



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Actieprogramma

Kansrijke Start



Actieprogramma
Kansrijke Start

Inhoud

	Inleiding: waarom een actieprogramma Kansrijke Start	5
1.	Het probleem: te veel kinderen hebben geen goede start	7
2.	Het doel: meer kinderen een kansrijke start geven	11
3.	De aanpak: hoe gaan we dit realiseren	13
	3.1 Lokale coalities bouwen	14
	3.2 Cijfers voor gemeenten	15
	3.3 Menukaart met interventies	15
	3.4 Communicatie	15
	3.5 Kennis	16
4.	De actielijnen	17
	4.1 Actielijn 1: Voor de zwangerschap	17
	4.1.1 Kwetsbare ouders met een kindervens ondersteunen	18
	4.1.2 Nu Niet Zwanger landelijk beschikbaar	18
	4.2 Actielijn 2: Tijdens de zwangerschap	19
	4.2.1 Scherper in beeld krijgen van kwetsbare gezinnen	19
	4.2.2 Sneller hulp aan kwetsbare gezinnen	20
	4.2.3 Routekaarten /zorgpaden voor professionals	21
	4.3 Actielijn 3: Na de geboorte	21
	4.3.1 Flexibele inzet contactmomenten jeugdgezondheidszorg	21
	4.3.2 Laagdrempelige opvoedingsondersteuning voor kwetsbare ouders	22
	4.3.3 Zeer jonge kwetsbare ouders ondersteunen	23
5.	Voortgang en resultaten	25
6.	Financiën	27

Inleiding

Waarom een actieprogramma *Kansrijke Start*

Ieder kind verdient de best mogelijke start van zijn of haar leven en een optimale kans op een goede toekomst. De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede start¹.

De gezondheid van een kind **voor**, **tijdens** en **na** de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal - op latere leeftijd.

Er is al veel geïnvesteerd om de babysterfte in Nederland omlaag te brengen. Gelukkig gaat het met de meeste baby's dan ook goed bij de geboorte. Maar sommigen hebben een valse start, doordat zij te vroeg geboren worden, te weinig wegen bij de geboorte of beiden. Een baby die tijdens de eerste 1000 dagen van het leven blootstaat aan stress, rook, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren, begint met een achterstand aan zijn of haar leven. Deze factoren zorgen ervoor dat kinderen zich op fysiek, mentaal en sociaal gebied minder goed kunnen ontwikkelen. Die eerste 1000 dagen beginnen al in de buik. Voor de gezondheid en ontwikkeling van een kind zou het niet uit mogen maken waar zijn of haar wieg staat. De gezondheid van baby's rondom de geboorte is dan ook een belangrijke opgave voor ons allemaal: ouders, samenleving, professionals en overheid. We gaan daarom met dit actieprogramma investeren in een kansrijke start voor zoveel mogelijk kinderen.

Een goede start begint al voor de geboorte, zelfs nog voor de conceptie en de zwangerschap. Rijk, gemeenten, geboorte- en jeugdgezondheidszorg, volwassen-ggz, welzijnswerk en wijkteams kunnen hier het verschil maken. Zij zijn de aangewezen partijen om het belang van de eerste 1000 dagen uit te dragen en hier actief op in te zetten. We roepen gemeenten en alle professionals in het sociale en medische domein op om hun bijdrage te leveren. In dit actieprogramma lichten we toe waarom een kansrijke start zo belangrijk is, welke acties we gaan ondernemen om meer kinderen een kansrijke start te geven en hoe we dat gaan meten.

Enkele cijfers over baby's in Nederland:

- In 2017 zijn 167.595 kinderen geboren.²
- Circa 0,5-1% van de kinderen (tussen de 800 en 1.700 per jaar) wordt geboren in (zeer) kwetsbare gezinnen.³ Zij lopen het risico om uit huis geplaatst te worden.
- Circa 14% van de kinderen (bijna 25.000 per jaar) heeft geen goede start bij de geboorte door vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een combinatie daarvan.⁴
- Kinderen met een valse start bij de geboorte krijgen later vaker groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht.⁵

1 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2017). *Gezonde, kansrijke en veilige generatie* (position paper).

2 De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Kerncijfer geboorten 2017, <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/geboorten>.

3 Mejdoubi J., Heijkant S. van den, Struijff E., Leerdam F. van, Hira Sing R. A., Crijnen A. (2013). Risicofactoren voor kindermishandeling bij jonge hoogrisicozwangeren: design van het VoorZorgonderzoek, *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 2, 26-31.

4 Waelput, A. J. M., et al. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC, Pregnancy and Childbirth*.

5 Potijk, M. R., Winter, A. F. de, Bos, A. F., Kerstjens, J. M., & Reijneveld, S. A. (2012). Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Archives of Disease in Childhood*, 97, 112-117.



1. Het probleem: te veel kinderen hebben geen goede start

In Nederland hebben de meeste kinderen een gezonde start bij de geboorte en groeien ze gezond en veilig op. De babysterfte was hoger dan in andere Europese landen. Op basis van het advies *Een goed begin*⁶ heeft de geboortezorg er stevig aan getrokken om deze babysterfte terug te dringen. De meest recente geboortecijfers laten zien dat er flinke winst geboekt is.⁷ De babysterfte in Nederland (vanaf 22 weken zwangerschap tot en met 28 dagen na de geboorte) is tussen 2010 en 2016 gedaald met bijna 20%, van 9,0 per 1000 baby's in 2010 naar 7,3 per 1000 in 2016.⁸ Ten opzichte van 2000 is de daling zelfs 39%, van 11,9 per 1.000 baby's in 2000 naar 7,3 per 1.000 in 2016. Toch heeft ongeveer 14% van de kinderen geen goede start bij de geboorte door vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een combinatie daarvan.⁹ De oorzaak hiervan ligt voornamelijk bij sociale risicofactoren en het gebrek aan beschermingsfactoren.

Tessa Roseboom, hoogleraar Vroege ontwikkeling en gezondheid aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, doet onderzoek naar de eerste 1000 dagen. 'De ontwikkeling die we doormaken van de eerste cel tot aan tweejarige peuter is fenomenaal en vormt ons voor een belangrijk deel tot wie we zijn. In geen enkele andere periode in het leven worden zo veel mijlpalen bereikt. Alle organen worden aangelegd, onze afweer wordt opgebouwd, we hechten ons aan anderen, we leren kruipen, staan en lopen, we leren eten en drinken, we leren communiceren, spreken onze eerste woordjes, en leren essentiële levenslessen over oorzaak en gevolg. Op dit fundament bouwen we de rest van ons leven. Deze periode is dan ook cruciaal voor een goede ontwikkeling van jonge kinderen, hun gezondheid op volwassen leeftijd en de gezondheid van volgende generaties. Als je deze periode niet goed doorloopt, dan is het alsof je een valse start maakt.

6 Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). *Een goed begin*.

