



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

Monitor **Kansrijke Start 2021**

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

Publiekssamenvatting

De meeste kinderen in Nederland worden gezond geboren en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Maar dat geldt niet voor alle kinderen. Het ministerie van VWS is daarom in september 2018 het actieprogramma ‘Kansrijke Start’ begonnen om meer kinderen een goede start te geven. Gemeenten en zorgverleners kunnen activiteiten opzetten om ouders vóór, tijdens, en tot twee jaar na de zwangerschap te begeleiden.

Dit doel wordt bereikt door risico’s vroeg te signaleren en de professionals uit de geboortezorg meer te laten samenwerken met de jeugdgezondheidszorg en gemeenten. Er is vooral aandacht voor ouders en kinderen in een kwetsbare situatie, zoals in armoede.

Het RIVM volgt sinds 2019 in hoeverre gemeenten activiteiten hebben opgezet en hoe de gezondheid van jonge kinderen zich ontwikkelt. Dat deed het RIVM eerder vooral met cijfers. In deze derde monitor zijn daar de ervaringen van betrokken partijen aan toegevoegd. De ervaringen beschrijven wat goed gaat en wat beter kan.

Hieruit blijkt dat partijen, zoals gemeenten, verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en wijkteams, steeds meer samenwerken. De relaties zijn verbeterd en er is meer verbinding tussen domeinen, organisaties, en individuele zorgverleners. 273 gemeenten hebben geld ontvangen om Kansrijke Start vorm te geven. Meer dan 50 procent van deze gemeenten werken in 2021 samen in ‘lokale coalities’; in 2020 was dat 21 procent. Ook worden er per gemeente meer activiteiten aangeboden dan in 2020. Voorbeelden zijn de programma’s Nu Niet Zwanger en VoorZorg.

Een belangrijke stimulans was de mogelijkheid voor de betrokken partijen om van elkaar en met elkaar te leren. Knelpunten zijn volgens hen onduidelijkheid over hoe de lokale coalities en activiteiten in de toekomst structureel te bekostigen. Zij geven ook aan dat ouders vaak nog weinig betrokken zijn om activiteiten beter bij hen te laten aansluiten. Verder vinden de partijen het belangrijk dat er wordt nagedacht hoe de verbeterde samenwerking in de toekomst behouden blijft. Daarnaast vinden ze het belangrijk om de effecten op de gezondheid langere tijd te blijven meten. Het kost namelijk tijd om duidelijke resultaten van de inspanningen te zien. Overigens kunnen ook andere activiteiten en beleidsmaatregelen dan het programma Kansrijke Start de gezondheid van kinderen verbeteren. Denk aan veranderingen in de organisatie van de geboortezorg, het sociale domein of preventie.

Kernwoorden: Kansrijke Start, geboortezorg, kwetsbare gezinnen, samenwerken, bekostiging, lokale coalities.

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Inleiding

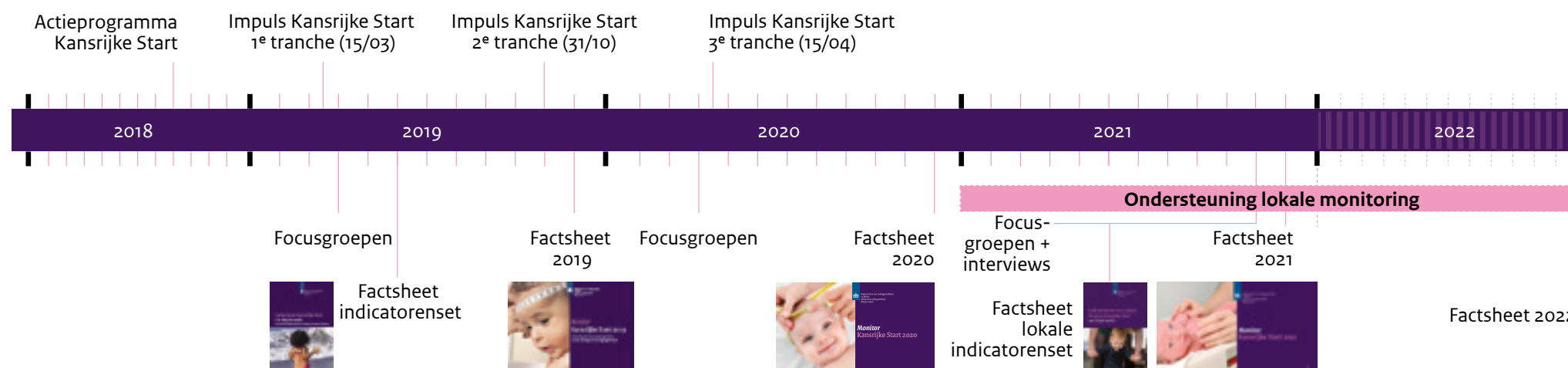
Actieprogramma Kansrijke Start: ieder kind verdient de best mogelijke start

De periode vóór en tijdens de zwangerschap, en de eerste twee levensjaren zijn heel belangrijk voor de ontwikkeling van een kind en het mogelijk ontstaan van gezondheidsachterstanden (Barker, 2006; Campbell et al. 2014; Hanson & Gluckman, 2015; Kelly, 2018; Roseboom, 2018). De meeste kinderen in Nederland maken een goede start in het leven en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Er zijn echter ook kinderen die een minder goede start maken, wat levenslange effecten kan hebben op zowel de fysieke als mentale gezondheid en ontwikkeling. In 2018 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) daarom het landelijke actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd (Figuur 1). Dit programma richt zich op kinderen in de eerste 1000 dagen van hun leven en heeft speciaal aandacht voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie (Tekstbox 1). Hierbij spelen zowel risicofactoren voor kwetsbaarheid (zoals armoede of een nadelige leefstijl van de ouders) als beschermende factoren (zoals een goed sociaal netwerk) een rol. Deze factoren kunnen zowel een medische als een sociale achtergrond hebben. Het actieprogramma werkt daarom aan een goede verbinding tussen het medische en sociale domein, inclusief de publieke gezondheid (VWS, 2018).

Het RIVM monitort het actieprogramma Kansrijke Start

Het RIVM volgt de voortgang van het actieprogramma Kansrijke Start sinds 2019 (Figuur 1). In deze publicatie beschrijven we twee onderdelen van de RIVM-monitor. We presenteren de meest recente cijfers op vijftien indicatoren (kwantitatief) en de ervaringen van betrokkenen met het actieprogramma Kansrijke Start (kwalitatief). In Tekstbox 2 staan de gebruikte databronnen. In eerder verschenen publicaties is de ontwikkeling van de vijftien indicatoren beschreven (RIVM, 2019a) en zijn de indicatoren jaarlijks geactualiseerd en gerapporteerd (RIVM, 2019b, 2020). De vijftien indicatoren bieden inzicht in de voortgang van ingevoerde activiteiten en gezondheidsmaten. Door de indicatoren jaarlijks te presenteren wordt zichtbaar of deze zich in de gewenste richting ontwikkelen. De ervaringen van betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start geven verder inzicht in bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie en het borgen van het actieprogramma.

Figuur 1: Tijdslijn actieprogramma Kansrijke Start en de RIVM-monitor Kansrijke Start



Monitor Kansrijke Start 2021

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

Tekstbox 1: Gebruikte databronnen

Kwantitatief onderzoek

- Vragenlijst onder alle Nederlandse gemeenten (*indicatoren 1, 2 en 4*)
- Uitvraag bij landelijke organisaties: GGD GHOR Nederland, NCJ en Stichting Centering Nederland (*indicatoren 3, 5, 6 en 9*)
- Uitvraag bij afzonderlijke JGZ-organisaties (*indicatoren 13 en 14*)
- Gegevens zoals beschikbaar binnen DIAPER: een data-infrastructuur met gegevens vanuit Perined (zwangerschap en geboorte), Vektis (zorggebruik) en CBS-microdatabestanden (achtergrondkenmerken van ouders over bijvoorbeeld huishoudsamenstelling, werk, inkomen, leefomgeving)(*indicatoren 7, 8, 10, 11, 12, 15*)

Kwalitatief onderzoek

Individuele en groepsgesprekken met zowel betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start: vertegenwoordigers van landelijke organisaties, projectleiders van lokale coalities, zorgprofessionals uit de geboortezorg, als ervaringsdeskundigen.

Leeswijzer

Allereerst wordt een samenvatting van de meest recent beschikbare cijfers van de vijftien indicatoren gegeven. Vervolgens bespreken we iedere indicator afzonderlijk. Daarna volgt een beschrijving van de ervaringen rondom Kansrijke Start. Tenslotte worden de resultaten in het laatste hoofdstuk kort samengevat en in perspectief geplaatst.

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Tekstbox 2: Toelichting actieprogramma Kansrijke Start

‘Meer kinderen een Kansrijke Start’ is het doel van het actieprogramma Kansrijke Start. Er zijn binnen het actieprogramma drie actielijnen en zes doelstellingen geformuleerd. De kern hiervan is het tijdig signaleren en ondersteuning bieden aan ouders in een kwetsbare situatie, rondom bewust en gezond zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap. Het actieprogramma stimuleert verschillende activiteiten en (preventieve) interventies voor gemeenten en professionals binnen drie perioden: vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte. Zie voor meer informatie over de doelstellingen en activiteiten het [actieprogramma Kansrijke Start](#).

Lokale coalities en het stimuleringsprogramma

Om zoveel mogelijk kinderen een kansrijke start te kunnen geven, is een brede, domeinoverstijgende aanpak nodig waarin de mogelijkheden en behoeften van (aanstaande) ouders centraal staan. Om in en vanuit de wijken waarin deze ouders wonen een aanpak te ontwikkelen, is het belangrijk dat gemeenten en zorgprofessionals afspraken maken die passen bij de lokale situatie. Gemeenten konden de [Impuls Kansrijke Start](#) aanvragen bij het ministerie van VWS om een lokale coalitie Kansrijke Start te vormen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het samenstellen van deze lokale coalities. Pharos voert het [stimuleringsprogramma Lokale coalities Kansrijke Start](#) uit en ondersteunt gemeenten bij het opzetten en invullen van een lokale coalitie Kansrijke Start. Er zijn

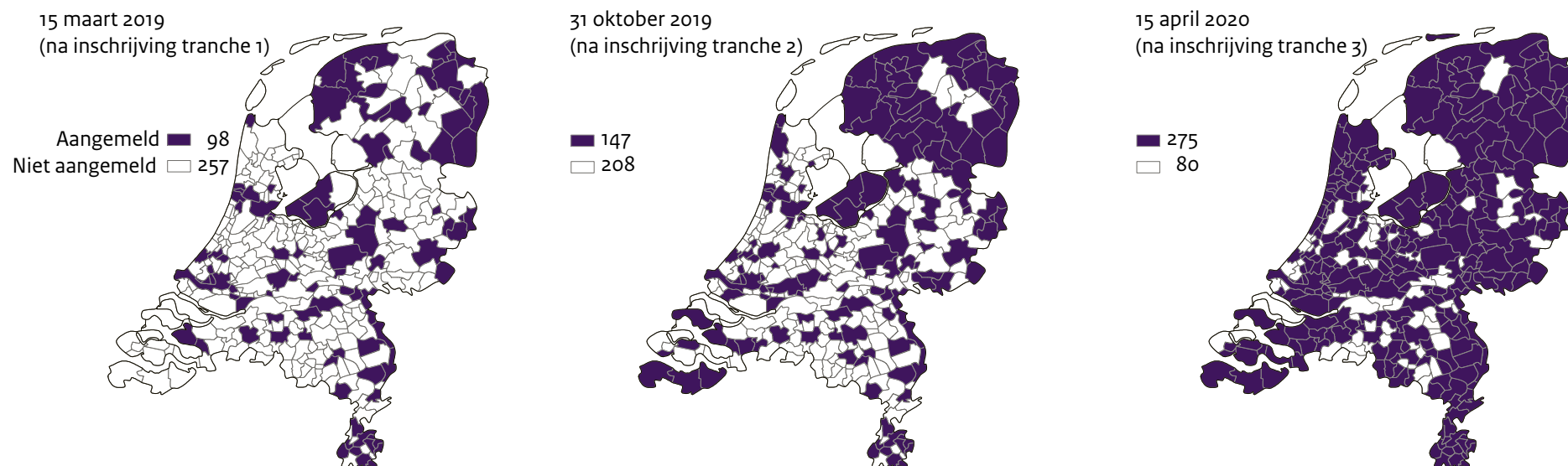
verschillende instrumenten ontwikkeld die gemeenten kunnen inzetten bij (het bepalen van) hun aanpak. Voorbeelden zijn de [analysetool](#), [klantroutes](#) en de [menukaart](#) Kansrijke Start. Daarnaast is het RIVM in 2021 gestart met het ondersteunen van lokale coalities bij hun lokale monitoring. Binnen deze [Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start](#) is een [lokale indicatorenset](#) (RIVM, 2021a) ontwikkeld. Deze is samen met andere beschikbare data te benutten als startpunt van een gesprek met beleidsmakers, bestuurders en professionals over wat er binnen de lokale coalitie speelt en welke ontwikkelingen er zijn.

Impuls Kansrijke Start

Tot en met 15 april 2020 konden gemeenten een [Impuls Kansrijke Start](#) (extra middelen via een decentralisatie-uitkering) aanvragen. In 2019 konden [Gezond In De Stad \(GIDS\)-gemeenten](#) zich aanmelden in de eerste en tweede tranche van de impuls. Dat deden 147 van de 150 GIDS-gemeenten. In 2020 konden in de derde tranche ook niet-GIDS-gemeenten zich aanmelden (tot 15 april 2020). Dat deden 128 gemeenten. In totaal hebben 273 van de 352 huidige gemeenten de Impuls Kansrijke Start aangevraagd (Figuur 2).^{*} In 2022 krijgen deze 273 gemeenten een extra jaar impuls gelden om hun lokale coalitie verder op te bouwen en te versterken. Ook de ondersteuning vanuit het stimuleringsprogramma Lokale coalities Kansrijke Start loopt door in 2022.

^{*} In eerdere publicaties ging het om 275 van de 355 gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben aangevraagd. Door gemeentelijke herindelingen zijn deze aantallen veranderd (CBS, 2021)

Figuur 2: [Gemeenten](#) die de Impuls Kansrijke Start hebben aangevraagd



Monitor Kansrijke Start 2021

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

Resultaten

Onderstaand dashboard geeft een samenvatting van de vijftien indicatoren. Per indicator wordt het meest recent beschikbare cijfer gepresenteerd. Voor de programma brede- en procesindicatoren (ingevoerde activiteiten) zijn dat cijfers over 2021. Voor de uitkomstindicatoren zijn dat cijfers over 2019 of 2020. Op de volgende pagina's wordt iedere indicator

afzonderlijk besproken aan de hand van de volgende items: cijfer en brongegevens, belang van indicator, berekening van indicator en een inhoudelijke toelichting op de cijfers, met waar mogelijk inzicht in de trend over de tijd.

Programma breed	51% Gemeenten met een lokale of regionale coalitie ⁽²⁰²¹⁾ 1		
	56% Gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start ⁽²⁰²¹⁾ 2		
Proces	Voor de zwangerschap	Tijdens de zwangerschap	Na de geboorte
	76% Centrumgemeenten waarin Nu Niet Zwanger is gestart ⁽²⁰²¹⁾ 3	75% Gemeenten waarin prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd ⁽²⁰²¹⁾ 4	25% JGZ-organisaties die Centering Parenting aanbieden ⁽²⁰²¹⁾ 9
		43% Gemeenten waarin VoorZorg wordt aangeboden ⁽²⁰²¹⁾ 5	9,5% Gezinnen die géén gebruik maken van kraamzorg ⁽²⁰²⁰⁾ 10
		39% Verloskundigenpraktijken getraind in Centering-Zwangerschap ⁽²⁰²¹⁾ 6	
Uitkomst		14,5% Start zwangerschapsbegeleiding na de 10 ^e week van de zwangerschap ⁽²⁰¹⁹⁾ 7	11 Kinderen geboren in een kwetsbaar gezin 11
		1,9% Vrouwen met problematische schulden in jaar van bevalling ⁽²⁰²⁰⁾ 8	15,0% Vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur vd zwangerschap ⁽²⁰²⁰⁾ 12
			5,0% Negatieve score op spraak-taal ontwikkeling rond twee jaar ⁽²⁰²⁰⁾ 13
			9,4% Overgewicht (inclusief obesitas) rond twee jaar 14
			1,8% per 1.000 kinderen tot twee jaar uit huis geplaatst ⁽²⁰²⁰⁾ 15

● ontwikkelt zich in gewenste richting
 ● ontwikkelt zich niet in gewenste richting
 ● betrouwbaarheid data onduidelijk
 ○ onduidelijkheid omtrent duiding

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

1. Gemeenten* met een lokale of regionale coalitie rondom de eerste 1000 levensdagen

51%

Bron: vragenlijst onder gemeenten
Jaar: 2021 (peildatum: 20 september 2021)
*Het betreft gemeenten die de Impuls
Kansrijke Start ontvangen.

Belang indicator

Binnen een lokale of regionale coalitie Kansrijke Start werken gemeente(n) en professionals uit het sociale domein (onder andere de jeugdgezondheidszorg, welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting) samen met professionals uit het medische domein (zoals verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, huisartsen en GGZ). Binnen een lokale of regionale coalitie worden afspraken gemaakt om de zorg en ondersteuning rondom de eerste 1000 levensdagen te verbeteren, met specifieke aandacht voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Deze afspraken gaan bijvoorbeeld over het signaleren van problemen, effectief doorverwijzen en het beter bereiken en begeleiden van gezinnen. Hierbij staan de wensen en behoeften van (aanstaande) ouders centraal. Inzicht in het aantal lokale en regionale coalities is gewenst om na te gaan in hoeverre het actieprogramma ingevoerd is.

