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

Kennisnotitie

Kinderen geboren in een meervoudig kwetsbare situatie: zorggebruik en -uitgaven in de eerste levensjaren

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 088 689 89 89

Auteurs:
J.M. Molenaar, A.W. van Meijeren-van Lunteren, G.C. Crone, P.P.F. Klein, M.P.H. Koster
Centrum: Volksgezondheid, Zorg, en Maatschappij
Contact:
kansrijkestart@rivm.nl
Kenmerk:
KN-2025-0130
DOI:
10.21945/RIVM-KN-2025-0130
Datum:
1 juni 2026

Samenvatting

De eerste 1000 dagen van een kind zijn belangrijk voor een gezonde groei en ontwikkeling. Geboren worden en opgroeien in een meervoudige kwetsbare situatie kan invloed hebben op de toegang tot zorg en de gezondheid. Er is sprake van een meervoudig kwetsbare situatie als er meerdere risicofactoren en onvoldoende beschermende factoren aanwezig zijn. Uit dit onderzoek blijkt dat het percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie afnam van 8,2 procent in 2017 naar 6,6 procent in 2023. Ook blijkt dat kinderen die geboren worden in een meervoudig kwetsbare situatie meer zorg gebruiken en hogere zorguitgaven hebben in de eerste zes levensjaren. Als alle medische zorg bij elkaar wordt opgeteld, hebben kinderen in deze groep de eerste zes jaar gemiddeld 7.000 euro (bijna 55 procent) meer zorgkosten, waarvan 2.500 euro in het geboortejaar. Het verschil in zorgkosten is ook zichtbaar voor specifieke typen zorg zoals huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg en mondzorg. Ook binnen het sociaal domein zijn er verschillen: kinderen in gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie gebruiken vaker speciaal onderwijs, jeugdhulp en jeugdbescherming. Het is belangrijk om blijvend te investeren in kansengelijkheid in het vroege leven.

Achtergrond en doel

De eerste 1.000 dagen (de periode van vóór de conceptie tot aan de tweede verjaardag van een kind) zijn belangrijk voor een gezonde fysieke, mentale en sociale ontwikkeling (1, 2). Sinds 2018 wordt door het landelijk programma Kansrijke Start ingezet op het versterken van de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein in de eerste 1.000 dagen. Hierbij is speciale aandacht voor gezinnen in kwetsbare situaties. De gedachte achter het programma is dat een domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak, volgens het concept 'health in all policies' (3), grote maatschappelijke winst oplevert op het gebied van gezondheid en kansengelijkheid. Hierdoor kan een kwetsbare situatie vroegtijdig worden gesignaleerd, tijdig passende hulp in het sociaal of medisch domein worden aangeboden aan (toekomstige) ouders, en kan preventie plaatsvinden op het juiste moment.

Kwetsbaarheid

Het begrip 'kwetsbaarheid' of 'kwetsbare situatie' wordt vaak gebruikt om aan te geven dat (toekomstige) ouders en kinderen een grotere kans hebben op gezondheidsproblemen en minder toegang tot zorg. Kwetsbaarheid wordt omschreven als een complex en dynamisch proces. Hierbij is de wisselwerking tussen verschillende risico- en beschermende factoren (situaties, omstandigheden) van invloed (4-6). Voorbeelden zijn armoede of een ongezonde leefstijl (risicofactoren) en een stabiele gezinssituatie of een ondersteunend sociaal netwerk (beschermende factoren). Risicofactoren vergroten de kans op een kwetsbare situatie, terwijl beschermende factoren

deze verkleinen. Het hebben van risicofactoren betekent daarmee niet automatisch dat iemand in een kwetsbare situatie zit. Sommige factoren hebben meer invloed dan andere, en ze kunnen elkaar versterken of tijdens bepaalde perioden (zoals zwangerschap) extra zwaar wegen (6). Een meervoudig kwetsbare situatie betekent dat er verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen tegelijk aanwezig zijn (bijvoorbeeld sociaaleconomisch, psychosociaal en medisch)(7). Daarnaast zijn er onvoldoende beschermende factoren ter compensatie.

