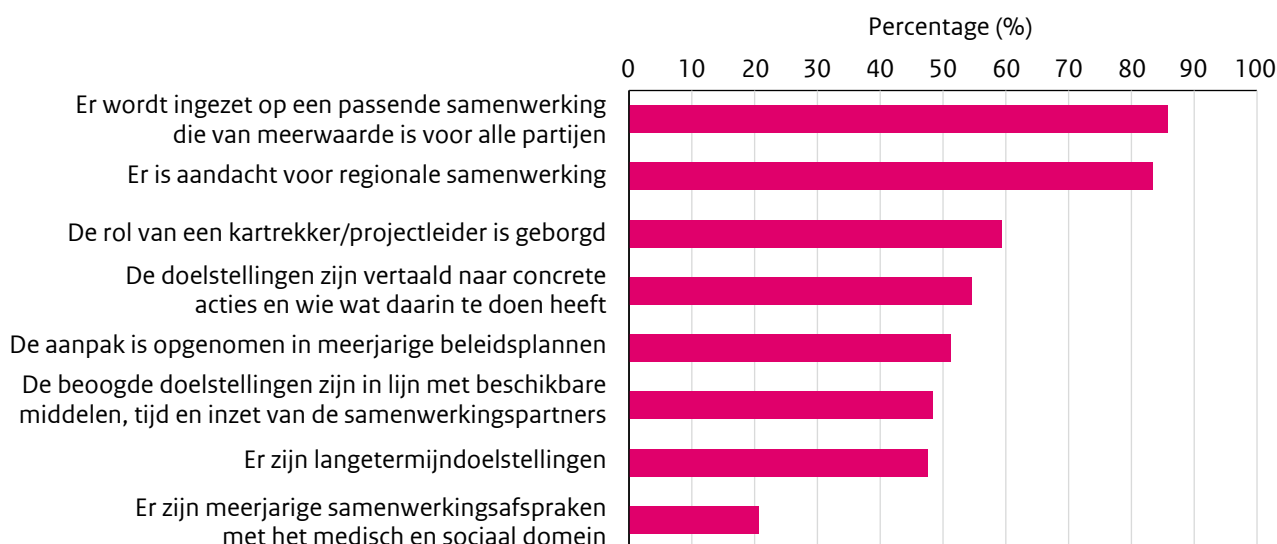
nog voldoende middelen en inbreng zijn om de plannen te realiseren. Ook gaf 61 procent aan te bespreken of de inrichting van de coalitie of de ketenaanpak Kansrijke Start nog in lijn is met de in de gemeente/regio gestelde doelen. Het is niet bekend welke eventuele vervolgacties gemeenten ondernemen op basis van deze reflectiegesprekken.

Gemeenten zetten vooral in op passende en regionale samenwerking

Naast het voeren van reflectiegesprekken waren er andere factoren die bijdragen aan het vitaal maken en/of houden van een coalitie. 246 gemeenten die aangaven dat Kansrijke Start al langer is ingericht in de gemeente en/of dat er aandacht is voor de voortzetting ervan, zijn gevraagd welke onderdelen nog meer van toepassing zijn voor de voortzetting van Kansrijke Start in hun gemeente (zie Figuur 3). De meeste gemeenten benadrukten het belang van een passende samenwerking die meerwaarde bood voor alle partijen (86 procent) en de aandacht voor regionale samenwerking (83 procent). Daarentegen werd het hebben van meerjarige samenwerkingsafspraken met het medisch en sociaal domein het minst vaak benoemd (21 procent). In de [GALA-monitor 2025](#) staat beschreven dat voor verschillende groepen van gemeenten het inrichtingsproces van de ketenaanpak Kansrijke Start verschilt.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Figuur 3. Onderdelen die van toepassing zijn voor de voortzetting van Kansrijke Start in de gemeente (n=246)



Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Tekstbox 2. Toelichting vitale coalitie

Binnen het actieprogramma Kansrijke Start wordt, naast het vormen van een lokale of regionale coalitie, meer nadruk gelegd op aandacht voor de vitaliteit van de coalitie. Dat betekent dat er blijvend aandacht is voor Kansrijke Start, de samenwerking hierop en het vitaal houden van deze samenwerking. Het bouwt dus voort op de inspanningen van de lokale of regionale coalitie Kansrijke Start in de afgelopen jaren. Een belangrijk onderdeel van een vitale coalitie is het voeren van periodieke reflectiegesprekken met de samenwerkingspartners van Kansrijke Start binnen de gemeente en regio. Naast de reflectiegesprekken

zijn er ook andere factoren belangrijk voor het vitaal maken of houden van een coalitie, zoals de borging van een kartrekker of projectleider, en het hebben van langetermijndoelstellingen. In de vragenlijst naar gemeenten is nagegaan of Kansrijke Start al langer is ingericht in de gemeente en/of dat er aandacht is voor de voortzetting ervan. De gemeenten die één of beide van deze opties aangaven, zijn bevraagd op welke onderdelen van een vitale coalitie zij zich richten, of ze periodieke reflectiegesprekken voeren met samenwerkingspartners, en waarover deze reflectiegesprekken gaan.

3. Gemeenten waarbij ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders betrokken zijn: 41%



Bijna de helft van gemeenten betreft ervarings-expertise en/of (aanstaande) ouders bij de coalitie Kansrijke Start in 2024

Gemeenten werden gevraagd of zij ervaringsexperts, (mensen met) ervaringskennis, cliënten/(aanstaande) ouders of cliëntenorganisaties betrokken bij hun coalitie (in ontwikkeling). Tekstbox 3 geeft een toelichting van deze verschillende begrippen.

Van alle 310 gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling) gaven er 127 (41 procent) aan dat zij een vorm van ervarings-expertise en/of (aanstaande) ouders hebben betrokken. Van alle 342 gemeenten in Nederland is dit 37 procent. Hoewel deze vraag voor het eerst is uitgevraagd, gaven in 2023, 84 gemeenten aan ervaringsexpertise en kennis of cliënten te betrekken bij het plan van aanpak voor de coalitie, of hier een visie op te hebben. Daarnaast gaven 130 gemeenten (42 procent) aan dat het betrekken van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders (ook nog) in ontwikkeling is.

In Tabel 2 staat welke vormen van ervaringsexpertise door gemeenten werden betrokken bij de coalitie Kansrijke Start. Het vaakst werden mensen met ervaringskennis betrokken (24 procent), terwijl cliëntenorganisaties het minst vaak werden ingeschakeld (9 procent). Slechts acht gemeenten (3 procent) gaven aan alle vier de groepen te betrekken.

De meeste gemeenten betrokken ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders in de praktijk of uitvoering van het programma (75 procent). Daarnaast werden ze vaak ingezet in het kader van onderzoek, evaluatie of monitoring (40 procent) en beleid (38 procent). Van alle gemeenten gaven er 115 (34 procent) aan dat er geen enkele vorm van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders werd betrokken.

Ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders op verschillende manieren betrokken

Er zijn verschillende manieren om ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders te betrekken bij een coalitie (in ontwikkeling). Van de gemeenten die aangaven één of meerdere vormen van ervaringsexpertise in te zetten of in ontwikkeling te hebben (n=193), gaven de meesten aan dat zij hen raadplegen voor beslissingen (64 procent, Figuur 4). Ervaringsexperts en/of (aanstaande) ouders werden ook vaak geïnformeerd (47 procent), leverden advies dat werd meegenomen in besluitvorming (41 procent) of werden betrokken bij het gezamenlijk ontwikkelen van plannen (co-creëren, 43 procent). Het daadwerkelijk meebeslissen van ervaringsexperts en/of (aanstaande) ouders in besluiten die werden genomen in de coalitie kwam minder vaak voor (9 procent).

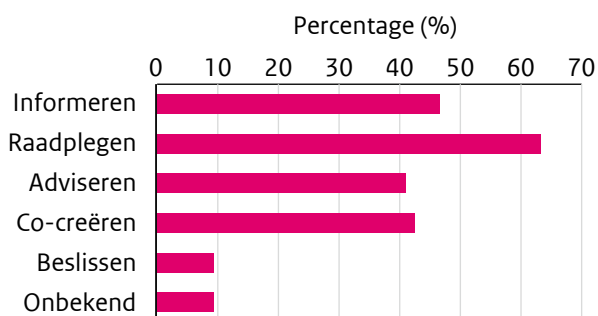
Tabel 2. De inzet van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders bij de coalitie Kansrijke Start*

	Ja	In ontwikkeling	Nee
Ervaringsexperts	18%	28%	54%
(Mensen met) ervaringskennis	24%	24%	52%
Cliënten/(aanstaande) ouders	19%	28%	52%
Cliëntenorganisaties	9%	20%	70%

* De percentages zijn berekend ten opzichte van de responderende gemeenten (n=310). Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Figuur 4. Manieren waarop ervaringsexperts en/of (aanstaande) ouders worden betrokken bij de coalitie Kansrijke Start



Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Betrekken van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders heeft niet altijd prioriteit

Gemeenten die aangaven geen ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders te betrekken bij de coalitie Kansrijke Start, noemen hiervoor verschillende redenen. Zo gaf 33 procent aan dat het geen prioriteit is, 25 procent gaf aan geen organisatie of vertegenwoordiger beschikbaar te hebben in de gemeente of regio en 10 procent gaf aan geen financiële middelen beschikbaar te hebben. Daarnaast gaven gemeenten nog andere redenen aan. Vooral werd aangegeven dat de coalitie zich nog in de beginfase bevindt en/of dat het betrekken van ervarings-expertise en/of (aanstaande) ouders nog opgestart moet worden.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 3. Toelichting op de verschillende begrippen rondom ervaringsexpertise

Een gelijkwaardige samenwerking met ervarings-expertise en ouders met ervaring is een belangrijk uitgangspunt van de Kansrijke Start-aanpak. Dit is van belang om te komen tot een aanpak die werkt voor de mensen om wie het gaat – (aanstaande) ouders, in het bijzonder die in een kwetsbare situatie. Er zijn verschillende vormen van ervaringsexpertise die gemeenten kunnen betrekken bij de coalitie Kansrijke Start.

Mensen met **ervaringskennis** hebben persoonlijke ervaringen met een bepaald thema (bijvoorbeeld een onbedoelde zwangerschap, of een kwetsbare situatie) en hebben inzichten uit deze eigen ervaringen gehaald. Het gaat hierbij niet om het delen van een ervaring, maar bijvoorbeeld wat hen in een bepaalde situatie heeft geholpen of wat ze hebben geleerd. **Ervarings-experts** zijn mensen die daarnaast vaardigheden hebben opgedaan om hun ervaringskennis door te geven aan anderen.

Naast het betrekken van ervaringsexperts, kunnen gemeenten ook **cliënten en/of (aanstaande) ouders** betrekken bij zorg-, hulp-, en dienstverlening waarop zij een beroep doen. Dit wordt cliëntenparticipatie/burgerparticipatie/ouderparticipatie genoemd.

Er zijn verschillende organisaties die de belangen van cliënten en/of (aanstaande) ouders behartigen en vertegenwoordigen. Dat zijn **cliëntenorganisaties**. Zij ontplooiën meerdere activiteiten, zoals informeren, lotgenotencontacten, belangenbehartiging, hersteltrajecten en het opbouwen van ervaringsexpertise.

Via deze website vindt u meer informatie over de inzet van ervaringskennis en -expertise: [Ervaringskennisplein](#).

Vóór de zwangerschap

4. Gemeenten aangesloten bij 'Nu Niet Zwanger': 89%



Percentage gemeenten met het programma Nu Niet Zwanger is toegenomen in 2024

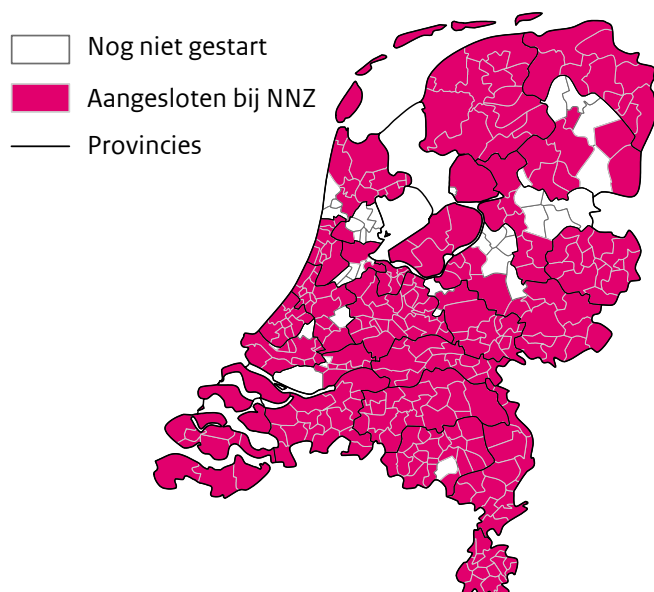
Van de 342 gemeenten in Nederland waren op peildatum 1 januari 2025 303 gemeenten (89 procent) aangesloten bij het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) (Tekstbox 4; Figuur 5 en Figuur 6). Dat is een toename van 24 nieuwe gemeenten ten opzichte van een jaar eerder. Alle 25 GGD'en

in Nederland voerden NNZ uit. Bij negen GGD'en werd NNZ als structurele activiteit opgenomen in de begroting.

Deze indicator is ook opgenomen in de [monitor Onbedoelde Zwangerschappen](#).

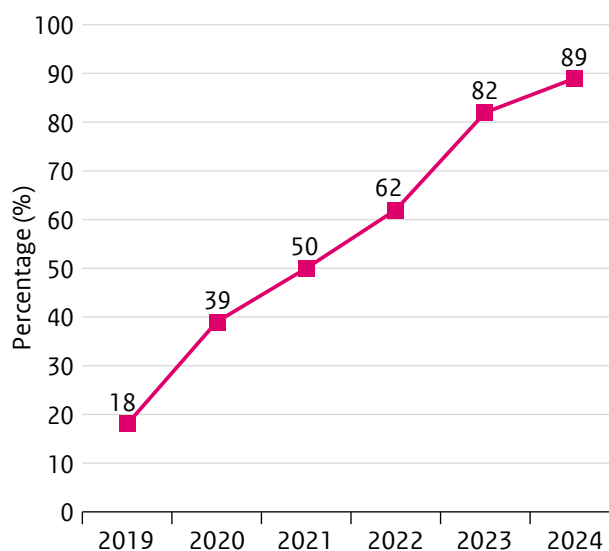
Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Figuur 5. Gemeenten aangesloten bij NNZ



Bron: GGD-GHOR Nederland (peildatum: 1 januari 2025)

Figuur 6. Percentage gemeenten aangesloten bij NNZ, 2019-2024



Bron: GGD-GHOR Nederland (peildatum: 1 januari 2025)

Tekstbox 4. Toelichting Nu Niet Zwanger

Het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) is erkend als goed onderbouwd en opgenomen in de [interventiedatabank Gezond Leven](#) van het RIVM. Het programma ondersteunt vrouwen en mannen in kwetsbare omstandigheden bij het nadenken over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken. Meer informatie over NNZ staat op: www.nunietzwanger.nl. In februari 2025 verscheen een nieuwe [factsheet](#) met de meest recente resultaten van het programma.

Als onderdeel van de monitor Onbedoelde Zwangerschappen is een [kwalitatieve evaluatie](#) uitgevoerd naar de ervaringen met extra impuls gelden uit 2023 voor NNZ. Hieruit bleek onder andere dat deze impuls gelden bijdragen aan het aansluiten van meer gemeenten en ketenpartners. Daarnaast is er steeds meer aandacht voor het goed implementeren en borgen van het programma.

5. Vrouwen die in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap roken, alcohol drinken en/of wiet of hasj gebruiken: 49%



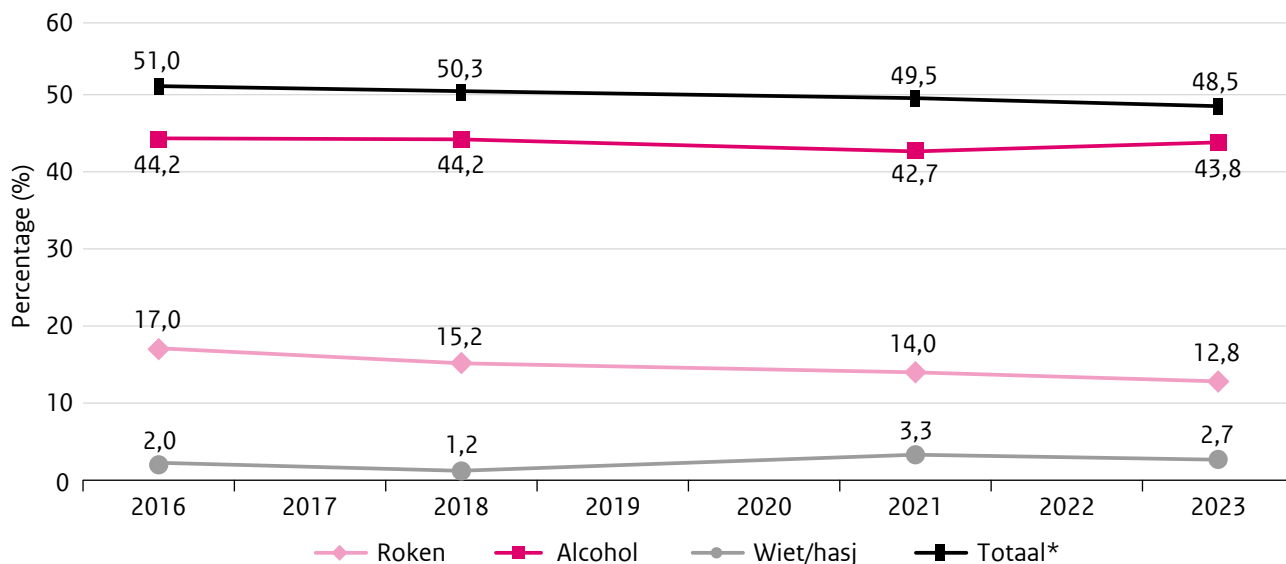
Bijna de helft van vrouwen gebruikt alcohol, tabak, wiet of hasj voorafgaand aan de zwangerschap in 2023

Uit een steekproef onder vrouwen in Nederland bleek dat in 2023 49 procent in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap tabak, alcohol en/of wiet of hasj heeft gebruikt (Tekstbox 5). Dit percentage daalde licht in de loop van de jaren; in 2016 lag dit op 51 procent (Figuur 7). Uitgesplitst naar het soort middel, rookte 13 procent van de vrouwen tabak, 44 procent dronk alcohol en 2,7 procent gebruikte wiet of hasj (Figuur 7). Deze cijfers omvatten elk gebruik van deze middelen, variërend van incidenteel tot

regelmatig gebruik, zoals een paar slokjes alcohol of een enkele keer een sigaret roken versus frequent gebruik. Het percentage vrouwen dat voorafgaand aan de zwangerschap rookt, daalde over de jaren heen van 17 procent in 2016 naar 13 procent in 2023. Voor alcoholgebruik en het gebruik van wiet of hasj bleven de percentages redelijk stabiel.

Tijdens de zwangerschap daalt het percentage vrouwen in Nederland dat tabak, alcohol en/of wiet of hasj gebruikt, naar 31 procent. Meer informatie over middelengebruik tijdens de zwangerschap is te vinden in de [Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2023](#).

Figuur 7. Percentage vrouwen dat in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap rookt, alcohol drinkt en/of wiet of hasj gebruikte, 2016-2023



* Sommige vrouwen hebben meerdere soorten middelen gebruikt, waardoor de som van de losse percentages niet gelijk is aan het totaal.

Bron: Trimbos, Monitor Middelengebruik en Zwangerschap

Gebruik van tabak of alcohol verschillend voor opleidingsniveau

Uit de steekproef bleek dat vrouwen met een afgeronde basis-/vmbo-opleiding het vaakst roken voorafgaand aan de zwangerschap (27 procent). Bij vrouwen met een havo-/vwo-/mbo-opleiding ging het om 20 procent terwijl vrouwen met een hbo-/wo-opleiding het minst vaak roken voorafgaand aan de zwangerschap (7,3 procent). Het alcoholgebruik voorafgaand aan de zwangerschap was daarentegen het hoogst onder vrouwen met een hbo-/wo-opleiding, namelijk 49 procent. Onder vrouwen met een havo-/vwo-/mbo-opleiding dronk 36 procent voorafgaand aan de zwangerschap alcohol en bij vrouwen met een basis-/vmbo-opleiding was dit 35 procent.

Partners gebruiken vaak ook middelen voorafgaand aan de zwangerschap

In de steekproef gaf 24 procent van alle vrouwen aan dat hun partner voorafgaand aan de zwangerschap heeft gerookt. Onder de vrouwen die zelf voorafgaand aan de zwangerschap rookten, rookte 77 procent van hun partners ook. Daarnaast dronk 65 procent van de partners alcohol voorafgaand aan de zwangerschap. Van de vrouwen die zelf alcohol dronken voorafgaand aan de zwangerschap, dronk 91 procent van de partners in dezelfde periode ook.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 5. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap

De informatie voor deze indicator is afkomstig uit de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap van het Trimbos Instituut. Voor deze monitor wordt retrospectief data verzameld via een steekproef bij vrouwen op het consultatiebureau, van wie het jongste kind maximaal 24 maanden oud is. De gemiddelde

leeftijd van het jongste kind was 7 maanden. De informatie wordt verzameld via een vragenlijst. Meer informatie over deze steekproef en het gebruik van middelen vóór, tijdens en na de zwangerschap staat in de [Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2023](#).

6. Zwangeren met een preconceptieconsult/kinderwensspreekuur: 2,8 per 1.000



Data over 2023 niet beschikbaar

De benodigde data over 2023 zijn nog niet beschikbaar voor het RIVM. Daarom kan deze indicator slechts gepresenteerd worden tot en met het jaar 2022.

Lichte toename preconceptieconsulten tussen 2017 en 2022

In 2022 kregen 2,8 zwangeren per 1.000 voorafgaand aan hun zwangerschap een preconceptieconsult, uitgevoerd door een verloskundige (Figuur 8). Dat is een toename ten opzichte van 2021 toen het 2,3 per 1.000 betrof. Sinds 2017 stijgt het aantal zwangeren met een door de verloskundige uitgevoerd preconceptieconsult, van 0,7 per 1.000 in 2017 naar 2,8 per 1.000 in 2022. Opvallend is de piek in 2020 in het aantal preconceptieconsulten, waarvan de reden onbekend is.

Voor deze cijfers konden alleen gegevens worden opgenomen van personen die zwanger zijn geweest. Personen die een preconceptieconsult hebben gehad

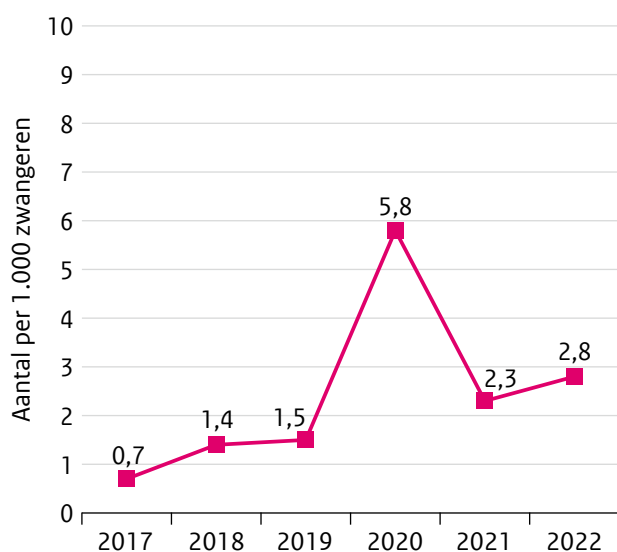
bij de verloskundige, maar niet zwanger werden tussen 2015 en 2022, zijn niet geïnccludeerd in deze data. De voor het RIVM beschikbare dataset vanuit Vektis is ingericht om gegevens van zwangeren en pasgeborenen te bepalen. Daarnaast kunnen preconceptieconsulten ook uitgevoerd worden door andere zorgverleners, zoals de huisarts. Hierover is geen data beschikbaar.