Berekening indicator

Teller: aantal gemeenten dat een lokale of regionale coalitie heeft gevormd.
Noemer: aantal gemeenten dat de Impuls Kansrijke Start ontvangt (N=273).

Beschrijving en verdieping

Helpt van gemeenten met Impuls Kansrijke Start heeft coalitie gevormd

Onder alle Nederlandse gemeenten is halverwege 2021 een online vragenlijst uitgezet (Tekstbox 3). De 273 gemeenten die de Impuls Kansrijke Start ontvangen, kregen vragen over de vorming van een lokale of regionale coalitie. Daarvan gaven 140 gemeenten (51%) aan dat zij een coalitie hebben gevormd. Dit percentage is een onderschatting, omdat van 56 gemeenten informatie ontbreekt. Als we het percentage berekenen over uitsluitend de responderende gemeenten, betreft het percentage 65% (Tabel 1). 67 gemeenten (25%) hebben een coalitie in voorbereiding of zijn hierover in gesprek. 10 gemeenten (4%) geven aan geen coalitie te hebben gevormd. Tabel 1 en figuur 3 presenteren de ontwikkeling van lokale coalities gedurende de periode 2019 tot en met 2021.

Toename van coalities sinds vorig jaar

Het percentage gemeenten dat aangeeft een lokale of regionale coalitie te hebben gevormd laat sinds vorig jaar een sterke toename zien: van 21% in 2020 (n=59) naar 51% in 2021 (n=140). Een groot deel van de gemeenten die in 2020 aangaven een coalitie in voorbereiding te hebben of hierover in gesprek te zijn, heeft in 2021 een coalitie (Figuur 3).

Tekstbox 3: Vragenlijst onder gemeenten

Naar alle 352 Nederlandse gemeenten is een online vragenlijst gestuurd waarin wordt gevraagd naar hun activiteiten op het gebied van Kansrijke Start. De gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben aangevraagd (n=273), ontvingen de vragenlijst via het ministerie van VWS, waarbij 217 gemeenten reageerden (respons: 79%). De overige 79 gemeenten zijn benaderd via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), waarbij 12 gemeenten reageerden (respons: 15%). In totaal hebben 229 gemeenten de vragenlijst ingevuld (respons: 65%), waarbij per vraag de respons iets varieert. De gegevens van de vragenlijst worden gebruikt om de drie indicatoren te kwantificeren (indicator 1, 2 en 4). Om zo goed mogelijk te kunnen vergelijken met eerdere publicaties (RIVM, 2019b; RIVM, 2020), kozen we ervoor om de berekening van de indicator gelijk te houden.

Monitor Kansrijke Start 2021

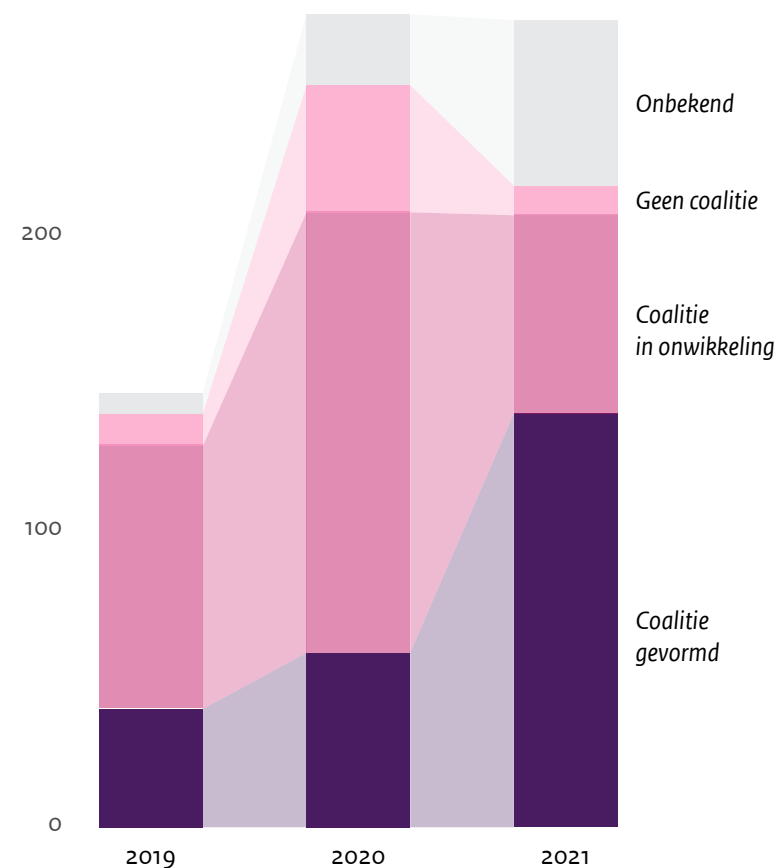
- Publiekssamenvatting
- Inleiding
- Dashboard
- 1 Lokale coalities**
- 2 Plan van aanpak
- 3 Nu Niet Zwanger
- 4 Prenataal huisbezoek
- 5 VoorZorg
- 6 CenteringZwangerschap
- 7 Zwangerschapsbegeleiding
- 8 Schulden
- 9 CenteringOuderschap
- 10 Kraamzorg
- 11 Kwetsbaar gezin
- 12 Vroeggeboorte/
laag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

Tabel 1: Ontwikkeling lokale of regionale coalities over periode 2019 – 2021

	2019*	2020	2021
Totaal aantal gemeenten met Impuls Kansrijke Start	147	275	273
Aantal gemeenten dat heeft gereageerd op de vragenlijst	140	251	217
Coalitie gevormd (aantal)	n = 40	n = 59	n = 140
Percentage t.o.v. gemeenten met Impuls Kansrijke Start	27%	21%	51%
Percentage t.o.v. responderende gemeenten	29%	24%	65%
Coalitie in ontwikkeling of hierover in gesprek (aantal)	n = 89	n = 149	n = 67
Percentage t.o.v. alle gemeenten met Impuls Kansrijke Start	61%	54%	25%
Percentage t.o.v. alle responderende gemeenten	64%	59%	31%

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

Figuur 3: Visuele weergave van de ontwikkeling van het aantal coalities over periode 2019 – 2021*



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

2. Gemeenten* met een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start

56%

Bron: vragenlijst onder gemeenten
Jaar: 2021 (peildatum: 20 september 2021)
*Het betreft gemeenten die de Impuls
Kansrijke Start ontvangen.

Belang indicator

Een belangrijke stap voor een integrale aanpak Kansrijke Start is het vormgeven van een gezamenlijk plan van aanpak van de gemeente met partners (Tekstbox 4). Het opstellen van een plan van aanpak kan plaatsvinden terwijl wordt toegewerkt naar een structurele samenwerking binnen een lokale of regionale coalitie. Het kan ook dat dit gebeurt nadat een coalitie is vormgegeven. Voor het programma Kansrijke Start is het van belang om inzicht te hebben in het aantal gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak.

Berekening indicator

Teller: aantal gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start (afgerond of in ontwikkeling).

Noemer: aantal gemeenten dat de Impuls Kansrijke Start ontvangt (N=273).

Beschrijving en verdieping

Ruim de helft van de gemeenten met Impuls Kansrijke Start heeft een plan van aanpak of is hiermee gestart

In 56% van de gemeenten is met samenwerkingspartners een plan van aanpak opgesteld (n=72), of wordt hiermee een begin gemaakt (n=81). Indien we het percentage berekenen over uitsluitend de responderende gemeenten, betreft het percentage 71% (153 van de 217).

Voor gemeenten uit de eerste en tweede tranche ligt het percentage gemeenten met een plan van aanpak iets hoger dan voor gemeenten uit de derde tranche. Het percentage is toegenomen sinds vorig jaar: in 2020 had 48% van de gemeenten een gezamenlijk plan van aanpak opgesteld. Van 56 gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen, ontbreken gegevens omdat zij de vragenlijst niet hebben ingevuld.

Tekstbox 4: Partijen waarmee gemeenten samenwerken op Kansrijke Start

Er zijn 229 gemeenten (met en zonder Impuls Kansrijke Start) die vragen beantwoordden over met welke partijen zij in een lokale coalitie zitten en met wie zij (daarnaast) samenwerken. Deze partijen verschillen tussen de gemeenten. Figuur 4 presenteert het percentage gemeenten dat aangeeft in overleg te zijn met een partij. Het bevat de partijen waarmee wordt samengewerkt in 2020 (RIVM, 2020) en 2021 voor vier domeinen: sociaal domein, medisch domein, *community* en afdelingen binnen de gemeenten. In sommige gevallen ontbreken gegevens over 2020, omdat deze in dat jaar niet zijn uitgevraagd.

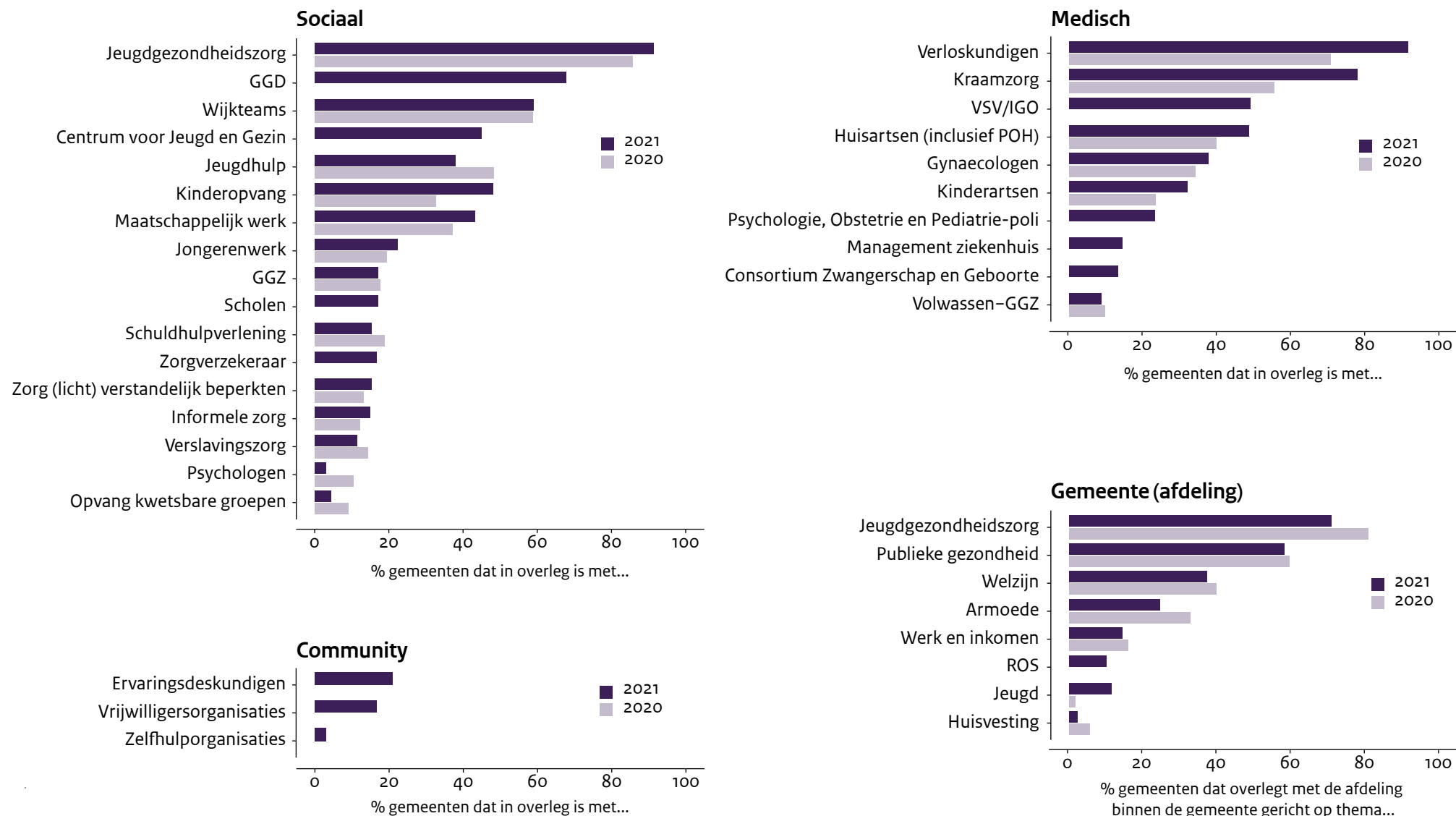
Veelgenoemde partijen waarmee gemeenten samenwerken zijn verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, GGD'en, wijkteams en afdelingen binnen de gemeente op de thema's jeugdgezondheidszorg en publieke gezondheid. Over het algemeen is er tussen 2020 en 2021 een toename zichtbaar in het aantal partners uit het medische en sociale domein. In vergelijking met 2020 is er in 2021 ook gevraagd naar samenwerking met partijen uit de *community*, zoals ervaringsdeskundigen, zelfhulporganisaties en vrijwilligersorganisaties. Ongeveer een derde van de gemeenten gaf aan samen te werken met een of meerdere van deze *community*-partijen.

Gemeenten gaven daarnaast ook aan met welke partijen die momenteel nog niet betrokken zijn, zij graag in overleg gaan. De genoemde gewenste partijen zijn vooral huisartsen (door 77 gemeenten genoemd), ervaringsdeskundigen (n=55) en de zorgverzekeraar (n=44).

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Figuur 4: Samenwerkingspartners waarmee de gemeenten in overleg zijn over Kansrijke Start





voor de
zwangerschap

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

3. Centrumgemeenten waar Nu Niet Zwanger is gestart

Belang indicator

Nu Niet Zwanger ondersteunt kwetsbare mensen bij het maken van een bewuste keuze over het moment van hun kinderwens, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken (Tekstbox 5). Binnen het actieprogramma Kansrijke Start was het doel om een landelijk dekkend netwerk van het programma Nu Niet Zwanger te realiseren door 50 programma's te starten (VWS, 2018). GGD GHOR Nederland rolt de programma's uit in samenwerking met Rutgers. Dit doen zij veelal vanuit de centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Hier zijn namelijk regionale samenwerkingsverbanden gepositioneerd. Vanuit de centrumgemeenten kunnen omliggende gemeenten zich aansluiten. Deze indicator geeft inzicht in de landelijke beschikbaarheid van het programma Nu Niet Zwanger.

Berekening indicator

Teller: aantal centrumgemeenten waar het programma Nu Niet Zwanger is gestart.
Noemer: aantal centrumgemeenten (N=50).

Beschrijving en verdieping

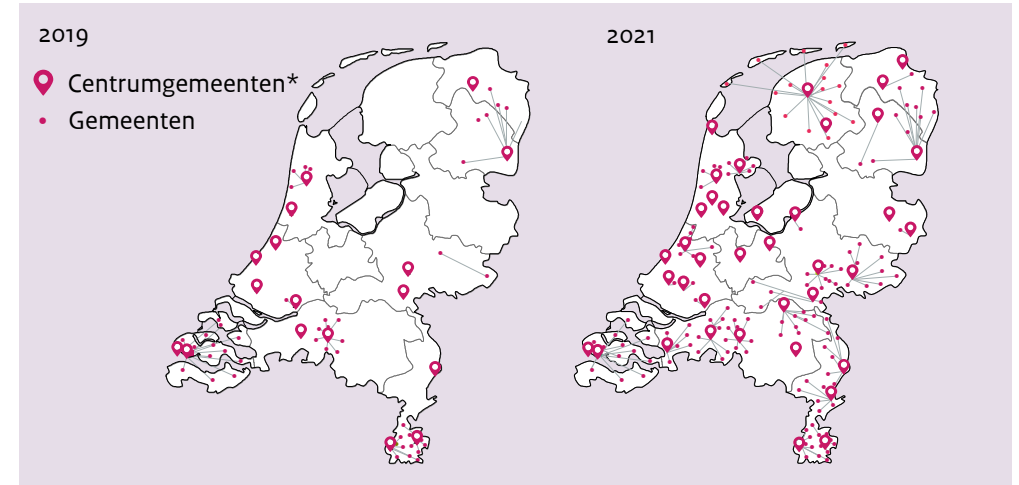
Toename in aantal gemeenten met het programma Nu Niet Zwanger

Het programma Nu Niet Zwanger is op 1 oktober 2021 in 38 van de 50 centrumgemeenten gestart, en 138 omliggende gemeenten hebben zich aangesloten (Figuur 5). Dat betekent dat Nu Niet Zwanger in de helft van de gemeenten actief is (176 van de 352). Vergelijken met vorig jaar is dit een stijging: toen was het programma actief in 1 op de 3 gemeenten (135 van de 355). In december 2021 rapporteerde GGD GHOR Nederland een totaal bereik van bijna 12.500 cliënten sinds de start in 2018 (Nu Niet Zwanger, 2021).

76%

Bron: GGD GHOR Nederland
Jaar: 2021 (peildatum: 1 oktober 2021)

Figuur 5: Centrum- en omliggende gemeenten waarin het programma Nu Niet Zwanger is gestart in 2019 (links) en 2021 (rechts) (peildatum: 1 oktober)



Tekstbox 5: Nu Niet Zwanger toegelicht

De doelgroep van Nu Niet Zwanger omvat mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd, inclusief minderjarigen, in een kwetsbare situatie. Dit komt veelal door een opeenstapeling van problemen en beperkingen (multiproblematiek). Hulpverleners gaan met hen in gesprek over mogelijkheden, keuzes en consequenties rondom een kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, en indien nodig wordt ondersteuning geboden. Dat beoogt onbedoelde zwangerschappen te voorkomen. Er is een maatschappelijke kosten-baten-analyse (MKBA) van het programma uitgevoerd (Society Impact, 2020) en er zijn onderzoeken gedaan naar de praktijkervaringen van hulpverleners en cliënten. In de onderzoeken van Andersson Elffers Felix (AEF) en Tranzo worden positieve ervaringen en aandachtspunten benoemd (Andersson Elffers Felix, 2020; Jeeninga & Cloin, 2021). Eind 2021 is het boek Nu kan ik verder verschenen waarin 21 verhalen inzicht geven in de praktijk van het programma Nu Niet Zwanger (Schleiffert, 2021). Ook in 2022 ondersteunt GGD GHOR Nederland gemeenten verder bij lopende en startende programma's. Meer informatie over Nu Niet Zwanger staat op: www.nunietzwanger.nl.

