

JGZ

Zuid-Holland West

Consultatiebureau voor kind en jeugd



2025

Regio in beeld

Jaaroverzicht van ontwikkelingen



JGZ Zuid-Holland West

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	5
Taken Jeugdgezondheidszorg	8
1. Basistakenpakket	8
1.1 Het Landelijk Professioneel Kader en Zorg op Maat	8
1.2 Het Basistakenpakket in 2025	8
1.3 Klant Contactcentrum en telefonisch spreekuur	13
2. BTP Flex, Lokaal Maatwerk en Programma op Maat	15
Rijksvaccinatieprogramma	20
1. Wijzigingen in het RVP	20
2. Vaccinatiegraad	20
3. Vaccinaties per leeftijdsgroep	23
3.1 Maternale vaccinaties	23
3.2 Vaccinaties 0-4 jaar	23
3.3 Vaccinaties 4-18 jaar	25
Regionale ketensamenwerking	30
1. Kansrijke Start	31
1.1 Samenwerking binnen de H4	32
1.2 Samenwerking binnen de H5	33
2. Kind naar Gezonder Gewicht	34

Voorwoord

Werken in een onrustige tijd

We leven en werken in een samenleving die voortdurend in beweging is. Politieke verschuivingen, maatschappelijke onrust en veranderende zorgakkoorden vragen om flexibiliteit en aanpassingsvermogen. Tegelijkertijd blijft onze opdracht onveranderd: er zijn voor kinderen, jongeren en (aanstaande) ouders. Terwijl de wereld om ons heen verandert, gaat onze zorg onverminderd door.

Zorg op Maat als kern van ons handelen

In 2025 hebben we verdere stappen gezet in Zorg op Maat. We voeren het basistakenpakket uit en stemmen ons aanbod steeds flexibeler af op wat een kind of gezin nodig heeft. We kijken daarbij naar de bredere context waardoor problemen ontstaan, zoals onder meer huisvesting, armoede of een lastige thuissituatie. De overgang van vaste contactmomenten naar het gezamenlijk inschatten van de zorgbehoefte is ingrijpend. Tegelijk biedt het ruimte om preventie gericht en effectiever in te zetten, in nauwe afstemming met ouders en jongeren. Digitalisering ondersteunt deze ontwikkeling. We communiceren steeds vaker digitaal en verkennen nieuwe technologische toepassingen, zoals AI. Daarbij blijven we scherp op privacy en informatiebeveiliging, volledig in lijn met NIS2.

Samenwerken aan preventie

Binnen de landelijke zorgakkoorden werken gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, onderwijs en kinderopvang gezamenlijk aan ketenaanpakken, zoals Kansrijke Start en Kind naar Gezonder Gewicht. In onze regio bouwen we aan verbindingen tussen deze partijen. Daarbij ontstaan nieuwe verbindingen, onder andere met zorgverzekeraars. Deze samenwerking is noodzakelijk, waardevol, maar ook complex.

Veranderingen in het vaccinatieprogramma

Wijzigingen in het Rijksvaccinatieschema vroegen in 2025 veel van onze organisatie en professionals. Met name de invoering van de RS-immunisatie voor jonge baby's vergde extra inzet.

De kracht van preventieve jeugdgezondheidszorg

De kracht van de jeugdgezondheidszorg ligt in tijdig signaleren, normaliseren en doen wat nodig is. Met een luisterend oor en deskundig handelen helpen onze professionals ouders en jongeren verder, zodat kleine zorgen niet uitgroeien tot grotere problemen.

Samen met gemeenten en partners blijven we werken aan een wendbare organisatie die, ondanks voortdurende veranderingen, doet wat nodig is voor kinderen, jongeren en gezinnen - nu en in de toekomst.

Ron Boumans

directeur-bestuurder



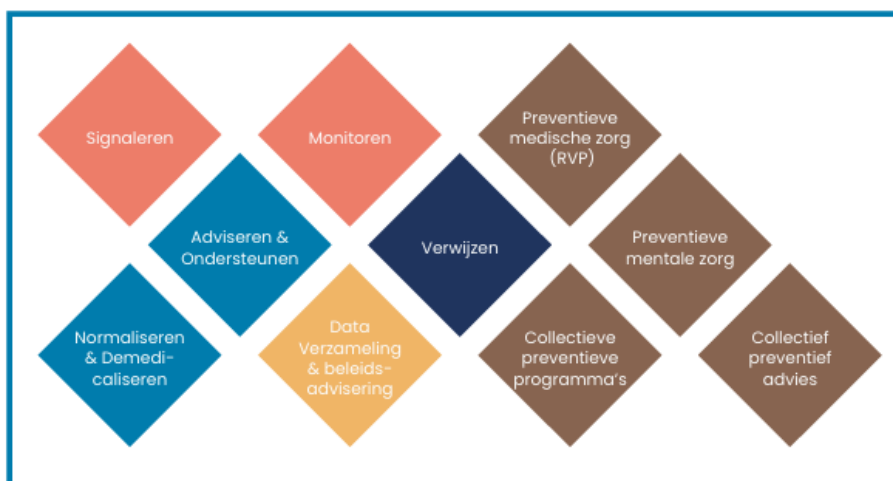
Inleiding

Gezondheidsverschillen verkleinen: een maatschappelijke opgave

Zorgen dat gezondheid zoveel mogelijk voor iedereen mogelijk wordt, dat is een streven dat meer en meer van belang is in onze huidige maatschappij. Kansen creëren voor iedereen en samen verantwoordelijkheid nemen zijn vereisten om ervoor te zorgen dat gezondheidsverschillen niet blijven toenemen. Dit is de opgave waar overheid en gezondheidszorg voor staan¹. Gezondheid is immers geen individuele verdienste, maar ontwikkelt zich in de interactie tussen mensen én tussen mens en omgeving.

Dit vraagt om gezamenlijke inspanning, waarbij we de beweging van zorg naar preventie verder voortzetten. Het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid verwoordt dit treffend in één van haar artikelen: Effectieve preventie vraagt dat wij, als overheid en zorg, onze structuren zo inrichten dat gezondheid voor iedereen mogelijk wordt². Het vereist de combinatie van individuele ondersteuning en structurele maatregelen gericht op leefomgeving en maatschappelijke ongelijkheid. Preventie is dan ook een maatschappelijke opdracht. Een gelijkwaardige positionering van preventie naast het op ziektegerichte zorgsysteem is een randvoorwaarde voor een rechtvaardige en toekomstbestendige volksgezondheid.

Dat preventie oplossingen biedt voor maatschappelijke vraagstukken weten wij als JGZ al lange tijd. We zien immers al meer dan 100 jaar bijna alle jeugdigen. Onze rol spitst zich toe op allerlei facetten; zie onderstaande figuur.



¹ NCJ januari 2026

² Rechtvaardige preventie: van medische interventie naar maatschappelijke opdracht, NCJ januari 2026

Het besef dat preventie, en daarmee JGZ, bijdraagt aan een gezonde, veerkrachtige en veilige maatschappij neemt gelukkig steeds meer toe. In onze regio en op landelijk niveau zorgen we ervoor dat we deelnemen aan de relevante gesprekstafels.

Hechting, ouderschap, weerbaarheid en gezonde leefstijl

Wat betreft de inhoud van ons werk richten we ons op de vier pijlers van de nationale JGZ-preventieagenda: de onderwerpen ouderschap, hechting, weerbaarheid en gezonde leefstijl³. Met ouders, kinderen en jeugdigen bespreken we (jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, assistenten, logopedisten) wat zij nodig hebben. De inhoud van ieder gesprek is te herleiden tot één of meerdere van deze pijlers.

Op bladzijde 17 en 18 duiden we deze onderwerpen en geven we aan welke preventieve activiteiten we hierop doen, naast de momenten van contact.



³ Strategisch Koers JGZ, 2022-2028

Taken
Jeugdgezondheidszorg

Taken Jeugdgezondheidszorg

1. Basistakenpakket

1.1 Het Landelijk Professioneel Kader en Zorg op Maat

Alle kinderen in Nederland hebben het recht om zo gezond, veilig en kansrijk mogelijk op te groeien. Om dit recht te beschermen is het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vastgelegd in de Wet publieke gezondheid. Gemeenten zijn ervoor verantwoordelijk dat dit basistakenpakket beschikbaar is en actief wordt aangeboden aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar. Het Landelijk Professioneel Kader (LPK) beschrijft hoe JGZ het basistakenpakket aanbiedt, waarbij de nadruk ligt op aansluiten bij de behoefte en doen wat nodig is.

1.2 Het Basistakenpakket in 2025

Het standaard screenen op vaste momenten is met de invoering van het LPK losgelaten. Het LPK kent een gemiddeld schema. Dat is wat je als organisatie in je aanbod moet hebben. Het is belangrijk om te beseffen dat elk kind uniek is en niet gemiddeld. Met iedere ouder/jeugdige maken we steeds opnieuw de afweging en beslissen we samen wat nodig is.

Bij elk consult passen we de GIZ-methodiek⁴ toe. Aan de hand van de driehoek, weergegeven op een praatplaat, bespreken we met de ouder/jongere waar het goed gaat en waar vragen of zorgen zijn. Het draagt bij aan het bieden van passende, flexibele Zorg op Maat voor alle ouders en jeugdigen. De GIZ-methodiek combineert de ervaringen van gezin en kind met de deskundigheid van de professional.



Tijdens de consulten praten we met de ouder⁵ over hechting, ouderschap, weerbaarheid en een gezonde leefstijl. Voor de jeugdige ligt in het contact de focus met name op weerbaarheid en gezonde leefstijl.

Door vroegtijdig te signaleren en aan te geven wat tot de normale ontwikkeling behoort en de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders te versterken, draagt de JGZ bij aan het voorkomen van (grotere) problemen. Zo krijgen jeugdigen en gezinnen snel de juiste ondersteuning en passende zorg, waardoor zwaardere vormen van zorg minder nodig zijn.