Het RIVM deed samen met het Erasmus MC en het LUMC (Health Campus Den Haag) eerder onderzoek om kwetsbaarheid rond de zwangerschap meetbaar en inzichtelijk te maken met landelijke registratiedata (7, 8). Zie hiervoor ook de RIVM-webpagina Aanstaande ouders die te maken hebben met een kwetsbare situatie. Verder geven de monitor Kansrijke Start en Regiobeeld.nl inzicht in de landelijke en lokale percentages (toekomstige) ouders en kinderen in een meervoudig kwetsbare situatie en de activiteiten die gemeenten hierop uitvoeren.

Een kwetsbare situatie in de eerste 1.000 dagen kan op korte en lange termijn gevolgen hebben voor de ontwikkeling, gezondheid en kansen van kinderen en volgende generaties (5-10). Ook laat onder meer het werk van econoom James Heckman (11) zien dat investeren in de eerste levensjaren maatschappelijk en financieel loont. Vroege ondersteuning brengt bijvoorbeeld voordelen voor individuen, zoals betere schoolprestaties en arbeidsmogelijkheden. Daarnaast levert het de samenleving voordelen op in de vorm van betere gezondheid, meer gelijkheid en hogere productiviteit, en besparingen op zorg en sociale voorzieningen. Er is landelijk en lokaal steeds meer bewustzijn dat opgroeien in een kwetsbare situatie gevolgen kan hebben voor ouders en hun kinderen. Er is echter nog onvoldoende duidelijk welke (toekomstige) ouders tot deze groep behoren. Daarnaast is onbekend hoe kwetsbaarheid samenhangt met zorggebruik en zorguitgaven in het medisch en sociaal domein in de jaren na de geboorte. Meer inzicht hierin maakt het mogelijk te bepalen in welke domeinen de kosten en baten van vroege preventie, zorg en ondersteuning kunnen optreden. Hiermee levert deze kennisnotitie een bijdrage aan het onderbouwen van beleid en het belang van investeren in kansengelijkheid vanaf de eerste 1.000 dagen. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

In deze kennisnotitie worden allereerst de achtergrondkenmerken (inclusief risico- en beschermende factoren voor kwetsbaarheid) van ouders[1] van kinderen die zich wel of niet in een meervoudig kwetsbare situatie bevinden beschreven. Daarnaast geeft deze kennisnotitie antwoord op de vraag: *Wat zijn verschillen in zorggebruik en zorguitgaven (in het medisch en sociaal domein) tussen kinderen die geboren worden en opgroeien in een meervoudig kwetsbare situatie en kinderen voor wie dit niet het geval is?*

Methode

- Dit onderzoek maakte gebruik van de DIAPER data-infrastructuur van het RIVM, met gegevens van het CBS, Vektis, en Perined.
- De onderzoekspopulatie betreft alle kinderen geboren in de periode 2017-2023 en hun ouders. Bij de analyses over verschillen in zorggebruik en zorguitgaven zijn alleen levendgeboren kinderen meegenomen in de berekeningen. Daarbij is gekeken naar de eerste zes levensjaren van kinderen.

[1] In deze kennisnotitie verwijst 'ouders' naar de moeder en de andere juridische ouder zoals geregistreerd in de Kindoudertab van het CBS. Met 'partner' wordt hier de andere ouder in de Kindoudertab bedoeld; dit kan een partner, vader, tweede moeder of andere juridische ouder zijn.

- Om te bepalen of een kind wordt geboren in een meervoudig kwetsbare situatie zijn gegevens van de moeder en het huishouden meegenomen. De berekening is een combinatie van 31 verschillende risico– en beschermende factoren, gemeten in het jaar voorafgaand aan de bevalling. De berekening is geen eenvoudige optelsom van risico- en beschermende factoren; sommige factoren wegen zwaarder dan anderen.

Een uitgebreide methodologische verantwoording, inclusief een overzicht van alle 31 risico- en beschermende factoren en het achterliggende model, staat op **pagina 12**.