4. Gemeenten waar prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg

75%

Bron: vragenlijst onder gemeenten
Jaar: 2021 (peildatum: 20 september 2021)

Belang indicator

Het prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB-JGZ) is erop gericht om tijdens de zwangerschap vroegtijdig, passende hulp en ondersteuning te bieden. Aanstane ouders kunnen vragen, zorgen en gewenste ondersteuning rondom het ouderschap bespreken met de jeugdverpleegkundige (Tekstbox 6). Op 22 juni 2021 heeft de Tweede Kamer de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) aangenomen waarin staat dat alle gemeenten een prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg moeten aanbieden aan zwangere vrouwen en hun gezinnen in een kwetsbare situatie (VWS, 2020). De wet zal ingaan op 1 juli 2022. Meerdere gemeenten zijn daar vooruitlopend op de wetswijziging al mee begonnen. Deze indicator geeft inzicht in binnen hoeveel gemeenten het PHB-JGZ wordt uitgevoerd.

Berekening indicator

Teller: aantal gemeenten waar prenatale huisbezoeken uitgevoerd worden door de JGZ.
Noemer: aantal gemeenten die de vragen hierover hebben beantwoord (N=224).

Beschrijving en verdieping

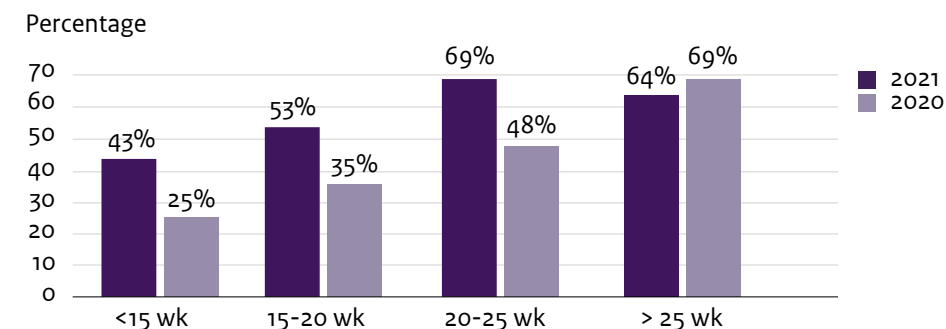
In driekwart van de responderende gemeenten voert de JGZ het prenataal huisbezoek uit

75% (n=169) van de responderende gemeenten gaf aan dat er in 2021 prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg (Tekstbox 6). In vergelijking met 2020 wordt er binnen meer gemeenten een PHB-JGZ aangeboden. Het percentage steeg van 65% naar 75%.

Prenatale huisbezoeken: maatwerk voor gezinnen in een kwetsbare situatie

Van de 169 gemeenten waarbinnen in 2021 het PHB-JGZ wordt uitgevoerd, geeft 91% aan dat dit aangeboden wordt als maatwerk voor gezinnen in een kwetsbare situatie en niet standaard aan alle gezinnen. In de meeste gemeenten (69%) vindt het PHB-JGZ plaats tussen de 20^e en 25^e week van de zwangerschap (Figuur 6). 43% van de gemeenten gaf aan dat prenatale huisbezoeken ook plaatsvinden vóór de 15e week van de zwangerschap. In vergelijking met 2020 zijn er meer gemeenten die het PHB-JGZ eerder in de zwangerschap aanbieden. Het is onbekend in hoeveel gezinnen een PHB-JGZ is aangeboden.

Figuur 6. Percentage responderende gemeenten met een PHB-JGZ in 2020 (n = 181) en 2021 (n = 169 in 2021)(meerdere antwoorden mogelijk).



Iets meer dan de helft van de gemeenten met een PHB-JGZ (56%) gaf aan dat er afspraken met professionals in de geboortezorg gemaakt zijn over het uitvoeren van het PHB-JGZ. Denk aan de manier van signaleren van zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie door verloskundig zorgverleners of het gezamenlijk aanbieden van een PHB vanuit de JGZ en kraamzorg.

Tekstbox 6: prenatale huisbezoeken door de Jeugdgezondheidszorg toegelicht

De JGZ biedt prenatale huisbezoeken aan als laagdrempelige hulp en ondersteuning in aanvulling op de geboortezorg. Dit gebeurt na signalering van een kwetsbare situatie door een verloskundig zorgverlener. Na een of meerdere huisbezoeken wordt er op basis van de hulpvraag, behoeften en mogelijkheden van het gezin gezamenlijk een plan van aanpak voor verdere hulp en ondersteuning opgesteld. Voorbeelden daarvan zijn het benutten van informele steun, de weg wijzen naar gemeentelijke voorzieningen en langdurige ondersteuning met programma's zoals VoorZorg en Stevig Ouderschap. Door het contact tussen het gezin en de jeugdverpleegkundige wordt al voor de geboorte vertrouwen opgebouwd en kan continuïteit worden geboden (NCJ, 2021). Met de wijziging van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) krijgen alle gemeenten de wettelijke taak om een PHB-JGZ aan te bieden aan zwangere vrouwen en hun gezinnen in een kwetsbare situatie.

5. Gemeenten waarin VoorZorg wordt aangeboden

43%

Bron: Nederlands Centrum
Jeugdgezondheid
Jaar: 2021 (peildatum: 1 oktober 2021)

Belang indicator

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

Berekening indicator

Teller: aantal gemeenten waarin het programma VoorZorg aangeboden wordt.
Noemer: aantal gemeenten (N=352).

Beschrijving en verdieping

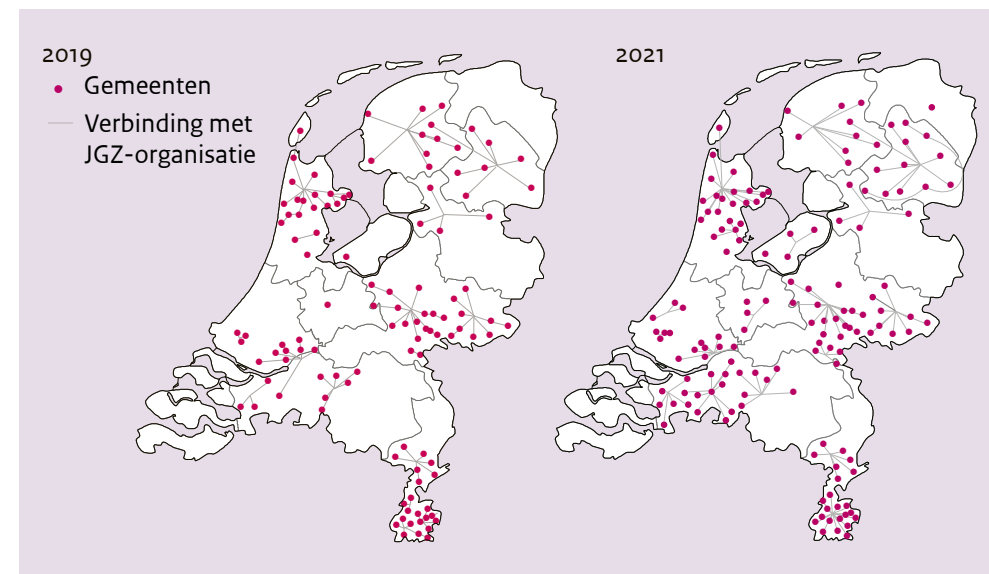
In 43% van de gemeenten wordt VoorZorg aangeboden

23 van de 36 JGZ-organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan ouders en kinderen in de eerste 1000 dagen, bieden VoorZorg aan. De JGZ-organisaties bieden VoorZorg aan in 43% (n=150) van alle gemeenten (Figuur 7). Dit aantal nam de afgelopen jaren toe; op peildatum 1 oktober 2019 boden ten minste 117 gemeenten (33%) VoorZorg aan en op 1 oktober 2020 gebeurde dat in 130 gemeenten (37%) (niet weergegeven in Figuur 7). Op 1 januari 2021 werden in totaal 675 (aanstaande) jonge moeders met het programma ondersteund. Dit is een lichte toename ten opzichte van 2019 (570) en 2020 (610).

Tekstbox 7: VoorZorg toegelicht

Voorzorg is bedoeld voor (jonge) moeders die zwanger zijn van een eerste kind, weinig tot geen opleiding hebben gevolgd en te maken hebben met meerdere problemen en risicofactoren (bijvoorbeeld huiselijk geweld, middelengebruik, mishandeling, verwaarlozing, alleenstaand). Vanaf de 16e week van de zwangerschap tot hun kind 2 jaar wordt, ontvangen zij 40 tot 60 huisbezoeken van een VoorZorg-verpleegkundige. Deze ondersteunt hen bij de opvoeding en diverse andere levensterreinen (onder andere financiën

Figuur 7: Gemeenten (n=150) die VoorZorg aanbieden (peildatum: 1 oktober 2021)



en sociaal netwerk). Onderzoek laat zien dat VoorZorg positieve effecten heeft om kindermishandeling en huiselijk geweld te verminderen en de leefstijl te verbeteren (Mejdoubi, 2014). Met diverse projecten wordt VoorZorg doorontwikkeld, waaronder VoorZorg-Verder (vervolgtraject op VoorZorg), VoorZorg2 (bij een tweede kind) en VoorZorg Late Start (startend later in de zwangerschap). Meer informatie over VoorZorg staat op: www.ncj.nl

6. Verloskundigenpraktijken getraind in CenteringZwangerschap

39%

Bron: Stichting Centering Nederland
Jaar: 2021 (peildatum: 1 oktober 2021)

Belang indicator

CenteringZwangerschap (voorheen Centering Pregnancy™) is een vorm van groepszorg voor zwangere vrouwen om de fysieke en psychosociale gezondheid te verbeteren (Tekstbox 8). Deze indicator geeft inzicht in het percentage verloskundigenpraktijken dat getraind is in CenteringZwangerschap.

Berekening indicator

Teller: aantal verloskundigenpraktijken waarvan minimaal één verloskundige een training CenteringZwangerschap heeft gevolgd.

Noemer: aantal verloskundigenpraktijken (N=590 op 1 oktober 2021, op basis van gegevens van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV))

Beschrijving en verdieping

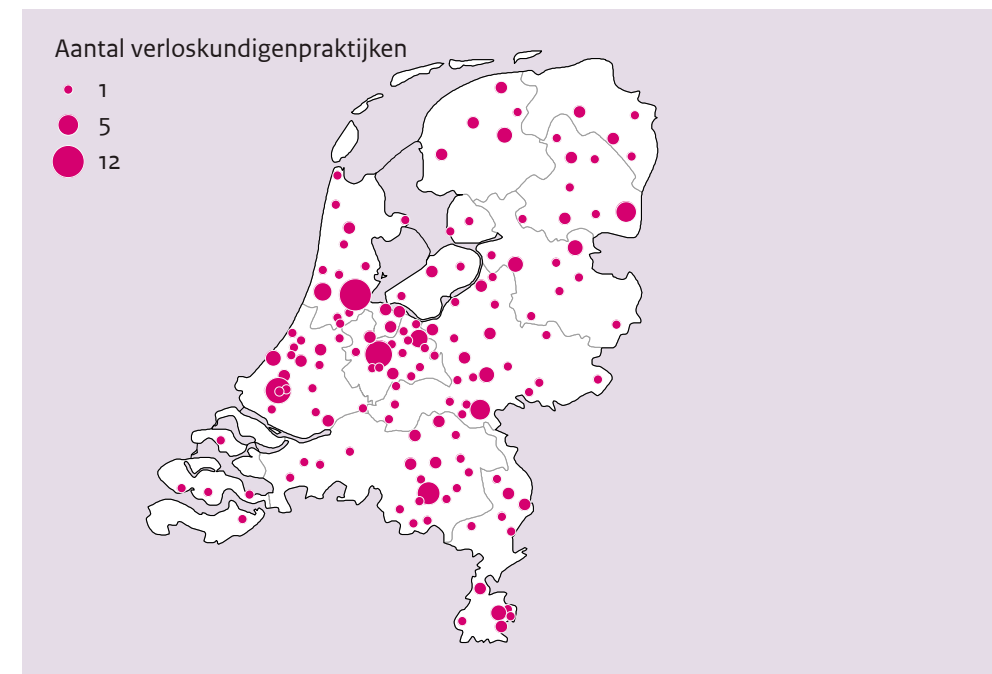
Vier op de tien verloskundigenpraktijken is getraind in CenteringZwangerschap

In 39% (n=229) van alle verloskundigenpraktijken heeft minimaal één verloskundige een training CenteringZwangerschap gevolgd (Figuur 8). Dit percentage is de afgelopen jaren iets gestegen. In 2019 was er 33% (n=194) van de verloskundigenpraktijken iemand getraind. In 2020 was dit 35% (n=203). Het is onbekend hoeveel verloskundigenpraktijken CenteringZwangerschap ook daadwerkelijk aanbieden en hoeveel zwangere vrouwen deelnemen. Dit wordt niet geregistreerd.

Tekstbox 8: CenteringZwangerschap toegelicht

CenteringZwangerschap is een vorm van verloskundige zorg waarbij een groep zwangere vrouwen met een vergelijkbare zwangerschapsduur tien bijeenkomsten volgen om de fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind te verbeteren. Het zijn interactieve bijeenkomsten onder leiding van de verloskundige in samenwerking met een andere professional zoals een kraamverzorgende of lactatiekundige. Naast medische zorg (bijvoorbeeld bloeddruk meten) is er veel ruimte om kennis en ervaringen uit te wisselen. Zo kunnen zwangere vrouwen van elkaar leren en hun gezondheidsvaardigheden en sociale netwerken verbeteren. TNO vond positieve effecten op ervaringen van zwangere vrouwen

Figuur 8: Verloskundigenpraktijken met minimaal één verloskundige getraind in CenteringZwangerschap (peildatum: 1 oktober 2021)



en zwangerschapsuitkomsten (Rijnders et al., 2016). TNO, het LUMC en Stichting Centering Nederland voeren verder onderzoek uit naar de Centering-methodiek. Dat gaat onder andere over: Centering voor Eritrese vrouwen, preconceptiezorg, kinkhoestvaccinatie, groepszorg in 7 landen (EU-programma Horizon2020), borstvoeding, vaderbetrokkenheid, werkbaar elementen, tevredenheid van zorgverleners en een economische evaluatie. In 2022 zal TNO in samenwerking met betrokken beroepsorganisaties inventariseren of en in hoeverre CenteringZwangerschap worden uitgevoerd. Meer informatie over CenteringZwangerschap staat op: www.centeringzorg.nl

7. Zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding ná de 10^e week van de zwangerschap startte

14,5%

Bron: Perined
Jaar: 2019

Belang indicator

Door zwangerschapsbegeleiding tijdig te laten beginnen (voor de 10e week van de zwangerschap) hebben zwangere vrouwen meer en tijdige toegang tot kennis, informatie en zorg op maat (Zorginstituut Nederland, 2016; Volksgezondheidszorg.info, 2021). Tijdens deze zwangerschapsbegeleiding krijgen vrouwen bijvoorbeeld voedingsadvies en andere leefregels, wordt de gezondheid van moeder en kind gemonitord en worden andere levensdomeinen besproken (bijvoorbeeld op sociaal of psychisch vlak). Deze indicator is gepresenteerd als het percentage zwangerschappen waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10^e week begon, omdat het actieprogramma Kansrijke Start onder andere is gericht op zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie.

Berekening indicator

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

Noemer: aantal zwangerschappen van 24 weken of meer.

**de resultaten zijn afgestemd met Perined.*

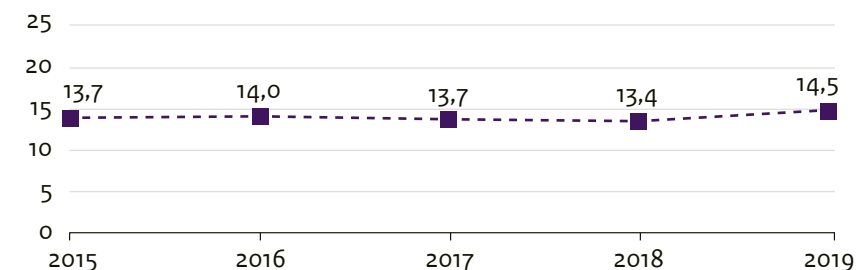
Beschrijving en verdieping

De benodigde data over 2020 zijn vooralsnog niet beschikbaar

Aangezien de benodigde data over 2020 nog niet beschikbaar zijn, presenteren we in Figuur 9 de gegevens tot het meest recente gegevensjaar 2019. Het percentage zwangerschappen in 2019 waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10e week van de zwangerschap startte is 14,5%. Dit percentage is tussen 2014 en 2019 heen vrijwel stabiel, maar neemt in 2019 iets toe (Figuur 9).

Figuur 9: Percentage zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding na de 10^e week van de zwangerschap startte

Percentage



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

1,9%

Bron: CBS-microdata, Perined
Jaar: 2020

Belang indicator

Chronische stress door financiële problemen bij ouders is nadelig voor de ontwikkeling van het kind, zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte (Van Rossem & Pannecoucke, 2019). Inzicht in het percentage vrouwen met problematische schulden voor, tijdens en kort na de zwangerschap is gewenst.

