



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

Monitor Kansrijke Start 2019

Invoering van het actieprogramma
en een meting van de uitgangssituatie

Publiekssamenvatting

De preconceptieperiode, zwangerschap en de eerste twee levensjaren zijn cruciaal in de ontwikkeling van elk kind. Het merendeel van de kinderen maakt een goede start in het leven en groeit gezond op. Er zijn echter ook kinderen die een minder goede start maken. Het ministerie van VWS heeft daarom in september 2018 het landelijke actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd. Het actieprogramma is gericht op kinderen in de eerste 1000 dagen vanaf de conceptie, met specifieke aandacht voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Het actieprogramma Kansrijke Start bestaat uit meerdere activiteiten en interventies binnen drie actielijnen (vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte).

Het RIVM monitort, van 2019 tot en met 2021, de invoering van het actieprogramma. Doelstelling is het in kaart brengen van de voortgang van de invoering en effecten van het actieprogramma. Voor de monitoring is begin 2019 door het RIVM in samenwerking met een panel van experts uit wetenschap, beleid en praktijk een indicatorenset vastgesteld bestaande uit 15 indicatoren.

Deze factsheet presenteert de cijfers voor de eerste keer aan de hand van een 'dashboard', waarna iedere indicator afzonderlijk wordt besproken. Het laat zien dat een deel van de GIDS-gemeenten bezig is met de opzet van lokale coalities en de invulling van een plan van aanpak. Daarnaast worden meerdere interventies en programma's ingezet. Voor de programma-brede en procesindicatoren geldt dat recente cijfers worden gepresenteerd, namelijk de stand van zaken in het najaar van 2019. De gegevens van de uitkomstindicatoren betreffen de jaren 2017 of 2018, wat overeenkomt met het jaar vóórafgaand aan de start van het actieprogramma.

Door de indicatorenset jaarlijks in een factsheet te presenteren, wordt zichtbaar of de indicatoren zich in de gewenste richting ontwikkelen. Naast deze jaarlijkse kwantitatieve monitor voert het RIVM een kwalitatieve procesevaluatie uit om inzicht te krijgen in de ervaringen bij het invoeren van het actieprogramma Kansrijke Start.

Inleiding

Actieprogramma Kansrijke Start: meer kinderen een goede start

De preconceptieperiode, zwangerschap en de eerste twee levensjaren zijn cruciaal in de ontwikkeling van elk kind (Barker, 2006; Campbell et al. 2014; Hanson & Gluckman, 2015; Kelly, 2018; Roseboom, 2018). Het merendeel van de kinderen maakt een goede start in het leven en groeit gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Er zijn echter ook kinderen die een minder goede start maken.

Het ministerie van VWS heeft daarom in september 2018 het landelijke actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd, waarbij wordt ingezet op een goede verbinding tussen het medische, sociale en het publieke domein. Het actieprogramma is gericht op kinderen in de eerste 1000 dagen vanaf de conceptie, met specifieke aandacht voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Door vroegsignalering en preventieve interventies in de eerste 1000 dagen maken meer kinderen kans op een goede start. Het actieprogramma Kansrijke Start bestaat uit drie actielijnen met diverse activiteiten en interventies: vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte (Tekstbox 1).

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om het actieprogramma Kansrijke Start te monitoren

Het RIVM monitort van 2019 tot en met 2021 de invoering van het actieprogramma Kansrijke Start. Doelstelling is het in kaart brengen van de voortgang van de invoering en effecten van het actieprogramma. Voor de monitoring van het actieprogramma is een indicatorenset ontwikkeld (RIVM, 2019). Het RIVM heeft hiervoor in het voorjaar 2019 een Delphi-studie uitgevoerd met een panel van experts uit wetenschap, beleid en praktijk. Naast twee programma-brede indicatoren zijn er zowel proces- (n=6) als uitkomstindicatoren (n=7) binnen de drie actielijnen geselecteerd. Gedurende de looptijd van het actieprogramma Kansrijke Start wordt jaarlijks een rapportage opgesteld waarin de indicatorenset wordt gepresenteerd en samengevat in een 'dashboard'. De vastgestelde indicatorenset wordt in de komende jaren, in overleg met experts, verder aangescherpt en aangepast. De operationalisatie van de term 'kwetsbaar' wordt komend jaar verder uitgewerkt. Indien consensus over nieuwe indicatoren of terminologie wordt bereikt of nieuwe data beschikbaar komt, worden indicatoren opnieuw gedefinieerd of nieuwe indicatoren toegevoegd aan de indicatorenset. Naast deze jaarlijkse kwantitatieve monitor, op basis van de indicatorenset, voert het RIVM een kwalitatieve procesevaluatie uit om inzicht te krijgen in de invoering en ervaringen met het actieprogramma Kansrijke Start.

Deze factsheet presenteert de eerste inzichten en cijfers van het actieprogramma Kansrijke Start

In deze factsheet worden de cijfers van de indicatorenset voor de eerste keer gepresenteerd. Voor de programma-brede en procesindicatoren geldt dat recente cijfers worden gepresenteerd, namelijk de stand van zaken in het najaar van 2019. De gegevens van de uitkomstindicatoren betreffen de jaren 2017 of 2018, wat overeenkomt met het jaar vóórafgaand aan de start van het actieprogramma. Een aantal indicatoren is opnieuw gedefinieerd ten opzichte van de eerder vastgestelde indicatorenset (RIVM, 2019) om beter aan te sluiten bij de bestaande data. Waar mogelijk wordt per indicator een trend over de tijd gepresenteerd om, in de toekomst, het effect van het actieprogramma beter te kunnen duiden. Door de indicatorenset jaarlijks in een factsheet te presenteren, wordt zichtbaar of de indicatoren zich in de gewenste richting ontwikkelen. Het totaalbeeld van de indicatorenset over de jaren geeft inzicht in hoeverre de doelstellingen van het actieprogramma worden gerealiseerd.

Tekstbox 1: Actieprogramma Kansrijke Start verder toegelicht (VWS, 2018)

Het actieprogramma Kansrijke Start richt zich op kinderen in de eerste 1000 levensdagen, met name op kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Hierbij zijn verschillende doelgroepen te onderscheiden die elk specifieke behoeften hebben aan ondersteuning. Het actieprogramma stimuleert verschillende activiteiten en interventies voor gemeenten en professionals, gericht op aanstaande (kwetsbare) ouders. Binnen het actieprogramma zijn er drie actielijnen en zes doelstellingen. Hieronder worden de actielijnen en doelstellingen met bijbehorende maatregelen kort toegelicht.

Actielijn 1: vóór de zwangerschap

Doelen:

1. Meer kwetsbare ouders starten goed voorbereid met hun zwangerschap;
2. In kwetsbare gezinnen komen minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen voor.

Maatregelen zijn onder andere het aanbieden van preconceptiezorg, het trainen van professionals in het gesprek aangaan met toekomstige kwetsbare ouders, leerbijeenkomsten met gemeenten en het landelijk uitrollen van het programma 'Nu Niet Zwanger'.

Actielijn 2: tijdens de zwangerschap

Doelen:

3. Problemen (ook niet-medische) worden beter gesignaleerd bij (aanstaande) kwetsbare gezinnen;
4. Meer aanstaande kwetsbare ouders krijgen eerder de juiste hulp.

Maatregelen zijn onder andere het verspreiden van signaleringsinstrumenten onder professionals, het melden van risicozwangerschappen bij de jeugdgezondheidszorg of het wijkteam, het doen van prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg, het inrichten van multidisciplinaire samenwerking rondom kwetsbare gezinnen en het verspreiden van routekaarten en zorgpaden voor professionals en gemeenten.

Actielijn 3: na de geboorte

Doelen:

5. Meer kwetsbare ouders zijn toegerust voor het ouderschap en de opvoeding;
6. Minder baby's en jonge kinderen worden uit huis of onder toezicht geplaatst.

Maatregelen zijn onder andere een flexibele inzet van contactmomenten met de jeugdgezondheidszorg, leerkringen voor gemeenten, gesprekstrainingen voor professionals, groepsgesprekken voor ouders en een digitaal platform voor ouders.

Een volledige beschrijving van het programma is te vinden op:






<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>

Resultaten

Het dashboard geeft een samenvatting van alle vijftien indicatoren. Per indicator wordt het meest recent beschikbare cijfer gepresenteerd. Daarna wordt iedere indicator afzonderlijk besproken aan de hand van de volgende items:

cijfer en brongegevens, de berekening van de indicator, het belang van de indicator en een inhoudelijke toelichting op de cijfers, met waar mogelijk inzicht in de trend over de tijd.