7 Brief van de Minister voor Medische Zorg van 13 maart 2018, 29214-76.

8 Perined. (2016). *Factsheet Zwangerschap en Geboorte*.

9 Waelput, A. J. M., et al. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC, Pregnancy and Childbirth*.

Als een kind in deze vormende fase blootstaat aan stress, rook, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren, dan is dat de wortel voor gezondheidsverschillen. Deze grote verschillen in kansen op een lang en gezond leven hebben weinig te maken met erfelijke factoren, maar alles met de omstandigheden waarin kinderen zich ontwikkelen en opgroeien.¹⁰

De eerste 1000 dagen blijken dus niet alleen bepalend voor een gezonde groei en ontwikkeling in de buik,¹¹ maar ook voor de kansen op een optimale ontplooiing op latere leeftijd.¹² Juist omdat de ontwikkeling van een kind in die periode razendsnel gaat, is het van fundamenteel belang dat deze goed verloopt: er is maar één kans op een goede start. Het hart kan niet opnieuw worden aangelegd, net zomin als het brein. Als de ontwikkeling niet goed gaat, dan heeft een kind daar levenslang last van. Het moet de rest van zijn of haar leven knokken om met die achterstand om te gaan. Ook de Gezondheidsraad wijst in haar advies op het belang van een goede start in de eerste 1000 dagen.¹³ Gelukkig groeien de meeste kinderen gezond op.

Maar de verschillen in gezondheid van baby's bij de geboorte tussen gemeenten en ook tussen wijken zijn soms groot. Baby's die in achterstandswijken worden geboren, lopen een groter risico op een valse start.¹⁴ In sommige wijken van steden als Rotterdam en Amsterdam is de kans op sterfte en ziekten rondom de geboorte twee- tot driemaal hoger dan het landelijke gemiddelde. Zo is er 20% meer kans op babysterfte, 16% meer kans op vroeggeboorte en 11% meer kans op een minder goede groei van de baby in de buik. Circa 85% van de perinatale sterfte hangt samen met de vier belangrijkste perinatale ziekten (BIG4): aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, te laag geboortegewicht en een lage Apgarscore.¹⁵ Stress bij ouders - als gevolg van bijvoorbeeld huiselijk geweld, relatieproblemen, psychosociale problemen, verslaving, licht verstandelijke beperkingen (lvb), leefstijl, criminaliteit, geluidsoverlast, huisvestingsproblemen, schulden of werkloosheid - is daarbij een belangrijke risicofactor. Soms weegt dit zelfs zwaarder dan medische en verloskundige risico's. Uiteraard zijn er ook kwetsbare gezinnen waar ondanks de problemen die zij hebben de kinderen toch gezond en veilig opgroeien tot zelfstandige volwassenen. Deze kinderen hebben echter een grotere kans op een achterstand. Problemen tijdens hun eerste 1000 dagen hebben directe gevolgen voor hun gezondheid en hun ontwikkeling. Dit is niet alleen het geval bij jongere kinderen, maar treft kinderen ook op latere leeftijd en werkt zelfs door in volgende generaties.

Op 22 mei 2018 heeft de Gezondheidsraad het advies *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's* uitgebracht.¹⁶ Voor een gezonde ontwikkeling van het kind is het cruciaal dat het kind een goede start maakt in de eerste 1000 dagen, zo stelt de Gezondheidsraad. Die start bestaat uit een gezonde zwangerschap, zo min mogelijk negatieve jeugdervaringen en dat ouders in staat zijn om sensitief te reageren op het kind. Daarom moeten met name kwetsbare ouders passende ondersteuning krijgen, gericht op het wegnemen van stress en op het bevorderen van sensitief ouderschap. Daarnaast is het belangrijk om kinderen van kwetsbare ouders zo goed mogelijk te ondersteunen.

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

11 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2017). *Gezonde, kansrijke en veilige generatie* (position paper).

12 Barker, J. (2007). The origins of the developmental origins theory. *Journal of Internal Medicine*. Steegers, E. A. P. (2014). Embryonale gezondheid en preconceptiezorg. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*.

13 Gezondheidsraad. (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*.

14 Bonsel, G. J., et al. (2010). *Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte*. Rotterdam: Erasmus MC. Poeran, J., et al. (2012). De aanpak van perinatale sterfte in Nederland. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*.

15 Steegers, E. A. P. (2017). Sociale verloskunde in Nederland. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*.

16 Gezondheidsraad. (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*.

Een kind zonder goede gezondheid en stimulerende omgeving tijdens de geboorte en zijn of haar eerste levensjaren, heeft later een grotere kans op fysieke en psychische problemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht.¹⁷ Daarbij is stress bij ouders een belangrijke risicofactor. Soms weegt dit sociale risico zelfs zwaarder dan de medische en verloskundige risico's. Zo kan stress tijdens de zwangerschap de hersenontwikkeling van het kind negatief beïnvloeden.¹⁸ Als gevolg van stress kunnen ouders minder warmte en genegenheid tonen naar hun kind of minder adequaat reageren op de behoeftes van hun kind (sensitief ouderschap).¹⁹ Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen, hebben relatief vaak psychische of psychiatrische problemen. Ouders die zelf als kind mishandeld zijn, of in hun jeugd andere negatieve ervaringen in het gezin hebben meegemaakt, lopen een groter risico om hun eigen kind te mishandelen. Gebrekkige opvoedingsvaardigheden en stress in de opvoeding zijn grote risicofactoren voor kindermishandeling. Soms hebben ouders te hoge of juist helemaal geen verwachtingen van hun kind, kijken negatief naar hun kind of slagen er niet in begripvol op hun kind te reageren. Ze willen het vaak wel anders doen, maar weten niet hoe en het lukt hen om verschillende redenen niet om de situatie te veranderen.²⁰

Kinderen uit kwetsbare gezinnen groeien doorgaans zonder problemen op maar zitten vaker in een omgeving waarin ze zich niet optimaal kunnen ontplooien. Deze gezinnen hebben te maken met risicofactoren zoals lage sociaal-economische status (laag opleidingsniveau, armoede, werkloosheid, criminaliteit, ongunstige buurt), gezinssamenstelling en opvoeding (alleenstaand ouderschap, tienermoederschap, ongunstig opvoedingsgedrag, huiselijk geweld, relatieproblemen), gezondheid en verslaving van ouders (langdurige aandoening of handicap, emotionele of psychosociale problemen, verslavingsproblematiek), en gezondheid en temperament van de kinderen zelf (langdurige aandoening of handicap, verstandelijke beperking, laag geboortegewicht, moeilijk temperament).²¹ Er zijn uiteraard ook kinderen die ondanks deze risicofactoren toch gezond opgroeien. En goede voorlichting, ondersteuning en begeleiding kunnen een positief effect hebben op deze risicofactoren. Het gaat daarbij om zowel de sociale omstandigheden als de mentale en fysieke gezondheid. Daarnaast zijn ook de beschermende factoren bij de opvoeder, een kind of zijn of haar omgeving te beïnvloeden, waardoor de negatieve invloed van risicovolle situaties afneemt.²² Beschermende factoren zijn bijvoorbeeld warmte en affectie van de ouder naar het kind toe, praktische en emotionele steun vanuit het sociale netwerk, bereidheid van ouders om hulp te accepteren, en zelfwaardering, zelfvertrouwen en sociale competentie van de ouders. Ook de WRR wijst in hun Policy Brief van 27 augustus 2018²³ op het belang van beleid gericht op (aanstaande) ouders door bijvoorbeeld het medische en sociale domein met elkaar te verbinden in de preconceptionele fase en tijdens de zwangerschap en de effecten van armoede en achterstand op de perinatale gezondheid.