Berekening indicator*

Teller: aantal vrouwen bevallen na een zwangerschap van 24 weken of meer, met in het jaar van bevalling een registratie in de schuldsanering en/of met een betalingsachterstand van 6 maanden of meer bij de zorgverzekeraar.

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

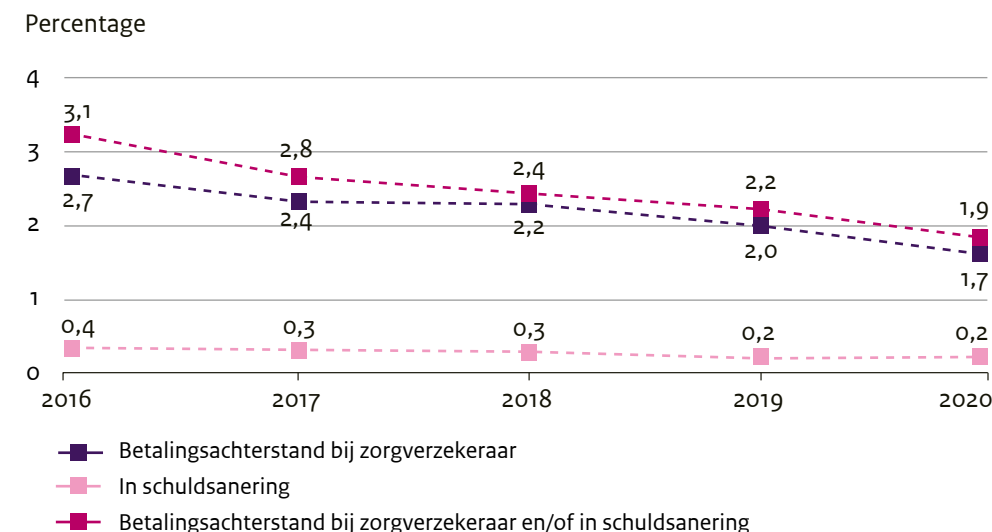
* Kleine verschillen in de gepresenteerde percentages met de publicatie van vorig jaar kunnen worden verklaard door updates door de dataleveranciers.

Beschrijving en verdieping

Daling in het percentage vrouwen met schulden in het jaar van bevalling

In 2020 had 1,9% van de vrouwen die dat jaar bevielen problematische schulden (Figuur 10). Dit betekent dat zij een betalingsachterstand van 6 maanden of meer bij de zorgverzekeraar hadden (1,7%) en/of in de schuldsanering zaten (0,2%). Het percentage vrouwen met problematische schulden in het jaar van de bevalling daalde de afgelopen jaren gestaag: van 3,1% in 2016 tot 1,9% in 2020.

Figuur 10: Percentage vrouwen met problematische schulden in jaar van bevalling





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

9. JGZ-organisaties die CenteringOuderschap aanbieden

25%

Bron: Stichting Centering Nederland
en TNO
Jaar: 2021

Belang indicator

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

Berekening indicator

Teller: aantal JGZ-organisaties dat CenteringOuderschap aanbiedt.

Noemer: aantal JGZ-organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan ouders en kinderen in de eerste 1000 dagen (N=36).

Beschrijving en verdieping

Kwart van de JGZ-organisaties heeft CenteringOuderschap aangeboden

In 2019 en begin 2020 boden 8 van de 36 JGZ-organisaties CenteringOuderschap aan. In 2021 is een nieuwe, negende JGZ-organisatie gestart met het aanbieden van het programma en zijn daarnaast 3 JGZ-organisaties getraind. Het varieert sterk in hoeverre alle 9 JGZ-organisaties (Figuur 11) het programma ook in 2021 hebben uitgevoerd, mede als gevolg van de coronapandemie. Hoe vaak en hoeveel jonge ouders hieraan hebben deelgenomen is onbekend.

Figuur 11: JGZ-organisaties (n=9) die CenteringOuderschap aanbieden



Tekstbox 9: CenteringOuderschap toegelicht

CenteringOuderschap omvat negen bijeenkomsten voor een groep jonge ouders bij de jeugdgezondheidszorg. In de interactieve bijeenkomsten bespreken ouders diverse onderwerpen en ervaringen met elkaar. De bijeenkomsten hebben als doel om de eigen kracht, zelfregie en het sociale netwerk van de ouders te bevorderen. Ouders kunnen voor deze groepsbijeenkomsten kiezen als vervanging van de individuele consulten bij de

JGZ. TNO, het LUMC en Stichting Centering Nederland onderzoeken de Centering-methodiek. In 2022 zal TNO in samenwerking met betrokken beroepsorganisaties inventariseren of en in hoeverre CenteringOuderschap wordt uitgevoerd. Meer informatie over CenteringOuderschap staat op: www.centeringzorg.nl.



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

10. Gezinnen die geen gebruik maken van kraamzorg

9,5%

Bron: Vektis, CBS-microdata
Jaar: 2020

Belang indicator

De kraamperiode is belangrijk voor een goede start voor zowel de pasgeborene als het gezin (Lagendijk et al., 2019; Shaw et al., 2006). In de eerste week na de bevalling biedt de kraamzorg fysieke en mentale ondersteuning en signaleert zij mogelijke risico's (Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, 2009). Onderzoek laat zien dat mensen met een lagere sociaaleconomische status minder vaak gebruik maken van kraamzorg. Dit wordt geassocieerd met hogere zorguitgaven voor moeder en kind in de periode na de bevalling (Lagendijk et al., 2019). Mogelijk heeft een deel van de gezinnen die geen kraamzorg ontvangen, een andere vorm van ondersteuning tijdens de kraamperiode, bijvoorbeeld via familie. Het kan ook zijn dat deze gezinnen om financiële redenen afzien van kraamzorg door de wettelijke eigen bijdrage per uur (Lagendijk et al., 2019). Het onderzoek 'De beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind' vanuit het Erasmus MC heeft ook gevonden dat de informatie over bijvoorbeeld het belang van kraamzorg en de eigen bijdrage beter kan worden afgestemd op deze groep (KCKZ, 2020). Om kinderen een kansrijke start te bieden, is het gewenst dat zoveel mogelijk gezinnen kraamzorg ontvangen.

Berekening indicator*

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

Noemer: aantal levendgeborenen.

* Dit jaar hebben we gegevens van Vektis en CBS-microdata kunnen koppelen, waardoor de gepresenteerde cijfers iets afwijken ten opzichte van de vorige publicatie.

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

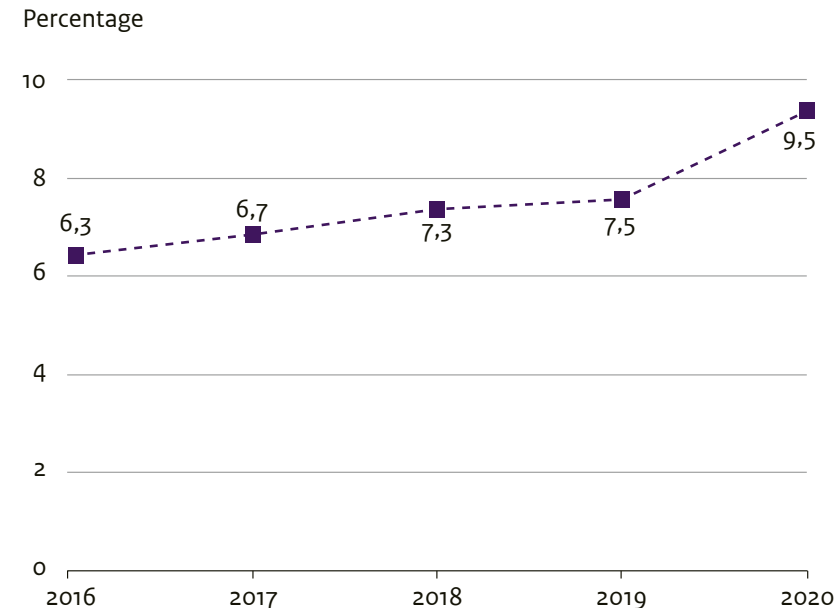
Beschrijving en verdieping

Een op de tien gezinnen maakte geen gebruik van kraamzorg

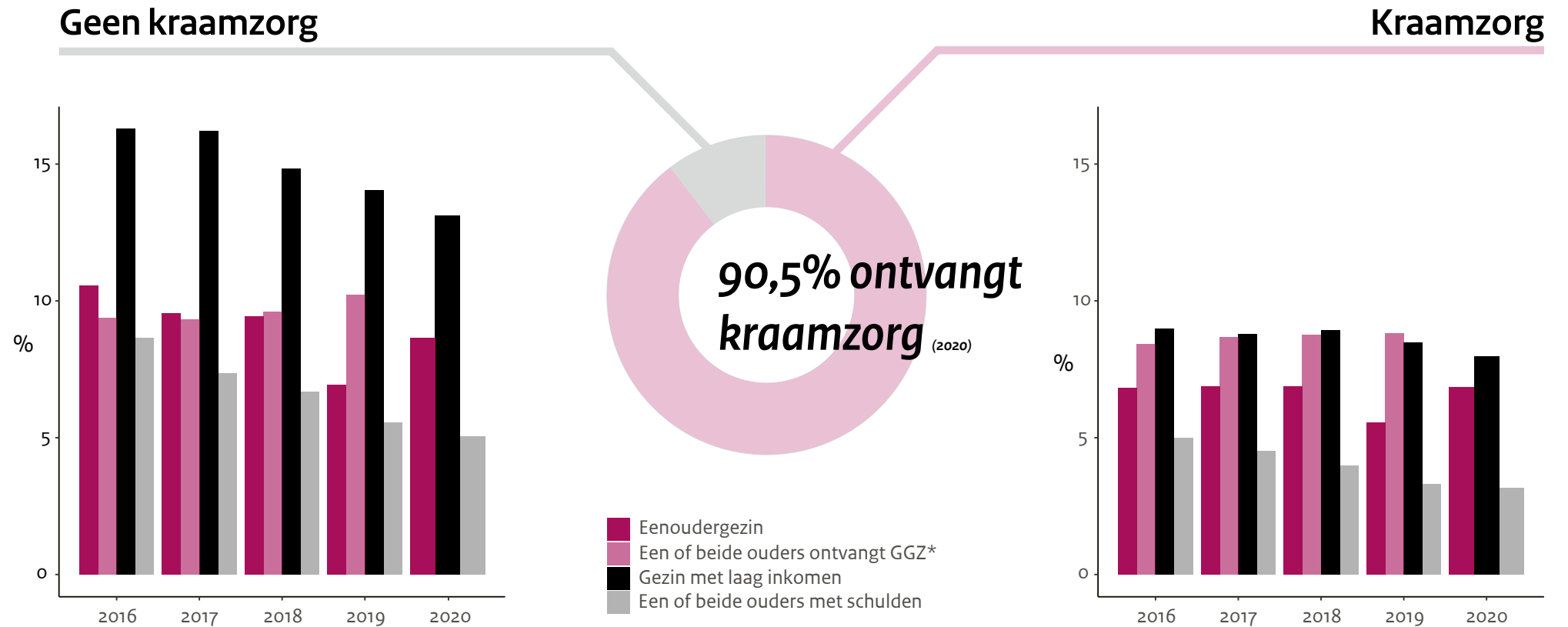
In 2020 maakte 9,5% van de gezinnen geen gebruik van kraamzorg. Tussen 2016 en 2020 is het percentage gestegen van 6,3% naar 9,5% (Figuur 12). Onduidelijk is wat de invloed van de coronapandemie hierop geweest is.

Gezinnen die geen kraamzorg ontvangen hebben in vergelijking met gezinnen die wel kraamzorg ontvangen vaker een laag inkomen (<10e percentiel) of schulden. Het gaat ook vaker om een eenoudergezin (Figuur 13).

Figuur 12: Percentage gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg



Figuur 13: Kenmerken van gezinnen die wel of juist geen kraamzorg ontvangen voor de jaren 2015 t/m 2020: eenoudergezin, GGZ-gebruik (één of beide ouders), gezin met laag huishoudinkomen (<10^e percentiel) en schulden (één of beide ouders)



*GGZ is nog niet beschikbaar voor 2020



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

11. Kinderen geboren in een gezin in een kwetsbare situatie



Bron: CBS-microdata
Jaar: 2019

Belang indicator

Voor een goede ondersteuning is het belangrijk om inzicht te hebben in het aantal kinderen dat geboren wordt in een gezin in een kwetsbare situatie. Het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam hebben een definitie voor kwetsbaarheid in de zwangerschap ontwikkeld (Van der Meer, 2020). Hierin is beschreven hoe kwetsbaarheid voortvloeit uit een disbalans tussen risicofactoren (bijvoorbeeld armoede en een nadelige leefstijl) en beschermende factoren (bijvoorbeeld een stabiele gezinssituatie en een ondersteunend sociaal netwerk). Het Erasmus MC, LUMC en RIVM werken aan het operationaliseren van de term ‘kwetsbaarheid’ zodat het percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin in een kwetsbare situatie kan worden vastgesteld en gemonitord (Tekstbox 10). Totdat er een definitieve berekening van de indicator voorhanden is, presenteren we het percentage kinderen dat levend geboren wordt in een gezin met drie of meer mogelijke risicofactoren voor kwetsbaarheid. We tonen ook het percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin met nul, een of twee risicofactoren. Deze indicator maakt ook onderdeel uit van de lokale indicatorenset Kansrijke Start (RIVM, 2021a).

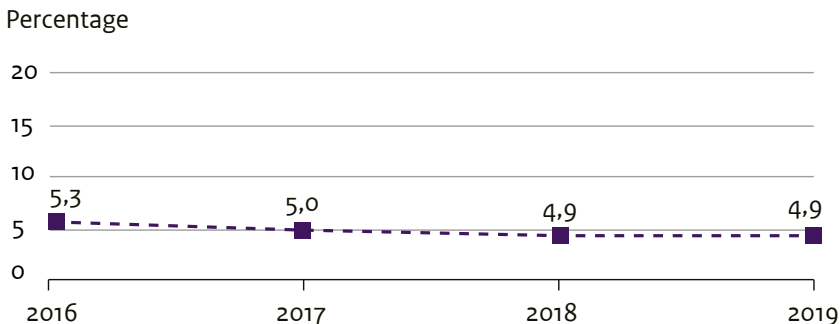
Berekening indicator

Teller: aantal levendgeborenen dat geboren wordt in een gezin met drie of meer van de volgende risicofactoren bij een of beide ouders: laag huishoudinkomen (<10e percentiel), GGZ-gebruik, medicijngebruik voor psychische klachten, schuldenproblematiek, detentie, hoge zorguitgaven (in het jaar voorafgaand aan de zwangerschap), overlijden partner, scheiding.
Noemer: aantal levendgeborenen.

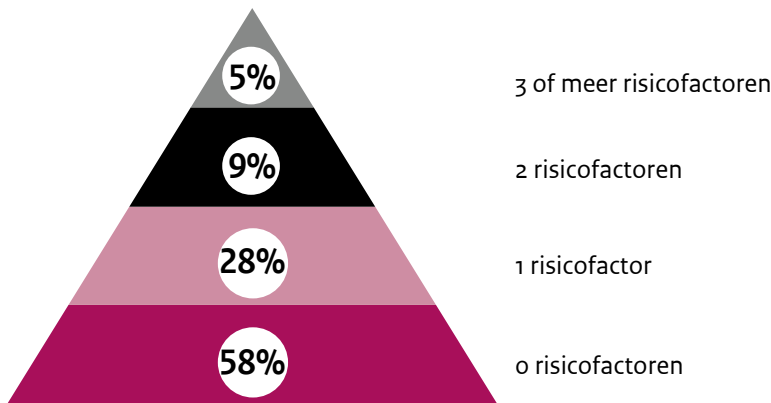
Beschrijving en verdieping

Ongeveer 1 op 20 kinderen wordt geboren in een gezin met 3 of meer risicofactoren voor kwetsbaarheid 4,9% van de kinderen is in 2019 geboren in een gezin met drie of meer risicofactoren voor kwetsbaarheid (Figuur 14 en 15). Het percentage blijft min of meer stabiel van 2016 tot en met 2019 (tussen de 5,3% en 4,9%). In 2019 is het percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin met 2 risicofactoren ongeveer 9% en met 1 risicofactor 28%. Ongeveer 58% van de kinderen is geboren in een gezin zonder risicofactoren voor kwetsbaarheid.

Figuur 14: Percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin met drie of meer risicofactoren voor kwetsbaarheid



Figuur 15: Percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin met 0, 1, 2 en 3 of meer risicofactoren voor kwetsbaarheid in 2019 (cijfers afgerond naar hele percentages)



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

Tekstbox 10: Operationaliseren kwetsbaarheid

Verschillende risico- en beschermende factoren beïnvloeden kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap en binnen het gezin. Deze factoren bevinden zich zowel in het medische als sociale domein. Het LUMC-Campus Den Haag, Erasmus MC en RIVM onderzoeken momenteel of het mogelijk is om vanuit bestaande gegevens over risico- en beschermende factoren meer inzicht te krijgen in kwetsbaarheid. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van DIAPER, een data-infrastructuur met gegevens vanuit Perined (zwangerschap en geboorte), Vektis (zorggebruik) en CBS-microdata (achtergrondkenmerken van ouders over bijvoorbeeld huishoudsamenstelling, werk, inkomen, leefomgeving). Daarnaast is de gezondheidsmonitor 2016 gebruikt. Dit betreft een vragenlijstonderzoek onder een selectie van de Nederlandse bevolking over leefstijl en ervaren gezondheid uitgevoerd door GGD'en, CBS en RIVM. De analyse vindt plaats binnen de beveiligde omgeving van CBS met gepseudonimiseerde data.