Tabel 1. Samenvatting van de indicatorenset Kansrijke Start

Programmabreed	27% Gezond in de Stad (GIDS)-gemeenten met een lokale of regionale coalitie ⁽²⁰¹⁹⁾ 1			
	78% GIDS-gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start ⁽²⁰¹⁹⁾ 2			
 Proces	 Voor de zwangerschap	18% Gemeenten waarin Nu Niet Zwanger is gestart ⁽²⁰¹⁹⁾ 3	 Tijdens de zwangerschap	 Na de geboorte
			69% GIDS-gemeenten waarin prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd ⁽²⁰¹⁹⁾ 4	19,5% JGZ-organisaties die Centering Parenting aanbieden ⁽²⁰¹⁹⁾ 9
			33% Gemeenten waarin VoorZorg wordt aangeboden ⁽²⁰¹⁹⁾ 5	7,4% Gezinnen die geen gebruik maken van kraamzorg ⁽²⁰¹⁸⁾ 10
		33% Verloskundigenpraktijken getraind in Centering Pregnancy ⁽²⁰¹⁹⁾ 6		
	 Uitkomst		13,4% Zwangerschapsbegeleiding voor de 10e week van de zwangerschap ⁽²⁰¹⁸⁾ 7	11% Kinderen geboren in een kwetsbaar gezin 11
			3,4% Zwangere vrouwen met (problematische) schulden ⁽²⁰¹⁷⁾ 8	15,6% Vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap ⁽²⁰¹⁸⁾ 12
				4,6% Negatieve score op spraaktaalontwikkeling rond twee jaar ⁽²⁰¹⁸⁾ 13
				8,0% Overgewicht (inclusief obesitas) rond twee jaar ⁽²⁰¹⁸⁾ 14
				1,6 per 1.000 kinderen tot twee jaar uit huis geplaatst ⁽²⁰¹⁸⁾ 15

1. Percentage GIDS-gemeenten met een lokale of regionale coalitie rondom de eerste 1000 levensdagen

27%

Bron: ministerie van VWS, vragenlijst onder GIDS-gemeenten
Jaar: 2019 (peildatum: 28 oktober 2019)

Rationale

Inzicht in het aantal lokale of regionale coalities is gewenst om na te gaan in hoeverre het actieprogramma lokaal of regionaal ingevoerd is. Een lokale of regionale coalitie realiseert een structurele samenwerking tussen gemeenten en partijen uit de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg (JGZ) en is een belangrijke voorwaarde voor de uitvoering van het actieprogramma Kansrijke Start. Lokale en regionale coalities maken zich sterk voor een kansrijke start tijdens de eerste 1000 levensdagen van ieder kind met speciale aandacht voor kwetsbare gezinnen.

Berekening indicator*

Teller: aantal GIDS-gemeenten dat een lokale of regionale coalitie heeft gevormd.
 Noemer: totaal aantal GIDS-gemeenten (N=150).

* Oorspronkelijk was deze indicator geformuleerd als 'alle gemeenten' (RIVM, 2019).
 Vanwege het ontbreken van gegevens van **alle** gemeenten is de formulering aangepast naar 'GIDS-gemeenten'.

Beschrijving en verdieping

27% van de GIDS-gemeenten geeft aan dat zij een lokale of regionale coalitie hebben gevormd, de overige gemeenten bevinden zich in de opstartfase

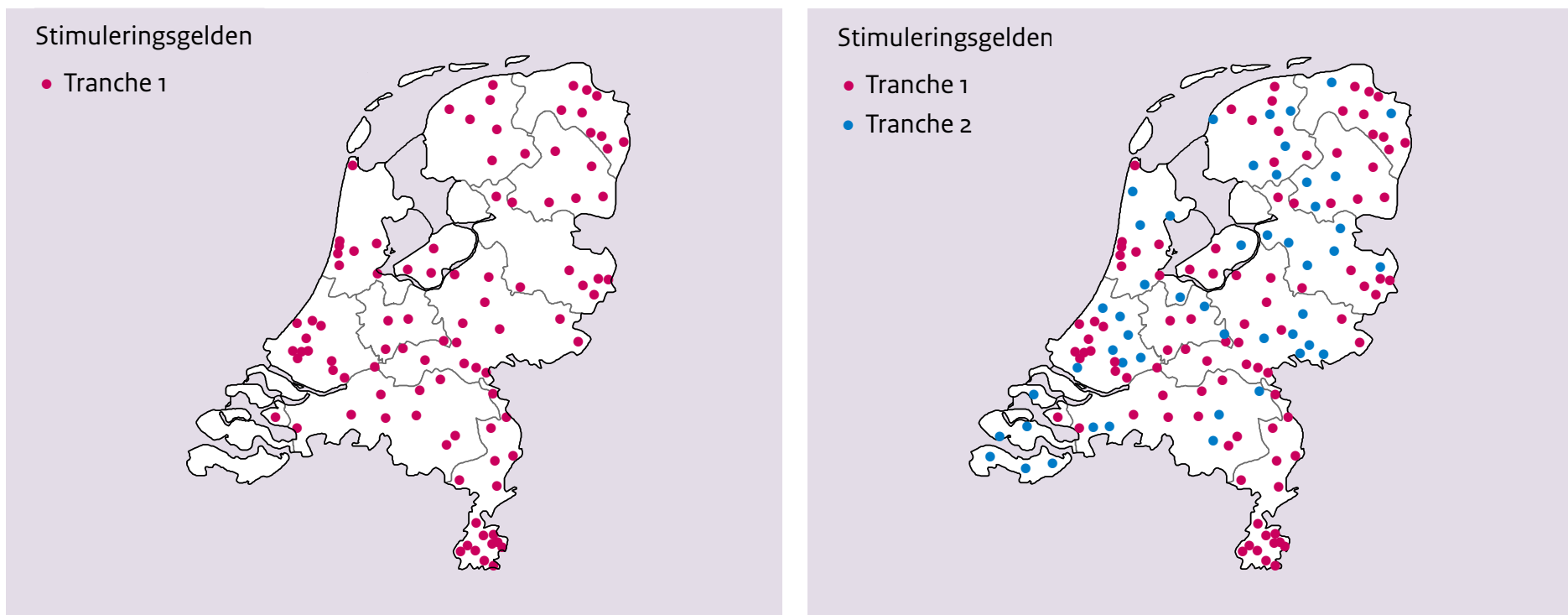
Onder de GIDS-gemeenten is in oktober 2019 een online vragenlijst uitgezet (Tekstbox 2). Momenteel is bekend dat in 40 GIDS-gemeenten (27%) een lokale of regionale coalitie is gevormd. De overige responderende gemeenten gaven aan dat zij een lokale of regionale coalitie in voorbereiding hebben of hierover in gesprek zijn. Het genoemde percentage van 27% is mogelijk een lichte onderschatting, omdat van tien GIDS-gemeenten informatie ontbreekt.

147 GIDS-gemeenten hebben stimuleringsgelden aangevraagd

Tot 1 november 2019 hebben 147 van de in totaal 150 GIDS-gemeenten (Tekstbox 2) extra stimuleringsgelden aangevraagd bij het ministerie van VWS (Tekstbox 2). De extra middelen zijn ter beschikking gesteld om een lokale coalitie Kansrijke Start te vormen. Van de aangemelde 147 GIDS-gemeenten hebben er 98 extra middelen aangevraagd in de eerste tranche (tot 15 maart 2019) (Figuur 1.A). De overige 49 GIDS-gemeenten hebben deze stimuleringsgelden in de tweede tranche (tot 1 november 2019) aangevraagd (Figuur 1.B).

Tekstbox 2: VWS vragenlijst onder GIDS-gemeenten

150 gemeenten krijgen vier jaar lang middelen via de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad. Dit zijn de GIDS-gemeenten. Deze gemeenten hebben in twee rondes in 2019 de mogelijkheid gekregen om extra stimuleringsmiddelen voor Kansrijke Start aan te vragen voor het starten van een lokale of regionale coalitie. Tot 1 november 2019 hebben 147 van de 150 GIDS-gemeenten stimuleringsgelden aangevraagd. Onder alle GIDS-gemeenten is in oktober 2019 een online vragenlijst uitgezet. In totaal hebben 140 gemeenten de vragenlijst ingevuld (respons van 93%). De gegevens van de vragenlijst worden gebruikt bij het kwantificeren van drie indicatoren (indicatoren 1, 2 en 4).



Figuur 1: GIDS-gemeenten die zich hebben aangemeld voor stimuleringsgelden tranche 1 (n=98) (A) of tranche 2 (n=49) (B) (peildatum: 1 november 2019)

Ook niet-GIDS-gemeenten zijn lokale coalities aan het vormen, een goed overzicht ontbreekt nog. Naast de GIDS-gemeenten zijn ook de overige gemeenten aan de slag met het actieprogramma Kansrijke Start. Momenteel hebben dertien niet-GIDS-gemeenten bij het ministerie van VWS aangegeven een lokale of regionale coalitie te (willen) starten. Van de overige gemeenten is nog geen overzicht of en hoe zij met coalities willen starten. In de factsheet eind 2020 wordt een overzicht opgenomen van alle gemeenten waar een lokale of regionale coalitie is gestart of wordt voorbereid.

Tekstbox 3: Lokale coalities en het stimuleringsprogramma toegelicht
 Het stimuleringsprogramma ‘lokale coalities Kansrijke Start’ ondersteunt gemeenten bij het opzetten en invullen van een lokale coalitie Kansrijke Start. Zij kunnen hiervoor stimuleringsmiddelen ontvangen van het ministerie van VWS onder de voorwaarden dat zij: 1) de middelen inzetten om te komen tot een lokale coalitie, 2) deelnemen aan het stimuleringsprogramma lokale coalities Kansrijke Start en 3) ervaringen over- en resultaten van de aanpak delen voor onder andere de monitoring via het stimuleringsprogramma en/of de rijksoverheid. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het samenstellen van deze coalities. Pharos voert het stimuleringsprogramma uit en ondersteunt hierbij de gemeenten.

2. Percentage GIDS-gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak Kansrijke Start

78%

Bron: ministerie van VWS, vragenlijst onder GIDS-gemeenten
Jaar: 2019 (peildatum: 28 oktober 2019)

Rationale

Voor het programma Kansrijke Start is het belangrijk om inzicht te hebben in het aantal gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak. Uitgangspunt bij het opstellen van een plan van aanpak is het realiseren van de verbinding tussen het medische en sociale domein.

