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



Monitor Kansrijke Start 2025

Monitor Kansrijke Start 2025

RIVM-rapport 2026-0064

Colofon

© RIVM 2026

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

DOI 10.21945/RIVM-2026-0064

A.W. van Meijeren-van Lunteren (auteur), RIVM
A.J. Brouwer-Prusak (auteur), RIVM
Z.T.M. Scheefhals (auteur), RIVM
J.M. Molenaar (auteur), RIVM
G.C. Crone (auteur), RIVM
P.P.F. Klein (auteur), RIVM
M.P.H. Koster (auteur), RIVM

Contact:
kansrijkestart@rivm.nl

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

Publiekssamenvatting

Monitor Kansrijke Start 2025

Niet alle kinderen in Nederland worden gezond geboren en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Sinds 2018 kunnen gemeenten met partijen uit het medisch en sociaal domein initiatieven opzetten om ouders vóór, tijdens, en na de zwangerschap te ondersteunen. Dit heet Kansrijke Start. Dit is vooral bedoeld voor mensen die in moeilijke omstandigheden leven, zoals armoede. Het RIVM volgt sinds 2019 in hoeverre zulke initiatieven zijn opgezet en hoe de gezondheid van jonge kinderen zich ontwikkelt. Dit is de zevende rapportage.

In 2025 hebben de meeste gemeenten (92 procent) lokaal afspraken gemaakt met het medische domein, zoals verloskundigen, kraamzorgorganisaties en consultatiebureaus. Samenwerken is belangrijk om problemen vroeg te signaleren, snel naar elkaar door te kunnen verwijzen en (aanstaande) ouders te ondersteunen. Verder bieden gemeenten steeds meer initiatieven aan, zoals Nu Niet Zwanger in 91 procent van de gemeenten.

Wel zijn er verbeteringen nodig. Zo betrekken weinig gemeenten ervaringsdeskundigen en (aanstaande) ouders bij de ontwikkeling van de initiatieven. Het is belangrijk om hen mee te laten denken om de initiatieven goed te laten aansluiten bij wat ouders nodig hebben. Ook is het belangrijk meer zicht te krijgen op wie er aan de initiatieven meedoen en of ze effect hebben. Die informatie is er nu niet.

Verder blijkt dat de gezondheid van kinderen nog niet verbetert. Zo worden nog steeds veel kinderen geboren in gezinnen die in moeilijke omstandigheden leven. Dat zijn er sinds 2024 zelfs iets meer dan daarvoor. Vroeggeboorte of een te laag geboortegewicht komt in deze gezinnen vaker voor. Ook maken zij bijvoorbeeld minder vaak gebruik van kraamzorg. Verder blijkt dat ruim 43 procent van de aanstaande ouders die in moeilijke omstandigheden leven, last heeft van psychische problemen (in 2017 was dat ruim 36 procent).

Ook hebben steeds meer kinderen van 2 jaar overgewicht (ruim 10 procent in 2025 versus ruim 8 procent in 2018). Daarnaast loopt de spraak- en taalontwikkeling van kinderen van 2 jaar vaker achter (ruim 6 procent in 2025 ten opzichte van ruim 5 procent in 2018). Aandacht voor de gezondheid vóór, tijdens en na de zwangerschap, blijft dus noodzakelijk, zowel landelijk als lokaal.

Kernwoorden: Kansrijke Start, monitor, geboortezorg, gezinnen, (aanstaande) ouders, kinderen, kwetsbare situatie, lokale coalities, samenwerken

Synopsis

Monitor Solid Start 2025

Not all children in the Netherlands are born in good health or get to grow up healthy in a safe, protected environment. Since 2018, municipalities can set up initiatives together with medical and social partners to support parents before, during and after pregnancy. The programme is called Kansrijke Start (Solid Start). It is aimed mainly at people facing difficult circumstances, such as poverty. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has been monitoring the establishment of such initiatives and trends in young children's health since 2019. This is the seventh report.

In 2025, the majority of municipalities (92 percent) had established agreements with local providers of medical services such as midwives, postpartum care organisations and child health clinics. Collaboration is important to ensure that problems are identified early, timely referrals are made, and existing or expectant parents receive the support they need. Municipalities are continuing to offer more initiatives, such as the 'Nu Niet Zwanger' (Not Pregnant Now) programme available in 91 percent of municipalities.

Some improvements are still needed. Few municipalities have involved people with practical experience or existing and expectant parents in the development of initiatives. Their contributions are valuable in ensuring that these initiatives are a good match for parents' needs. It is also important to gain a better idea of who is participating in initiatives and how effective these are. That information is not available currently.

Furthermore, there is no improvement in children's health visible so far. Many children are still being born into families living in difficult circumstances. The numbers have even increased slightly since 2024. Premature births and low birth weight occur more frequently in these families. They are also less likely to make use of postpartum care at home. Furthermore, more than 43 percent of expectant parents living in difficult circumstances have mental health issues (in 2017, this was just over 36 percent).

There are more and more overweight two-year-olds (more than 10 percent in 2025 compared to just over 8 percent in 2018). Two-year-olds are more likely to have speech and language delays as well (more than 6 percent in 2025 compared to just over 5 percent in 2018). Attention to health issues before, during and after pregnancy continues to be necessary, both locally and nationally.

Keywords: Solid Start, monitor, maternity care, families, existing and expectant parents, children, vulnerable situation, local coalitions, collaboration

Inhoud

Inleiding 8

Methode 9

Resultaten Deel 1: overzicht cijfers van indicatoren 10

Programmabreed 12
1. Gemeenten met een lokale of regionale coalitie 12
2. Gemeenten met aandacht voor een vitale coalitie 16
3. Gemeenten waarbij ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders betrokken zijn 18

Vóór de zwangerschap 20
4. Gemeenten aangesloten bij 'Nu Niet Zwanger' 20
5. Vrouwen die in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap roken, alcohol drinken en/of wiet of hasj gebruiken 21
6. Vrouwen in vruchtbare leeftijd met een preconceptieconsult/kinderwensspreekuur 22

Tijdens de zwangerschap 24
7. Gemeenten met prenatale huisbezoeken door de JGZ 24
8. Verloskundigenpraktijken die 'CenteringZwangerschap' aanbieden 27
9. Start zwangerschapsbegeleiding ná 10e week zwangerschap 29
10. Zwangeren en/of partners met problematische schulden 31
11. Zwangeren en/of partners met psychische problematiek 33
12. Verloskundige samenwerkingsverbanden met afspraken over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren 35

Na de geboorte 36
13. Gezinnen die geen kraamzorg afnemen 36
14. Kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie 38
15. Vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap 40
16. Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar 42
17. Kinderen met overgewicht rond de leeftijd van twee jaar 44
18. Vrouwen met depressie-, angst en/of stressklachten na de bevalling 45

Inzet interventies en activiteiten 46

Resultaten Deel 2: Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start 49

Activiteiten 2025 en eerste helft 2026 49
Monitoring door gemeenten 50
Plannen voor de tweede helft van 2026 50

Beschouwing 51

Samenvatting resultaten 51
Resultaten in perspectief 51
Reflectie op methode 54
Tot slot 55

Toelichting bronverwijzing 56

Literatuur 57

Afkortingenlijst 58

Inleiding

Structurele aanpak Kansrijke Start: Samen zorgen we voor de eerste 1.000 dagen

De periode vóór en tijdens de zwangerschap, en de eerste twee levensjaren zijn heel belangrijk voor de ontwikkeling van een kind. De meeste kinderen in Nederland maken een goede start in het leven en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Er zijn ook kinderen die een minder goede start maken. Dat kan hun hele leven lang gevolgen hebben voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid, het welzijn en de ontwikkeling (1-6).

In 2018 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de landelijke aanpak Kansrijke Start gelanceerd, dat in 2026 een structureel beleidsthema is geworden. De aanpak richt zich op kinderen in de eerste 1.000 dagen van hun leven (vanaf de bevruchting tot de 2 jaar na de geboorte) en heeft speciaal aandacht voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. De aanpak Kansrijke Start stimuleert en faciliteert daarom coalities Kansrijke Start in elke gemeente. Het doel daarvan is om de samenwerking te versterken en een gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid te creëren tussen professionals in het medisch en sociaal domein en het informele netwerk. Een aanpak voor een Kansrijke Start bestaat uit verschillende, samenhangende onderdelen. Het gaat bijvoorbeeld om het vormen van een lokale of regionale coalitie, het maken van samenwerkingsafspraken, inzetten op vroegsignalering, inzetten van erkende interventies, monitoren of borgen van de aanpak (7). Hoe de aanpak wordt vormgegeven is afhankelijk van de lokale situatie. Er is geen specifieke blauwdruk voor een lokale of regionale ketenaanpak Kansrijke Start. Wel is een handreiking beschikbaar over het inrichten van de aanpak Kansrijke Start in de gemeente, inclusief een stappenplan via: Eerste handreikingen voor AZWA-basisfunctionaliteiten. Meer informatie over Kansrijke Start is te vinden op het Kennisplatform Kansrijke Start.

Het RIVM monitort Kansrijke Start

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) volgt sinds 2019 de voortgang van Kansrijke Start op landelijk niveau. Als onderdeel van de monitor Kansrijke Start ondersteunt het RIVM gemeenten bij het inrichten van hun monitoring op lokaal niveau in de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start.

Voor de monitoring van Kansrijke Start heeft het RIVM in 2019 een indicatorenset vastgesteld met een panel van experts uit praktijk, wetenschap en beleid (8). Deze indicatorenset is in 2024 herzien en bestaat inmiddels uit achttien indicatoren (zie tabel 1 op pagina 10). Het RIVM rapporteert elk jaar over de voortgang van Kansrijke Start op basis van de meest recente cijfers van deze indicatoren (9-14).

Leeswijzer

Dit rapport beschrijft de meest recente cijfers van de achttien indicatoren. Algemene informatie over de monitor en uitgebreide uitleg over de indicatoren staan op de RIVM-webpagina over Kansrijke Start. In dit rapport wordt regelmatig naar deze website verwezen. De website en dit rapport vormen een geheel.

Allereerst volgt een beknopte methodesectie waarin de databronnen van dit rapport worden toegelicht. Vervolgens komen de resultaten van de monitor Kansrijke Start aan bod in twee delen. Deel 1 van de resultaten omvat de meest recente cijfers van de achttien landelijke indicatoren. Dit deel start met een overzicht van alle cijfers van de indicatoren. Vervolgens wordt iedere indicator afzonderlijk besproken. Dit deel eindigt met een overzicht en inzicht in de inzet van interventies en activiteiten rond Kansrijke Start in gemeenten. Deel 2 van de resultaten gaat over de activiteiten waarmee het RIVM gemeenten heeft ondersteund bij hun lokale monitoring (de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start). Tot slot volgt er een beschouwing op de resultaten.

Methode

In dit hoofdstuk komen kort de gebruikte databronnen aan de orde. Op de RIVM-webpagina over Kansrijke Start staat meer informatie over de verschillende gebruikte databronnen. Ook staan hier de definities van de indicatoren en de databronnen waar de cijfers van de indicatoren uit komen. Een overzicht van alle indicatoren is te vinden in tabel 1 op pagina 10.

Vragenlijst onder alle Nederlandse gemeenten

Het RIVM heeft voor de GALA-monitor begin 2026 alle 342 Nederlandse gemeenten[1] een online vragenlijst gestuurd. De resultaten in dit rapport geven daarmee een beeld van de situatie tot en met eind 2025. Op de website van de GALA-monitor is de volledige vragenlijst en de methode te bekijken. 316 gemeenten hebben het onderdeel 'ketenaanpak Kansrijke Start' van de vragenlijst ingevuld (92%). In dit onderdeel is gevraagd naar activiteiten op het gebied van Kansrijke Start. De resultaten van de vragenlijst worden gebruikt om vier van de achttien indicatoren (indicatoren 1, 2 en 3 en 7) van cijfers te voorzien en te duiden. Daarnaast zijn er gegevens uitgevraagd over de inzet en het gebruik van interventies en Regiobeeld.nl. Deze resultaten zijn in dit rapport gepresenteerd bij de onderdelen 'Inzet interventies menukaart Kansrijke Start en activiteiten' en 'Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start' (deel 2 van de resultaten).

Uitvraag bij verschillende landelijke- en lokale organisaties

Voor acht van de achttien indicatoren van de monitor Kansrijke Start (indicatoren 4, 5, 6, 8, 12, 16, 17 en 18) wordt gebruikgemaakt van aangeleverde gegevens vanuit landelijke- en lokale organisaties, zoals GGD GHOR Nederland, Zorginstituut Nederland, organisaties in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het Trimbos-instituut.

Landelijke registratiedata via DIAPER

Voor zes van de achttien indicatoren van de monitor Kansrijke Start wordt gebruikgemaakt van de Data-InfrAstructure for ParEnts and ChildRen (DIAPER; indicator 9, 10, 11, 13, 14 en 15). Databeheerders van de verschillende databronnen die DIAPER gebruikt, voeren jaarlijks met terugwerkende kracht aanpassingen door. Hierdoor kunnen cijfers in deze rapportage in kleine mate verschillen van de cijfers in de publicaties van de monitor Kansrijke Start uit de voorgaande jaren. In dit rapport zijn de indicatoren geactualiseerd met de meeste recente cijfers. Maar uit welk jaar de meest recente cijfers komen, verschilt per databron. De indicatoren op basis van CBS-data kunnen gepresenteerd worden tot en met 2024. Indicatoren op basis van Vektis-data kunnen gepresenteerd worden tot en met 2022. Indicatoren op basis van Perined data kunnen gepresenteerd worden tot en met 2024 (zie ook tekstbox 7).

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

[1] Dit was het totale aantal gemeenten in Nederland op 1 januari 2026.

Resultaten
Deel 1: overzicht cijfers van indicatoren

De meest recente cijfers van de achttien indicatoren staan in onderstaand overzicht (tabel 1). De indicatoren zijn verdeeld in vier thema's, namelijk: programmabreed, voorafgaand aan de zwangerschap, tijdens de zwangerschap, en na de zwangerschap. Op de RIVM-webpagina over Kansrijke Start staat van elke indicator het belang, de berekening, de wijze van dataverzameling en de gebruikte brongegevens beschreven.

Tabel 1 Overzicht cijfers indicatoren monitor Kansrijke Start 2025

Thema's	Indicator (meest recente gegevensjaar)	Cijfer indicator	Verschil	Richting verschil
Programma-breed	1. Gemeenten met een lokale of regionale coalitie (2025)	**92%**	2%	↑
	2. Gemeenten met aandacht voor een vitale coalitie (2025)	**59%**	4%	↑
	3. Gemeenten waarbij ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders betrokken zijn (2025)	**34%**	7%	↓
Voorafgaand aan de zwangerschap	4. Gemeenten aangesloten bij 'Nu Niet Zwanger' (2025)	**91%**	2%	↑
	5. Vrouwen die in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap roken, alcohol drinken en/of wiet of hasj gebruiken	**49%**	-	✕
	6. Vrouwen in vruchtbare leeftijd met een preconceptieconsult / kinderwensspreekuur (2024)	**0,9 per 1.000**	0,2 per 1.000	↑
Tijdens de zwangerschap	7. Gemeenten met prenatale huisbezoeken door de JGZ (2025)	**99,7%**	0,6%	↑
	8. Verloskundigenpraktijken die 'CenteringZwangerschap' aanbieden (2025)	**45%**	2%	↑
	9. Start zwangerschapsbegeleiding ná 10e week zwangerschap (2024)	**8,3%**	0,5%	↓
	10. Zwangeren en/of partners met problematische schulden (2024)	**3,2%**	0,2%	↑
	11. Zwangeren en/of partners met psychische problematiek (2023)	**17,3%**	0,6%	↑
	12. Verloskundige samenwerkingsverbanden met afspraken over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren (2024)	**88%**	-	✕

Thema's	Indicator (meest recente gegevensjaar)	Cijfer indicator	Verschil	Richting verschil
Na de geboorte 	13. Gezinnen die geen kraamzorg afnemen (2022)	**1,6%**	0,2%	↑
	14. Kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie (2024)	**6,7%**	0,2%	↑
	15. Vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap (2024)	**16,3%**	0,1%	↑
	16. Kinderen die negatief scoren op spraak-taal ontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar (2025)	**6,5%**	0,1%	↓
	17. Kinderen met overgewicht rond de leeftijd van twee jaar (2025)	**10,6%**	0,2%	↑
	18. Vrouwen met depressie-, angst en/of stressklachten na de bevalling (2023)	**33%**	-	✕

Bij de indicatoren zijn symbolen gebruikt om aan te geven of er ten opzichte van het vorige gegevensjaar sprake is van een stijging of daling in het cijfer van de indicator. Er is niet getoetst of de stijgingen/dalingen statistisch significant zijn.

- ↑ *Er is een stijging in het cijfer te zien ten opzichte van het vorige gegevensjaar.*
- ↓ *Er is een daling in het cijfer te zien ten opzichte van het vorige gegevensjaar.*
- ✕ *Geen nieuwe gegevens beschikbaar*

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

- 🟢 *= ontwikkelt zich in de gewenste richting.*
- 🔴 *= ontwikkelt zich niet in de gewenste richting.*

Programmabreed

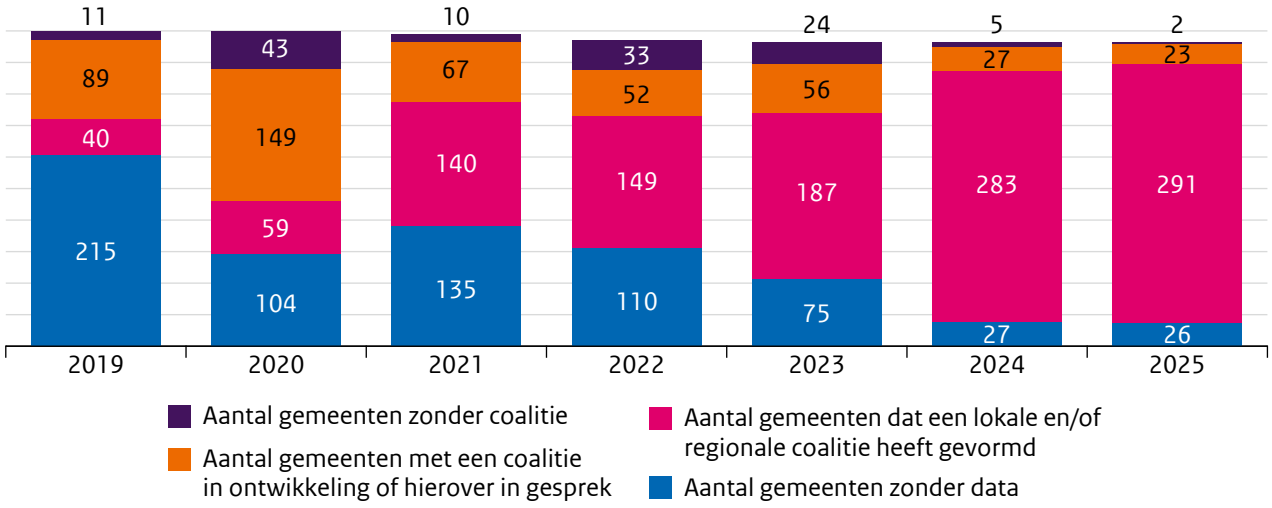
1. Gemeenten met een lokale of regionale coalitie: 92%

Er zijn 291 gemeenten met een coalitie Kansrijke Start, 2% meer dan vorig jaar

Van de 316 responderende gemeenten gaven 291 gemeenten (92%) aan een lokale en/of regionale coalitie Kansrijke Start te hebben. Vorig jaar was dit 90%, een toename van acht gemeenten. Daarnaast gaven 23 van de 316 gemeenten (7%) aan bezig te zijn met het ontwikkelen van een lokale coalitie en gaven twee gemeenten aan geen lokale of regionale coalitie te hebben of dat Kansrijke Start (tijdelijk) niet meer uitgevoerd wordt in de gemeente (figuur 1).

De meest genoemde redenen voor het (nog) niet hebben van een coalitie zijn beperkte beschikbaarheid van personeel/capaciteit bij zowel de gemeente als de samenwerkingspartners, het in afwachting zijn van regionale afspraken en dat er onzekerheid is over de (hoogte van) structurele middelen voor Kansrijke Start. Op Regiobeeld.nl zijn kaarten beschikbaar die tonen welke gemeenten een lokale of regionale coalitie hebben.

Figuur 1 Het aantal lokale en/of regionale coalities over de periode 2019-2025*



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

Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Meerderheid gemeenten werkt samen met andere gemeenten in de regio

Van de gemeenten met een lokale of regionale coalitie (n=291) heeft 93% een lokale coalitie en 7% alleen een regionale coalitie. Van de gemeenten met een *lokale* coalitie of lokale coalitie in ontwikkeling (n=293) werkt 90% samen met andere gemeenten om een (sub)regionale coalitie op te zetten of te versterken. Dat is een toename ten opzichte van vorig jaar (84%).

Samenwerkingsafspraken over ervaringsinzet ontbreken vaak

In totaal hebben 72% (n=227) van de 314 gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling) aangegeven dat er samenwerkingsafspraken zijn tussen de gemeente en organisaties in het medisch/sociaal domein. Vorig jaar was dit 65% van de gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling). De meest genoemde samenwerkingsafspraken zijn prenatale huisbezoeken (71%), vroegtijdig signaleren (66%) en de inzet van interventies (62%). Ook zijn er in ruim de helft van de gemeenten samenwerkingsafspraken over de inzet van zorgpaden, ondersteuning bij het ouderschap, prenatale voorlichting en regie op de kinderwens. Het minst vaak worden samenwerkingsafspraken gemaakt over de inzet van ervaringsexpertise en cliëntenparticipatie (respectievelijk 12 en 4%).