Toename verloskundigenpraktijken waar preconceptieconsulten worden aangeboden

Op basis van de [Openbare kwaliteitsgegevens over Integrale geboortezorg](#) is berekend dat in 2024 door de meeste verloskundigenpraktijken preconceptieconsulten werden aangeboden. Sinds 2019 nam het percentage verloskundigenpraktijken dat aangaf preconceptieconsulten aan te bieden toe van 91 procent naar 96 procent (Figuur 9).

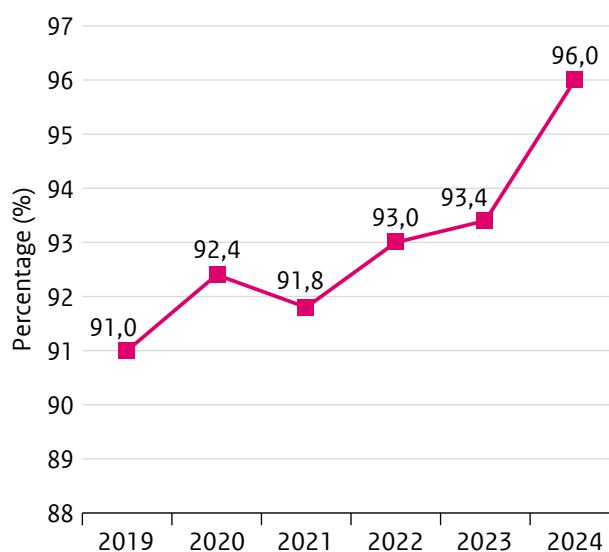
Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Figuur 8. Aantal zwangeren met een preconceptieconsult per 1.000, 2017-2022



Bron: Vektis, verwerkt en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 9. Verloskundigenpraktijken waar preconceptieconsulten werden aangeboden, 2019-2024



Bron: Zorginstituut Nederland, Indicatorensat Integrale Geboortezorg 2024 (publicatiedatum: 9 mei 2025)

Tekstbox 6. Preconceptiezorg

Preconceptiezorg heeft als doel om risico's voor de gezondheid van (aanstaande) ouders en hun toekomstige kind te identificeren, om geïnformeerde keuzes mogelijk te maken en risico's te minimaliseren. Verloskundigen, huisartsen en gynaecologen kunnen preconceptieconsulten (ook wel kinderwensconsulten genoemd) aanbieden. Preconceptiezorg is onderdeel van de [zorgstandaard integrale geboortezorg](#).

Omdat er op landelijk niveau weinig gegevens beschikbaar zijn over de preconceptieperiode is in 2023 een eerste koppeling tussen demografische gegevens en

geboortenuitkomsten en de gegevens uit de vragenlijsten van ZwangerWijzer beschikbaar gemaakt binnen [DIAPER](#). [ZwangerWijzer](#) is een vragenlijst voor aanstaande zwangeren en hun partners. Deze vragenlijst is bedoeld om mogelijke risico's tijdens een zwangerschap te signaleren voorafgaand aan de zwangerschap. ZwangerWijzer bevat onder andere vragen over leefstijl, etniciteit/familie, werk en thuissituatie, medische voorgeschiedenis, medicatie en vaccinatiestatus, eerdere zwangerschappen. Meer informatie over de eerste verkenning zijn te vinden via: [Eerste verkenning preconceptie gegevens uit Zwangerwijzer | RIVM](#).

Tijdens de zwangerschap

7. Gemeenten met prenatale huisbezoeken door de JGZ: 99%



Meerderheid gemeenten biedt prenatale huisbezoeken door de JGZ aan in 2024

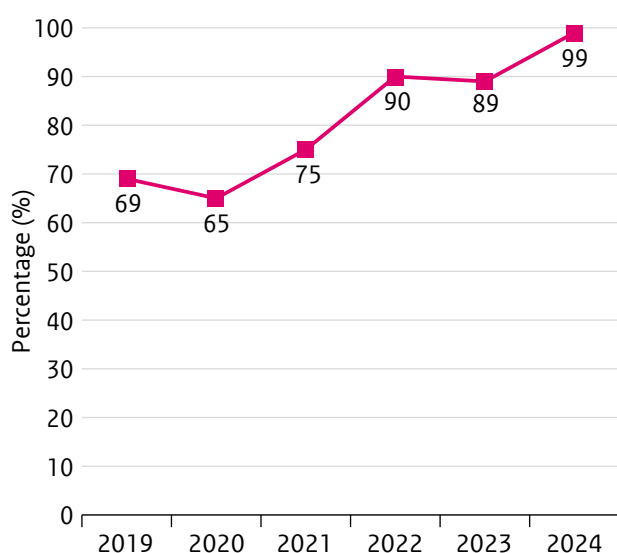
Van de 315 responderende gemeenten gaven 313 gemeenten (99 procent) aan dat zij in 2024 prenatale huisbezoeken door de JGZ aanboden (PHB-JGZ). Dit is 92 procent van alle 342 gemeenten in Nederland. Dat blijkt uit de beschikbare gegevens vanuit de vragenlijst (Tekstbox 7). Dit is een toename van het aantal gemeenten dat prenatale huisbezoeken aanbiedt ten opzichte van 2023 (n=264).

Van de responderende gemeenten met prenatale huisbezoeken gaf 74 procent aan afspraken te hebben

gemaakt met professionals in de geboortezorg over de uitvoering van prenatale huisbezoeken. Dit is een toename ten opzichte van 2023, toen dit percentage op 50 procent lag. In drie % van de gemeenten werden geen afspraken gemaakt, en in 23 procent van de gemeenten is niet bekend of dergelijke afspraken bestaan.

De meeste gemeenten gaven aan dat er vervolgaanbod beschikbaar is. Zo gaven 261 gemeenten (83 procent) aan dat er vervolgaanbod is in het sociaal domein, 248 gemeenten (79 procent) gaven aan dat er vervolgaanbod is in het medisch domein, en in 197 gemeenten (63 procent) was informele steun aanwezig waarnaar kon worden doorverwezen vanuit een prenataal huisbezoek.

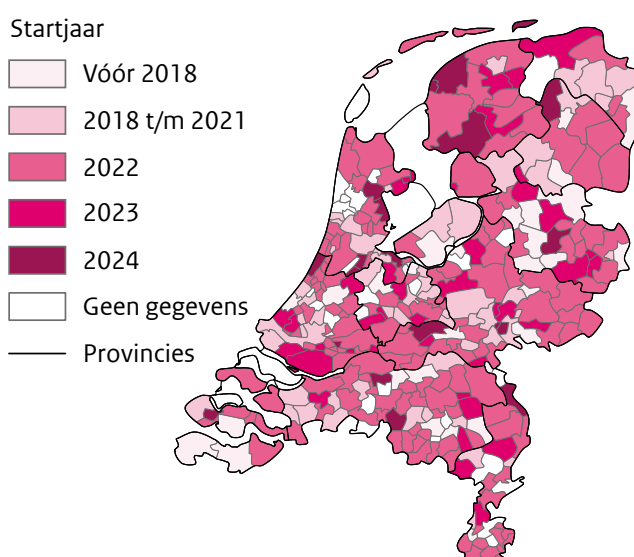
Figuur 10. Percentage gemeenten dat prenatale huisbezoeken aanbiedt*, 2019-2024



* Het betreft het percentage ten opzichte van het aantal responderende gemeenten op de vragenlijst. Van 2019-2021 hebben alleen gemeenten met de Impuls Kansrijke Start (tranche 1, 2 en 3) een vragenlijst van het RIVM gekregen. Vanaf 2022 is de vragenlijst aan alle Nederlandse gemeenten verstuurd.

Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2025

Figuur 11. Landelijk beeld startjaar uitvoering prenatale huisbezoeken door gemeenten



Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2025

Meerderheid gemeenten gestart met prenatale huisbezoeken door de JGZ sinds 2022

Van alle gemeenten die prenatale huisbezoeken aanbieden, gaven 41 gemeenten (13 procent) aan hiermee te zijn begonnen sinds 2023. In 2024 startten nog eens 19 gemeenten (6 procent). Het overige deel van de gemeenten begon al eerder, waarvan 10 procent vóór 2018 en 70 procent tussen 2018 en 2023 (Figuur 11).

Merendeel gemeenten delegeert regie van prenatale huisbezoeken naar uitvoerende partijen

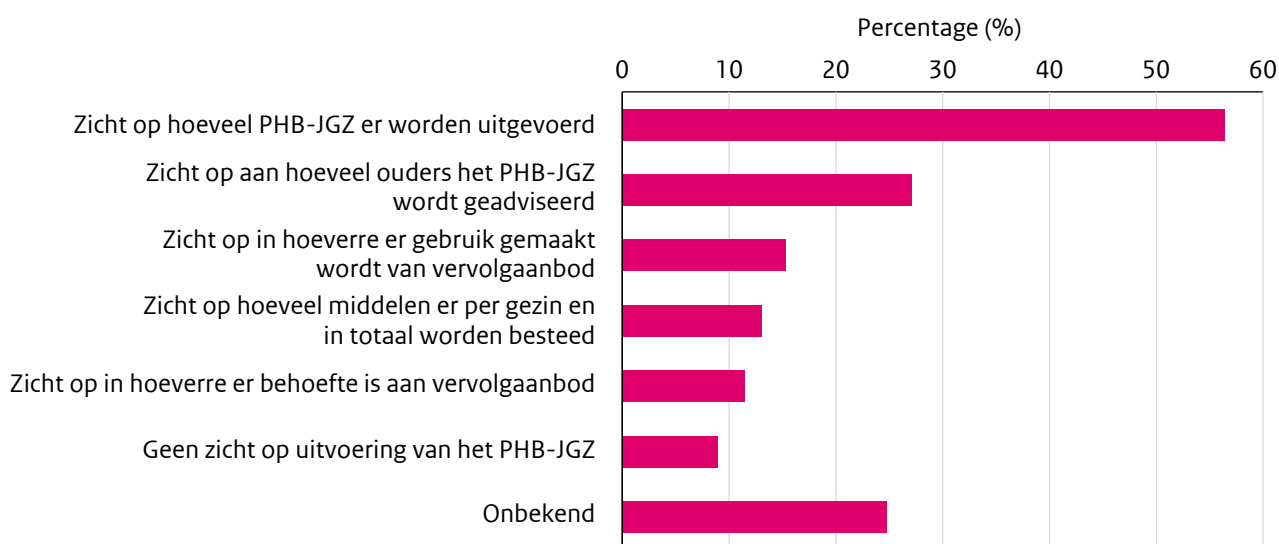
Van de gemeenten die prenatale huisbezoeken aanbieden, gaven 15 gemeenten aan zelf de regierol te vervullen bij het PHB-JGZ (4,8 procent). De meeste gemeenten (71 procent) delegeren de regie naar uitvoerende partijen, zoals bijvoorbeeld de JGZ. Hierbij stelde de helft van deze gemeente kaders, terwijl de andere helft de regie volledig bij de uitvoerende partij liet.

De meest voorkomende activiteiten die gemeenten ondernemen met betrekking tot het PHB-JGZ waren het maken van inkoopafspraken met de JGZ organisatie (47 procent) en het versterken van de lokale samenwerking (56 procent). Het monitoren van de prenatale huisbezoeken (11 procent), het maken van inkoopafspraken met andere organisaties (8 procent) en het stimuleren van de ontwikkeling van een prenataal ouderdossier (3 procent) waren de minst voorkomende activiteiten uitgevoerd door gemeenten.

Ruim de helft van alle gemeenten heeft inzicht in het aantal uitgevoerde prenatale huisbezoeken

Ongeveer de helft van de gemeenten in Nederland (n=177) gaf aan dat zij inzicht hebben in hoeveel prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd in de gemeente. In 28 gemeenten (9 procent) was hier geen zicht op en in 78 gemeenten was dit onbekend (25 procent). Figuur 12 geeft inzicht in de verschillende aspecten waar gemeenten zicht op hebben met betrekking tot de uitvoering van de prenatale huisbezoeken.

Figuur 12. Percentage gemeenten dat zicht heeft op de verschillende aspecten rondom de uitvoering van de prenatale huisbezoeken



Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Beschikbare gegevens vanuit JGZ-organisaties neemt toe

Voor deze monitor is bij JGZ-organisaties uitgevraagd hoeveel prenatale huisbezoeken er per jaar zijn uitgevoerd op JGZ- en gemeentelijk niveau tussen 2022 en 2024.

Sinds 2022 is het aantal JGZ-organisaties en gemeenten waarvan gegevens beschikbaar zijn over het aantal uitgevoerde PHB-JGZ toegenomen (Tabel 3).

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Tabel 3. Overzicht beschikbare gegevens met betrekking tot het PHB-JGZ tussen 2022 en 2024

Jaar	Aantal gemeenten waarover cijfers beschikbaar	Aantal JGZ organisaties aangeleverd	Aantal uitgevoerde PHB
2022	242	27	2.294
2023	268	29	4.003
2024	281	32	4.402

Bron: Uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2025

Tekstbox 7. Toelichting en onderzoek prenatale huisbezoeken door de JGZ

Toelichting PHB-JGZ

Het prenataal huisbezoek door de JGZ (PHB-JGZ) wordt aangeboden als laagdrempelige hulp en ondersteuning naast de geboortezorg. Dit gebeurt vaak nadat een professional in de geboortezorg een meervoudig kwetsbare situatie signaleert. Als de (aanstaande) ouders besluiten hiervan gebruik te maken, gaat een jeugdverpleegkundige met het gezin in gesprek. 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. Sinds de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) in juli 2022 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het bieden van de benodigde steun aan zwangeren en/of hun gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie binnen hun gemeente (14).

Meer informatie over de PHB-JGZ staat op: [Prenataal huisbezoek – NCJ](#).

8. Verloskundigenpraktijken die 'CenteringZwangerschap' aanbieden: 43%



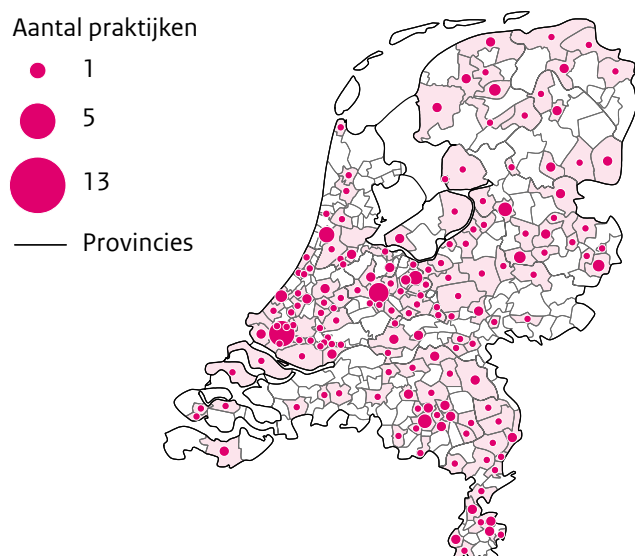
Toename van het aantal verloskundigenpraktijken dat CenteringZwangerschap aanbiedt in 2024

In 2024 werd CenteringZwangerschap (Tekstbox 8) aangeboden in 249 verloskundigenpraktijken in Nederland, wat neerkomt op 43 procent (Figuur 13 en 14). Dit is een toename ten opzichte van 2023, toen werd CenteringZwangerschap in 228 verloskundigenpraktijken aangeboden (40 procent). Op 1 januari 2025 had in 60 procent van alle verloskundigenpraktijken minimaal

één verloskundige een training CenteringZwangerschap gevolgd (n=349; bron: Stichting Centering Nederland, 2025). Het is momenteel nog onbekend hoeveel zwangeren daadwerkelijk hebben deelgenomen aan CenteringZwangerschap.

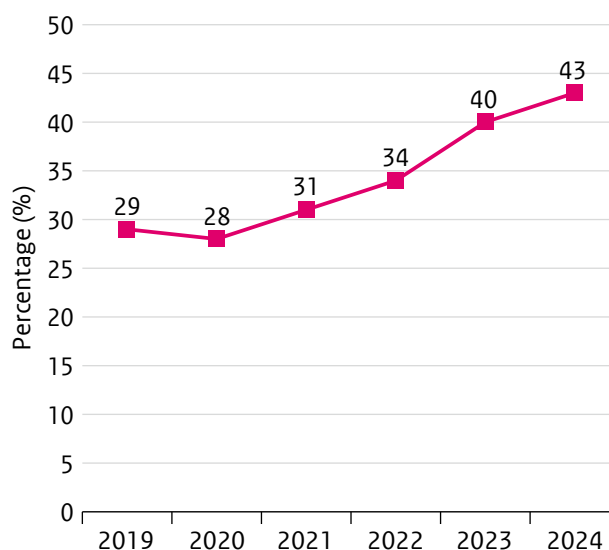
Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Figuur 13. Aantal verloskundigenpraktijken dat CenteringZwangerschap aanbiedt per gemeente in 2024



Bron: Indicatorenset Integrale Geboortezorg Zorginstituut Nederland, 2024 (publicatiedatum: 9 mei 2025)

Figuur 14. Percentage verloskundigenpraktijken dat CenteringZwangerschap aanbiedt, 2019-2024



Bron: Indicatorenset Integrale Geboortezorg Zorginstituut Nederland, 2024 (publicatiedatum: 9 mei 2025)

Tekstbox 8. Toelichting CenteringZwangerschap

CenteringZwangerschap is een vorm van verloskundige zorg waarbij een groep van acht tot tien zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur tien bijeenkomsten volgt. Tijdens deze bijeenkomsten staat de verbetering van de fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind centraal. Dit kan bijdragen aan onderlinge steun en het versterken van het netwerk van de zwangeren.

CenteringZwangerschap is opgenomen in de [interventie-databank Gezond Leven](#) van het RIVM. Vanaf 2024 is er een [speciaal tarief](#) voor verloskundigen die Centering-Zorg aanbieden. Zodra de declaratiegegevens van Vektis over 2024 beschikbaar zijn, kan er mogelijk meer inzicht worden verkregen in het aantal zwangeren dat deelneemt aan CenteringZwangerschap. Meer informatie over CenteringZwangerschap staat op: www.centeringzorg.nl.

9. Start zwangerschapsbegeleiding ná 10^e week zwangerschap



Op dit moment geen betrouwbare data beschikbaar

Op dit moment is het niet mogelijk de cijfers van deze indicator te presenteren. Dit komt enerzijds door de aanleverproblemen bij Perined, waardoor de data voor de jaren 2022 en 2023 momenteel onvolledig is (zie ook Tekstbox 9). Anderzijds kan geen correcte berekening worden gemaakt over de ‘start zwangerschapsbegeleiding’.

Perined zal de betreffende data voorzien van een update, maar het is nog niet duidelijk wanneer dit zal plaatsvinden en op welke termijn correcte cijfers van deze indicator beschikbaar zullen zijn.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 9. Aanleveringsproblemen Perined

Vanwege problemen met de data-aanlevering vanuit eerstelijnsverloskundigen zijn de Perined-gegevens over 2022 en 2023 incompleet. Analyses op basis van deze incomplete gegevens geven geen goede weergave van de werkelijkheid, omdat de ontbrekende records niet willekeurig zijn, maar selectief. De eerstelijnsdossiers bevatten voornamelijk laagrisico-geboortes waarbij minder vaak complicaties optreden. Een substantieel deel van deze geboortedossiers vanuit de eerste lijn ontbrak in 2022 en 2023. Hierdoor is er geen

update beschikbaar voor indicator 9 (zwangerschapsbegeleiding) en indicator 15 (vroeggeboorte/laag geboortegewicht) over 2022 en 2023. Meer informatie over het aanleveringsprobleem en de gevolgen voor de Perined data is te vinden op: [Perined | Aanlevering 2022 t/m 2024](#). In april 2025 werd bekend dat eerstelijnsdossiers van verloskundigen met terugwerkende kracht over de periode 2022 tot en met 2024 aangeleverd kunnen worden. Naar verwachting worden de landelijke cijfers vanuit het RIVM vanaf 2026 geüpdatet.

10. Zwangeren en/of partners met problematische schulden: 3,0%



Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden stabiel

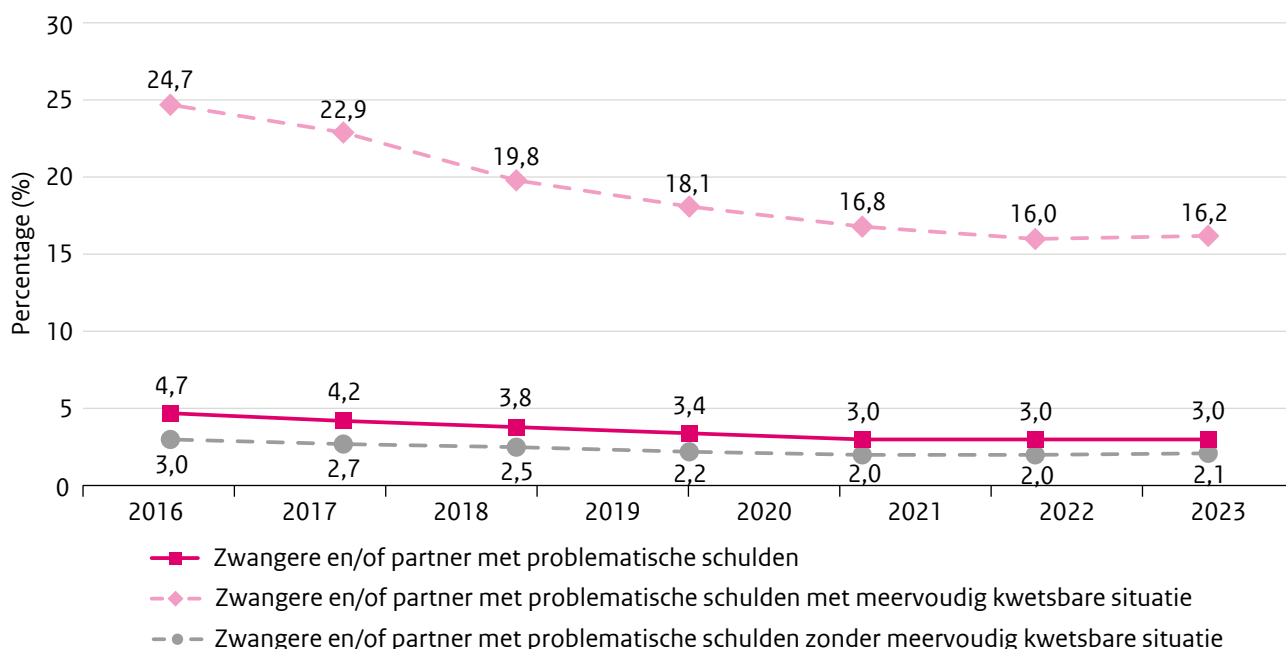
In 2023 had 3,0 procent van alle vrouwen en partners die een kind kregen problematische schulden. Problematische schulden worden hierbij gedefinieerd als: een registratie in de schuldsanering en/of een betalingsachterstand van zes maanden of langer bij de zorgverzekeraar (Figuur 15). Dit percentage daalde van 4,7 procent in 2017 naar 3,0 procent in 2021 en is sindsdien stabiel gebleven. Figuur 16 geeft de landelijke spreiding van het percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden op gemeente niveau weer, waarbij het gemiddelde percentage van de jaren 2019 tot en met 2023 is gebruikt. Schulden komen ongeveer even vaak voor bij zwangeren als bij hun partner en het merendeel van de schulden

betreft een betalingsachterstand en in veel mindere mate een registratie bij de schuldsanering (data staan niet in de figuur).