Berekening indicator*

Teller: aantal GIDS-gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak.
 Noemer: totaal aantal GIDS-gemeenten (N=150).

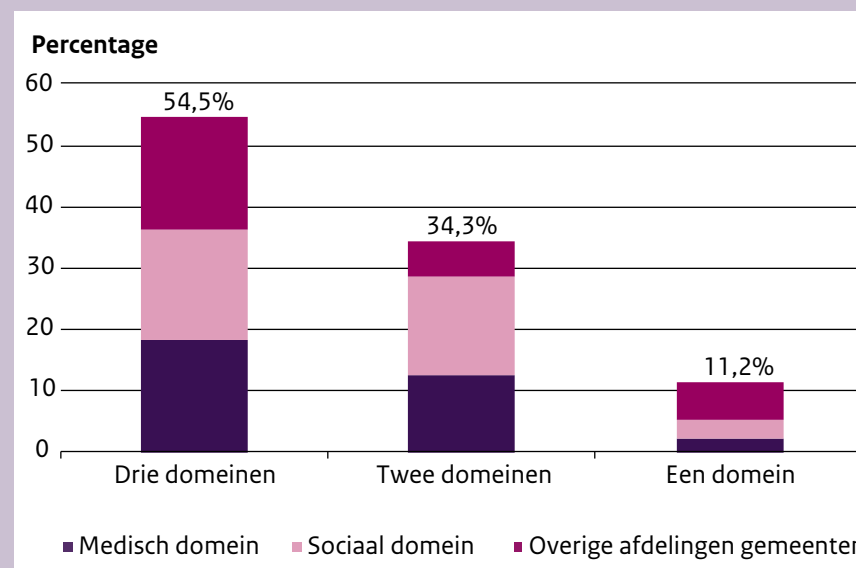
* Oorspronkelijk was deze indicator geformuleerd als 'alle gemeenten' (RIVM, 2019).
 Vanwege het ontbreken van gegevens van **alle** gemeenten is de formulering aangepast naar 'GIDS-gemeenten'.

Beschrijving en verdieping

78% van de GIDS-gemeenten geeft aan een plan van aanpak te hebben of hiermee te zijn gestart
 Van alle GIDS-gemeenten is momenteel bekend dat 117 gemeenten (78%) een plan van aanpak heeft of hiermee gestart is. Voor GIDS-gemeenten uit de eerste tranche ligt dit percentage hoger dan de GIDS-gemeenten uit de tweede tranche die de stimuleringsgelden nog moeten ontvangen. Het genoemde percentage van 78% is mogelijk een lichte onderschatting, omdat van tien GIDS-gemeenten informatie ontbreekt. In de factsheet eind 2020 wordt deze indicator gepresenteerd met gegevens van alle gemeenten.

Tekstbox 4: Wie zijn er betrokken bij een lokale coalitie?

Op basis van de vragenlijst presenteren wij hieronder het percentage gemeenten met een samenwerkingsverband met één of meerdere domeinen. Deze samenwerkingsverbanden kunnen ook buiten of voorafgaand aan een lokale coalitie zijn vormgegeven. In 55% van de responderende GIDS-gemeenten is er een samenwerking of overleg met zowel het medische domein (waaronder verloskundigen, kraamzorg, gynaecologen, volwassen-GGZ en huisartsen), het sociale domein (JGZ, jeugdhulp en het wijkteam) als andere gemeentelijke domeinen zoals jeugd, publieke gezondheid, armoede, schuldhulpverlening, huisvesting en welzijn (Figuur 2).



Figuur 2: Percentage gemeenten met een samenwerkingsverband, uitgesplitst naar één of meerdere domeinen (peildatum: 28 oktober 2019)

3. Percentage gemeenten waar Nu Niet Zwanger is gestart

18%

Bron: GGD GHOR Nederland
Jaar: 2019 (peildatum: 1 oktober 2019)

Rationale

Een van de doelen van het actieprogramma Kansrijke Start is het landelijk beschikbaar maken van het programma Nu Niet Zwanger (VWS, 2018). De concrete doelstelling is om in de periode 2018-2021 50 Nu Niet Zwanger-programma's te zijn gestart. Nu Niet Zwanger richt zich op counseling en de ondersteuning van kwetsbare (potentiële) ouders om zelf de regie te nemen over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Deze indicator geeft inzicht in de landelijke beschikbaarheid van het programma Nu Niet Zwanger.

Berekening indicator

Teller: aantal gemeenten waar het programma Nu Niet Zwanger is ingevoerd of in voorbereiding is.

Noemer: totaal aantal gemeenten (N=355).

Beschrijving en verdieping

In 18% van de gemeenten is het programma Nu Niet Zwanger gestart

Op 1 oktober 2019 was in 63 gemeenten (18%) het programma Nu Niet Zwanger gestart (Figuur 3), wat wil zeggen dat zij het programma in voorbereiding hebben of het programma ingevoerd hebben. De gemeenten die het programma in voorbereiding hebben, houden zich momenteel bezig met het organiseren van budget, een plan van aanpak, een projectteam, het betrekken van samenwerkingspartners en afspraken maken met het medische netwerk. De andere gemeenten zijn al verder met de invoering van het programma. In deze gemeenten maakt het ondersteunen van cliënten al daadwerkelijk onderdeel uit van de reguliere werkzaamheden.

De invoering van het programma Nu Niet Zwanger wordt vanuit één grotere of centrumgemeente geïnitieerd, waarna omliggende gemeenten zich (kunnen) aansluiten. Op 1 oktober 2019 zijn er achttien (van de beoogde 50 programma's) Nu Niet Zwanger-programma's gestart en hebben 45 omliggende gemeenten zich aangesloten. Daarbij geldt dat in 40 gemeenten Nu Niet Zwanger daadwerkelijk is ingevoerd, terwijl in 23 gemeenten Nu Niet Zwanger in voorbereiding is.



Figuur 3: Centrum- en omliggende gemeenten (totaal n=63) waarin het programma Nu Niet Zwanger is gestart (peildatum: 1 oktober 2019)

* Voor het Nu Niet Zwanger-programma in Winterswijk en Zutphen (Gelderland) is nog geen centrumgemeente bekend. In Zeeland starten twee programma's (op de kaart beiden gesitueerd in Vlissingen).



Tekstbox 5: Nu Niet Zwanger toegelicht

Het programma Nu Niet Zwanger ondersteunt kwetsbare (potentiële) ouders om de regie te nemen over hun kindwens, seksualiteit en anticonceptie. Vanuit de leefwereld en behoeften van de vrouwen en mannen gaan hulpverleners in gesprek over mogelijkheden, keuzes en consequenties. De doelgroep van Nu Niet Zwanger omvat vrouwen en mannen in de vruchtbare leeftijd met een verhoogde kwetsbaarheid. Dit komt veelal door een opeenstapeling van problemen en beperkingen (multi-problematiek), zoals ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek en illegaliteit. Daarnaast is vaak sprake van een gebrek aan zelfredzaamheid en schiet hulp van zorg en omgeving tekort. Regionaal evaluatieonderzoek naar onder andere de organisatie en uitvoering van Nu Niet Zwanger wordt gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door Tranzo (Tilburg Universiteit). Meer informatie over Nu Niet Zwanger staat op: www.nunietzwanger.nl

4. Percentage GIDS-gemeenten waar prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg

69%

Bron: ministerie van VWS, vragenlijst onder GIDS-gemeenten
Jaar: 2019 (peildatum: 28 oktober 2019)

Rationale

Voor een goede voorbereiding op het ouderschap en tijdige, passende ondersteuning kunnen aanstaande (kwetsbare) ouders tijdens de prenatale huisbezoeken eventuele vragen, problemen en gewenste ondersteuning rondom het ouderschap bespreken met de jeugdverpleegkundige. Om het mogelijk te maken dat de JGZ al voor de geboorte (kwetsbare) ouders ondersteunt past het ministerie van VWS de Wet Publieke Gezondheid aan (VWS, 2018). Deze indicator geeft inzicht in hoeverre prenatale huisbezoeken binnen de GIDS-gemeenten worden uitgevoerd.

Berekening indicator*

Teller: aantal GIDS-gemeenten waarin prenatale huisbezoeken uitgevoerd worden door de jeugdgezondheidszorg.

Noemer: totaal aantal GIDS-gemeenten (N=150).

* De oorspronkelijke formulering van deze indicator betrof 'alle gemeenten' (RIVM, 2019). Vanwege het ontbreken van gegevens van **alle** gemeenten is de formulering aangepast naar GIDS-gemeenten.

Beschrijving en verdieping

69% van de GIDS-gemeenten rapporteert dat er in 2019 in haar gemeente prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd

Van alle GIDS-gemeenten is momenteel bekend dat binnen 104 gemeenten (69%) prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd (zie Tekstbox 2: VWS vragenlijst onder GIDS-gemeenten). Het genoemde percentage van 69% is mogelijk een lichte onderschatting. Dit aangezien van tien GIDS-gemeenten informatie ontbreekt en gemeenten mogelijk niet weten of de JGZ-organisatie prenatale huisbezoeken uitvoert. Binnen de niet-GIDS-gemeenten is het aantal en percentage gemeenten waarbinnen prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd onbekend. In de factsheet eind 2020 wordt deze indicator gepresenteerd met gegevens van alle gemeenten.