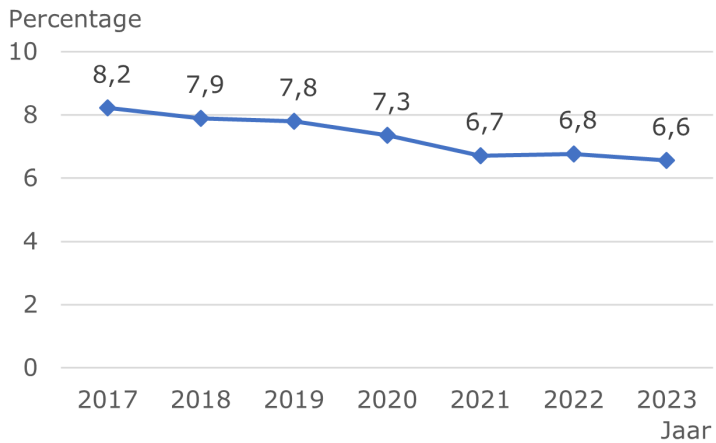
Resultaten

Achtergrondkenmerken van kinderen in een meervoudig kwetsbare situatie

In de periode 2017 tot en met 2023 zijn ruim 1,1 miljoen kinderen geboren. Daarvan werden 87.249 kinderen (7,3%) geboren in een meervoudig kwetsbare situatie, op basis van een combinatie van 31 risico- en beschermende factoren van de moeder en het huishouden in het jaar voor de bevalling.

Het percentage kinderen geboren in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie is afgenomen van 8,2 procent in 2017 naar 6,6 procent in 2023 (Figuur 1). De afname in het percentage hangt samen met trends in de onderliggende risico- en beschermende factoren van gezinnen waarin de kinderen worden geboren. Zo is in de onderzoeksperiode het aandeel moeders met schulden en met een uitkering gedaald, en komt ook een (zeer) laag huishoudinkomen minder vaak voor (risicofactoren; data niet getoond). Daarnaast wonen er steeds meer gezinnen in een wijk met een hogere leefbaarheidsscore en hebben meer moeders een betaalde baan en hoger opleidingsniveau (beschermende factoren).

Figuur 1: Percentage kinderen geboren in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie 2017 – 2023



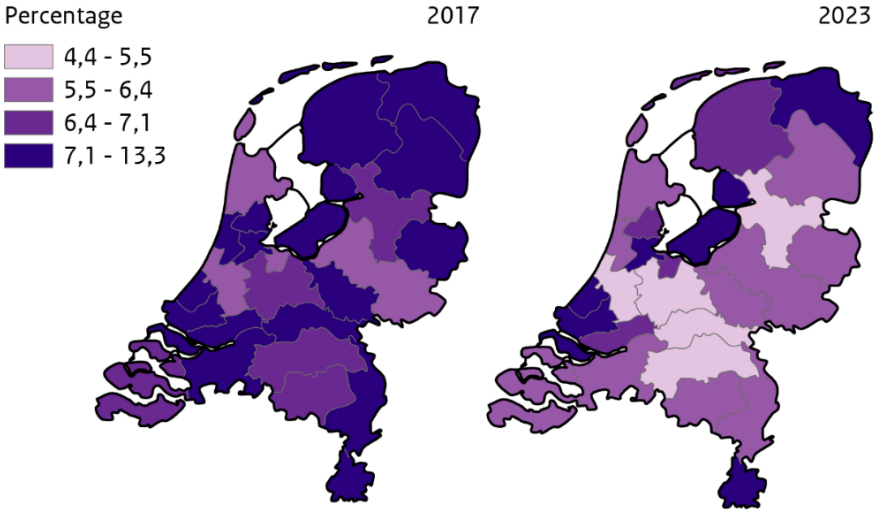
Er zijn duidelijke verschillen in de achtergrondkenmerken van de ouders van kinderen die zich al dan niet in een meervoudig kwetsbare situatie bevinden (Tabel 1). Zo ontvangt bijna 4 op de 5 moeders (78,7%) in een meervoudig kwetsbare situatie in het jaar voorafgaand aan de bevalling een uitkering of is zij student. Bij moeders zonder meervoudig kwetsbare situatie is dit 13,9%. Doordat minder moeders in een meervoudig kwetsbare situatie een betaalde baan hebben, hebben ook relatief weinig van deze moeders een vast en/of voltijd arbeidscontract. Verder zien we in deze groep relatief meer jonge (24 jaar en jonger) en oudere (40 jaar en ouder) ouders. Ook naar land van

herkomst zijn er verschillen: een meervoudig kwetsbare situatie komt relatief vaker voor bij moeders met herkomstland Turkije, Marokko, Caribisch Nederland en overig Afrika.