Zwangeren en/of partners die te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie vaker problematische schulden

In 2023 had 16,2 procent van de vrouwen en/of hun partners die een kind kregen en zich bevonden in een meervoudig kwetsbare situatie, problematische schulden. Bij vrouwen en/of partners zonder een meervoudig kwetsbare situatie was dit percentage 2,1 procent. In beide groepen is het percentage vrouwen en/of partners met problematische schulden de afgelopen jaren gedaald.

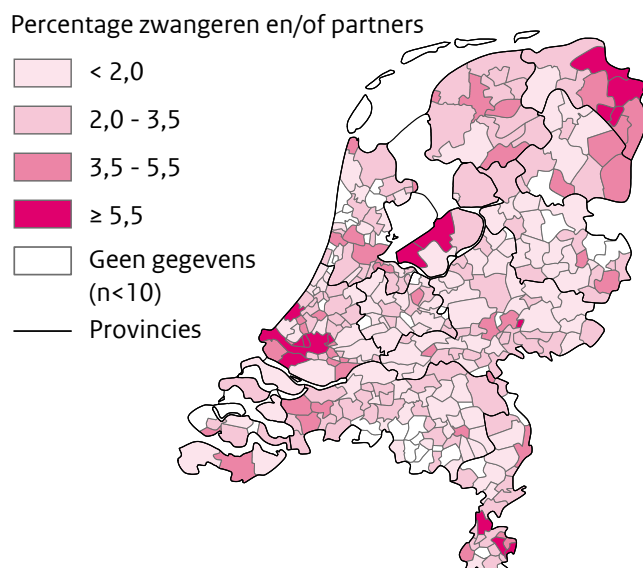
Figuur 15. Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden, algemeen en gespecificeerd voor zwangeren en/of partners die wel/niet te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2023



*Zie indicator 14 voor meer informatie over de gebruikte definitie van een kwetsbare situatie.

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 16. Landelijke spreiding van percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden (op gemeentenniveau), kaart is gebaseerd op vijfjarig gemiddelde 2019-2023



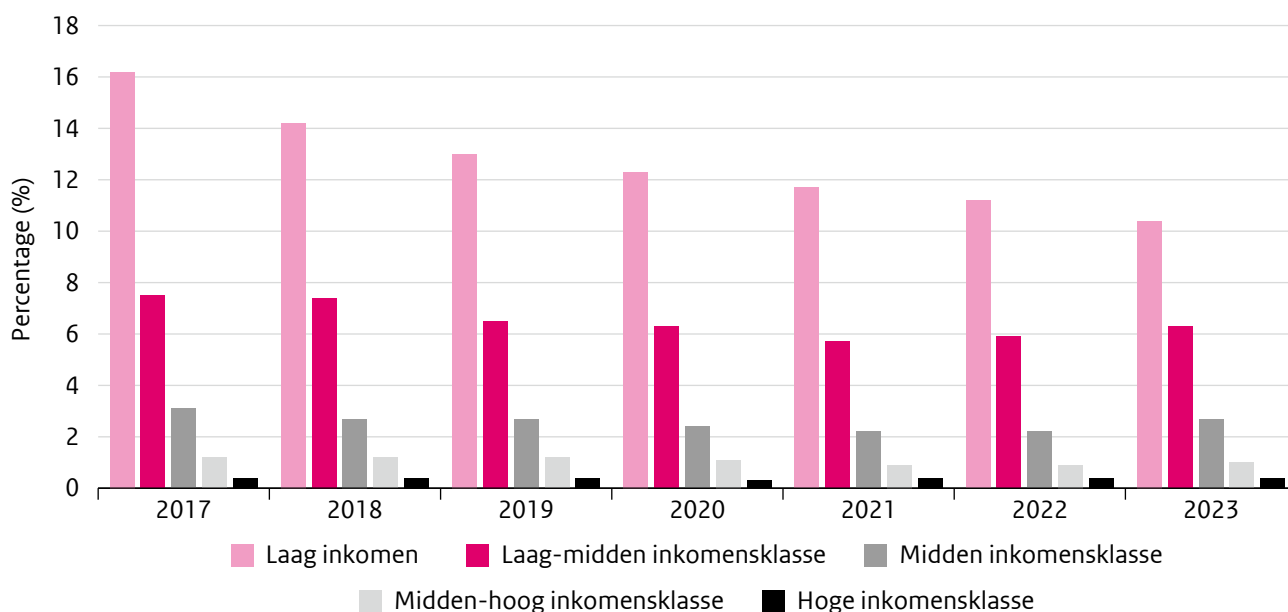
Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Verschillen in achtergrondkenmerken tussen zwangeren en/of partners met problematische schulden

Zwangeren en/of hun partners uit de laagste inkomensklasse hadden vaker problematische schulden dan degenen uit de midden, hoog-midden en hoogste inkomensklassen. Dit verschil is consistent zichtbaar voor alle jaren tussen 2017 en 2023 (Figuur 17). Daarnaast is het percentage vrouwen en/of partners met problematische schulden hoger wanneer de hoogst behaalde opleiding het basisonderwijs, vmbo of mbo1 opleiding is, vergeleken met de vrouwen en/of partners uit de andere opleidingsgroepen (Figuur 18).

Zie [Indicatoren Monitor Kansrijke Start | RIVM](#) voor meer informatie over de indicator.

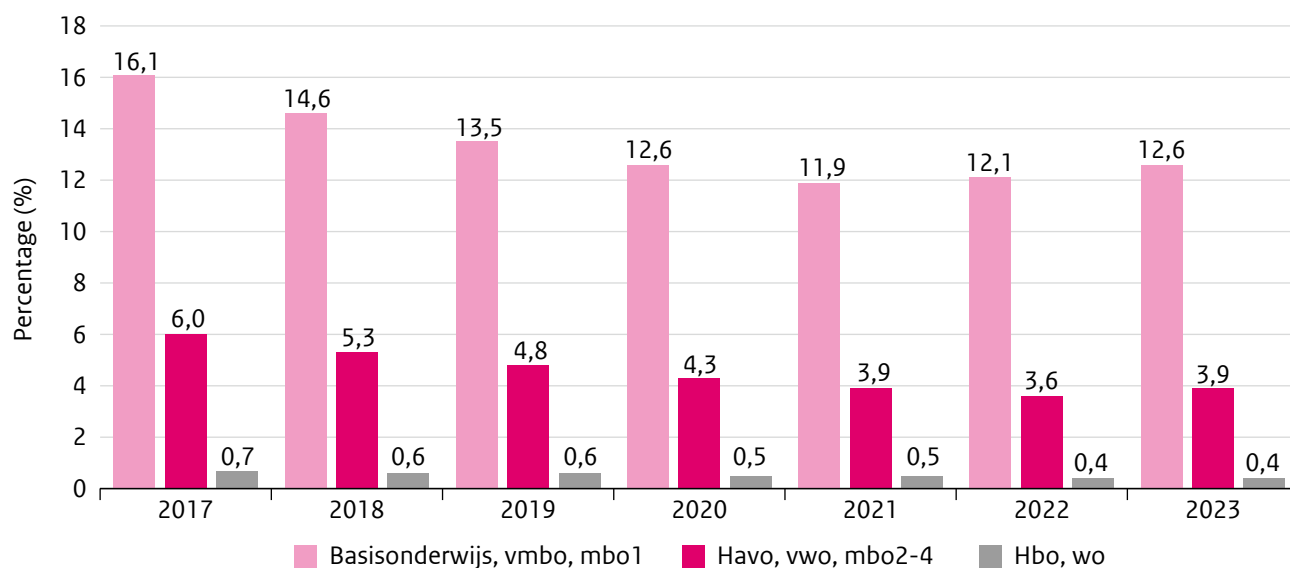
Figuur 17. Percentage vrouwen en/of partners met problematische schulden in het jaar van geboorte van hun kind voor de jaren 2017-2023 per huishoudinkomensklasse*



* Voor een toelichting over inkomensklassen zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 18. Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden voor de jaren 2017-2023 per hoogst behaalde opleidingsniveau*



* Voor een toelichting over de opleidingsniveau typen, zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

11. Zwangeren en/of partners met psychische problematiek: 17%

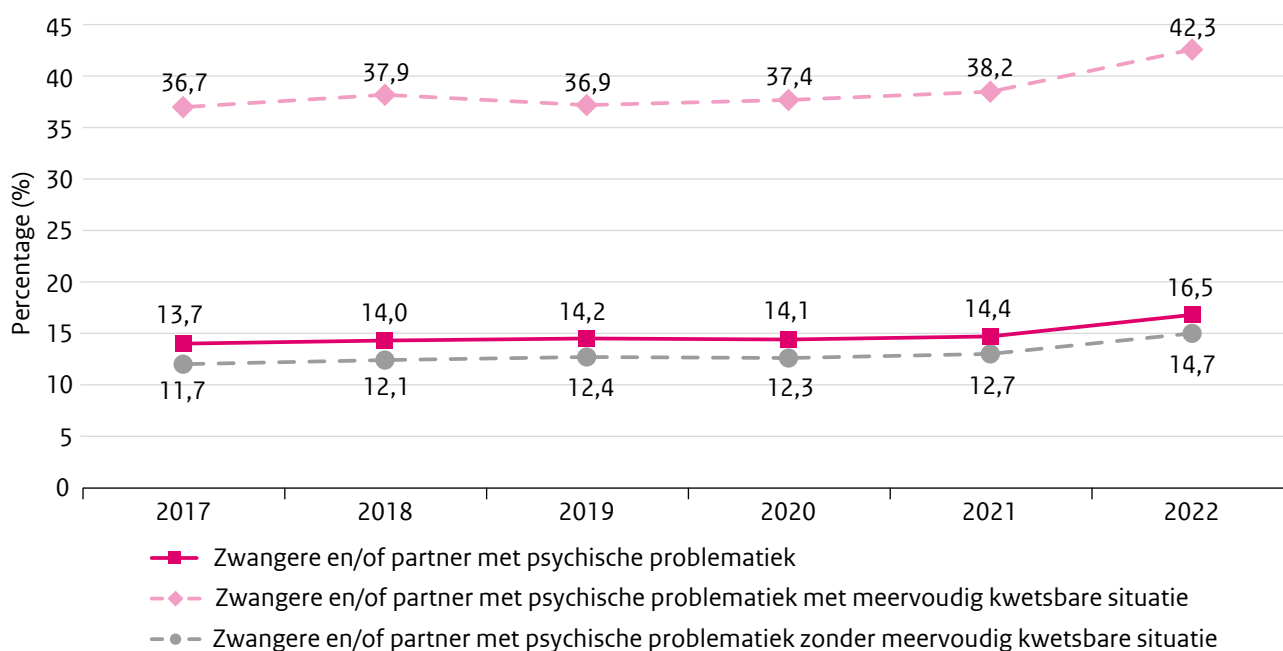


Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek neemt mogelijk toe

In 2022 had 17 procent van alle zwangeren en/of partners die een kind kregen zorguitgaven binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en/of medicatie gerelateerd aan psychische problematiek tijdens de zwangerschap (Figuur 19). In 2021 was dit percentage 14 procent. Psychische problematiek komt vaker voor bij de zwangere dan bij haar partner (data staan niet in de figuur).

Figuur 20 geeft het landelijk beeld van het percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek op gemeenteniveau weer in 2022. Opgemerkt moet worden dat in 2021 een overgang plaatsvond van DBC-systematiek naar het Zorgprestatiemodel. Deze verandering kan van invloed zijn geweest op de cijfers in 2021 en 2022, waardoor een vergelijking met voorgaande jaren niet goed mogelijk is.

Figuur 19. Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek*, algemeen en gespecificeerd naar gezinnen die wel/niet te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie**, 2017-2022

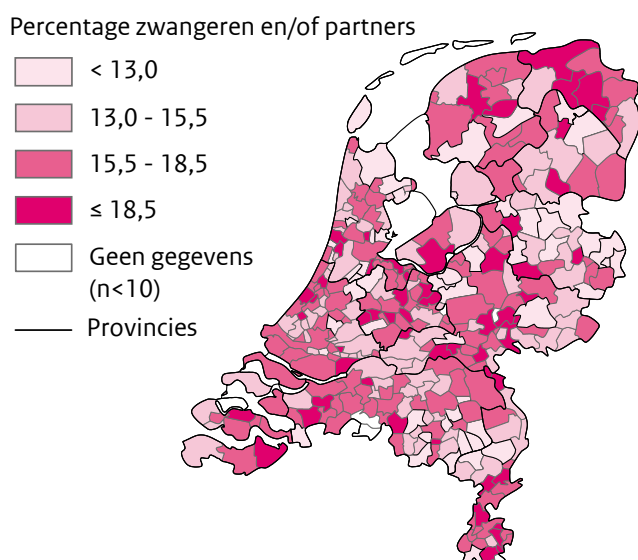


* Sinds 2021 is er een overgang van DBC-systematiek naar het Zorgprestatiemodel.

** Zie indicator 14 voor meer informatie over de gebruikte definitie van een kwetsbare situatie. Dit betreft een inschatting op basis van routinematig verzamelde data.

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 20. Landelijke spreiding van percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek (op gemeente-niveau), vijfjarig gemiddelde van 2018-2022



Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Zwangeren en/of partners die te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie vaker psychische problematiek

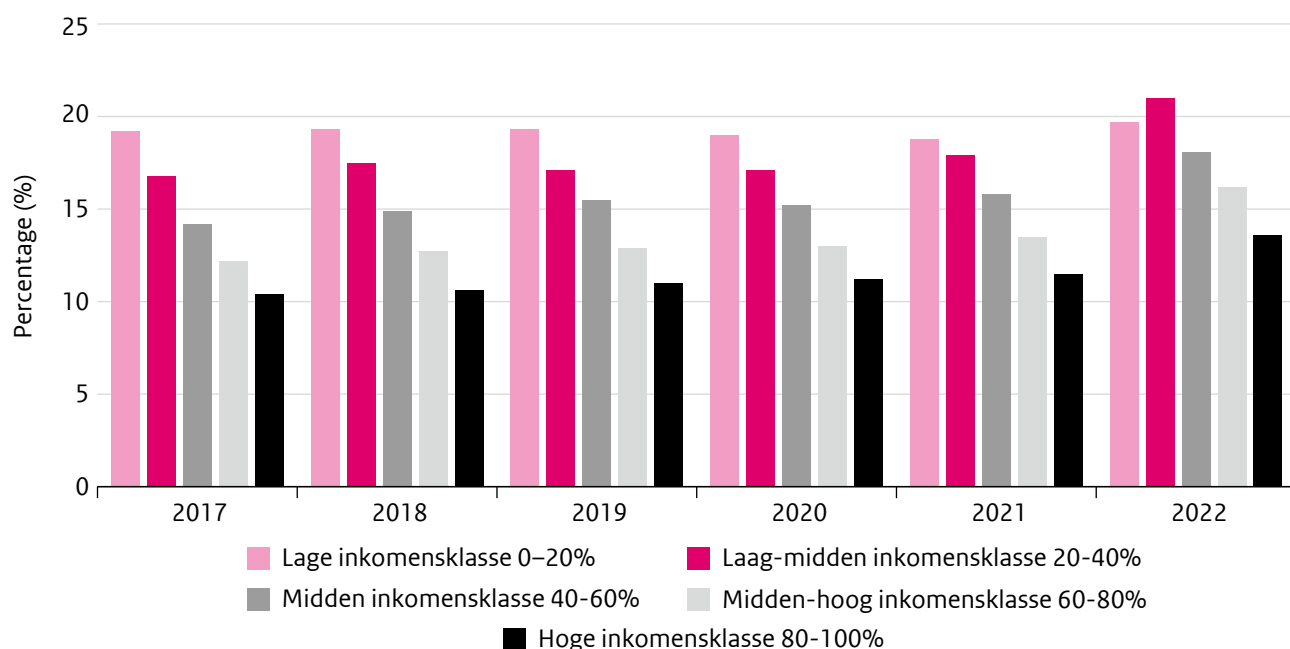
In 2022 had 42 procent van de vrouwen en/of hun partners die een kind kregen en zich in een meervoudig kwetsbare situatie bevonden, psychische problematiek. Dit percentage was 15 procent bij vrouwen en/of partners zonder een meervoudig kwetsbare situatie. Dit betekent dat deze vrouwen en/of partners tussen 2017 en 2021 relatief gezien veel vaker psychische problematiek ervaren dan degenen die niet met een meervoudig kwetsbare situatie te maken hebben.

Toename psychische problematiek onder zwangeren en/of partners in alle inkomensklassen en alle opleidingsniveaus

Over de jaren is een toename te zien van het percentage vrouwen en/of partners met psychische problematiek in alle inkomensklassen en onderwijsniveaus (Figuur 21 en 22). Zo had in 2022 22 procent van de vrouwen en/of partners met een basisonderwijs-, een vmbo- of mbo1-opleiding psychische problematiek, tegenover 16 procent van de personen met een hbo- of wo-opleiding (Figuur 22). In 2017 bedroegen deze percentages nog respectievelijk 20 en 12 procent.

Zie [Indicatoren Monitor Kansrijke Start | RIVM](#) voor meer informatie over de indicator.

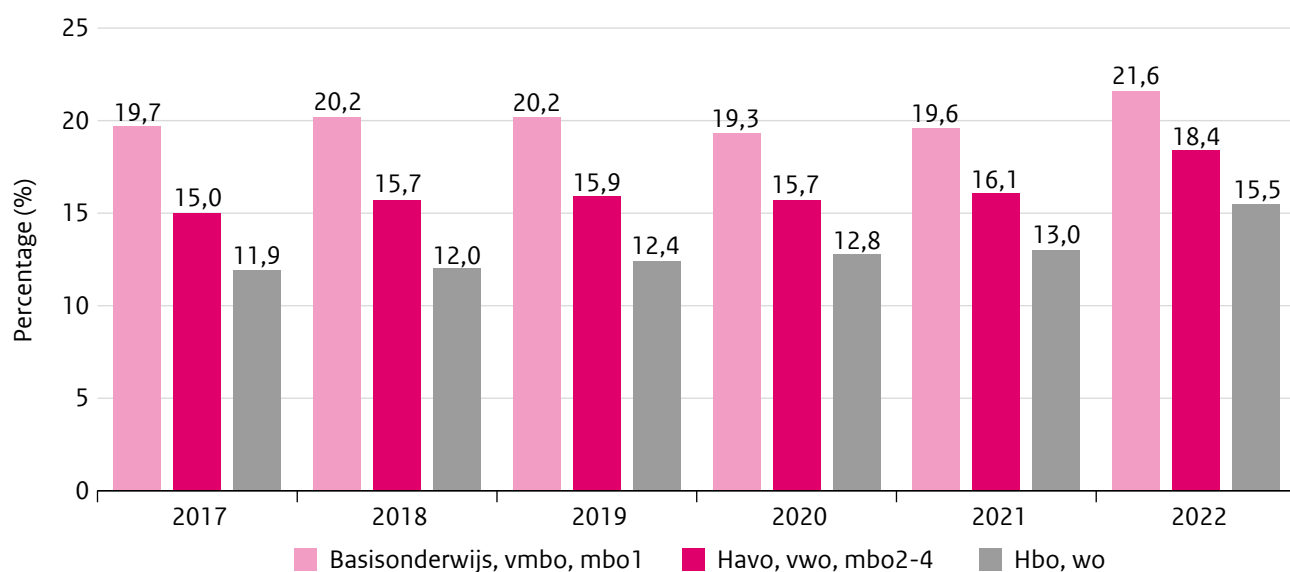
Figuur 21. Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek per huishoudinkomensklasse*, 2017-2022



* Voor een toelichting over huishoudinkomensklassen zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 22. Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek per hoogst behaalde opleidingsniveau*, 2017-2022



* Voor een toelichting over het hoogst behaalde opleidingsniveau, zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

12. Verloskundige samenwerkingsverbanden met afspraken over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren: 88%



In merendeel Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) zijn afspraken gemaakt over manier van screenen op risico- en beschermende factoren

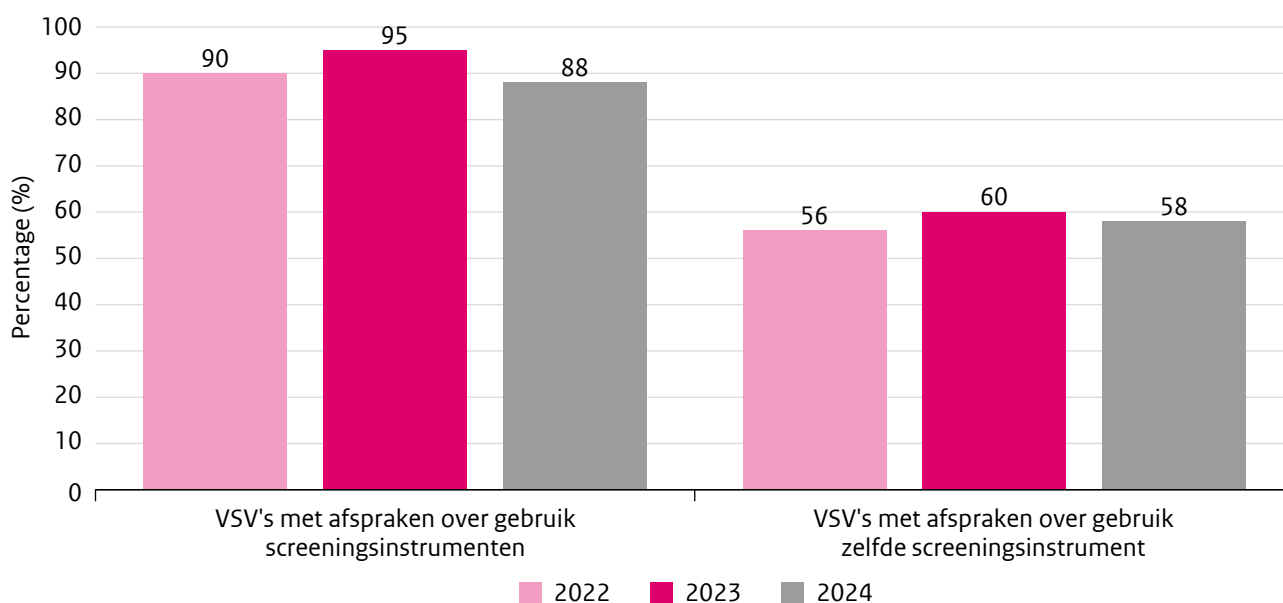
In 2024 vulden 41 van de 68 Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) de [integrale geboortezorg monitor](#) van het College Perinatale Zorg (CPZ; Tekstbox 10) in (respons 60 procent). Hiervan gaf 88 procent (n=36) aan afspraken te hebben gemaakt over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren voor kwetsbaarheid (Figuur 23). Dit percentage lijkt iets lager dan in 2022 en 2023. De vergelijking is echter lastig, omdat de methode van uitvraag verschilde en de respons lager was dan in voorgaande jaren. Tweederde van deze VSV's (66 procent, n=24) heeft afspraken gemaakt over welk screeningsinstrument gebruikt wordt. Dit percentage lijkt vergelijkbaar met eerdere jaren.