Tekstbox 6: Prenatale huisbezoeken toegelicht

Prenatale huisbezoeken worden door de jeugdgezondheidszorg aangeboden aan aanstaande (kwetsbare) ouders die in aanvulling op de verloskundige zorg (laagdrempelig) ondersteuning nodig hebben ter voorbereiding op het ouderschap. De doelgroep betreft ouders die vragen of problemen hebben rondom sociaal-medische aspecten zoals materiële omstandigheden, gezondheid, opvoeding en gezinsrelaties, onderwijs en werk, sociale omgeving of een combinatie daarvan (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2014). Een jeugdverpleegkundige gaat hierover in gesprek en verwijst eventueel door naar intensievere ondersteuningsprogramma's. Het contact faciliteert het opbouwen van een vertrouwensband en een goede overgang naar de jeugdgezondheidszorg.

5. Percentage gemeenten waarin VoorZorg wordt aangeboden

33%

Bron: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Jaar: 2019 (peildatum: 1 oktober 2019)

Rationale

VoorZorg is een intensief ondersteuningsprogramma vanuit de jeugdgezondheidszorg ter bevordering van de gezondheid en ontwikkeling van (zeer) kwetsbare jonge moeders en kinderen. Deze indicator geeft inzicht in het aanbod van het programma VoorZorg.

Berekening indicator*

Teller: aantal gemeenten waarin het programma VoorZorg aangeboden wordt.
Noemer: totaal aantal gemeenten (N=355).

* Oorspronkelijk zou in deze indicator ook vergelijkbare initiatieven van VoorZorg worden geïnccludeerd. Vanwege het ontbreken van duidelijke criteria over 'vergelijkbare initiatieven' van VoorZorg is dit nagelaten.

Beschrijving en verdieping

In 33% van de gemeenten wordt VoorZorg aangeboden

VoorZorg wordt binnen gemeenten aangeboden vanuit een JGZ-organisatie. Van de 41 JGZ-organisaties met een doelgroep van 0-4 jaar of 0-18 jaar zijn er 24 organisaties die VoorZorg aanbieden. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft begin 2019 onder deze 24 organisaties een vragenlijst uitgezet. De 20 responderende JGZ-organisaties bieden VoorZorg aan in 117 gemeenten; 33% van het totaal aantal gemeenten (Figuur 4). Van de vier niet-responderende JGZ-organisaties is onduidelijk binnen hoeveel gemeenten zij VoorZorg aanbieden. Het totaal aantal gemeenten waarbinnen VoorZorg wordt aangeboden zal daarom in werkelijkheid waarschijnlijk iets hoger liggen.

• Gemeenten
— Verbinding met JGZ-organisatie



Figuur 4: Gemeenten (n=117) waarin VoorZorg wordt aangeboden (peildatum: 1 oktober 2019)

Het aantal JGZ-organisaties dat VoorZorg aanbiedt groeit en het bereik van VoorZorg neemt toe. Begin 2016 boden 10 JGZ-organisaties VoorZorg aan en dit aantal is toegenomen tot 24 organisaties in oktober 2019. Begin 2019 werden in totaal 570 (aanstaande) jonge moeders ondersteund middels het VoorZorg programma. Dit aantal is bijna een verdubbeling van het aantal ten opzichte van begin 2016 (n=318).

Tekstbox 7: VoorZorg toegelicht

VoorZorg is een intensief ondersteuningsprogramma vanuit de jeugdgezondheidszorg ter bevordering van de gezondheid en ontwikkeling van jonge moeders en kinderen en ter preventie van kindermishandeling. De doelgroep bestaat uit 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 weinig sociale steun, huiselijk geweld, middelengebruik, mishandeling, verwaarlozing, alleenstaand). De zwangere vrouwen krijgen vanaf de 16e week van de zwangerschap tot hun kind 2 jaar wordt 40 tot 60 huisbezoeken van een VoorZorg-verpleegkundige. De verpleegkundige biedt ondersteuning op diverse levenssterreinen (onder andere financiën en sociaal netwerk) en bij de opvoeding en verzorging van hun kind. Onderzoek geeft goede aanwijzingen dat VoorZorg positieve effecten heeft op het verminderen van kindermishandeling en huiselijk geweld. Daarnaast bevordert het de leefstijl, waaronder borstvoeding en roken (Mejdoubi, 2014). Voor de doorontwikkeling van VoorZorg vinden diverse (onderzoeks)projecten plaats. Meer informatie over VoorZorg staat op: www.ncj.nl/voorzorg

6. Percentage verloskundigenpraktijken dat getraind is in Centering Pregnancy

33%

Bron: Stichting Centering Nederland
Jaar: 2019 (peildatum: 1 oktober 2019)

Rationale

Centering Pregnancy is een vorm van groepszorg voor zwangere vrouwen ter verbetering van de fysieke en psychosociale gezondheid. Deze indicator geeft inzicht in het percentage verloskundigenpraktijken dat getraind is in Centering Pregnancy.

Berekening indicator*

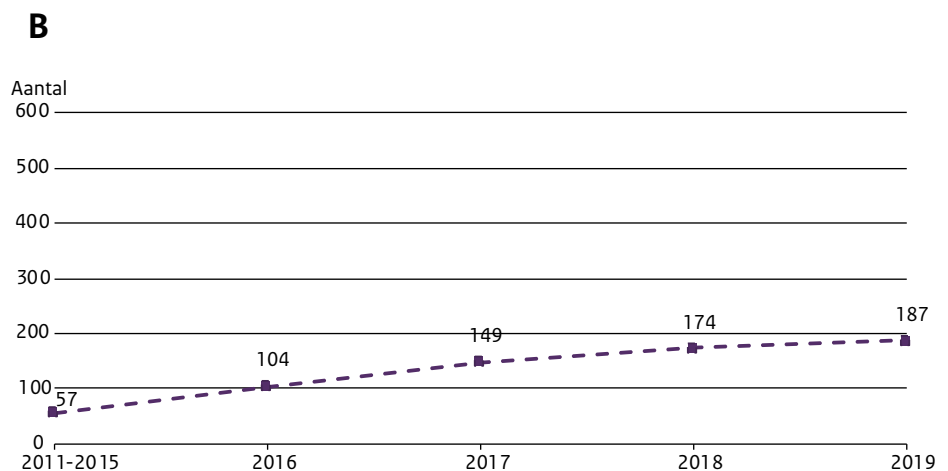
Teller: aantal verloskundigenpraktijken waarvan minimaal één verloskundige een training Centering Pregnancy heeft gevolgd.
Noemer: totaal aantal verloskundigenpraktijken (op basis van gegevens van de KNOV (N=564))

* Oorspronkelijk was deze indicator geformuleerd als het percentage verloskundigenpraktijken dat Centering Pregnancy **aanbiedt**. Recente cijfers hierover ontbreken. De indicator is geherformuleerd naar het percentage verloskundigenpraktijken dat **getraind** is.

Beschrijving en verdieping

33% van de verloskundigenpraktijken heeft een training Centering Pregnancy gevolgd

Momenteel heeft in een derde (n=187) van alle verloskundigenpraktijken minimaal één verloskundige een training Centering Pregnancy gevolgd (Figuur 5.A). Dit aantal is over de periode 2015-2018 toegenomen (Figuur 5.B). Naast verloskundigen nemen ook andere zorgprofessionals (onder andere kraamverzorgenden, gynaecologen, doula's) deel aan Centering Pregnancy-trainingen. Deze zorgprofessionals en hun organisaties zijn niet meegeteld in de indicator.



Figuur 5: Verloskundigenpraktijken waarvan minimaal één verloskundige getraind is in Centering Pregnancy in 2019 (A), over de tijdsperiode 2015-2019 (B) (peildatum: 1 oktober 2019)

Niet alle **getrainde** verloskundigenpraktijken bieden *Centering Pregnancy* daadwerkelijk aan. Recente cijfers rondom aanbieders van *Centering Pregnancy* ontbreken. Begin 2018 heeft de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) een vragenlijst uitgezet onder 136 verloskundigenpraktijken waarvan minstens één verloskundige getraind was in *Centering Pregnancy*. De vragenlijst is door 130 praktijken ingevuld (respons van 96%). *Centering Pregnancy* werd in 74% van de praktijken (n=96) aangeboden. Van de overige praktijken had 7% (n=9) wel een startdatum en 19% (n=25) nog geen startdatum. Hieruit blijkt dat begin 2018 niet alle getrainde verloskundigenpraktijken het programma ook daadwerkelijk uitvoerden.

Tekstbox 8: *Centering Pregnancy* toegelicht

Centering Pregnancy is een vorm van verloskundige zorg waarbij zwangere vrouwen met een vergelijkbare zwangerschapsduur tien groepsbijeenkomsten volgen ter verbetering van de fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind. Tijdens de interactieve bijeenkomsten onder leiding van de verloskundige en een andere zorgverlener is naast medische zorg (bijvoorbeeld bloeddruk meten) veel ruimte voor het uitwisselen van kennis en ervaringen. Zo kunnen zwangere vrouwen van elkaar leren en hun gezondheidsvaardigheden en sociale netwerken verbeteren. TNO deed onderzoek naar de implementatie en ervaringen van *Centering Pregnancy* in Nederland (Rijnders et al., 2016), waarbij aanwijzingen zijn gevonden voor positieve effecten. TNO en het LUMC (de afdelingen Verloskunde en Public Health en Eerstelijns geneeskunde) voeren verder onderzoek uit naar de doorontwikkeling en onderbouwing van de *Centering*-methodiek. Meer informatie over *Centering Pregnancy* staat op: www.centeringhealthcare.nl

7. Percentage zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding na de 10^e week van de zwangerschap startte

13,4%

Bron: Perined
Jaar: 2018

Rationale

Om de prenatale zorg, inclusief screening, zo vroeg mogelijk in de zwangerschap te starten, is het aan te bevelen dat de zwangerschapsbegeleiding van een zwangere vrouw bij voorkeur vóór de 10^e week van de zwangerschap plaatsvindt (Zorginstituut Nederland, 2016; Volksgezondheidszorg.info, 2019). Deze indicator maakt ook deel uit van de indicatorenset Integrale Geboortezorg (Werkgroep Indicatoren Integrale Geboortezorg, 2018). Het actieprogramma Kansrijke Start is onder andere gericht op het identificeren van kwetsbare zwangere vrouwen. Om deze reden is in deze indicator gepresenteerd als het percentage zwangerschappen waarbij de start van de zwangerschapsbegeleiding ná de 10^e week plaatsvond.