De andere ouder van kinderen in een meervoudig kwetsbare situatie heeft ook vaker risicofactoren voor kwetsbaarheid, zoals een lager opleidingsniveau, ggz-gebruik, hoog medicijngebruik, geen betaalde baan en een deeltijd- of tijdelijke baan (Tabel 1). De kenmerken van de andere ouder/ partner zijn in de berekening van kwetsbaarheid niet meegenomen.

Er zijn ook regionale verschillen in het aandeel kinderen geboren in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie. In 2023 varieerde het percentage tussen de GGD-regio's van 4,4% tot 11,6% (Figuur 2). Meervoudige kwetsbaarheid komt vaker voor in Zuid-Limburg (11,0%) en Flevoland (9,0%) en in grootstedelijke gebieden zoals Rotterdam-Rijnmond (10,3% in 2023), Haaglanden (9,1%) en Amsterdam (7,1%). Net als landelijk is in vrijwel alle GGD-regio's het aandeel kinderen in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie tussen 2017 en 2023 gedaald (Figuur 2). Daarbij is de afname in sommige GGD-regio's opvallend sterk, zoals in IJsselland, Gelderland-Zuid en Drenthe.

Figuur 2: Percentage meervoudig kwetsbaarheid op GGD-niveau in 2017 (links) en 2023 (rechts)



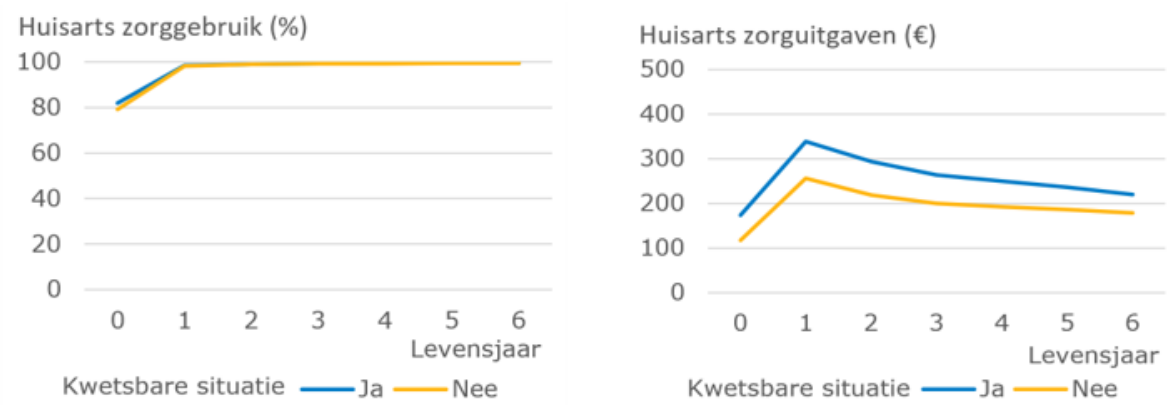
Meervoudige kwetsbaarheid in relatie tot zorggebruik- en uitgaven in de eerste levensjaren van kinderen

Zorg in het medisch domein

In dit deel van het onderzoek is gekeken naar zorggebruik en -uitgaven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), onderverdeeld in totaal, ziekenhuis, huisarts, farmaceutisch, paramedisch en mondzorg.