R4U en Mind2Care meest gebruikte screeningsinstrumenten door VSV

De R4U was het meest gebruikte screeningsinstrument om risico- en beschermende factoren op kwetsbaarheid te kunnen identificeren. Van de VSV's die afspraken hadden over screening op risicofactoren, maakte 43 procent gebruik van R4U. Dit percentage lijkt toegenomen de afgelopen jaren. De Mind2Care werd gebruikt door 31 procent van de VSV's met afspraken over screening (Figuur 24).

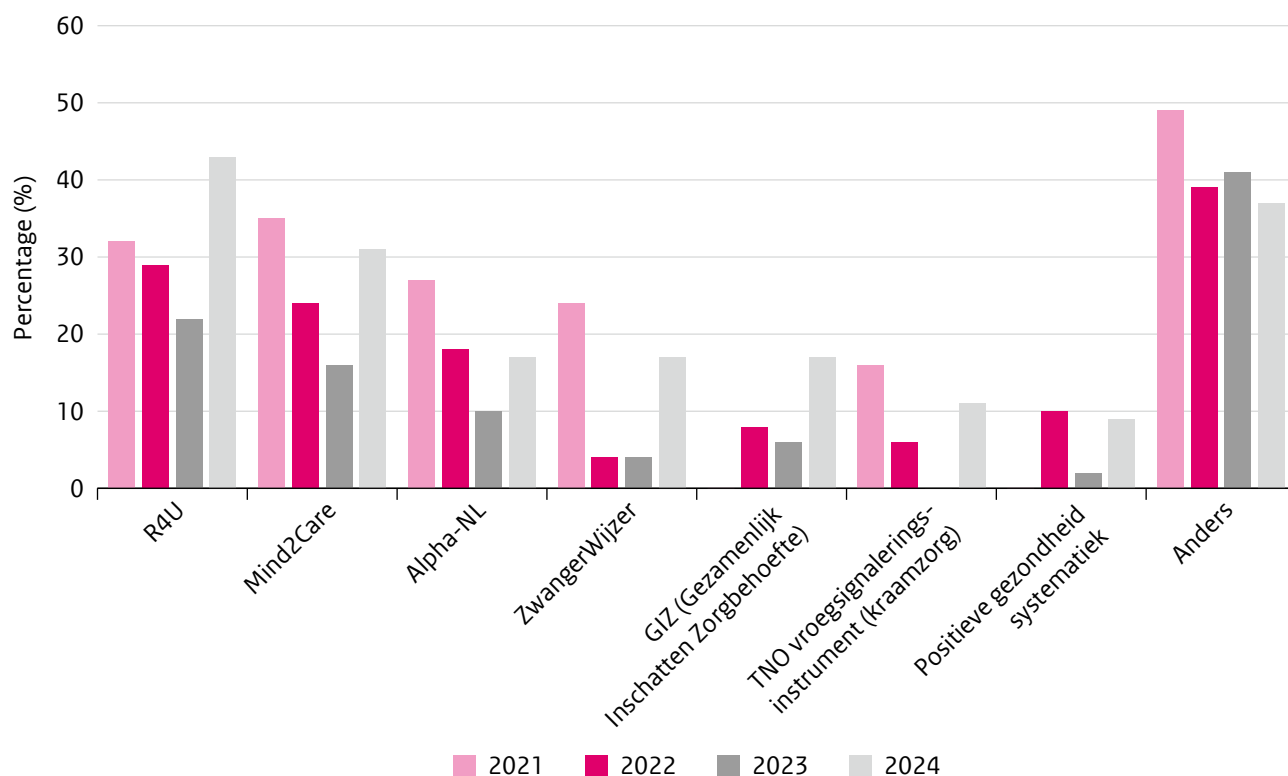
Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Figuur 23. Percentage VSV's dat afspraken gemaakt heeft over het gebruik van screeningsinstrumenten



Bron: IG-monitor 2024; Uitkomsten enquête (publicatie zomer 2025)

Figuur 24. Gebruikte screeningsinstrumenten (meerdere antwoorden mogelijk)*



* De categorie 'anders' betreft bijvoorbeeld eigen vragenlijsten (deels) op basis van vragen vanuit een screeningsinstrument.
Bron: IG-monitor 2024: Uitkomsten enquête (publicatie zomer 2025)

Tekstbox 10. Integrale Geboortezorg monitor en screeningsinstrumenten

De jaarlijkse [Integrale Geboortezorg monitor](#) (IG-monitor) geeft inzicht in de stand van zaken en ontwikkelingen binnen de integrale geboortezorg in Nederland. Het onderzoek is gestart na invoering van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) en wordt uitgevoerd door het College Perinatale Zorg (CPZ). Sinds 2023 wordt de IG-monitor in samenwerking met de Federatie van VSV's ontwikkeld. De IG-monitor

is uitgevraagd in een enquête onder Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). In 2022 en 2023 is de IG-monitor uitgevraagd in een enquête en gesprekken met vertegenwoordigers van VSV's.

Zie [Screeningsinstrumenten kwetsbare zwangeren | CPZ](#) voor meer informatie over gebruikte screeningsinstrumenten.

Na de geboorte

13. Gezinnen die geen kraamzorg afnemen: 2,5%



Data over 2023 niet beschikbaar

De benodigde data over 2023 zijn voor deze indicator nog niet beschikbaar voor het RIVM. Deze indicator kan dus alleen gepresenteerd worden tot en met het jaar 2022.

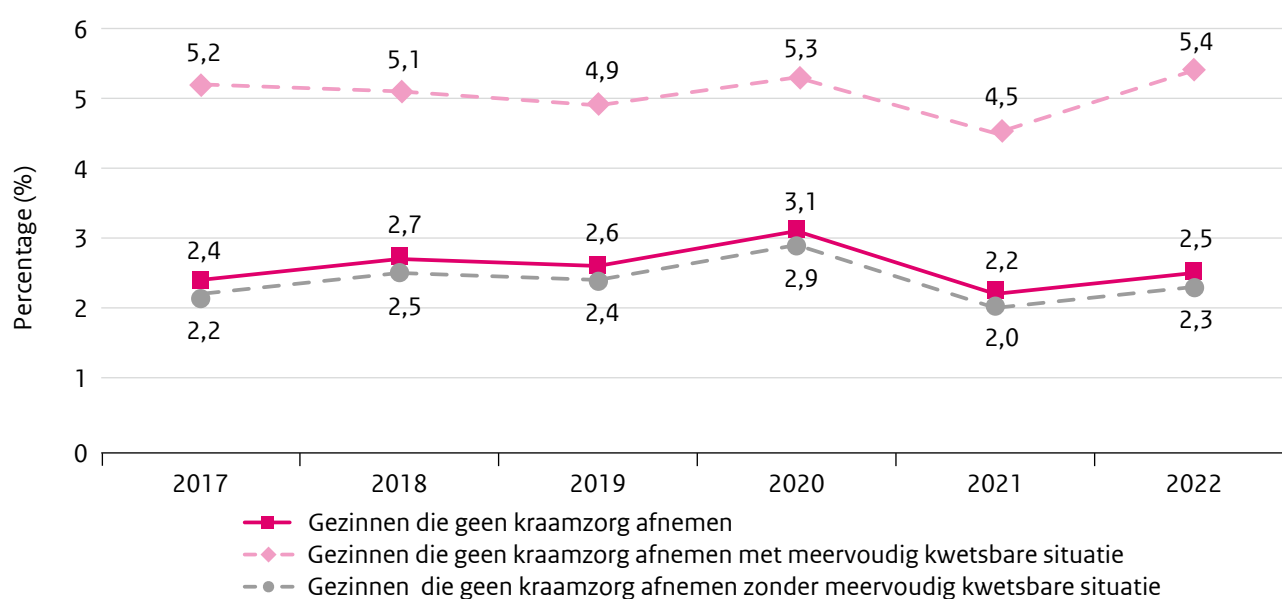
Percentage gezinnen zonder kraamzorg blijft stabiel tussen 2017 en 2022

In 2022 maakte 2,5 procent van gezinnen na de bevalling geen gebruik van kraamzorg. Tussen 2017 en 2022 fluctueerde dit percentage tussen de 2,2 en 3,1 (Figuur 25). Gezinnen waar de kraamvrouw en/of kind 6 dagen of langer in het ziekenhuis verbleef zijn niet meegenomen in deze berekening (zie [Bijlage 1](#), brontoelichting DIAPER) Figuur 26 toont de landelijke spreiding van het percentage gezinnen dat in 2022 geen gebruik maakte van kraamzorg.

Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afneemt hoger onder gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie

In 2022 namen gezinnen die te maken hadden met een meervoudig kwetsbare situatie minder vaak kraamzorg af (5,4 procent) dan gezinnen die hier niet mee te maken hadden (2,3 procent). Ook deze percentages zijn gecorrigeerd voor een langdurig ziekenhuis verblijf van de kraamvrouw en/of het kind (Figuur 25). Het verschil tussen de groepen bleef stabiel over de afgelopen jaren. In de periode 2017 tot en met 2022 fluctueerde het percentage dat geen kraamzorg afneemt voor gezinnen die te maken hadden met een meervoudig kwetsbare situatie tussen de 4,5 en 5,4 procent. Voor gezinnen die niet te maken hadden met een meervoudig kwetsbare situatie lag dit percentage in die periode tussen de 2,0 en 2,9 procent.

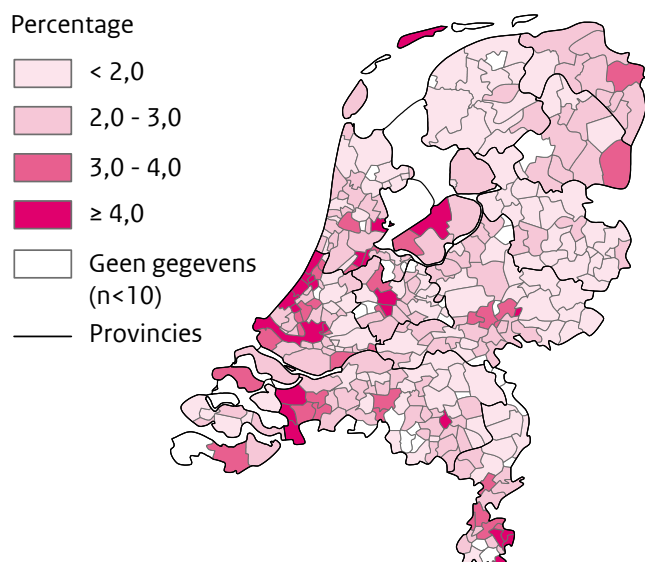
Figuur 25. Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afneemt, algemeen en gespecificeerd naar gezinnen die wel/niet te maken hadden met een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2022



*Zie indicator 14 voor meer informatie over de gebruikte definitie van een meervoudig kwetsbare situatie. Dit betreft een inschatting op basis van routinematig verzamelde data.

Bron: Vektis, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 26. Landelijke spreiding van percentage gezinnen dat geen kraamzorg afnam (op gemeenteniveau), vijfjarig gemiddelde van 2018-2022



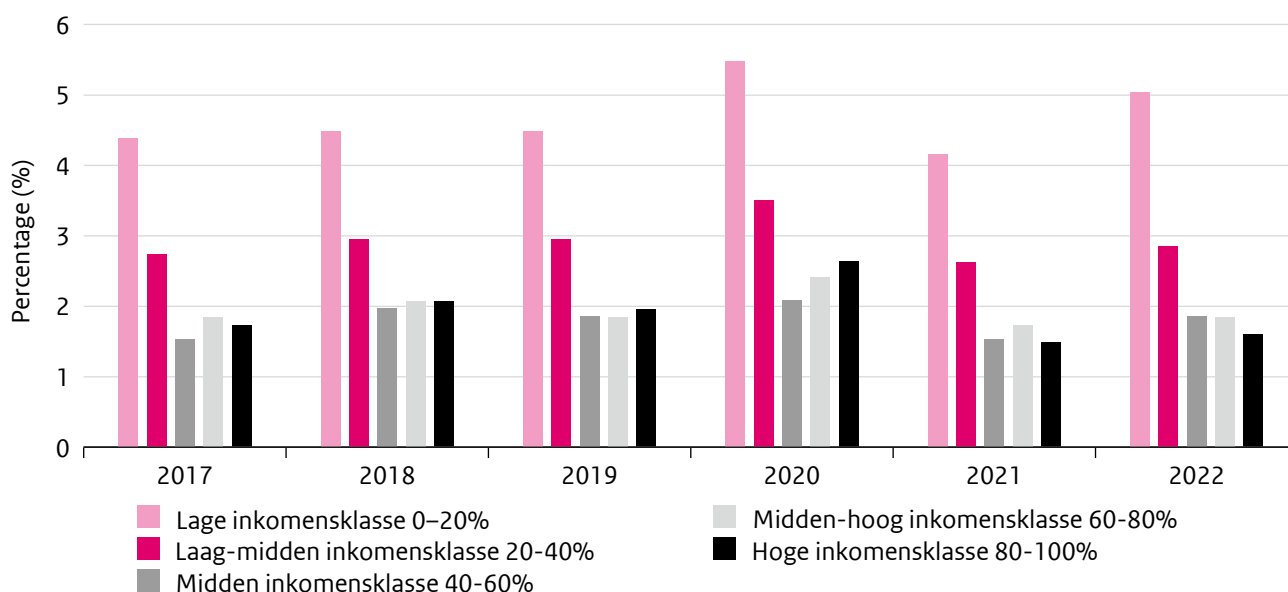
Bron: Vektis, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Verschillen in achtergrondkenmerken tussen gezinnen die wel en geen kraamzorg afnamen

Gezinnen uit de laagste inkomensklasse namen vaker geen kraamzorg (5,2 procent in 2022) af dan gezinnen uit de midden- (2,3 procent), en de hoogste inkomensklasse (1,6 procent). Dit verschil is consistent zichtbaar over de jaren 2017 tot en met 2022 (Figuur 27). Daarnaast was het percentage gezinnen dat geen kraamzorg afnam in 2017 tot en met 2022 hoger wanneer de moeder een basisonderwijs of een vmbo-opleiding heeft afgerond, vergeleken met gezinnen waar de moeder een havo-, vwo-, mbo2-4-, hbo of wo-opleiding heeft afgerond (Figuur 28). Het RIVM verkent samen met VWS de mogelijkheden om in de tweede helft van 2025 verdiepend onderzoek uit te voeren naar deze indicator over kraamzorg.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

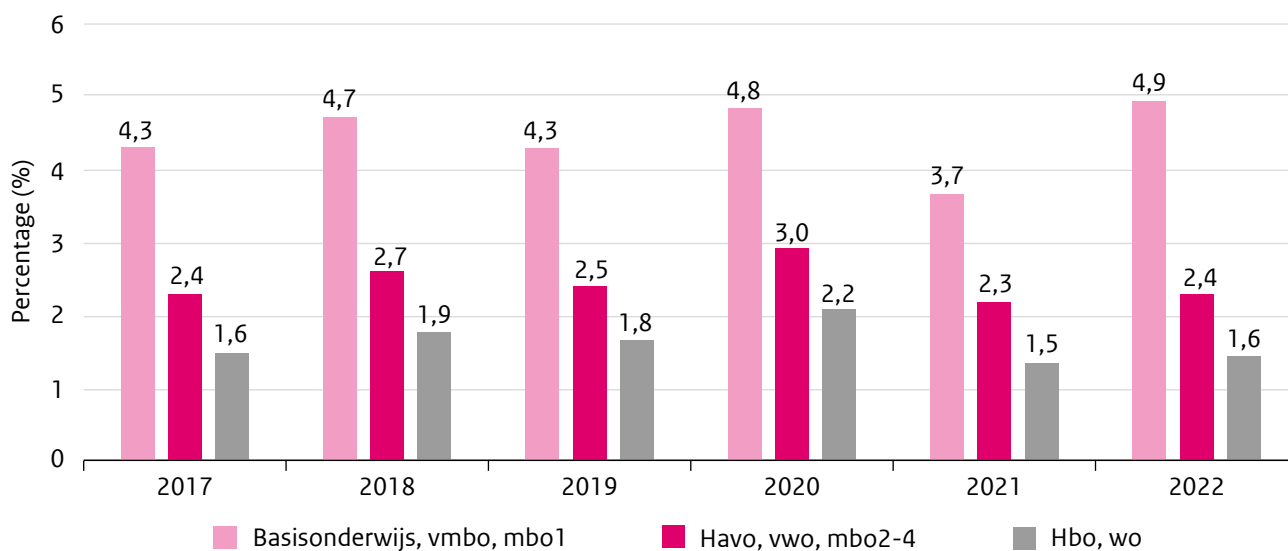
Figuur 27. Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afnam per huishoudinkomensklasse*, 2017-2022



* Voor een toelichting over huishoudinkomensklassen zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: Vektis, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 28. Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afnam per hoogst behaalde opleidingsniveau*, 2017-2022



* Voor een toelichting over de hoogst behaalde opleidingsniveaus, zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: Vektis, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

14. Kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie: 6,5%



Op de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) is meer informatie te lezen over het meten van- en onderzoek naar kwetsbaarheid.

Ongeveer 1 op 15 kinderen werd in 2023 geboren in een gezin met meerdere risicofactoren en een gebrek aan beschermende factoren

In 2023 werd 6,5 procent van de kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie (Figuur 29). Een kwetsbare situatie kan ontstaan door een disbalans tussen verschillende risico- en beschermende factoren. Een meervoudig kwetsbare situatie betekent dat er verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen tegelijk aanwezig zijn (bijvoorbeeld sociaaleconomisch, psychosociaal en medisch). Daarnaast is er vaak een gebrek aan beschermende factoren. In de berekening van het percentage zijn gezinnen in een enkelvoudig kwetsbare situatie (uitsluitend risicofactoren in één specifiek domein, en beschermende factoren in andere domeinen) niet meegenomen.

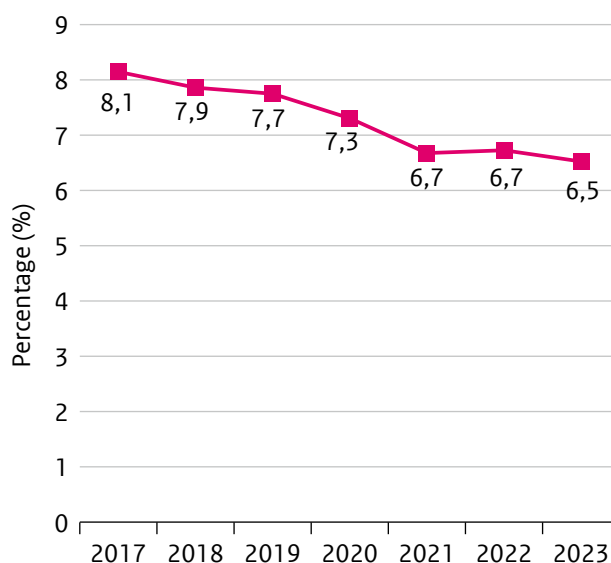
Het percentage is afgenomen van 8,1 procent in 2017 naar 6,5 procent in 2023. De afname in kwetsbaarheid komt mogelijk door een afname van verschillende onderliggende risicofactoren, zoals het hebben van schulden (zie indicator 10), een laag inkomen en wonen in een wijk met een lage leefbaarheidsscore (zie regiobeeld.nl/kansrijkestart). Tegelijkertijd kunnen sommige risicofactoren in de afgelopen jaren minder goed geregistreerd zijn, zoals verslavingszorg. Daarnaast kan een toename in beschermende factoren ook een mogelijke verklaring zijn voor de afname van het percentage.

In Figuur 30 is zichtbaar dat het percentage kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie verschilt per gemeente.

Het RIVM verkent samen met VWS de mogelijkheden om in de tweede helft van 2025 verdiepend onderzoek uit te voeren naar deze indicator over meervoudig kwetsbaarheid.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

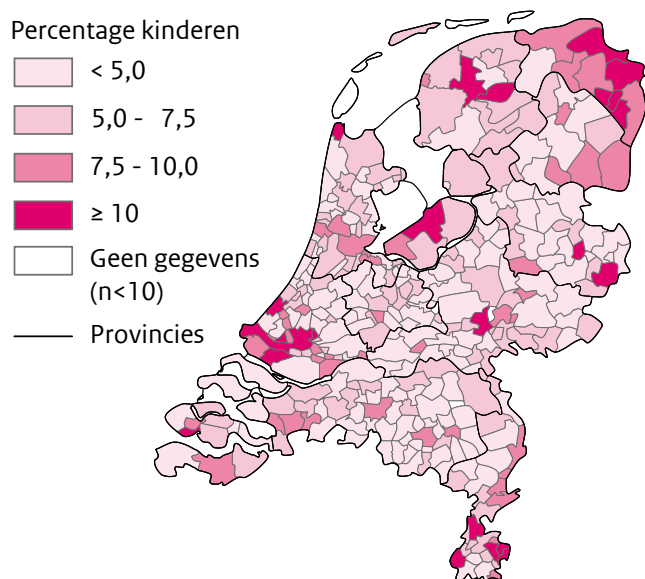
Figuur 29. Percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin waarvan de moeder op basis van een combinatie van verschillende risico- en beschermende factoren te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2023



* De volgende factoren over de moeder en het huishouden zijn in de berekening meegenomen: leeftijd, etniciteit, aantal bevallingen, asielzoekersstatus, opleidingsniveau, huishoudinkomen, sociaaleconomische positie (bron van inkomen), schulden, type arbeidscontract, 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.