17 Roseboom, T.J. e.a. (2018). *De eerste 1000 dagen*.

18 Franklin, T. B., et al. (2010). Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biological Psychiatry*.

19 Gezondheidsraad. (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*.

20 Nederlands Jeugdinstituut, *Risicofactoren en beschermende factoren*, <https://www.nji.nl/kindermishandeling-probleemschets-risicofactoren>.

21 Broek, A. van den, Kleijnen, E., & Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

22 Nederlands Jeugdinstituut, *Risicofactoren en beschermende factoren*, <https://www.nji.nl/kindermishandeling-probleemschets-risicofactoren>.

23 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2018), *Van verschil naar potentieel*.

In Rotterdam registreerden professionals en gemeente in verschillende achterstandsbuurt en -wijken meer vroeggeboorten, meer baby's met een te laag geboortegewicht en een relatief hogere babysterfte, dan in andere wijken van de stad en dan ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Verloskundigen merkten dat meer aanstaande moeders sociale ondersteuning nodig hadden. Ze zagen tegelijkertijd onvoldoende aansluiting tussen het medische en het sociale domein en misten duidelijke zorgpaden. Er was een stijging van huiselijk geweld en een toename van het aantal uithuisplaatsingen. Daarom ontwierp Rotterdam in 2016 samen met de professionals in de stad het programma Stevige Start, om meer kinderen in Rotterdam gezond ter wereld te laten komen en optimale ontwikkelingskansen te bieden. Stevige Start geeft het gemeentelijk beleid vorm rondom zwangerschap, geboorte en het opgroeien van de allerjongsten. Het programma richt zich op (aanstaande) ouders, van voor het zwanger worden tot dat een kind naar school gaat. Daarnaast helpt het programma professionals om preventief risico's te signaleren. Tot slot pakt het programma risico's bij ouders en kinderen vroegtijdig aan via gerichte interventies. Het programma Stevige Start heeft perinatale zorg en de verbinding tussen het medische en het sociale domein prominent op de stedelijke agenda gezet.

Lang niet alle kwetsbare zwangere vrouwen en jonge kinderen die risico's lopen, worden op dit moment gesignaleerd door professionals, waardoor zij de juiste ondersteuning of hulp mislopen. Zelfs als zij wel in beeld zijn, is er bij professionals soms onduidelijkheid naar wie ze moeten verwijzen of zijn ze niet helemaal zeker van hun zaak. Daarnaast vragen kwetsbare zwangere vrouwen en jonge ouders niet tijdig hulp, of weten ze niet waar ze terecht kunnen met hun vragen. Als het lukt om tijdens de zwangerschap en bij jonge ouders risico's te signaleren en vervolgens de juiste ondersteuning of hulp te bieden, kunnen veel problemen bij het kind worden voorkomen. Signaleren en goed verwijzen kan op alle plekken waar deze (toekomstige) ouders komen: via verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg, via de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en de geestelijke gezondheidszorg, via de jeugdgezondheidszorg, de wijkteams of het jongerenloket. Afhankelijk van de hulpvraag komen het sociaal wijkteam, het welzijnswerk, de schuldhulpverlening, de jeugdgezondheidszorg of andere instanties in actie. Gemeenten spelen in dit traject een essentiële rol. Als we eerder hulp in het gezin weten te krijgen, kunnen we problemen in hun ontwikkeling ondervangen, of in ieder geval eerder en beter aanpakken. Dat voorkomt wellicht dat kinderen uit huis geplaatst moeten worden of op latere leeftijd in de jeugdhulp belanden.²⁴

Kortom

Om ieder kind een gezonde, veilige en kansrijke start te bieden is meer landelijke **én** lokale aandacht voor de eerste 1000 dagen nodig. Voor gemeenten liggen hier veel kansen: iedere baby is immers een toekomstige inwoner van een gemeente en dus de moeite waard om in te investeren. Door meer en kwalitatief betere aandacht te besteden aan de sociale, mentale en fysieke omstandigheden van (aanstaande) kwetsbare gezinnen, kunnen de kansen voor baby's en peuters worden vergroot en problemen worden voorkomen.

Daarom zetten we met dit actieprogramma in op extra ondersteuning voor kwetsbare gezinnen, inclusief gezinnen waar, al dan niet tijdelijk, sprake is van een kwetsbare opvoedsituatie, rondom bewust zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap. Daarbij is een goede koppeling tussen het medische en het sociale domein inclusief de publieke gezondheid essentieel, zodat meer kinderen een kansrijke start krijgen. Gemeenten spelen daarbij een belangrijke rol.

²⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018). Actieprogramma Zorg voor de Jeugd.

2. Het doel: meer kinderen een kansrijke start geven

Dit actieprogramma heeft tot doel om meer kinderen een kansrijke start te geven. In Nederland heeft 14% van de kinderen een valse start bij de geboorte.²⁵ Door deze valse start krijgen kinderen later vaker groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht en komen ze veel vaker in aanraking met jeugdhulp.

Om ervoor te zorgen dat meer kinderen een kansrijke start krijgen, willen wij dat er:

1. Meer kwetsbare ouders goed voorbereid met hun zwangerschap starten.
2. Minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen in kwetsbare gezinnen voorkomen.
3. Beter problemen (ook niet-medische) worden gesignaleerd bij (aanstaande) kwetsbare gezinnen.
4. Meer aanstaande kwetsbare ouders eerder de juiste hulp krijgen.
5. Meer kwetsbare ouders toegerust zijn voor het ouderschap en de opvoeding.
6. Minder baby's en jonge kinderen uit huis of onder toezicht worden geplaatst.

Het actieprogramma *Kansrijke Start* richt zich op kinderen in de eerste 1000 dagen van hun leven, met name kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Andere actieprogramma's richten zich op andere levensfasen van kinderen. Zo draait *Zorg voor de Jeugd* om het verbeteren van de jeugdhulp, de jeugdbescherming en de jeugdreclassering, zodat kinderen, jongeren en ouders op tijd passende hulp ontvangen. Het actieprogramma *Geweld hoort nergens thuis* richt zich op het eerder en beter signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling, en op het stoppen en duurzaam oplossen ervan om schade ervan te beperken. *Scheiden zonder Schade* wil schade bij kinderen als gevolg van (huwelijks)scheidingen van hun ouders tegengaan. Het Nationaal Preventieakkoord richt zich op specifieke thema's zoals roken en alcohol, die eveneens invloed kunnen hebben op de eerste 1000 dagen van kinderen. Het traject *Preventie en ondersteuning rondom onbedoelde (tiener)zwangerschappen* draagt bij aan het verminderen van dergelijke zwangerschappen. Samen vormen deze actieprogramma's een sluitende aanpak om zoveel mogelijk problemen te voorkomen en ze zo vroeg mogelijk aan te pakken.