Berekening indicator

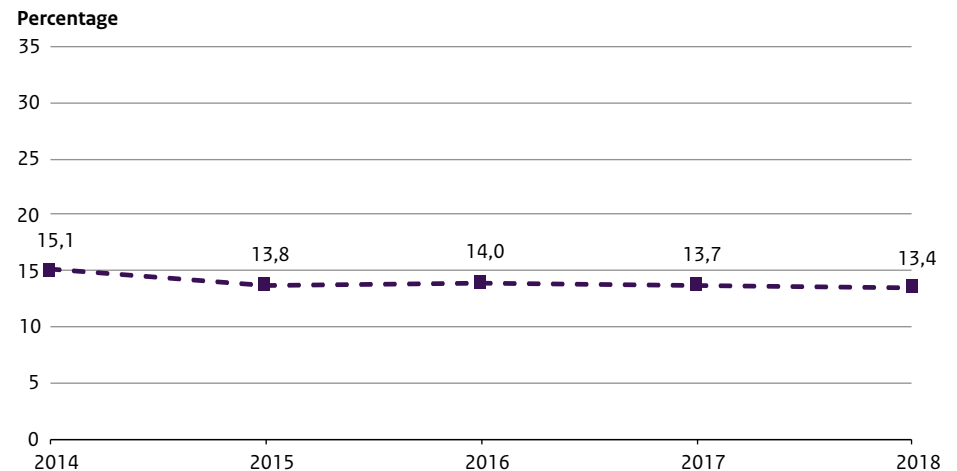
Teller: aantal zwangerschappen (>22 weken) waarbij zwangerschapsbegeleiding startte na de 10^e week van de zwangerschap, ongeacht of dit in de eerste of tweedelij plaatsvond.

Noemer: totaal aantal zwangerschappen (>22 weken).

Beschrijving en verdieping

In 2018 kwam 13,4% van de zwangerschappen laat in zorg

Het percentage zwangerschappen waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10^e week van de zwangerschap startte was in 2018 13,4%. Dit percentage is over de tijdsperiode 2014-2018 heen vrijwel stabiel, behalve in 2014, daar lag het percentage hoger (15,1%) (Figuur 6).



Figuur 6: Percentage zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding na de 10^e week van de zwangerschap startte

8. Percentage zwangere vrouwen met (problematische) schulden

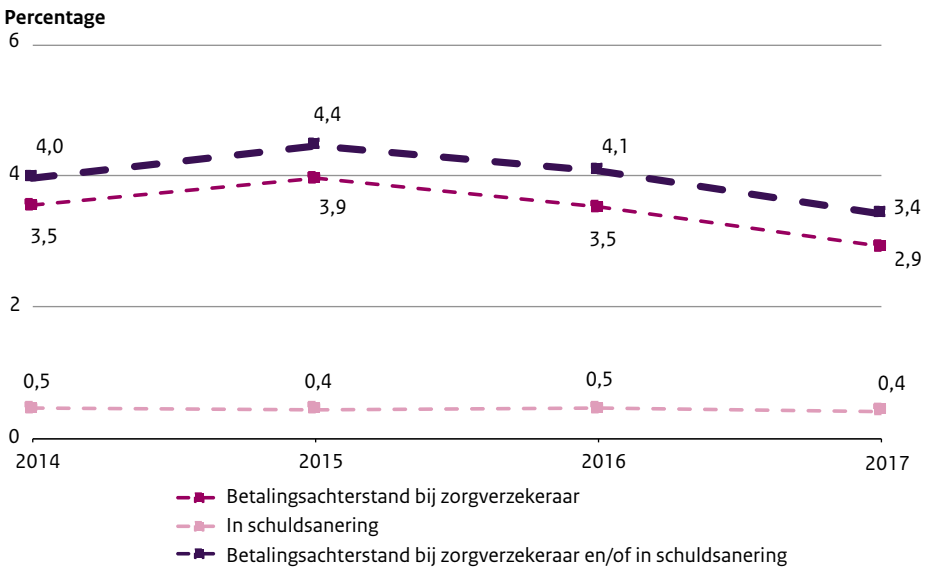
3,4%

Bron: Perined en CBS-microdata
Jaar: 2017

Rationale
Chronische stress door financiële problemen binnen het gezin hebben een nadelig effect op de ontwikkeling van het kind, zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte (Van Rossem & Pannecoucke, 2019). Daarom is het gewenst het aantal zwangere vrouwen met problematische schulden terug te dringen.

Berekening indicator
Teller: aantal vrouwen met een bevalling in een bepaald jaar met een registratie in de schuldsanering en/of met een betalingsachterstand van 6 maanden of meer bij de zorgverzekeraar.
Noemer: totaal aantal vrouwen met een bevalling in een bepaald jaar.
De gegevens bij deze indicator betreffen alleen de schulden op naam van de zwangere vrouw in het jaar van de bevalling en beslaan niet de situatie van het hele gezin (zie ook Indicator 11. Percentage kinderen dat geboren wordt in een kwetsbaar gezin).

en in dat jaar ook in de schuldsanering zat is vrijwel onveranderd over de jaren 2014-2017. Het aantal vrouwen dat beviel en gelijktijdig zowel in de schuldsanering zat als een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar had, is erg klein (niet weergegeven).



Figuur 7. Percentage bevallen vrouwen met problematische schulden

Beschrijving en verdieping

3,4% van de vrouwen bevallen in 2017 had problematische schulden
Het percentage vrouwen dat in 2017 beviel en gelijktijdig problematische schulden op haar naam had staan, was 3,4% (Figuur 7). Het percentage vrouwen dat in 2017 beviel en tegelijkertijd in de schuldsanering zat bedroeg 0,4%. Het percentage vrouwen dat in 2017 beviel en tegelijkertijd een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar had, was 2,9%. Over de afgelopen jaren liet het percentage vrouwen met een betalingsachterstand een voorzichtig dalende trend zien. Het percentage vrouwen dat beviel

9. Percentage JGZ-organisaties dat Centering Parenting aanbiedt

19,5%

Bron: Stichting Centering Nederland
Jaar: 2019 (peildatum: 1 oktober 2019)

Rationale

Centering Parenting betreft een programma vanuit de jeugdgezondheidszorg waarbij (kwetsbare) ouders van jonge kinderen laagdrempelig worden ondersteund. Deze indicator geeft inzicht in het aanbod van Centering Parenting.

Berekening indicator*

Teller: aantal JGZ-organisaties dat Centering Parenting aanbiedt.

Noemer: totaal aantal JGZ-organisaties (N=41).

* Oorspronkelijk was deze indicator geformuleerd als het percentage **gemeenten** dat Centering Parenting aanbiedt. Recente cijfers hierover ontbreken. De indicator is geherformuleerd naar het percentage **JGZ-organisaties**. Deze indicator zou ook vergelijkbare initiatieven van Centering Parenting includeren. Vanwege het ontbreken van duidelijke criteria over 'vergelijkbare initiatieven' van Centering Parenting is dit nagelaten.

Beschrijving en verdieping

Ongeveer 20% van de JGZ-organisaties biedt Centering Parenting aan

Acht van de 41 JGZ-organisaties bieden in 2019 het programma Centering Parenting aan (Figuur 8) binnen één of meerdere gemeenten in hun regio. Het precieze aantal gemeenten waarin Centering Parenting wordt aangeboden is onbekend. Ook is onbekend hoe vaak iedere JGZ-organisatie het programma jaarlijks aanbiedt en hoeveel (kwetsbare) ouders hier aan deelnemen. Het daadwerkelijke bereik van Centering Parenting is daarmee momenteel niet bekend.



Figuur 8: JGZ-organisaties (n=8) die Centering Parenting aanbieden (peildatum: 1 oktober 2019)

Tekstbox 9: Centering Parenting toegelicht

Centering Parenting omvat negen groepsbijeenkomsten voor jonge ouders bij de jeugdgezondheidszorg en met JGZ-professionals. De interactieve bijeenkomsten waarin ouders diverse onderwerpen en ervaringen met elkaar bespreken hebben als doel om de eigen kracht, zelfregie en het sociale netwerk van de ouders te bevorderen. Ouders kunnen voor deze groepsbijeenkomsten kiezen ter vervanging van de individuele gezondheidscontroles voor moeders en baby's. TNO en het LUMC (de afdelingen Verloskunde en Public Health en Eerstelijngeneeskunde) voeren verder onderzoek uit naar de doorontwikkeling en onderbouwing van de Centering-methodiek. Meer informatie over Centering Parenting staat op: www.centeringhealthcare.nl.



10. Percentage gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg

7,4%

Bron: Vektis en CBS-microdata
Jaar: 2018

Rationale

De kraamperiode is een belangrijke periode voor zowel de pasgeborene als het jonge gezin (Shaw et al., 2006). Kraamzorg biedt hierbij een fysieke en mentale ondersteuning, en signaleert ook risico's, om gezinnen met een pasgeboren kind op weg te helpen (Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, 2009). Daarnaast is het accepteren van zorg en 'adverse' uitkomsten gelinkt aan sociale economische status (Lagendijk et al., 2019; Lindquist et al., 2015). Om kinderen een kansrijke start te bieden is het gewenst dat zoveel mogelijk gezinnen kraamzorg ontvangen.