Onzekerheid over middelen en beperkte beschikbaarheid personeel meest voorkomende factoren die voortgang van Kansrijke Start beïnvloeden

In totaal geven 50% (n=172) van de 314 gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling) aan belemmeringen te ervaren bij de verdere implementatie van Kansrijke Start. Hieronder volgen de meest genoemde belemmeringen. Van de 172 gemeenten noemt 55% dat er onzekerheid is over de beschikbaarheid en hoogte van structurele middelen voor Kansrijke Start. Ook geven deze gemeenten aan dat er beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit is bij professionals uit het zorgdomein (49%), bij de gemeente (42%) of bij professionals uit het sociaal domein (37%). Het gebrek aan samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar en weinig betrokkenheid van de zorgverzekeraar is voor respectievelijk 36% en 31% van de gemeenten een belemmering.

Aan gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling) is ook met een open vraag uitgevraagd wat de belangrijkste obstakels zijn bij de uitvoering van Kansrijke Start. 91% van deze gemeenten heeft hierop geantwoord. Hier zijn drie obstakels het meest genoemd: onvoldoende tijd of capaciteit bij uitvoerende professionals en organisaties, onzekerheid over structurele middelen voor Kansrijke Start, en het signaleren, opsporen of bereiken van de juiste doelgroep, met name mensen in een kwetsbare situatie.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator. Voor meer informatie over lokale of regionale coalities zie Lokaal samenwerken – Kansrijke Start en Regionaal samenwerken – Kansrijke Start.

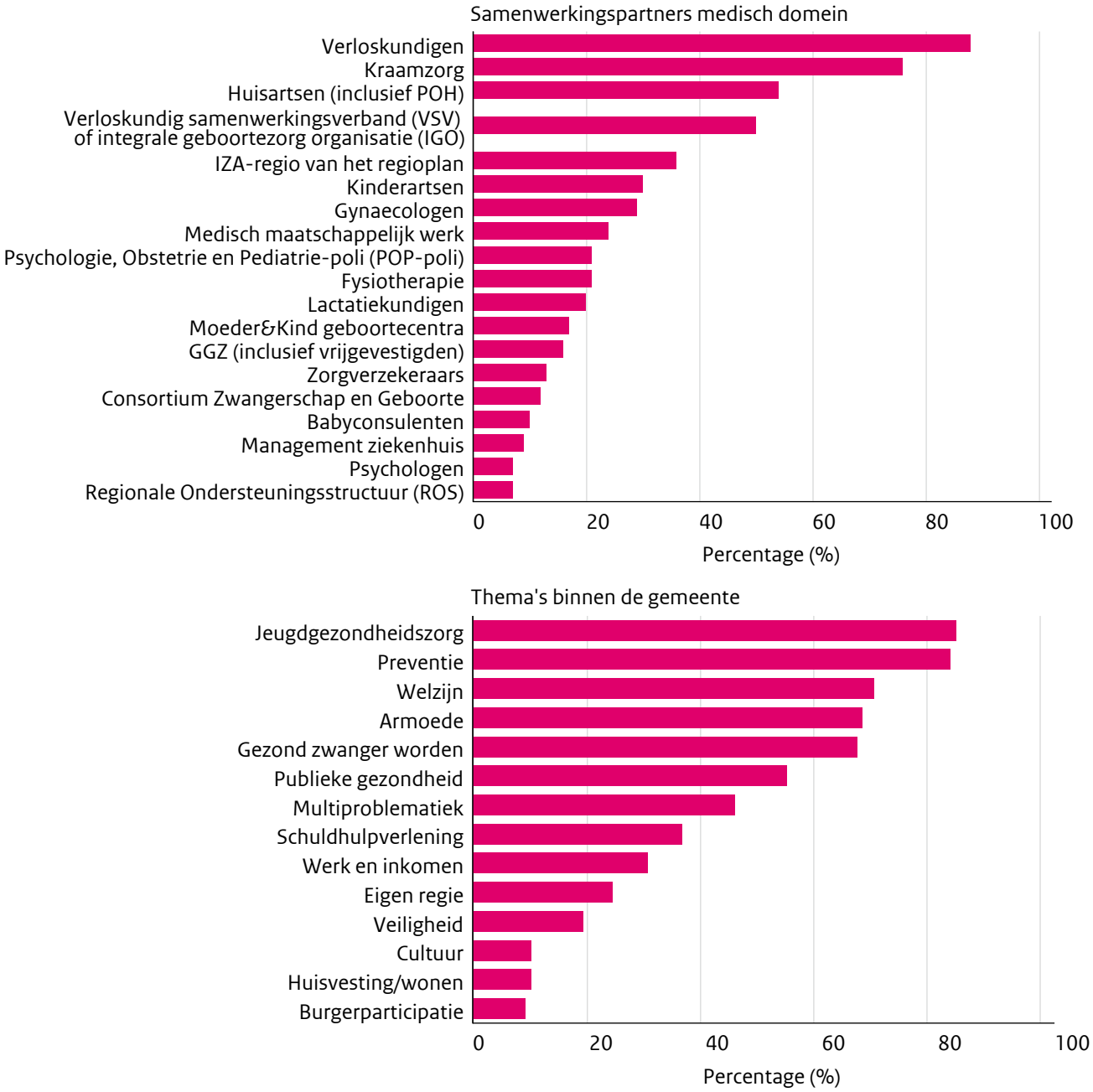
Gemeenten maken stappen met inrichting van Kansrijke Start, samenwerking met zorgverzekeraar minimaal

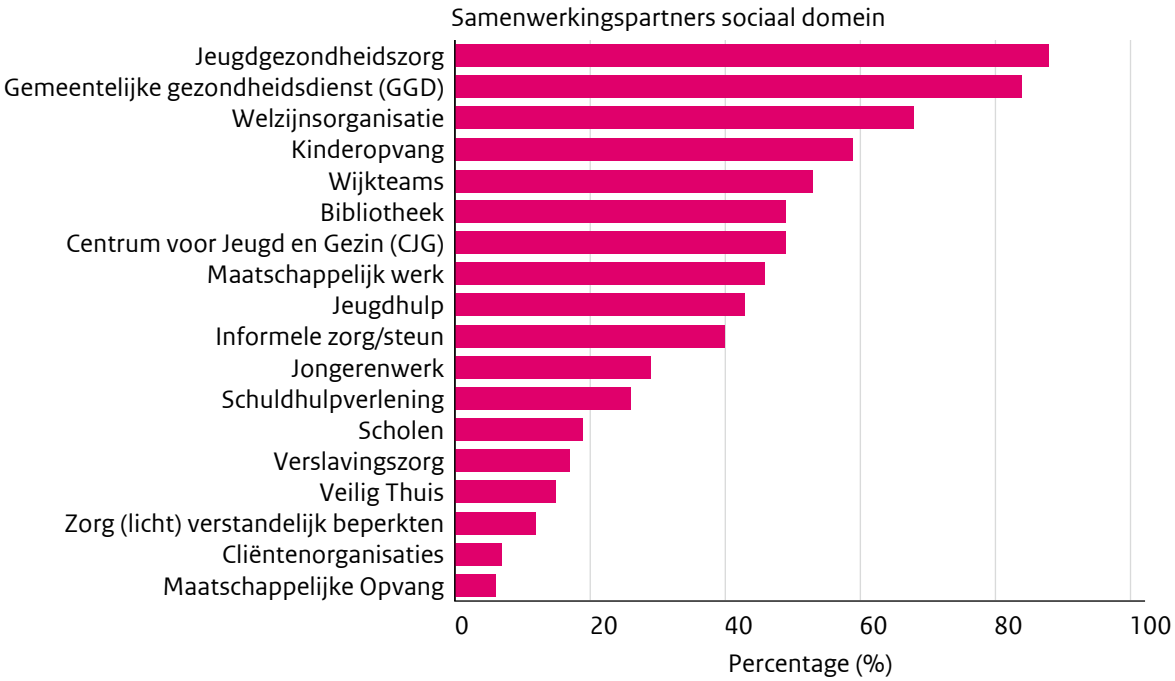
Van de 316 responderende gemeenten hebben 314 gemeenten aangegeven welke stappen zijn gezet bij het inrichten van de lokale Kansrijke Start-aanpak. De meeste gemeenten, en meer dan in 2024, geven aan dat zij aandacht hebben voor het voortzetten van Kansrijke Start (87%), dat zij doelstellingen en gezamenlijke ambities rond Kansrijke Start hebben geformuleerd met samenwerkingspartners (85%) en/of dat zij bestuurlijk draagvlak hebben voor de realisatie van Kansrijke Start (83%). Gemeenten noemen het minst vaak: samenwerkingsafspraken, afspraken over financiering of een getekende overeenkomst met de zorgverzekeraar (respectievelijk 9, 4 en 2%). In de GALA-monitor is meer informatie te vinden over samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraar en gemeente, zowel vanuit de vragenlijst onder gemeenten als een vragenlijst onder zorgverzekeraars.

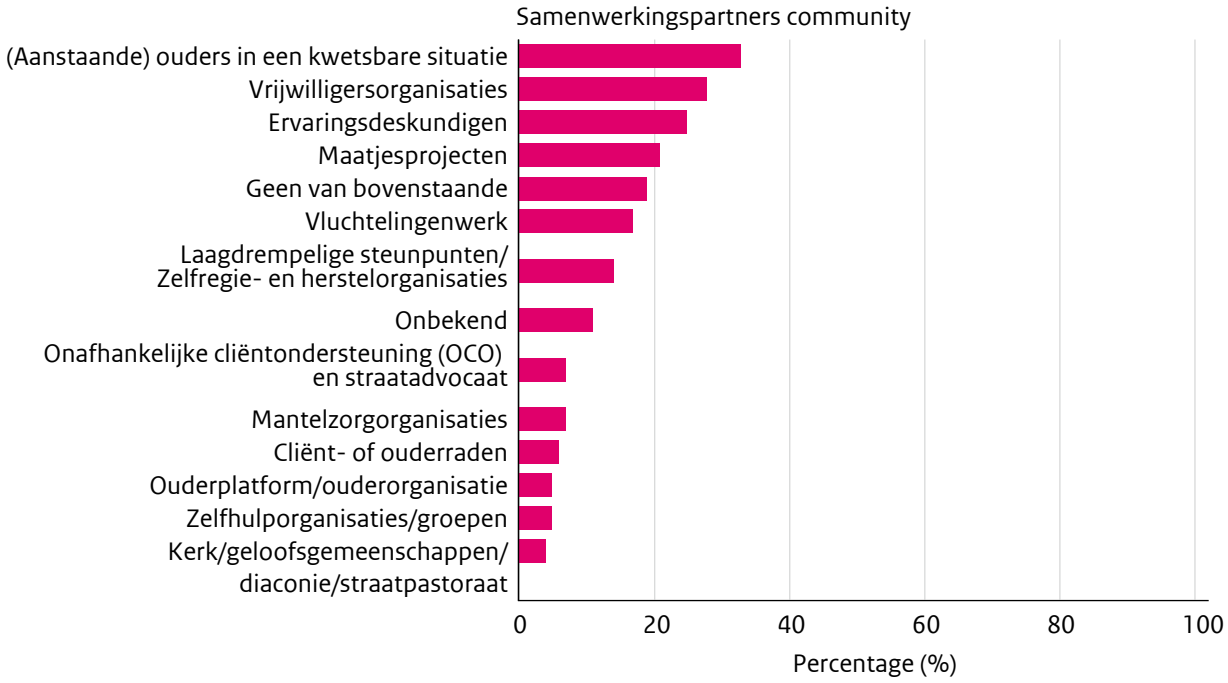
Gemeenten werken met veel partijen samen

Figuur 2 geeft een overzicht van partijen waarmee gemeenten samenwerken aan Kansrijke Start. Deze samenwerkingspartners verschillen per gemeente en zijn ingedeeld in vier categorieën: sociaal en publiek domein, medisch domein, community, en thema's binnen de gemeenten. In het medisch domein werken gemeenten het meest samen met verloskundigen (88%) en kraamzorg (76%), net als in voorgaande jaren. Binnen de gemeente wordt nog steeds het meest samengewerkt op de thema's JGZ (83%) en preventie (82%). Gemeenten noemen ook vaak de thema's welzijn (69%), armoede (67%) en gezond zwanger worden (66%), net als in 2024. Binnen het sociaal en publiek domein zijn net als in de monitor van 2024 de JGZ (88%) en de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) (84%) de meest genoemde samenwerkingspartners. Er is een toename in de samenwerking met welzijnsorganisaties van 56% in 2024 naar 69% in 2025. Van de partijen in de wijk of community wordt het meest samengewerkt met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie (33%). Gemeenten werken het minst met partijen vanuit de community (niet in figuur).

Figuur 2 Partijen waarmee gemeenten samenwerken aan Kansrijke Start (n=314)







Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2026.

2. Gemeenten met aandacht voor een vitale coalitie: 59%

Lichte toename in percentage gemeenten dat reflectiegesprekken voert met alle samenwerkingspartners Kansrijke Start

Van de 314 gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling) gaven 280 gemeenten aan dat Kansrijke Start al langer ingericht is en/of dat ze aandacht hebben voor het voortzetten van Kansrijke Start. Hiervan gaven 164 gemeenten (59%) aan dat zij periodiek reflectiegesprekken voeren met alle samenwerkingspartners in hun gemeente. Dat is een lichte toename ten opzichte van de monitor Kansrijke Start 2024 (55%). Een belangrijk onderdeel van een vitale coalitie is het voeren van periodieke reflectiegesprekken met de samenwerkingspartners van Kansrijke Start binnen de gemeente (zie tekstbox 1). Bijvoorbeeld over hoe de samenwerking verloopt en wat deze oplevert. Er is een toename te zien in het aantal gemeenten dat wel reflectiegesprekken voert, maar nog niet met alle partners (van 20% in 2024 naar 25% in 2025) en gemeenten die plannen hebben om gesprekken te gaan voeren (van 13% in 2024 naar 15% in 2025).

Vijf aandachtspunten voor een vitale coalitie

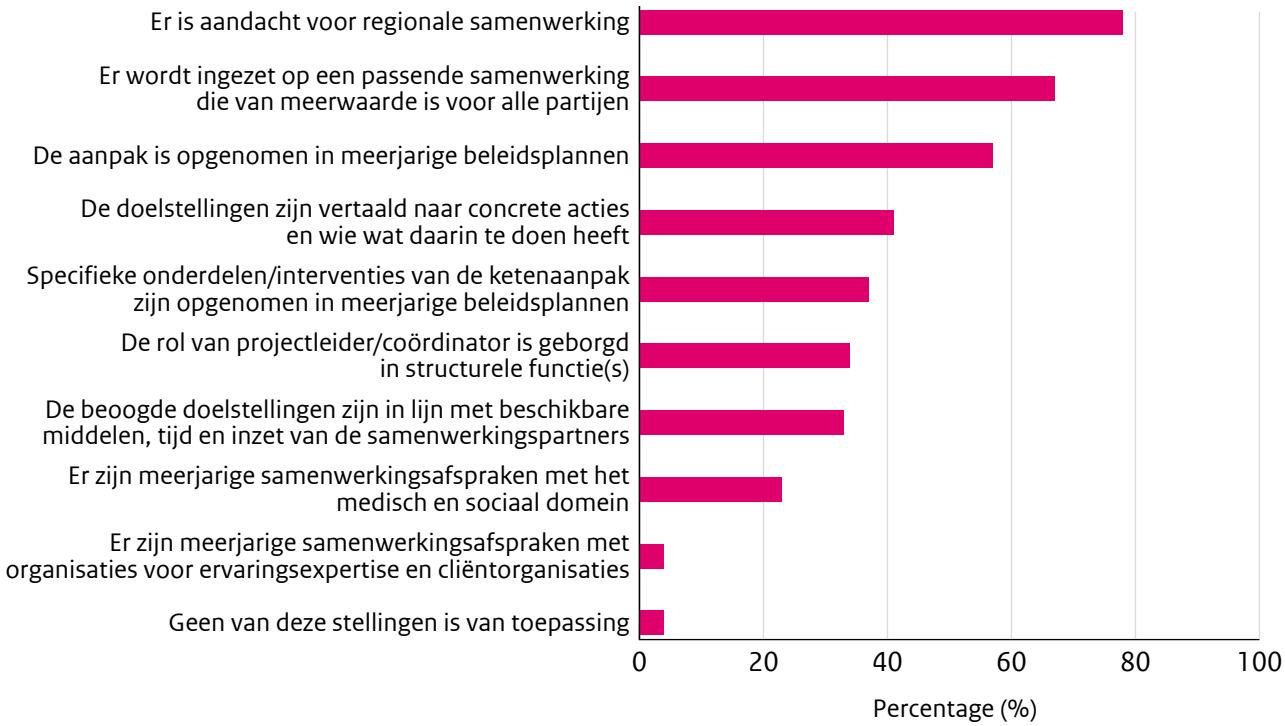
Van de gemeenten die reflectiegesprekken voeren, bespreekt:
- 80% of de coalitie nog voldoende bijdraagt aan Kansrijke Start (vorig jaar 78%)
- 72% veranderingen in het speelveld (vorig jaar 64%)
- 69% beschikbare middelen en inbreng (vorig jaar 64%)
- 68% of de inrichting van de coalitie of ketenaanpak nog bij het doel past (vorig jaar 61%)
- 52% de meerwaarde van samenwerken (vorig jaar 78%).

Het is onbekend welke vervolgacties gemeenten ondernemen op basis van de reflectiegesprekken.

Gemeenten zetten nog steeds in op passende en regionale samenwerking

Naast het voeren van reflectiegesprekken zijn er andere factoren die bijdragen aan het vitaal maken en/of houden van een coalitie. Aan de gemeenten met een lokale en/of regionale coalitie (n=291) is gevraagd welke onderdelen nog meer van toepassing zijn op de voortzetting van Kansrijke Start in hun gemeente (zie figuur 3). De meeste gemeenten benadrukken de aandacht voor regionale samenwerking (78%). Daarentegen wordt het hebben van meerjarige samenwerkingsafspraken met organisaties voor ervaringsexpertise en cliëntorganisaties het minst vaak genoemd (4%). In de GALA-monitor staat meer beschreven over de verschillende stappen van gemeenten in het inrichtingsproces van de ketenaanpak Kansrijke Start.

Figuur 3 Onderdelen die van toepassing zijn op de voortzetting van Kansrijke Start in de gemeente (n=291)



Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2026.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 1 Toelichting vitale coalitie

Binnen de aanpak Kansrijke Start wordt, naast het vormen van een lokale of regionale coalitie, aandacht besteed aan de vitaliteit van de coalitie. Dat betekent dat er blijvend aandacht is voor Kansrijke Start, de samenwerking hierop en het vitaal houden van deze samenwerking. Een vitale coalitie bouwt dus voort op de inspanningen van de lokale of regionale coalitie Kansrijke Start in de afgelopen jaren. Een belangrijk onderdeel van een vitale coalitie is het voeren van periodieke reflectiegesprekken met de samenwerkingspartners van Kansrijke Start binnen de gemeente en regio. Naast de reflectiegesprekken zijn er ook andere factoren belangrijk voor het vitaal maken of houden van een coalitie, zoals de borging van een kartrekker of projectleider, en het hebben van langetermijndoelstellingen. In de vragenlijst voor gemeenten is nagegaan of Kansrijke Start al langer is ingericht in de gemeente en/of dat er aandacht is voor de voortzetting ervan. De gemeenten die één of beide van deze opties aangaven, zijn bevraagd op welke onderdelen van een vitale coalitie zij zich richten, of ze periodieke reflectiegesprekken voeren met samenwerkingspartners, en waarover deze reflectiegesprekken gaan. Zie meer informatie over vitale coalities Lokaal samenwerken – Kansrijke Start en Samenwerking evalueren – Kansrijke Start.

3. Gemeenten waarbij ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders betrokken zijn: 34%

Afname gemeenten die ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders betrekken bij Kansrijke Start

Van alle 314 gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling) gaven er 107 (34%) aan dat zij een vorm van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders hebben betrokken. Dit is minder dan in de monitor van 2024, toen was dit percentage 41% van de gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling). 127 gemeenten (40%) gaven aan dat het betrekken van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders (ook nog) in ontwikkeling is, wat vergelijkbaar is met 2024.

In tabel 2 is weergegeven welke vormen van ervaringsexpertise (tekstbox 2) gemeenten inzetten bij de coalitie Kansrijke Start. Het vaakst worden ervaringsdeskundigen en/of mensen met ervaringskennis betrokken (22%), terwijl cliëntenorganisaties het minst vaak worden ingeschakeld (10%). Slechts vijf gemeenten (2%) geven aan alle drie de groepen te betrekken. De meeste gemeenten betrekken ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders in de praktijk of uitvoering van Kansrijke Start (62%). Daarnaast worden ze vaak ingezet bij evenementen en/of bijeenkomsten (47%), en in iets mindere mate in het kader van beleid (37%), en onderzoek, evaluatie of monitoring (36%). Voor 36% van de gemeenten geldt dat er geen enkele vorm van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders wordt ingezet. Dat is vergelijkbaar met de monitor 2024.