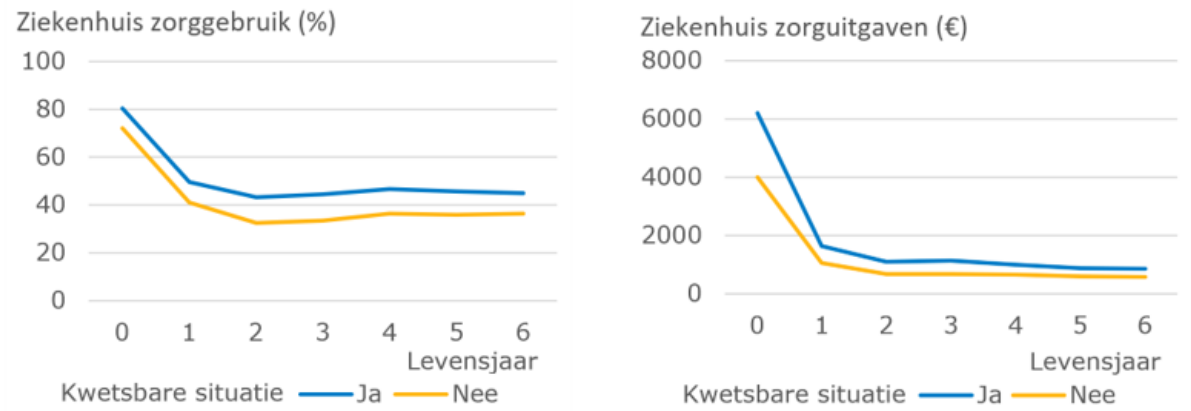
In de eerste zes levensjaren maakt vrijwel elk kind gebruik van huisartsenzorg, ongeacht of zij opgroeien in een gezin in een meervoudig kwetsbare situatie. De uitgaven voor huisartsenzorg liggen echter hoger bij kinderen geboren in een meervoudig kwetsbare situatie (Figuur 3). In het eerste jaar na de geboorte bedraagt het verschil in huisartsenzorguitgaven voor kinderen gemiddeld 80 euro (340 tegenover 260), en in het zesde levensjaar is dit verschil gemiddeld 40 euro (220 tegenover 180).

Figuur 3. Gemiddeld zorggebruik (links) en zorguitgaven in euro's (rechts) voor huisartsenzorg voor kinderen in de eerste levensjaren



Bij ziekenhuiszorg, farmaceutische zorg en paramedische zorg zijn verschillen tussen beide groepen zichtbaar in zowel zorggebruik als -uitgaven. Kinderen in gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie maken meer gebruik van deze zorg en hebben hogere uitgaven. Bij ziekenhuiszorg gaat het in het jaar na geboorte om een verschil van gemiddeld 580 euro (1640 tegenover 1060), en in het zesde levensjaar gemiddeld 270 euro (860 tegenover 590) (Figuur 4).

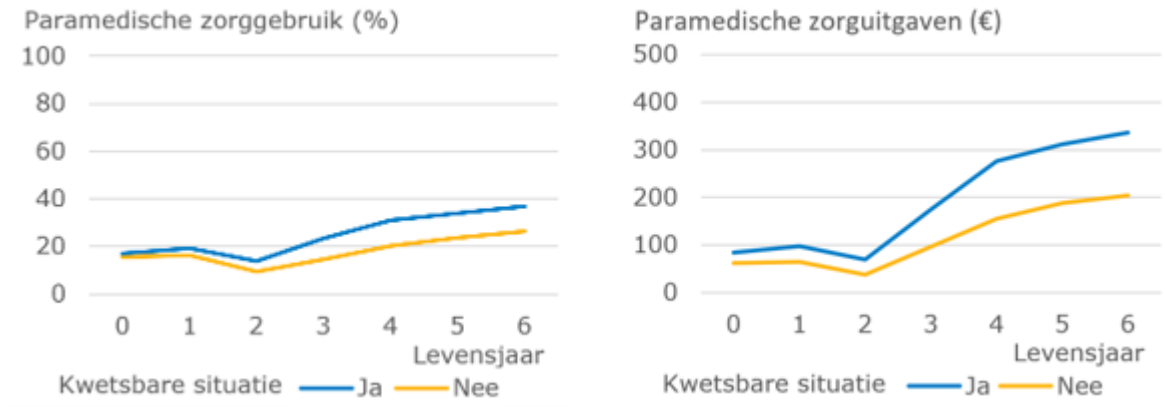
Figuur 4. Gemiddeld zorggebruik (links) en zorguitgaven (rechts) in euro's voor ziekenhuiszorg voor kinderen in de eerste levensjaren