²⁵ Waelput, A. J. M., et al. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC, Pregnancy and Childbirth*.

In de ontwikkelfase van dit actieprogramma hebben gemeenten, professionals, publieke en private organisaties, kennisinstellingen en beroepsgroepen actief meegedacht over de inhoud van het programma. Er is ook gekeken naar de lessen uit de aanpak van gemeenten zoals Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Tilburg, Utrecht en de Veenkoloniën.

Het project Goede Start in het programma Kans voor de Veenkoloniën richt zich op een goede start voor de volgende generatie inwoners van de Veenkoloniën. Het omvat de fasen tussen conceptie en het achttiende levensjaar binnen een gezin. In het project worden ouder(s) en kind(eren) gevolgd, waarbij hun zorgvraag nauwkeurig in kaart wordt gebracht en op een laagdrempelige manier een zorgnetwerk wordt opgestart. Elke ouder/kind heeft een aantal contactmomenten met een zorgprofessional. Op deze momenten bekijken zij samen of er naast de aangeboden standaardzorg nog een aanvullende zorgvraag is. Mocht dit het geval zijn, dan krijgen zij ondersteuning van een netwerk van professionals. Goede Start werkt onder meer met Samen zwanger (CenteringPregnancy), Samen opvoeden (CenteringParenting) en Samen opgroeien.



3. De aanpak: hoe gaan we dit realiseren

Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, belangenorganisaties en kennisinstituten slaan met dit actieprogramma de handen ineen. Als we onze kennis, ervaring en capaciteit beter benutten en uitwisselen, kunnen we van elkaar leren. Op die manier zijn we allemaal in staat om meer meters te maken en zo kwetsbare kinderen een kansrijke start te geven. We gaan dit actieprogramma daarom organiseren vanuit lokale coalities ondersteund door een programmateam en aangestuurd door een stuurgroep. Hierbij zetten we in op drie actielijnen (zie Hoofdstuk 4). Het actieprogramma *Kansrijke Start* heeft om te beginnen landelijke doelen, maatregelen en resultaten. Op lokaal niveau kent elke gemeente of regio haar eigen doelen, maatregelen en resultaten, die zijn afgestemd op de lokale situatie en goedgekeurd door de gemeenteraad.

Het bouwen en verankeren van *lokale coalities* rondom de eerste 1000 dagen is essentieel voor een kansrijke start van kinderen in de desbetreffende gemeente of regio. Deze coalities realiseren ketenafspraken tussen alle organisaties die een rol spelen bij de geboorte. De ketenafspraken gaan inhoudelijk over de inzet van de meest effectieve maatregelen en praktisch over de manier waarop organisaties samenwerken. De gemeenten en regio's zijn zelf verantwoordelijk voor het bouwen van de lokale coalities. Behalve de gemeente zitten in deze coalities de belangrijkste lokale vertegenwoordigers van organisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, jeugdgezondheidszorg en betrokken professionals (wijkteammedewerkers, huisartsen, verloskundigen, kraamzorg en gynaecologen). Voor hun lokale aanpak kunnen de coalities gebruik maken van en kiezen uit het palet aan landelijke maatregelen. Zo zorgen we er ook voor dat de landelijke maatregelen stevig verankerd worden in het gemeentelijke domein.

Het actieprogramma kent een *landelijke coalitie*, die bestaat uit intrinsiek gemotiveerde mensen en invloedrijke opinieleiders. Deze landelijke coalitie zal samen met de minister het belang van de eerste 1000 dagen en de uitvoering van het actieprogramma *Kansrijke start* gaan uitdragen.

3.1 Lokale coalities bouwen

We willen dat er op lokaal of regionaal niveau een herinrichting komt van de keten rond de eerste 1000 dagen van kinderen. Zo kunnen we kwetsbare gezinnen makkelijker bereiken en beter begeleiden. Een herinrichting betekent dat we de jeugdgezondheidszorg eerder inzetten, namelijk al tijdens de zwangerschap, en zo de verbinding tussen het medische, sociale en publieke gezondheidsdomein versterken.

Impuls voor lokale coalities

Vanuit het actieprogramma zorgen we, samen met gemeenten, dat lokale coalities een samenhangende aanpak neerzetten rondom de eerste 1000 dagen. Dit sluit aan bij het Interbestuurlijk Programma waarin ambities zijn afgesproken over de belangrijkste onderwerpen in deze regeerperiode. Ook het Interbestuurlijk Programma noemt de opgave om gezondheidsvraagstukken domeinoverstijgend te bekijken en verbindingen te leggen tussen het medische en het sociale domein, zodat kinderen een goede start krijgen. Voor deze maatschappelijke opgaven in het Interbestuurlijk Programma heeft het rijk een extra accres beschikbaar gesteld. Dit geeft gemeenten de mogelijkheid lokale coalities te vormen bijvoorbeeld rondom de eerste 1000 dagen. Voor GIDS-gemeenten (Gezond in de stad) die een lokale coalitie willen vormen, worden er vanuit het actieprogramma *Kansrijke Start* via een decentralisatie-uitkering middelen beschikbaar gesteld. We streven daarbij naar een landelijk dekkende verdeling van lokale coalities. We bespreken met gemeenten, GGD'en en zorgprofessionals welke afspraken er gemaakt kunnen worden om de genoemde maatregelen op lokaal en regionaal niveau te realiseren. Vanuit de lokale coalities zullen zorgverzekeraars en gemeenten ook samen afspraken moeten maken rondom deze eerste 1000 dagen. Zo nodig kunnen zij hierbij gebruik maken van de subsidieregeling *Preventiecoalities*²⁶. Deze regeling uit het programma *Preventie in het zorgstelsel* ondersteunt gemeenten en zorgverzekeraars om samen tot een sluitende lokale hulp- en zorgverlening voor specifieke kwetsbare groepen te komen.

Diverse gemeenten zijn al gestart met aanpakken waarin lokale en regionale coalities samenwerken rondom de eerste 1000 dagen. Vanuit dit programma ondersteunen we deze werkwijze en verspreiden we de leerervaringen. Dit zijn de eerste lokale coalities zoals we die voor ogen hebben en die als voorbeeld kunnen dienen voor andere gemeenten in het land:

- **Healthy Pregnancy for All (HP4All)** wordt intensief uitgevoerd in zeven GIDS-gemeenten en kent een uitrol naar 165 GIDS-gemeenten in de komende jaren. De Erasmus Universiteit Rotterdam heeft een aanpak uitgewerkt waarin verloskundige zorg, kraamzorg, publieke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, wijknetwerken en relevante andere partners beter met elkaar samenwerken op wijk- en buurtniveau. De betreffende GIDS-gemeenten maken deze aanpak onderdeel van het gemeentelijk beleid via het programma *Gezond in...* met ondersteuning vanuit Pharos.
- **Veilige, gezonde en kansrijke start** wordt uitgevoerd in zeven andere gemeenten via traject 5 *Terugdringen gezondheidsverschillen* van het Programma Sociaal Domein. Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en -professionals zijn samen verantwoordelijk om tot een integrale aanpak te komen die kwetsbare gezinnen een veilige, kansrijke, en gezonde start biedt. Kennispartners Nederlands Jeugdinstituut en Pharos en consultancybureau Andersson Elffers Felix ontwikkelen het opleidingsprogramma en bieden inhoudelijke ondersteuning. Het leer- en verandertraject ontvangt subsidie van de Bernard van Leer Foundation.