Tabel 2 De inzet van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders bij de coalitie Kansrijke Start (n=314)*

	Ja	In ontwikkeling	Nee
Ervaringsdeskundigen en/of (mensen met) ervaringskennis	22%	26%	52%
Cliënten/(aanstaande) ouders	16%	32%	52%
Cliëntenorganisaties	10%	13%	76%

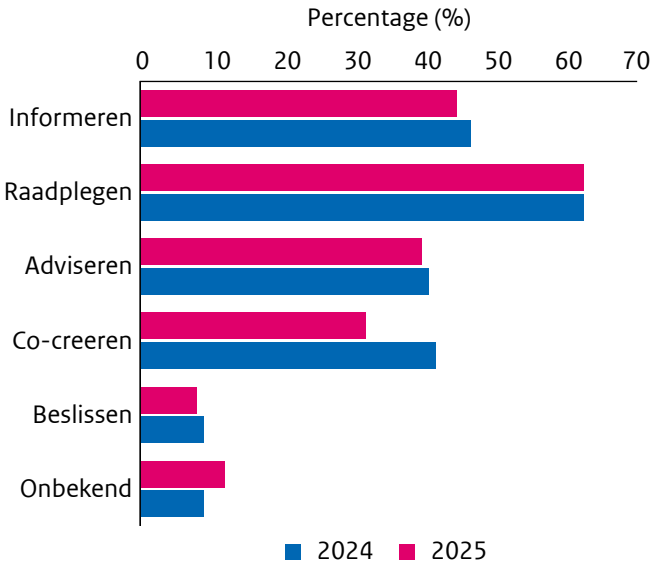
** De percentages zijn berekend ten opzichte van de responderende gemeenten (n=314).*
Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders op verschillende manieren betrokken, maar minder bij gezamenlijk ontwikkelen van plannen

Er zijn verschillende manieren om ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders te betrekken bij een coalitie (in ontwikkeling). Van de gemeenten die aangaven één of meerdere vormen van ervaringsexpertise in te zetten of in ontwikkeling te hebben (n=193), geven de meesten aan dat zij hen raadplegen voor beslissingen (63%). Ervaringsexperts en/of (aanstaande) ouders worden ook vaak geïnformeerd (45%), leveren advies dat wordt meegenomen in besluitvorming (40%) of worden betrokken bij het gezamenlijk ontwikkelen van plannen (co-creëren, 32%). Het daadwerkelijk meebeslissen van ervaringsexperts en/of (aanstaande) ouders in besluiten binnen de coalitie komt minder vaak voor (8%). In vergelijking tot 2024 worden er minder vaak ervaringsdeskundigen en/of (aanstaande) ouders betrokken bij het gezamenlijk ontwikkelen van plannen (co-creëren, figuur 4). De manier van betrekken is wel grotendeels vergelijkbaar met 2024.

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



Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2025-2026.

Vaak onduidelijkheid over hoe ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders ingezet kunnen worden

Gemeenten die aangaven geen ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders te betrekken bij de coalitie Kansrijke Start (n=113 van 314 gemeenten met een coalitie (in ontwikkeling)), noemen als redenen: onduidelijkheid of geen consensus over het vormgegeven ervan (34%), geen prioriteit (30%), geen beschikbare organisatie of vertegenwoordiger in de gemeente of regio (22%) en gebrek aan financiële middelen (9%). Daarnaast noemen gemeenten dat de coalitie zich nog in de begin- of ontwikkelfase bevindt, dat het betrekken van ervaringsexpertise en/of (aanstaande) ouders nog opgestart moet worden of dat er niet genoeg capaciteit is binnen de gemeente. Soms wordt ook nog aangegeven dat de gemeente het lastig vindt om de doelgroep te betrekken.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 2 Toelichting op de verschillende begrippen rond ervaringsexpertise

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

Ervaringsdeskundigen zijn mensen die vaardigheden hebben opgedaan om hun ervaringskennis op een bepaald thema (bijvoorbeeld een onbedoelde zwangerschap of een kwetsbare situatie) functioneel in te zetten voor anderen. Bij ervaringskennis hebben persoonlijke ervaringen een plek gekregen, waarbij iemand inzichten haalt uit zowel de eigen ervaringen als die van anderen. Het gaat hierbij niet om het delen van een ervaring, maar om het uitwisselen van wat in een bepaalde situatie heeft geholpen of wat iemand daarvan heeft geleerd.

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

Er zijn verschillende organisaties die de belangen van cliënten en/of (aanstaande) ouders behartigen en vertegenwoordigen. Dat zijn **cliëntenorganisaties**. Zij ontplooien meerdere activiteiten, zoals informeren, lotgenotencontact, belangenbehartiging, herstel-trajecten en het opbouwen van ervaringsdeskundigheid. Voorbeelden of andere termen voor cliëntenorganisaties zijn: zelfregiecentrum, herstelinitiatief, herstelacademie, cliënten- en naastenorganisatie, patiëntenorganisatie, ouderplatform, ouderorganisatie, ervaringsorganisaties, belangenorganisatie of laagdrempelig steunpunt.

Via deze websites is meer informatie te vinden over de inzet van ervaringskennis en -expertise: Ervaringskennisplein; Voorbij de spraakverwarring: ervaringskennis in participatietrajecten | Movisie en Samenwerken met de mensen om wie het gaat – Kansrijke Start.

Vóór de zwangerschap

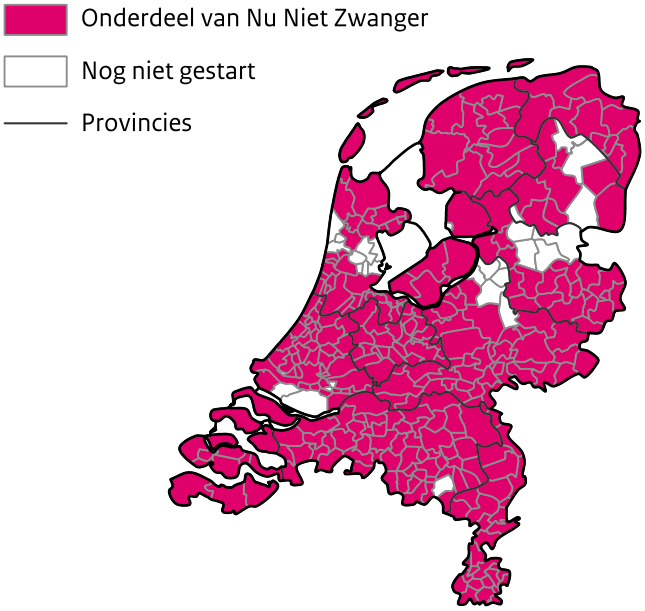
4. Gemeenten aangesloten bij 'Nu Niet Zwanger': 91%

Aantal gemeenten met het programma Nu Niet Zwanger is toegenomen in 2025

Van de 342 gemeenten in Nederland waren op peildatum 1 januari 2026 312 gemeenten (91%) aangesloten bij het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) (tekstbox 3; figuur 5 en figuur 6). Dat zijn negen gemeenten meer ten opzichte van 1 januari 2025. Alle 25 GGD'en in Nederland voeren NNZ uit. Bij negen GGD'en is NNZ als structurele activiteit opgenomen in de begroting. Daarnaast is in 2025 ook de bijzondere gemeente Bonaire gestart met NNZ.

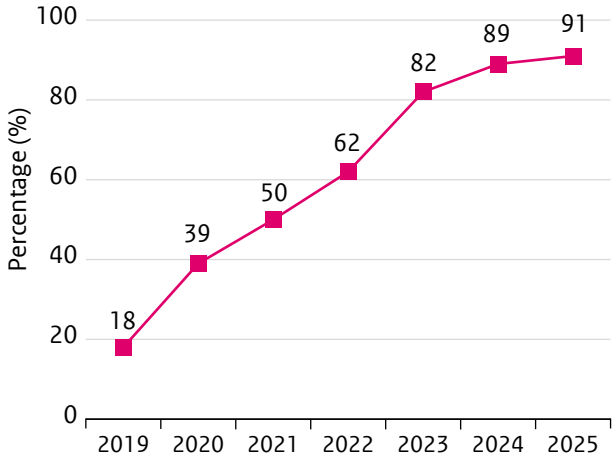
Deze indicator is ook opgenomen in de monitor Onbedoelde Zwangerschappen.

Figuur 5 Gemeenten aangesloten bij NNZ



Bron: GGD-GHOR Nederland (peildatum: 1 januari 2026).

Figuur 6 Percentage gemeenten aangesloten bij NNZ, 2019-2025



Bron: GGD-GHOR Nederland (peildatum: 1 januari 2026).

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 3 Toelichting Nu Niet Zwanger

Het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) is erkend als goed onderbouwd en opgenomen in de interventiedatabank Gezond Leven van het RIVM. Het programma heeft als doel vrouwen en mannen in kwetsbare omstandigheden te ondersteunen bij het nadenken over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken. Meer informatie over NNZ staat op: www.nunietzwanger.nl. In maart 2026 verscheen een nieuwe factsheet met de meest recente resultaten van het programma. In september 2025 is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) getekend. Hierin is onder andere opgenomen dat NNZ als basisfunctionaliteit in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar moet zijn voor inwoners van Nederland. Zie hier de handreiking voor het uitvoeren van de basisfunctionaliteit Nu Niet Zwanger.

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

Geen nieuwe cijfers beschikbaar van vrouwen die in 2025 alcohol, tabak, wiet of hasj gebruikten voorafgaand aan de zwangerschap

Voor deze indicator zijn sinds de vorige publicatie van de monitor (2024) nog geen nieuwe gegevens beschikbaar. Deze cijfers worden in september 2026 door het Trimbos-instituut gepubliceerd. Deze indicator kan op dit moment alleen gepresenteerd worden tot en met het jaar 2023.

De helft van aanstaande moeders rookt, drinkt alcohol, of gebruikt wiet of hasj voor de zwangerschap in 2023

Uit een steekproef onder vrouwen in Nederland bleek dat in 2023 49% in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap tabak, alcohol en/of wiet of hasj heeft gebruikt. Dit percentage daalde licht in de loop van de jaren; in 2016 lag dit op 51%. Meer informatie over de cijfers van 2023 is te vinden in de Monitor Kansrijke Start 2024.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

6. Vrouwen in vruchtbare leeftijd met een preconceptieconsult/ kinderwensspreekuur: 0,9 per 1.000

Toename vrouwen met een preconceptieconsult tussen 2017 en 2024

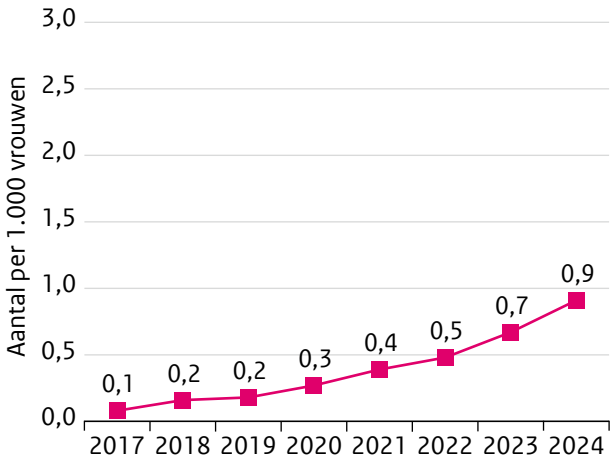
In 2024 kregen 0,9 vrouwen per 1.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 19 tot en met 44 jaar een preconceptieconsult, uitgevoerd door een verloskundige of huisarts (figuur 7). Absoluut waren dat 2.541 vrouwen met een consult. Dat is een toename ten opzichte van 2023, toen het 0,7 per 1.000 betrof (1.850 vrouwen). Sinds 2017 stijgt het aantal vrouwen met een preconceptieconsult. Het aantal vrouwen met een preconceptieconsult verschilt tussen regio's van 0,3 tot 2,8 per 1.000 vrouwen. Zie tekstbox 4 voor meer informatie over preconceptiezorg en de kanttekeningen bij de data.

Toename verloskundigenpraktijken waar preconceptieconsulten worden aangeboden

Op basis van openbare kwaliteitsgegevens over integrale geboortezorg is berekend dat bijna alle verloskundigenpraktijken in 2025 preconceptieconsulten aanboden. Sinds 2019 nam het percentage verloskundigenpraktijken dat preconceptieconsulten aanbiedt toe van 91,0% naar 96,2% in 2025 (figuur 8).

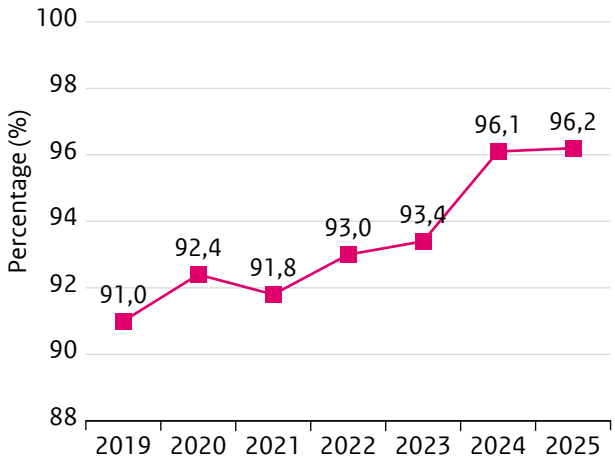
Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Figuur 7 Aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd met een preconceptieconsult per 1.000 vrouwen, 2017-2024



Bron: Vektis, verwerkt en geaggregeerd door Zorginstituut Nederland (2026)

Figuur 8 Percentage verloskundigenpraktijken waar preconceptieconsulten worden aangeboden, 2019-2025



Bron: Zorginstituut Nederland, Indicatorenset Integrale Geboortezorg 2025 (publicatiedatum: 8 mei 2026)

Tekstbox 4 Preconceptiezorg

Preconceptiezorg heeft als doel om geïnformeerde keuzes mogelijk te maken en risico's voor de gezondheid van (aanstaande) ouders en hun toekomstige kind te identificeren en minimaliseren. Verloskundigen, huisartsen en gynaecologen kunnen preconceptieconsulten (ook wel kinderwensconsulten genoemd) aanbieden. Preconceptiezorg is onderdeel van de zorgstandaard integrale geboortezorg. In 2024 heeft Zorginstituut Nederland een rapportage opgesteld om inzicht te geven welke zorg wordt verzekerd vanuit de zorgverzekering in het kader van Kansrijke Start. Preconceptiezorg wordt vergoed als het een individuele zorgvraag betreft. Een verloskundige mag kenbaar maken dat deze zorg wordt aangeboden. Het eigen risico voor de ontvanger van preconceptiezorg is van toepassing wanneer deze geleverd wordt door een verloskundige of gynaecoloog. Voor preconceptiezorg door de huisarts geldt doorgaans geen eigen risico, tenzij er aanvullend onderzoek of verwijzing plaatsvindt.

Er bestaan aparte prestatiecodes voor huisartsen en verloskundigen om een preconceptieconsult te declareren. Het is niet duidelijk in hoeverre huisartsen en verloskundigen die prestatiecode toepassen of dat een regulier consult wordt gedeclareerd waarin preconceptieadviezen zijn besproken. Hierdoor kunnen de gepresenteerde gegevens een onderschatting zijn van de werkelijke preconceptiezorg die wordt aangeboden in de afgelopen jaren in Nederland.

Op landelijk niveau is weinig data beschikbaar over de preconceptieperiode. In 2023 zijn demografische gegevens, geboorte-uitkomsten en gegevens uit de vragenlijsten van ZwangerWijzer beschikbaar gemaakt binnen DIAPER. Meer informatie hierover is te vinden via: Eerste verkenning preconceptie gegevens uit Zwangerwijzer | RIVM. ZwangerWijzer is een vragenlijst voor mensen met een zwangerschapswens. Deze vragenlijst is bedoeld om mogelijke risico's tijdens een zwangerschap voorafgaand aan de zwangerschap te signaleren. ZwangerWijzer bevat onder andere vragen over leefstijl, etniciteit/familie, werk en thuissituatie, medische voorgeschiedenis, medicatie en vaccinatiestatus, eerdere zwangerschappen.

Een ander project over de preconceptionele gezondheid is het project Gezond Zwanger Worden. Hierbij werken drie GGD-regio's (Drenthe, Flevoland en Zuid-Holland Zuid) aan een integrale aanpak van preconceptiezorg en voorlichting. Lees meer over deze aanpak op de website van GGD GHOR Nederland.

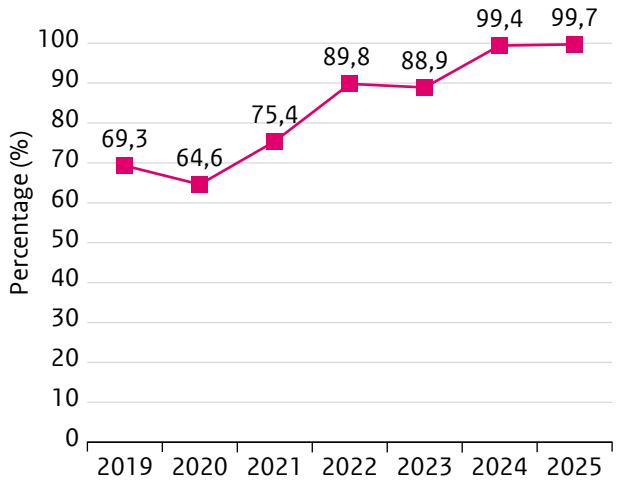
Tijdens de zwangerschap

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

Bijna alle gemeenten bieden prenatale huisbezoeken door de JGZ aan in 2025

Van de 316 responderende gemeenten gaven 315 gemeenten (99,7%) aan dat zij in 2025 prenatale huisbezoeken door de JGZ aanboden (PHB-JGZ) (tekstbox 5). Dit is een lichte toename van het aantal gemeenten dat prenatale huisbezoeken aanbiedt ten opzichte van 2024 (figuur 9), toen was dit percentage 99,4% (n=313). Omdat 26 gemeenten de vragenlijst niet hebben ingevuld, is het voor hen niet bekend of zij PHB-JGZ aanbieden.

Figuur 9 Percentage gemeenten dat prenatale huisbezoeken aanbiedt*, 2019-2025



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

Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Van de gemeenten met PHB-JGZ geeft 66% aan afspraken te hebben gemaakt met geboortezorgprofessionals over de samenwerking en heeft 64% afspraken gemaakt over de doorverwijzing na een prenataal huisbezoek. In 7% van de gemeenten zijn geen afspraken gemaakt over samenwerking en in 5% zijn geen afspraken over de doorverwijzing.

De meeste gemeenten hebben zorgaanbod voor een vervolgtraject wat uit een PHB-JGZ volgt: 89% in het sociaal domein, 86% in het medisch domein en 72% met informele steun na een prenataal huisbezoek. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar (respectievelijk 83%, 79% en 63%).

Meerderheid gemeenten gestart met prenatale huisbezoeken tussen 2018 en 2023

Van alle gemeenten die PHB-JGZ aanbieden (n=315), geeft 12% aan hiermee te zijn begonnen sinds 2023, 8% geeft aan in 2024 of 2025 te zijn gestart. Het overige deel van de gemeenten begon al eerder, waarvan 10% vóór 2018 en 70% tussen 2018 en 2023. Meer informatie over welke gemeenten in welk jaar startten is te vinden in de Monitor Kansrijke Start 2024.

Merendeel gemeenten delegeert regie van prenatale huisbezoeken naar uitvoerende partijen

Van de gemeenten die PHB-JGZ aanbieden (n=315), geeft 4% aan zelf de regierol te vervullen. De meeste gemeenten (78%) delegeren de regie naar uitvoerende partijen, zoals bijvoorbeeld de JGZ. De helft van deze gemeenten stelt hierbij kaders, terwijl de andere helft de regie volledig bij de uitvoerende partij laat. Hierin zijn geen grote veranderingen zichtbaar ten opzichte van 2024.

De meest voorkomende activiteiten die gemeenten ondernemen bij het PHB-JGZ zijn het versterken van de lokale samenwerking (61%) en het maken van inkoopafspraken met de JGZ-organisatie (52%). Het regisseren en monitoren van de prenatale huisbezoeken (11%), het maken van inkoopafspraken met andere organisaties (9%) en het stimuleren van de ontwikkeling van een prenataal ouderdossier (3%) zijn de minst voorkomende activiteiten die gemeenten uitvoeren.

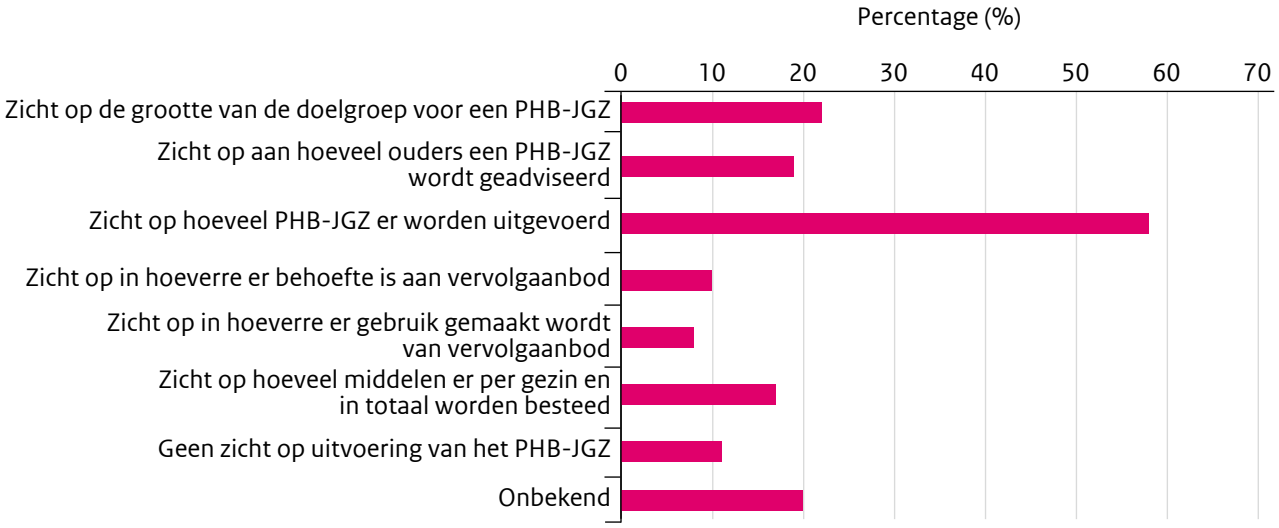
Weinig verandering in aantal gemeenten dat inzicht heeft in het aantal uitgevoerde prenatale huisbezoeken

Van de responderende gemeenten (n=315) geeft ruim de helft (58%) aan inzicht te hebben in hoeveel PHB-JGZ worden uitgevoerd in de gemeente. In 2024 was dit 56%. In 11% van de responderende gemeenten is hier geen zicht op en voor 20% is dit onbekend (figuur 10).