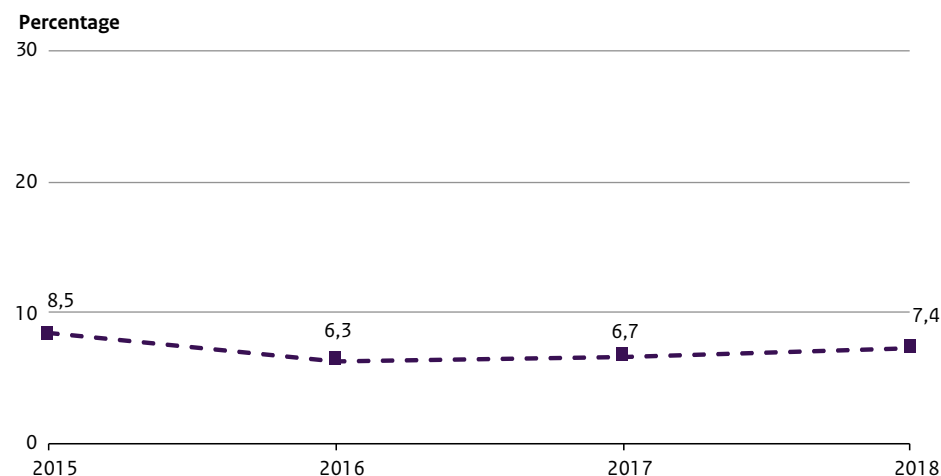
Berekening indicator

Teller: aantal levendgeboren kinderen waarvan de moeder een declaratie had voor kraamzorg in de periode ná de geboorte (beperkt tot het basispakket).
Noemer: totaal aantal levendgeboren kinderen.

Beschrijving en verdieping

Ruim 7% van de gezinnen in 2018 maakte geen gebruik van kraamzorg

Het percentage gezinnen dat in 2018 gebruik maakte van kraamzorg is 7,4%. Over de jaren 2015-2018 bleef het percentage redelijk stabiel (Figuur 9). Mogelijk ontvangt een deel van deze gezinnen een andere vorm van ondersteuning tijdens de kraamperiode, bijvoorbeeld via familie of sociaal netwerk, of mogelijk zien deze gezinnen om financiële redenen af van kraamzorg. Om meer inzicht te krijgen in de achtergrond van gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg, zal deze indicator in de komende jaren verder worden doorontwikkeld naar het aantal uren kraamzorg en zal een verdere uitsplitsing plaatsvinden naar opleidingsniveau, huishoudinkomen, gezinssamenstelling of andere kenmerken van vrouwen en gezinnen.



Figuur 9: Percentage gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg*

* Voor de berekening van deze indicator zijn declaraties voor de intake en bij de bevalling geëxcludeerd.

11. Percentage kinderen dat geboren wordt in een kwetsbaar gezin



Bron: Vektis en CBS-microdata

Jaar: 2017

Rationale

Het actieprogramma Kansrijke Start richt zich op extra ondersteuning voor kwetsbare gezinnen rondom bewust zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap (VWS, 2019). Daarom is het belangrijk om inzicht te hebben in het aantal kinderen dat geboren wordt in een kwetsbaar gezin.

Echter, het percentage kinderen dat geboren wordt in een kwetsbaar gezin kan op dit moment niet vastgesteld worden omdat een eenduidige definitie van de term 'kwetsbaar' tot op heden ontbreekt.

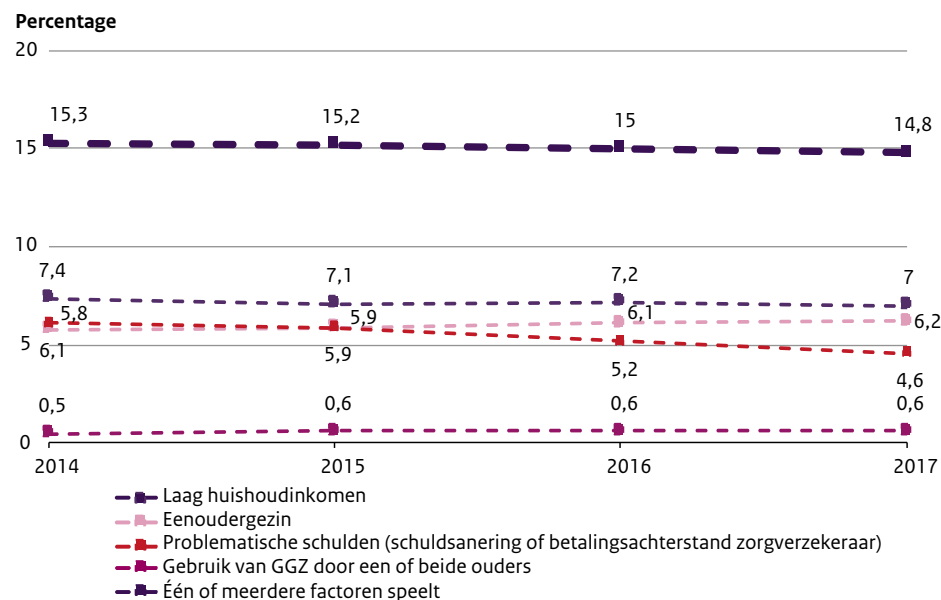
Berekening indicator

Werk in uitvoering.

Beschrijving en verdieping

Geen inzicht in kwetsbaarheid, wel in pasgeboren kinderen in gezinnen met problematische schulden, laag huishoudinkomen, eenoudergezin en gebruik van GGZ door beide ouders

Om een indruk te kunnen geven waar mogelijk sprake is van een kwetsbare situatie, worden hieronder kenmerken gepresenteerd die mogelijk een rol spelen bij kwetsbaarheid van een gezin (Figuur 10). Dit zijn de volgende kenmerken: één of beide ouders met problematische schulden, een laag huishoudinkomen, eenoudergezin, beide ouders die gebruik maken van de GGZ (Lauriks et al., 2013; Steegers & Been, 2016). Onduidelijk is in hoeverre de gekozen kenmerken samenhangen met kwetsbaarheid van het gezin. In het komende jaar wordt samen met experts gewerkt aan een eenduidige definitie van deze indicator.



Figuur 10: Percentage pasgeboren kinderen in een gezin met problematische schulden, laag huishoudinkomen, eenoudergezin of gebruik van GGZ door beide ouders over de periode 2014-2017*.

* Berekening van de kenmerken: de teller is het aantal levendgeborenen in gezinnen waarbij a) het huishoudinkomen lager is dan het 10e percentiel, b) er sprake is van eenoudergezin, c) gebruik van GGZ door beide ouders, d) één of beide ouders in de schuldsanering zit of een betalingsachterstand van minstens zes maanden bij de zorgverzekeraar heeft, e) sprake is van a en/of b en/of c en/of d. De noemer is het totaal aantal levendgeborenen.



12. Percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap

15,6%

Bron: Perined
Jaar: 2018

Rationale

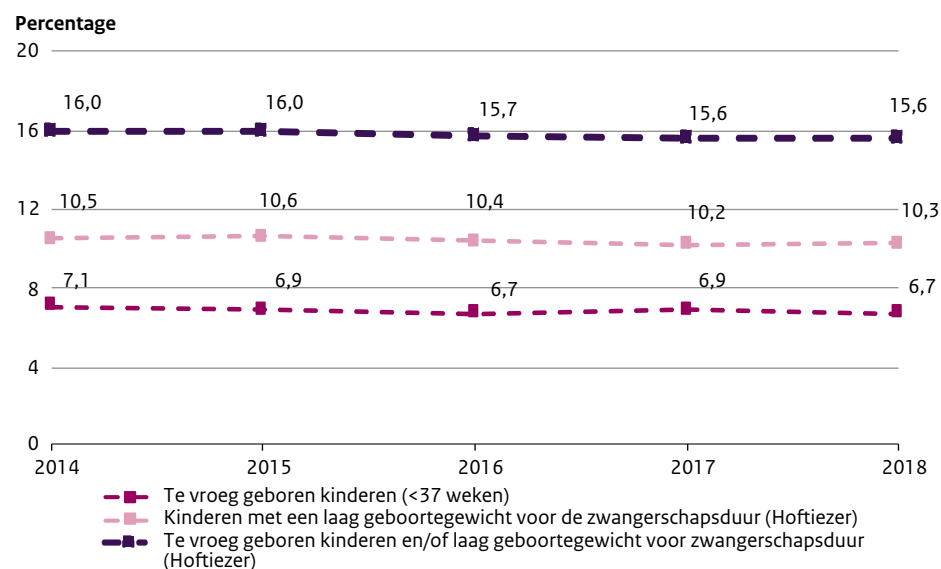
Te vroeg geboren kinderen, kinderen met een laag geboortegewicht en kinderen met een combinatie van beide hebben een grotere kans op sterfte of fysieke gezondheidsproblemen direct of kort na de geboorte (Barker, 2006). Daarnaast hebben te vroeg geboren kinderen op latere leeftijd vaker een groeiachterstand, een hoge bloeddruk, diabetes, longklachten en een minder goed gehoor dan gemiddeld (Been et al., 2014; Hille et al., 2007; Luu et al., 2016; Van der Voort et al., 2014). Kinderen met een laag geboortegewicht hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van overgewicht en op aandoeningen als hart- en vaatziekten, kanker en diabetes (RIVM, 2010; RIVM, 2009; Barker, 2006). Deze indicator wordt aangeduid als de 'BIGz' omdat het vroeggeboorte en laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur combineert. De berekening van deze indicator is analoog aan de berekening van Perined.