Opvallend is dat het verschil in zowel het gebruik als de uitgaven van paramedische zorg (zoals fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, diëtist) tussen kinderen wel of niet in een meervoudig kwetsbare situatie toeneemt naarmate kinderen ouder worden (Figuur 5). Mogelijk komt dit doordat kinderen in een meervoudig kwetsbare situatie vaker een achterstand hebben in hun spraak-taal-ontwikkeling of motorische ontwikkeling (12). Het moment waarop deze zorg in Nederland wordt gestart, vaak op de leeftijd van 2 tot 6 jaar, hangt onder meer samen met de signalering- en verwijssystemen bij bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg (JGZ) of op school. Bij fysiotherapie kunnen mogelijkheden om te bewegen of te spelen, zoals beperkte speelruimte thuis of in de buurt en minder toegang tot sportieve activiteiten, een rol spelen in de verschillen tussen de groepen. Ook neemt overgewicht op jonge leeftijd in Nederland toe (13). Uit internationale literatuur is bekend dat overgewicht vaker voorkomt in gezinnen met een lage

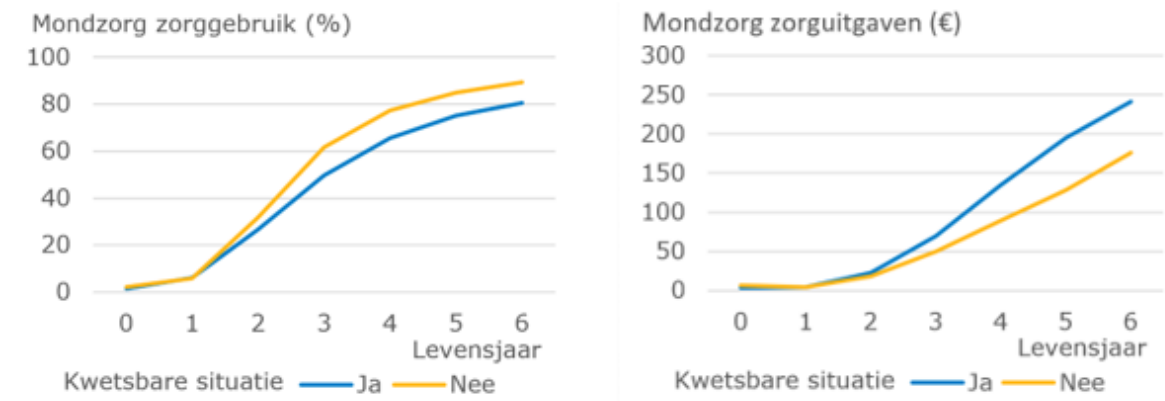
sociaaleconomische status, wat kan bijdragen aan een meervoudig kwetsbare situatie (12). Daardoor kan ondersteuning van een diëtist soms al op jonge leeftijd nodig zijn.

Figuur 5. Gemiddeld gebruik (links) en uitgaven in euro's (rechts) voor paramedische zorg voor kinderen in de eerste levensjaren



In tegenstelling tot andere typen zorg, ligt het gebruik van mondzorg voor kinderen in gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie lager (Figuur 6). Deze kinderen hebben wel hogere uitgaven voor mondzorg, en dit verschil neemt toe naarmate kinderen ouder worden. Op 6-jarige leeftijd is het gebruik van mondzorg van kinderen in een kwetsbare situatie ongeveer 10% lager (81% tegenover 89%), en de uitgaven gemiddeld 65 euro hoger (241 tegenover 176). Dit patroon sluit aan bij eerdere cijfers uit de monitor mondgezondheid waaruit bleek dat kinderen met een lagere sociaaleconomische status minder vaak naar de tandarts gaan. Hoewel mondzorg tot 18 jaar verzekerd is, is dit voor volwassenen betaalde zorg, wat mogelijk een drempel kan vormen voor gezinnen om naar de tandarts te gaan. Kinderen van gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie worden dus minder vaak preventief door de tandarts gezien. Hierdoor kunnen ongezonde eetgewoontes en mondhygiëne, en beginnende gaatjes niet tijdig worden gesignaleerd. Als er een bezoek aan de mondzorgverlener plaatsvind zijn er waarschijnlijk ingrijpendere behandelingen nodig in plaats van reguliere (preventieve) controles.