⁴ GIZ staat voor Gezamenlijk inschatten Zorgbehoefte.

⁵ Daar waar we spreken van de ouder, kan dit 1 ouder zijn of 2 ouders of een begeleider zijn.

Binnen het LPK spreken we niet meer over bereik. Door toepassing van zorg op maat, is het aantal uitgevoerde consulten geen indicatie meer voor het bereik van JGZ. Welke consulten en hoeveel wordt immers bepaald door wat nodig is.

Onderstaand schema geeft een indicatie van momenten van contact, de invulling is flexibel.



Onze consulten groeien mee met de ontwikkelingsfasen van het kind: zwangerconsult, babyconsulten, peuterconsulten, kleuterconsulten, schoolkindconsult, tienerconsult en jongerenconsult. Hieronder staat een korte beschrijving van onze zorg per levensfase. In de gemeentelijke deelrapportages wordt de realisatie van onze zorg beschreven.

Zwangerschap

In 2025 is het bestaande consult 'maternale vaccinatie(s)' uitgebreid. Daar hoort een nieuwe naam bij: het Zwangerconsult. Tijdens dit consult vaccineren we niet alleen de zwangere, maar geven ook informatie over JGZ en het Rijksvaccinatieprogramma. Daarnaast wordt het belang van tijdige geboortemelding benadrukt, met name vanwege de nieuwe prik tegen het RS-virus. Tijdens dit consult ziet JGZ de ouder voor het eerst, het is daarmee direct een moment om tijdig te signaleren of extra ondersteuning nodig is. In dat geval zorgt de jeugdverpleegkundige voor een vervolg in het Goede Start Gesprek.

Babyfase (0-12 maanden)

In de eerste twee weken na de geboorte heeft JGZ veel contacten met ouders en pasgeborene. Sinds 2025 krijgen alle baby's de RS-immunisatie, dit combineren we veelal met het Geboorteconsult. In diezelfde periode nemen we de gehoortest af.

Daarna zien we ouder(s) en kind op meerdere momenten; we plannen in samenspraak met de ouder de consulten. We volgen de ontwikkeling en geven vaccinaties. Steeds weer bespreken we aan de hand van de GIZ-driehoek de onderwerpen die op dat moment aandacht vragen.

- **Geboorteconsult**

Tijdens dit consult zien we voor het eerst ouder(s) met de pasgeborene. Vaak zien we hen thuis, maar in afstemming met de ouder kan het ook via beeldbellen of telefonisch.

We bespreken het nieuwe ouderschap en bieden begeleiding bij de verzorging van de baby. We starten met het inschatten van de zorgbehoefte en onderzoeken de algemene gezondheid van het kind. Met dit consult wordt het digitale Kinddossier gestart.



- **Neonatale Gehoorscreening**

De gehoortest is onderdeel van het nationale screeningsprogramma van het RIVM. Met deze gehoorscreening bepalen we of het kind voldoende kan horen voor een normale taal-spraakontwikkeling.

In 2025 zijn er 5384 kinderen geboren in onze regio; 5149 baby's kwamen in aanmerking voor de screening. We hebben de meeste kinderen in de eerste ronde gescreend (99,24%). Daarmee voldeden we ruim aan de daarvoor bepaalde norm. Dit was ook het geval bij de vervolgronde; we doen een tweede test als de uitslag van de test onvoldoende is.

Alle baby's zijn op tijd getest.

- **Babyconsulten**

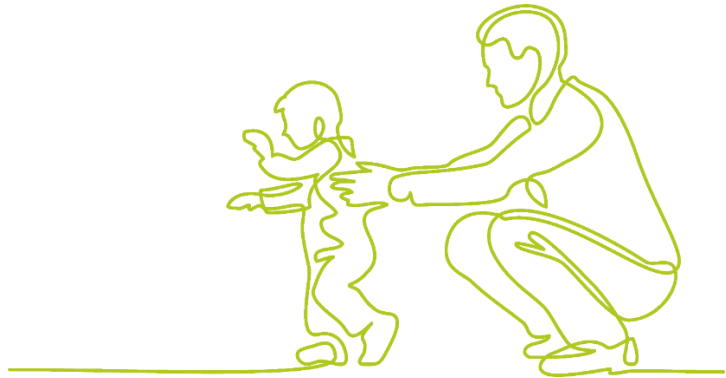
Ieder kind is anders, daarom volgen we geen vast afspraken-schema meer. Elk bezoek eindigt met de vraag "Wat spreken we af voor de volgende keer?" Dit is hoe Zorg op Maat er in de praktijk uitziet; we maken steeds meer de beweging richting flexibele zorg. Altijd in samenspraak met de ouder.

Tijdens de babyconsulten staan de verzorging, voeding, slaap en algemene gezondheid van het kind centraal. We geven informatie en begeleiding op een manier die aansluit bij de wensen van de ouder(s): mondeling, via filmpjes of digitale adviezen.

Peuterfase (1-4 jaar)

In de peuterfase besteden we aandacht aan de controle van de ogen, de spraak- taalontwikkeling, motoriek en gedrag. Ook komen aspecten als groei, voeding, slapen en algehele ontwikkeling aan de orde.

Ook in deze fase geldt dat elk het kind een eigen route heeft. Daarmee varieert zowel aantal, vorm als inhoud van de consulten per kind.



Schoolkind (4-12 jaar)

Ieder schoolgaand kind kan, indien nodig, een uitnodiging krijgen voor een consult. Meestal vindt dit op school plaats.

- Kleuterconsult

In groep 2 bieden we het Kleuterconsult aan. De assistent weegt en meet het kind en voert een gehoortest uit. De jeugdarts of jeugdverpleegkundige kijkt naar de ontwikkeling van het kind en bespreekt hoe het gaat met het kind, de ouder(s) en het gezin.

- Consult spraak- taal

Als een kind 5 jaar is, bekijken we de spraak- en taalontwikkeling. Dat doet de logopedist. Bij een vermoeden van een probleem op het gebied van spreken of taal, krijgt een kind een uitnodiging voor een spraak- en taalonderzoek bij de logopedist. Dit gebeurt altijd in overleg met de ouders.

- Consult groep 7

In groep 7 worden kinderen gescreend op basis van de ingevulde vragenlijsten van leerlingen en ouders, aangevuld met opmerkingen van de leerkracht over mogelijke aandachtspunten. Op basis van de uitkomsten kunnen ouders worden uitgenodigd voor een individueel consult.

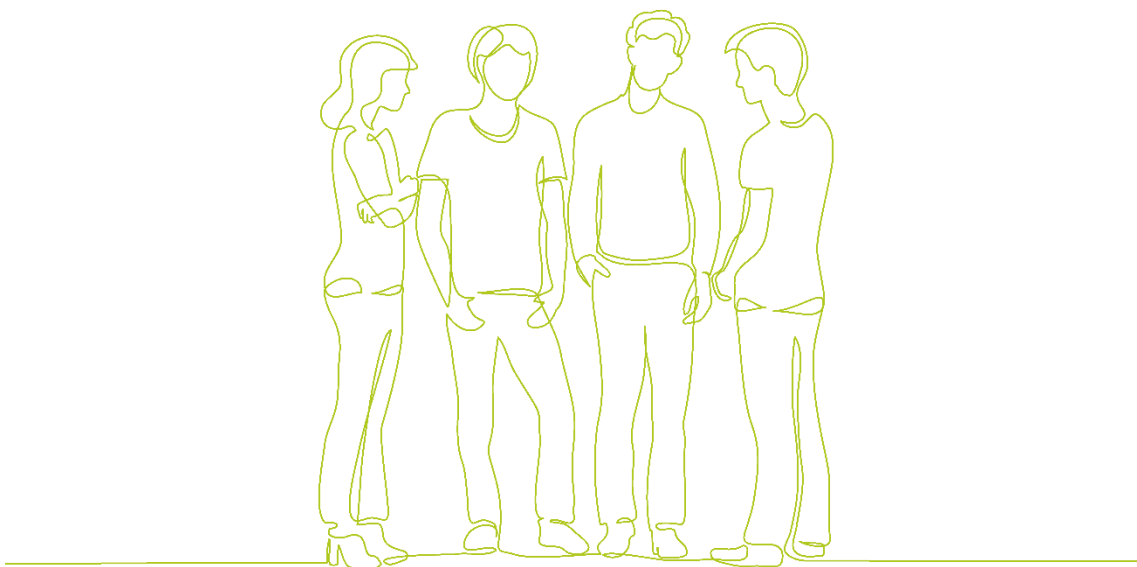
Daarnaast verzorgt de jeugdverpleegkundige een gezondheidsles in de klas over onderwerpen die kinderen bezighouden.

Tieners (12-14 jaar)

In klas 1 van het VMBO en klas 2 van het HAVO/VWO vullen leerlingen een vragenlijst in over hun gezondheid, leefstijl en welzijn. Op basis van de antwoorden ontvangt het kind adviezen die aansluiten bij zijn of haar situatie. Bij vragen of zorgen voert de jeugdverpleegkundige een individueel gesprek met het kind. Ouders worden betrokken wanneer dit nodig is.