26 Tweede Kamer vergaderjaar 2016-2017, 32 793, nrs. 213 en 249

- **Goede Start** wordt uitgevoerd in dertien gemeenten in de Veenkoloniën. Met *Goede Start* heeft een aantal gemeenten in de Veenkoloniën rondom de zorgvraag van ouders een laagdrempelig zorgnetwerk opgestart. Door te werken in groepsbijeenkomsten volgens *Samen zwanger* (CenteringPregnancy), *Samen opvoeden* (CenteringParenting) en *Samen opgroeien* worden met name kwetsbare gezinnen goed bereikt.

3.2 Cijfers voor gemeenten

Met behulp van een *perinatale atlas* kunnen gemeenten straks zien waar en in welke wijken gezinnen wonen waarvan de kinderen een verhoogd risico hebben op een minder goede start. Deze atlas bevat lokale, regionale en landelijke kerncijfers over de gezondheid rondom de geboorte en zal eind 2018 gereed zijn. Daarnaast kunnen zij vanaf medio 2019 gebruik gaan maken van een *kwetsbaarheidsatlas*, die de kwetsbaarheid van potentiële ouders in Nederlandse gemeenten analyseert en inzichtelijk maakt via lokale plattegronden. Deze beide atlassen vormen nuttige instrumenten voor gemeenten om zowel besluiten te nemen over de gewenste lokale aanpak rondom de eerste 1000 dagen, als om de voortgang van hun aanpak te monitoren. Rondom de geboorte zijn er landelijk veel gegevens beschikbaar, daarentegen zijn die er nauwelijks als we een beeld willen krijgen van de gezondheid van nul- tot en met tweejarigen. Om ervoor te zorgen dat de gegevens over de jeugdgezondheidszorg op landelijk niveau worden ontsloten, zullen we een Algemene Maatregel van Bestuur opstellen. Op die manier zal er zowel op lokaal, als op landelijk niveau meer informatie beschikbaar zijn over de ontwikkeling van deze leeftijdsgroep in Nederland.

3.3 Menukaart met interventies

Om kwetsbare gezinnen passende ondersteuning te kunnen geven, is het belangrijk dat gemeenten weten welke effectieve interventies er zijn, zoals prenatale huisbezoeken, *VoorZorg*, *Samen Starten* en *Stevig Ouderschap*. We bieden gemeenten daarom een menukaart met een overzicht van de beschikbare interventies, de doelen ervan en de financieringsmogelijkheden. De menukaart helpt gemeenten om op basis van hun cijfers de juiste keuzes te maken bij de gewenste lokale aanpak.

3.4 Communicatie

Iedereen moet op de hoogte zijn van het belang van de eerste 1000 dagen voor een kind, in het bijzonder voor kwetsbare kinderen. Ouders, professionals en gemeenten spelen hier een essentiële rol in. Daarmee zijn zij de belangrijkste doelgroepen voor het actieprogramma Kansrijke Start. Via een meerjarige landelijke campagne richten wij ons op deze doelgroepen. We kijken ook hoe we sociale marketing kunnen inzetten om tot gedragsverandering te komen. De Noaber Foundation, de Bernard van Leer Foundation, de Samenwerkende Gezondheidsfondsen en het ministerie van VWS gaan erop toezien dat zij hun communicatie rondom dit thema op elkaar afstemmen.

3.5 Kennis

Professionals hebben behoefte aan meer informatie over de eerste 1000 dagen. Ze hebben onafhankelijke, wetenschappelijk onderbouwde kennis nodig, die vervolgens vertaald is naar de werkvloer zodat ze er daadwerkelijk mee aan de slag kunnen. We gaan daarom samen met de kennisinstituten een ondersteunend kennisprogramma voor professionals ontwikkelen, waarin we reeds aanwezige kennis verzamelen, zo nodig aanvullen en voor het werkveld toegankelijk maken. Verder ontwikkelen we kennis in ZonMw- en TNO-programma's om de doelen van *Kansrijke Start* te realiseren.

Daarnaast investeren wij in vakmanschap. We gaan met beroepsorganisaties en opleidingsinstituten in gesprek, om ervoor te zorgen dat verloskundigen, kraamzorg, jeugdverpleegkundigen, huisartsen en professionals in wijkteams al tijdens hun opleiding (inclusief bij- en nascholing) zich bewuster worden van medische en sociale risicofactoren. Daarbij gaat het niet alleen om kennis opdoen, maar ook om vaardigheden aanleren. Denk aan goed en tijdig kunnen signaleren, lichte verstandelijke beperkingen herkennen, en armoede en/of schulden constateren, maar ook gedragsverandering bij (aanstaande) ouders begeleiden door motiverende gespreksvoering, of gesprekken aangaan vanuit positieve gezondheid. Tevens gaan wij bekijken of het mogelijk is dat jonge professionals uit verschillende disciplines op lokaal niveau gaan samenwerken, om kennis rondom de eerste 1000 dagen ook interdisciplinair te verspreiden.



4. De actielijnen

We willen met behulp van drie actielijnen ervoor zorgen dat meer kinderen een kansrijke start kunnen maken. Daarmee willen we het volgende bereiken:

Actielijn 1: Voor de zwangerschap

- Meer aanstaande kwetsbare ouders starten goed voorbereid met hun zwangerschap.
- Minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen komen voor in kwetsbare gezinnen.

Actielijn 2: Tijdens de zwangerschap

- Beter signaleren van medische en sociale problemen bij (aanstaande) kwetsbare ouders.
- Meer aanstaande kwetsbare ouders krijgen eerder de juiste hulp.