Het onderzoek in 2020 en 2021 met voorlopige resultaten

Het onderzoek naar kwetsbaarheid rond de zwangerschap is uitgevoerd onder 4172 vrouwen die na invullen van de gezondheidsmonitor zwanger zijn geworden (Molenaar et al., n.d.). Van deze vrouwen hebben we gegevens over 42 variabelen die mogelijk een rol spelen bij kwetsbaarheid. Dit zijn gegevens over leefstijl, huishoudsamenstelling, individuele kenmerken, psychosociale factoren, zelf-gerapporteerde gezondheid, zorggebruik, levensgebeurtenissen en leefomstandigheden. In de analyse hebben we op basis van data groepen geïdentificeerd van vrouwen die dezelfde kenmerken delen. Deze vrouwen lijken dus op elkaar omdat ze dezelfde risico- en beschermende factoren van kwetsbaarheid hebben. We hebben 5 groepen achterhaald (Tabel 2). De kleinste groep

had meerdere risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen (*multidimensionale kwetsbaarheid*), zoals geen inkomen of een uitkering en een groter risico op depressieve of angstige klachten. Deze vrouwen bleken ook vaker slechtere uitkomsten te hebben, zoals een vroeggeboorte, laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, of een keizersnede. De grootste groep wordt omschreven als *gezond en sociaaleconomisch stabiel*; zij delen voornamelijk beschermende factoren zoals een goede ervaren gezondheid en een betaalde baan. De andere 3 groepen delen risicofactoren op één specifiek domein en beschermende factoren op andere domeinen. Deze groepen zijn genoemd naar de risicofactoren die zij delen: hoog zorggebruik, psychosociale kwetsbaarheid en sociaaleconomische kwetsbaarheid.

Vervolgonderzoek

Om dit onderzoek te kunnen gebruiken voor de monitoring van de omvang en kenmerken van gezinnen in een kwetsbare situatie op landelijk, regionaal, gemeente- of wijkniveau, zijn nog een aantal stappen te zetten. In het onderzoek tot nu toe hebben we veel data gebruikt van een kleine en specifieke populatie, namelijk iedereen die na deelname aan de gezondheidsmonitor 2016 zwanger werd. Het onderzoek gaan we herhalen onder alle zwangere vrouwen in Nederland met gebruik van uitsluitend DIAPER-data (zonder data uit de gezondheidsmonitor). Daarmee onderzoeken we deze vragen: kunnen we kwetsbare groep(en) identificeren op basis van uitsluitend DIAPER-data? Welke variabelen dragen voornamelijk bij aan de indeling in de klassen? Moeten we aanvullend registreren? Een ander belangrijk onderdeel van het vervolgonderzoek betreft de rol van de vader of partner van de zwangere vrouw met betrekking tot kwetsbaarheid.

Tabel 2. Vijf gevonden groepen met gedeelde risicofactoren (violet) en beschermende factoren (donkerpaars) voor kwetsbaarheid

Multidimensionale kwetsbaarheid	Hoog zorggebruik	Sociaaleconomische kwetsbaarheid	Psychosociale kwetsbaarheid	Gezond en sociaal-economisch stabiel
• Geen inkomen of een uitkering • Huurwoning • Hogere zorguitgaven • Geen goede ervaren gezondheid • Vaker eenzaam • Groter risico op depressieve of angstige klachten	• Hogere zorguitgaven, met name ziekenhuis • Gezond BMI • Goede ervaren gezondheid • Hoog opleidingsniveau • Betaalde baan • Koopwoning	• Geen inkomen of een uitkering • Huurwoning • Migratieachtergrond • Vaker eenzaam • Goede ervaren gezondheid • Lage zorgkosten	• Groter risico op depressieve of angstige klachten • Vaker eenzaam • Vaak betaalde baan en vast contract • Koopwoning • Vaak geen hoge zorgkosten	• Goede ervaren gezondheid • Vaker niet eenzaam • Hoog opleidingsniveau • Vaker betaalde baan en vast contract



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

12. Kinderen met een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap (Big2)

15,0%

Bron: Perined
Jaar: 2020

Belang indicator

Te vroeg geboren kinderen, kinderen met een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap en kinderen met een combinatie van beiden hebben een grotere kans op overlijden direct of kort na de geboorte of fysieke gezondheidsproblemen (Barker, 2006). Daarnaast hebben te vroeg geboren kinderen op latere leeftijd vaker een groeiachterstand, een hoge bloeddruk, diabetes, longklachten en een minder goed gehoor dan gemiddeld (Hille et al., 2007; Been et al., 2014; Sonnenschein-Van Der Voort et al., 2014; Luu et al., 2016). Kinderen met een laag geboortegewicht hebben een verhoogde kans op overgewicht en aandoeningen als hart- en vaatziekten, kanker en diabetes (Barker, 2006; RIVM, 2010; RIVM, 2011). De combinatie van vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur wordt aangeduid als de 'Big2'.

Berekening indicator*

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

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

**Vorig jaar zijn kinderen geboren na een zwangerschapsduur vanaf 22 weken meegenomen in de berekening.*

Overeenkomstig met Perined en volksgezondheidszorg.info zijn dit jaar zijn kinderen geboren na een zwangerschapsduur vanaf 24 weken gepresenteerd. De resultaten zijn afgestemd met Perined.

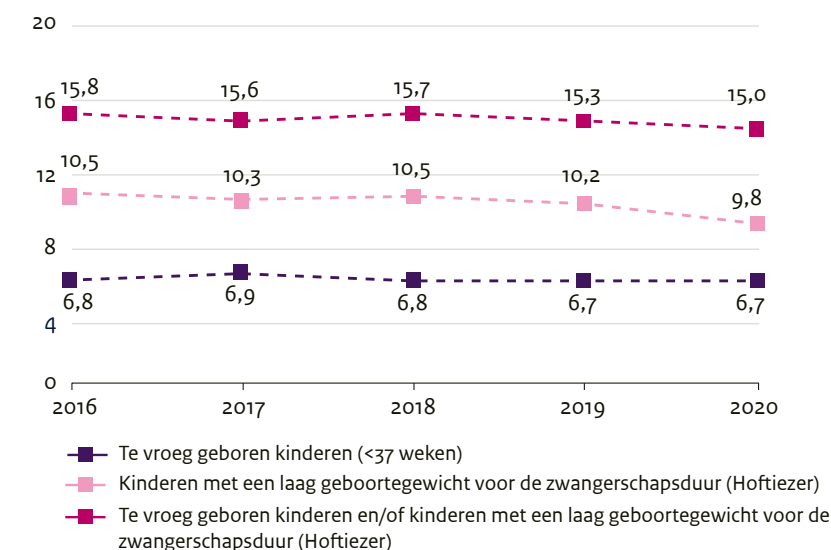
Beschrijving en verdieping

15% van de kinderen te vroeg geboren en/of een laag geboortegewicht

In 2020 werd 15% van de kinderen geboren met een Big2. Van deze kinderen was 6,7% te vroeg geboren en had 9,8% een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (Figuur 16). Tussen 2016 en 2020 varieerden deze percentages van 6,9% tot 6,7% voor vroeggeboorte en van 10,5% tot 9,8% voor laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur. Beide percentages laten sinds 2018 een lichte daling zien.

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

Percentage



* Sommige kinderen zijn zowel te vroeg geboren als te klein, waardoor de som van beiden niet gelijk is aan het totaal.



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

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

5,0%

Bron: navraag onder alle JGZ-organisaties (respons n=20)
Jaartal: 2020

Belang indicator

Een taalontwikkelingsachterstand of -stoornis bij jonge kinderen kan op latere leeftijd gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren, zoals schoolprestaties, sociale relaties en de psychische gezondheid (Johnson et al., 2010; Lanting et al., 2018). De JGZ voert ontwikkelingsonderzoek uit bij kinderen zodat risicofactoren en problemen rond spraak-taalontwikkeling tijdig kunnen worden gesignaleerd. De JGZ-organisaties gebruiken ontwikkelingskenmerken van het Van Wiechen-onderzoek om de spraak-taalontwikkeling van kinderen (0-4 jaar) te monitoren. Tijdens het contactmoment rond de leeftijd van twee jaar zijn dat 'zegt zinnen van twee woorden' en 'wijst zes lichaamsdelen aan bij pop'. Deze indicator geeft inzicht in de spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar.

Indicator

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

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

Beschrijving en verdieping

1 op de 20 kinderen rond de leeftijd van 2 jaar had een achterstand in de spraak-taalontwikkeling

Voor 2020 waren bruikbare gegevens van 58.480 kinderen beschikbaar vanuit 20 JGZ-organisaties uit verschillende delen van het land. Van deze kinderen had 5,0% (n=2.913) een negatieve score op beide items van de spraak-taalontwikkeling (Tabel 3). Dit percentage varieert tussen de JGZ-organisaties tussen de 2,5% en 10,3%. In 2019 was dit percentage iets hoger, namelijk 5,3%*.

Voorzichtig interpreteren van resultaten is nodig

De resultaten van 2020 moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Ten eerste zijn niet van alle JGZ-organisaties gegevens beschikbaar (20 van de 36), waardoor de percentages kunnen afwijken van de landelijke percentages. Ook zijn er in 2020 gegevens van minder kinderen geregistreerd (58.480 in 2020 versus 91.092 in 2019). Volgens verschillende JGZ-organisaties

zou er sprake kunnen zijn van selectie, omdat vooral kwetsbare kinderen een contactmoment hadden door de beleidsmaatregelen vanwege de coronapandemie. Dit kan betekenen dat het percentage een overschatting is. Ook vonden afgelopen jaar veel contactmomenten telefonisch plaats, waardoor de spraak-taalontwikkeling is genoteerd op basis van het inzicht van de ouders, in plaats van het onderzoek door de JGZ-medewerker. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van het percentage. Ook geven JGZ-organisaties aan dat door de telefonische consulten de registratiegraad lager is dan in andere jaren. Dit kan ook een vertekening geven. Tenslotte betekent een negatieve score op de 2 items niet automatisch dat een kind ook daadwerkelijk een spraak-taalachterstand heeft.

Tabel 3. Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar (aantal JGZ-organisaties n=20)

	2018	2019	2020
Aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	91.920	91.092	58.480
Aantal kinderen met een negatieve score op de items 'zegt zinnen van 2 woorden' en 'wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop'	5,1% (n=4.725)	5,3% (n=4.809)	5,0% (n=2.913)
Spreiding tussen JGZ-organisaties	2,8% - 8,9%	2,9% - 10,1%	2,5% - 10,3%

*In de Monitor Kansrijke Start 2019 en 2020 staan andere percentages genoemd. Deze percentages waren gebaseerd op aangeleverde data van een beperkter aantal JGZ-organisaties (n= 8).



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

14. Kinderen met overgewicht (inclusief obesitas) rond de leeftijd van twee jaar

9,4%

Bron: navraag onder alle JGZ-organisaties (respons n=21)
Jaartal: 2020

Belang indicator

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

Berekening indicator

Teller: aantal kinderen waarbij tijdens het contactmoment met de JGZ rond de leeftijd van twee jaar de BMI binnen de categorieën ‘overgewicht’ of ‘obesitas’ valt.
Noemer: aantal kinderen waarover gegevens over de BMI beschikbaar zijn.

Beschrijving en verdieping

1 op de 12 kinderen rond de leeftijd van 2 jaar had overgewicht of obesitas

Voor 2020 waren bruikbare gegevens van 45.414 kinderen beschikbaar vanuit 21 JGZ-organisaties uit verschillende delen van het land. Van deze kinderen had 9,4% (n=4.274) overgewicht of obesitas (Tabel 4). Dit percentage varieert tussen de JGZ-organisaties tussen de 7,5% en 19,5%. In 2019 was dit percentage lager, namelijk 8,4%*.

Voorzichtig interpreteren van resultaten is nodig

De resultaten van 2020 moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Ten eerste zijn niet van alle JGZ-organisaties gegevens beschikbaar (21 van de 36), waardoor de percentages kunnen afwijken van de landelijke percentages. Ook zijn er in 2020 van minder kinderen gegevens geregistreerd (45.414 in 2020 versus 83.909 in 2019). Volgens verschillende JGZ-organisaties kan er sprake zijn van selectie, omdat vooral kwetsbare kinderen een contactmoment hadden door de beleidsmaatregelen vanwege de coronapandemie. Dit kan betekenen dat het percentage een overschatting is.

Tabel 4. Kinderen met overgewicht of obesitas op de leeftijd van twee jaar (aantal JGZ-organisaties: n=21)

	2018	2019	2020
Aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	84.987	83.909	45.414
Aantal kinderen waarbij de Body Mass Index binnen de categorieën ‘overgewicht’ of ‘obesitas’ valt	8,3% (n= 7.046)	8,4% (n= 7.007)	9,4% (n= 4.274)
Spreiding tussen JGZ-organisaties	6,4% - 11,5 %	6,1% - 12,9%	7,5% - 19,5%

* In de Monitor Kansrijke Start 2019 en 2020 staan andere percentages genoemd. Deze percentages waren gebaseerd op aangeleverde data van een beperkter aantal JGZ-organisaties (n= 9).



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

15. Uithuisplaatsingen van kinderen tot de leeftijd van twee jaar

1,8 per 1000

Bron: CBS-microdata
Jaar: 2020

Belang indicator

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

Berekening indicator*

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

Noemer: aantal kinderen tot twee jaar.

* In vergelijking met de publicatie van vorig jaar wijken de gepresenteerde percentages iets af door een aanscherping van de berekening en updates van de data door de dataleveranciers.

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

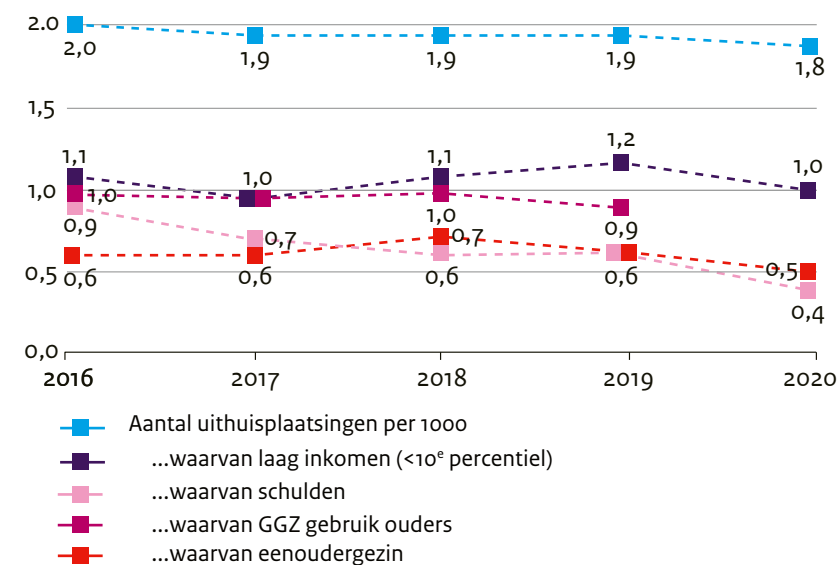
Beschrijving en verdieping

Aantal uithuisplaatsingen van kinderen tot twee jaar iets afgenomen

In 2020 is 1,8 per 1000 kinderen tot 2 jaar vermoedelijk uit huis geplaatst (Figuur 17). Dit zijn kinderen die onder voogdij zijn geplaatst of een ondertoezichtstelling hebben, in combinatie met jeugdhulp met verblijf. Tussen 2016 en 2020 nam het aantal uithuisplaatsingen iets af van 2,0 per 1000 in 2016 naar 1,8 per 1000 in 2020.

Figuur 17: Totaal aantal kinderen tot 2 jaar dat vermoedelijk uit huis geplaatst is (per 1000), gespecificeerd naar laag huishoudinkomen, schulden (één of beide ouders), GGZ gebruik (één of beide ouders) of eenoudergezin.*

Aantal per 1000



*Kinderen kunnen in meerdere categorieën vallen.



Publiekssamenvatting

Inleiding

Dashboard

1 Lokale coalities

2 Plan van aanpak

3 Nu Niet Zwanger

4 Prenataal huisbezoek

5 VoorZorg

6 CenteringZwangerschap

7 Zwangerschapsbegeleiding

8 Schulden

9 CenteringOuderschap

10 Kraamzorg

11 Kwetsbaar gezin

12 Vroeggeboorte/
laag geboortegewicht

13 Spraak-taal

14 Overgewicht

15 Uithuisplaatsingen

Ervaringen

Beschouwing

Referenties

Ervaringen met Kansrijke Start

Leeswijzer

Als onderdeel van de Monitor Kansrijke Start sprak het RIVM in oktober-november 2021 individueel en in groepen met verschillende betrokkenen bij het actieprogramma Kansrijke Start (zie Tekstbox 11 voor gehanteerde methode). Doel hiervan was om inzicht te krijgen in de ervaringen rondom de voortgang van het actieprogramma en om de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie en borging te benoemen.

We beschrijven de belangrijkste bevindingen aan de hand van vier geïdentificeerde thema's: Samenwerking, Leren van elkaar, Bekostiging & financiering en Betrokkenheid (aanstaande) ouders. We maken geen onderscheid in de ervaringen van projectleiders, vertegenwoordigers van landelijke organisaties en zorgverleners. Deze groep presenteren we in zijn geheel als 'betrokkenen'. Ervaringen van ervaringsdeskundigen benoemen we apart. De belangrijkste bevindingen van ervaringen met activiteiten en interventies uit de vragenlijst worden apart bij de thema's beschreven (Tekstbox 12 en 13).

Tekstbox 11: procedure dataverzameling en -analyse

In totaal namen 31 personen deel aan een groepsbijeenkomst en/of individueel interview. Deze deelnemers zijn benaderd door het RIVM, vanuit hun expertise en ervaring met het actieprogramma Kansrijke Start.