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau, verwerkt en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 30. Landelijke spreiding 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 meervoudig kwetsbaarheid (op gemeenteniveau), vijfjarig gemiddelde van 2019-2023



Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau, verwerkt en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

15. Vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap: 15%



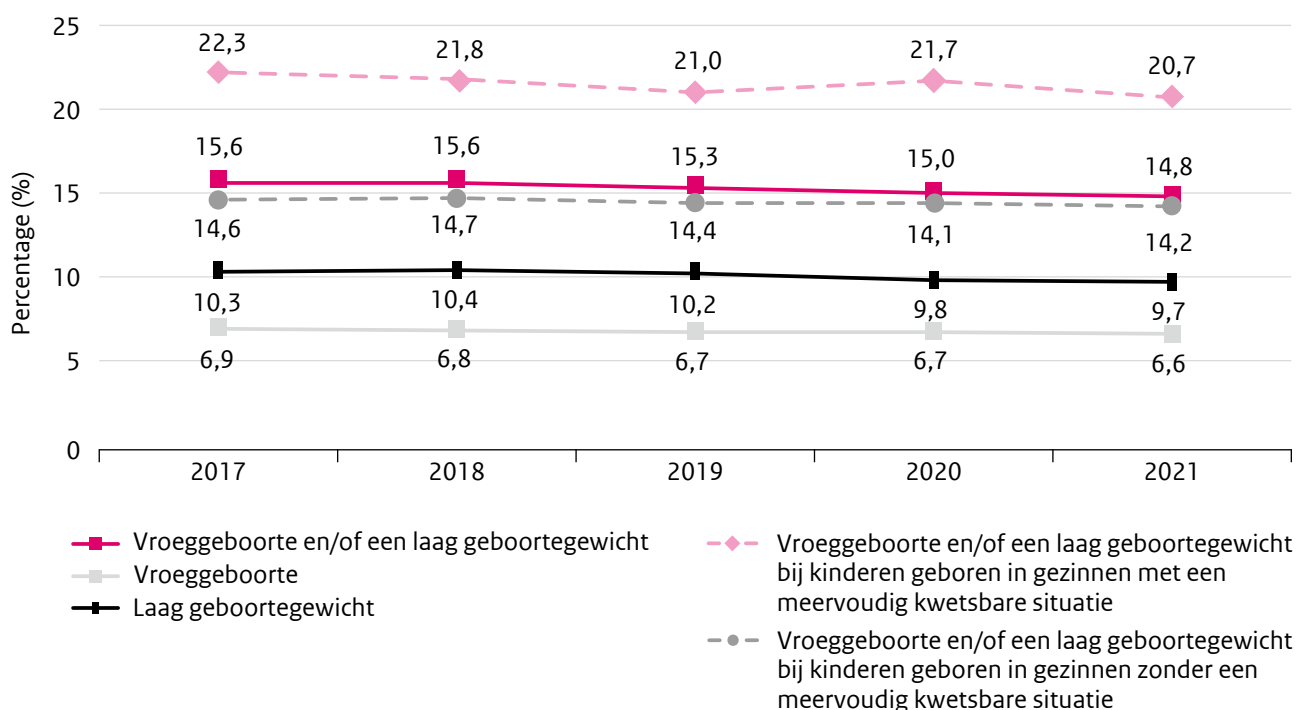
Benodigde data over 2022 en 2023 niet beschikbaar

De benodigde data over 2022 en 2023 zijn voor deze indicator nog niet beschikbaar vanwege incomplete gegevens (Tekstbox 9). Deze indicator kan daarom alleen gepresenteerd worden tot en met het jaar 2021. In 2021 werd 15 procent van de kinderen te vroeg (<37 weken zwangerschapsduur) en/of met een laag geboortegewicht (<10^e percentiel) geboren. Van deze kinderen werd 6,6 procent te vroeg geboren en had 9,7 procent een laag geboortegewicht (Figuur 31).

Percentage vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht hoger voor kinderen die te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie

Het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht is hoger wanneer deze kinderen te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie in vergelijking met kinderen waarvoor dit niet geldt. Dit percentage daalde van 22 procent in 2017 naar 21 procent in 2021. Onder kinderen die niet te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie daalde het percentage van 15 procent in 2017 naar 14 in 2021. Het verschil tussen de groepen is niet afgenomen in de afgelopen jaren.

Figuur 31. Percentage vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, algemeen en gespecificeerd voor gezinnen die wel/niet te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2021



* Meerdere kinderen zijn zowel te vroeg geboren als te klein voor de duur van de zwangerschap, waardoor de som van beiden niet gelijk is aan het totaal. Zie indicator 14 voor meer informatie over de gebruikte definitie van een meervoudig kwetsbare situatie. Dit betreft een inschatting op basis van routinematig verzamelde data.

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

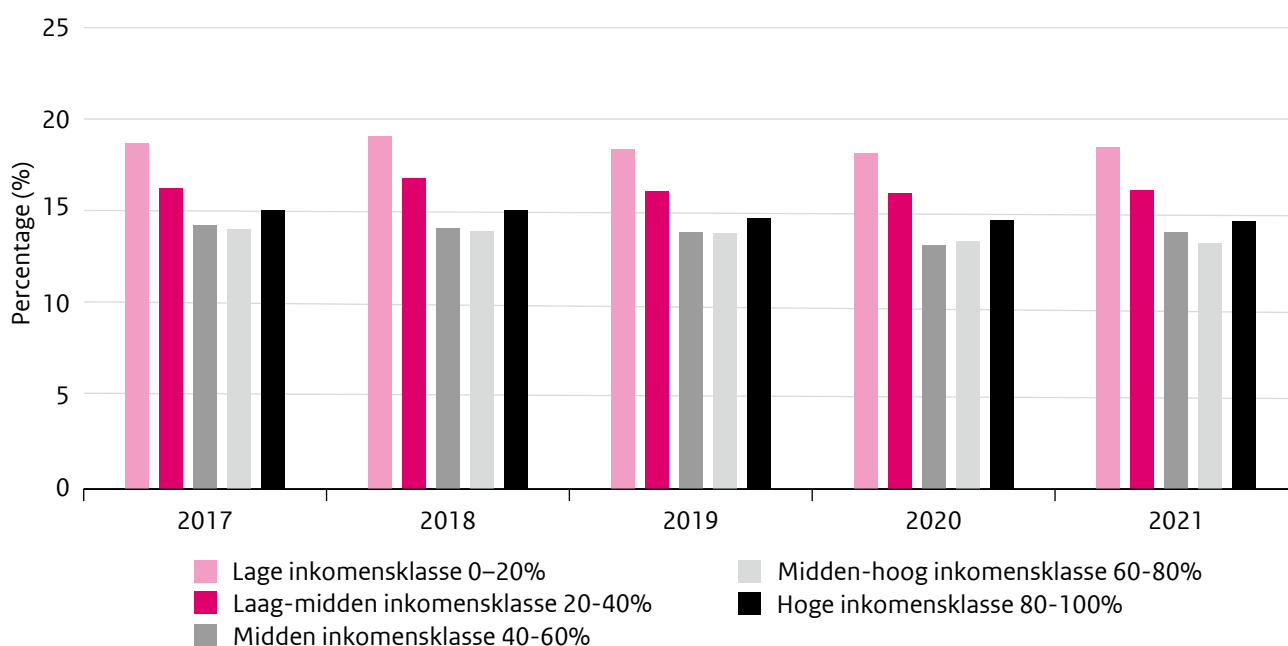
Percentage vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht hoger onder kinderen van moeders met een basisonderwijs- of vmbo-opleiding of een lager inkomen

Het percentage kinderen met vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht nam af naarmate de inkomensklasse van de moeder hoger wordt (Figuur 32). Kinderen met moeders in de hoogste inkomensklasse vormden een uitzondering. Bij hen kwam vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht procentueel gezien vaker voor (15 procent in 2021) dan bij kinderen met moeders in de

midden en hoog-midden inkomensklasse (respectievelijk 14 en 13 procent). Het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht was hoger onder moeders met een hoogst behaalde opleiding in het basisonderwijs- of vmbo dan onder moeders van de andere twee opleidingsgroepen (Figuur 33). In de zomer van 2025 zal een verdere verdieping en duiding van deze cijfers plaatsvinden, die gepubliceerd worden op [VZinfo](#).

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

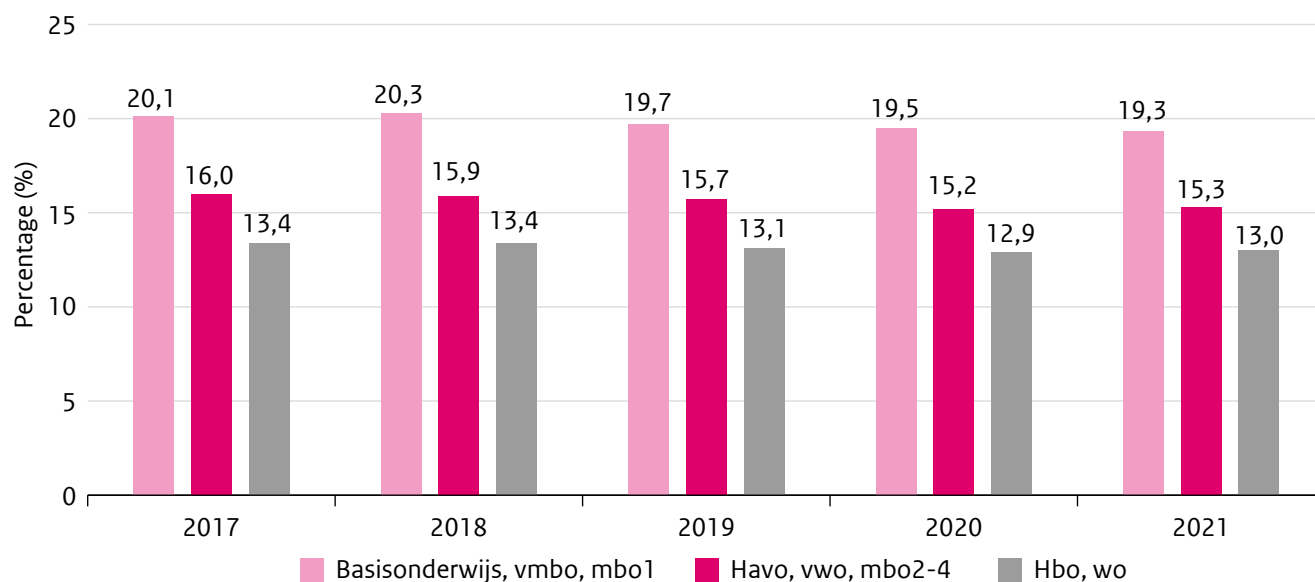
Figuur 32. Percentage vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht kinderen geboren in gezinnen per huishoudinkomensklasse*, 2017-2021



* Voor een toelichting over huishoudinkomensklassen zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

Figuur 33. Percentage vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht per hoogst behaalde opleiding*, 2017-2021



* Voor een toelichting over de hoogst behaalde opleidingsniveaus, zie deze webpagina op [VZinfo](#).

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2025)

16. Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar: 6,5%



Lichte toename percentage kinderen met spraak-taalachterstand rond de leeftijd van twee jaar

De benodigde data voor deze indicator is aangeleverd door JGZ-organisaties (Tekstbox 11). In 2024 scoorden 6.855 kinderen rond de leeftijd van twee jaar (6,5 procent) negatief op de twee kenmerken van de spraak-taalontwikkeling van het van Wiechen-onderzoek ('zegt zinnen van twee woorden' en 'wijst zes lichaamsdelen aan bij pop'). In totaal waren in 2024 gegevens

van 105.777 tweejarige kinderen beschikbaar vanuit 29 JGZ-organisaties (Tabel 4). Het percentage varieerde tussen de JGZ-organisaties van 1,7 tot 14,2 procent. In de afgelopen jaren nam het percentage kinderen met een negatieve score op spraak-taalontwikkeling toe van 5,4 procent in 2018 naar 6,5 in 2024 (Figuur 34).

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

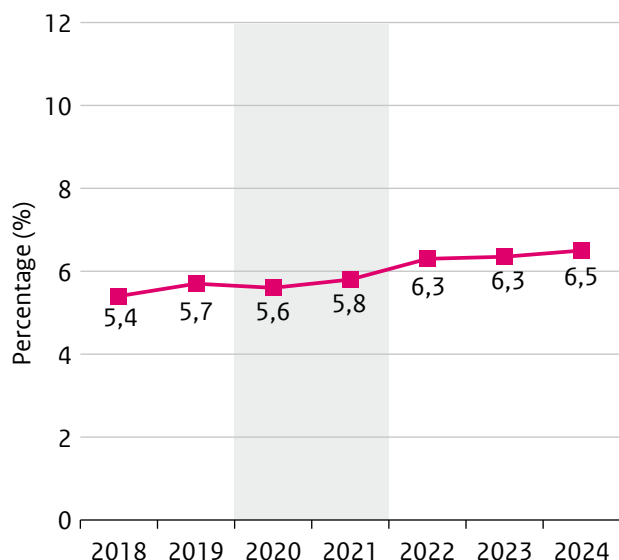
Tabel 4. Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2024

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	95.964	97.732	68.166	80.858	99.109	103.525	105.777
% Kinderen dat negatief scoort bij het item 'zegt zinnen van 2 woorden' en 'wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop'	5,4% (n=5.181)	5,7% (n=5.533)	5,6% (n=3.833)	5,8% (n=4.714)	6,3% (n=6.251)	6,3% (n=6.555)	6,5% (n=6.855)
Aantal JGZ-organisaties waarvan gegevens beschikbaar	26	26	26	26	29	27	29
Spreiding tussen JGZ-organisaties	0,9%- 9,6%	1,9 %- 10,9%	1,3 %- 18,8%	1,6%- 22,4%	1,9%- 16,4%	1,7%- 15,6%	1,7%- 14,2%

* In de eerdere factsheets van de Monitor Kansrijke Start (2019-2023) worden andere percentages vermeld. Dit komt doordat de percentages elk jaar gebaseerd zijn op de data die in dat jaar zijn aangeleverd, die mogelijk afkomstig zijn van andere responderende JGZ-organisaties.

Bron: Uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2025

Figuur 34. Ontwikkeling percentage kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2024



* Vanwege de COVID-19-maatregelen zijn minder kinderen (fysiek) gezien door de JGZ.

Bron: Uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2025

Tekstbox 11. Aanlevering JGZ-gegevens

In 2024 zijn alle JGZ-organisaties die zorg aanbieden tussen 0-4 jaar benaderd om gegevens aan te leveren over spraaktaalontwikkeling en overgewicht op tweejarige leeftijd, evenals het aantal uitgevoerde prenatale huisbezoeken. Van de 35 benaderde organisaties hebben 29 JGZ-organisaties gegevens aangeleverd over spraaktaalontwikkeling en overgewicht (indicator 16 en 17). Dat is een toename ten opzichte van voorgaande jaren. Niet alle JGZ-organisaties hebben gegevens over de volledige periode (2018-2024) kunnen aanleveren. Indien uitsluitend gekeken wordt naar JGZ-organisaties die wel alle jaren hebben aangeleverd blijven de cijfers en trends consistent. Toch moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Weliswaar zijn meer gegevens beschikbaar, maar ontbreken gegevens van zes JGZ-organisaties, waardoor de indicator-uitkomst niet representatief is voor heel Nederland. Ook de vergelijkingen met de jaren 2020 en 2021 moeten met terughoudendheid worden gemaakt. In die jaren zijn minder kinderen (fysiek) gezien door de JGZ vanwege de COVID-19-maatregelen. Dit kan betekenen dat specifieke doelgroepen juist vaker gezien werden en daarom de werkelijke percentages kunnen afwijken van de gepresenteerde cijfers.

17. Kinderen met overgewicht rond de leeftijd van twee jaar: 10%



Ongeveer 1 op de 10 kinderen rond de leeftijd van twee jaar heeft overgewicht

In 2024 hadden 12.163 kinderen rond de leeftijd van twee jaar (10 procent) overgewicht of obesitas. In totaal waren in 2024 gegevens van 117.673 tweejarige kinderen beschikbaar vanuit 29 JGZ-organisaties (Tabel 5).

Dit percentage varieerde tussen de JGZ-organisaties van 6,6 tot 20,9 procent. In de afgelopen jaren nam het percentage kinderen met overgewicht of obesitas toe van 8,4 procent in 2018 naar 10,3 procent in 2024 (Figuur 35).

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

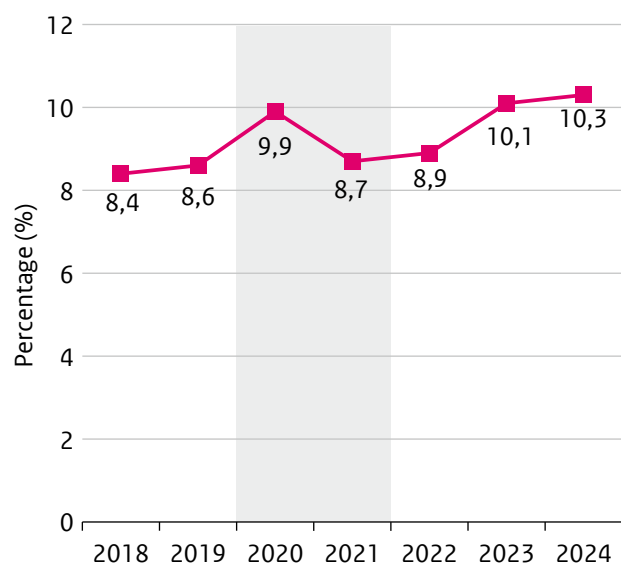
Tabel 5. Kinderen met overgewicht of obesitas rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2024

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	109.644	111.503	63.354	75.635	102.557	116.208	117.673
% kinderen waarbij de Body Mass Index binnen de categorieën 'overgewicht' of 'obesitas' valt	8,4%	8,6%	9,9%	8,7%	8,9%	10,1%	10,3%
	(n=9.218)	(n=9.595)	(n=6.265)	(n=4.714)	(n=9.139)	(n=11.703)	(n=12.163)
Aantal JGZ-organisaties gegevens aangeleverd	27	27	26	25	29	27	29
Spreiding tussen JGZ-organisaties	6,5%- 14,1%	6,1%- 15,4%	7,4%- 16,2%	5,6%- 15,0%	5,9%- 16,3%	6,3%- 19,0%	6,6%- 20,9%

* In de eerdere factsheets van de Monitor Kansrijke Start (2019-2023) worden andere percentages vermeld. Dit komt doordat de percentages elk jaar gebaseerd zijn op de data die in dat jaar zijn aangeleverd, die mogelijk afkomstig zijn van andere responderende JGZ-organisaties.

Bron: Uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2025

Figuur 35. Percentage kinderen met overgewicht of obesitas op de leeftijd van 2 jaar, 2018-2024



* Vanwege de COVID-19-maatregelen zijn minder kinderen (fysiek) gezien door de JGZ.

Bron: Uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2025

18. Vrouwen met depressie-, angst en/of stressklachten na de bevalling: 33%

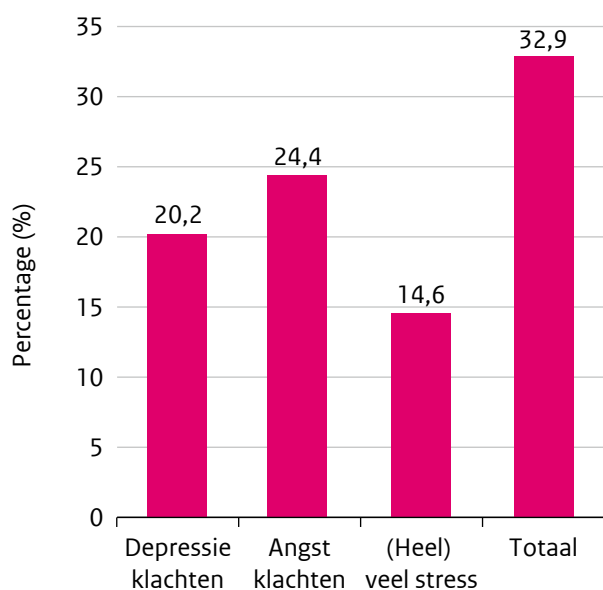


Een derde van vrouwen heeft depressie-, angstklachten en/of (heel) veel stress na de bevalling

Uit een steekproef onder vrouwen in Nederland in 2023 gaf 33 procent aan depressie-, angstklachten en/of (heel) veel stress te hebben ervaren na de geboorte van hun kind(eren) (Tekstbox 12, Figuur 36). Depressieklachten werden door 20 procent van de vrouwen ervaren, waarbij 8,2 procent aangaf dat deze klachten matig tot ernstig waren. Angstklachten werden door 24 procent van de vrouwen ervaren, waarvan 11 procent matig- tot ernstige angstklachten had.

Daarnaast gaf 15 procent van de vrouwen aan (heel) veel stress te hebben ervaren. De meest genoemde stressbronnen waren de verzorging en opvoeding van kind(eren) (56 procent), werk (46 procent), de relatie met de partner (40 procent) en gezondheid (36 procent). Stressklachten hadden betrekking op de vier weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst.

Figuur 36. Percentage vrouwen dat na de bevalling depressie-, angstklachten en/of (heel) veel stress ervaart in 2023



Bron: Trimbos, Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap

Tijdens de zwangerschap lijkt het percentage vrouwen in Nederland dat mentale klachten ervaart, lager te liggen, namelijk 23 procent. Een vergelijking met het percentage vóór de zwangerschap is niet direct te maken omdat de vraagstelling anders is. Er werd gevraagd of vrouwen in het algemeen mentale klachten ervaren, welke zijn gedefinieerd als 'gevoelens van somberheid of angst, last hebben van zorgen, stress of paniekaanvallen.'

Meer informatie over middelengebruik tijdens de zwangerschap staat in de [Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap](#) 2023.

Ervaren van depressie- of angstklachten verschillend voor opleidingsniveau

Vrouwen met een basisschool, voortgezet onderwijs of mbo opleiding als hoogst afgeronde opleiding hadden vaker depressieklachten (26 procent) of angstklachten (28 procent) ervaren na de bevalling dan vrouwen met een afgeronde hbo of wo opleiding (respectievelijk 16 procent en 22 procent). Kijkend naar het ervaren van (heel veel) stress is geen groot verschil te zien tussen de opleidingsniveaus: 16 procent van vrouwen met een afgeronde basisschool, voortgezet onderwijs of mbo opleiding ervaren stress en 14 procent van vrouwen met een afgeronde hbo of wo opleiding.

Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 12. Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap

De informatie voor deze indicator is afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap van het Trimbos Instituut welke in 2023 voor het eerst werd uitgevoerd. Voor deze monitor werd retrospectief data verzameld via een steekproef bij vrouwen op het consultatiebureau, waarbij het jongste kind maximaal 24 maanden oud is. De gemiddelde leeftijd van het jongste kind was 6 maanden. De informatie werd verzameld middels een vragenlijst. Meer informatie over deze steekproef en de mentale gezondheid vóór, tijdens en na de zwangerschap is te vinden in de [Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap](#).

Inzet interventies en activiteiten

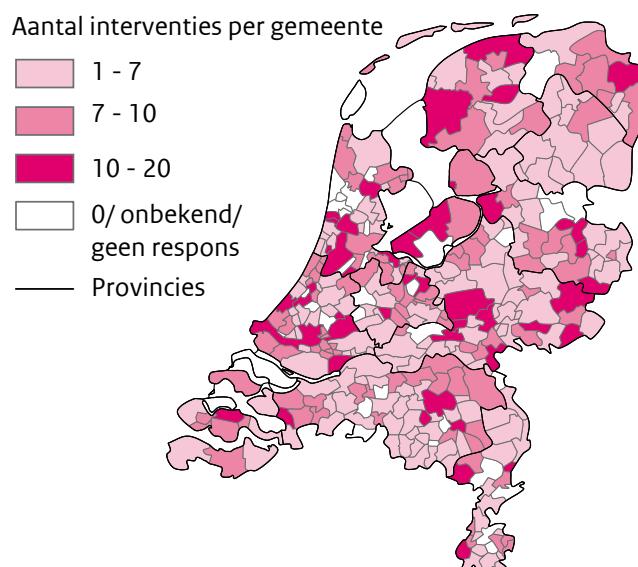
Er zijn meerdere preventieve, effectief-bewezen interventies beschikbaar die bijdragen aan een Kansrijke Start van (aanstaande) ouders en kinderen. Deze interventies zijn gebundeld in de menukaart Kansrijke Start. Sinds 2023 zijn de erkende interventies uit deze menukaart te vinden in de interventiedatabase [Loket Gezond Leven](#) van het RIVM. Begin 2025 bestond de menukaart Kansrijke Start uit 58 goed beschreven en erkende interventies uit zowel het medische als sociale domein. De resultaten rondom de inzet van interventies in de afgelopen jaren (2020-2024) worden in dit onderdeel van het rapport gepresenteerd.