Actielijn 3: Na de geboorte

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

4.1 Actielijn 1: Voor de zwangerschap

In deze actielijn willen we aanstaande kwetsbare ouders ondersteunen om gezond zwanger te worden. Verder ondersteunen we gemeenten om een aanbod te bieden aan kwetsbare ouders om met hen in gesprek te gaan of zij gezien hun persoonlijke situatie in staat zijn om een kind groot te brengen. In een dergelijk indringend gesprek komen de impact en consequenties van zwangerschap en ouderschap aan de orde en de mogelijkheid van anticonceptie. Dit doen we door de volgende maatregelen:

4.1.1 Kwetsbare ouders met een kinderwens ondersteunen

Wij willen dat aanstaande kwetsbare ouders er bewust voor kiezen om zwanger te worden. Kinderen ontwikkelen zich immers vanaf het prille begin razendsnel, waardoor de gezondheid van de moeder tijdens de zwangerschap cruciaal is voor deze ontwikkeling. Lang niet alle ouders begrijpen wat er nodig is voor een goede start van hun kind, of bevinden zich in een situatie die een gezonde leefstijl in de weg staat. Wanneer meer ouders het normaal gaan vinden om over een (volgende) kinderwens in gesprek te gaan met professionals, dan komen ouders waar zorgen over zijn ook eerder in beeld. Meerdere gemeenten bieden al 'kinderwensspreekuren' aan waar ouders terecht kunnen met hun vragen. In de praktijk blijkt echter dat maar weinig kwetsbare ouders hier daadwerkelijk gebruik van maken: juist de groep ouders waarom het gaat bereiken we niet. Daarom zetten we in op een beter bereik van kwetsbare ouders met een kinderwens. We doen dit door:

- **Preconceptiezorg**

Lokale coalities gaan experimenteren met het bespreken van kinderwensen uitgaande van de behoefte van kwetsbare ouders. Samen met gemeenten en professionals gaan we na hoe kwetsbare ouders met een kinderwens beter bereikt worden: hoe bereiden ouders zich voor op de keuze van kinderen, wat zijn drijfveren van ouders om wel of niet te spreken over hun kinderwensen en hoe we dergelijke gesprekken mee kunnen nemen in de reguliere contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg. Hierbij betrekken we de resultaten van de ZonMw-projecten over preconceptiezorg en die uit *HP4All*.

- **Trainingen**

Professionals uit de jeugdgezondheidszorg krijgen trainingen om met kwetsbare ouders het gesprek aan te gaan over hun eventuele kinderwens.

- **Leerbijeenkomsten**

We willen de ervaringen van de lokale coalities omtrent het bereiken van aanstaande kwetsbare ouders uitwerken naar werkbare praktijken. Hiertoe organiseren we leerbijeenkomsten met gemeenten.

4.1.2 Nu Niet Zwanger landelijk beschikbaar

Ongeplande en onbedoelde zwangerschappen zijn vooral een probleem bij vrouwen die dak- en thuisloos zijn, illegaal, verstandelijk beperkt, verslaafd, sociaal geïsoleerd of psychisch belast. Hun situatie leidt vaak tot gecompliceerde zwangerschappen, prenatale beschadiging, postnataal toezicht of tenslotte uithuisplaatsing. *Nu Niet Zwanger* is een succesvol lokaal project dat in Tilburg is ontwikkeld. *Nu Niet Zwanger* voorkomt kwetsbaar ouderschap bij deze specifieke doelgroep via indringende gesprekken. Op vrijwillige basis, met een proactieve persoonlijke benadering en maatwerk. Het gaat om bewustwording van hun situatie en het bespreken van seksualiteit en anticonceptie en de consequenties van zwangerschap en ouderschap. Hierna kiezen veel vrouwen vrijwillig voor langdurig anticonceptiegebruik. Deze vrouwen zijn gewoonlijk al in beeld bij meerdere hulpverleningsinstanties, zoals abortusklinieken, ggz-instellingen, jeugdinstanties, daklozeninstellingen, gynaecologen, verloskundigen, huisartsen en andere zorgverleners die met kwetsbare mensen werken. De kracht van *Nu Niet Zwanger* is vooral de persoonlijke aanpak en de samenwerking tussen verschillende instanties. Hulpverleners krijgen trainingen zodat zij gesprekken over kinderwens en anticonceptiegebruik in hun reguliere werkzaamheden kunnen integreren.

De aanpak is ingebed in het gemeentelijke hulpverleningsaanbod. Momenteel vindt onderzoek plaats via ZonMw naar de effectiviteit van *Nu Niet Zwanger*. Deze aanpak moet binnen afzienbare tijd een standaardonderdeel van de hulpverlening vormen. Om kwetsbare vrouwen te helpen bij de keuze om in hun specifieke situatie nu niet zwanger te worden, gaan we *Nu Niet Zwanger* landelijk aanbieden aan gemeenten. We doen dit door:

- **Landelijke ondersteuning Nu Niet Zwanger**

We financieren GGD GHOR NL om *Nu Niet Zwanger* beschikbaar te maken voor gemeenten zodat het onderdeel kan worden van de gemeentelijke infrastructuur. Zij ondersteunen de GGD-en door het tijdelijk vergoeden van lokale projectleiders, het landelijke programmteam met kwartiermakers en de benodigde communicatie- en registratiemiddelen. Bij de nadere uitwerking en uitrol van *Nu Niet Zwanger* is specifieke aandacht voor toegangscriteria tot het programma en kwaliteitscriteria bij de uitvoering. We komen tot criteria op basis waarvan bepaald kan worden welke vrouwen wel of niet in het project begeleid zouden moeten worden.

- **Implementatie van Nu Niet Zwanger projecten in centrumgemeenten**

Per regio bekijken we wat de werkbare en daarmee de wenselijke schaalgrootte is waarop een *Nu Niet Zwanger* project kan worden opgezet en uitgerold. Ieder project implementeren we vervolgens op maat in de regio, waarbij per centrumgemeente mogelijk meerdere *Nu Niet Zwanger* projecten opgezet gaan worden.

4.2 Actielijn 2: Tijdens de zwangerschap

Ouders die kwetsbaar zijn ervaren stress door uiteenlopende problemen rondom opvoeding, huisvesting, schulden en/of een beperkt sociaal netwerk. In deze actielijn willen we problemen bij aanstaande kwetsbare ouders eerder signaleren. Daarnaast willen we kwetsbare ouders die al zwanger zijn zo vroeg mogelijk begeleiden, zodat hun kind zo gezond mogelijk ter wereld kan komen en na de geboorte de zorg kan krijgen die het nodig heeft. Dit doen we door de volgende maatregelen:

4.2.1 Scherper in beeld krijgen van kwetsbare gezinnen

Sociale risicofactoren, zoals leefomstandigheden, stress en leefstijl, zorgen ervoor dat kinderen op latere leeftijd problemen krijgen. Professionals dienen daarom alert te zijn op deze factoren: hoe eerder zij signalen herkennen bij kwetsbare gezinnen, hoe sneller zij de juiste ondersteuning kunnen bieden. Dergelijke risicofactoren komen echter niet altijd in beeld bij professionals, omdat deze niet systematisch worden uitgevraagd. Daarom zorgen we ervoor dat de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg voortaan signaleringsinstrumenten gebruiken waarin ook sociale risicofactoren zijn opgenomen. We doen dit door:

- **Verspreiding signaleringsinstrumenten**

We brengen alle signalerings- en risicotaxatie-instrumenten omtrent medische en sociale risicofactoren in beeld. We verspreiden deze actief onder professionals in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg. We maken ook afspraken met lokale coalities om deze specifieke signaleringsinstrumenten te gebruiken.