Aantal uitgevoerde PHB-JGZ niet toegenomen

Voor deze monitor is bij JGZ-organisaties uitgevraagd hoeveel prenatale huisbezoeken er per jaar zijn uitgevoerd op JGZ- en gemeentelijk niveau tussen 2022 en 2025. In 2025 hebben JGZ-organisaties cijfers aangeleverd over 280 gemeenten, waarin 4.835 prenatale huisbezoeken zijn uitgevoerd (tabel 3). Het aantal uitgevoerde PHB-JGZ varieert tussen gemeenten. De cijfers in tabel 3 tonen dat er in 2025 minder huisbezoeken zijn uitgevoerd dan in 2024, terwijl het aantal gemeenten met beschikbare gegevens ongeveer gelijk bleef.

Figuur 10 Percentage gemeenten dat zicht heeft op de verschillende aspecten rondom de uitvoering van de prenatale huisbezoeken (n= 315)



Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Tabel 3 Overzicht beschikbare gegevens over het PHB-JGZ tussen 2022 en 2025

Jaar	Aantal gemeenten waarover cijfers beschikbaar zijn	Aantal JGZ- organisaties aangeleverd	Aantal uitgevoerde PHB
2022	242	28	2.595
2023	268	29	4.380
2024	281	31	4.985
2025	280	32	4.835

Bron: uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2026

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 5 Toelichting prenatale huisbezoeken door de JGZ

Het prenataal huisbezoek door de JGZ (PHB-JGZ) wordt aangeboden als laagdrempelige hulp en ondersteuning naast de geboortezorg. Dit gebeurt veelal nadat een professional in de geboortezorg een meervoudig kwetsbare situatie heeft gesignaleerd. Als de (aanstaande) ouders besluiten hiervan gebruik te maken, gaat een jeugdverpleegkundige met het gezin in gesprek. Op basis van de hulpvraag, behoeften en mogelijkheden van de (aanstaande) ouders maken de jeugdverpleegkundige en de zwangere (en haar partner of steunend netwerk) afspraken inclusief een eventueel vervolgtraject. Hierbij kan een zwangere verwezen worden naar andere zorg in het medisch of sociaal domein dat beschikbaar is in de gemeente. Sinds de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) in 2022 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het bieden van de benodigde steun aan zwangeren en/of hun gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie binnen hun gemeente (15). Meer informatie over de PHB-JGZ staat op: Prenataal huisbezoek – NCJ en in de handreiking Prenataal huisbezoek door de JGZ.

8. Verloskundigenpraktijken die 'CenteringZwangerschap' aanbieden: 45%

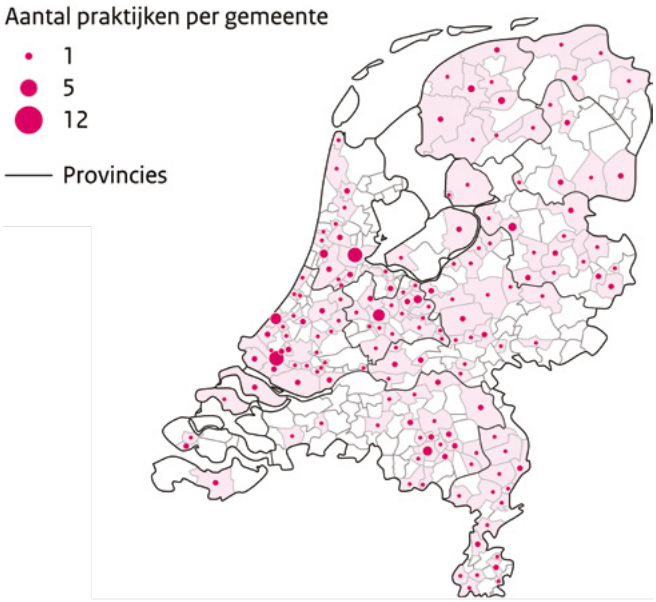
Toename van het aantal verloskundigenpraktijken dat CenteringZwangerschap aanbiedt in 2025

In 2025 werd CenteringZwangerschap (tekstbox 6) aangeboden in 260 verloskundigenpraktijken in Nederland, wat neerkomt op 45% van de verloskundigenpraktijken (figuur 11 en 12). Dit is een toename ten opzichte van 2024, toen CenteringZwangerschap in 253 verloskundigenpraktijken werd aangeboden (43%). Jaarlijks worden er zorgverleners getraind door Stichting Centering Nederland. In 2025 waren dat 343 zorgverleners.

Sinds 2024 declaratiegegevens beschikbaar over CenteringZwangerschap

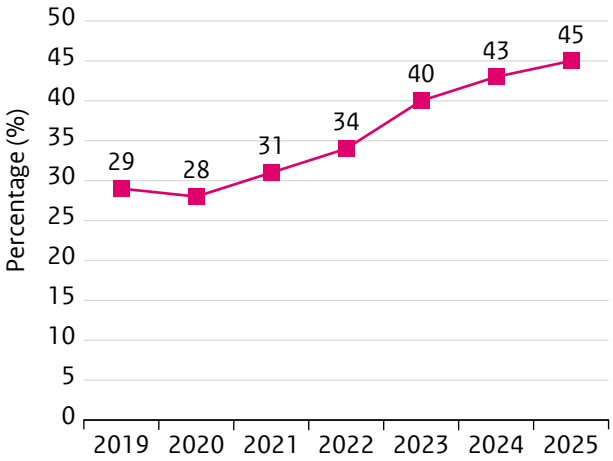
Op basis van declaratiegegevens heeft in 2024 7,4% van de zwangeren deelgenomen aan CenteringZwangerschap. Sinds 2024 is hier een tarief voor beschikbaar bij verloskundigen. Er zijn regionale verschillen zichtbaar op basis van de woonplaats van de zwangeren met een declaratie voor CenteringZwangerschap (figuur 13). Regio Utrecht heeft het hoogste percentage zwangeren dat een declaratie had voor CenteringZwangerschap, namelijk 18,4%. In de regio West-Brabant was dit het laagst, met 1,0% van de zwangeren met een declaratie voor CenteringZwangerschap.

Figuur 11 Aantal verloskundigenpraktijken dat CenteringZwangerschap aanbiedt per gemeente in 2025



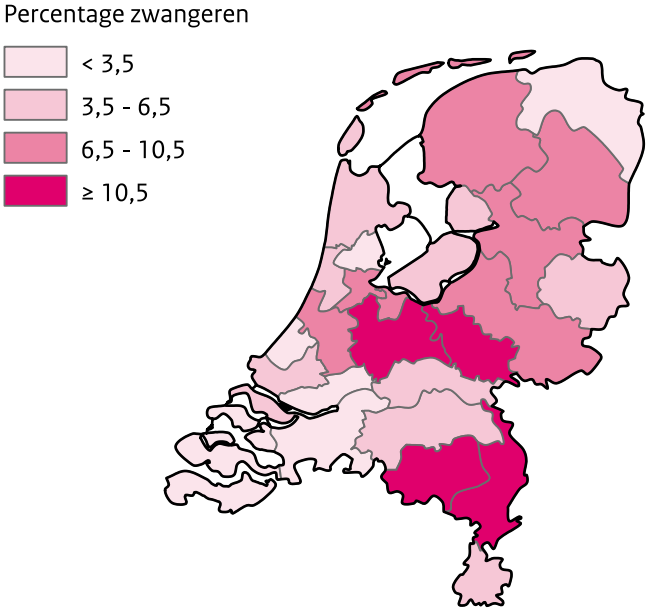
Bron: Indicatorenset Integrale Geboortezorg Zorginstituut Nederland, 2025 (publicatiedatum: 8 mei 2026).

Figuur 12 Percentage verloskundigenpraktijken dat CenteringZwangerschap aanbiedt, 2019-2025



Bron: Indicatorenset Integrale Geboortezorg Zorginstituut Nederland, 2025 (publicatiedatum: 8 mei 2026).

Figuur 13 Percentage zwangeren dat deelnam aan CenteringZwangerschap in 2024, per veiligheidsregio



Bron: Vektis, verwerkt en geaggregeerd door Zorginstituut Nederland (2026)

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 6 Toelichting CenteringZwangerschap

CenteringZwangerschap is een vorm van verloskundige zorg waarbij een groep van acht tot tien zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur tien bijeenkomsten volgt. Deze bijeenkomsten combineren: medische controles (prenatale zorg), het gezamenlijk leren en uitwisselen van kennis en ervaringen, en het opbouwen van een sociaal netwerk. Hierdoor staat niet alleen de fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind centraal, maar krijgen zwangeren ook steun van elkaar en versterken zij hun netwerk. CenteringZwangerschap is opgenomen in de interventiedatabank Gezond Leven van het RIVM.

Verloskundigen die CenteringZwangerschap aanbieden kunnen sinds 1 januari 2024 aanspraak maken op het tarief voor Centering-based Interactieve Prenatale Groepszorg. Het is mogelijk dat in 2024 nog niet alle praktijken bekend hiermee waren of op de hoogte zijn van de voorwaarden. De cijfers van 2025 zijn nog niet beschikbaar.

Meer informatie over CenteringZwangerschap staat op: www.centeringzorg.nl.

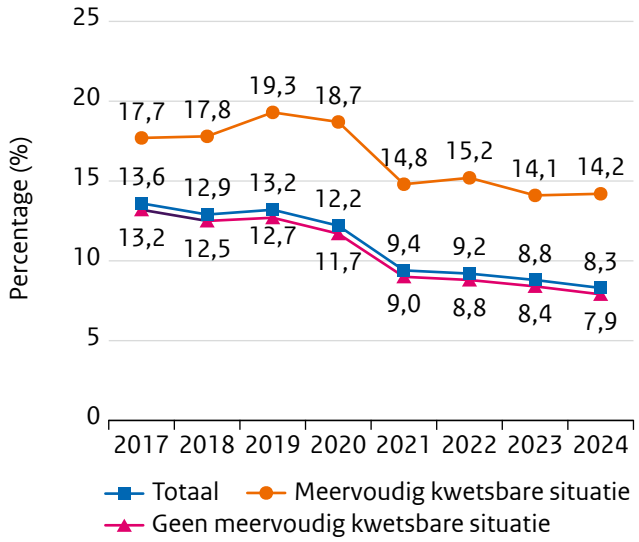
9. Start zwangerschapsbegeleiding ná 10e week zwangerschap: 8,3%

Steeds minder zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding laat is gestart

Het percentage zwangerschappen waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10e week van de zwangerschap start, neemt af. Dit percentage is sinds 2017 gedaald van 13,6% naar 8,3% in 2024 (figuur 14). Het percentage zwangerschappen waarbij op tijd werd gestart met zwangerschapsbegeleiding (in de 10e week of daarvoor) nam toe van 69,1% in 2017 naar 73,0% in 2024. Zie tekstbox 7 voor informatie over de kwaliteit van de data voor deze indicator. Figuur 15 geeft een landelijk beeld van het percentage zwangeren dat na de 10e week van de zwangerschap is gestart met zwangerschapsbegeleiding in de jaren 2020-2024.

Ook onder zwangeren in een meervoudig kwetsbare situatie is het percentage dat laat start met de zwangerschapsbegeleiding gedaald van 17,7% in 2017 naar 14,2% in 2024. Bij deze groep blijft het percentage zwangeren dat laat start echter hoger dan in de groep die zich niet in een meervoudig kwetsbare situatie bevindt (figuur 14).

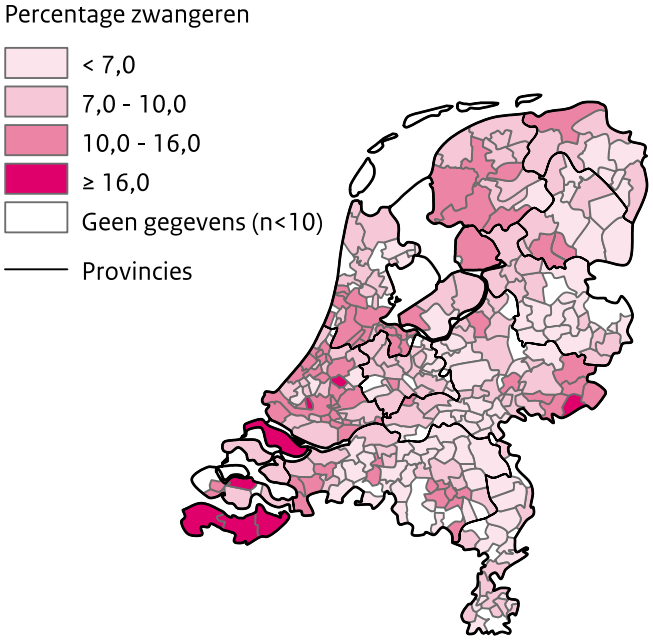
Figuur 14 Percentage zwangerschappen waarbij zwangerschapsbegeleiding ná week 10 van de zwangerschap startte, totaal en uitgesplitst naar wel/niet in een meervoudig kwetsbare situatie*



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

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 15 Landelijke spreiding van het percentage zwangeren waarbij zwangerschapsbegeleiding ná week 10 van de zwangerschap startte (op gemeenteniveau), vijfjarig gemiddelde van 2020 t/m 2024



Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Tekstbox 7 Databeschikbaarheid en -kwaliteit

De indicatoren zwangerschapsbegeleiding en vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht kon de afgelopen jaren niet gepubliceerd worden door aanleverproblemen bij Perined (2022-2024) en rekenproblemen (zie Monitor Kansrijke Start 2024). In 2026 zijn de data tot en met 2024 weer beschikbaar.

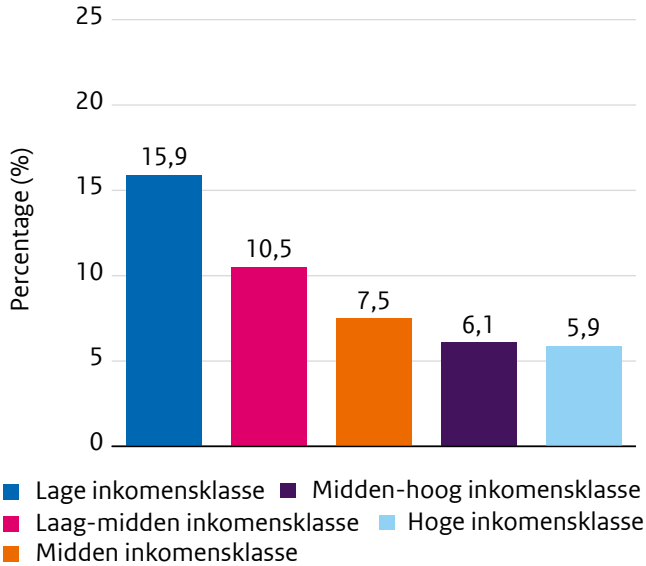
De start van de zwangerschapsbegeleiding wordt niet altijd geregistreerd bij de zorgverlener, wat jaarlijks tot 11,0-20,5% missende waarden leidt. Het percentage missende waarden varieert over de jaren heen. Hierdoor kunnen de gepresenteerde percentages een onder- of overschatting zijn. Wel is te zien dat het percentage zwangeren dat laat met zwangerschapsbegeleiding startte in 2017 en 2018 hoger was dan in de jaren 2022, 2023 en 2024, terwijl het percentage missende waarden in deze jaren vergelijkbaar is. Dit kan erop wijzen dat de waargenomen positieve trend, namelijk een afname van het aantal zwangeren dat laat in zorg komt, daadwerkelijk aanwezig is.

Missende waarden komen vaker voor bij zwangeren met lagere huishoudinkomensklassen en opleidingsniveaus. Dit wijst erop dat de missende waarden niet willekeurig over de populatie verdeeld zijn, waardoor voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van de resultaten.

Percentage late start zwangerschapsbegeleiding hoger bij lagere huishoudinkomensklassen en opleidingsniveaus

In 2024 begint zwangerschapsbegeleiding vaker ná de 10e week bij zwangeren met het laagste huishoudinkomen (15,9%) dan bij zwangeren met het hoogste huishoudinkomen (5,9%) (Figuur 16). Voor opleiding komt een vergelijkbaar beeld naar voren (Figuur 17). In de groep met als hoogst behaalde opleiding basisonderwijs, vmbo of mbo niveau 1, komt 12,7% laat in zorg. In de groep met als hoogst behaalde opleiding havo, vwo of mbo niveau 2-4 is dit 7,4%. En in de groep met als hoogst behaalde opleiding hbo of wo is dit 5,8%.

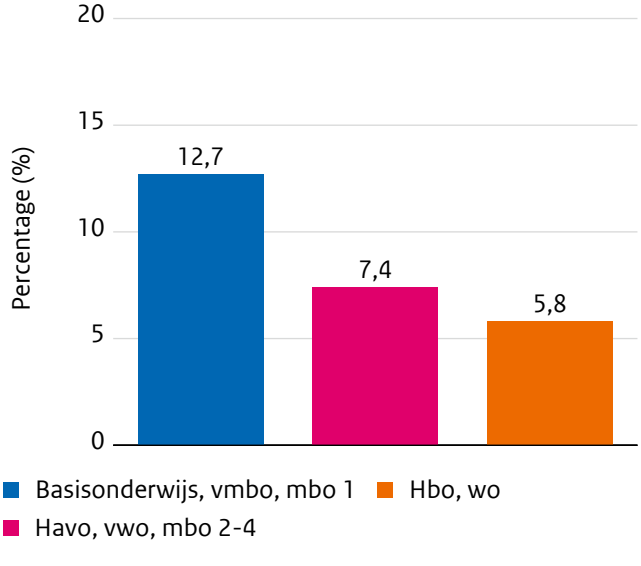
Figuur 16 Percentage zwangerschappen waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10e week van de zwangerschap startte in 2024, uitgesplitst naar huishoudinkomen*



** Voor een toelichting op huishoudinkomensklassen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 17 Percentage zwangerschappen waarbij de zwangerschapsbegeleiding ná de 10e week van de zwangerschap startte in 2024, uitgesplitst naar opleiding*



** Voor een toelichting op de opleidingsniveau typen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

10. Zwangeren en/of partners met problematische schulden: 3,2%

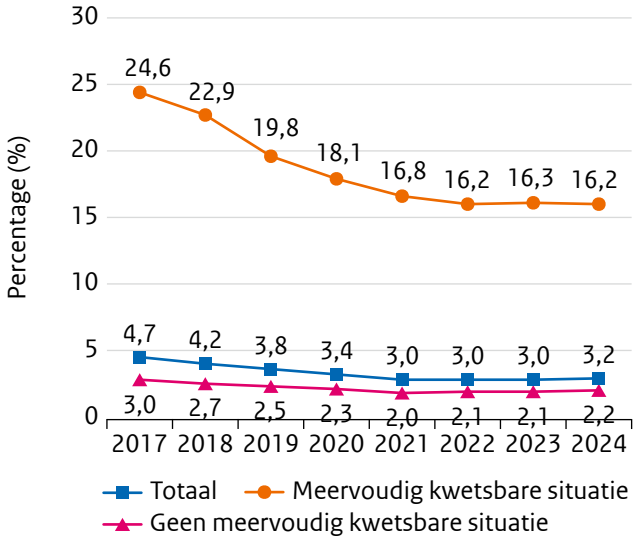
Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden licht toegenomen

In 2024 had 3,2% van de vrouwen en partners die een kind kregen problematische schulden. Problematische schulden worden hierbij gedefinieerd als: een registratie in de schuldsanering en/of een betalingsachterstand van zes maanden of langer bij de zorgverzekeraar (figuur 18). Dit percentage daalde van 4,7% in 2017 naar 3,0% in 2021, bleef vervolgens een aantal jaren stabiel, en steeg licht naar 3,2% in 2024. Figuur 19 geeft de landelijke spreiding van het percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden op gemeenteniveau weer. Daarbij is het gemiddelde percentage van de jaren 2020 tot en met 2024 gebruikt. Problematische schulden komen ongeveer even vaak voor bij zwangeren als bij hun partner en het merendeel van de problematische schulden betreft een betalingsachterstand. Een registratie bij de schuldsanering komt veel minder voor.

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

Van de zwangeren en/of hun partners in een meervoudig kwetsbare situatie had in 2024 16,2% problematische schulden. Bij zwangeren en/of partners zonder een meervoudig kwetsbare situatie was dit 2,2% (figuur 18). Er is wel een daling te zien van zwangeren en/of partners met problematische schulden binnen de groep in een meervoudig kwetsbare situatie. Dit percentage daalde van 24,6% in 2017 naar 16,2% in 2024.