Er vonden 2 online bijeenkomsten plaats met actief betrokkenen bij het actieprogramma met in totaal 12 deelnemers. Een bijeenkomst met 3 zorgverleners en een bijeenkomst met 9 vertegenwoordigers van landelijke organisaties. Met 2 personen voerden we individuele gesprekken. Daarnaast voerden we individuele gesprekken met 10 projectleiders van lokale coalities Kansrijke Start. Deze interviews waren aanvullend aan de reguliere gesprekken die het RIVM met hen heeft voor het ondersteuningsprogramma Lerende Lokale Monitor. Ook voerden we individuele gesprekken met 7 ervaringsdeskundigen. Dit waren zowel professionele ervaringsdeskundigen als cliënten. De meeste professionele ervaringsdeskundigen ondersteunen vrouwen en gezinnen in een kwetsbare situatie vanuit hun eigen ervaringen. Enkele van hen zijn ook betrokken bij de Spiegelgroep Kansrijke Start. De geïnterviewde cliënten hebben op dit moment zelf te maken met zorg en ondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen.

Bij de start van de bijeenkomsten en interviews kregen de deelnemers een korte introductie over de achtergrond van de Monitor Kansrijke Start, het doel van de bijeenkomst en het gebruik van hun gegevens. Iedere deelnemer gaf mondeling akkoord voor opname van de bijeenkomst en anoniem gebruik van de data ('*informed consent*'). De gespreksleider maakte gebruik van een gespreksleidraad om het gesprek te structureren. Van de opnamen van de bijeenkomsten zijn gespreksverslagen gemaakt. Deze gespreksverslagen zijn door 2 onderzoekers geanalyseerd en in geïdentificeerde thema's beschreven.

Samenwerking

Toelichting: Een effectieve Kansrijke Start aanpak vraagt om een domeinoverstijgende samenwerking tussen het medisch en sociaal domein en het maken van samenwerkingsafspraken. Het is gericht op het delen en/of integreren van kennis, expertise en werkzaamheden tussen professionals en organisaties.

Belang eerste 1000 levensdagen hoog op agenda als gevolg van Kansrijke Start

Het actieprogramma Kansrijke Start gaf volgens betrokkenen een sterke impuls aan het starten of uitbreiden van activiteiten gericht op de eerste 1000 levensdagen. Door het actieprogramma kreeg het thema op zowel het niveau van bestuur, beleid als uitvoering meer bekendheid. Volgens betrokkenen was de urgentie bij zorgverleners al langer voelbaar. Nu er ook meer aandacht op bestuurlijk niveau is en het thema op de lokale politieke agenda staat, ervaren zij meer ruimte voor investeringen om plannen (verder) vorm te geven.

"Wat erbij geholpen heeft, is de aandacht die er voor is; de gemeenschappelijkheid, landelijk, regionaal, lokaal. Met z'n allen met hetzelfde bezig zijn."

Projectleider Lokale Coalitie

Landelijke actieprogramma stimuleert lokale coalities en aanpak

Het landelijke actieprogramma is volgens betrokkenen een vliegwiel geweest om lokaal activiteiten te ontplooiën op Kansrijke Start. Het opzetten van lokale coalities zien zij als zeer zinvol, omdat lokaal de problematiek en dus ook de aanpak verschilt. Daarbij vinden zij het prettig dat lokale coalities door het stimuleringsprogramma Kansrijke Start ondersteund

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

worden. Samenwerking en het bedenken en uitvoeren van activiteiten konden hierdoor sneller gerealiseerd worden. Zo vinden zij dat hulpmiddelen zoals de [analyse-tool](#), [menukaart](#) en de [klantroutes](#) (VWS, 2019a, b en c) en de bredere beschikbaarheid van cijfers bij [waarstaategemeente.nl](#) hierbij helpen. Een aantal betrokkenen geeft aan dat ook de inhoudelijke [ZonMw-programma's](#) (zoals Preconceptiezorg en Onbedoelde (tiener) zwangerschap) hebben bijgedragen. Zij benoemen dat hierdoor meer financiële middelen beschikbaar kwamen om projecten daadwerkelijk uit te voeren. Daarnaast konden door korte lijnen tussen landelijke en lokale partijen lokaal ervaren knelpunten soms landelijk opgepakt worden. Door dit met elkaar te delen, konden andere coalities en regio's hiervan leren.

“Niet one size fits all, maar kijken: wat is lokaal nodig, waar zitten mogelijkheden, waar willen mensen voor gaan. Dat we de juiste dingen met elkaar doen. Dat één en één echt drie of misschien zelfs wel vier kan worden. [...] Tegelijkertijd merk ik ook wel dat we er wat generieke dingen uit kunnen halen: geleerde lessen die voor anderen relevant kunnen zijn, dat er wordt voortgebouwd op alles wat er al is bedacht.”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

Verbinding medisch en sociaal domein krijgt steeds meer vorm

Betrokkenen geven meerdere keren aan dat de verbinding tussen het sociale en medische domein op veel plekken steeds meer vorm krijgt. In steeds meer gemeenten worden mogelijkheden voor samenwerking verkend en vinden gezamenlijke initiatieven plaats. Een voorbeeld hiervan is casuïstiekbesprekingen rondom kwetsbare zwangere vrouwen waar verschillende disciplines uit zowel het medisch als sociaal domein aanwezig zijn. Betrokkenen benoemen dat deze structurele, inhoudelijke bijeenkomsten eraan bijdragen dat men elkaar ook op andere onderwerpen makkelijker kan vinden en samen maatwerk kan leveren aan cliënten. Er zijn ook uitdagingen in de samenwerking. Zo merkten betrokkenen op dat niet alle professionals even goed betrokken zijn. Aan de betere verbinding tussen medisch en sociaal domein neemt (slechts) een deel van de zorg- en hulpverleners actief deel. Dit zijn vooral (enthousiaste) zorgverleners die direct betrokken zijn bij de coalitie ('coalition of the willing').

“We moeten nog echt de stap maken dat de individuele zorgverlener die er mee zou moeten werken, want die is in direct contact met ouders en kind, daar is het nog steeds de ver-van-mijn-bed-show voor. [...] Is misschien nog wel het allerlastigste, dat het niet op de bestuurlijke tafels blijft liggen, maar dat het getransporteerd wordt naar waar het echt moet.”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

Ondersteuning zorgverleners wenselijk voor betere aansluiting met praktijk

Meerdere keren noemen betrokkenen dat het wenselijk is om zorgverleners beter te ondersteunen. Concrete voorbeelden zijn het beschikbaar stellen van vacatiegelden voor bijeenkomsten en gezamenlijke (bij)scholing door professionals uit zowel het medisch als sociaal domein. Dit kan bijvoorbeeld op thema's als het beter signaleren van kwetsbaarheid en effectief, sensitief en bewust communiceren met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie. Dit laatste kan volgens ervaringsdeskundigen helpen om beter aansluiting te vinden bij de doelgroep. Zij vinden het vooral belangrijk dat zorgverleners luisteren naar alle vragen en steun bieden. Ook vinden ze het belangrijk dat onzekerheden worden erkend en positieve punten worden benoemd. Verder benadrukken ervaringsdeskundigen dat er niet 'neerbui-gend' over of met hen moet worden gesproken. Zij onderstrepen het belang van het zich goed kunnen inleven in de cliëntsituatie.

“Hoe ouders worden benaderd, dat er vaak heel erg veel oordelen in zitten, dat de professionals daar niet goed voor zijn opgeleid of echt goed aansluiten bij de behoeften en wensen van de cliënt. Heel erg vanuit: wat is er nodig, wat vinden wij dat er nodig is.”

Ervaringsdeskundige

Duidelijkheid regierol voor borging in de toekomst belangrijk

Sommige betrokkenen geven aan dat onduidelijk is wie de probleemeigenaar van Kansrijke Start is als de impuls-gelden niet meer beschikbaar zijn. Het is onduidelijk wie dan de regierol neemt, inclusief het bijbehorende mandaat en benodigde investeringen. Betrokkenen geven aan dat het erg belangrijk is dat dit de komende periode duidelijk wordt, zodat de continuïteit van Kansrijke Start wordt geborgd. Enkele betrokkenen suggereren dat geleerd kan worden van andere sectoren waar dit vraagstuk ook heeft gespeeld, waaronder de ouderenzorg.

Verbreiding van reikwijdte Kansrijke Start biedt kansen

Kansrijke Start richt zich op de eerste 1000 levensdagen, van preconceptieperiode tot de leeftijd van 2 jaar. Betrokkenen geven aan dat deze reikwijdte wellicht uitgebreid moet worden tot bijvoorbeeld 1500 of 2000 dagen. Door die langere periode is meer te zeggen over de ontwikkeling van een kind. Daarbij vinden betrokkenen het onlogisch om ouders in een kwetsbare situatie na 2 jaar weer 'los te moeten laten'. Volgens hen wordt in steeds meer coalities het gesprek gevoerd over het verbreden van de focus van het programma. Dit geeft hen kansen voor het betrekken van andere beleidsterreinen, zoals onderwijs of arbeidsparti-



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

cipatie, en (daarmee) meer financieringsmogelijkheden. Het specifieke belang van de eerste 1000 dagen wordt wel onderstreept; een uitbreiding naar 1500 of 2000 dagen is alleen zinvol als de domeinoverstijgende samenwerking rond deze eerste periode goed is georganiseerd en geborgd.

Coronapandemie zorgde voor vertraging op meerdere vlakken

De coronapandemie zorgde volgens betrokkenen voor vertraging bij de implementatie van het actieprogramma en de vertaalslag naar de lokale coalities. Sommige coalities stonden enige tijd in de ‘wachstand’, in de hoop weer live bij elkaar te kunnen komen. Uiteindelijk zijn bijeenkomsten online gehouden. Volgens betrokkenen was dit belemmerend voor het relatiebeheer, elkaar beter leren kennen, soms ook in het praktisch realiseren van zaken en bij het vasthouden van energie. Aan de andere kant zorgde de pandemie bij veel coalities ook voor meer urgentiegevoel voor het samenwerken. Zo waren er zorgen over de mogelijke toename van problemen in gezinnen en het bereiken en signaleren van deze (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie, bijvoorbeeld omdat prenatale huisbezoeken online gedaan moesten worden. Omdat GGD’en de volledige capaciteit nodig hadden voor het testen en vaccineren, konden zij zich in veel gemeenten minder inzetten voor de lokale coalities.

“[Corona] heeft effect gehad op hele uitvoering, gaf ook vertraging op het hele project. Fysiek is er veel meer dynamiek tussen verschillende partijen, wat via een beeldscherm lastig overkomt. [...] Corona heeft niet geholpen, vooral bij partijen als de GGD, zij hadden vol hun focus op teststraten bijvoorbeeld. De GGD is nu bezig met het inhalen van achterstallige spreekuren.”

Projectleider Lokale Coalitie

Tekstbox 12: resultaten vragenlijst onder gemeenten

In de vragenlijst onder gemeenten (Tekstbox 3) zijn diverse vragen gesteld over de stand van zaken rondom Kansrijke Start. Een aantal bevindingen rond het thema Samenwerken staat in deze tekstbox. Als het niet anders is aangegeven, is het percentage berekend over alle responderende gemeenten (N=229).

- In 66% van de gemeenten die de Impuls Kansrijke Start hebben aangevraagd, zijn extra activiteiten gestart na aanvraag van de Impuls.
- 64% van de gemeenten heeft samenwerkingsafspraken gemaakt over een aanpak rondom de eerste 1000 dagen op zowel niveau van bestuur, beleid als uitvoering.
- 72% van de gemeenten heeft gezamenlijke ambities geformuleerd rondom Kansrijke Start.
- 84% van de gemeenten is bezig met het ontwikkelen van doelstellingen of hebben deze al vastgesteld.
- 26% van de gemeenten geeft aan doelstellingen te richten op een langere tijdsperiode (kinderen van 0-4 jaar of van 0-18 jaar) dan de tijdsperiode van Kansrijke Start (kinderen tot 2 jaar).
- Het programma Kansrijke Start is bij 86% van de gemeenten ondergebracht in een breder beleidskader.
- 64% van de gemeenten met Impuls Kansrijke Start werkt samen met andere gemeenten aan het opzetten of versterken van een (sub)regionale coalitie. Zij houden hierbij rekening met de bestaande samenwerkingsverbanden tussen gemeenten, JGZ en VSV's (35%), uitsluitend met gemeenten (35%) of uitsluitend met VSV's (15%).
- 73% van de gemeenten geeft aan dat het coronavirus invloed had op activiteiten en de voortgang van Kansrijke Start in hun lokale coalitie. Het heeft vooral voor vertraging gezorgd.



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

Gezamenlijk leren

Toelichting: Kansrijke Start vraagt om een andere organisatie van zorg en ondersteuning waarbij het gezamenlijk leren een belangrijk onderdeel is. Er is geen blauwdruk om dit vorm te geven en te organiseren. Dit vraagt om een continu proces van leren en reflecteren van individuele organisaties en tussen organisaties onderling.

Meerlaags leren draagt sterk bij aan ontwikkeling van lerende lokale coalities

Naast het delen van informatie binnen lokale coalities, is volgens betrokkenen ook delen van informatie tussen lokale coalities én tussen coalities en landelijke partijen een belangrijk onderdeel van het programma. Dit bracht Kansrijke Start verder. Dit zogenoemde ‘meerlaags’ leren droeg volgens hen sterk bij aan het ontwikkelen van nieuwe plannen en het gevoel niet steeds zelf het wiel te hoeven uitvinden. In dit kader werden ook de bestaande ondersteuningsstructuren vanuit Pharos en RIVM genoemd.

“Is heel erg helpend [...] En ook fijn, dat je daar op terug kan vallen en de mogelijkheid die er is dat je terug kan vallen op de ondersteuning, van zowel het RIVM als ook Pharos, die met van alles kunnen helpen. Op de andere beleidsvelden waar ik op zit/ heb gezeten, mis je dat heel erg. Je krijgt dan als gemeente wel de opdracht, maar verder heel weinig begeleiding, wel wat, maar in veel mindere wijze dan bij Kansrijke Start. Als gemeente ben je ook altijd heel erg zoekende van hoe doen we dit en ook hoe doen andere gemeentes het. Is heel prettig om van gedachten te wisselen.

Projectleider Lokale Coalitie

Behoeftte aan ondersteuning, maar behoefte verschilt tussen lokale coalities

De ondersteuningsbehoefte verschilt volgens betrokkenen sterk tussen lokale coalities. Dit wordt sterk bepaald door de ervaring van de projectleider en de fase waarin de lokale coalitie zich bevindt. In de opstartfase wensen lokale coalities veelal een op-een-ondersteuning om de samenwerking te stimuleren en te komen tot een gedragen plan van aanpak. Coalities die al verder zijn hebben behoefte aan verbreding en verdieping op thema's, uitwisseling en leren van elkaar. Dit vraagt om een andere vorm van ondersteuning: samen leren op maat.

Na de opstartfase vindt een inhoudelijke verdieping- en verbredingslag plaats om lokale coalities goed te kunnen blijven ondersteunen. Hiervoor zijn verschillende thema's genoemd. Denk aan samenwerken met de doelgroep, regionale samenwerking, borging, opzetten van goede monitoring en formuleren van scherpe doelen. Inhoudelijke thema's zijn bijvoorbeeld laaggeletterdheid, sensitief werken, toerusting van professionals en armoede in relatie tot gezondheid en stress. Betrokkenen spreken hierbij de wens uit om deze thematische focus

gezamenlijk aan te brengen, te beginnen bij de actuele vragen van de coalities zelf, om zo de beweging van Kansrijke Start ook daadwerkelijk te kunnen blijven stimuleren en aanjagen.

Effecten deels merkbaar, meetbare effecten pas op langere termijn zichtbaar

Volgens de meeste betrokkenen zijn de eerste effecten van Kansrijke Start vooral te merken in betere verbindingen die zijn ontstaan tussen het medische en sociale domein. Zo weet men elkaar beter te vinden, zijn er betere onderlinge relaties, zijn er concrete interventies gerealiseerd en veel praktische tools ontwikkeld. Of het programma ook daadwerkelijk effect heeft op gezondheidsuitkomsten en het aantal gezinnen dat beter gesignaleerd en ondersteund wordt, is volgens hen nog niet meetbaar. Gezondheidseffecten, en dan in het bijzonder de causale relatie met de aanpak Kansrijke Start, zijn moeilijk aan te tonen en worden pas op langere termijn zichtbaar. Daarnaast zijn sommige effecten per gemeente nauwelijks te bepalen als gevolg van lage prevalentiecijfers van negatieve gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind. Ook zijn de afgelopen jaren verschillende initiatieven genomen in bijvoorbeeld de geboortezorg die de uitkomsten beïnvloeden. In veel coalities staat monitoring nog in de kinderschoenen. Bijna alle betrokkenen geven aan dat het tijd vraagt om effecten te zien.

“[Dit] zal in de komende jaren z'n uitwerking krijgen. Hiervoor is een lange adem nodig. Effecten op cijfers zul je pas later zien. Er kan nog steeds verbeterd worden in samenwerking bijvoorbeeld in het elkaar vinden, zoals sociale routekaarten maken. Netwerken maken kost heel veel tijd, dit zal nog wel een tijdje zo blijven.”

Projectleider Lokale Coalitie

Tekstbox 13: resultaten vragenlijst onder gemeenten

In de vragenlijst onder gemeenten (Tekstbox 3) gingen diverse vragen over de stand van zaken rondom Kansrijke Start. Een aantal bevindingen rond het thema Leren van elkaar staan in deze tekstbox. Als het niet anders is aangegeven, is het percentage berekend over alle responderende gemeenten (n=229).