- **Melding risicozwangerschappen**

We maken afspraken met professionals zoals huisartsen, gynaecologen, verloskundigen, volwassen-ggz en verslavingszorg dat zij, met toestemming van de patiënt, bij de jeugdgezondheidszorg of het wijkteam melden dat hun risicopatiënt zwanger is zodat tijdig juiste ondersteuning geboden kan worden.

4.2.2 Sneller hulp aan kwetsbare gezinnen

Zorgwekkende omstandigheden voor kinderen kunnen al tijdens de zwangerschap optreden. Ook kunnen er in deze periode signalen zijn dat deze kunnen ontstaan. Kwetsbare ouders zijn vaak al bekend bij hulpverleningsinstanties, zoals de verslavingszorg. Om deze gezinnen eerder in beeld te hebben wanneer er sprake is van een kinderwens of zwangerschap, is het belangrijk dat de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg optimaal en actief samenwerken, onderling informatie uitwisselen over kwetsbare gezinnen en een goede verbinding hebben met andere hulpverleningsinstanties.²⁷ Want alleen dan kan de jeugdgezondheidszorg tijdig hulp bieden en een begin maken om bestaande problemen aan te pakken. Daarmee voorkomen we dat in een later stadium zwaardere hulp nodig is. Bovendien levert deze aanpak gezondheidswinst voor ouders én kinderen op. Daarom willen we dat kwetsbare gezinnen sneller hulp krijgen. Een goede gegevensuitwisseling tussen professionals in de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg is hiervoor essentieel. Om dit te realiseren loopt er via de geboortezorg, buiten dit programma om, een traject (Babyconnect). Verder doen we dit door:

- **Prenatale huisbezoeken**

Kwetsbare gezinnen krijgen tijdens de zwangerschap intensieve begeleiding vanuit de jeugdgezondheidszorg. Dit kan starten met een prenataal huisbezoek, om te bepalen welke hulp of zorg nodig is in het gezin. Een dergelijk huisbezoek past bij de ingezette koers van flexibilisering van de contactmomenten in het kader van de jeugdgezondheidszorg. Meer aandacht voor gezinnen die het nodig hebben en minder als alles goed gaat. Om het mogelijk te maken dat de jeugdgezondheidszorg al voor de geboorte deze kwetsbare ouders ondersteunt, wordt de Wet publieke gezondheid aangepast.

- **Ketenafspraken over multidisciplinaire samenwerking**

Lokale coalities maken ketenafspraken met de partijen in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg over goede samenwerking met de verloskundige samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld door deelname van de jeugdgezondheidszorg in Verloskundige Samenwerkingsverbanden en/of het vormen van multidisciplinaire teams. Tijdig doorverwijzen van kwetsbare gezinnen staat voorop, waarbij de KNOV-handreiking *Kwetsbare Zwangeren* gebruikt kan worden.

- **Samenwerking rondom kwetsbare gezinnen**

Geboortezorg en partijen in het sociale domein, inclusief de jeugdgezondheidszorg, gaan intensief samenwerken rondom de zwangerschap bij kwetsbare gezinnen. Daarbij wordt ingezet op het goed signaleren, het goed verwijzen en optimale begeleiding voor en tijdens de zwangerschap en na de geboorte.

27 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2017). *Jeugdgezondheidszorg actief*.

4.2.3 Routekaarten/zorgpaden voor professionals

Kwetsbare gezinnen kunnen vaak een steuntje in de rug gebruiken. Er zijn verschillende succesvolle aanpakken die hierin voorzien en daarmee bijdragen aan een betere start van kinderen. Zo zijn er diverse effectieve interventies gericht op ouders die een kind verwachten. Dit varieert van algemene groepscursussen als CenteringPregnancy en korte interventies als *Stevig Ouderschap* voor zwangere vrouwen die speciale aandacht nodig hebben, tot *VoorZorg*, een traject van tweeënhalf jaar vanuit de jeugdgezondheidszorg voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen. Ook na de geboorte zijn er interventies voor ouders, zoals Video-hometraining. Om interventies adequaat in te kunnen zetten, afgestemd op de zorg die de zwangere nodig heeft, moeten professionals weten bij welke type signalering welke stappen gezet kunnen worden. Aangezien het gebruik van routekaarten of zorgpaden dit inzichtelijk kan maken, zorgen we ervoor dat professionals in gemeenten gebruik kunnen maken van lokale routekaarten. We doen dit door:

- **Voorbeeldroutekaarten/zorgpaden**
We ontwikkelen voorbeelden van routekaarten voor gemeenten.
- **Samenstelling lokale routekaarten/zorgpaden**
We ondersteunen gemeenten bij het samenstellen van hun lokale routekaarten op basis van de voorbeelden en hun selectie uit de menukaart. Met deze routekaarten kunnen professionals snel het juiste aanbod van hulp en ondersteuning inzetten bij kwetsbare gezinnen.

4.3 Actielijn 3: Na de geboorte

Hoeveel aandacht er inmiddels ook is voor opvoedingsondersteuning, te vaak ontvangen juist kwetsbare gezinnen te laat of helemaal geen steun. Ze ontspreken en moeten een beroep doen op zwaardere zorg. In ergere gevallen raakt het kind beschadigd zonder zelfs ook maar in beeld te zijn geweest. Naar schatting zoekt slechts een derde van de kwetsbare ouders zelf hulp of advies bij de opvoeding. In deze actielijn willen we *eerder* en *gericht* hulp en opvoedingsondersteuning bieden aan kwetsbare ouders. We willen dat ze beter toegerust zijn voor het ouderschap en de opvoeding en een vangnet hebben om op terug te kunnen vallen. Dit doen we door de volgende maatregelen:

4.3.1 Flexibele inzet contactmomenten jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg ziet alle jonge kinderen en hun ouders frequent tijdens de eerste levensjaren. Daartoe behoren ook kwetsbare gezinnen, die gebaat zijn bij meer tijd en aandacht dan in de reguliere contactmomenten. We willen dat gemeenten en professionals de contactmomenten flexibeler inzetten dan nu het geval is, zodat risicokinderen en -gezinnen de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Denk daarbij aan een langer consult, een huisbezoek of extra voorlichting. Als gevolg hiervan kunnen contactmomenten voor volgende kinderen in minder kwetsbare gezinnen eventueel minder frequent plaatsvinden. De flexibilisering creëert meer aandacht voor kwetsbare gezinnen, waarmee we willen voorkomen dat zij in een later stadium zwaardere hulp nodig hebben. Lokale coalities kunnen de flexibilisering van contactmomenten al inzetten door te experimenteren.

Daarnaast doen we dit door:

- **Klantroutes**

De jeugdgezondheidszorg maakt klantroutes van alle cliënten in hun bestand. Op basis van die klantroute bepalen zij welke ouders en kinderen meer en welke minder ondersteuning nodig hebben. Deze klantroutes verspreiden we actief via leerkringen en regiobijeenkomsten.