Jongeren (15-18 jaar)

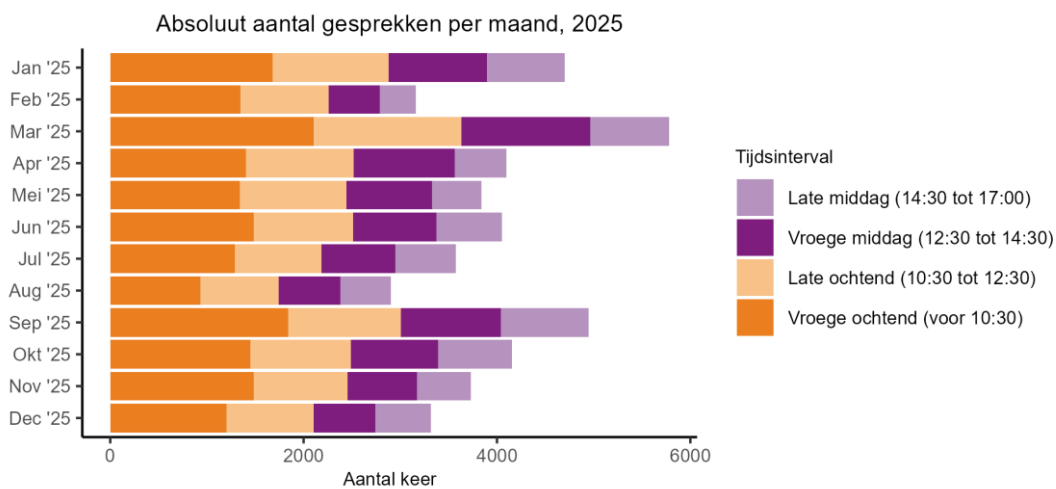
Het Jongerenconsult wordt uitgevoerd in klas 3 van het VMBO en klas 4 van het HAVO/VWO en is gericht op de jongere zelf. Het doel is bewustwording van leefstijl en het vroegtijdig signaleren en begeleiden van eventuele problemen. De jongere vult een vragenlijst in over gezondheid, leefstijl en welzijn. Op basis van de antwoorden ontvangt hij of zij advies op maat. Indien nodig kan de jongere worden uitgenodigd voor een individueel gesprek met de jeugdverpleegkundige.



1.3 Klant Contactcentrum en telefonisch spreekuur

Klant Contactcentrum (KCC)

Medewerkers van het KCC beantwoorden gedurende de openingstijden vragen van ouders telefonisch en via e-mail. Dit betreft vaak de planning van afspraken en de groepsvaccinaties. In 2025 kwamen er 48.269 gesprekken binnen op KCC, in 2024 waren dit er 48.932; heel vergelijkbaar. In maart en september kwamen de meeste telefoontjes binnen; dit komt door de oproep die ouders ontvingen voor de groepsvaccinaties. Zie onderstaande figuur.



Telefonisch spreekuur

De jeugdverpleegkundigen van het telefonisch spreekuur beantwoorden inhoudelijke vragen van ouders. Dagelijks staan zij klaar om aan de telefoon of via Whatsapp vragen te beantwoorden, mee te denken en een luisterend oor te bieden.

De vragen gaan onder meer over de voeding, slapen, vaccinaties en opvoeding.

In januari, mei, september en oktober hadden we de meeste telefoon- en whatsappgesprekken.

Deze pieken ontstaan door nieuwe vaccinaties (RS-immunisatie), groepsvaccinaties of als gevolg van communicatie door het RIVM over vaccinaties.

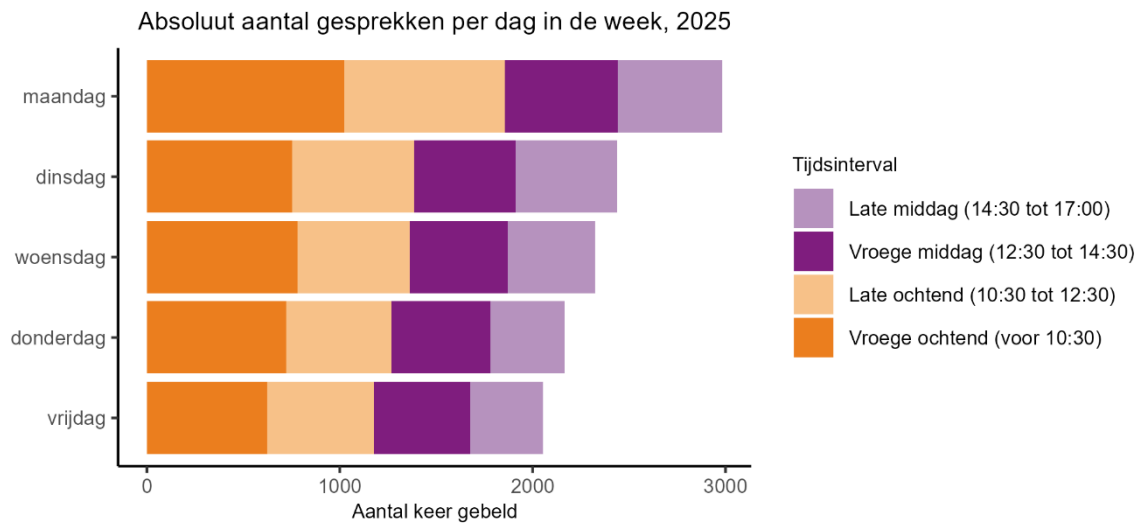
Telefoongesprekken

In heel 2025 waren er nagenoeg evenveel telefoongesprekken als in 2024, zie onderstaand overzicht:

2025	2024
11.963	12.143



Onderstaande figuur bevat het aantal telefoongesprekken van het afgelopen jaar, uitgesplitst naar de dagen van de week en de momenten op een dag.



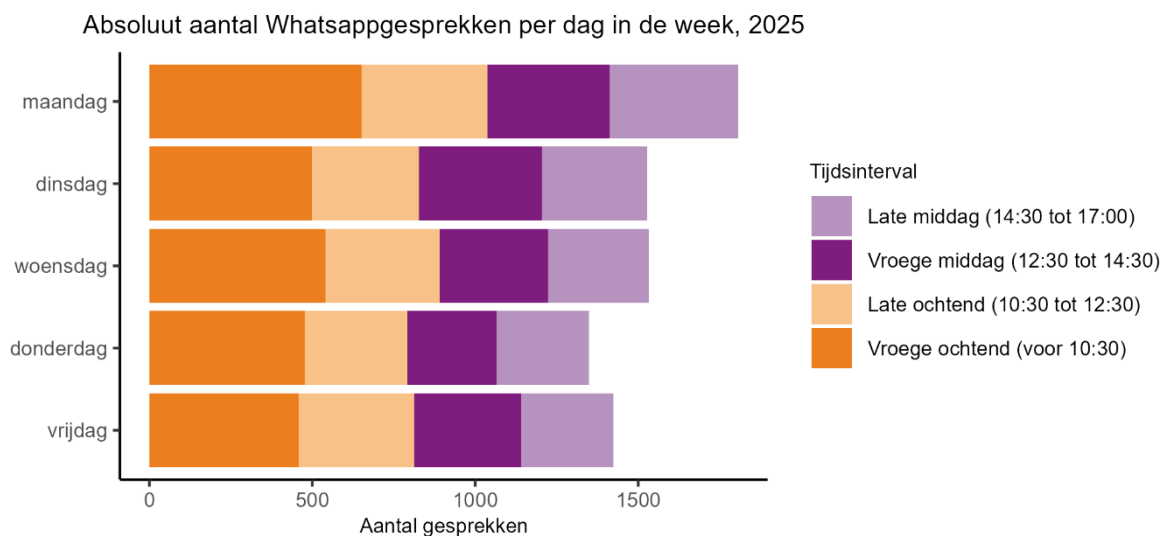
Whatsappgesprekken

Het aantal whatsappgesprekken ligt in 2025 hoger dan in 2024, zie onderstaand overzicht:

2025	2024
7.671	6.303



Onderstaande figuur bevat het aantal Whatsapp gesprekken van het afgelopen jaar, uitgesplitst naar de dagen van de week en de momenten op een dag.



2. BTP Flex, Lokaal Maatwerk en Programma op Maat

Onze dienstverlening is opgebouwd uit het Basistakenpakket (BTP), het BTP Flex, Lokaal Maatwerk en het Programma op Maat (POM).

BTP Flex

Het BTP Flex bevat aanvullende activiteiten die het Basistakenpakket ondersteunen.

Voorbeelden hiervan zijn:

- **Bemoeizorg:** gericht op het krijgen van zicht op kinderen en hen vervolgens weer in zorg brengen;
- **Participatie in netwerken:** nodig om de zorg af te stemmen met ketenpartners.

Lokaal Maatwerk

Het Lokaal Maatwerk omvat activiteiten die per gemeente kunnen verschillen. Voorbeelden zijn: Regie op Preventie, Homestart en Opvoedpunt.

Programma op Maat (POM)

Het Programma op Maat biedt gemeenten de mogelijkheid om te kiezen uit bestaande, effectieve programma's (interventies), zoals Stevig Ouderschap en Voorzorg.

De realisatie van de POM producten staat in de separate gemeentelijke rapportages.

Zowel BTP Flex, als Lokaal Maatwerk en Programma op Maat stemmen we af met gemeenten.

De activiteiten en interventies in het overzicht op de volgende bladzijde zijn geclusterd in universele, selectieve en geïndiceerde preventie.

Deze verdeling is in lijn met de Preventiepiramide;

1. Universeel: het beschermen en actief bevorderen van ieders gezondheid. Het gaat om mensen zonder bekende risicofactor(en)/problemen.
2. Selectief: het voorkomen van problemen bij kinderen en ouders met risicofactoren.
3. Geïndiceerd: gericht op vragen/klachten en het verminderen en voorkomen van problemen. Het gaat om mensen met een probleem.

Daarnaast zijn een aantal taken gevat onder de noemer "Samenwerking en beleidsontwikkeling sociaal domein".



Preventieve interventies, eerstelijns ondersteuning en hulp.

Voorlichting, bewustwording, vroeg signalering en adviseren.

Maatregelen in de omgeving die het normale leven en de positieve ontwikkeling van kinderen bevorderen.

Onderstaand overzicht omvat per gemeente de activiteiten die binnen het BTP Flex, Lokaal Maatwerk en het Programma op Maat zijn afgenomen. Vanaf 2026 duiden we het BTP Flex, het Lokaal Maatwerk en het Programma op Maat onder één noemer aan als “Maatwerkactiviteiten”.