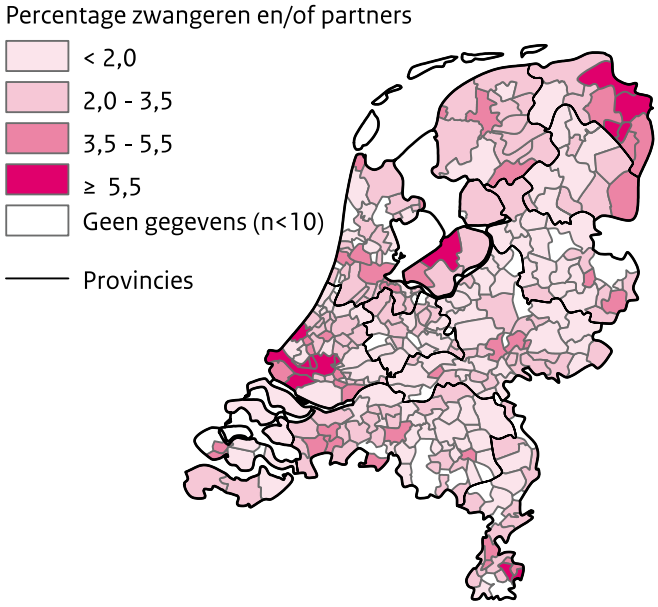
Figuur 18 Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden, totaal en uitgesplitst naar wel/niet in een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2024



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

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 19 Landelijke spreiding van het percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden (op gemeenteniveau), vijfjarig gemiddelde van 2020 t/m 2024

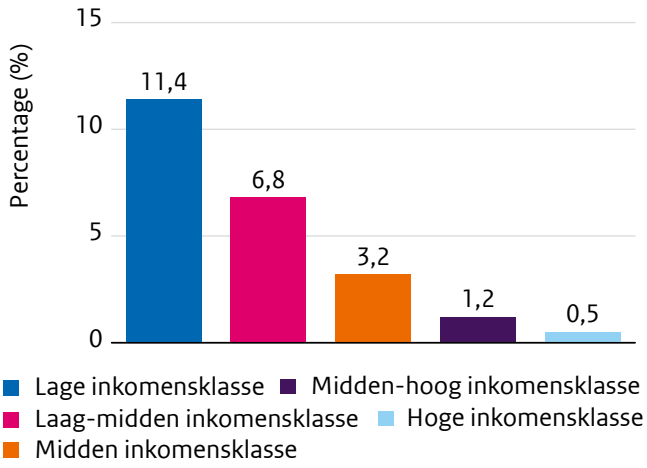


Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Problematische schulden komen vaker voor bij lagere huishoudinkomensklassen en opleidingsniveaus

Zwangeren en/of hun partners uit de groep met het laagste huishoudinkomen hebben vaker problematische schulden dan degenen uit de andere huishoudinkomensklassen (figuur 20). Dit verschil was de afgelopen jaren steeds aanwezig en is ook in 2024 zichtbaar. Daarnaast is het percentage vrouwen en/of partners met problematische schulden hoger wanneer de hoogst behaalde opleiding het basisonderwijs, vmbo of mbo niveau 1 is, vergeleken met vrouwen en/of partners uit de andere opleidingsgroepen (figuur 21).

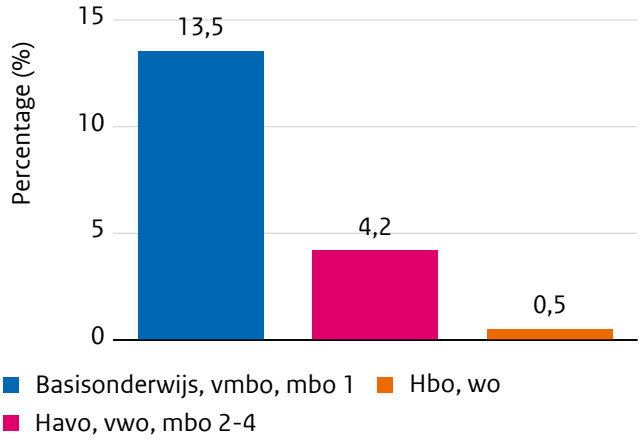
Figuur 20 Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden in 2024, uitgesplitst naar huishoudinkomen*



** Voor een toelichting op huishoudinkomensklassen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 21 Percentage zwangeren en/of partners met problematische schulden in 2024, uitgesplitst naar opleiding*



** Voor een toelichting op de opleidingsniveau typen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Zie Indicatoren Monitor Kansrijke Start | RIVM voor meer informatie over de indicator.

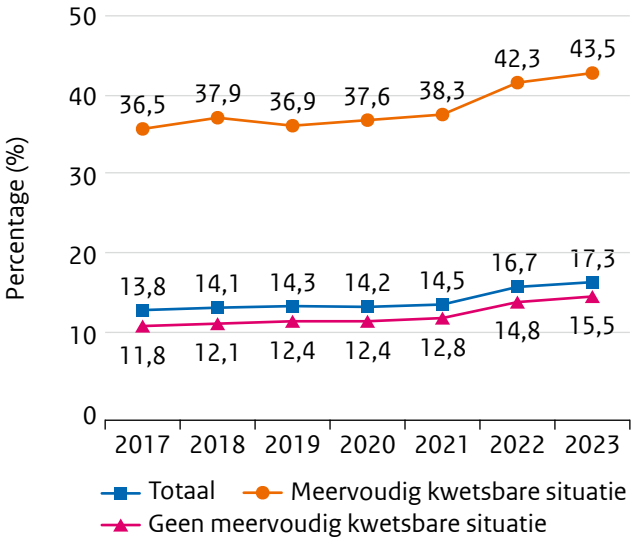
11. Zwangeren en/of partners met psychische problematiek: 17,3%

Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek neemt toe

In 2023 had 17,3% van alle zwangeren en/of partners die een kind kregen zorguitgaven binnen de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) en/of medicatie gerelateerd aan psychische problematiek in het jaar van de bevalling (figuur 22). In 2022 was dit 16,7%. Psychische problematiek komt vaker voor bij de zwangere dan bij haar partner. Deze indicator geeft alleen inzicht in behandelde psychische problematiek, omdat er geen gegevens beschikbaar zijn over onbehandelde psychische problematiek. In werkelijkheid ligt het percentage psychische problematiek onder zwangeren en/of partners mogelijk hoger.

Figuur 23 geeft een landelijk beeld van het percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek op gemeenteniveau in 2023. Opgemerkt moet worden dat in 2021 een overgang plaatsvond van DBC-systematiek naar het Zorgprestatiemodel. Deze verandering kan van invloed zijn geweest op de cijfers in 2021 en 2022, waardoor een vergelijking met voorgaande jaren niet goed mogelijk is.

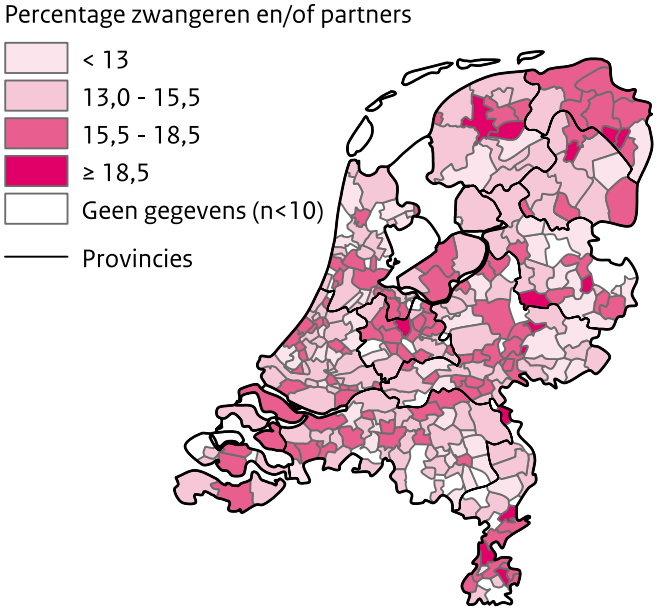
Figuur 22 Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek*, totaal en uitgesplitst naar wel/niet in een meervoudig kwetsbare situatie**, 2017-2023



** Sinds 2021 is er een overgang van DBC-systematiek naar het Zorgprestatiemodel.*
*** Zie indicator 14 voor meer informatie over de gebruikte definitie van een kwetsbare situatie.*

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 23 Landelijke spreiding van het percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek (op gemeenteniveau), vijfjarig gemiddelde van 2019 t/m 2023

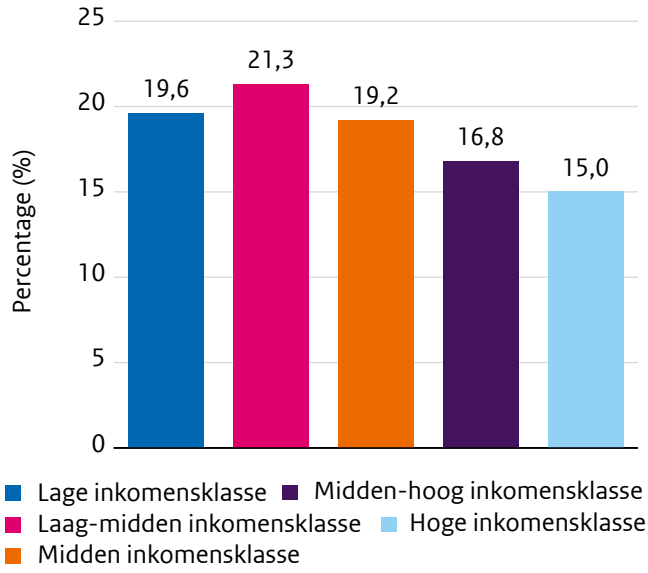


Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

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

In 2023 had 43,5% van de vrouwen en/of hun partners die een kind kregen en te maken hadden met een meervoudig kwetsbare situatie, psychische problematiek (figuur 22). Dit was 15,5% bij vrouwen en/of partners zonder een meervoudig kwetsbare situatie. Het percentage is in beide groepen toegenomen in de afgelopen jaren.

Figuur 24 Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek in 2023, uitgesplitst naar huishoudinkomen*



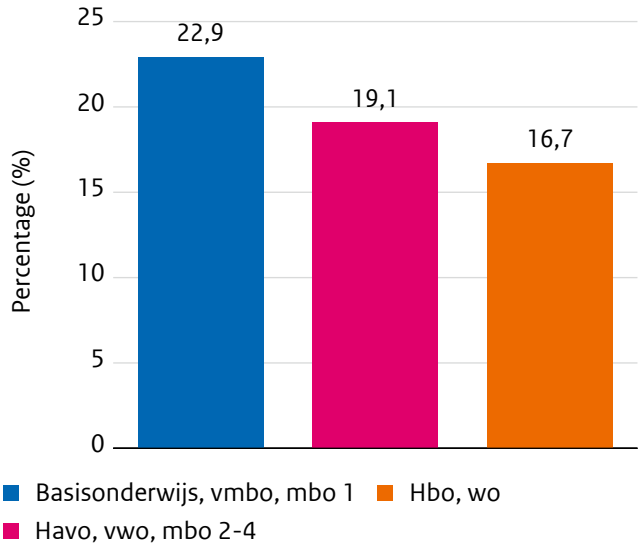
** Voor een toelichting op huishoudinkomensklassen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

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

Door de jaren heen is een toename te zien van het percentage vrouwen en/of partners met psychische problematiek in alle inkomensklassen en opleidingsniveaus. In 2023 had 19,6% van de zwangeren en/of partners in de groep met het laagste huishoudinkomen, psychische problematiek. In de hoogste huishoudinkomensklasse was dit 15,0% (figuur 24). In 2017 waren deze percentages nog respectievelijk 19,3% en 10,5%. In 2023 had 22,9% van de vrouwen en/of partners met als hoogst behaalde opleiding het basisonderwijs, vmbo of mbo niveau 1, psychische problematiek, tegenover 16,7% van degenen met als hoogst behaalde opleiding hbo of wo (figuur 25). In 2017 waren deze percentages nog respectievelijk 19,8% en 12,0%.

Figuur 25 Percentage zwangeren en/of partners met psychische problematiek in 2023, uitgesplitst naar opleiding*



** Voor een toelichting op de opleidingsniveau typen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Zie Indicatoren Monitor Kansrijke Start | RIVM voor meer informatie over de indicator.

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



Geen nieuwe cijfers beschikbaar over verloskundige samenwerkingsverbanden met afspraken over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren

Het Coördinatiepunt Perinatale Zorg (CPZ) voert dit jaar niet de Integrale Geboortezorg Monitor uit. Om die reden zijn er geen nieuwe cijfers voor deze indicator beschikbaar. Er zijn alleen cijfers beschikbaar tot en met het jaar 2024, zoals in de rapportage van vorig jaar.

In 2024 vulden 41 van de 68 Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) de Integrale Geboortezorg Monitor in (respons 60%). Hiervan gaf 88% (n=36) aan afspraken te hebben gemaakt over de manier van screenen op risico- en beschermende factoren voor kwetsbaarheid. Dit percentage lijkt iets lager te zijn dan in 2022 en 2023. Een vergelijking is echter lastig te maken, omdat de methode van de uitvraag verschilde en de respons lager was dan in voorgaande jaren. Twee derde van deze VSV's (66%, n=24) heeft afspraken gemaakt over welk screeningsinstrument gebruikt wordt. Dit percentage lijkt vergelijkbaar met eerdere jaren.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator en de Monitor Kansrijke Start 2024 met uitgebreidere cijfers en informatie bij deze indicator.

Na de geboorte

13. Gezinnen die geen kraamzorg afnemen: 1,6%

Data over 2023 en 2024 niet beschikbaar, wel verdieping en gedetailleerde achtergrondinformatie in recent gepubliceerde kennisnotitie

De benodigde data over 2023 en 2024 zijn voor deze indicator nog niet beschikbaar bij het RIVM. Deze indicator kan dus alleen gepresenteerd worden tot en met het jaar 2022.

In maart 2026 heeft het RIVM een kennisnotitie gepubliceerd over trends en verschillen in kraamzorggebruik tussen 2016 en 2022. Daarin zijn onder andere uitsplitsingen gemaakt naar achtergrondkenmerken en regio's. De aanleiding hiervoor waren signalen over de toegankelijkheid en het aanbod van kraamzorg door personeelstekorten, met name bij kwetsbare groepen en in bepaalde regio's.

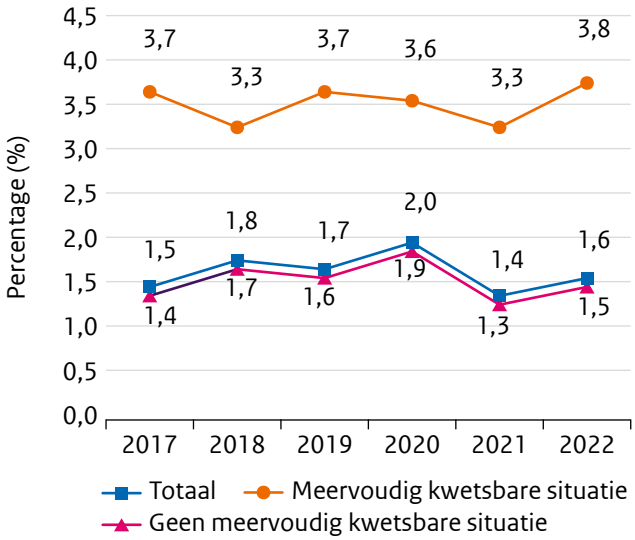
Percentage gezinnen zonder kraamzorg laag, maar percentage gezinnen met minimum aantal kraamzorguren neemt toe

In 2022 ontving 1,6% van gezinnen na de bevalling geen kraamzorg. Tussen 2017 en 2022 fluctueerde dit percentage tussen de 1,4 en 2,0 (figuur 26). Het gemiddeld aantal ontvangen uren kraamzorg per gezin is over de jaren afgenomen, van 44 uur in 2016 naar 40 uur in 2022. Het aandeel gezinnen dat 1-23 uur ontvangt (dat is minder dan het aanbevolen minimum van 24 uur), steeg van 8% in 2016 naar 11% in 2022 (16).

Percentage gezinnen dat geen en minimum kraamzorg ontvangt hoger onder gezinnen in eenmeervoudig kwetsbare situatie

In 2022 ontvingen gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie vaker geen kraamzorg (3,8%) dan gezinnen die hier niet mee te maken hadden (1,5%) (figuur 26). Gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie ontvangen vaker minder dan 24 uur kraamzorg (17%) dan gezinnen in een niet-kwetsbare situatie (7%)(16). Het verschil in ontvangen kraamzorguren tussen gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie en niet-kwetsbare situatie is de afgelopen jaren stabiel gebleven.

Figuur 26 Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afneemt, totaal en uitgesplitst naar wel/niet in een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2022



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

Bron: Vektis, CBS microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

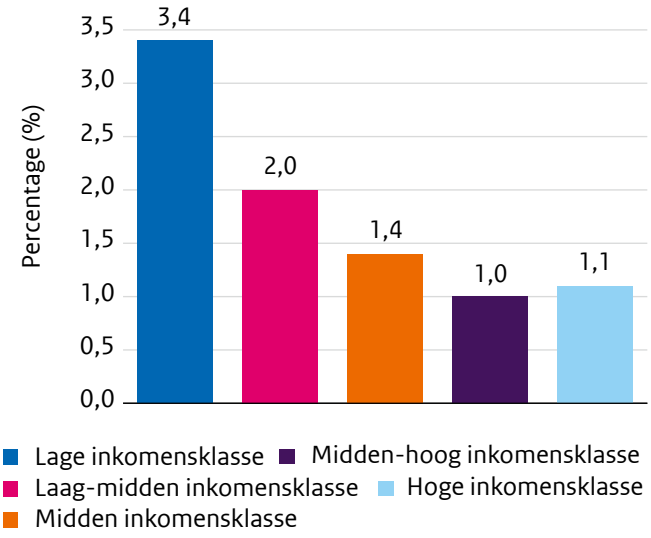
Verschillen in achtergrondkenmerken tussen gezinnen die wel en geen kraamzorg ontvingen

In de jaren 2017 tot en met 2022 ontvingen gezinnen met het laagste inkomen vaker geen kraamzorg (3,4%) dan gezinnen uit de hoogste inkomensklasse (1,1%) (figuur 27). Daarnaast was het percentage gezinnen dat geen kraamzorg ontving tussen 2017 en 2022 hoger wanneer de moeder een basisonderwijs of vmbo-opleiding heeft afgerond (3,1%), vergeleken met gezinnen waar de moeder een hbo- of wo-opleiding (1,0%) heeft afgerond (figuur 28).

In de tweede helft van 2026 zal het RIVM vervolgonderzoek uitvoeren naar redenen waarom gezinnen geen of weinig kraamzorg ontvangen. Ook zal het RIVM, samen met Zorginstituut Nederland, onderzoek doen naar de behoefte aan kraamzorg onder gezinnen.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start en de gepubliceerde kennisnotitie voor meer informatie over de indicator.

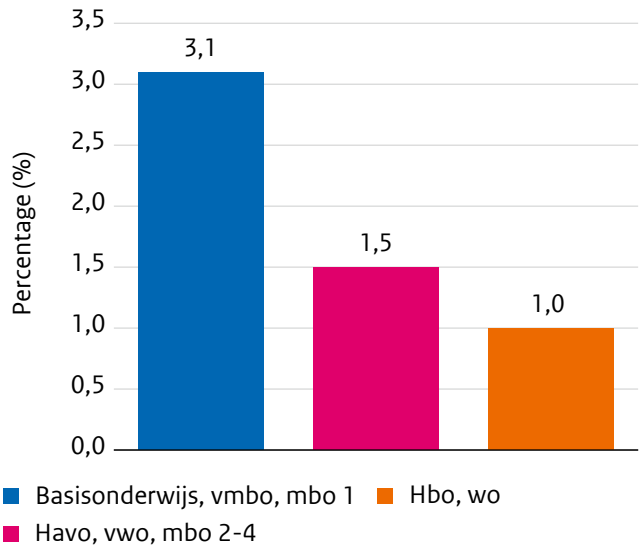
Figuur 27 Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afnam, uitgesplitst naar huishoudinkomen*, 2017–2022



** Voor een toelichting op huishoudinkomensklassen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: Vektis, CBS microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 28 Percentage gezinnen dat geen kraamzorg afnam, uitgesplitst naar opleiding*, 2017–2022



** Voor een toelichting op de opleidingsniveau typen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: Vektis, CBS microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

14. Kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een meervoudig kwetsbare situatie: 6,7%

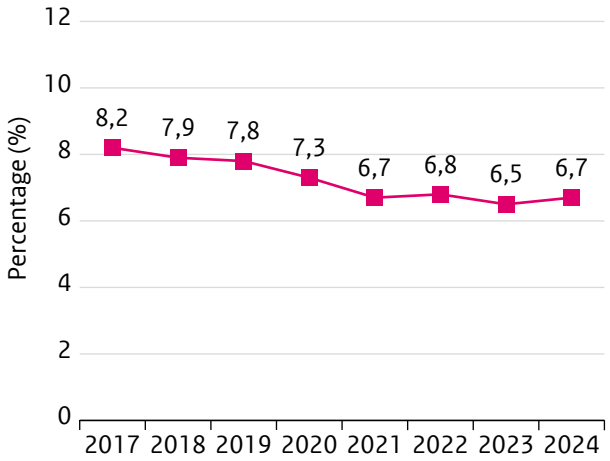
Percentage kinderen geboren in een gezin met een meervoudig kwetsbare situatie daalde tot 2023 en nam in 2024 licht toe

In 2024 werd 6,7% van de kinderen geboren in een gezin dat te maken heeft met een *meervoudig* kwetsbare situatie (figuur 29). Een meervoudig kwetsbare situatie betekent dat er verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen tegelijk aanwezig zijn (bijvoorbeeld sociaaleconomisch, psychosociaal en medisch). Daarnaast is er vaak een gebrek aan beschermende factoren (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een partner of een koopwoning). Bij de berekening van het percentage zijn gezinnen in een *enkelvoudig* kwetsbare situatie buiten beschouwing gelaten. Bij een enkelvoudige kwetsbare situatie komen alleen in één domein risicofactoren voor en in andere domeinen zijn beschermende factoren aanwezig. Op de RIVM-webpagina over Kansrijke Start is meer informatie te lezen over het meten van- en onderzoek naar kwetsbaarheid.

Het percentage is afgenomen van 8,2% in 2017 naar 6,5% in 2023, en steeg licht naar 6,7% in 2024. De ontwikkelingen in het percentage hangen samen met trends in de onderliggende risico- en beschermende factoren van gezinnen waarin de kinderen worden geboren (zie kennisnotitie). Zo is het aandeel moeders met problematische schulden in de afgelopen jaren tot 2022 gedaald en in 2024 licht gestegen (indicator 10).