Bijna alle responderende gemeenten bieden tenminste één erkende interventie aan

In 2024 bood 98 procent van de 314 responderende gemeenten minimaal één erkende interventie van de menukaart aan. In 2023 was dit percentage 97 procent van de 267 responderende gemeenten. Het aanbod van interventies varieerde sterk tussen gemeenten (Figuur 37). Van alle responderende gemeenten gaf 39 procent aan dat het tussen de één en vijf interventies aanbiedt en 51 procent biedt tussen de zes en tien interventies aan. Acht % van de gemeenten bood meer dan tien interventies aan. In de overige gemeenten werd geen interventie van de menukaart Kansrijke Start aangeboden of is onbekend om welke interventies het gaat.

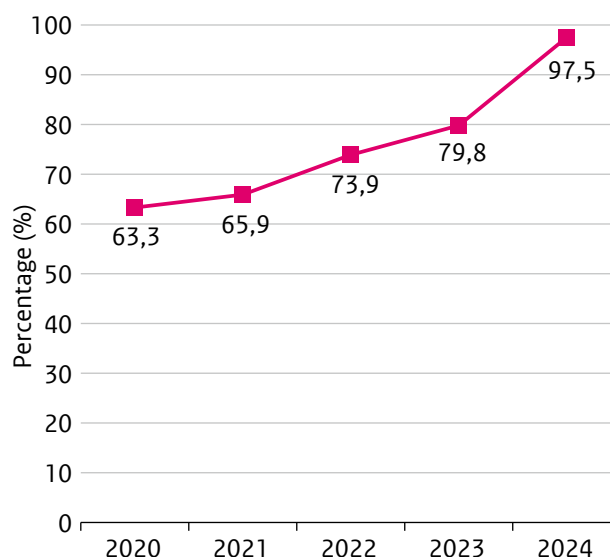
In totaal gaan 44 van de 58 interventies van de [menukaart Kansrijke Start](#) over de gehele eerste 1.000-dagenperiode (vóór, tijdens en na de zwangerschap tot de leeftijd van 2 jaar). In totaal boden 306 van de 314 responderende gemeenten (97 procent) één of meer erkende interventies aan over deze gehele eerste 1.000 dagen (Figuur 38).

Figuur 37. Landelijke spreiding aantal erkende interventies uit aanbod op gemeenteniveau in 2024



Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Figuur 38. Percentage gemeenten met inzet van erkende interventies over de gehele eerste 1.000 dagen, 2020-2024

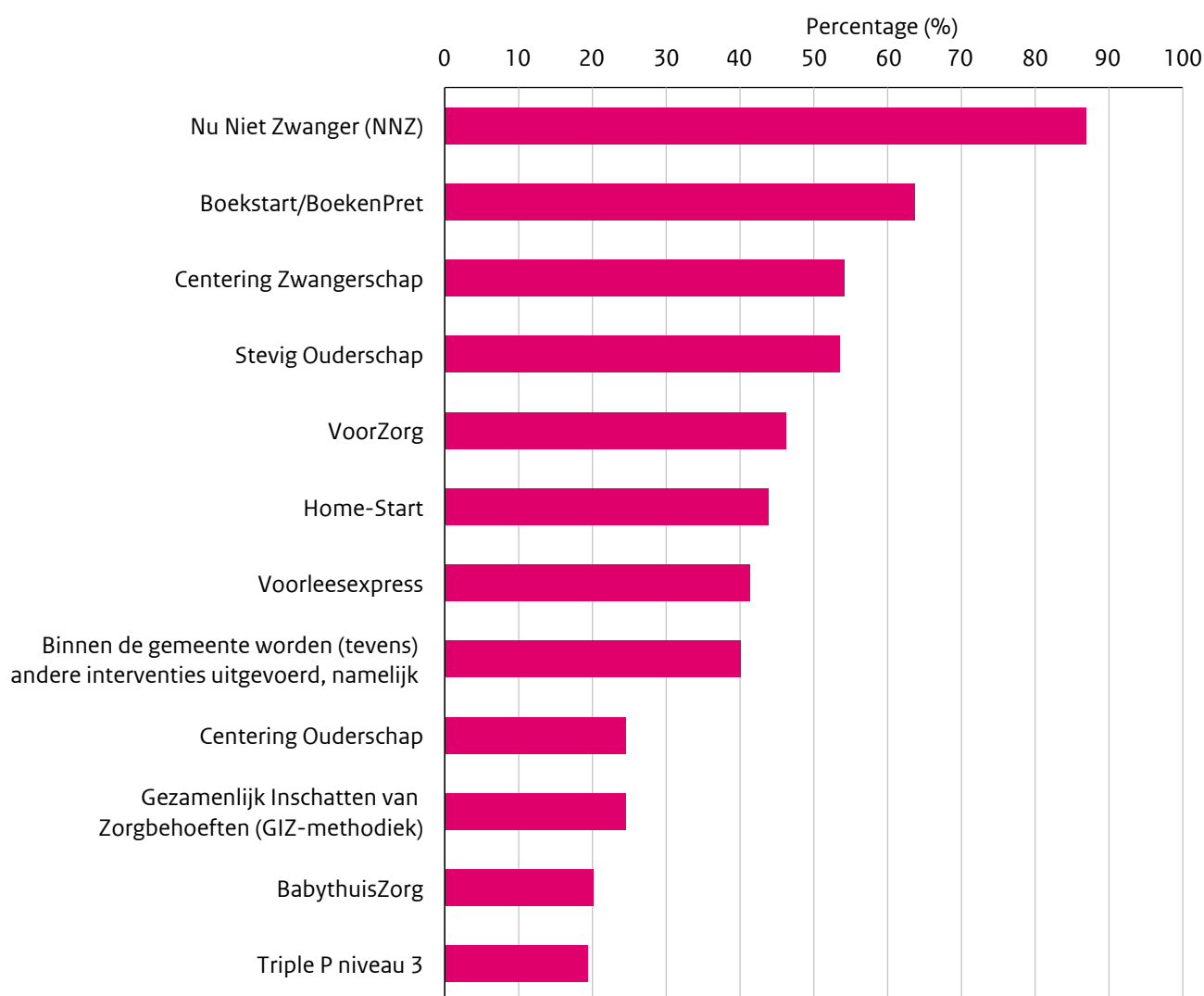


Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2025

Nu Niet Zwanger (NNZ) is de interventie die het meest werd ingezet in gemeenten (Figuur 39). Verder werden met name Boekstart/BoekenPret, CenteringZwangerschap, Stevig Ouderschap en VoorZorg veel ingezet. Tevens boden 126 gemeenten (40 procent) interventies aan die niet erkend zijn en niet op de menukaart staan. Centering Ouderschap werd hierbij het meest genoemd (25 procent). Daarnaast werden niet erkende sociale interventies, zoals moedergroepen en buurtgezinnen, veel genoemd, net als de uitgifte van benodigdheden voor pasgeborenen zoals Stichting Babyspullen of de Baby Groente Tas.

Er werden ook veel overige activiteiten ingezet binnen gemeenten. Activiteiten die het meest werden ingezet zijn het multidisciplinair overleg (48 procent), het zorgpad kwetsbare zwangere (39 procent) en de Psychiatrie-Obstetrie-Pediatrie-poli (39 procent). Ook werden financiële hulpmiddelen benut, zoals crisispotjes voor kraamzorg en anticonceptie (26 procent) en financiële/schuldhulpverlening voor zwangeren in een kwetsbare situatie (21 procent).

Figuur 39. Top 10 meest ingezette erkende interventies binnen gemeenten van de menukaart Kansrijke Start in 2024*



* Omdat niet elke gemeente heeft gereageerd op de vragenlijst wijken de gepresenteerde percentages van Nu Niet Zwanger in deze figuur af van de uitvraag die jaarlijks wordt gedaan bij de GGD-GHOR zoals gepresenteerd bij indicator 4.

Bron: Vragenlijst onder gemeenten, 2025

Resultaten

Deel 2: Ervaringen met het actieprogramma Kansrijke Start

In dit onderdeel worden de belangrijkste bevindingen van het kwalitatief onderzoek beschreven aan de hand van drie terugkerende thema's: 1) samenwerking op verschillende niveaus, 2) gezamenlijk leren, 3) verankering en transitie. Er wordt geen onderscheid gemaakt in de ervaringen van de verschillende deelnemers.

Samenwerking op verschillende niveaus

Betere samenwerking en groeiend bewustzijn over belang eerste 1.000 dagen bij professionals

Deelnemers aan de focusgroepen en interviews geven aan dat gemeenten en regio's de afgelopen tijd verdere stappen hebben gezet in het versterken van domein-overstijgende samenwerking rondom Kansrijke Start. Steeds meer partners sluiten zich aan binnen de coalities, waar afspraken worden gemaakt, passend bij de lokale situatie en context. Bijvoorbeeld over thema's zoals Gezond zwanger worden en vroegsignalering, evenals activiteiten zoals Nu Niet Zwanger, prenatale huisbezoeken, CenteringZwangerschap en multidisciplinaire overleggen. Deelnemers ervaren daarbij de meerwaarde van het leren kennen van elkaar en de korte lijnen die (zijn) ontstaan. Daarnaast merken zij op dat er in toenemende mate bewustzijn is over het belang van investeren in de eerste 1.000 dagen om gezondheidsachterstanden te voorkomen. Daarbij wordt het belang van sociale factoren steeds breder erkend en minder vaak ter discussie gesteld onder professionals. De inzet van het landelijk actieprogramma Kansrijke Start heeft hierin een momentum geboden en een belangrijke impuls gegeven. Deelnemers waarderen de structurele middelen die zijn vrijgemaakt om deze energie vast te houden en verdere stappen binnen Kansrijke Start te zetten.

"Er zijn heel veel positieve dingen. [...] In 2010/11 was er een krantenkop die op cynische toon vroeg 'moet de gynaecoloog nu ook al naar de postcode vragen'. Dat is nu helemaal over. [...] Het hele besef is heel erg veranderd. Dat moet je ook vasthouden met z'n allen." – Interview 1

Verbinding sociaal en medisch domein krijgt steeds meer vorm binnen coalities Kansrijke Start, maar er zijn ook (blijvende) uitdagingen

Deelnemers geven meerdere voorbeelden van stevige coalities waarin partijen vanuit het medische en sociale domein goed samenwerken aan een Kansrijke start voor kinderen in gemeenten of regio's. Het enthousiasme van de betrokkenen en de aanwezigheid van een kartrekker of ambassadeur die anderen kan motiveren, spelen daarbij een belangrijke rol. Tegelijkertijd zijn er ook uitdagingen en kwetsbaarheden. Zo leiden frequente personele wisselingen, bijvoorbeeld van projectleiders, tot kennisverlies en het gevoel telkens opnieuw te moeten beginnen. Ook merkten deelnemers op 'net als in eerdere jaren' dat niet alle professionals binnen de gemeente of regio bekend zijn met Kansrijke Start of actief deelnemen aan de coalitie. Verder kwam naar voren dat, hoewel er op verschillende plaatsen ontwikkelingen plaatsvinden, relevante partijen zoals huisartsen en zorgverzekeraars vaak nog ontbreken. Samenwerking tussen organisaties en domeinen blijft daarnaast complex door verschillende organisatievormen, werkgebied-indelingen en financieringsstromen, evenals het ontbreken van overstijgende registratiesystemen. Tot slot geven diverse deelnemers aan dat het een uitdaging is om betrokkenen langdurig gemotiveerd te houden, omdat dezelfde thema's steeds opnieuw aandacht vragen en verbeteringen niet altijd direct zichtbaar zijn. Deze uitdaging wordt verder versterkt door capaciteitsproblemen, tijdsgebrek en bezuinigingen. Met name de onzekerheid rondom het zogenaamde 'ravijnjaar 2026', waarin gemeenten te maken krijgen met grote financiële uitdagingen, wordt meermaals genoemd als knelpunt. Gemeenten zijn op zoek naar manieren om te bezuinigen, bijvoorbeeld door interventies af te schalen. Daarnaast geven deelnemers aan dat plannen steeds vaker onder voorbehoud worden opgesteld of dat beslissingen worden uitgesteld.

“Wat er goed gaat is denk ik wel dat verschillende partners binnen de coalities elkaar beter weten te vinden en dat dit gefaciliteerd kan worden vanuit Kansrijke Start. Wat uiteindelijk een meerwaarde is voor een betere samenwerking waar de eindgebruiker ook positieve resultaten uit kan halen. Ik denk wel dat dat nu steeds meer gebeurt. Ik denk wel dat er daarin hele grote verschillen zitten in hoe coalities dit vormgeven.”
– Interview 2

GALA en IZA gaven een impuls aan regionale samenwerking

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), getekend in 2022 en 2023, zetten in op het versterken, uitbouwen en structureel verankeren van de lokale en regionale ketenaanpak Kansrijke Start. Volgens de deelnemers gaven deze akkoorden in eerste instantie onduidelijkheid en onrust, vanwege bijvoorbeeld overlap en verschillen tussen regelingen en de tijdsdruk die bij gemeenten werd ervaren. Het tijdelijke vertrek van de VNG uit het IZA in 2024 zorgde opnieuw voor onrust. Wel beschrijven de deelnemers dat het IZA en GALA uiteindelijk een stimulans en vliegwiel waren voor de inzet van interventies en regionale samenwerking. Zo werden er bijvoorbeeld regiocoördinatoren aangesteld en regionale coalities verder doorontwikkeld. De deelnemers maken zich echter wel zorgen over de continuïteit en doorontwikkeling van regionale initiatieven door de onzekerheid over het voortbestaan van regionale middelen (IZA-SPUK-gelden).

Regionale samenwerking neemt toe en onderstreept het belang van goed afgestemde verbinding tussen lokaal, regionaal én landelijk niveau

Met de toename van regionale samenwerking beschrijven deelnemers een groeiende behoefte aan regionale afspraken. Volgens deelnemers geldt dit met name voor het medisch domein, omdat zij vaak in meerdere gemeenten werkzaam zijn en het onhaalbaar is voor deze partijen om bij alle lokale coalities in de regio aan te sluiten. Andere voordelen van regionaal samenwerken zijn bijvoorbeeld betere uitwisseling tussen gemeenten, meer uniformiteit voor professionals in de regio, en de mogelijkheid tot het betrekken van de zorgverzekeraar, vaak genoemd als ontbrekende partij op gemeenteniveau. Het maken van regionale afspraken is echter ook ingewikkeld (door bijvoorbeeld verschillende belangen en structuren, en geldkwesties). Dit kan tot gevolg hebben dat gemeenten zich juist gaan terugtrekken uit de regionale samenwerking. Deelnemers noemen als belangrijke voorwaarde dat alle verschillende niveaus (van lokaal tot landelijk) betrokken zijn.

Daarnaast is het van belang dat processen en structuren zo worden ingericht dat ze goed met elkaar in verbinding staan.

“We hebben een landelijk programma en dat heeft effect. We hebben een regionaal programma en dat heeft effect. En ook lokaal, en dat heeft effect. Maar het heeft alleen impact als je de stroom hebt van landelijk naar de regio en lokaal, en andersom. Het is een omissie geweest om iets lokaal en landelijk te doen, en dan te denken dat je impact kunt bereiken. Ik zeg het wat zwart-wit, maar het is een groeikennmerk dat we nu op de regio zitten. Maar wat we lokaal doen moet ook in stand blijven. Het gaat om het samenspel.” – Focusgroep 1

Ervaringsexperts worden steeds vaker betrokken, maar blijft verbeterpunt

Deelnemers zien steeds meer ontwikkelingen rondom het betrekken van ervaringskennis en -expertise binnen coalities. Zij noemen diverse manieren waarop ervarings-experts, mensen met ervaringskennis en/of (aanstaande) ouders worden betrokken. Voorbeelden zijn het duo-projectleiderschap met een ervaringsexpert, het opzetten van moederraden binnen de gemeente en de deelname van ervaringsexperts bij reguliere coalitie-overleggen. De wijze waarop iemand wordt betrokken, hangt af van de kennis en ervaring van de persoon. Wel wordt opgemerkt dat één persoon doorgaans niet het gedachtegoed van een hele gevarieerde groep kan vertegenwoordigen. Daarom wordt aangeraden om meerdere personen te betrekken, net zoals dat geldt voor verschillende beroepsgroepen. Deelnemers ervaren dit als een meerwaarde voor de coalitie. Het helpt zowel met de verankering van het programma in de gemeenschap, als bij het waarborgen dat ontwikkelingen (zoals bepaalde interventies) daadwerkelijk aansluiten bij de behoeften van inwoners.

“Ik zie wel resultaten van het zaaien zal ik maar zeggen, maar het is niet zo dat het gemeengoed is en dat het vanzelfsprekend is. Misschien hoeft dat ook niet, maar ik vind eigenlijk een beetje van wel. Je wil met alles wat je doet goed aansluiten bij de mensen waarvoor je het doet en dan zal je op zijn minst moeten weten wat voor hen belangrijk is. Wat je doet, of dat passend is en wat zij nodig hebben.” – Focusgroep 3

Deelnemers merken op dat het betrekken van ervarings-expertise nog in de kinderschoenen staat. Een reden voor het niet betrekken van ervaringsexperts is dat gemeenten vaak niet weten waar ze deze personen kunnen vinden of hoe ze hen kunnen betrekken binnen de coalitie. Daarnaast ontbreekt er vaak budget of wordt er geen financiële ruimte

vrijgemaakt om hun inzet mogelijk te maken. Deelnemers benadrukken dat het belangrijk is dat ervaringsexperts, net als andere partijen, op een gelijkwaardige en duurzame manier worden beloond voor hun bijdrage.

Gezamenlijk leren

Behoeftte aan zichtbaarheid en uitwisselen van kennis om gezamenlijk leren rondom Kansrijke Start te bevorderen

Volgens de deelnemers kan de uitwisseling van kennis, succesverhalen en ervaringen rondom Kansrijke Start verbeterd worden. Het delen van (praktijk)voorbeelden biedt mogelijkheden om van elkaar te leren wat wel en niet werkt. Daarnaast kan het waardevol zijn om voor specifieke onderwerpen, zoals monitoring, een gezamenlijke basis of blauwdruk te ontwikkelen. Een gezamenlijke aanpak hierin helpt om dubbel werk te voorkomen en tijd en middelen efficiënter in te zetten. Nu ervaren deelnemers dat op veel plekken ‘het wiel opnieuw uitgevonden wordt’, terwijl er al veel waardevolle kennis is opgebouwd om van te leren. Initiatieven zoals de tools en webinars van Pharos en de lerende lokale monitor van het RIVM, worden genoemd als goede voorbeelden om kennisuitwisseling te stimuleren.

“Laten we er alsjeblieft voor zorgen dat we niet nog nieuwe dingen optuigen, maar vooral leren van de lessen die geleerd zijn in afgelopen jaren en kijken naar redenen waarom dingen tot op heden niet gelukt zijn.” – Focusgroep 2

Deelnemers pleiten ook voor meer zichtbaarheid van Kansrijke Start. Dit geldt niet alleen tussen verschillende coalities, maar ook richting het medisch domein, het sociaal domein en (aanstaande) ouders. Met name in grotere steden lijkt het brede sociaal domein minder bekend te zijn onder medische zorgverleners. Door successen en beschikbare hulp meer te delen, kunnen betrokken partijen zichtbaarder worden voor elkaar. Tegelijkertijd kunnen (aanstaande) ouders zelf eenvoudiger de weg vinden naar de aangeboden ondersteuning.

Vakmanschap professionals kan verder worden versterkt, met name multidisciplinair trainen belangrijk

Het versterken van vakmanschap bij professionals was een speerpunt in de [vervolgaanpak Kansrijke Start 2022 – 2025](#). Deelnemers merken op dat er steeds meer aandacht is voor vakmanschap. Zij geven voorbeelden van e-learnings, scholingen en trainingen. Deze richten zich onder andere

op gesprekken met (aanstaande) ouders, sensitief werken, vroegsignalering en de GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften). Het trainingsaanbod verschilt echter per beroepsgroep. En hoewel er voorbeelden zijn van multidisciplinaire trainingen, is het aanbod veelal monodisciplinair. Multidisciplinair trainen is volgens deelnemers echter om diverse redenen belangrijk: het maakt professionals meer bewust van het belang en de voordelen van samenwerken aan een gezamenlijk doel, stimuleert de ontwikkeling van een interprofessionele identiteit en biedt kansen om direct van elkaar te leren (bijvoorbeeld hoe anderen lastige onderwerpen zoals seksualiteit of financiën bespreekbaar maken). Naast multidisciplinair trainen is het belangrijk om reflectief denken (bewust stilstaan bij eigen handelen en écht luisteren) en gedragsverandering te stimuleren. Het vraagt namelijk iets van professionals om de opgedane kennis te vertalen naar hun eigen setting en dit blijvend in te zetten binnen hun eigen werkzaamheden. Losse of top-down ingestoken trainingen zijn daarom vaak onvoldoende.

“Je kunt iedereen een Kansrijke start. Maar wat het daadwerkelijk behelst en wat dan van jou gevraagd wordt als professional is volgens mij nog niet altijd bij iedereen duidelijk. Laatst zei een collega ‘je staat eigenlijk voor een gezamenlijke maatschappelijke opdracht om gezonde, stevige burgers in de maatschappij af te leveren’. Ik vond dat een hele mooie omschrijving, wat het doel betreft rondom Kansrijke Start.”
– Focusgroep 2

Vroegsignalering is een belangrijk middel om gezinnen passende ondersteuning te bieden, geen doel op zich

Volgens de deelnemers zijn er stappen gezet in het vroegsignaleren van (aanstaande) ouders en gezinnen in een mogelijk kwetsbare situatie op basis van niet-medische risico- en beschermende factoren. In verschillende gemeenten en regio's zijn afspraken gemaakt of wordt momenteel gewerkt aan het kiezen van geschikte gespreksmethodieken en screeningslijsten. Vroegsignalering vindt echter niet overal optimaal plaats. Deelnemers merken op dat professionals het vaak lastig vinden en zich handelingsverlegen voelen, een gebrek aan tijd ervaren, denken het al goed te doen, of de noodzaak binnen hun eigen professe minder voelen. Dit benadrukt de behoefte aan een verandering in denken en doen, waarin professionals ondersteund en toegerust moeten worden. Deelnemers benadrukken dat vroegsignalering (en specifiek het gebruik van vroegsignaleringsinstrumenten) geen doel op zich is, maar een middel om passende hulp te bieden. Belangrijk hierin is ook dat de structuur na

signalering op orde is, zodat professionals weten waar ze naar kunnen doorverwijzen en gezinnen de juiste ondersteuning ontvangen.

“Je ziet ook heel erg terug dat het als doel wordt gesteld: beter signaleren, tijdig hulp inzetten. En dan denk ik, nee, dat beter signaleren is uiteindelijk een middel om je doel te behalen. En het doel is dat je iedereen aansluitende, passende hulp kan bieden.”
– Interview 2

Monitoring biedt gemeenten waardevolle inzichten om te verbeteren, maar de beschikbaarheid van actuele data heeft aandacht nodig

Om de effecten van Kansrijke Start in kaart te brengen, geven deelnemers aan dat veel gemeenten in meer of mindere mate monitoren. Dit doen gemeenten op verschillende manieren en niveaus, bijvoorbeeld per gemeente of wijk, en voor de hele Kansrijke Start aanpak of specifieke activiteiten. Monitoring is voor gemeenten belangrijk om te herkennen wat er goed gaat en waar verbetering mogelijk is. Het biedt daarmee sturingsinformatie en de mogelijkheid om te leren. Monitoren gebeurt ook om te verantwoorden of doelen zijn behaald of om de noodzaak van blijven investeren in Kansrijke Start te benadrukken. Een verbeterpunt rondom monitoring is de beschikbaarheid van data, met name rondom registraties van de jeugdgezondheidszorg. Zonder goed geregistreerde en actuele data is effectief monitoren en het tijdig bijsturen namelijk niet mogelijk. Daarnaast zou het volgens deelnemers nuttig zijn als er een blauwdruk voor monitoring bestaat. Naast het monitoren van kwantitatieve uitkomsten pleiten deelnemers ook voor het aanvullen met kwalitatieve inzichten, zoals verhalen of ervaringen vanuit de doelgroep.