	Delft	Leidschendam-Voorburg	Midden Delfland	Pijnacker-Nootdorp	Rijswijk	Wassenaar	Westland	Zoetermeer
Kansrijke Start (1e 1000 dagen)								
Ketenaanpak Kind naar Gezond Gewicht								
Nationaal preventieakkoord (roken, overgewicht, alcohol)								
Nationaal Programma Leefbaarheid & Veiligheid								
Samenwerking onderwijs-zorg-jeugd								
Alliantie Kinderarmoede Nederland								
Mentale gezondheid: Eén tegen eenzaamheid								
Hervormingsagenda Jeugd								
Universele Preventie								
Bemoezing / Traceren	●	●	●	●	●	●	●	●
Toeleiding naar VVE	●	●	●	●	●	●	●	●
Inloopsprekuren VO-scholen	●	●	●	●	●	●	●	●
Participatie netwerken artsen	●	●	●	●	●	●	●	●
Participatie netwerken verpleegkundige	●	●	●	●	●	●	●	●
Selectieve Preventie								
Groepsvoorlichting door Jeugdverpleegkundige JGZ	●	●	●	●	●	●	●	●
Groepsvoorlichting door Jeugdarts	●	●	●	●	●	●	●	●
Centering parenting	●	●	●	●	●	●	●	●
Begeleiding Overgewicht	●	●	●	●	●	●	●	●
Centrale Zorgverlener	●	●	●	●	●	●	●	●
Spraak- en taalontwikkeling: extra inzet logopedie	●	●	●	●	●	●	●	●
Geïndiceerde preventie (gericht op kind en gezin)								
NCJ Stevig Ouderschap	●	●	●	●	●	●	●	●
Extra inzet t.b.v. kinderen statushouders	●	●	●	●	●	●	●	●
Onderzoek bij ziekteverzuim arts	●	●	●	●	●	●	●	●
Onderzoek bij ziekteverzuim jeugdverpleegkundige	●	●	●	●	●	●	●	●
NCJ Voorzorg	●	●	●	●	●	●	●	●
KASTO	●	●	●	●	●	●	●	●
Video Hometraining	●	●	●	●	●	●	●	●
Spel aan Huis	●	●	●	●	●	●	●	●
Home-Start	●	●	●	●	●	●	●	●
Samenwerking & beleidsontwikkeling sociaal domein								
POM-coördinator	●	●	●	●	●	●	●	●
Regie op Preventie	●	●	●	●	●	●	●	●
Inzet verpleegkundige Community School	●	●	●	●	●	●	●	●
Opvoedpunt	●	●	●	●	●	●	●	●
Verbinding jeugdteam	●	●	●	●	●	●	●	●
Inzet verpleegkundige Vitis-JGZ	●	●	●	●	●	●	●	●

Zoals aangegeven in de inleiding heeft ieder gesprek met ouders, het kind en de jongere te maken met de basisonderwerpen uit de NCJ agenda: ouderschap, hechting, weerbaarheid en leefstijl. Hieronder duiden we ze en geven we aan welke preventieve activiteiten we hierop doen, naast de momenten van contact.

Ouderschap en hechting

Ouderschap is de blijvende verantwoordelijkheid en emotionele band die volwassen hebben voor de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van hun kind⁶. Dit gaat over wie je bent als mens. Daarmee is het een veelomvattend onderwerp. Opvoeden betreft datgene wat je doet als ouder. Hechting gaat over de emotionele, affectieve en duurzame band tussen ouder en kind. Voor een kind betekent dit dat hij troost en nabijheid vindt bij zijn ouder, vooral als hij bang, gespannen of verdrietig is.

In ieder contact met ouders staan we naast hen en bespreken we wat zij nodig hebben om hen te ondersteunen in de uitdagende rol die het ouderschap is. Dit doen we überhaupt.

Voorbeelden van extra preventieve activiteiten die bijdragen aan het versterken van ouderschap en hechting zijn:

Centering Parenting, Stevig Ouderschap, KASTO, Voorzorg, Video Hometraining, Extra inzet t.b.v. kinderen statushouders en Home-start.



Weerbaarheid

Weerbaarheid is een belangrijke beschermende factor voor kinderen en jongeren om veilig, gezond en kansrijk op te groeien. Weerbare kinderen en jongeren zijn in staat met eisen van de samenleving om te gaan, zelfstandig keuzes te maken en met tegenslagen om te gaan. Een weerbare jeugdige is in staat keuzes vanuit zichzelf te maken (zelfvertrouwen) en kan zijn eigen wensen, gedachten en gevoelens naar anderen goed te kunnen verwoorden.

Voorbeelden van extra preventieve activiteiten die bijdragen aan het vergroten van weerbaarheid zijn: Inloopspreekuur VO scholen, Groepsvoorlichting, Regie op Preventie, Opvoedpunt en Verbinding jeugdpoint.

⁶ Nederlands Jeugdinstituut

Leefstijl

Een belangrijke basis voor een goede gezondheid is een gezonde leefstijl. Dit betekent voldoende slaap en beweging, gezonde voeding en geen tot gematigd gebruik van alcohol en drugs. Ook is het belangrijk om op een gezonde manier met schermtijd om te gaan: Van geen schermtijd voor zuigelingen, naar beperkte schermtijd voor oudere kinderen en afspraken over mobiele telefoongebruik voor jongeren. Deze gezamenlijke basis van factoren geeft kinderen het beste uitgangspunt voor een gezond leven.

Voor onze gemeenten hebben we in het Advies Leefstijl 2025⁷ aanknopingspunten geschetst voor de preventie-aanpak, daar waar dit ligt binnen de invloedssfeer van gemeenten. Het advies is gebaseerd op het onderzoek Radermodel Rapport Leefstijl 2025.

Voorbeelden van extra preventieve activiteiten die bijdragen aan een gezonde leefstijl zijn: Begeleiding Overgewicht, Centrale Zorgverlener en Regie op Preventie.

Op bovenstaande onderwerpen bieden we in alle gemeenten ook cursussen aan; zie hiervoor onze website [Cursussen - JGZ Zuid-Holland West](#). In de gemeentelijke hoofdstukken van de jaarrapportage staat onder Groepsvoorlichting het aanbod per gemeente.

Bepaalde onderwerpen zijn van belang om op H8 niveau te adresseren. Te denken valt aan:

- Vaccinatiegraad
- Alle inhoudelijke onderwerpen die landelijk een hoge relevantie hebben, zoals mentale gezondheid, gezonde leefstijl, ouderschap en kansengelijkheid.

We vinden het volgende daarin heel belangrijk:

1. Regio-breed (H8) duiden en weten hoe het ermee staat op deze onderwerpen; JGZ kan met data het gezondheidsbeeld geven, duiden en hierover adviseren naar gemeenten;
2. De onderwerpen in samenwerking met onze partners in de ketens en netwerken oppakken;
3. Lokaal/subregionaal de inkleuring en daadwerkelijke inbedding van preventie te doen.

Gemeenschappelijk, op H8 niveau, hier elkaar over spreken brengt gemeenten dat zij op basis daarvan goede keuzes kunnen maken voor hun gezondheids- en jeugdbeleid.

⁷ Advies Leefstijl 2025 met bijbehorend Radermodel rapport Leefstijl

Rijksvaccinatieprogramma

Rijksvaccinatieprogramma

Het ministerie van VWS stelt, op basis van advies van de Gezondheidsraad, de inhoud van het rijksvaccinatieprogramma (RVP) vast. Het RVP bevat momenteel vaccinaties tegen 14 besmettelijke infectieziekten. Het beschermt kinderen tegen deze ziekten én zorgt ervoor dat deze ziekten minder vóórkomen (prevalentie).

Een belangrijk aspect van het programma is groepsimmunitet: bij een bepaalde vaccinatiegraad is niet alleen het individuele kind, maar ook de hele groep beschermd. Zo zijn kinderen, die nog te jong zijn voor een vaccinatie, en degenen die om redenen niet kunnen worden gevaccineerd, alsnog beschermd.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering en financiering van de vaccinaties is belegd bij gemeenten. Het RIVM is verantwoordelijk voor de uitvoering van het RVP, JGZ voert het RVP uit.

1. Wijzigingen in het RVP

In 2025 zijn een aantal wijzigingen doorgevoerd in het RVP. Zo is de RS-immunisatie voor zuigelingen toegevoegd.

Wijzigingen RVP 0-4-jarigen per 1 januari 2025:

- Start RS⁸-immunisatie
- Verschuiving DKTP-Hib⁹-HepB¹⁰ vaccinatie van 11 naar 12 maanden (gestart in december 2024)
- Vaccinatie BMR2 op 3-jarige leeftijd; was voorheen 9 jaar
- Verschuiving vaccinatie DKTP-booster van 4 jaar naar 5 jaar

Wijzigingen RVP 4-18 jarigen per 1 januari 2025:

- Toevoeging vaccinatie DKT 5 jaar (start 2026)
- Geen BMR vaccinatie 9 jaar
- DTP vaccinatie van 9 jaar naar 14 jaar (start 1e groep 2030)

2. Vaccinatiegraad

De vaccinatiegraad geeft het percentage gevaccineerde personen binnen een specifieke groep in Nederland aan. Het RIVM gebruikt het systeem van eerste oproepen en herinnering sturen per vaccinatie om de vaccinatiegraad te verhogen. Het RIVM hanteert daarvoor binnen de

⁸ RS-virus: Respiratoir Syncytieel virus

⁹ Hib: Haemophilus influenzae type b

¹⁰ HepB: Hepatitis B

verschillende leeftijdsgroepen andere momenten. Door dit systeem kan het RIVM pas twee jaar later een betrouwbare uitspraak doen over de vaccinatiegraad van de betreffende groep. Bij afsluiting van dit kalenderjaar kan daarom nog geen uitspraak worden gedaan over de uiteindelijke vaccinatiegraad.