- 71% van de gemeenten heeft een startfoto gemaakt om inzicht te krijgen in de cijfers en feiten rondom de eerste 1000 dagen in hun gemeente.
- 35% van de gemeenten monitort de voortgang van het programma, zoals de invoering van interventies. 48% van de gemeenten heeft plannen hiervoor.
- De website www.kansrijkestart.nl is bekend bij 89% van de gemeenten, 70% maakt er gebruik van en waardeert de website goed.
- De adviseurs van Pharos zijn bekend bij 85% van de gemeenten, 73% maakt er gebruik van en waardeert dit zeer goed.



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

Bekostiging & financiering

Toelichting: Bekostiging bij Kansrijke Start gaat over hoe middelen worden verdeeld over zorgaanbieders/zorgorganisaties. Financiering bij Kansrijke Start gaat over hoe activiteiten structureel of tijdelijk gefinancierd worden.

Borging activiteiten Kansrijke Start in lokale setting vraagt om structurele bekostiging. Voor een goede borging van Kansrijke Start is volgens betrokkenen een structurele bekostiging van de huidige lokale coalities en interventies nodig. Alle betrokkenen geven aan dat dit voor hen een groot, doorlopend knelpunt is. Het structureel bekostigen van de lokale coalities is volgens de geïnterviewde zorgverleners nodig om ervoor te zorgen dat mensen betrokken blijven. Als dit niet wordt gefaciliteerd, is de kans aanwezig dat het uit elkaar valt.

“Dat je een vast persoon hebt die de groep continue weer bij elkaar haalt. Want echt, als je dit nu stopt, en je zou niet iemand van de gemeente hebben [...] die dit gewoon elk jaar als motortje blijft doen, dan valt het uit elkaar, want de zorgverleners zijn gewoon te druk met allerlei dingen, dus dan komt het er niet van... Dus, je moet dit duurzaam neerzetten door er een duurzame structuur van te maken.”

Zorgverlener

Bekostiging interventies vaak tijdelijk en van korte duur

Bekostiging van interventies wordt ervaren als een knelpunt die de borging belemmert. Betrokkenen ervaren tekorten in het sociale domein bij gemeenten: preventieve interventies zijn vaak niet (meer) mogelijk. Zij geven aan dat interventies op dit moment vaak tijdelijk worden bekostigd. Dit belemmert het maken van duurzame verbindingen tussen organisaties sterk. In sommige gebieden draagt de provincie of zorgverzekeraar financieel bij aan Kansrijke Start-activiteiten. Hoewel meerdere gemeenten verzekeraars proberen te betrekken, wordt dat als moeizaam ervaren.

Verschillende gemeenten hebben eerder geen impuls gelden aangevraagd en missen nu deze financiële middelen

In gebieden waar lokale coalities meer regionaal willen samenwerken, raken soms gemeenten betrokken die geen impuls gelden hebben aangevraagd. Volgens een projectleider omarmen zij inmiddels het onderwerp, maar missen zij nu deze financiële middelen.

“Eigenlijk zouden gemeentes alsnog aanspraak moeten kunnen maken op impuls gelden. Bijvoorbeeld in een gemeente zit een nieuwe frisse medewerker, die niet begrijpt waarom de gemeente in het verleden de impuls gelden niet heeft aangevraagd, zou fijn zijn als er nog een soort ‘veegronde’ komt voor gemeentes die zich bedacht hebben.”

Projectleider Lokale Coalitie

Huidige wet- en regelgeving wordt als belemmerend ervaren

Volgens betrokkenen staan de uitgangspunten van Kansrijke Start (verbinden medisch en sociaal domein) haaks op de inrichting van de huidige wettelijke kaders. Zij benoemen hierbij meerdere keren de knelpunten bij het financieren van preventie. Zo valt de collectieve preventie (universele en selectieve preventie) niet onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars binnen de Zorgverzekeringswet. Tegelijkertijd kunnen gemeenten geen individuele (geïndiceerde en zorggerelateerde) preventie financieren. Dit bemoeilijkt het bekostigen van preventieve interventies, ook doordat de eventueel gerealiseerde opbrengsten niet terecht komen bij de investeerder.

“Die complexe samenwerking met zorgverzekeraars en dat degene die investeert niet altijd degene is die de baten ook terugziet in z’n portemonnee. Dat zijn complexere vraagstukken, waar je wel heel erg tegen aanloopt bij Kansrijke Start.”

Vertegenwoordiger landelijke organisatie

Er zijn ook andere wetten en regels die een goede samenwerking tussen medisch en sociaal domein negatief beïnvloeden. Zo belemmert volgens zorgverleners de Algemene Verordening Persoonsgegevens (AVG) de informatieoverdracht tussen zorgverleners uit de verschillende domeinen. Dit geldt volgens sommigen ook voor de wettelijke opdracht van sommige organisaties. De opdracht van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is bijvoorbeeld ‘het ondersteunen van kinderen van 0 tot 18 jaar’. De periode van ‘min 9 maanden’ en het ondersteunen van ouders wordt daarin niet genoemd. Dit betekent dat ervoor JGZ-organisaties minder mogelijk is om structureel bij te dragen aan lokale coalities. Dit speelt volgens projectleiders van lokale coalities momenteel sterk in regio’s waar JGZ-organisaties te maken hebben met bezuinigingen en een personeelstekort.

	na de geboorte
	Publiekssamenvatting
	Inleiding
	Dashboard
	Lokale coalities
	Plan van aanpak
	Nu Niet Zwanger
	Prenataal huisbezoek
	VoorZorg
	CenteringZwangerschap
	Zwangerschapsbegeleiding
	Schulden
	CenteringOuderschap
	Kraamzorg
	Kwetsbaar gezin
	Vroeggeboorte/ laag geboortegewicht
	Spraak-taal
	Overgewicht
	Uithuisplaatsingen
	Ervaringen
	Beschouwing
	Referenties

“Binnen [JGZ] is weinig mankracht, waardoor ze dingen niet voor elkaar krijgen door te weinig middelen. Er waren al preventietaken weggeschraapt. De wettelijke taak van de JGZ richt zich nu op het kind van 0-4 jaar. Zolang ‘min 9 maanden’ en de ondersteuning van (aanstaande) ouders niet expliciet wordt genoemd, belemmert dit hun inzet. Alleen aan wettelijke taken moeten en kunnen ze voldoen. De rest zouden ze wel willen, maar kunnen ze dan niet leveren.”

Projectleider Lokale Coalitie Kansrijke Start

Idealiter merken cliënten niks van schotten tussen verschillende domeinen

Betrokkenen bij Kansrijke Start geven aan dat de zorg en ondersteuning idealiter zo ingericht is dat cliënten niets merken van schotten tussen de verschillende domeinen. Ervaringsdeskundigen geven echter aan dat deze schotten wel worden ervaren. Het huidige systeem sluit volgens hen niet aan bij wat er in de praktijk nodig is. Zo zijn er vaak verschillende financiële potjes en aanmeldmogelijkheden voor de zorg en ondersteuning waar (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie mee te maken hebben (wonen, arbeid, scholing, schuldhulpverlening, opvoedondersteuning). Zo geeft een ervaringsdeskundige als voorbeeld dat cliënten die in aanmerking komen voor ondersteuning op allerlei leefgebieden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), daarnaast in sommige gemeenten voor ondersteuning rondom kinderen en opvoeding ook aanspraak moeten maken op de Jeugdgezondheidswet. De Wmo is hier namelijk niet voor bedoeld. Ervaringsdeskundigen merken dat het systeem soms leidend is, waarbij onvoldoende gekeken wordt naar wat een client nodig heeft. Het zou helpen als cliënten één contactpersoon hebben waar ze bij terecht kunnen.

“Maar als jij als jonge meid overal naartoe moet met je verhaal [...] Iedereen helpt je op een bepaald leefgebied, maar je voelt je door niemand echt gezien als mens. Daar ga je met je schuldenboekje heen en wordt alleen naar de financiën gekeken [...] Rennen, vliegen; ze zien door het bomen het bos niet meer. Ze hebben behoefte aan één contactpersoon die met hen dingen kan oppakken en desnoods mee naar dat loket.”

Ervaringsdeskundige

Betrokkenheid (aanstaande) ouders

Toelichting: Cliëntparticipatie is het betrekken van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie bij het vormgeven van Kansrijke Start. Dit kan op verschillende manieren en op verschillende niveaus.

Ervaringsdeskundigen betrekken gebeurt nog onvoldoende, verschillen tussen lokale coalities

Het betrekken van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie en ervaringsdeskundigen gebeurt volgens betrokkenen voorsnog onvoldoende. Dit terwijl zij bij uitstek goed weten wat knelpunten zijn en hoe het beter kan. Ook zien zij op dit moment verschillen tussen lokale coalities in het al dan niet betrekken van ervaringsdeskundigen.

Volwaardige cliëntenparticipatie gaat volgens de betrokkenen verder dan een cliëntenraad of incidentele raadpleging van cliënten om ideeën te toetsen. Betrokkenen spreken de wens uit dat op beleidsniveau ervaringsdeskundigen direct betrokken worden bij de ontwikkeling van beleidsplannen. In de dagelijkse zorg en ondersteuning zorgen ervaringsdeskundigen idealiter voor meer veiligheid in de relatie tussen zorgverlening en cliënt en het beter overbrengen van informatie, bijvoorbeeld door het geven van feedback aan zorgverleners of op informatiemateriaal. Cliënten geven aan het heel prettig te vinden om te kunnen praten met iemand die in een vergelijkbare situatie zit of zat. Het inzetten van ervaringsdeskundigen behoeft een passende (financiële) beloning. Het vraagt ook een investering om deskundigen te kunnen aantrekken om dit lokaal te organiseren. Zo geeft een betrokkene aan dat Pharos het afgelopen jaar leertrajecten ‘samenwerken met de mensen om wie het gaat’ organiseerde om dit thema verder uit te werken.

Gebrek aan positieve verhalen over kwetsbare (jonge) ouders

Ervaringsdeskundigen geven aan dat het wenselijk is dat de beeldvorming rondom kwetsbaar (jong) ouderschap verandert. Dit kan door ook positieve verhalen te vertellen.

“Je kent natuurlijk veel tienermoeders maar het beeld dat wordt geschetst is dat ze allemaal roken en geen toekomst meer hebben en dat het niet goed gaat met het kindje en dat soort verhalen. [...] Het enige wat ik van tienermoeders wist was wat ik op tv zag. Dat ziet er natuurlijk heel heftig uit, dus ik zag gelijk geen toekomst meer voor me [...] Ja, het is vooral belangrijk om positieve verhalen te delen denk ik”.

Ervaringsdeskundige

Vergroten inzet informele netwerk en rol vader/partner om (aanstaande) ouders te ondersteunen

Zowel betrokkenen als ervaringsdeskundigen vinden dat meer aandacht nodig is voor het inzetten van het informele netwerk bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie. Een aantal beschermende factoren om kwetsbaarheid te verminderen heeft te maken met steun in de omgeving. Ook de rol van de vader/partner is nu onderbelicht, terwijl de vader/partner wel een belangrijke pijler kan zijn in het informele netwerk rondom de (aanstaande) moeder. Dit komt steeds meer onder de aandacht.

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

Beschouwing

Dit document beschrijft de ontwikkelingen rondom Kansrijke Start aan de hand van twee onderdelen. In het kwantitatieve onderdeel geven de resultaten op vijftien indicatoren inzicht in ingevoerde activiteiten en gezondheidsmaten. In het kwalitatieve onderdeel zijn de ervaringen van betrokkenen beschreven vanuit vier thema's: samenwerking, lerend vermogen, bekostiging & financiering en betrokkenheid ouders. In deze beschouwing vatten we de resultaten kort samen en zetten we ze in perspectief. Daarnaast plaatsen we enkele opmerkingen bij de dataverzameling.

Resultaten samengevat

Verbeteringen zichtbaar: toename in activiteiten op het gebied van Kansrijke Start en eerste merkbare effecten

De gepresenteerde indicatoren en ervaringen laten zien dat in 2021 steeds meer activiteiten gericht op de eerste 1000 levensdagen zijn gestart of uitgebreid. Zo geeft ruim de helft van de gemeenten die de Impuls Kansrijke Start ontvingen aan dat zij inmiddels een lokale of regionale coalitie hebben gevormd. Vorig jaar, in 2020, was de helft van hen nog in de opstartfase. Daarbij bieden steeds meer gemeenten interventies en programma's aan, zoals Nu Niet Zwanger en VoorZorg. Uit de interviews en vragenlijsten onder gemeenten blijkt dat de samenwerking tussen het medische en sociale domein steeds beter vorm krijgt. In vergelijking met 2020 stijgt bijvoorbeeld het aantal genoemde partijen waarmee gemeenten samenwerken rondom Kansrijke Start.

De eerste merkbare effecten van Kansrijke Start zijn volgens betrokkenen vooral te zien in de betere onderlinge relaties en verbindingen tussen de domeinen, organisaties en individuen. Verschillende onderdelen van het programma hebben hier positief aan bijgedragen. Betrokkenen waarderen het stimuleren van de lokale aanpak (via de lokale coalities) vanuit een landelijk programma, waarin hulpmiddelen worden ontwikkeld en ondersteuning wordt geboden. In de ondersteuning werden de mogelijkheden voor het leren van elkaar, zowel binnen als tussen coalities, genoemd als belangrijke facilitator van de ontwikkeling van lokale coalities. Betrokkenen geven aan dat de huidige ontwikkelingen zonder het actieprogramma niet hadden plaatsgevonden. Zij zien het landelijk actieprogramma als 'vliegwieltje' om de beweging Kansrijke Start te stimuleren.

Wisselend beeld op uitkomsten

De uitkomsten voor ouders en kinderen laten op landelijk niveau een wisselend beeld zien. Zo zijn er verschillende indicatoren die zich in de gewenste richting ontwikkelen. Denk aan het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, en het percentage vrouwen met schulden in het jaar van bevalling. Enkele andere indicatoren doen dat niet, zoals het percentage vrouwen dat geen kraamzorg ontving, en het percentage kinderen met overgewicht rond de leeftijd van twee jaar. De invloed van de coronapandemie verschilt tussen verschillende indicatoren. Zo waren de coronamaatregelen mogelijk direct van invloed op een aantal indicatoren (bijvoorbeeld de indicator met betrekking tot kraamzorg), terwijl deze relatie bij andere indicatoren minder duidelijk is. Ook zorgt de beperkte databeschikbaarheid (bijvoorbeeld van JGZ-data) ervoor dat gepresenteerde percentages kunnen afwijken van de landelijke percentages.

Effect van Kansrijke Start en andere beleidsmaatregelen moeilijk te onderscheiden

Het kost tijd voordat eventuele effecten van het actieprogramma zichtbaar zijn in veranderingen in gezondheidsuitkomsten. Dit komt mede door de 'vertraging' in de beschikbaarheid van gegevens. Zo zijn de gegevens voor de meeste indicatoren afkomstig uit 2019 of 2020. Eventuele effecten van het actieprogramma zijn in deze jaren nog niet meetbaar gezien de korte tijd na de invoering (september 2018). Daarbij is een causaal verband tussen het actieprogramma en gezondheidsuitkomsten niet of moeilijk vast te stellen. Dit komt door de invloed van andere beleidsmaatregelen in de geboortezorg, preventie en het bredere sociale domein. Wel lijken inmiddels voor een aantal indicatoren de trends in de gewenste richting te ontwikkelen.

Knelpunten met betrekking tot borging behoeven aandacht

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de structurele borging van Kansrijke Start aandacht vraagt. Tijdens de dataverzameling zijn verschillende verbeterpunten benoemd die ook in eerdere jaren naar voren kwamen en vooralsnog niet lijken te zijn opgelost. Zo ontbreekt momenteel een structurele bekostiging van bijvoorbeeld de lokale coalities en interventies. De huidige bekostiging is vaak op projectbasis en tijdelijk. Dit kan de borging van lokale coalities en interventies belemmeren.

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Ook wordt de huidige wet- en regelgeving als belemmerend ervaren, bijvoorbeeld bij het financieren van preventieve interventies. Daarnaast vindt het betrekken van de doelgroep en ervaringsdeskundigen in veel coalities nog onvoldoende plaats, terwijl dit wel door alle partijen gewenst is. De ondervertegenwoordiging van deze groepen kwam in deze rapportage duidelijker naar voren dan in de afgelopen jaren. Naast ervaringsdeskundigen worden ook huisartsen en zorgverzekeraars vaak genoemd als partijen waarmee meer samenwerking gewenst is.

Een laatste aspect is dat Kansrijke Start wel vorm krijgt in de praktijk, maar vooral bij direct betrokkenen bij de coalities, zoals bijvoorbeeld projectleiders en enthousiaste zorgverleners ('*coalition of the willing*'). De achterban van deze zorgverleners is vaak nog onvoldoende betrokken, terwijl juist zij in direct contact staan met cliënten.

Doorontwikkeling lokale coalities vraagt om gezamenlijk leren

De lokale coalities konden zich de afgelopen jaren verder ontwikkelen mede dankzij het leren van en met elkaar. Ook in de toekomst liggen er veel mogelijkheden in uitwisseling en gezamenlijke verdieping op procesthema's zoals samenwerken met de doelgroep, gesprekstechnieken en het opzetten van monitoring, en meer inhoudelijke thema's als laaggeletterdheid en sensitief werken. Hoe dit gezamenlijk leren vorm wordt gegeven, varieert tussen lokale coalities. De komende periode is het belangrijk om een leercultuur te organiseren, waarin coalities gefaciliteerd worden bij hun kennisontwikkeling en het vergroten van hun gezamenlijk lerend vermogen.