“Als je bijvoorbeeld naar monitoren kijkt, dan is ook de gemeente erg op zoek: wat kunnen we registreren? [...] Als we willen beleggen of borgen in de toekomst, moeten we laten zien wat we doen. Maar ik weet ook niet tot wie we ons moeten richten. Welke getallen zijn dan handig, of wat kunnen we daarin bijhouden? Ja, het zou super zijn als daar een blauwdruk of wat dan ook is, waarin je dat dus zou kunnen vinden.” – Focusgroep 3

Verankering en transitie

Structurele aandacht en financiering voor Kansrijke Start gewenst voor duurzame veranderingen

In verschillende gesprekken benadrukten de deelnemers dat het best vroeg is om te spreken over verankering en borging, omdat het actieprogramma in 2018 is gelanceerd en het realiseren van duurzame veranderingen veel tijd kost. Een deel van de gemeenten en regio's zijn recent gestart, en het gedachtegoed van Kansrijke Start is nog niet bij iedereen volledig doorgedrongen. Deelnemers hopen dat het programma op termijn onderdeel wordt van het dagelijks denken en doen van betrokkenen. Hiervoor is het volgens hen belangrijk om daarin nu goed te blijven investeren om dit te bereiken. Volgens de deelnemers blijft daarom een landelijke aanjaagfunctie belangrijk, evenals het behouden van structurele en duurzame financiering voor Kansrijke Start. Daarnaast zijn er meer ontwikkelingen nodig om onder andere eerder benoemde knelpunten op te lossen.

“Ik denk ook de hele tijd, zo lang zijn we nog niet bezig met Kansrijke Start. We hebben pas 5 jaar hier heel veel aandacht voor. Dus waarom nu al praten over borgen? Het voelt bijna een beetje te vroeg. Er is ook ontwikkeling nodig, er zijn nog nieuwe dingen nodig. [...] Als je landelijk de aanjager niet meer hebt, landelijk de aandacht niet meer hebt, straalt dat ook niet meer uit naar de lokale bestuurders, naar de provinciale bestuurders en managers. En dan is de extra stok achter de deur weg. [...] De wil is er. Mensen zien dit als belangrijk iets, maar dat moeten we vast blijven houden met elkaar. En niet het kind met het badwater weggooien. Dat hoop ik echt.” – Focusgroep 3

Borging van Kansrijke Start: blijvend investeren op verschillende niveaus

Deelnemers zien zowel kansen als bedreigingen in het borgen en verankeren van Kansrijke Start. Binnen de coalitie en in de dagelijkse praktijk is men welwillend en onderschrijven betrokkenen het belang van Kansrijke Start. Daarnaast ontstaat er meer regionale samenwerking en de landelijke ondersteuning wordt gewaardeerd. Nu is het volgens de deelnemers belangrijk om de energie vast te houden en uit te breiden wat er is bereikt. Op verschillende plekken is aandacht voor borging. Volgens verschillende deelnemers houdt borging in dat er blijvend wordt geïnvesteerd op verschillende niveaus: van bestuur, beleid en management tot uitvoerders, en de regelingen en structuren die het mogelijk maken. Door Kansrijke Start ook bestuurlijk te borgen kan het thema een stevige plek op de agenda behouden en onderdeel worden van langetermijnplannen.

Dit voorkomt dat het afhankelijk blijft van individuele inzet, tijdelijke financiering of losse initiatieven. Daarnaast faciliteert dit ook de professionals op de werkvloer, want wanneer er van hen wordt gevraagd dingen anders te doen, is het belangrijk dat de organisatielagen daarboven de ruimte bieden.

“Je moet op al die lagen, je beleidscollega’s en bij bestuur, management, teamleiders, uitvoerend, moet je allemaal meekrijgen wat iedereen nou moet doen. Dat is best wel, dat is nog niet zomaar gebeurd.” – Focusgroep 2

Kansen in investeren in periode na geboorte

Volgens de deelnemers richt Kansrijke Start zich momenteel vooral op de periode van tien maanden voor de geboorte tot vlak na de geboorte (maximaal zes maanden). Deelnemers gaven aan dat het wenselijk is om meer te investeren in de actielijn na de geboorte. In meerdere regio’s wordt bovendien gewerkt aan het nog verder uitbreiden van de aanpak, tot de eerste 2.000 dagen, of aan een levensloopbenadering waarbij een doorgaande lijn tot aan overlijden centraal staat. Tegelijkertijd benadrukken deelnemers dat het essentieel is om hierbij niet te hoeven concurreren met andere programma’s en om ervoor te zorgen dat de focus op de belangrijke eerste 1.000 dagen behouden blijft.

“Als je ziet waar het gros van de aandacht rondom Kansrijke Start naartoe is gegaan, dan is dat naar de periode min tien maanden tot zes maanden postpartum, om in integrale geboortezorg-terminen te spreken. Dan heb je wat de eerste 1.000 dagen betreft nog wel wat te winnen voor een Kansrijke Start [...] Op het moment dat je verder wil oprekken, dat kan, maar dan is dit nog steeds de essentie.” – Focusgroep 2

Interventies inbedden en Kansrijke Start verbinden aan andere thema’s: integraal en vanuit de populatie samenwerken

In verschillende gesprekken kwam naar voren dat het inzetten van losse interventies niet zinvol is wanneer deze onvoldoende ingebed zijn en de basis niet op orde is. Bij het inzetten van een prenataal huisbezoek is het bijvoorbeeld belangrijk dat er voldoende vervolgaanbod en verwijsmogelijkheden zijn (zoals CenteringOuderschap) in de wijk. En ook dat er goed zicht is op verwijzingen en vervolgtrajecten. Deze stevige basis ontbreekt nog op sommige plekken. Bovendien brengt financiële krapte bij gemeenten met zich mee dat op meerdere plekken interventies of activiteiten worden afgeschaald. Volgens de

deelnemers hoeft dat niet per definitie schadelijk te zijn, mits er een goed geborgd pakket aan maatregelen overeind blijft dat aansluit bij de populatie en het gedachtegoed van Kansrijke Start. Tegelijkertijd liggen daarin volgens de deelnemers ook kansen in het verbinden met andere thema’s en beleidsterreinen. Door deze verbinding met andere thema’s zoals armoede, huisvesting en bestaanszekerheid is het mogelijk om meer integraal en vanuit de populatie te werken en samen oplossingen voor onderliggende oorzaken van (gezondheids) achterstanden te zoeken.

Breder inzetten op preventie – Kansrijke Start is onderdeel van transitie van zorg naar gezondheid

Volgens de deelnemers staan we momenteel voor een complex transitievraagstuk, waarin de verschuiving wordt gemaakt van een systeem dat primair gericht is op ziekte en zorg naar een systeem gericht op het versterken van de gezondheid. Dit vraagstuk is groter dan Kansrijke Start alleen, maar geldt voor het bredere zorgsysteem. Het huidige systeem is (nog) onvoldoende ingericht op preventie en niet langer faciliterend in wat nodig is om domeinoverstijgend te werken. Deelnemers geven als voorbeeld dat de huidige wettelijke kaders het moeilijk maken preventieve activiteiten te bekostigen. Collectieve preventie (universele en selectieve preventie) valt namelijk niet onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, terwijl gemeenten geen individuele (geïndiceerde en zorggerelateerde) preventie kunnen financieren. Domeinoverstijgend samenwerken vraagt om domeinoverstijgende financiering, en dat komt volgens de deelnemers lastig van de grond. In plaats van vasthouden aan de oude structuur, is het volgens verschillende deelnemers belangrijk om de zorg anders in te richten, ruimte te bieden en beter te faciliteren. Transitievraagstukken zijn volgens de deelnemers ingewikkeld, en processen van systemische verandering duren lang. Toch is het volgens de deelnemers goed om (kleine) stappen te blijven zetten richting het gezamenlijke doel dat je alleen samen kunt bereiken.

“Dan kom je op transitievraagstukken en dat is best ingewikkeld. Als je kijkt naar preventie faciliteren en bekostigen, dan weten we allemaal dat het nuttig is, maar regeerperiodes zijn daar niet heel erg faciliterend in. Als je meer inzet op echt preventie, daar je systeem op inricht, daar je samenwerking op inricht en dat ook een beetje los durft te laten... [...] het kan veel meer mensen ruimte en vrijheid geven om zorg te ontvangen die ze nodig hebben.” – Focusgroep 1

Aansluitend op wat hierboven staat geven deelnemers aan dat het belangrijk is om Kansrijke Start te zien als onderdeel van het grotere geheel. Dit vraagt, zoals eerder genoemd, om aansluiting bij andere thema's, beleidsterreinen, directies en ministeries. Op gemeenteniveau betekent dat bijvoorbeeld het aansluiten bij de agenda van het sociaal domein en de integrale wijkaanpak. Daarbij is het volgens verschillende deelnemers belangrijk om in te zetten op de 'community', gemeenschappen en de buurt of wijk. "Wat willen zij?" In alle ontwikkelingen is daarom het betrekken van de mensen om wie het gaat essentieel.

Resultaten

Deel 3: Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start

Sinds 2021 ondersteunt het RIVM gemeenten bij het volgen van lokale en regionale ontwikkelingen binnen Kansrijke Start in de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start. Ook faciliteert het RIVM in dit project gemeenten om inzicht te krijgen in cijfers op lokaal en regionaal niveau via een dashboard op [Regiobeeld](#). De Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start is een onderdeel van de RIVM-monitor Kansrijke Start, en wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Het RIVM volgt zelf geen ontwikkelingen op lokaal of regionaal niveau. Zie voor meer informatie over de Lerende Lokale Monitor de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#).

Activiteiten 2024

Leer- en ontwikkelgroep en themabijeenkomsten

Het RIVM faciliteert jaarlijks bijeenkomsten met de leer- en ontwikkelgroep van de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start bestaande uit elf vertegenwoordigers van lokale en regionale coalities. In 2024 kwam deze groep drie keer online bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomsten benoemden de deelnemers knelpunten en inspireerden zij elkaar door te delen hoe monitoring op lokaal en/of regionaal niveau is ingericht. Daarnaast werden onderwerpen voor themabijeenkomsten vastgesteld, die toegankelijk zijn voor iedereen. In 2024 zijn er twee themabijeenkomsten online georganiseerd. De besproken onderwerpen waren: 'Van lokale naar regionale monitoring Kansrijke Start' en 'Impact gedreven werken: data gebruiken voor het vormgeven van lokaal of regionaal beleid Kansrijke Start'. Naast de inhoudelijke onderwerpen werden tijdens de bijeenkomsten ook praktijkervaringen gedeeld. Zie de [RIVM-webpagina over Kansrijke Start](#) voor de onderwerpen van de bijeenkomsten en links naar opnames.

Lokale indicatorenset

De indicatorenset Lokale Monitoring Kansrijke Start (15) wordt gepresenteerd in een dashboard, dat gegevens bevat voor alle gemeenten en online beschikbaar op Regiobeeld. De gegevens op het dashboard biedt een

startpunt voor gesprekken en helpt bij het vormgeven van Kansrijke Start op lokaal of regionaal niveau. Ook kunnen gebruikers van het dashboard gegevens vergelijken met andere gemeenten, landelijke gemiddelden en regionale cijfers (bijvoorbeeld provincie of GGD-regio). In 2024 zijn de indicatoren aangevuld met de meest recent beschikbare gegevens. Daarnaast is het de bedoeling dat in de toekomst meer indicatoren aan het dashboard worden toegevoegd. Om deze uitbreiding mogelijk te maken, is in 2024 samen met de leer- en ontwikkelgroep gekeken naar een herinrichting van het dashboard zodat het optimaal bruikbaar wordt voor onderzoekers en beleidsmakers. Verder heeft Regiobeeld voorbereidingen getroffen om de gegevens in de toekomst ook op wijkniveau te presenteren, met name voor grotere steden.

Monitoring door gemeenten

Driekwart gemeenten brengt resultaten Kansrijke Start in beeld

In totaal hebben 308 gemeenten in de vragenlijst vragen beantwoord over de lokale monitoring van Kansrijke Start. Hiervan geeft 76 procent (n=235) aan resultaten van Kansrijke Start in beeld te brengen en gebruikt 58 procent (n=179) hiervoor lokale cijfers en indicatoren, een kleine toename ten opzichte van 2023, toen dit percentage op 54 lag. Daarnaast bevraagt 45 procent van de gemeenten (ook) ervaringen van professionals en hun organisaties. Andere manieren om resultaten in beeld te brengen zijn het bevragen van de doelgroep/(aanstaande) ouders (20 procent), ervaringsexperts (5 procent) of cliëntenorganisaties (2 procent). In 11 procent van de gemeenten worden helemaal geen resultaten in beeld gebracht, terwijl bij de resterende gemeenten (13 procent) onbekend is of dit gebeurt.

Gebruik dashboard Kansrijke Start op Regiobeeld toegenomen

Van de gemeenten die aangaven lokale cijfers en indicatoren te gebruiken om resultaten van Kansrijke Start in beeld te brengen (n=179) maakt de helft (50 procent)

in 2024 gebruik van het dashboard op [Regiobeeld](#). Dit is een toename ten opzichte van 2023, toen dit percentage op 37 procent lag. Daarnaast geeft 68 procent van de gemeenten aan (ook) gegevens van JGZ-organisaties te gebruiken om hun resultaten in beeld te brengen. In 51 procent van de gemeenten worden (ook) eigen gegevens gebruikt. Verder meldt 22 procent van de gemeenten dat zij gebruikmaken van andere gegevensbronnen zoals de GGD (zoals de Gezondheidsmonitor en Gezondheidsatlas) en [waarstaatjegemeente.nl](#).

Interviews en focusgroepen meest gebruikte methode om ervaringen in beeld te brengen

Van de gemeenten die aangaven ervaringen van de doelgroep, cliëntenorganisaties, ervaringsexperts of zorgverleners te gebruiken om resultaten van Kansrijke Start in beeld te brengen (n=159), doet 30 procent dit via interviews, 13 procent via spiegelgespreken en zes procent via focusgroepen. In 30 procent van deze gemeenten worden hiervoor (ook) vragenlijsten gebruikt. Daarnaast geven gemeenten aan dat dit tijdens netwerk- of coalitie-bijeenkomsten of in bestaande gesprekken gebeurt.

Plannen voor 2025

Doorontwikkeling dashboard lokale indicatoren

In 2025 worden beschikbare indicatoren uit de [‘keuzeset’ en het uitwerken van de ‘ontwikkelagenda’](#) toegevoegd aan het dashboard op [Regiobeeld](#).

Faciliteren leer- en ontwikkelgroep en organiseren themabijeenkomsten

In 2025 faciliteert het RIVM opnieuw de bijeenkomsten van de leer- en ontwikkelgroep van de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start. Daarnaast organiseert het RIVM in 2025 opnieuw inhoudelijke themabijeenkomsten, onder andere over hoe impact van Kansrijke Start zichtbaar te maken en hoe een learning community te bouwen.

Aansluiten Landelijk Lerend Netwerk Regionale Samenwerking Kansrijke Start

Voor het borgen en verduurzamen van Kansrijke Start is voor sommige onderdelen regionale samenwerking nodig (bijvoorbeeld omdat betrokken partijen regionaal werken, zoals Verloskundige Samenwerkingsverbanden). In verschillende regio's werken 'trekkers' aan deze regionale samenwerking. In 2024 is door Pharos in opdracht van het ministerie van VWS een [Landelijk Lerend Netwerk Regionale Samenwerking Kansrijke Start](#) opgezet. In dit netwerk kunnen de 'regionale trekkers' ervaringen, resultaten, kennis, tips en tricks met elkaar delen. Omdat monitoring ook een terugkerend thema in dit netwerk is, sluit het RIVM vanaf 2025 aan bij dit netwerk. Het lerend netwerk wordt op termijn ondergebracht bij de leerinfrastructuur Kansrijke Start van Pharos. Deze infrastructuur is in ontwikkeling.

Beschouwing

In deze beschouwing zijn de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten van de monitor Kansrijke Start 2024 samengevat en in perspectief geplaatst. Daarnaast staan er enkele overwegingen beschreven over de dataverzameling en methodologie.

Samenvatting resultaten

Toename gemeenten met Kansrijke Start, maar onzekerheid over duurzame voortzetting

In 2024 is het aantal Nederlandse gemeenten dat werkt aan de inzet van Kansrijke Start opnieuw gestegen. Het thema eerste 1.000 dagen en het nut van preventie in deze periode wordt door steeds meer partijen erkend. Inmiddels heeft negen op de tien gemeenten een coalitie Kansrijke Start gevormd. Bovendien wordt in meer dan 90 procent van de gemeenten het programma Nu Niet Zwanger ingezet en prenatale huisbezoeken door de JGZ (PHB-JGZ) uitgevoerd. Bij de meeste VSV's zijn afspraken gemaakt over screening op risico- en beschermende factoren tijdens de zwangerschap. Ook het aantal gemeenten dat erkende interventies gericht op Kansrijke Start inzet blijft toenemen.

Uit zowel de cijfers als gesprekken met betrokken partijen komt naar voren dat samenwerking tussen het sociaal en medisch domein verder toeneemt, ook op regionaal niveau. De betrokkenheid van zorgverzekeraars, ervaringsexperts en (aanstaande) ouders bij de Kansrijke Start aanpak in gemeenten is echter nog niet altijd vanzelfsprekend. Ook is er onzekerheid over keuzes die gemeenten zullen maken bij bezuinigingen of wanneer de landelijke aanjaagfunctie anders zal worden ingericht. Het actieprogramma is in 2018 ingezet maar veel gemeenten zijn pas twee jaar of korter geleden gestart. Het is volgens betrokkenen nog te vroeg om te spreken over verankering en borging voor de lange termijn. Dat blijkt ook uit de cijfers; onzekerheid over structurele middelen beïnvloedt de voortgang van Kansrijke Start en minder dan de helft van de gemeenten besteedt aandacht aan de duurzame voortzetting van het programma.

Wisselend beeld risicofactoren en uitkomsten eerste 1.000 dagen: vooruitgang maar ook blijvende uitdagingen

De resultaten van de monitor laten een gemengd beeld zien. Sommige indicatoren ontwikkelen zich positief. Zo neemt het middelengebruik onder vrouwen voorafgaand aan de zwangerschap geleidelijk af, en daalt het aantal kinderen dat wordt geboren in een gezin met een meervoudig kwetsbare situatie licht. Aan de andere kant laten andere indicatoren geen verbetering zien. Het percentage gezinnen met problematische schulden is de afgelopen jaren onveranderd gebleven, net als het percentage gezinnen dat geen gebruikmaakt van kraamzorg. Daarnaast neemt het aandeel moeders en partners met psychische problemen in het jaar van de bevalling langzaam toe. Op deze gebieden – zoals schulden, kraamzorg en psychische problematiek – blijft een duidelijke kloof bestaan tussen verschillende sociaaleconomische groepen. Deze ongelijkheid is over de jaren nauwelijks kleiner geworden. Wat vroeggeboorte en laag geboortegewicht betreft, zijn er na 2021 geen nieuwe cijfers beschikbaar. De bestaande gegevens wijzen echter op blijvende verschillen tussen sociaaleconomische groepen.

Toename jonge kinderen met overgewicht of spraak-taalontwikkelingsachterstand

Uit de gegevens van JGZ-organisaties blijkt dat zowel het aantal kinderen met overgewicht als het aantal kinderen met een spraak-taalontwikkelingsachterstand op tweejarige leeftijd toeneemt. Zo heeft in 2024 een op de tien tweejarigen overgewicht. Deelnemers aan de gesprekken gaven aan dat binnen het actieprogramma de periode na de geboorte minder aandacht lijkt te krijgen dan de periode voor en tijdens de zwangerschap. Dit komt ook terug in de cijfers; de erkende interventies die het meest worden ingezet door gemeenten focussen op de periode vooraf en tijdens de zwangerschap.

Resultaten in perspectief

Toekomst van Kansrijke Start vraagt om structurele regie en blijvende landelijke steun

Kansrijke Start is gegroeid tot een belangrijk programma dat zich richt op het bevorderen van een gezonde, kansrijke eerste 1.000 dagen van elk kind. Investeren in deze periode wordt steeds meer gezien als een ultieme vorm van preventie, waarbij sociale factoren breder worden erkend en als bepalend worden gezien voor gezondheid en ontwikkeling. Inmiddels is het Kansrijke Start programma breed omarmd, zo blijkt uit de hoeveelheid gemeenten met een coalitie en het aantal interventies dat is ontwikkeld en breed wordt ingezet.

Toch zijn er onzekerheden over de toekomst van Kansrijke Start. Uit de cijfers blijkt dat minder dan de helft van de gemeenten stappen heeft genomen om Kansrijke Start te verankeren in eigen beleid. Dat is niet geheel opvallend, aangezien twee jaar geleden (in 2022) nog minder dan de helft van de gemeenten een lokale coalitie had gevormd. Ook maken veel betrokken partijen zich zorgen over de gevolgen van eventuele bezuinigingen of het afschalen van de landelijke aansturing naar een meer ondersteunende rol. Op dit moment is de landelijke aanjager (VWS) en hun financiële middelen (zoals SPUK-gelden) een belangrijke stimulans voor de lokale inzet. Zoals in de kennissynthese Kansrijke Start (16) ook beschreven, streeft VWS naar meer gezamenlijk eigenaarschap door bepaalde verantwoordelijkheden meer lokaal en regionaal te beleggen. Echter, als landelijke sturing wegvalt, bestaat het risico dat gemeenten het programma minder prioriteit geven. Om duurzame verankering op lokaal niveau in de toekomst te waarborgen, blijven regelgevende en financiële kaders vanuit de landelijke overheid van groot belang. Ook op lokaal niveau blijft het belangrijk dat het thema Kansrijke Start een stevige plek op de agenda behoudt en onderdeel wordt van langetermijnplannen. Daarom is het belangrijk om de urgentie en noodzaak van Kansrijke Start blijvend te benadrukken en vanuit de landelijke aansturing een consistent en krachtig verhaal uit te dragen en te onderhouden (17).

Blijven investeren in samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid op alle niveaus voor de eerste 1.000 dagen

Op lokaal, regionaal en landelijk niveau groeit de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein om gezamenlijk te werken aan een Kansrijke start. Echter, belangrijke partijen zoals huisartsen, zorgverzekeraars, ervaringsexperts en (aanstaande) ouders zijn nog niet altijd voldoende betrokken. Bovendien zorgen verschillende

financieringsstromen en organisatiestructuren voor knelpunten. De vraag wie verantwoordelijk is voor de financiering van preventie wordt steeds relevanter met de gezamenlijke akkoorden, zoals het Nationaal Preventieakkoord, IZA en GALA. Het aangaan van een meer gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij alle niveaus (van lokaal tot landelijk) betrokken zijn, kan bijdragen aan een toekomstbestendige en effectieve Kansrijke Start aanpak.