Berekening indicator

Teller: aantal levendgeboren kinderen geboren na zwangerschapsduur >22 weken onder geboortegewichtpercentiel 10 (volgens Hoftiezer et al., 2019) en/of het aantal kinderen met een zwangerschapsduur < 37 weken.
Noemer: totaal aantal levendgeboren kinderen met een zwangerschapsduur > 22 weken.

Beschrijving en verdieping

In 2018 had 15,6% van de geboren kinderen een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht. Het percentage kinderen met een laag geboortegewicht en/of vroeggeboorte betrof 15,6% in 2018, waarvan 6,7% een vroeggeboorte en 10,3% een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur ('small for gestational age' (SGA)) had (Figuur 11). Sommige kinderen zijn zowel te vroeg geboren als SGA, waardoor de som van beiden niet gelijk is aan het totaal. Beide onderliggende cijfers variëren van 7,1% tot 6,7% (vroeggeboorte) en 10,6% tot 10,3% (SGA) tussen 2014 en 2018.



Figuur 11: Percentage vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap



Tekstbox 10: Nieuwe standaard voor het berekenen van laag geboortegewicht toegelicht

De Hoftiezer-gewichtspercentielen geven weer wat het optimale geboortegewicht is voor de duur van de zwangerschap, bij kinderen zonder (verhoogd risico op) ziekte bij henzelf of hun moeder, en maakt onderscheid naar geslacht (Hoftiezer et al., 2019). De Hoftiezer-methode wordt door experts aangemerkt als de nieuwe standaard voor het berekenen van geboortegewicht in verhouding tot de duur van de zwangerschap, in het Engels 'small for gestational age' (SGA). SGA is gedefinieerd als een geboortegewicht onder het 10e percentiel op de geboortegewichtcurven. De Hoftiezer-percentielen leiden tot andere resultaten dan de eerder gebruikte Visser-curven (Visser et al., 2009). De Visser-curven zijn gebaseerd op de populatieverdeling (alle kinderen, ongeacht risicofactoren), de nieuwe percentielen zijn normatief, gebaseerd op de verdeling van kinderen zonder (verhoogd risico op) morbiditeit bij henzelf of hun moeder (Hoftiezer et al., 2019; Visser et al., 2009). Deze ontwikkeling sluit aan bij de internationale beweging naar normatieve curves, met het accent op de potentie van het kind (Uauy et al., 2012). Deze verscherping van de norm heeft tot gevolg dat een grotere groep kinderen aangemerkt wordt als SGA.



13. Percentage kinderen rond de leeftijd van 2 jaar met een negatieve score op spraak-taalontwikkeling tijdens het contactmoment met JGZ-organisatie

4,6%

Bron: Jeugd In Beeld (NCJ)
Jaar: 2018

14. Percentage kinderen met overgewicht (inclusief obesitas) rond de leeftijd van 2 jaar tijdens het contactmoment met JGZ-organisatie

8,0%

Bron: Jeugd in Beeld (NCJ)
Jaar: 2018

Rationale

Een taalontwikkelingsachterstand of –stoornis bij jonge kinderen kan op latere leeftijd gevolgen hebben in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld wat betreft schoolprestaties, sociale relaties en de psychische gezondheid (Johnson et al., 2010; Lanting et al., 2018). Het is daarom van belang om de spraak-taalontwikkeling te monitoren. De jeugdgezondheidszorg voert onder andere ontwikkelingsonderzoek uit om bij kinderen (0-18 jaar) de ontwikkeling te volgen. Zo kunnen risicofactoren en problemen tijdig worden gesignaleerd. Deze indicator geeft inzicht in het voorkomen van een achterstand in de spraak-taalontwikkeling op de leeftijd van 2 jaar.

Berekening indicator

Teller: aantal kinderen dat tijdens het contactmoment met de JGZ rond de leeftijd van twee jaar negatief scoort bij het item “zegt zinnen van 2 woorden” of “wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop”.

Noemer: totaal aantal kinderen rond de leeftijd van twee jaar met een contactmoment met de JGZ.

Rationale

Overgewicht en obesitas kunnen op latere leeftijd leiden tot gezondheidsproblemen en psychosociale problemen (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012). Het is daarom van belang om de ontwikkeling van overgewicht en obesitas te monitoren. De jeugdgezondheidszorg voert onder andere ontwikkelingsonderzoek uit om bij kinderen (0-18 jaar) de ontwikkeling te volgen. Zo kunnen risicofactoren en problemen tijdig worden gesignaleerd. Deze indicator geeft inzicht in het voorkomen van overgewicht en obesitas op de leeftijd van 2 jaar.

Berekening indicator

Teller: aantal kinderen waarbij de Body Mass Index binnen de categorieën ‘overgewicht’ en ‘obesitas’ valt (volgens de International Obesity Task Force afkapwaarden).

Noemer: totaal aantal kinderen rond de leeftijd van twee jaar met een contactmoment met de JGZ.

Beschrijving en verdieping

In 2018 had 4,6% van alle kinderen rond de leeftijd van twee jaar een achterstand in de spraak-taalontwikkeling

De JGZ-organisaties gebruiken items van het 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 2 woorden” en “wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop”. Voor het jaar 2018 waren gegevens van 31.833 kinderen beschikbaar. Van deze kinderen had 4,6% (n= 1.468) een negatieve score op beide items van de spraak-taalontwikkeling. De komende jaren komen naar verwachting meer gegevens van de JGZ beschikbaar, waarvan ook de monitor Kansrijke Start gebruik kan maken.

Beschrijving en verdieping

In 2018 had 8% van de kinderen rond de leeftijd van twee jaar overgewicht of obesitas

Om het percentage kinderen met overgewicht en obesitas te berekenen is met behulp van lengte en gewicht een Body Mass Index (BMI) bepaald. Deze BMI scores zijn volgens de International Obesity Task Force afkapwaarden in categorieën ingedeeld, rekening houdend met geslacht en leeftijd van het kind. Voor het jaar 2018 waren gegevens van 38.132 kinderen beschikbaar. Kinderen met een meetmoment rond twee jaar (variërend van ‘twee jaar’ tot en met ‘twee jaar en 10 maanden’) zijn meegenomen in de berekening. Van de 38.132 kinderen had 7,1% overgewicht (n=2.716 kinderen) en 0,9% (n= 336 kinderen) obesitas.



15. Aantal uithuisplaatsingen van kinderen voor het tweede levensjaar

1,6%

per 1000
Bron: CBS-microdata
Jaar: 2018

Rationale

Wanneer de gezonde en veilige ontwikkeling van een kind wordt bedreigd en hulp op vrijwillige basis niet of niet voldoende helpt, kan de rechter dwingend een jeugdbeschermingsmaatregel opleggen. Het doel van deze maatregel is het opheffen van de bedreiging voor de veiligheid en ontwikkeling van het kind. Een kind wordt dan 'onder toezicht gesteld' of 'onder voogdij geplaatst'. Deze indicator kan worden gebruikt voor het monitoren van een subdoel van het programma Kansrijke Start dat beoogt dat het minder vaak nodig is dat kinderen in de eerste 1000 dagen uit huis worden geplaatst.

Berekening indicator*

Teller: aantal kinderen tot twee jaar dat op enig moment in betreffende jaar tenminste één dag een jeugdbeschermingsmaatregel in combinatie met jeugdhulp met verblijf heeft ontvangen.

Noemer: aantal kinderen tot twee jaar in betreffende jaar.

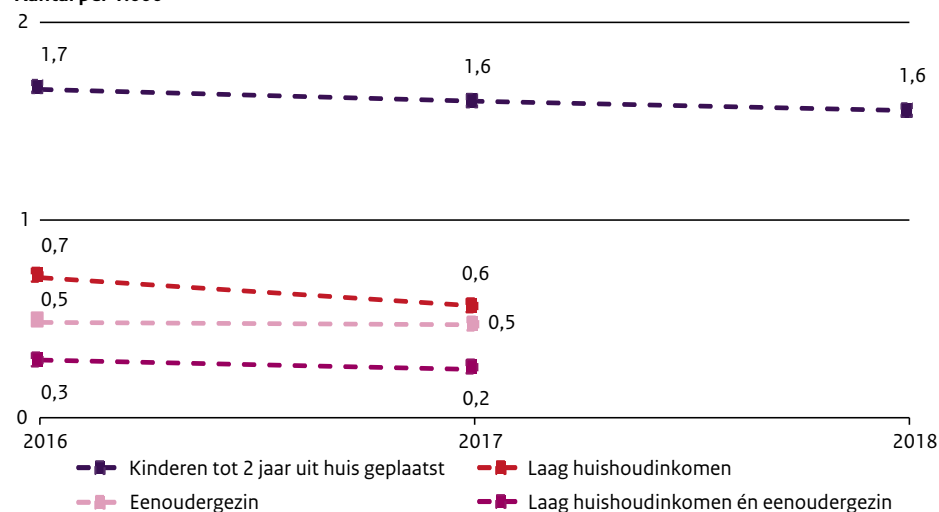
* De oorspronkelijke formulering van deze indicator betrof een percentage. Voor een betere duiding is de formulering aangepast naar het **aantal kinderen per 1000**.