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

Figuur 29 Percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie*, 2017-2024



** De volgende factoren over de moeder en het huishouden zijn in de berekening meegenomen: leeftijd, etniciteit, aantal kinderen van de moeder, asielzoekersstatus, opleidingsniveau, huishoudinkomen[2], inkomensbron (uitkering, student, arbeid), schulden, arbeidscontract, arbeidsduur, gezinssituatie, burgerlijke staat, scheiding, gezinsgrootte[2], jeugdondersteuning in gezin (voor een eerder kind)[2], totale zorguitgaven, uitgaven huisarts, uitgaven ziekenhuis, medicatiegebruik, verslavingszorg, ggz-gebruik, licht verstandelijke beperking, slachtoffer/ verdachte van misdrijf, detentie, verhuizingen, verlies partner of kind, woning- en motorvoertuigbezit[2], afstand tot huisarts[2], leefbaarheid van de buurt[2].*

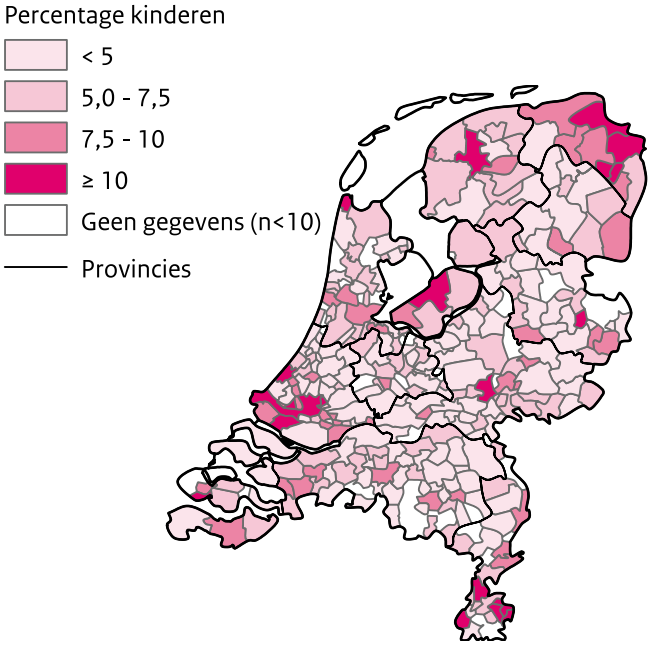
Bron: CBS microdata, gekoppeld op individueel niveau, verwerkt en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

[2] Dit betreft kenmerken van het huishouden in plaats van de zwangere vrouw alleen.

Verdiepend onderzoek kwetsbaarheid

In juni 2026 heeft het RIVM een kennisnotitie gepubliceerd over de relatie tussen geboren worden in een meervoudig kwetsbare situatie en het zorggebruik en de zorguitgaven van kinderen tot zes jaar na de geboorte. Ook zijn in deze kennisnotitie achtergrondkenmerken beschreven (waaronder risico- en beschermende factoren voor kwetsbaarheid) van gezinnen die zich wel of niet in een meervoudig kwetsbare situatie bevinden. In de kennisnotitie zijn data tot en met 2023 gebruikt.

Figuur 30 Landelijke spreiding percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie (op gemeenteniveau), vijfjarig gemiddelde van 2020 t/m 2024



Bron: CBS microdata, gekoppeld op individueel niveau, verwerkt en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Kinderen die geboren worden in een meervoudig kwetsbare situatie gebruiken meer zorg en hebben hogere zorguitgaven in het medisch domein

Kinderen die geboren worden en opgroeien in een meervoudig kwetsbare situatie gebruiken meer zorg en hebben hogere zorguitgaven in de eerste zes levensjaren.

Als alle medische zorg bij elkaar wordt opgeteld, hebben kinderen in deze groep de eerste zes jaar gemiddeld 7.000 euro (bijna 55 procent) meer zorgkosten, waarvan 2.500 euro in het geboortejaar. Het verschil in zorgkosten is ook zichtbaar voor specifieke typen zorg zoals huisarts-enzorg, ziekenhuiszorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg en mondzorg. Ook binnen het sociaal domein zijn er verschillen in gebruik. Kinderen uit gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie gebruiken vaker speciaal (basis)onderwijs, jeugdhulp en jeugdbescherming.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

15. Vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap: 16,3%

Vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht weer toegenomen sinds 2021

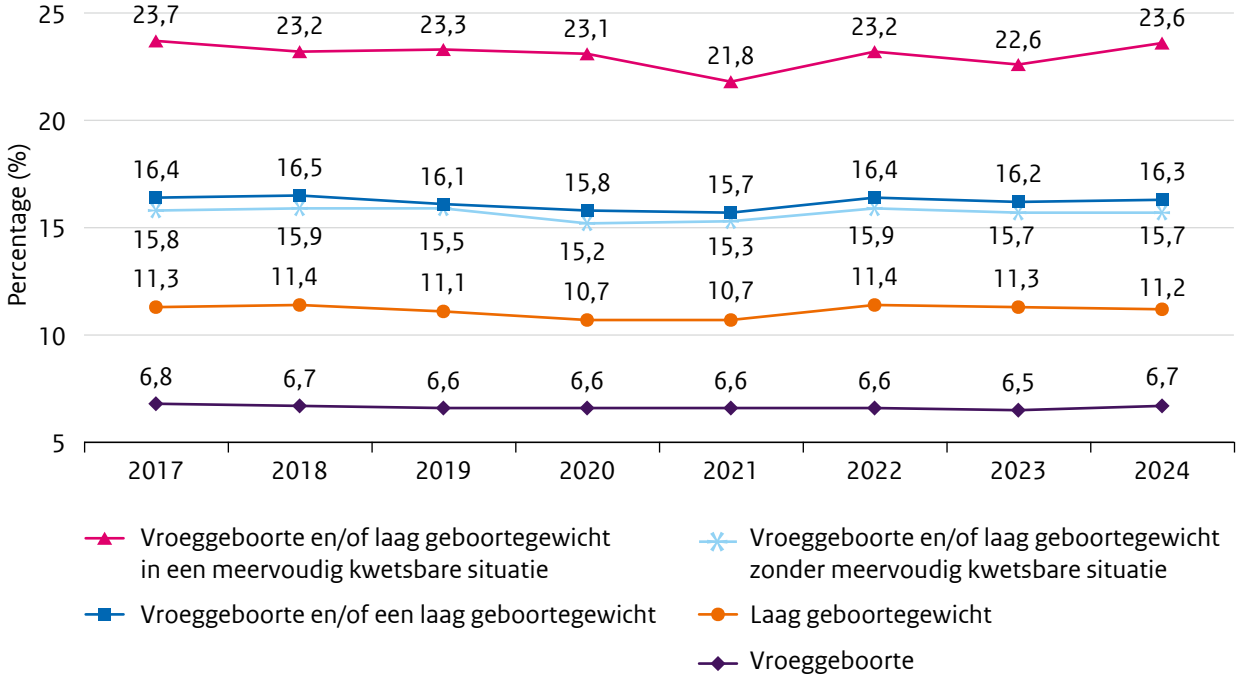
In 2024 werd 16,3% van de kinderen te vroeg (<37 weken zwangerschapsduur) en/of met een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap (<10e percentiel) geboren, 6,7% werd te vroeg geboren en 11,2% had een laag geboortegewicht (figuur 31). Tot en met 2021 was er een dalende trend te zien voor vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht. Nu de cijfers voor 2022, 2023 en 2024 beschikbaar zijn (zie tekstbox 7), is te zien dat het percentage de laatste jaren gestegen is. Vooral het percentage kinderen met een laag geboortegewicht is toegenomen. Het percentage vroeggeboorten blijft stabiel over de jaren.

In figuur 32 is zichtbaar dat het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht verschilt per gemeente.

Percentage vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht hoger onder kinderen geboren in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie

Het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht is hoger als deze kinderen geboren worden in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie in vergelijking tot kinderen waarvoor dit niet geldt (figuur 31). Dit percentage daalde van 23,7% in 2017 naar 21,8% in 2021, maar is daarna weer toegenomen naar 23,6% in 2024. Onder kinderen die niet te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie daalde het percentage van 15,8% in 2017 naar 15,3 in 2021. Ook in deze groep nam het percentage na 2021 toe, namelijk naar 15,7% in 2024.

Figuur 31 Percentage vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap*, totaal en gespecificeerd naar gezinnen die wel/niet te maken hebben met een meervoudig kwetsbare situatie**, 2017-2024

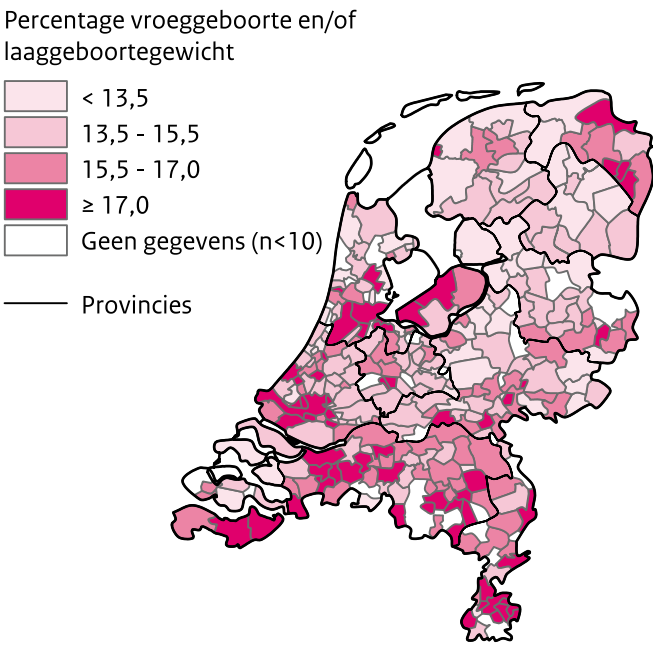


** Meerdere kinderen zijn zowel te vroeg geboren als te klein voor de duur van de zwangerschap, waardoor de som van beide niet gelijk is aan het totaal.*

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

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 32 Landelijke spreiding van het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laaggeboortegewicht, vijfjarig gemiddelde van 2020 t/m 2024



Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

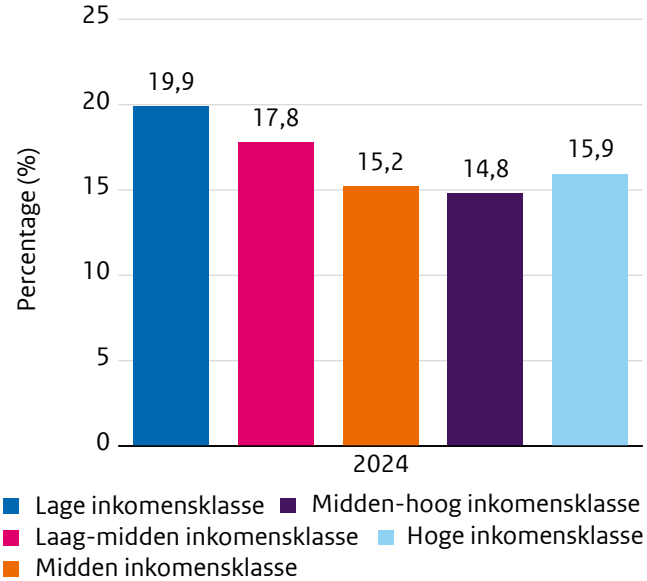
Vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht komen vaker voor bij lagere inkomensklassen en opleidingsniveaus

Het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap is lager naarmate de huishoudinkomensklasse van de moeder hoger is (figuur 33). Kinderen met een moeder in de hoogste inkomensklasse vormen een uitzondering. Bij hen komt een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht procentueel gezien vaker voor (15,9% in 2024) dan bij kinderen met moeders in de midden en midden-hoog inkomensklasse (respectievelijk 15,2 en 14,8%). Het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht is hoger onder moeders met als hoogst behaalde opleiding basisonderwijs, vmbo of mbo-niveau 1 (21,2% in 2024) dan onder moeders van de andere twee opleidingsgroepen (16,7% en 14,1% in 2024) (figuur 34).

In de zomer van 2026 is een verdere verdieping en duiding van deze cijfers gepubliceerd op VZinfo.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

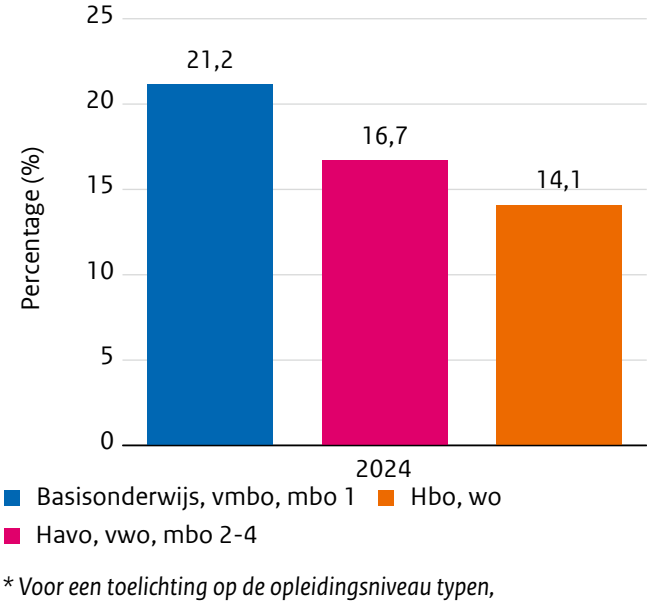
Figuur 33 Percentage vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht in 2024, uitgesplitst naar huishoudinkomen*



** Voor een toelichting op huishoudinkomensklassen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

Figuur 34 Percentage vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht in 2024, uitgesplitst naar opleiding*



** Voor een toelichting op de opleidingsniveau typen, zie deze webpagina op VZinfo.*

Bron: Perined, CBS-microdata, gekoppeld op individueel niveau en geaggregeerd in DIAPER door RIVM (2026).

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

Percentage kinderen met spraak-taalachterstand rond de leeftijd van twee jaar licht gedaald

In 2025 scoorde 6,5% van de kinderen rond de leeftijd van twee jaar (n=5.947) negatief op de twee kenmerken van de spraak-taalontwikkeling van het van Wiechen-onderzoek ('zegt zinnen van twee woorden' en 'wijst zes lichaamsdelen aan bij een pop'). In de afgelopen jaren nam het percentage kinderen met een negatieve score op spraak-taalontwikkeling toe van 5,5% in 2018 naar 6,4% in 2022 (figuur 35). Het percentage is sinds 2022 stabiel gebleven met een lichte daling in 2025. De benodigde data voor deze indicator zijn aangeleverd door JGZ-organisaties (tekstbox 8). In totaal waren in 2025 gegevens van 92.048 tweejarige kinderen beschikbaar vanuit 28 JGZ-organisaties (tabel 4). Het percentage kinderen dat negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar varieert tussen de JGZ-organisaties van 1,2% tot 12,9%.

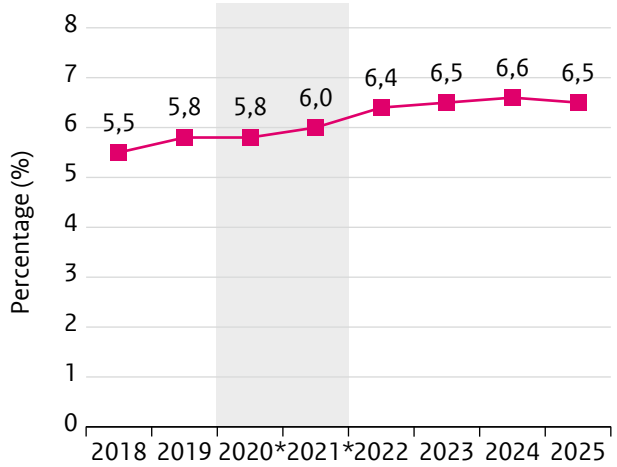
Tabel 4 Kinderen die negatief scoren op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totaal aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	96.767	98.965	67.959	80.977	98.520	103.695	105.602	92.048
% Kinderen dat negatief scoort bij het item 'zegt zinnen van 2 woorden' en 'wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop'	5,5% (n=5.316)	5,8% (n=5.739)	5,8% (n=3.964)	6,0% (n=4.829)	6,4% (n=6.307)	6,5% (n=6.726)	6,6% (n=6.976)	6,5% (n=5.947)
Aantal JGZ organisaties waarvan gegevens beschikbaar	27	27	27	27	30	28	30	28
Spreiding tussen JGZ organisaties	0,8%-9,6%	1,0%-10,9%	1,4%-18,8%	1,5%-22,4%	1,7%-16,4%	1,9%-15,6%	1,7%-14,2%	1,2%-12,9%

** In de eerdere rapportages van de monitor Kansrijke Start (2019 – 2024) worden andere percentages vermeld. Dit komt doordat de percentages elk jaar gebaseerd zijn op de data die in dat jaar zijn aangeleverd, die mogelijk afkomstig zijn van andere responderende JGZ-organisaties.*

Bron: uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2026.

Figuur 35 Ontwikkeling in het percentage kinderen dat negatief scoort op spraak-taalontwikkeling rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2025



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

Bron: uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2026.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Tekstbox 8 Aanlevering JGZ-gegevens

In 2025 zijn alle JGZ organisaties die zorg aanbieden aan kinderen van 0 tot 4 jaar benaderd om gegevens aan te leveren over spraak-taalontwikkeling en overgewicht op tweejarige leeftijd, evenals over het aantal uitgevoerde prenatale huisbezoeken. Van de 34 benaderde JGZ-organisaties hebben er 28 gegevens aangeleverd over spraak-taalontwikkeling en overgewicht (indicator 16 en 17). Dat is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Niet alle JGZ-organisaties hebben gegevens over de volledige periode (2018-2025) kunnen aanleveren. Indien uitsluitend gekeken wordt naar JGZ-organisaties die wel alle jaren hebben aangeleverd, blijven de cijfers en trends consistent. Toch moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er ontbreken gegevens van zes JGZ-organisaties, waardoor de indicatoruitkomst mogelijk niet representatief is voor heel Nederland. Ook de vergelijkingen met de jaren 2020 en 2021 moeten met terughoudendheid worden gemaakt. In die jaren zijn minder kinderen (fysiek) gezien door de JGZ vanwege de COVID-19 maatregelen. Dit kan betekenen dat specifieke doelgroepen juist vaker gezien werden en daarom de werkelijke percentages kunnen afwijken van de gepresenteerde cijfers. Toch kunnen deze gegevens, bij gebrek aan een landelijke registratie, een indicatie geven van de spraak-taalontwikkeling en overgewicht bij kinderen op tweejarige leeftijd.

17. Kinderen met overgewicht rond de leeftijd van twee jaar: 10,6%

Stijging van het percentage kinderen rond de leeftijd van twee jaar met overgewicht

In 2025 had 10,6% van de kinderen rond de leeftijd van twee jaar (n=10.438) overgewicht of obesitas. In de afgelopen jaren nam het percentage kinderen met overgewicht of obesitas toe van 8,5% in 2018 naar 10,6% in 2025 (figuur 36). De benodigde data voor deze indicator is aangeleverd door JGZ-organisaties (tekstbox 8). In totaal waren in 2025 gegevens van 98.430 tweejarige kinderen beschikbaar vanuit 28 JGZ-organisaties (tabel 5). Het percentage kinderen met overgewicht of obesitas varieert tussen de JGZ-organisaties van 8,1 tot 18,1%.

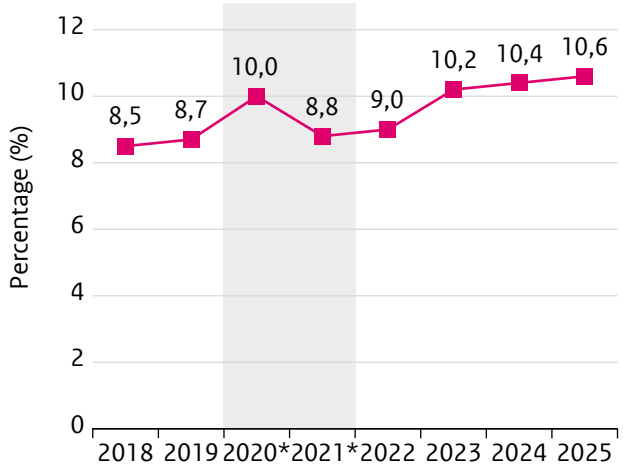
Tabel 5 Kinderen met overgewicht of obesitas rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totaal aantal kinderen waarover gegevens beschikbaar zijn	107.326	111.157	61.655	74.039	104.401	120.838	121.679	98.430
% kinderen waarbij de Body Mass Index binnen de categorieën 'overgewicht' of 'obesitas' valt	8,5% (n=9.094)	8,7% (n=9.712)	10.0% (n=6.162)	8,8% (n=6.491)	9,0% (n=9.406)	10,2% (n=12.267)	10,4% (n=12.686)	10,6% (n=10.438)
Aantal JGZ organisaties gegevens aangeleverd	27	27	25	24	29	28	30	28
Spreiding tussen JGZ organisaties	6,8%-14,1%	6,1%-15,4%	7,4%-16,2%	5,6%-15,0%	5,9%-16,3%	6,3%-19,0%	6,6%-20,9%	8,1%-18,1%

** In de eerdere rapportages van de monitor Kansrijke Start (2019 – 2024) worden andere percentages vermeld. Dit komt doordat de percentages elk jaar gebaseerd zijn op de data die in dat jaar zijn aangeleverd, welke mogelijk afkomstig zijn van andere responderende JGZ-organisaties.*

Bron: uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2026.