Participatief actieonderzoek

In 2025 hebben we met GGD Haaglanden een participatief actieonderzoek gedaan met als doel inzicht te krijgen in belemmeringen, twijfels en overwegingen van ouders over de keuze om hun kind wel of niet te vaccineren tegen infectieziekten.

We hebben ouders persoonlijk benaderd en hen via de telefoon gesproken. Dit bleek heel belangrijk voor ouders. Zij gaven aan deelname aan groepsgesprekken te zwaar of te gevoelig te vinden; zij waren wel bereid om telefonisch hun afwegingen te delen.

Resultaat

Uit de gesprekken met ouders komt naar voren dat het onderwerp vaccineren sterk raakt aan persoonlijke overtuigingen, eerdere ervaringen en vertrouwen in instanties. Het vertrouwen in ons als organisatie nemen wij als belangrijkste bevinding mee in onze aanpak. Het voeren van open gesprekken, zonder overtuigingsdoel, ervaren ouders als veilig en waardevol.

Vervolgens zagen we:

- **Zorgen en kennis over infectieziekten**

Ouders verschillen sterk in hun kennisniveau en in hun zorgen over infectieziekten. Sommige ouders beschikken over uitgebreide kennis, anderen herkennen ziekten pas bij concrete voorbeelden.

- **Beschermingsstrategieën**

Ouders zetten actief in op leefstijl, hygiëne, voeding, het gebruiken van supplementen en het vermijden van contact met zieke kinderen. Het vertrouwen in het natuurlijke immuunsysteem en natuurlijke manieren om het immuunsysteem te versterken, speelt hierbij een belangrijke rol. Ouders die positieve ervaringen hebben met deze aanpak, ervaren weinig noodzaak of urgentie om te vaccineren.

Bespreekbaarheid en sociale context

De meeste ouders vinden vaccineren een gevoelig en beladen onderwerp. Zij vermijden het gesprek hierover in sociale relaties of in groepen. Individuele gesprekken ervaren zij als veiliger. Zij hebben behoefte aan een open en oordeelvrije dialoog met professionals.

- **Aanleiding voor heroverwegen**

Ouders noemen verschillende redenen om hun kind niet te laten vaccineren; zoals eerdere negatieve ervaringen, signalen uit de omgeving, adviezen van professionals en informatie op sociale media. In het onderzoek gaf een deel van de ouders aan dat religie geen primaire reden

was, maar eerder als bevestiging of ondersteuning van een reeds genomen beslissing fungeerde.

- **Behoeftte aan informatie**

Ouders geven aan dat informatie te laat komt (pas na geboorte) en dat deze vaak eenzijdig wordt ervaren. Zij willen eerder, vollediger en transparanter geïnformeerd worden, bijvoorbeeld tijdens de zwangerschap. Korte, toegankelijke informatie via digitale kanalen wordt sterk gewenst.

De intensieve samenwerking met GGD Haaglanden had een duidelijke meerwaarde. Het gezamenlijk optrekken in voorbereiding, uitvoering en reflectie heeft geleid tot een rijker en genuanceerder beeld van de afwegingen die ouders maken. Het heeft ook de onderlinge samenwerking tussen professionals versterkt.

JGZ registreert de beweegredenen van ouders in de keuze voor al dan niet vaccineren. Hiermee krijgen we een beeld van wat de ouder nodig heeft om een weloverwogen keuze te maken. Daarnaast hebben we het moment van de maternale kinkhoest vaccinatie uitgebreid om ouders te informeren over het RVP. Zie hiervoor de tekst over het Zwangerconsult op bladzijde 7.

Het werken aan bescherming tegen infectieziekten vraagt om een continue langjarige, relationele aanpak, waarin vertrouwen, dialoog en aanwezigheid centraal staan. De resultaten onderstrepen dat structurele investering in tijd, middelen, dialoog en passende informatie essentieel is om vertrouwen te versterken en bescherming tegen infectieziekten te verbeteren.



3. Vaccinaties per leeftijdsgroep

De momenten waarop kinderen worden gevaccineerd, zijn vastgelegd in het RVP. Binnen de leeftijdsfase 0-4 jaar worden kinderen gevaccineerd tijdens individuele consulten. Voor het vaccineren van kinderen in de leeftijd van 4-18 jaar organiseren we groepsvaccinaties.

3.1 Maternale vaccinaties

Met het vaccineren van de zwangere beschermen we de pasgeboren baby in de 1^e levensmaanden tegen een kinkhoestinfectie. Zwangere vrouwen kunnen vanaf 22 weken zwangerschap hiervoor terecht bij JGZ. Wanneer deze vaccinatie tijdig is ontvangen en er geen contra-indicaties zijn geconstateerd bij de baby na de geboorte, dan ontvangt de pasgeborene een vaccinatie minder. Sinds 2023 biedt JGZ zwangere vrouwen ook een griepvaccinatie aan tijdens het griepseizoen.



Onderstaande tabel bevat het aantal gegeven vaccinaties aan zwangere vrouwen in 2025:

Maternale kinkhoest	Maternale griepvaccinatie
3940 vrouwen	1152 vrouwen

Wanneer het aantal gegeven *maternale* kinkhoestvaccinaties wordt afgezet tegen het aantal *levend* geboren kinderen in 2025 (5279 volgens CBS), komt de vaccinatiegraad op ongeveer 74,6%.

3.2 Vaccinaties 0-4 jaar

Sinds 2025 is de start vervroegd door toevoeging van de RS-immunisatie. Al op dag 13 krijgen baby's hun eerste prik. Daarna volgen de andere vaccinaties conform onderstaand schema. Afhankelijk van eventuele medische indicaties, krijgen sommige kinderen met 2 maanden een extra vaccinatie. De RS-immunisatie doen de jeugdverpleegkundigen veelal thuis. Alle overige vaccinaties in de leeftijdsfase 0-4, geven we tijdens individuele consulten op de JGZ-locaties.



Welke vaccinaties krijgt mijn kind?



Vaccinatieschema Rijksvaccinatieprogramma (Bron: RIVM)

RS-immunisatie

Sinds 2025 is de RS-immunisatie toegevoegd aan het vaccinatieprogramma. Kinderen geboren vanaf 1 april 2025 komen in aanmerking voor deze immunisatie. Het is een seizoengebonden vaccinatie. Kinderen geboren in de herfst-/winterperiode, krijgen de immunisatie voor de 14^e dag. Deze groep noemen we de *primaire groep*. Kinderen geboren in de lente/zomer, krijgen een extra vaccinatiemoment in augustus, september of oktober, voordat het herfstseizoen start. Deze groep noemen we de *catch-up groep*. Bij RS spreken wij van immunisatie omdat er direct afweerstoffen worden geïnjecteerd. Bij de overige vaccinaties moet het lichaam zelf antistoffen aanmaken.

Van de kinderen in de catch-up groep (geboren van 1 april 2025 t/m 30 september 2025) heeft 78% de RS-immunisatie gehad. Van de kinderen in de primaire groep die geboren zijn van 1 oktober 2025 tot en met 31 december 2025, heeft 78% de RS-immunisatie gehad.

Rota-vaccinatie

De Rota-vaccinatie is sinds 2024 opgenomen in het RVP. Deze vaccinatie beschermt tegen de ernstige gevolgen van een Rotavirus-infectie. Het vaccin wordt rond de leeftijd van 6-9 weken én 3 maanden gegeven via druppels in de mond. Voor volledige bescherming krijgen kinderen beide vaccinaties. Van alle kinderen geboren in 2025 kreeg op datum van schrijven (6 maart 2026) 64% beide vaccinaties. Een deel hiervan kreeg één of beide vaccinaties in 2026. Kinderen

geboren in december 2025 zijn momenteel nog geen 3 maanden en kunnen de tweede vaccinatie nog krijgen. Van de kinderen geboren van januari 2025 tot en met november 2025 (zij zijn momenteel al 3 maanden), heeft 69% beide Rota-vaccinaties gehad. Een deel van de kinderen (5%) heeft maar 1 vaccinatie gehad, ondanks dat ze momenteel al 3 maanden oud zijn.

3.3 Vaccinaties 4-18 jaar

Twee keer per jaar organiseert JGZ in elke gemeente voor de leeftijdsgroep 4 -18 jaar groepsvaccinaties in een sporthal. Tijdens deze vaccinatiedagen krijgen kinderen een HPV of MEN ACWY-vaccinatie conform het RVP-schema. Het RIVM bepaalt welke cohorten¹¹ we oproepen en wanneer. Kinderen die de groepsvaccinaties niet kunnen volgen (vanwege persoonlijke redenen of omdat zij een ander vaccinatie-schema hebben), krijgen de vaccinatie(s) tijdens de zogenaamde vaccinatiesprekuren 4-18 op één van de JGZ-locaties.

Groepsvaccinaties (2024 en 2025)

Elk jaar geeft JGZ aan duizenden kinderen vaccinaties in de sporthal.

De uiteindelijke vaccinatiegraad van deze kinderen wordt door het RIVM, ongeveer twee jaar na de gegeven vaccinaties in een rapport gepubliceerd.

Om sneller in te kunnen spelen op eventuele trends, heeft JGZ op basis van gegevens in het eigen digitaal dossier een inschatting gemaakt van deze vaccinatiegraad. Een groot voordeel van het gebruik van gegevens uit ons eigen digitaal dossier, is dat dit geen vertekend beeld geeft. Dit kan namelijk ontstaan als gevolg van de informed consent procedure. Ouders en/of kinderen moeten toestemming geven voor gegevensuitwisseling met het RIVM.

Wanneer zij dit niet doen, stuurt de JGZ-organisatie informatie over de gegeven vaccinatie anoniem door aan het RIVM.

Deze anonieme informatie wordt niet meegenomen in de berekening van de vaccinatiegraad omdat de informatie die daarvoor nodig is, zoals het geboortejaar, niet bekend is. De geregistreerde vaccinatiegraad is daarom iets lager dan de werkelijke.