Beschrijving en verdieping

Het aantal kinderen tot 2 jaar dat in 2018 uit huis is geplaatst is 1,6 op de 1000

In 2018 is 1,6 op de 1000 kinderen tot 2 jaar uit huis geplaatst (Figuur 12). Dit zijn kinderen die onder voogdij zijn geplaatst of een ondertoezichtstelling hebben in combinatie met jeugdhulp met verblijf. De trend over de jaren 2016-2018 laat zien dat het aantal uithuisplaatsingen langzaam afneemt van 1,7 per 1000 in 2016 naar 1,6 per 1000 in 2018.

Aantal per 1.000



Figuur 12: Totaal aantal kinderen tot 2 jaar die uit huis geplaatst zijn op basis van een jeugdbeschermingsmaatregel en jeugdhulp met verblijf, gespecificeerd naar laag huishoudinkomen, eenoudergezin of een combinatie van beide.

Beschouwing

Eerste inzichten in invoering van het actieprogramma Kansrijke Start

Deze inventarisatie geeft een eerste indruk van de invoering van het actieprogramma Kansrijke Start. Het laat zien dat een groot deel van de GIDS-gemeenten bezig is met de opzet van lokale coalities en de invulling van een plan van aanpak. Daarnaast worden meerdere interventies en programma's ingezet binnen alle drie de actielijnen (vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte). Het RIVM geeft voor de eerste keer inzicht in de indicatoren aan de hand van een 'dashboard'. Voor alle indicatoren met uitzondering van de indicator 'percentage kinderen dat geboren wordt in een kwetsbaar gezin' konden cijfers worden getoond. Hierbij varieerde het jaar van gegevensverzameling. Daarnaast is de formulering van zeven indicatoren enigszins aangepast ten opzichte van hun oorspronkelijke formulering. De reden hiervan was veelal de databeschikbaarheid. Zo was bij een aantal indicatoren een beperktere gegevensset beschikbaar (alle gemeenten vs. GIDS-gemeenten), waren de gegevens op een andere manier voorhanden (gemeenten vs. JGZ-organisaties) of ontbraken duidelijke criteria (term 'vergelijkbare initiatieven').

Goede operationalisatie van de term 'kwetsbaar' ontbreekt

Het programma Kansrijke Start is specifiek gericht op kwetsbare gezinnen. Momenteel bestaat er geen eenduidige definitie van de term 'kwetsbaar'. Daarom is ervoor gekozen om een aantal factoren in beeld te brengen die mogelijk verband houden met een verhoogde kwetsbaarheid, zoals laag inkomen, eenoudergezin, GGZ-problematiek en het hebben van schulden. Om de voortgang van het programma te meten is het belangrijk om te formuleren wat verstaan wordt onder 'kwetsbaar' en dit te operationaliseren. De komende periode werken het RIVM en andere experts samen aan een operationalisatie van de term 'kwetsbaar'.

Nog niet alle actielijnen van het actieprogramma in beeld

De huidige indicatorenset geeft nog geen volledig beeld over de drie actielijnen van het actieprogramma. Met name indicatoren over de periode 'vóór de zwangerschap' ontbreken grotendeels. Dit geldt zowel voor de proces- als de uitkomstindicatoren. Indien in de komende periode consensus over de indicatoren wordt bereikt en de benodigde data beschikbaar is, zullen deze indicatoren worden toegevoegd aan de indicatorenset. Voorafgaand aan een eventuele uitbreiding van de indicatorenset zullen experts worden geconsulteerd.

Actieprogramma Kansrijke Start mogelijk vliegwiel voor kwaliteit van registratie van JGZ-data

Een landelijk beeld van data van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontbreekt in Nederland. In het actieprogramma Kansrijke Start is een algemene maatregel van bestuur (AMvB) aangekondigd die een aanlevering van een set van gegevens door alle JGZ-organisaties omvat (VWS, 2018). Deze set van gegevens sluit aan bij wat de JGZ-professionals al registreren tijdens het primaire proces. De AMvB zal naar verwachting een opstapje zijn naar een kwalitatief goede registratie door professionals. Vooruitlopend op deze ontwikkelingen wordt voor deze monitor de JGZ-data van meerdere JGZ-organisaties verzameld binnen de beveiligde omgeving van het CBS. Deze JGZ-gegevens zullen gekoppeld worden aan declaratiegegevens van zorgverzekeraars (Vektis), data over kwaliteit van zorg en verrichtingen tijdens en na de zwangerschap (Perined) en gegevens over bijvoorbeeld huishoudinkomen, gezinssamenstelling en schulden (CBS). De ontsluiting van JGZ-gegevens zal ertoe leiden dat verdere verdieping mogelijk is. Enkele indicatoren in de huidige factsheet zijn al uitgesplitst naar genoemde achtergrondkarakteristieken.

Causale relatie tussen het actieprogramma en eventuele verbeteringen op indicatoren niet vast te stellen

De komende jaren zal het RIVM jaarlijks rapporteren om de ontwikkelingen door de tijd heen in beeld te brengen. Het is zeer waarschijnlijk dat ook andere beleidsmaatregelen dan de maatregelen uit het actieprogramma Kansrijke Start een effect hebben op de indicatoren. Hierbij valt te denken aan de andere maatregelen binnen de geboortezorg, JGZ en het sociale domein. Het is niet mogelijk om de eventuele effecten van de maatregelen uit Kansrijke Start en de effecten die voortkomen uit andere beleidsmaatregelen te onderscheiden.

Tot slot

Deze factsheet presenteert voor de eerste keer de cijfers van de indicatorenset Kansrijke Start zoals deze samen met experts uit de wetenschap, beleid en praktijk is vastgesteld. In de komende jaren zal dit jaarlijks worden herhaald. Daarnaast zal een procesevaluatie plaatsvinden. Door gebruik te maken van meerdere onderzoeksmethodes wordt inzicht verkregen in hoeverre de doelstellingen van het programma ook daadwerkelijk gerealiseerd worden.

Referenties

- 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.
- 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., Dijis-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.
- 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.
- Kelly, M. P. (2018). How to make the first thousand days count. *Health Promotion Journal of Australia*, 29(51), 17-21.
- KNOV. (2017). Handreiking Kwetsbare Zwangeren. <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/861-2/kwetsbare-zwangeren/hoofdstuk/1217/kwetsbare-zwangeren/>
- Legendijk, 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>
- Lauriks, S., Buster, M., De Wit, M., Van de Weerd, S., Tigchelaar, G., & Fassaert, T. (2013). Zelfredzaamheid-Matrix. http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/21694_Handleiding_Zelfredzaamheid-Matrix.pdf
- Lindquist, A., Kurinczuk, J. J., Redshaw, M., & Knight, M. (2015). Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socio-economic groups: findings from the 2010 National Maternity Survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(12), 1610-1617.
- 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-prevention-of-child-maltreatment-in-early-life-study>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2012). JGZ-richtlijn Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing. Utrecht. <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/overgewicht>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2014). Prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg. Een handreiking. http://assets.ncj.nl/docs/handreiking_prenataalhuisbezoek_2014_def.pdf
- Rijnders, M. E. B., Detmar, S. B., & Herschderfer, K. C. (2016). Implementatie van CenteringPregnancy 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. (2019). Indicatoren Kansrijke Start. Een Delphi-studie. Bilthoven. <https://www.rivm.nl/documenten/indicatoren-kansrijke-start-delphi-studie>
- Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. Utrecht: de Tijdstroom.
- 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.
- Steegers, E. A. P., & Been, J. V. (2016). Sociale ongelijkheid: aangeboren of te voorkomen? *Ned Tijdschr Geneesk.*, 160, D83.

- Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht.
- Uauy, R., Casanello, P., Krause, B., Kuzanovic, J. P., Corvalan, C., & International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). (2013). Conceptual basis for prescriptive growth standards from conception to early childhood: present and future. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120, 3-8.
- 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.
- Visser, G. H., Eilers, P. H., Elferink-Stinkens, P. M., Merkus, H. M., & Wit, J. M. (2009). New Dutch reference curves for birthweight by gestational age. *Early Human Development*, 85(12), 737-744.
- Volksgezondheidszorg.info. (2019). 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). Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>
- VWS. (2019). Voortgangsrapportage juni 2019 Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/06/30/voortgangsrapportage-juni-2019-actieprogramma-kansrijke-start>
- Werkgroep Indicatoren Integrale Geboortezorg. (2018). *Indicatorenset Integrale Geboortezorg*. https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/documents/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/integrale-geboortezorg-indicatoren/integrale-geboortezorg-indicatoren/files/Indicatorenset_Integrale_Geboortezorg_verslagjaar_2019.pdf
- Zorginstituut Nederland. (2016). Zorgstandaard Integrale Geboortezorg Versie 1.1. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/swangerschap-geboorte-en-gynaecologische-aandoeningen/invoering-zorgstandaard-integrale-geboortezorg>

Toelichting bronverwijzing CBS-microdata

Indicator 8: Dit betreffen resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van 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 betreffen resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het RIVM op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Persoonsidentificatoren van in de Basisregistratie Personen/ de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven (levendgeboren) personen en Zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Indicator 11: Dit betreffen 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 personen en hun juridische ouders, Personen die een schuldsanering hebben via de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp), Wanbetalers Zorgverzekeringswet, Huishoudenskenmerken van in de Basisregistratie Personen/de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) ingeschreven personen en Zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

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

Auteurs

Jeroen Struijs, Eline de Vries, Anita Suijkerbuijk,
Joyce Molenaar, Zoë Scheefhals, Caroline Baan

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

november 2019

De zorg voor morgen begint vandaag