- **Profielen**

Naast klantroutes willen we profielen gaan gebruiken om de flexibilisering en extra maatwerk voor kwetsbare gezinnen in gang te zetten. Deze profielen van gezinnen komen tot stand door bestaande data over verschillende leefgebieden, zoals leefstijl, inkomen en netwerk, te combineren en te visualiseren.

4.3.2 Laagdrempelige opvoedingsondersteuning voor kwetsbare ouders

Om kinderen een goede start te geven is sensitief ouderschap essentieel. Maar met name voor kwetsbare ouders kan het een hele opgave zijn om aan te voelen wat hun kind nodig heeft en daarnaar te handelen. Bijvoorbeeld omdat zij hier van huis uit minder bekend mee zijn, of gewoonweg omdat zij te veel zorgen aan hun hoofd hebben. Daarom is het vooral voor deze ouders waardevol om een luisterend oor te krijgen voor opvoedvragen waar zij mee zitten, voor praktische tips of om even de zorg te delen. Groepsgesprekken, zoals CenteringParenting, zijn een vorm van laagdrempelige opvoedingsondersteuning. We vinden het belangrijk dat gemeenten en professionals kwetsbare gezinnen hulp bieden bij het ouderschap. Verschillende doelgroepen vragen ieder om een eigen aanpak: een ouder met een lichte verstandelijke beperking heeft een andere vorm van hulp nodig dan een hoogopgeleide ouder met stress of ggz-problematiek. We doen dit door:

- **Leerkringen**

Onder gemeenten en professionals verspreiden we actief kennis over goede voorbeelden van opvoedingsondersteuning, gericht op kwetsbare ouders. We zetten leerkringen op om deze voorbeelden in gemeenten te borgen.

- **Gesprekstrainingen**

Professionals uit de jeugdgezondheidszorg krijgen gesprekstrainingen om proactief het gesprek met ouders over uitdagingen in het opvoeden aan te gaan.

- **Groepsgesprekken**

Gemeenten en professionals organiseren groepsgesprekken voor kwetsbare ouders. Ouders kunnen opvoedvragen uitwisselen en van elkaar leren. Deelname vergroot tegelijkertijd hun sociale netwerk.

- **Digitaal platform**

Publieke en private partijen ontwikkelen een digitaal platform voor ouders. Ouders kunnen hier terecht voor advies en voorlichting van jeugdgezondheidszorgorganisaties en vinden links naar betrouwbare websites zoals opvoeden.nl.

4.3.3 *Zeer jonge kwetsbare ouders ondersteunen*

Wanneer tieners en twintigers een kind krijgen, komen vaak veel problemen samen. Denk aan problemen met huisvesting, inkomen, onderwijs, kinderopvang en werk. Deze zeer jonge kwetsbare ouders hebben soms intensieve begeleiding nodig, zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte van hun kind. Vanwege de samengestelde problematiek is het van belang dat deze begeleiding aansluit bij praktische hulp omtrent bijvoorbeeld wonen, werk en opleiding. Gemeenten hebben met de Jeugdwet, de Wmo en de Participatiewet veel mogelijkheden om deze zeer jonge kwetsbare ouders maatwerk te bieden. De praktijk laat helaas zien dat dit nog onvoldoende gebeurt omdat gemeenten soms onvoldoende theoretische en praktische kennis hebben om te voorzien in goede begeleiding van deze jonge ouders. Daarom gaan we gemeenten hierin ondersteunen. We doen dit door:

- **Programmalijn**

ZonMw ontwikkelt op basis van de transformatieagenda van JOOZ (Jong Ouderschap en Onbedoelde Zwangerschap) een programmalijn, waarin zij de bestaande kennis en informatie over (zeer) jong ouderschap inventariseren en verbreden. Veldpartijen en gemeenten kunnen via experimenten samen ervaring opdoen met een geïntegreerde aanpak rondom (zeer) jong ouderschap.



5. Voortgang en resultaten

Monitoren

Wij geven *Kansrijke Start* alle aandacht die het verdient door zo concreet mogelijke doelen te stellen. We gaan de resultaten van het actieprogramma *monitoren*, om een indicatie te krijgen van de mate van impact. We willen ervoor zorgen dat minder kinderen een valse start hebben. Dit gaan we meten aan de hand van het percentage kinderen met een vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of beiden. We willen ook weten hoe jonge kinderen zich de eerste 2 jaar na de geboorte ontwikkelen, zodat we beter zicht hebben op de ontwikkeling gedurende de eerste 1000 dagen. Daarom zetten we met dit programma tevens in op het ontwikkelen van een nieuwe indicator waarbij ook de gezondheidsscore van kinderen op 2 jaar wordt meegenomen. Deze indicator zal bestaan uit een combinatie van het percentage kinderen met een vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of beiden, en de gezondheidsscore op tweejarige leeftijd. Ten slotte zullen we ook volgen hoeveel kinderen een kindbeschermingsmaatregel heeft ontvangen, dat wil zeggen onder toezicht is gesteld of onder voogdij is geplaatst. Op deze manier brengt dit actieprogramma waardevolle stuurinformatie over de eerste 1000 dagen van kinderen voort, op zowel landelijk als lokaal niveau. Om de gezondheidsscore op tweejarige leeftijd te kunnen bepalen, gaan we op landelijk niveau de jeugdgezondheidszorggegevens ontsluiten. Hiermee zal zowel op lokaal als op landelijk niveau meer informatie beschikbaar komen over de ontwikkeling van nul- tot tweejarigen in Nederland. Alle gezondheidsuitkomsten willen we monitoren in combinatie met de cijfers rondom de geboorte.

Procesindicatoren

Daarnaast brengen we een aantal *procesindicatoren* in kaart, waarmee we om te beginnen de voortgang van de uitvoering volgen en vervolgens de resultaten van het actieprogramma meten.

We kiezen voor de volgende procesindicatoren:

- Aantal gemeenten dat preconceptiezorg aanbiedt onder meer via de JGZ en huisartsen.
- Aantal gemeenten waar *Nu Niet Zwanger* is geïmplementeerd of waar gestart is met de implementatie van *Nu Niet Zwanger* en het bereik van *Nu Niet Zwanger*.

Ervaren, doen en leren

We brengen de resultaten van de landelijke maatregelen en de lokale coalities op verschillende manieren in beeld. We zetten hiervoor een breed palet aan communicatiemiddelen in, waarbij ook de landelijke coalitie een rol kan spelen. Het zal gaan om *een combinatie van storytelling, ervaringen, feiten en cijfers*. Het actieprogramma kent een looptijd van circa drie jaar. In 2021 zal een evaluatie plaatsvinden. Op basis daarvan besluiten we of en hoe *Kansrijke Start* wordt voortgezet.

6. Financiën

Voor de uitvoering van dit actieprogramma is €41 miljoen beschikbaar voor de looptijd van dit programma (2018-2021). Enkele fondsen, waaronder de Bernard van Leer Foundation, zijn bereid om mee te investeren in de uitvoering ervan, op punten waar het actieprogramma aansluit bij hun strategie.

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

september 2018