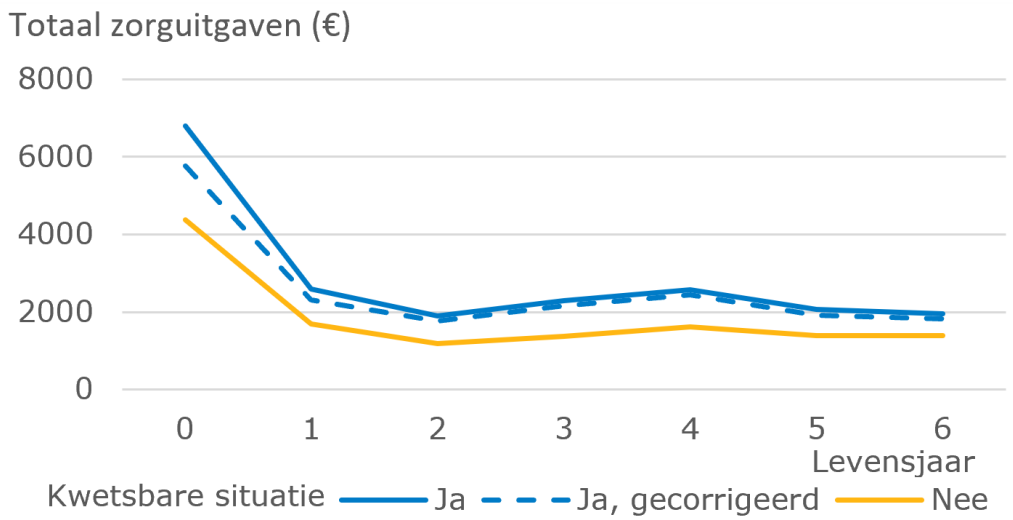
Figuur 6. Gemiddeld gebruik (links) en uitgaven in euro's (rechts) voor mondzorg voor kinderen in de eerste levensjaren



Kinderen in een meervoudig kwetsbare situatie hebben in de eerste 6 levensjaren gemiddeld 20.000 euro aan zorguitgaven per persoon. Voor kinderen die niet in een meervoudig kwetsbare situatie zijn geboren worden is dit 13.000 euro. Dit betekent dat kinderen in een kwetsbare situatie in de eerste 6 jaar van het leven 7.000 euro (bijna 55%) hogere zorguitgaven hebben, waarvan bijna 2.500 euro in het geboortejaar.

Een deel van de hogere zorguitgaven bij de groep in een meervoudig kwetsbare situatie hangt samen met minder gunstige geboorte-uitkomsten zoals een vroeggeboorte en NICU-opname (Figuur 7). Dit geldt voornamelijk in het jaar van de geboorte. Ook wanneer wordt gecorrigeerd voor geboorte-uitkomsten, blijven verschillen bestaan. Na deze correctie liggen de totale zorguitgaven voor kinderen in een kwetsbare situatie nog steeds gemiddeld 40% (5.200 euro) hoger. Tenzij anders aangegeven worden resultaten in deze kennisnotitie ongecorrigeerd (zonder rekening te houden met geboorte-uitkomsten) weergegeven.

Figuur 7: Gemiddelde totale zorguitgaven tijdens de eerste levensjaren, ongecorrigeerd en gecorrigeerd voor geboorte-uitkomsten*



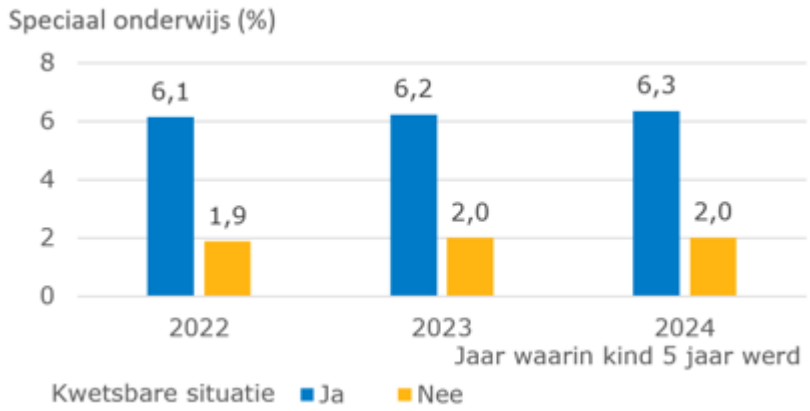
*Correctie geboorte-uitkomsten bij gezinnen zonder kwetsbare situatie niet zichtbaar; er is vrijwel geen verschil