We presenteren twee kalenderjaren - 2024 en 2025 - om de gegevens beter te kunnen duiden. Kinderen die de HPV-vaccinatie krijgen, halen de 1^e prik in het voorjaar en de 2^e in het najaar. Voor de MEN ACWY worden kinderen in het voorjaar opgeroepen, zij krijgen één vaccinatie. Voor de MEN ACWY wordt nog een extra herinneringsoproep gedaan tijdens de najaarsronde.



¹¹ Cohort: een groep uit een bepaald geboortejaar

Tegelijkertijd is in 2025 de inhaalcampagne BMR2 gestart, waarbij twee cohorten zijn uitgenodigd om de prik te halen. Deze inhaalcampagne is nodig omdat de 2^e BMR-vaccinatie is verschoven van 9 naar 3 jaar. Gedurende 3 jaar worden kinderen door het RIVM eerder opgeroepen voor deze prik. In 2024 viel de BMR nog onder de reguliere groeps vaccinatie, waar kinderen met 9 jaar de BMR-vaccinatie kregen.

Hieronder staat het aantal kinderen dat in 2025 is opgeroepen.

Aantal opgeroepen kinderen:

Voorjaar 2025		Najaar 2025	
Welke vaccinatie	Aantal kinderen	Welke vaccinatie	Aantal kinderen
HPV	8.477	HPV	7.685
MEN ACWY	6.927	MEN ACWY (herinnering)	2.789
BMR inhaalcampagne	12.708	BMR inhaalcampagne (herinnering)	3.933
DTP (uitloop)	1.534	DTP herinnering	139

“Jeugdverpleegkundige

Het is magisch om met collega’s op één dag meer dan 1.000 kinderen te beschermen.”

Cohorten

In onderstaande tabel is per vaccinatie weergegeven welk cohort in welk kalenderjaar is opgeroepen:

Vaccinatie	Kalenderjaar	
	2024	2025
HPV	2014	2015
MEN ACWY	2010	2011
BMR	2015	2016 en 2017



Inschatting vaccinatiegraad

Met informatie uit ons digitaal dossier weten we wie in aanmerking kwam voor een vaccinatie en wie deze heeft gehaald. Hiermee kunnen we een inschatting maken van de vaccinatiegraad van deze cohorten.

Voor alle vaccinaties geldt:

$$\text{het percentage gevaccineerde kinderen} = \frac{\text{het aantal gevaccineerde kinderen}}{\text{het aantal kinderen dat in aanmerking kwam}}$$

Voor de MenACWY- en BMR-vaccinatie is enkel gekeken naar vaccinaties in het desbetreffende kalenderjaar. Voor de HPV-vaccinatie is ook gekeken naar het opvolgende kalenderjaar, omdat sommige kinderen pas in het najaar starten.

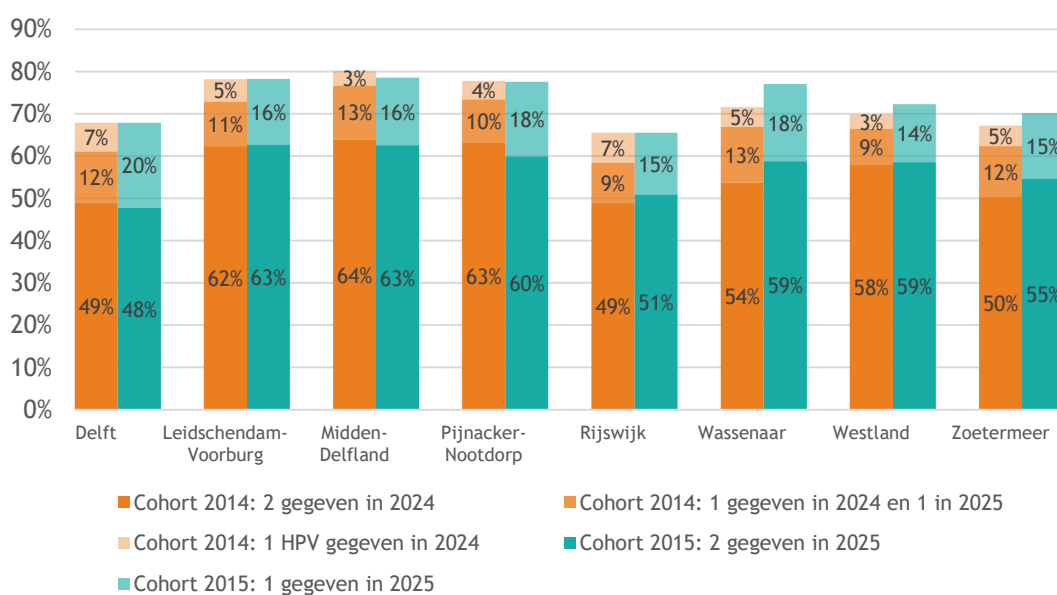
HPV

Een kind is volledig gevaccineerd tegen HPV als er twee HPV-prikken zijn gegeven.

Omdat een groot aantal kinderen pas in het najaar aan de serie begint, is voor kinderen die in 2024 zijn begonnen aan hun serie, ook gekeken naar eventuele vaccinaties in 2025.

Kinderen die in 2025 nog maar één vaccinatie hebben gehad, halen naar verwachting een tweede in 2026.

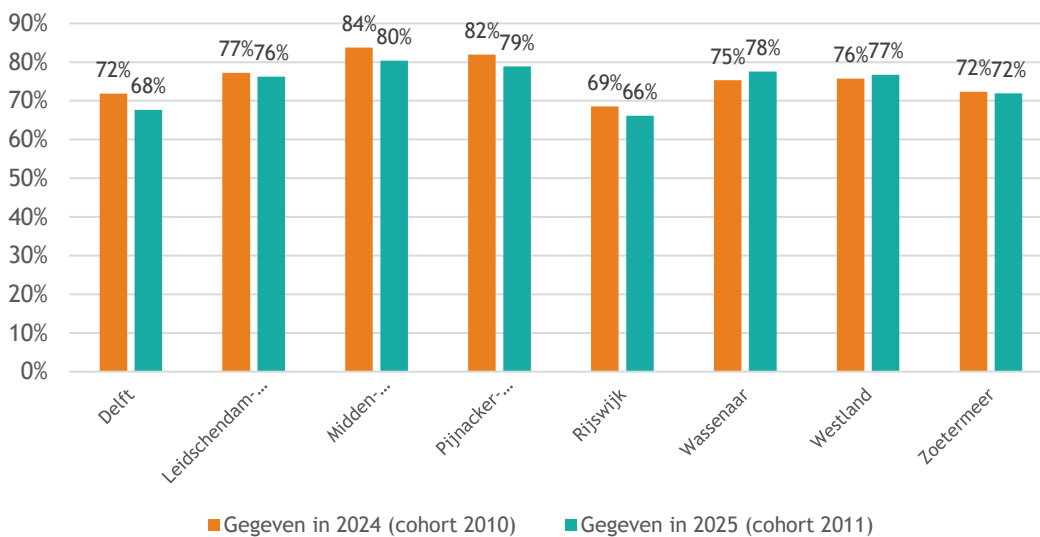
In onderstaande figuur zien we in de oranje staven cohorten uit 2014 en in de groene staven cohorten uit 2015.



Voor cohort 2014 is te zien dat JGZ-breed 66% twee HPV-vaccinaties heeft gehaald. Op basis van deze cijfers blijft het percentage dat gevaccineerd wordt tegen HPV ongeveer gelijk. Voor cohort 2015 wordt verwacht dat een substantieel deel de tweede vaccinatie in 2026 haalt en daarmee is de inschatting dat de vaccinatiegraad hoger ligt dan nu zichtbaar in de figuur.

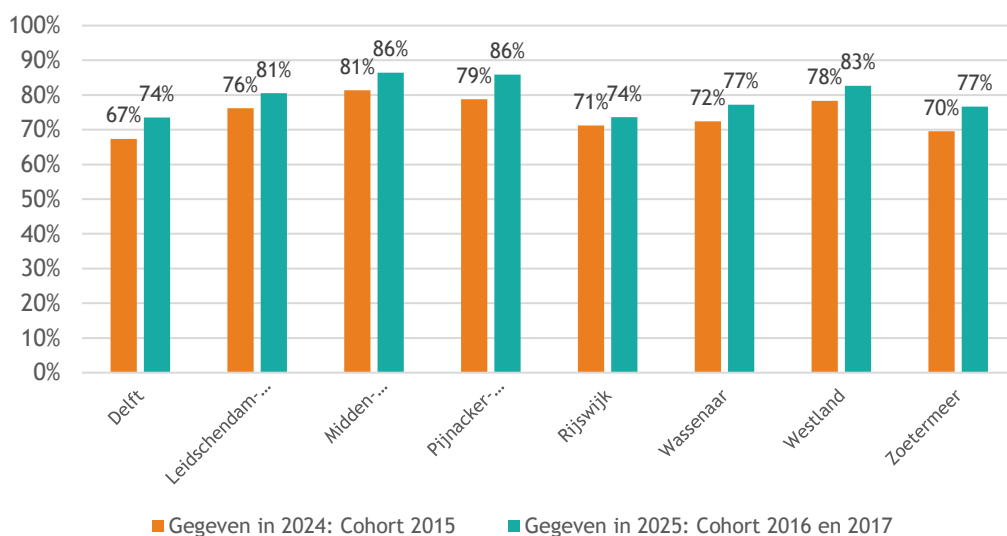
MenACWY

Het percentage gevaccineerde kinderen voor MenACWY is stabiel tussen 2024 en 2025. In 2024 was het percentage gevaccineerde kinderen 75% en in 2025 74%.



BMR (inhaalcampagne)

Het percentage gevaccineerde kinderen voor de BMR is in 2025 hoger dan in 2024. JGZ-breed lag het percentage in 2024 op 81% en in 2025 op 88%.