Figuur 36 Percentage kinderen met overgewicht of obesitas rond de leeftijd van twee jaar, 2018-2025



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

Bron: uitvraag onder alle JGZ-organisaties die zorg tussen 0-4 jaar aanbieden, januari 2026.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

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

Geen nieuwe data van vrouwen met depressie-, angst en/of stressklachten na de bevalling

De benodigde data over 2025 zijn voor deze indicator niet beschikbaar, omdat er geen nieuwe uitgave is van de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap. Deze indicator kan alleen gepresenteerd worden voor het jaar 2023.

Uit een steekproef onder vrouwen in Nederland in 2023 gaf 33% aan depressie-, angstklachten en/of (heel) veel stress te hebben ervaren na de geboorte van hun kind(eren). Meer informatie over cijfers uit 2023 is te vinden in de Monitor Kansrijke Start 2024.

Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicator.

Inzet interventies en activiteiten

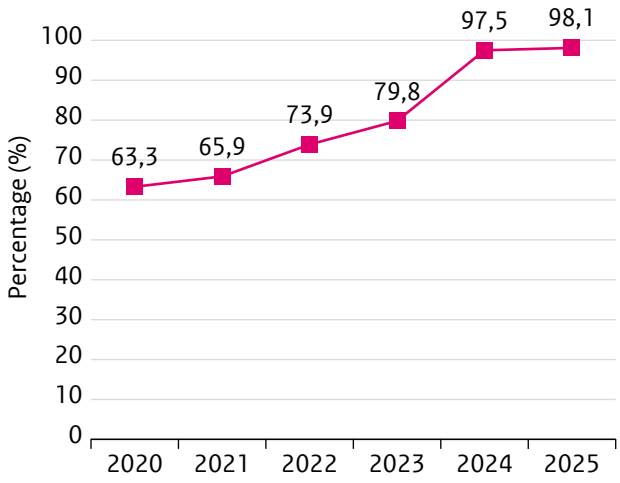
Er zijn meerdere preventieve, effectief-bewezen interventies beschikbaar die bijdragen aan een Kansrijke Start van (aanstaande) ouders en kinderen. Deze interventies waren eerder gebundeld in de menukaart Kansrijke Start. Sinds 2023 zijn de erkende interventies uit deze menukaart te vinden in de interventiedatabase Kansrijke Start van Loket Gezond Leven van het RIVM. Begin 2026 bestaat de interventiedatabase Kansrijke Start uit 56 goed beschreven en erkende interventies uit zowel het zorg- als sociaal domein. De resultaten over de inzet van interventies in de afgelopen jaren (2020-2025) worden in dit onderdeel van het rapport gepresenteerd.

In totaal gaan 43 van de 56 interventies uit de interventiedatabase Kansrijke Start over de eerste 1.000-dagen-periode (vóór, tijdens en/of na de zwangerschap tot de leeftijd van 2 jaar). In totaal boden 98% van de responderende gemeenten (n=310) één of meer erkende interventies aan over deze gehele eerste 1.000 dagen (figuur 37).

Bijna alle responderende gemeenten bieden ten minste één erkende interventie aan

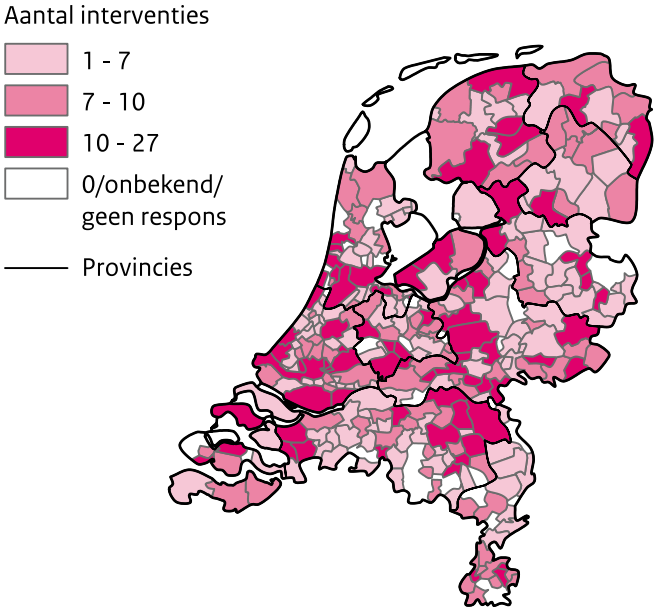
99% van de 316 responderende gemeenten bood in 2025 minimaal één erkende interventie aan van de 56 interventies die in de interventiedatabase Kansrijke Start staan. In 2024 was dit percentage 98% van de 314 responderende gemeenten. Het aanbod van interventies varieert sterk tussen gemeenten (figuur 38). 31% van de responderende gemeenten biedt tussen de 1 en 5 erkende interventies aan en 51% biedt tussen de 6 en 10 interventies aan. 16% van de gemeenten biedt meer dan 10 interventies aan. Ten opzichte van 2024 is het aandeel gemeenten dat meer dan 10 interventies aanbiedt, toegenomen (van 8% naar 16%). In 31 gemeenten in Nederland (9%) werd geen interventie van de interventiedatabase Kansrijke Start aangeboden, of is onbekend om welke interventies het gaat omdat niet alle gemeenten de vragenlijst hebben ingevuld.

Figuur 37 Percentage gemeenten met inzet van erkende interventies over de eerste 1.000 dagen, 2020-2025 (n=316)



Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Figuur 38 Landelijke spreiding aantal erkende interventies uit aanbod op gemeenteniveau in 2025



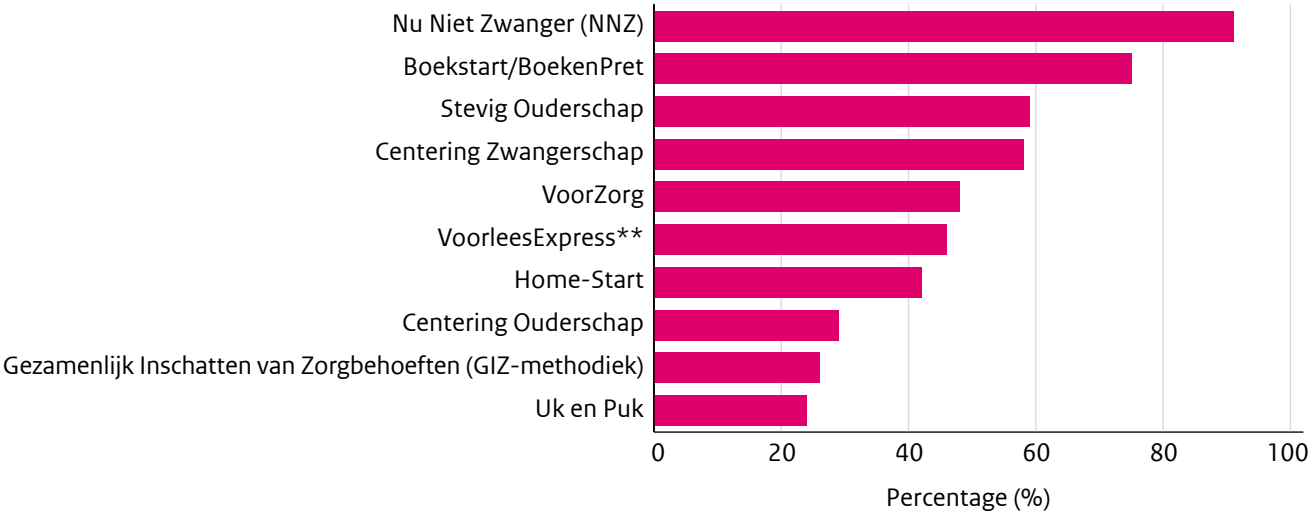
Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Naast inzet erkende interventies, ook inzet van andere activiteiten in gemeenten

Van de erkende interventies worden met name Boekstart/BoekenPret, Stevig Ouderschap, CenteringZwangerschap en VoorZorg veel ingezet (figuur 39). Sinds 2022 zijn dit steeds de meest ingezette interventies geweest. Ook biedt 37% van de responderende gemeenten interventies aan die niet erkend zijn en niet in de interventiedatabase Kansrijke Start van Loket Gezond Leven staan. Hierbij worden sociale interventies, zoals buurtgezinnen en moedergroepen veel genoemd, en ook de uitgifte van benodigdheden voor pasgeborenen, zoals Stichting Babyspullen. Daarnaast noemen gemeenten ondersteuningsactiviteiten voor (aanstaande) ouders, zoals MamaKits en Ouders Inc.

Er worden ook veel overige activiteiten ingezet binnen gemeenten. Activiteiten die het meest worden ingezet, zijn het multidisciplinair overleg (58%), de Psychiatrie-Obstetrie-Pediatrie-poli (47%) en het Zorgpad kwetsbare zwangere (43%). Ook worden financiële hulpmiddelen benut, zoals crisispotjes voor kraamzorg en anticonceptie (29%) en financiële/schuldhulpverlening voor zwangeren in een kwetsbare situatie (27%). Al deze activiteiten zijn vaker ingezet dan in 2024.

Figuur 39 Top 10 meest ingezette erkende interventies binnen gemeenten uit de interventiedatabase Kansrijke Start van Loket Gezond Leven in 2025*



** Omdat niet elke gemeente heeft gereageerd op de vragenlijst wijken de gepresenteerde percentages over Nu Niet Zwanger in deze figuur af van de uitvraag die jaarlijks wordt gedaan bij GGD GHOR Nederland, zoals gepresenteerd bij indicator 4.*
*** Hoewel deze interventie in de interventiedatabase Kansrijke Start is opgenomen, is de doelgroep van deze interventie 'gezinnen met kinderen van 2 tot 8 jaar' en valt hiermee buiten de periode van de eerste 1.000 dagen.*

Bron: Jaarlijkse vragenlijsten onder gemeenten, 2019-2026.

Beperkt inzicht in bereik interventies

Voor de top 10 meest ingezette erkende interventies binnen gemeenten is bij de interventie-eigenaren uitgevraagd hoeveel gemeenten en cliënten worden bereikt met de interventie. Dit verschilt per interventie door verschillen in de doelgroep en de aanpak. Zo is Nu Niet Zwanger actief in 312 gemeenten (zie indicator 4) met 12.000 deelnemers in 2025. Stevig Ouderschap wordt in 210 gemeenten uitgevoerd en bereikte 3675 gezinnen in 2025. CenteringZwangerschap bereikte 7,4% van de zwangeren in 2024 (zie indicator 8). Home-Start is ingezet in 157 gemeenten en heeft in 2025 3.129 gezinnen, 397 zwangeren en 6.217 kinderen bereikt. De interventie VoorleesExpress is in 2025 in 223 gemeenten ingezet en heeft 7.730 gezinnen en 5.200 kinderen bereikt. Bij sommige interventies is het lastig te achterhalen hoeveel gemeenten of cliënten worden bereikt, bijvoorbeeld doordat registraties ontbreken of doordat de interventie heel breed in verschillende contexten wordt ingezet (zoals GIZ-methodiek). Ook zijn er geen cijfers beschikbaar over meerdere jaren waardoor er geen inzicht is in trends door de jaren heen.

Basisfunctionaliteiten Kansrijke Start: inzet van NNZ, Integrale Gezinspoli en Rookvrije Start

Vanaf 2026 wordt vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) structureel financiering beschikbaar gesteld voor de inzet van Nu Niet Zwanger, Integrale Gezinspoli en Rookvrije Start als basisfunctionaliteiten in gemeenten. Handreikingen voor de basisfunctionaliteiten zijn sinds 1 juni 2026 beschikbaar via: Eerste handreikingen voor AZWA-basisfunctionaliteiten. Nu Niet Zwanger is op dit moment de meest ingezette interventie (91% van de gemeenten), terwijl Integrale Gezinspoli en Rookvrije Start in 2025 respectievelijk door 6% en 18% van de gemeenten zijn ingezet.

Resultaten Deel 2:
Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start

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

Activiteiten 2025 en eerste helft 2026

Leer- en ontwikkelgroep en themabijeenkomsten

Het RIVM faciliteert jaarlijks bijeenkomsten met de leer- en ontwikkelgroep van de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van lokale en regionale coalities. Het doel van deze bijeenkomsten is om ervaringen rond monitoring op lokaal en regionaal niveau uit te wisselen, van elkaar te leren en elkaar te inspireren. In 2025 kwam deze groep drie keer online bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomsten benoemden de deelnemers knelpunten en inspireerden zij elkaar door te delen hoe monitoring op lokaal en/of regionaal niveau is ingericht. Daarnaast werden onderwerpen voor themabijeenkomsten vastgesteld, die toegankelijk zijn voor iedereen. Begin 2026 zijn er twee focusgroepen georganiseerd met de leden van de leer- en ontwikkelgroep om te reflecteren op de activiteiten binnen de Lerende Lokale Monitor van de afgelopen jaren en om wensen en mogelijkheden voor de toekomst te bespreken.

In 2025 zijn er twee openbare themabijeenkomsten online georganiseerd. De besproken onderwerpen waren: ‘Leren binnen lokale en regionale coalities Kansrijke Start’ en ‘Hoe maakt u de maatschappelijke impact van Kansrijke Start zichtbaar?’. In maart 2026 werd ook een themabijeenkomst georganiseerd met als thema ‘De basis van monitoring en evaluatie van Kansrijke Start op lokaal en regionaal niveau’. Naast de inhoudelijke onderwerpen zijn tijdens de bijeenkomsten ook praktijkervaringen gedeeld. Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor de onderwerpen van de bijeenkomsten en links naar opnames.

Lokale indicatorenset

De indicatorenset Lokale Monitoring Kansrijke Start (17) wordt gepresenteerd op Regiobeeld.nl. Deze gegevens bieden een startpunt voor gesprekken en helpen bij het vormgeven van Kansrijke Start op lokaal of regionaal niveau. Ook kunnen gebruikers gegevens vergelijken met andere gemeenten, landelijke gemiddelden en regionale cijfers (bijvoorbeeld provincie of GGD-regio). In 2025 zijn weer enkele indicatoren toegevoegd aan de pagina op Regiobeeld: zorguitgaven van aanstaande ouders, overdrachten van eerste naar tweede lijn en kinderen in een eenouderhuishouden. In de komende jaren worden de gegevens verder aangevuld met nieuwe indicatoren en de meest recent beschikbare data vanuit de verschillende databronnen (onder andere CBS, Perined en Vektis).

Regionale rapportages

In 2025 zijn voor het eerst regionale rapportages Kansrijke Start opgesteld voor de GGD-regio’s. Deze rapportage bevat de resultaten van de gemeenten in de betreffende GGD-regio die de vragen uit de gemeentelijke GALA-vragenlijst 2025 over de ketenaanpak Kansrijke Start hebben ingevuld. In de rapportage worden de resultaten van zowel de eigen regio als van heel Nederland teruggekoppeld, zodat de regio hier zelf mee aan de slag kan. De cijfers worden niet door het RIVM geduid.

Monitoring door gemeenten

Driekwart gemeenten brengt resultaten Kansrijke Start in beeld

In totaal hebben 313 van de 316 responderende gemeenten in de GALA-vragenlijst vragen beantwoord over de lokale monitoring van Kansrijke Start. Hiervan gaf 77% aan resultaten van Kansrijke Start in beeld te brengen. Hiervoor gebruikt 62% lokale cijfers en indicatoren. Dat is een kleine toename ten opzichte van 2024 (58%). Daarnaast bevraagt 52% van de gemeenten (ook) ervaringen van professionals en hun organisaties. Ook hier is een toename te zien ten opzichte van de monitor 2024 (45%). Andere manieren om resultaten in beeld te brengen, zijn het bevragen van de doelgroep/(aanstaande) ouders (23%), ervaringsdeskundigen (4%) of cliëntenorganisaties (3%). In 11% van de gemeenten worden helemaal geen resultaten in beeld gebracht, en bij de resterende gemeenten (12%) is onbekend of dit gebeurt. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met 2024.

Gebruik pagina Kansrijke Start op Regiobeeld toegenomen

Van de gemeenten die aangaven lokale cijfers en indicatoren te gebruiken om resultaten van Kansrijke Start in beeld te brengen (n=195), maakt meer dan de helft (56%) in 2025 gebruik van Regiobeeld.nl. Dit is een toename ten opzichte van de monitor 2024 (50%). Daarnaast geeft 76% van de gemeenten aan (ook) gegevens van JGZ-organisaties te gebruiken om hun resultaten in beeld te brengen. In 61% van de gemeenten worden (ook) eigen gegevens gebruikt. Verder noemt 25% van de gemeenten dat zij gebruikmaken van andere gegevensbronnen zoals de GGD (bijvoorbeeld de Gezondheidsmonitor en Gezondheidsatlas) en waarstaatjegemeente.nl. Al deze percentages zijn toegenomen ten opzichte van 2024.

Interviews meest gebruikte methode om ervaringen in beeld te brengen

Van de gemeenten die aangaven ervaringen van de doelgroep, cliëntenorganisaties, ervaringsdeskundigen of zorgverleners te gebruiken om resultaten van Kansrijke Start in beeld te brengen (n=178), doet 31% dit via interviews, 13% via spiegelgesprekken en 7% via focusgroepen. In 32% van deze gemeenten worden hiervoor (ook) vragenlijsten gebruikt. Daarnaast gaven gemeenten aan dat dit tijdens netwerk- of coalitiebijeenkomsten of in bestaande gesprekken gebeurt. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de monitor 2024.

Plannen voor de tweede helft van 2026

Regiobeeld: indicatoren op lokaal en regionaal niveau

In de tweede helft van 2026 worden de indicatoren op Regiobeeld.nl geactualiseerd met de meest recent beschikbare data vanuit Perined en het CBS. In de komende jaren worden waar mogelijk ook aanvullende indicatoren uit de keuzeset en ontwikkelagenda toegevoegd aan Regiobeeld.nl.

Regionale rapportages

In het najaar van 2026 zullen wederom regionale rapportages opgesteld worden waarin de resultaten uit de GALA-vragenlijst 2026 over de ketenaanpak Kansrijke Start per GGD-regio worden teruggekoppeld.

Faciliteren leer- en ontwikkelgroep en organiseren themabijeenkomsten

In oktober 2026 faciliteert het RIVM opnieuw een online themabijeenkomst en een bijeenkomst van de leer- en ontwikkelgroep van de Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start. Het thema van de themabijeenkomst zal zijn: 'Monitoring van Kansrijke Start in relatie tot de monitoring van andere ketenaanpakken'.

Aansluiten Landelijk Lerend Netwerk Regionale Samenwerking Kansrijke Start en Werkgroep Samenwerking Leerinfrastructuur Kansrijke Start

Voor het borgen en verduurzamen van Kansrijke Start is voor sommige onderdelen regionale samenwerking nodig (bijvoorbeeld omdat betrokken partijen regionaal werken, zoals Verloskundige Samenwerkingsverbanden). In verschillende regio's werken 'trekkers' aan deze regionale samenwerking. In 2024 heeft Pharos, in opdracht van het ministerie van VWS, een Landelijk Lerend Netwerk Regionale Samenwerking Kansrijke Start opgezet. In dit netwerk kunnen de regionale trekkers ervaringen, resultaten, kennis, tips en tricks met elkaar delen. Omdat monitoring ook een terugkerend thema in dit netwerk is, sluit het RIVM sinds 2025 aan bij dit netwerk en loopt door in 2026.

Daarnaast is in 2025 het kennisplatform Kansrijke Start gelanceerd en is de Werkgroep Samenwerking Leerinfrastructuur Kansrijke Start opgericht. In deze werkgroep werken (kennis) partners, die betrokken zijn bij Kansrijke Start, samen aan de kwaliteit en relevantie van het inhoudelijke aanbod van de leerinfrastructuur. Het doel hiervan is het versterken van het gezamenlijk leren, bevorderen van opschaling van wat werkt en bijdragen aan effectieve en consistente ondersteuning van regionale en lokale coalities Kansrijke Start. Het RIVM neemt sinds de start deel aan deze werkgroep en draagt op het gebied van monitoring en evaluatie bij aan het kennisplatform.

Beschouwing

In deze beschouwing worden de resultaten van de monitor Kansrijke Start 2025 samengevat en in perspectief geplaatst. Daarnaast staan er enkele overwegingen beschreven over de dataverzameling en methodologie.

Samenvatting resultaten

Groei en verankering van Kansrijke Start in gemeenten

Deze Monitor Kansrijke Start 2025 laat zien dat de aanpak steeds meer ingebed raakt in het gemeentelijke beleid. Op programma- en procesniveau is een positieve ontwikkeling te zien. Het aandeel gemeenten met een lokale of regionale coalitie blijft stijgen (92%) en nagenoeg alle gemeenten bieden prenatale huisbezoeken aan via de JGZ en het programma Nu Niet Zwanger. Ook het aanbod van preventieve erkende interventies groeit. Samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en organisaties in het medisch en sociaal domein zijn toegenomen. En er is meer aandacht voor de voortzetting van Kansrijke Start en het creëren van een vitale coalitie. Dit blijkt uit het groeiend aantal gemeenten dat periodieke reflectiegesprekken voert.

Blijvende knelpunten in uitvoering, samenwerking en bereik

Ondanks de positieve ontwikkeling blijven er knelpunten bestaan. Onzekerheid over structurele financiering en beperkte personele capaciteit vormen een belemmering voor de verdere implementatie van Kansrijke Start. De samenwerking met partijen uit de community of wijk en het betrekken van ervaringsexpertise en (aanstaande) ouders blijven achter; slechts een derde van de gemeenten doet dit actief, en het aandeel gemeenten is afgenomen ten opzichte van de monitor 2024. Samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars ontbreken vaak, en gemeenten gaven aan dat zij moeite hebben met het bereiken van de juiste doelgroep, vooral gezinnen in een (meervoudig) kwetsbare situatie.