Samenwerken over grenzen heen: naar een integrale aanpak voor een kansrijke start

Ondanks dat thema's zoals leefstijl, armoede en welzijn sterk samenhangen met gezondheid, worden deze verbindingen door betrokkenen nog te weinig ervaren. Het doorverwijzen tussen professionals na vroegsignalering of een prenataal huisbezoek zijn hier voorbeelden van, en vormen aandachtspunten om een samenhangende aanpak verder te versterken. Instrumenten zoals Regiobeeld en de Lerende Lokale Monitor hebben de potentie om de samenwerking te ondersteunen, maar worden tot nu toe onvoldoende gebruikt. Dit komt mogelijk omdat deze instrumenten nog onvoldoende bekend zijn. Een domein-overstijgende werkwijze – zoals bepleit in het concept 'health in all policies' – kan echter grote maatschappelijke winst opleveren op het gebied van gezondheid, bestaanszekerheid en kansengelijkheid (18). Het initiatief Kansrijke Start kan hierbij als fundament worden gezien. Toch is deze manier van samenwerken geen vanzelfsprekendheid; het vergt tijd, een fundamentele verandering in denken en werken, en ruimte om te experimenteren en innoveren. Deze investeringen zullen niet altijd direct financiële besparingen opleveren, maar op de lange termijn kan dit kosteneffectief zijn (19). Bovendien, vanuit gezondheidsperspectief is het bijna altijd beter om preventie te verkiezen boven genezing (20). Dit vraagt om een langetermijnvisie, waarin professionals over de grenzen van hun eigen specialisme heen werken om gezamenlijke maatschappelijke winst te realiseren.

Betrekken van ervaringsexpertise en (aanstaande) ouders verdient meer aandacht en verbetering

De inbreng van ervaringsexperts en (aanstaande) ouders is essentieel om beleid en praktijk binnen Kansrijke Start af te stemmen op de behoeften van (aanstaande) gezinnen. In 2024 heeft ongeveer een derde van alle gemeenten deze expertise betrokken bij hun coalitie, maar het maken van samenwerkingsafspraken met deze groepen is een stap die veel gemeenten nog moeten zetten om Kansrijke Start inclusiever te maken. Veel gemeenten worstelen met hoe ze dit vorm moeten geven, mede door gebrek aan budget en

ervaring. Er bestaan diverse ondersteuningsprogramma's, zoals die van Pharos en Loket Gezond Leven, maar de vraag is of die voldoende worden gevonden en benut. Het is belangrijk dat gelijkwaardige samenwerking met ervaringsexperts en (aanstaande) ouders een fundamenteel onderdeel blijft van de voortzetting van Kansrijke Start op landelijk, regionaal en lokaal niveau.

Vroegsignalering rondom zwangerschap: kansen en knelpunten in de praktijk

Vroegsignalering tijdens en voorafgaand aan de zwangerschap kan een waardevol middel zijn om proactief gezondheidsrisico's voor moeder en kind aan te pakken. Er is steeds meer aandacht om professionals te ondersteunen in hoe zij (aanstaande) ouders kunnen begeleiden en vroegsignalering kunnen toepassen. Tegelijkertijd wordt erkend dat vroegsignalering niet overal optimaal functioneert en dat professionals regelmatig tegen uitdagingen aanlopen in de uitvoering ervan. Ook wordt het nog vaak gezien als een doel op zich. Een goed georganiseerde structuur om na signalering door te verwijzen of actie te ondernemen en focus op het belang van vroeg signalering als middel, kunnen hierbij helpen. Vanuit de cijfers lijkt er een lichte toename in het aantal vrouwen dat een preconceptieconsult heeft ontvangen. Wel worden deze consulten nog slechts beperkt uitgevoerd. Dit maakt het lastig te achterhalen wie met deze consulten worden bereikt en of dit daadwerkelijk leidt tot betere zwangerschapsuitkomsten.

Juiste (mentale) ondersteuning voor (aanstaande) ouders voor een kansrijke start

Middelengebruik voorafgaand aan de zwangerschap lijkt langzaam te dalen, wat ook overeenkomt met de trends op landelijk niveau (21, 22). Toch laten de cijfers zien dat nog veel vrouwen en hun partners roken en/of drinken voorafgaand aan de zwangerschap. Voorlichting en adviezen gericht op een gezonde leefstijl vóór en tijdens de zwangerschap zouden daarom niet alleen op (aanstaande) zwangeren, maar ook expliciet op partners gericht moeten worden. Daarnaast komt psychische problematiek bij zowel (aanstaande) zwangeren als hun partners relatief vaak voor, net als stress bij ouders van jonge kinderen. Deze cijfers sluiten aan bij het landelijke beeld, waar zowel het aantal personen met veel stress als het aantal mensen dat moeite heeft met rondkomen, blijft stijgen (23). Het NCJ publiceerde in 2022 dat meer dan de helft van de ouders zich regelmatig uit balans voelt (24). Uit ander onderzoek uit Nederland blijkt dat het merendeel van de ouders het ouderschap zwaar vindt, en regelmatig stress ervaart om alle ballen hoog te houden en het gevoel dat zij er vaak alleen voor staan (25). Het is daarom belangrijk dat er

aandacht blijft voor het mentale welzijn van (aanstaande) ouders, en de ouder uiteindelijk centraal staat als het gaat om het ondersteunen van het kansrijk laten opgroeien van hun kinderen.

Zicht op bereik van Kansrijke Start beperkt

Veel gemeenten bieden inmiddels diverse erkende interventies aan in het kader van Kansrijke Start, en hebben zicht op welke interventies worden ingezet en welke samenwerkingen zijn opgezet. Steeds meer gemeenten voeren ook prenatale huisbezoeken (PHB's) uit en hebben zicht op het aantal uitgevoerde bezoeken. Dit wijst erop dat JGZ-organisaties dit beter registreren. Toch ontbreekt het aan verdiepend inzicht in wie daadwerkelijk bereikt worden met deze inspanningen. Dit sluit aan bij de bevindingen van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) over de implementatie van het PHB-JHZ (26). Het blijft onduidelijk of de interventies de beoogde doelgroepen bereiken en wie juist buiten beeld blijven. Een belangrijk aandachtspunt is daarom de structurele betrokkenheid van ervaringsexpertise en (aanstaande) ouders. Dit helpt gemeenten en regio's om continu te toetsen of de geboden ondersteuning daadwerkelijk aansluit op de behoeften van de doelgroep.

Onderbelichte vroege ontwikkeling: te weinig aandacht voor kinderen en ouders na de geboorte?

De monitor laat zien dat het percentage tweejarigen met overgewicht en het percentage tweejarigen met een spraak-taalontwikkelingsachterstand toeneemt. De gemeente Utrecht publiceerde eerder al dat jonge kinderen een verminderde woordenschat hebben sinds de COVID-19-pandemie (27). In 2018 is de richtlijn Taalontwikkeling gelanceerd, en in 2023 herzien (28). Er is hierbij veel (hernieuwde) aandacht geweest voor de twee taalitems die in deze monitor zijn gebruikt. Mogelijk heeft dit geleid tot meer bewustzijn onder jeugdverpleegkundigen en/of jeugdartsen bij ouders en wordt er kritischer doorgevraagd naar de taalontwikkeling tijdens een consult. Toegenomen schermtijd is een andere mogelijke oorzaak voor de stijgende trend (29, 30). Hierdoor is er minder tijd voor beweging, spelen en slaap. Mogelijke risico's hiervan zijn ontwikkelingsproblemen, zoals spraak-taalachterstanden maar ook overgewicht.

De stijgende trend in overgewicht op tweejarige leeftijd komt ook overeen met cijfers uit België (31). In Nederland lijkt de trend in ernstig overgewicht onder oudere kinderen (2-12 jarigen) ook toe te nemen (32). Vanuit de internationale wetenschappelijke literatuur is bekend dat de toename in overgewicht en obesitas een combinatie

is van veranderingen in de omgeving en individuele leefstijlfactoren, waaronder voeding en lichamelijke beweging (33). De verwachting is dat overgewicht steeds vaker en eerder zal voorkomen (34). Dit is zorgelijk, ook op jonge leeftijd zijn er risico's voor het hebben van overgewicht of obesitas, en de kans is groot dat deze kinderen op latere leeftijd ook overgewicht zullen hebben (35).

Deze ontwikkelingen roepen de vraag op of er wel voldoende wordt geïnvesteerd in de vroege kindertijd na de geboorte. Hierin zijn er ook kansen om verbinding met andere initiatieven en interventies buiten het actieprogramma te maken, zoals Gezonde Kinderopvang, Kind naar Gezonder Gewicht en Hervormingsagenda jeugd.

Reflectie op methode

Waardevolle gegevens op basis van vragenlijsten

De gegevens op basis van de vragenlijsten (indicatoren 1, 2, 3, 4, en 7) brengen waardevolle inzichten. De respons op de vragenlijst aan gemeenten is hoog, waardoor informatie over de voortgang van Kansrijke Start van ruim 90 procent van Nederlandse gemeenten beschikbaar is. De berekeningen van de indicatoren op basis van de vragenlijst zijn ten opzichte van het aantal responderende gemeenten. Het is niet bekend of de ontbrekende gemeenten willekeurig ontbreken, of dat dit samenhangt met de voortgang op de lokale aanpak van Kansrijke Start. De percentages bij de indicatoren in dit rapport kunnen daardoor een overschatting zijn van de werkelijkheid. Tegelijkertijd bieden deze indicatoren vooral inzicht in de acties van en interventies door gemeenten. Hierdoor blijven de resultaten beperkt tot procesuitkomsten, wat het moeilijk maakt om conclusies te trekken over de impact van beleidsmaatregelen op de doelgroep. Voor indicator 5 en 18 is gebruik gemaakt van de Trimbos monitor. Deze is gebaseerd op vragenlijsten over bijvoorbeeld middelengebruik voorafgaand aan de zwangerschap of stress na de zwangerschap en is soms een tot twee jaar na de bevalling ingevuld. Hierdoor is er mogelijk sprake van zogenaamde recall bias en onderrapportage, omdat deelnemers mogelijk niet goed meer wisten of zij middelen gebruikten voorafgaand aan de zwangerschap. Daarnaast bestaat er, net als bij de vragenlijst onder gemeenten, het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden.

Actuele en volledige landelijke registratiedata behoeft verbetering

Door het ontbreken van actuele en consistente landelijke registratiedata vanuit de geboortezorg is het lastig om een volledig beeld van actuele trends en onderliggende oorzaken van uitkomsten te kunnen geven. Dit maakt het ook lastiger om tijdig bij te sturen op basis van actuele cijfers. Dit is niet alleen een belemmering voor de landelijke monitoring van Kansrijke Start, maar ook voor monitoring op gemeenteniveau. Zo ontbreken de cijfers over zwangerschapsbegeleiding volledig door een foutieve berekening, en zijn de cijfers over vroeggeboorte en/of laaggeboorte gewicht beschikbaar tot en met 2021 vanwege aanleveringsproblemen in de 1^e lijn. Er is ook geen inzicht in het aantal preconceptieconsulten onder alle vrouwen. Het ontbreekt aan data over consulten die in de huisartsenpraktijk hebben plaatsgevonden, terwijl uit onderzoek blijkt dat vrouwen zich het liefst door een huisarts laten informeren over preconceptiezorg (36). Juist ook met het oog op de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen vanuit het RIVM (37), is het belangrijk om te investeren in een betere beschikbaarheid en actualiteit van databronnen.

Gebrek aan landelijke JGZ-data belemmert inzicht in trends

Voor 2024 zijn over ruim twee derde van alle tweejarigen gegevens beschikbaar. Toch moeten de gegevens met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Omdat een deel van de gegevens mist, zijn de resultaten mogelijk niet geheel representatief voor heel Nederland. Zo is het niet duidelijk of het deel van de kinderen waarover gegevens missen, geen JGZ-consult heeft gehad of dat de gegevens niet zijn aangeleverd door JGZ-organisaties. Daarnaast kunnen er verschillen bestaan tussen de methoden waarmee JGZ-organisaties hun cijfers berekenen en aanleveren. Dit kan consistentie en vergelijkbaarheid van gegevens beïnvloeden. Uit de cijfers blijkt dat veel gemeenten lokale JGZ-gegevens gebruiken voor beleidsvorming. Omdat deze gegevens niet op landelijk niveau beschikbaar zijn, is het ook lastig om ze op lokaal niveau te duiden en met elkaar te vergelijken. Dat onderstreept het belang van landelijke ontsluiting en standaardisatie van gegevens.

Uitbreiding met nieuwe indicatoren en aanvulling met kwalitatieve data biedt nieuwe inzichten

Dit jaar zijn diverse nieuwe indicatoren toegevoegd aan de monitor, wat nieuwe en waardevolle inzichten oplevert. Door de introductie van deze indicatoren en nieuwe berekeningsmethoden is het echter niet in alle gevallen mogelijk om trends te bekijken of vergelijkingen te maken met eerdere rapportages. Een ander belangrijk aspect van de uitbreiding is de extra focus op de partner van de zwangere voor de indicator over schulden en psychische problematiek.

Voor deze monitor zijn een deel van de resultaten uitgesplitst op basis van inkomen, opleidingsniveau en een meervoudig kwetsbare situatie. Mogelijk dat in de toekomst ook andere uitsplitsingen worden gebruikt. Daarnaast is in de monitor een combinatie van datamethoden gebruikt: kwantitatieve gegevens zijn aangevuld met kwalitatieve inzichten uit focusgroepen en interviews. Deze mix van data biedt een breder beeld van de activiteiten, uitkomsten en ervaringen rondom het actieprogramma. Het geeft niet alleen inzicht in wat er goed gaat, maar brengt ook knelpunten en mogelijkheden voor verbetering aan het licht.

Tot slot

Dit is de zesde jaarlijkse rapportage van de monitor Kansrijke Start van het RIVM, over 2024. Hierin is de ontwikkeling van achttien indicatoren gepresenteerd. Voorgaande rapportages lieten al zien dat er een positieve beweging is ontstaan, die inzet op preventie in de eerste 1.000 dagen van het leven. De monitor van 2024 laat zien dat er al veel is bereikt sinds 2018 en dat de beweging van Kansrijke Start verder groeit. Toch blijft het nodig om op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau te blijven samenwerken met elkaar en te investeren in de eerste 1.000 dagen van kinderen. Complete en actuele cijfers blijven een punt van aandacht voor het volgen van en inzicht krijgen in relevante ontwikkelingen, daar blijft de monitor Kansrijke Start zich voor inzetten.

Bijlage 1: Toelichting bronverwijzing

Hieronder wordt voor de indicatoren berekend door het RIVM, in de Data-InfrAstructure for ParEnts and ChildRen (DIAPER), beschreven welke data en databronnen gebruikt zijn.

De onderliggende R scripts zijn beschikbaar op de [Github van DIAPER](#).

Indicator 6 (preconceptieconsult): Deze cijfers zijn door het RIVM berekend in DIAPER en gebaseerd op declaratiedata van zorgverzekeraars via Vektis. De studiestudiepopulatie bestaat uit alle personen die kosten voor geboortezorg hebben gemaakt in 2015 t/m 2022. Per jaar is berekend welk deel van deze studiegroep minstens één declaratie voor een preconceptieconsult heeft ingediend.

Indicator 9 (start zwangerschapsbegeleiding): Deze cijfers worden door het RIVM berekend in DIAPER en zijn gebaseerd op niet-openbare microdata van het CBS en zwangerschaps- en geboortegegevens van Perined. Vanwege de onvolledigheid van de zwangerschapsdossiers aangeleverd door eerstelijnsverloskundigen, ontbreekt voor een groot deel van de zwangerschappen informatie over de allereerste afspraak van de zwangerschapsbegeleiding. Het is daarom op dit moment niet mogelijk om de start van de zwangerschapsbegeleiding te bepalen voor alle zwangerschappen.

Indicator 10 (problematische schulden): Deze cijfers zijn door het RIVM berekend in DIAPER en gebaseerd op gegevens van niet-openbare microdata van het CBS. De studiestudiepopulatie bestaat per jaar uit alle ouders (zwangere en partner) van levend- en doodgeborenen (na een zwangerschap van minstens 24 weken) die op 31 december van het betreffende jaar in de BasisRegistratie Personen (BRP) ingeschreven staan. Per jaar is berekend welk deel van deze personen hulp heeft gekregen via de schuldsanering volgens de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) en/of bekend is als wanbetaler bij de zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet waarbij een verzekerde als wanbetaler wordt aangemerkt als de verzekerde minimaal 6 maanden geen premie voor de basisverzekering betaald heeft.

Indicator 11 (psychische problemen): Deze cijfers zijn door het RIVM berekend in DIAPER en gebaseerd op gegevens van niet-openbare microdata van het CBS. De studiestudiepopulatie is dezelfde als die van indicator 10. Per jaar is berekend welk deel van deze personen zorguitgaven heeft gehad binnen de GGZ en/of angst/depressie medicatie heeft gebruikt (bepaald op basis van declaraties voor de kosten van medicijngebruik).

Indicator 13 (kraamzorg): Deze cijfers zijn door het RIVM berekend in DIAPER en gebaseerd op declaratiedata van zorgverzekeraars via Vektis en niet-openbare microdata van het CBS. De studiestudiepopulatie bestaat per jaar uit alle nieuwe ouders (zwangeren) van levendgeborenen. Per jaar is berekend voor welk deel van deze ouders de zorgverzekeraars geen kraamzorg declaraties hebben ontvangen. De cijfers zijn gecorrigeerd voor vermoedelijk langdurig ziekenhuisverblijf na de bevalling, aan de hand van diagnose-behandelcombinaties.

Indicator 14 (meervoudig kwetsbare situatie): Deze cijfers zijn door het RIVM berekend in DIAPER en gebaseerd op niet-openbare microdata van het CBS. De studiestudiepopulatie is dezelfde als die van indicator 10. Bij de bepaling van de kwetsbare situatie zijn per zwangere de volgende gegevens gebruikt uit de niet-openbare microdata: leeftijd, etniciteit, aantal bevallingen, asielzoekersstatus, opleidingsniveau, huishoudinkomen, sociaaleconomische positie (bron van inkomen), schulden, type arbeidscontract, gezinssituatie, burgerlijke staat, scheiding, gezinsgrootte, jeugdondersteuning in gezin, zorguitgaven (totaal, huisarts, ziekenhuis), medicatiegebruik, verslaving, licht verstandelijke beperking, slachtoffer of verdachte van misdrijf, detentie, verhuizingen, verlies partner of kind, woning- en motorvoertuigbezit, afstand tot huisarts, leefbaarheid van de buurt.

Indicator 15 (vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht): Deze cijfers zijn door het RIVM berekend in DIAPER en gebaseerd op niet-openbare microdata van het CBS en zwangerschap en geboortegegevens van Perined. Voor alle levendgeborenen en doodgeborenen bij een zwangerschap van minstens 24 weken waarvan geboortegegevens beschikbaar zijn in de Perined registratie is bepaald of zij te vroeg geboren zijn (zwangerschapsduur minder dan 37 weken), een te laag geboortegewicht hadden voor de zwangerschapsduur (percentiel lager dan 10%), of beiden.

Literatuur

1. Barker DJP. Adult Consequences of Fetal Growth Restriction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2006;49(2):270-83.
2. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, et al. Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science*. 2014;343(6178):1478-85.
3. Gonçalves R, Blaauwendraad S, Avraam D, Beneito A, Charles M-A, Elhakeem A, et al. Early-life growth and emotional, behavior and cognitive outcomes in childhood and adolescence in the EU child cohort network: individual participant data meta-analysis of over 109,000 individuals. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2025;52:101247.
4. Hanson MA, Gluckman PD. Developmental origins of health and disease – Global public health implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2015;29(1):24-31.
5. Kelly MP. How to make the first thousand days count. *Health Promotion Journal of Australia*. 2018;29(S1):17-21.
6. Roseboom T. De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief: de Tijdstroom; 2018.
7. Rijksoverheid. Handreiking Ketenaanpak Kansrijke Start. 2023.
8. RIVM. Indicatoren Kansrijke Start - Een Delphi-studie. 2019.
9. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2019. 2019.
10. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2020. 2021.
11. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2021. 2022.
12. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2022. 2023.
13. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2023. 2024.
14. Rijksoverheid. Wet publieke gezondheid. wetten. overheid.nl2022.
15. RIVM. Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start: een Delphi-studie. 2021.
16. Regioplan. Kennissynthese Kansrijke Start. 2025.
17. Steegers EAP, Struijs JN, Uijtendwilligen AJM, Roseboom TJ. A good start for all children: Integrating early-life course medical and social care through Solid Start, the Netherlands' nationwide action programme. *Health Policy*. 2025;152:105219.
18. Ståhl T, Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. Health in all policies: Prospects and potentials. 2006.
19. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017;71(8):827.
20. Nurse J, S D, Sigfrid L, P Y, McDaid D, J Y, et al. The case for investing in public health2014.
21. Roken | Volwassenen [Internet]. Available from: www.vzinfo.nl/roken/volwassenen#trend-roken.
22. Alcoholgebruik | Volwassenen [Internet]. Available from: www.vzinfo.nl/alcoholgebruik/volwassenen.
23. Kansrijke Start [Internet]. Available from: www.regiobeeld.nl/kansrijkestart.
24. (NCJ) NCJ. Signalen van ouders: helpt voelt zich niet in balans 2024. Available from: www.ncj.nl/inspiratie/signalen-van-ouders-helpt-voelt-zich-niet-in-balans.
25. Plaizier E. It's time to sing an Ode to Parents Early Childhood Matters. 2023.
26. (NCJ) NCJ. Bevindingen monitor Prenataal Huisbezoek JGZ 2024 2025. Available from: www.ncj.nl/inspiratie/bevindingen-monitor-prenataal-huisbezoek-jgz-2024.
27. Utrecht U. Woordenschat jonge kinderen kleiner na coronapandemie 2024. Available from: www.uu.nl/nieuws/woordenschat-jonge-kinderen-kleiner-na-coronapandemie.
28. (NCJ) NCJ. JGZ-richtlijn Taalontwikkeling 2023. Available from: www.jgzrichtlijnen.nl/richtlijn/jgz-richtlijn-taalontwikkeling.
29. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2020;174(7):665-75.
30. Nikken P. Jonge kinderen en beeldschermen. *Kind & Adolescent Praktijk*. 2021;20(1):22-9.
31. Opgroeien. Cijferrapport BMI. 2023.
32. tatline C. Overgewicht jongeren (2 tot 25 jaar) 2025. Available from: jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20331ned/table?ts=1743675214938.
33. Zhang X, Liu J, Ni Y, Yi C, Fang Y, Ning Q, et al. Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*. 2024;178(8):800-13.
34. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Determinanten | Trendscenario VTV-2024 2024. Available from: www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/determinanten.
35. Pulgarón ER. Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clinical Therapeutics*. 2013;35(1):A18-A32.
36. Denktas S, Sonneveld H, Birnie E, van der Weg E, Voorham T, Peters I, et al. Rapportage eerste jaar pilotstudie preconceptiezorg in deelgemeente Noord. 2010.

Afkortingenlijst

Afk.	Betekenis
BRP	Basisregistratie Personen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IZA	Integraal Zorgakkoord
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NNZ	Nu Niet Zwanger
PHB	Prenatale huisbezoeken
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wsnp	Wet schuldsanering natuurlijke personen

A.W. van Meijeren-van Lunteren | A.J. Brouwer-Prusak |
J.M. Molenaar | I.C. Boesveld | G.C. Crone | P.P.F. Klein |
B.E.P. Snijders | M.P.H. Koster

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juli 2025

De zorg voor morgen
begint vandaag