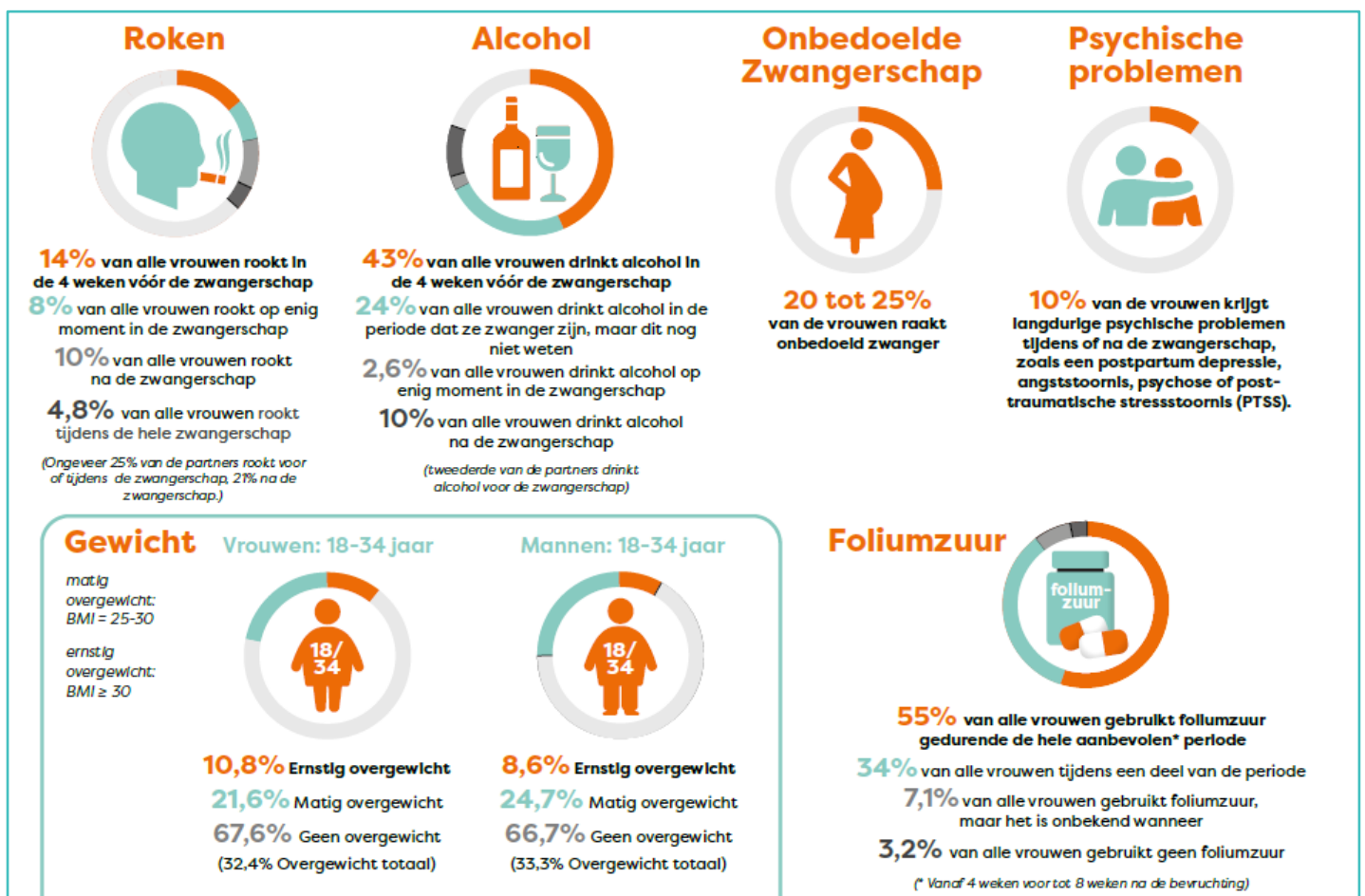


Regionale Ketensamenwerking

Regionale ketensamenwerking

De regionale ketensamenwerking is gericht op de samenhang in de aanpak én het verbinden van relevante partijen uit medisch en sociaal domein. Dit is van belang voor een zo passend mogelijke begeleiding van ouder- en kind. Voor JGZ zijn de ketenaanpakken Kansrijke Start en Kind naar Gezonder Gewicht relevant. Bij beide ketenaanpakken is gezond zwanger worden heel belangrijk. Gezondheid, welzijn en kansen in het latere leven beginnen immers al vóór de geboorte, zelfs al vóór de bevruchting. Zoals bekend spelen gezondheid, genen en leefstijl van ouders een rol, evenals de omgeving waarin de ouders leven. Veel gezondheidsproblemen hangen hier mee samen.

Hieronder staan een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op de zwangerschapskansen en op de (vroeg) ontwikkeling van kinderen¹².



¹² Kansrijke Start, Samen gezond, fit en veerkrachtig, Ministerie van VWS, oktober 2023

1. Kansrijke Start

De ketenaanpak Kansrijke Start is erop gericht om ieder kind een zo goed mogelijk start te bieden in de eerste 1000 levensdagen. Het programma is er voor ouders en hun kind(eren), in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar. In de aanpak is aandacht voor het versterken van beschermende factoren en het zo vroeg mogelijk signaleren van kwetsbaarheden. Een goede samenwerking tussen medisch en sociaal domein is essentieel in de aanpak.

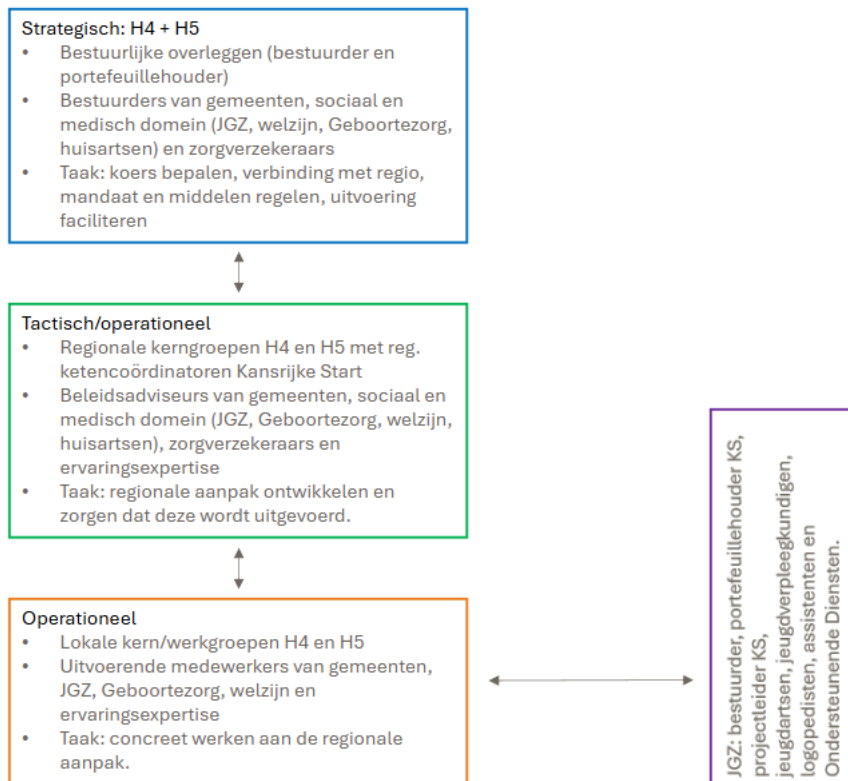
De ketenaanpak Kansrijke Start bestaat 7 jaar en heeft in elke gemeente in onze regio goed vorm gekregen. Lokale coalities en regionale samenwerking maken domein overstijgende samenwerkingsafspraken; dit zorgt ervoor dat (toekomstige) ouders, waar nodig, op tijd en goed worden ondersteund. Samen dragen we zorg voor het oplossen van knelpunten; dit betreft zowel de financiering, als de organisatie en de daarop afgestemde systemen. Kenmerkend voor de ketenaanpak is de brede betrokkenheid van partijen uit het sociale en (para)medische domein, én van ouders zelf. Gemeenten, ziekenhuizen, verloskundigen, kraamzorg, welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars en JGZ werken actief samen. Met het CJG Den Haag en GGD Haaglanden werken we samen en stemmen daar waar relevant onze dienstverlening af.

In iedere gemeente wordt de aanpak besproken in de lokale coalitie Kansrijke Start. Organisaties uit het sociaal en medisch domein zijn vertegenwoordigd in deze coalities. Ook ouders en andere ervaringsdeskundigen zijn bij de coalities betrokken.

De regionale aanpak concentreert zich voor een groot deel op twee deelgebieden in onze regio: de H4 en de H5. De regionale ketencoördinatoren vervullen een verbindende rol. De aanpak is gericht op:

- een samenhangende lokale en regionale aanpak Kansrijke Start, waarin ketenpartners zorg en ondersteuning op elkaar afstemmen,
- met vroegtijdige signalering van risico's en
- begeleiding van (aanstaande) ouders naar passende zorg en ondersteuning.

JGZ is op alle niveaus van de keten betrokken; in de bestuurlijke overleggen, in de regionale kerngroepen en in de lokale kern- en werkgroepen. Daarnaast nemen we uiteraard ook deel aan de strategische en regie-overleggen van het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA) en Haaglanden Gezonder, regionale en landelijke bijeenkomsten. Hieronder staat een schematische en gesimplificeerde weergave van onze betrokkenheid in de keten.