Dalende trend in (gezondheids)uitkomsten ouders en kinderen

De (gezondheids)uitkomsten laten een minder positief beeld zien. Psychische problematiek onder zwangeren en/of partners neemt toe en een derde van de vrouwen geeft aan depressie-, angstklachten of veel stress te ervaren na de bevalling. Ook is er een lichte toename van problematische schulden onder zwangeren en partners, vooral bij gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie. Het percentage kinderen dat te vroeg en/of met een laag geboortegewicht wordt geboren, is licht toegenomen en is hoger bij gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie. Ook het aandeel kinderen met overgewicht en spraak-taalontwikkelingsachterstand is al enkele jaren hoger dan in 2018. Er is daarbij wel sprake van grote regionale variatie. Bij verschillende indicatoren zijn duidelijke sociaaleconomische verschillen zichtbaar, waarbij de minder gunstige gezondheidsuitkomsten vaker voorkomen bij lagere inkomensklassen en opleidingsniveaus, en gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie.

Resultaten in perspectief

Samenwerking en betrokkenheid binnen Kansrijke Start

Hoewel literatuur over domeinoverstijgende samenwerking en het ‘health in all policies’-principe onderstreept dat gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokkenen belangrijk is voor duurzame preventie en het verkleinen van gezondheidsverschillen (18), laat de monitor zien dat betrokkenheid van diverse partijen en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor Kansrijke Start nog niet vanzelfsprekend zijn. Ondanks dat steeds meer gemeenten een coalitie vormen, en daarmee de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein versterken, blijven knelpunten bestaan. Gemeenten ervaren belemmeringen zoals onvoldoende tijd en capaciteit, en structurele middelen. Daarnaast ontbreken vaak samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars, die tot nu toe beperkt betrokken zijn bij Kansrijke Start. Hun rol is minder prominent dan bij andere ketenaanpakken (19). Dit hangt samen met de opzet van Kansrijke Start in 2018, waarbij gemeenten de regie hadden, en zorgverzekeraars wachtten op duidelijke landelijke kaders over hun rol (19). Dit is opvallend, omdat samenwerking tussen het medische en sociaal domein juist de kern

is voor de aanpak Kansrijke Start. Betrokkenheid van zorgverzekeraars kan bijdragen aan een samenhangende aanpak en gedeelde investeringen in preventie. Positief is dat steeds meer gemeenten aandacht besteden aan de voortzetting van Kansrijke Start, bijvoorbeeld via periodieke reflectiegesprekken en het streven naar een vitale coalitie. Echter de betrokkenheid van community-partijen en ervaringsdeskundigen bij de aanpak blijft vaak beperkt. Het versterken van de samenwerking met partijen als zorgverzekeraars en ervaringsdeskundigen is nodig om de effectiviteit van beleid te vergroten en daarmee ook in de impact in de praktijk.

Bereik en betrokkenheid ervaringsexpertise en ouders

Het bereiken van de juiste doelgroep, vooral gezinnen in een (meervoudig) kwetsbare situatie, blijft een uitdaging binnen Kansrijke Start. In de Aanpak Kansrijke Start 2026-2030 staat gelijkwaardig samenwerken met ouders en ervaringsdeskundigen centraal (20), maar slechts een derde van de gemeenten betrekt ervaringsexpertise en (aanstaande) ouders. Gemeenten geven aan dat het onduidelijk is hoe dit te organiseren en dat het weinig prioriteit heeft. Het signaleren, opsporen en betrekken van de doelgroep wordt als lastig ervaren. Deze ontwikkeling sluit aan bij landelijke trends: de recente RIVM-rapportage 'Samen werken aan de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn' (19) toont een daling van inwonerbetrokkenheid bij bestuurlijke besluiten sinds 2023. Wetenschappelijke literatuur laat zien dat participatie van de doelgroep leidt tot betere, passendere ondersteuning. Zo geven vrouwen aan behoefte te hebben aan regie en zorg die aansluit bij hun leefwereld en persoonlijke omstandigheden (21). Ook organisaties als Pharos en Loket Gezond Leven onderstrepen het belang van co-creatie en participatie van de doelgroep voor duurzame verandering. Toch blijkt dit in de praktijk lastig te realiseren door gebrek aan consensus, prioriteit, capaciteit en beschikbare vertegenwoordigers, zoals uit de resultaten van deze monitor ook naar voren komt. Het vergroten en versterken van inclusiviteit en participatie van de doelgroep vraagt om structurele aandacht en investering. Op die manier kan Kansrijke Start beter aansluiten op de behoeften van gezinnen in een (meervoudig) kwetsbare situatie en daadwerkelijk invloed hebben op hun gezondheid en welzijn.

Psychische problematiek en stress bij (aanstaande) ouders

Psychische problematiek en stress bij (aanstaande) ouders komt veel voor en neemt toe, wat direct invloed kan hebben op de eerste 1.000 dagen van een kind. Deze toename past binnen bredere maatschappelijke trends: volgens de Balansmeter van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) ervaren veel ouders structureel stress (22) en organisaties als Voor Werkende Ouders pleiten voor meer ondersteuning van gezinnen (23). De ontwikkelingen in de Monitor Kansrijke Start zijn ook vergelijkbaar met die van de algemene bevolking. De Monitor Mentale Gezondheid toont dat er al jaren een stijging is van psychische klachten, vooral bij adolescenten, jongvolwassenen en vrouwen (24). De monitor maakt duidelijk dat binnen de aanpak Kansrijke Start meer aandacht moet zijn voor mentale gezondheid. In 2026 volgt verdiepend onderzoek naar dit thema via de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen en verschijnt er een speciale themapagina over mentale gezondheid op het kennisplatform Kansrijke Start. Het prioriteren van mentale gezondheid binnen Kansrijke Start is belangrijk om (aanstaande) ouders en kinderen (in een meervoudig kwetsbare situatie) beter te ondersteunen en de negatieve effecten op hun gezondheid en welzijn te voorkomen.

Sociaaleconomische verschillen en kwetsbare situatie

De resultaten van de monitor laten zien dat sociaal-economische verschillen een grote rol spelen in de gezondheid en het welzijn van (aanstaande) ouders en hun kinderen. Gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie – waar sociale, economische en medisch problemen samenkomen – lopen een verhoogd risico op ongunstige uitkomsten als psychische klachten, problematische schulden of vroeggeboorte. Dit sluit aan bij CBS-onderzoek (25), waaruit blijkt dat hoewel het aandeel kinderen in een kwetsbare situatie sinds 2007 is afgenomen, de gezinnen met de laagste welvaartsniveaus juist kwetsbaarder lijken te worden door een toename in opeenstapeling van risicofactoren. Het onderzoek laat ook zien dat de negatieve impact van deze omstandigheden nog lang doorwerkt in de latere gezondheid, schoolprestaties en kansen op de arbeidsmarkt. Ook in een eerdere door het RIVM gepubliceerde kennisnotitie in 2026 komt naar voren dat kinderen geboren in een meervoudig kwetsbare situatie hogere zorguitgaven hebben later in het leven (26). Hoewel Kansrijke Start de maatschappelijke oorzaken van deze verschillen niet kan wegnemen, kan de aanpak wel bijdragen om negatieve gevolgen van kwetsbare omstandigheden te beperken. Het is daarom belangrijk aandacht te hebben voor maatwerk, vroegsignalering en begeleiding, al vanaf de preconceptiefase, omdat een

kwetsbare situatie dan vaak al zichtbaar is en van invloed is (27). Om echt invloed te kunnen hebben, is samenwerking met andere beleidsterreinen, zoals armoedebestrijding, schuldenaanpak en opvoedondersteuning nodig. Zo kan Kansrijke Start bijdragen aan het verkleinen vangezondheidsverschillen en het bieden van betere kansen voor kinderen.

Gezondheidsuitkomsten bij kinderen

De monitor laat zien dat de gezondheidsuitkomsten van jonge kinderen op meerdere vlakken aandacht blijven vragen. De meeste uitkomstindicatoren laten een ontwikkeling in de niet gewenste richting zien. Waar het percentage vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht in voorgaande jaren licht daalde, is er sinds 2021 sprake van een lichte stijging. Dit patroon is ook zichtbaar bij andere uitkomsten, zoals het toenemende aandeel kinderen met overgewicht sinds 2022. Dit blijkt ook uit de in juni verschenen KidsRights Index 2026, de internationale kinderrechtenranglijst, waarop Nederland opnieuw is gezakt en inmiddels buiten de top 20 staat (28). Volgens KidsRights is Nederland onder andere gezakt op de ranglijst vanwege de aanhoudende toename van overgewicht onder kinderen. Ook ziet de organisatie op veel andere punten onvoldoende verbetering. In 2026 volgt via de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen een verdere verdieping van de cijfers rond vroeggeboorte, laaggeboortewicht en andere geboorte-uitkomsten. De ontwikkelingen bij tweejarigen zijn zorgelijk, vooral omdat de onderliggende oorzaken niet eenduidig zijn aan te wijzen. Er is mogelijk een samenhang met risicofactoren, zoals armoede, stress en leefstijl (29-32). Ondanks alle inspanningen van de aanpak Kansrijke start, is de langjarige trend op gezondheidsuitkomsten bij kinderen niet positief. Dit laat zien dat preventie en ondersteuning niet bij de geboorte moeten stoppen, maar juist in de eerste levensjaren moeten worden voortgezet.

De kloof tussen aanbod en bereik

Bij verschillende interventies binnen Kansrijke Start is sprake van een kloof tussen het aanbod en het daadwerkelijke bereik, of ontbreekt het zicht hierop. Zo bieden vrijwel alle gemeenten prenatale huisbezoeken (PHB) aan, maar is het onbekend wie hiermee bereikt worden. Slechts een deel van de gemeenten heeft zicht op wie gebruikmaakt van dit aanbod, terwijl dit een belangrijk onderdeel is om de impact op lokaal niveau te kunnen beoordelen. De jaarlijkse monitor Prenataal Huisbezoek JGZ van het NCJ laat zien dat het aantal deelnemende organisaties en de samenwerking rondom het PHB JGZ toeneemt, maar het aantal aanmeldingen blijft achter en de registratie is nog onvoldoende (33). Ook bij andere interventies en preventieve zorg, zoals preconceptieconsulten en CenteringZwangerschap, is het aanbod groot, maar blijft het daadwerkelijke gebruik of deelname door vrouwen en zwangeren laag en regionaal divers en is het ook niet bekend of hiermee juist de zwangeren in een kwetsbare situatie worden bereikt. Voor het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) is wel bekend dat er jaarlijks circa 12.000 deelnemers zijn, maar ontbreekt inzicht in wie deze deelnemers precies zijn en of de juiste doelgroep wordt bereikt. Het aanbieden van een interventie is daarmee slechts de eerste stap. Goed signaleren, het bereiken van de juiste doelgroep en een passend vervolg zijn minstens zo belangrijk. Externe factoren, zoals wachttijden in de zorg, kunnen de opvolging verder bemoeilijken.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van gerichte monitoring, met aandacht voor zowel proces, bereik en uitkomstindicatoren, om het bereik en de impact van Kansrijke Start inzichtelijk te maken en uiteindelijk te vergroten.

Reflectie op methode

Reflectie op de methode en datakwaliteit

De Monitor Kansrijke Start biedt waardevolle inzichten over vier procesindicatoren op basis van een hoge respons op de gemeentelijke vragenlijst (ruim 90%). De procesindicatoren geven goed weer waar gemeenten aan werken en welk inspanningen worden geleverd. Omdat de indicatoren zijn berekend op basis van de responderende gemeenten, kan er sprake zijn van overschatting: het is niet bekend of niet-responderende gemeenten juist minder ver zijn met Kansrijke Start. Voor sommige indicatoren over gezondheid, zoals mentale gezondheid of middelengebruik (Trimbos-instituut) zijn zelfrapportages gebruikt, wat gevoelig is voor herinneringsfouten en sociaal wenselijke antwoorden. Bovendien zijn enkele databronnen van indicatoren uit de monitor gestopt of niet meer actueel: zo ontbreekt de Integrale Geboortezorg monitor van het CPZ en zijn er geen recente cijfers over het gebruik vaan kraamzorg. Dit beperkt de mogelijkheid om ontwikkelingen en gevolgen van beleid over tijd te volgen en tijdig bij te sturen. Positief is dat via Perined geboortezorgdata over 2022-2024 beschikbaar zijn, waardoor trends in geboorte-uitkomsten weer gevolgd kunnen worden. De verwachting is dat RIVM in 2026/2027 weer kan beschikken over actuele Vektis-data, waarmee ook het inzicht in recente kraamzorg cijfers inzichtelijk wordt. Een belangrijk knelpunt is het ontbreken van actuele, landelijke JGZ-data. Voor de huidige monitor worden de gegevens handmatig bij JGZ-organisaties opgehaald. Om meer inzicht te krijgen in oorzaken en achtergrondkenmerken van de gezondheid van twee jarigen, om zo ook meer handelingsperspectief te krijgen, is landelijke ontsluiting en standaardisatie van JGZ-gegevens nodig.

Toekomstige ontwikkelingen en aanbevelingen

Om de aanpak Kansrijke Start te kunnen sturen en bijstellen, zijn actuele volledige en gestandaardiseerde landelijke registratiedata nodig. Op die manier kunnen ontwikkelingen goed gevolgd worden en beleid tijdig en doelgericht worden aangepast. Het verdient hierbij de aanbeveling om kritisch te kijken naar de huidige indicatorenset van de monitor. Sommige procesindicatoren, zoals het percentage gemeenten dat PHB-JGZ aanbiedt, zijn al jaren hoog en bieden weinig relevante sturingsinformatie. De focus zou meer moeten liggen op bereik en uitkomstindicatoren, zoals bijvoorbeeld het aantal bereikte zwangeren met een PHB-JGZ per gemeente. Om informatie over het bereik van de aanpak Kansrijke Start inzichtelijk te maken, is het nodig dat er investeringen komen wat betreft datakwaliteit, landelijke ontsluiting en eenduidige registratie. Meer inzicht in de preconceptionele periode blijft een aandachtspunt. ZwangerWijzer biedt kansen om meer inzicht te krijgen in de gezondheid van personen met een zwangerschapswens. Ook zijn er ontwikkelingen in bepaalde regio's om de Kansrijke Start aanpak uit te breiden naar de periode van -12 maanden tot 4 jaar om de aansluiting met kinderopvang en onderwijs te versterken, bijvoorbeeld in Den Haag (34). Om zulke ontwikkelingen te volgen is het ook van belang dat er voldoende gegevens over die periode zijn om de gezondheid van gezinnen te volgen. Tot slot is het belangrijk te beseffen dat veel effecten van beleid pas na enkele jaren zichtbaar worden. Langdurige monitoring blijft daarom onmisbaar voor sturing en het tijdig bijstellen van de aanpak Kansrijke Start. Dit geldt voor zowel landelijke monitoring van Kansrijke Start om sturingsinformatie voor landelijk beleid te bieden, als ook voor lokale en regionale monitoring ten behoeve van het leren en verbeteren binnen de coalities.

Tot slot

Dit is de zevende jaarlijkse rapportage van de monitor Kansrijke Start van het RIVM, over 2025. Hierin is de ontwikkeling van achttien indicatoren gepresenteerd. Voorgaande rapportages lieten al zien dat er een positieve beweging is ontstaan, die inzet op preventie in de eerste 1.000 dagen van het leven. Deze monitor van 2025 laat zien dat Kansrijke Start als structurele aanpak groeit, maar dat de impact op individuele uitkomsten en op het terugdringen van ongelijkheid nog achterblijft. De aanhoudende uitdagingen op het gebied van psychisch welzijn, problematische schulden, vroeggeboorte en het betrekken van kwetsbare groepen onderstrepen het belang van blijvende inzet, gerichte samenwerking en structurele aandacht voor het betrekken van de doelgroep binnen Kansrijke Start. Het blijft nodig om op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau te blijven samenwerken met elkaar en te investeren in de eerste 1.000 dagen van kinderen. De voorgenomen wettelijke verankering van Kansrijke Start door het ministerie van VWS biedt hiervoor een belangrijke basis en kan bijdragen aan continuïteit, borging en verdere versterking van deze aanpak in de komende jaren.

Toelichting bronverwijzing

Hieronder wordt per indicator, die het RIVM berekend heeft inde Data-InfrAstructure for ParEnts and ChildRen (DIAPER), beschreven welke data en databronnen gebruikt zijn.

De onderliggende R-scripts zijn beschikbaar op de Github van DIAPER.

Indicator 9 (start zwangerschapsbegeleiding): Deze cijfers worden door het RIVM berekend in DIAPER en zijn gebaseerd op niet-openbare microdata van het CBS en zwangerschaps- en geboortegegevens van Perined. Er is gekeken naar de zwangerschapsduur op het moment van de intake bij de zorgverlener. Voor een aanzienlijk niet-willekeurig deel van de zwangerschappen waren deze gegevens niet beschikbaar.

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

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

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

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

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

Literatuur

1. Barker DJP. Adult Consequences of Fetal Growth Restriction. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006;49(2):270–83.
2. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, et al. Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. Science. 2014;343(6178):1478–85.
3. Gonçalves R, Blaauwendraad S, Avraam D, Beneíto A, Charles M-A, Elhakeem A, et al. Early-life growth and emotional, behavior and cognitive outcomes in childhood and adolescence in the EU child cohort network: individual participant data meta-analysis of over 109,000 individuals. The Lancet Regional Health – Europe. 2025;52:101247.
4. Hanson MA, Gluckman PD. Developmental origins of health and disease – Global public health implications. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2015;29(1):24–31.
5. Kelly MP. How to make the first thousand days count. Health Promotion Journal of Australia. 2018;29(S1):17–21.
6. Roseboom T. De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief: de Tijdstroom; 2018.
7. VWS. Handreiking Ketenaanpak Kansrijke Start. 2023.
8. RIVM. Indicatoren Kansrijke Start – Een Delphi-studie. 2019.
9. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2019. 2019.
10. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2020. 2020.
11. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2021. 2022.
12. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2022. 2023.
13. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2023. 2024.
14. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2024. 2025.
15. Rijksoverheid. Wet publieke gezondheid. 2022. [wetten.overheid.nl/BWBR0046154/2022-07-01/0].
16. RIVM. Kennisnotitie Kraamzorggebruik: achtergrondkenmerken en verschillen in zorguitgaven in de eerste levensjaren. 2026.
17. RIVM. Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start: een Delphi-studie. 2021.
18. Ståhl T, Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. Health in all policies: Prospects and potentials. 2006.
19. RIVM. Samen werken aan de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn. Derde meting voor de monitoring van het IZA en van het GALA. 2026.
20. VWS. Structurele aanpak Kansrijke Start: 'Samen zorgen we voor de eerste 1000 dagen'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025.
21. Feijen-de Jong EA-OX, Dalmaijer M, van der Stouwe RA, Jansen D, Warmelink JC. Experiences and needs of women in vulnerable situations receiving additional interventions in maternity care: a qualitative study. (1471-2393).
22. NCJ. Peiling Balansmeter 2025 [app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzRmZWNhNzQtZTBhMyooNDk1LWEx-Y2UtMzk3Y2Q2NmNlYzU1IiwidCI6IjlkNjlhZDRlLTJjYTYt-NGJhOC1hYzM5LTAoNTVmM2U2NmQ2OCIsImMiOjl9].
23. Stichting Voor Werkende Ouders. Nederlandse Staat van het Gezin. 2025 [www.voorwerkendeouders.nl/staat-van-gezinnen-2025/].
24. RIVM. Monitor mentale gezondheid: Landelijke rapportage 2025. 2025.
25. CBS. Kansen en risico's in de eerste duizend dagen: Een trendanalyse Kansrijke Start voor de geboortejaren 2007–2021. 2026 [www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2026/kansen-en-risico-s-in-de-eerste-duizend-dagen].
26. RIVM. Kinderen geboren in een meervoudig kwetsbare situatie: zorggebruik en -uitgaven in de eerste levensjaren. 2026.
27. Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. British Medical Journal. 1990;301:1111
28. KidsRights. Nederland zakt naar de 22e plaats op KidsRights Index 2026: kindersterfte stijgt, obesitas onder kinderen neemt toe 2026 [www.kidsrights.org/nl/nieuws/kidsrights-index-2026-nederland-zakt-naar-22e-plaats].
29. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatrics. 2020;174(7):665–75.
30. Nikken P. Jonge kinderen en beeldschermen. Kind & Adolescent Praktijk. 2021;20(1):22–9.
31. Universiteit Utrecht. Woordenschat jonge kinderen kleiner na coronapandemie 2024 [www.uu.nl/nieuws/woordenschat-jonge-kinderen-kleiner-na-coronapandemie].
32. Zhang X, Liu J, Ni Y, Yi C, Fang Y, Ning Q, et al. Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatrics. 2024;178(8):800–13.
33. NCJ. Bevindingen monitor Prenataal Huisbezoek JGZ 2025. 2025 [www.ncj.nl/inspiratie/bevindingen-monitor-prenataal-huisbezoek-jgz-2025/].
34. Haagse Kansrijke Start. Missie en visie van Haagse Kansrijke Start [www.haagsekansrijkestart.nl/missie-en-visie-van-hks/].

Afkortingenlijst

Afk.	Betekenis
AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
BRP	Basisregistratie Personen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPZ	Coördinatiepunt Perinatale Zorg
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DIAPER	Data-InfrAstructure for ParEnts and ChildRen
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
Ggz	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
IZA	Integraal Zorgakkoord
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NNZ	Nu Niet Zwanger
PHB	Prenatale huisbezoeken
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wsnp	Wet schuldsanering natuurlijke personen
Wpg	Wet publieke gezondheid

A.W. van Meijeren-van Lunteren | A.J. Brouwer-Prusak |
Z.T.M. Scheefhals | J.M. Molenaar | G.C. Crone | P.P.F. Klein |
M.P.H. Koster

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2026

De zorg voor morgen begint vandaag

016959