Resultaten in perspectief

Coronapandemie zorgde voor vertraging, invloed op trends moeilijk vast te stellen

Uit de resultaten komt naar voren dat de voortgang van het lokale Kansrijke Start-programma is vertraagd door de coronapandemie. Het is waarschijnlijk dat de coronapandemie ook voor een vertraging in het landelijk beschikbaar maken van specifieke interventies zoals Nu Niet Zwanger heeft gezorgd, hoewel er wel een toename zichtbaar is. Tegelijkertijd vergrootte de coronapandemie het urgentiegevoel voor samenwerken bij veel coalities. Dit vanuit de gedachte aan een mogelijke toename van problemen in gezinnen in een kwetsbare situatie. Voor de fysieke bijeenkomsten van lokale coalities en voor de uitvoering van zorg en inter-

venties zoals JGZ-consulten en CenteringZwangerschap zijn tijdens de coronapandemie naar online of telefonische mogelijkheden gezocht. Het is onbekend welke invloed de coronapandemie precies heeft op de trends in indicatoren. Bekend is dat de JGZ minder kinderen heeft gezien. De trends in overgewicht en spraak-taalontwikkeling van kinderen rond twee jaar zijn daardoor minder goed te interpreteren.

Beschikbaarheid van data is essentieel, ook voor de toekomst

Om op zowel landelijk als lokaal niveau te kunnen blijven monitoren en leren, is de beschikbaarheid van data essentieel. In deze factsheet hebben we gebruikgemaakt van DIAPER, een data-infrastructuur met gegevens vanuit Perined (zwangerschap en geboorte) en Vektis (zorggebruik) en microdatabestanden van het CBS. Er zal in de toekomst steeds meer wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden rondom geboortezorg, zwangerschap, bevalling en kraamtijd, waarbij gekoppelde databestanden (zoals [DIAPER](#)) gebruikt worden. Landelijk zijn er echter nog geen gegevens vanuit de JGZ beschikbaar. Voor deze factsheet is navraag gedaan bij afzonderlijke JGZ-organisaties. Het ministerie van VWS heeft het CBS gevraagd om JGZ-data te verzamelen en landelijk te ontsluiten in een zogenoemde JGZ-monitor. Hiertoe is VWS samen met het CBS een traject gestart. TNO Child Health heeft, in opdracht van VWS, een indicatorenset geadviseerd, gebaseerd op gegevens die worden geregistreerd in het Digitaal Dossier JGZ (De Wolff et al., 2021). Deze indicatoren geven inzicht in de ontwikkeling van de gezondheid en ontwikkeling van kinderen van 0 tot 18 jaar. De verwachting is dat binnen enkele jaren deze gegevens ook binnen de monitor gebruikt kunnen worden.

Ook internationaal groeiende focus op de eerste 1000 dagen

Ook internationaal is steeds meer aandacht voor de eerste 1000 dagen in onderzoek, beleid en praktijk (Low et al., 2021). Voorbeelden zijn het Amerikaanse [Head Start](#) en Strong Start in [Canada](#) en [Australië](#). In het Verenigd Koninkrijk zijn positieve effecten van [Sure Start](#)-activiteiten (gericht op kinderen tot 5 jaar) gevonden voor adolescenten, zoals minder ziekenhuisopnames (Cattan et al., 2021). Hoewel deze resultaten niet direct te vertalen zijn naar Nederland, ondersteunen deze wel het belang van investeren in de eerste 1000 dagen. Internationale voorbeelden kunnen, ondanks de verschillen, relevante inzichten bieden voor Kansrijke Start in Nederland.

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Ervaringen bij Kansrijke Start komen overeen met ervaringen bij JZOJP

Een aantal ervaringen rondom Kansrijke Start komt overeen met ervaringen binnen de lerende evaluatie van de beweging naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) (RIVM, 2021b). Ook hier worden de huidige financiering en bekostiging en wet- en regelgeving als belemmerend ervaren. Tevens wordt aangegeven dat het betrekken van inwoners moeizaam verloopt. Ook de lerende evaluatie van JZOJP geeft aan dat domeinoverstijgende en regionale samenwerking complex is en tijd kost. Verder wordt ook hier het belang van leren van elkaar en data-beschikbaarheid als noodzakelijk gezien om de beweging verder te brengen.

Kansrijke Start als voorbeeld voor andere beleidsterreinen?

Het actieprogramma Kansrijke Start heeft met een sterke lokale focus, landelijke facilitering/ ondersteuning en de aandacht voor een specifieke doelgroep in relatief korte tijd veel in gang gezet. Deze aanpak is mogelijk een voorbeeld van het inrichten van (preventie)beleid voor andere gezondheids- en welzijnsvraagstukken, zoals ouderenzorg of kinderen met overgewicht. Lessen en inzichten van Kansrijke Start kunnen mogelijk bijdragen aan het verder vormgeven van het preventiebeleid zoals beschreven in de kamerbrief Bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid (VWS, 2021; Van der Velpen, 2021).

Reflectie op methode

Combinatie kwantitatief en kwalitatief onderzoek geeft meer inzicht

In deze factsheet hebben we de kwantitatieve gegevens uit de vijftien indicatoren verrijkt met kwalitatieve gegevens uit interviews met betrokkenen bij het actieprogramma. Het kwantitatieve deel bevat gegevens over zowel proces- als uitkomstindicatoren. Hierbij valt op dat dit vooral gaat om de periode ‘tijdens de zwangerschap’ en ‘na de geboorte’. Er zijn vrijwel geen gegevens over de periode ‘voor de zwangerschap’. Daarnaast ontbreken ook relevante indicatoren over de partner.

De interviews met zowel ervaringsdeskundigen als vertegenwoordigers van landelijke organisaties, projectleiders van lokale coalities en zorgprofessionals uit de geboortezorg, leidden tot waardevolle inzichten over de ervaringen met Kansrijke Start. Daarbij moet worden opgemerkt dat vooral de meest actieve personen zijn bevraagd. Het perspectief van enkele belangrijke partijen, zoals hulpverleners uit het sociale domein, wethouders en zorgverzekeraars, bleef echter onderbelicht. In de komende jaren zal hier vanuit de monitor meer aandacht voor zijn.

Met Lokale Monitor Kansrijke Start meer inzicht in lokale of regionale ontwikkelingen

De resultaten uit deze monitor geven inzicht in het landelijk beeld en niet in eventuele regionale verschillen. In samenwerking met experts uit praktijk, wetenschap en beleid heeft het RIVM in de eerste helft van 2021 daarom ook een indicatorenset vastgesteld voor de Lokale Monitor Kansrijke Start (RIVM, 2021a). Hiermee kunnen lokale coalities inzicht krijgen in de uitvoering van het actieprogramma Kansrijke Start en de gezondheid van kinderen en ouders in de eigen gemeente of regio. Deze set is in december 2021 als pilot voor het eerst ‘gevuld’ voor alle gemeenten. Begin 2022 wordt samen met lokale coalities, het ministerie van VWS en overige partijen bepaald hoe de jaarlijkse opgeleverde gegevens uit de lokale indicatorenset voor gemeenten beschikbaar komen.

Tot slot

Uit ons onderzoek blijkt dat het actieprogramma Kansrijke Start de afgelopen jaren een beweging in gang heeft gezet die heeft geleid tot meer lokale, regionale en landelijke samenwerking tussen het medisch en sociaal domein op het gebied van een gezonde en kansrijke start voor kinderen. Om de activiteiten goed te kunnen borgen en door te ontwikkelen, is het van groot belang om te zorgen voor structurele bekostiging van de lokale coalities en interventies, om ervaringsdeskundigen meer te betrekken, om gezamenlijk leren van en met elkaar te faciliteren en om partijen aan te haken die momenteel onvoldoende betrokken zijn. Deze gestarte beweging vergt echter een lange adem.

Het RIVM is door het ministerie van VWS gevraagd om ook in 2022 de monitor van het actieprogramma Kansrijke Start voort te zetten. Daarbij zal ook aandacht zijn voor het evalueren, herformuleren en aanvullen van de vijftien gepresenteerde indicatoren. Dit gebeurt samen met lokale coalities, het ministerie van VWS en overige veldpartijen. Het wordt gecombineerd met het verder ontwikkelen en evalueren van de indicatorenset voor de Lokale Monitor Kansrijke Start. Op deze manier kunnen we op landelijk, regionaal en lokaal niveau steeds beter monitoren en leren om zoveel mogelijk kinderen een goede start te kunnen geven.

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

Referenties

Andersson Elffers Felix (2020). Onderzoek naar het programma Nu Niet Zwanger. De waarde in de praktijk. <https://www.nunietzwanger.nl/wp-content/uploads/2020/12/Eindrapport-onderzoek-Nu-Niet-Zwanger-20201002.pdf>

Barker, D. J. (2006). Adult consequences of fetal growth restriction. *Clinical obstetrics and gynecology*, 49(2), 270-283.

Been, J. V., Lugtenberg, M. J., Smets, E., van Schayck, C. P., Kramer, B. W., Mommers, M., & Sheikh, A. (2014). Preterm birth and childhood wheezing disorders: a systematic review and meta analysis. *PLoS medicine*, 11(1), e1001596.

Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343(6178), 1478-1485.

Cattan, S., Conti, G., Farquharson, C., Ginja, R., Pecher, M. (2021). The health impacts of Sure Start. <https://ifs.org.uk/uploads/BN332-The-health-impacts-of-sure-start-1.pdf>

CBS (2021). Centraal Bureau voor de Statistiek. Gemeentelijke indeling op 1 januari 2021. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/classificaties/overig/gemeentelijke-indelingen-per-jaar/indeling-per-jaar/gemeentelijke-indeling-op-1-januari-2021>

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320, 1240-1243

de Wolff, M. S., Detmar, S. B., Verkerk, P. H., Reijneveld, S. A., & Geerdes-Maas, T. (2021). Verkenning JGZ Indicatoren. <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid%3A8f51371b-7e1b-452d-aeaf-f6a702f511ac>

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012, 2016 en 2020, GGD'en, CBS en RIVM.

Hanson, M. A., & Gluckman, P. D. (2015). Developmental origins of health and disease—global public health implications. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 29(1), 24-31.

Hille, E. T., Weisglas-Kuperus, N., Van Goudoever, J. B., Jacobusse, G. W., Ens-Dokkum, M. H., de Groot, L., ... & Kollée, L. A. (2007). Functional outcomes and participation in young adulthood for very preterm and very low birth weight infants: the Dutch Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants at 19 years of age. *Pediatrics*, 120(3), e587-e595.

Hoftiezer, L., Hof, M. H., Dijs-Elsinga, J., Hogeveen, M., Hukkelhoven, C. W., & van Lingen, R. A. (2019). From population reference to national standard: new and improved birthweight charts. *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(4), 383.e1-383.e317.

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

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

KCKZ. (2020). De beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2021/01/KCKZ-special-Beste-Start.pdf>

Kelly, M. P. (2018). How to make the first thousand days count. *Health Promotion Journal of Australia*, 29(S1), 17-21.

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

Lanting, C. I., de Wolff, M. S., Wiefferink, K., & Uilenburg, N. (2018). JGZ-richtlijn taalontwikkeling. <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/taalontwikkeling>

Low, F., Gluckman, P., & Poulton, R. (2021). Executive functions: A crucial but overlooked factor for lifelong wellbeing. <https://informedfutures.org/wp-content/uploads/Executive-functions-a-crucial-but-overlooked-factor-for-lifelong-wellbeing.pdf>

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Luu, T. M., Katz, S. L., Leeson, P., Thébaud, B., & Nuyt, A. M. (2016). Preterm birth: risk factor for early-onset chronic diseases. *CMAJ*, 188(10), 736-746.

Mejdoubi, J. (2014). The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg. <https://research.vu.nl/en/publications/the-primary-prevention-of-child-maltreatment-in-early-life-study->

Molenaar, J.M., van der Meer, L., Bertens, L.C.M., Waelput, A.J.M., Knight, M., Steegers, E.A.P., Kiefe-de Jong, J.C., Struijs, J.N. (n.d.). Defining vulnerability subgroups among pregnant women using pre-pregnancy information: a latent class analysis. Submitted for publication.

NCJ (2012). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-richtlijn Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing. Utrecht. <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/overgewicht>

NCJ (2021). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Handreiking prenataal huisbezoek door de JGZ. Voor zwangeren en/of gezinnen in een kwetsbare situatie. <https://assets.ncj.nl/docs/39a45143-cd40-4fe7-a5de-dde1ed64f84b.pdf>

Nu Niet Zwanger (2021). Factsheet december 2021. <https://www.nunietzwanger.nl/wp-content/uploads/2021/12/NNZ-Factsheet-december-2021.pdf>

Rijnders, M. E. B., Detmar, S. B., & Herschderfer, K. C. (2016). Implementatie van Centering Pregnancy in Nederland 2012-2015. Leiden: TNO.

RIVM (2010). Onderzoek naar de relatie tussen geboortegewicht en chronische ziekten in het Maastricht cohort. Bilthoven. <https://www.rivm.nl/publicaties/onderzoek-naar-relatie-tussen-geboortegewicht-en-chronische-ziekten-in-maastricht>

RIVM (2011). Geboortegewicht en chronische ziekten: Resultaten van de EPIC-NL studie. Bilthoven. <https://www.rivm.nl/publicaties/geboortegewicht-en-chronische-ziekten-resultaten-van-epic-nl-studie>

RIVM (2019a). Indicatoren Kansrijke Start. Een Delphi-studie. Bilthoven. <https://www.rivm.nl/documenten/indicatoren-kansrijke-start-delphi-studie>

RIVM (2019b). Monitor Kansrijke Start 2019. Invoering van het actieprogramma en een meting van de uitgangssituatie. Bilthoven. <https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-kansrijke-start>

RIVM (2020). Monitor Kansrijke Start 2020. <https://www.rivm.nl/documenten/monitor-kansrijke-start-2020>

RIVM (2021a). Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start: een Delphi-studie. <https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-indicatorenset-voor-lokale-monitor-kansrijke-start-delphi-studie>

RIVM (2021b). Tussenrapportage Lerende evaluatie 2021 Juiste Zorg op de Juiste Plek. <https://www.rivm.nl/documenten/lerende-evaluatie-juiste-zorg-op-juiste-plek-update-2021>

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

Schleiffert, H. (2021). Nu kan ik verder. De echte verhalen van Nu Niet Zwanger. <https://www.nunietzwanger.nl/verhalenbundel>

Society Impact. (2020). Nu Niet Zwanger. Onderzoek naar de maatschappelijke effecten en kosten van ongewenste zwangerschap. https://besluitmetmuisjes.pleio.nl/file/download/57979365/BMM_NZZ_v3.pdf

Sonnenschein-Van Der Voort, A. M., Arends, L. R., de Jongste, J. C., Annesi-Maesano, I., Arshad, S. H., Barros, H., ... & Correia, S. (2014). Preterm birth, infant weight gain, and childhood asthma risk: a meta-analysis of 147,000 European children. *Journal of allergy and clinical immunology*, 133(5), 1317-1329.

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J., & McMaster University Postpartum Research Group. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.

Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht.

Monitor Kansrijke Start 2021

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

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

Van de Velpen, P. (2021). Kansrijke Start als voorloper van nieuw preventiebeleid. <https://guusschrijvers.nl/kansrijke-start-als-voorloper-van-nieuw-preventiebeleid/>

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

Volksgezondheidszorg.info. (2021). Prestatie-indicatoren gezondheidszorg > Zorgbehoeften. <https://www.volksgezondheidszorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/zorg-rond-de-geboorte-en-zwangerschap#node-zwangerschapsbegeleiding-de-eerste-lijn-v%C3%B3%C3%B3r-de-10e-week-van-de-zwangerschap>

VWS (2018). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>

VWS (2019a). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Analysetool Kansrijke Start [Analysetool Kansrijke Start | Lokale coalities | Kansrijke Start \(kansrijkestart.nl\)](https://kansrijkestart.nl)

VWS (2019b). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Menukaart | Lokale coalities | Kansrijke Start \(kansrijkestart.nl\)](https://kansrijkestart.nl)

VWS (2019c). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Klantroutes Kansrijke Start | Lokale coalities | Kansrijke Start \(kansrijkestart.nl\)](https://kansrijkestart.nl).

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

Zorginstituut Nederland (2016). Zorgstandaard Integrale Geboortezorg Versie 1.1. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zwangerschap-geboorte-en-gynaecologische-aandoeningen/invoering-zorgstandaard-integrale-geboortezorg>

VWS (2021). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over 'Bouwstenen voor fundament onder toekomstig preventiebeleid.' <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/07/07/kamerbrief-over-bouwstenen-voor-een-fundament-onder-toekomstig-preventiebeleid>

Monitor Kansrijke Start 2021

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

Toelichting bronverwijzing CBS-microdata

Indicator 8: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van Perined data gecombineerd met niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende In de Basisregistratie Personen/de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven personen en hun juridische ouders, Personen die een schuldsanering hebben via de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) en Wanbetalers Zorgverzekeringswet.

Indicator 10: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van Vektis data en niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende de Persoonsidentificatoren van in de Basisregistratie Personen/de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven (levendgeborene) personen en Zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Indicator 11: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Inkomen van huishoudens, In de Basisregistratie Personen/de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven (levendgeborene) personen en hun juridische ouders, Personen die een schuldsanering hebben via de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp), Wanbetalers Zorgverzekeringswet, geneesmiddelenverstrekkingen die vergoed zijn volgens aanspraak op farmaceutische zorg van de basisverzekering gezondheidszorg aan personen die in het statistiekjaar zijn ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP), Tenuitvoerlegging Persoonsgebonden straffen/ Gevangeniswezen (TULP/GW)-registratie van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Huishoudenskenmerken van in de Basisregistratie Personen/de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven personen en Zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Indicator 15: Dit zijn resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Persoons identificatoren van in de Basisregistratie Personen/de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven (levendgeboren) personen, Trajecten jeugdbescherming aan jeugdigen en Trajecten jeugdhulp aan jeugdigen.

Github

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

Auteurs

Joyce Molenaar

Inge Boesveld

Roy Hendriks

Eline de Vries

Zoë Scheefhals

Jeroen Struijs

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

Februari 2022