1.1 Samenwerking binnen de H4

Op basis van het Regioplan Westland Schieland Delfland¹³ (ontwikkeld met RIGA-partijen) is onder regie van de regionale ketencoördinator Kansrijke Start een regionaal Plan van Aanpak opgesteld. In april 2025 is deze aanpak in het RIGA¹⁴ besproken. Het afgelopen jaar hebben we het volgende ontwikkeld:

1. GeboorteGids

Deze digitale praatplaat helpt ouders meer inzicht te krijgen in het Nederlandse zorgsysteem. Jeugdverpleegkundigen gebruiken de gids in hun contact met ouders. De GeboorteGids is in december 2025 gelanceerd.

2. Nu Niet Zwanger

In dit programma ondersteunen we ouders in een (potentieel) kwetsbare situatie bij het maken van een bewuste keuze over het moment van hun kinderwens. Het doel is dat zij een weloverwogen beslissing nemen; dit draagt bij aan het terugdringen van ongeplande zwangerschappen. Binnen JGZ zijn vier jeugdverpleegkundigen getraind om hun collega's hierop te ondersteunen.

3. Training gespreksvoering t.b.v. vroeg-signalering

Deze training is ontwikkeld in afstemming met De Wilde Kastanje. In 2025 zijn drie groepen professionals in de geboortezorg getraind, zowel uit het medisch als het sociaal domein.

¹³ Zie: [Regiobeelden en regioplannen](#)

¹⁴ RIGA: Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord

Deelnemers waren heel enthousiast over de trainingen. Door gezamenlijk een training te volgen, leerden zij elkaars manier van kijken kennen.

Bij Kansrijke Start participeren ervaringsdeskundigen in diverse gemeentelijke kerngroepen en deze beweging zetten we door op regionaal RIGA niveau.

1.2 Samenwerking binnen de H5

In deze regio vormt het Regioplan Haaglanden de basis voor de aanpak van Kansrijke Start. Begin 2025 is de regionale ketencoördinator gestart. Met elkaar hebben we de ambities voor de aanpak vastgesteld:

- Breed inzetten op Gezond Zwanger worden
- Domein overstijgend samenwerken stimuleren
- Brede doelgroep betrekken en bereiken
- Kennis vergroten van onze professionals

Het afgelopen half jaar zijn in H5 verband de volgende zaken ontwikkeld:

1. Nu Niet Zwanger; zie H4 regio
2. Voorbereidingen voor het opzetten van de training gespreksvoering t.b.v. vroegsignalering in deze regio.

Waar mogelijk en gewenst werken we met gemeenten toe naar eenduidigheid en kennis uitwisselen op H9 niveau. Zo bespreken we bijvoorbeeld de mogelijkheden om de activiteiten binnen Kansrijke Start te monitoren en te evalueren, om inzicht te krijgen of onze inzet daadwerkelijk leidt tot verbetering van de zorg. JGZ vervult hierbij een aanjagersfunctie en zet zich in om sociaal- en medisch domein met elkaar te verbinden.



2. Kind naar Gezonder Gewicht

JGZ zet zich al jaren in voor de begeleiding van kinderen met overgewicht. Sinds 2016 is er sprake van een significante stijging in het aantal kinderen met overgewicht, met name onder de jongste kinderen (3 tot 5 jaar). Dit onderstreept het belang van preventie. Het bespreekbaar maken van een gezonde leefstijl is hiermee nadrukkelijk onderdeel van in het gesprek met ouder/kind en jongere. Samenwerking met lokale partners die werken aan een gezonde leefomgeving, zoals JOGG-regisseurs, is onderdeel van de aanpak van overgewicht.

Wanneer een kind eenmaal overgewicht heeft ontwikkeld, heeft het recht op passende zorg. Sinds 2025 vindt in vrijwel alle gemeenten de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) plaats. Met de ketenaanpak wordt beoogd de begeleiding gestructureerd en samenhangend te organiseren.



Cijfers overgewicht in onze regio

In de JGZ rapportage Overgewicht¹⁵ zien we bij de meeste leeftijden een significante toename in overgewicht ten opzichte van 2016; dit geldt voor kinderen van 3, 4, 5 en 10 jaar. Bijna één op de tien kinderen van 2 en 3 jaar had in 2025 overgewicht. Bij 4-jarigen was dit 15%, bij 5-jarigen 14% en bij 10-jarigen 19,0%.

Bij jeugdigen van 12 en 14 jaar zien we geen significante trends; lengte en gewicht worden in deze leeftijdsgroepen vaker op indicatie gemeten. In de coronajaren (2020-2021) zijn uitschieters zichtbaar, waarschijnlijk beïnvloed door selectieve metingen.

De conclusie is helder: kinderen in 2025 hebben vaker overgewicht dan kinderen van dezelfde leeftijd in 2016.

Toename van overgewicht hangt direct samen met een ongezonde leefstijl. Leefstijl is een breed begrip, het omvat verschillende leefstijlgebieden zoals bewegen, voeding, slaap, beeldschermgebruik en middelengebruik. Al deze gebieden zijn met elkaar verbonden; dit betekent dat het beïnvloeden van één leefstijlfactor, andere leefstijlfactoren kan doen veranderen. Wie naar een scherm kijkt, zit op dat moment stil en heeft meer kans om

¹⁵ Overgewicht, Een update - januari 2026

(on gezond) te eten. Daarnaast beïnvloedt kijken naar een scherm iemands slaap. Voldoende bewegen zorgt niet alleen voor goede motorische vaardigheden, het beïnvloedt de stofwisseling en geeft het een betere emotieregulatie¹⁶.

Uitgangspunten Kind naar Gezonder Gewicht

Binnen KnGG staan het kind, het gezin en de samenwerking tussen zorg- en sociaal domein centraal. Elk gezin krijgt één vast aanspreekpunt en coördinator van zorg: de Centrale Zorgverlener (CZV). Dit zijn speciaal daarvoor opgeleide jeugdverpleegkundigen.

Tijdens een huisbezoek bekijkt de CVZ met het gezin wat er speelt. De CZV onderzoekt achterliggende oorzaken en motiveert ouders en kind tot duurzame verandering.

Overgewicht ontstaat vaak door een combinatie van factoren zoals aanleg, leefstijl, leefomgeving en psychosociale omstandigheden. Dit vraagt om een integrale aanpak die verder reikt dan voeding, beweging en slaap alleen. De CZV verbindt de ondersteuning en zorg uit zowel het sociaal en als het medisch domein, schakelt waar nodig relevante professionals in en houdt regie gedurende het traject.

Regionale samenwerking

Regionale afstemming is van grote meerwaarde, juist vanwege het gegeven dat er meerdere oorzaken ten grondslag kunnen liggen aan overgewicht. Dit brengt met zich mee dat de aanpak zich op meerdere vlakken kan toespitsen. Daarnaast bevinden de samenwerkende regionale organisaties zich vaak in de regio waarin een bepaalde zorgverzekeraar preferent is. De belangrijke partners zijn: gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen en hun koepels (Hadoks¹⁷, Zorgorganisatie Eerste Lijn en Stichting Eerstelijnszorg Zoetermeer), ziekenhuizen, JGZ, JOGG, regiocoördinatoren en welzijnsorganisaties.

In 2025 vond structureel overleg plaats tussen de projectleider (JGZ), lokale projectleiders en de regionale ketencoördinator, met zorgverzekeraar DSW, CJG Rijnmond en Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL).

We monitoren de aanpak op netwerk- en kindniveau; in regionaal verband hebben we een instrument hiervoor ontwikkeld. Daarnaast is een diagnostische beslisboom ontwikkeld in samenwerking met kinderartsen, huisartsen en jeugdartsen. Dit hulpmiddel ondersteunt professionals in de diagnostiek en inzet van zorg bij overgewicht. De verwachting is dat het in 2026 gebruikt gaat worden.

¹⁶ [Effecten van bewegen op mentale gezondheid - Trimbos-instituut](#)

¹⁷ Hadoks is een coöperatie van huisartsen in de regio Haaglanden, deze is opgericht om toekomstbestendige huisartsenzorg te bieden aan inwoners van Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk en Wassenaar.

Stand van zaken in de praktijk

Kind naar Gezonder Gewicht is in 2025 in vrijwel alle gemeenten geïmplementeerd en de basisstructuur staat. Netwerken zijn opgebouwd en de instroom is op gang gekomen. In Wassenaar is een CZV opgeleid en worden voorbereidingen getroffen om begin 2026 te starten. JGZ heeft geïnvesteerd in de samenwerking met netwerkpartners en kinderleefstijlcoaches (zelfstandige ondernemers). De centrale zorgverleners ervaren de samenwerking als positief. In onder andere Delft en Rijswijk is een aanvullend beweegaanbod gestart voor kinderen in een KnGG-traject.

Tegelijkertijd blijft de daadwerkelijke inbedding van de ketenaanpak complex. Gemeenten vergoeden de zorg voor kinderen met licht GGR¹⁸. De financieringsstructuur en bijbehorende registratie vragen veel afstemming. De instroom van kinderen met licht GGR blijft achter t.o.v. het aantal kinderen waarvoor gemeenten vooraf betalen. Afspraken over declaraties zijn inmiddels gemaakt en de eerste declaraties zijn uitgevoerd.

CZV's geven aan dat zij werkplezier ervaren in het bieden van leefstijladvisering. Tegelijkertijd ervaren zij een hoge werkdruk, met name rondom registratie en monitoring. Momenteel zijn er negen jeugdverpleegkundigen als centrale zorgverlener actief; vier zijn het afgelopen jaar gestopt. Twee jeugdverpleegkundigen starten in 2026 met de opleiding. Capaciteit, werving en selectie van CZV's blijft daarmee een aandachtspunt.

Verdere borging en opschaling vragen in 2026 om gerichte keuzes op het gebied van financiering, capaciteit en monitoring, zodat de continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd blijven.



¹⁸ Het interpreteren van het gezondheidsrisico van mensen met overgewicht of obesitas is sterk afhankelijk van andere risicofactoren en aandoeningen. Het gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) houdt rekening met de BMI, risicofactoren en co morbiditeit. Het geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico is verhoogd.