Zorg en ondersteuning in het sociaal domein
In dit deel van het onderzoek is gekeken naar het gebruik van zorg en ondersteuning binnen het sociaal domein, namelijk het gebruik van speciaal onderwijs en jeugdhulp. Cijfers over het gebruik van voor- en vroegschoolse educatie (VVE) bleken helaas onvolledig beschikbaar voor onderzoek en worden niet gepresenteerd.

De resultaten worden gepresenteerd in percentages voor de jaren waarin kinderen twee of vijf jaar werden, afhankelijk van het type zorg. Als voorbeeld, kinderen geboren in 2017 worden getoond in het kalenderjaar 2019 als zij twee worden.

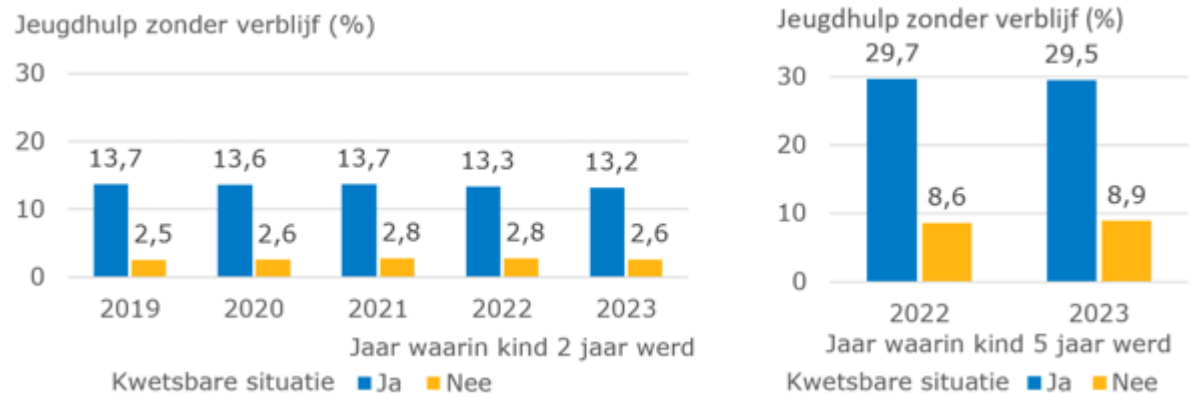
Op vijfjarige leeftijd maakt 6,3% van de kinderen uit gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie gebruik van speciaal onderwijs in 2024 (Figuur 8). Bij kinderen niet in een meervoudig kwetsbare situatie is dit 2,0% (Figuur 8). Eerder onderzoek liet al zien dat kinderen uit gezinnen met een lagere sociaal economische status vaker en op jongere leeftijd in aangepaste onderwijsroutes terechtkomen. Deze verschillen blijven bestaan gedurende de hele schoolloopbaan (14).

Figuur 8: Inschrijving speciaal onderwijs op de leeftijd van 5 jaar



Kinderen uit gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie ontvangen het vaakst jeugdhulp zonder verblijf. Dit is hulp aan kinderen en hun ouders bij psychische, psychosociale of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking of opvoedingsproblemen, waarbij het kind thuis blijft wonen. Op tweejarige leeftijd is dat gemiddeld 13% tegenover 3% bij gezinnen niet in een meervoudig kwetsbare situatie (Figuur 9). Ondanks een afname over de jaren, is ook het aandeel jeugdhulp met verblijf in gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie relatief hoog. Dit is hulp waarbij het kind tijdelijk niet thuis woont, maar verblijft in bijvoorbeeld een pleeggezin, gezinshuis of behandelgroep. Het verblijf is bedoeld voor kinderen met complexe problemen die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben. Op tweejarige leeftijd gaat het om gemiddeld 4%, en op vijfjarige leeftijd 6%, vergeleken met minder dan 1% van de kinderen in een niet-kwetsbare situatie (data niet getoond).

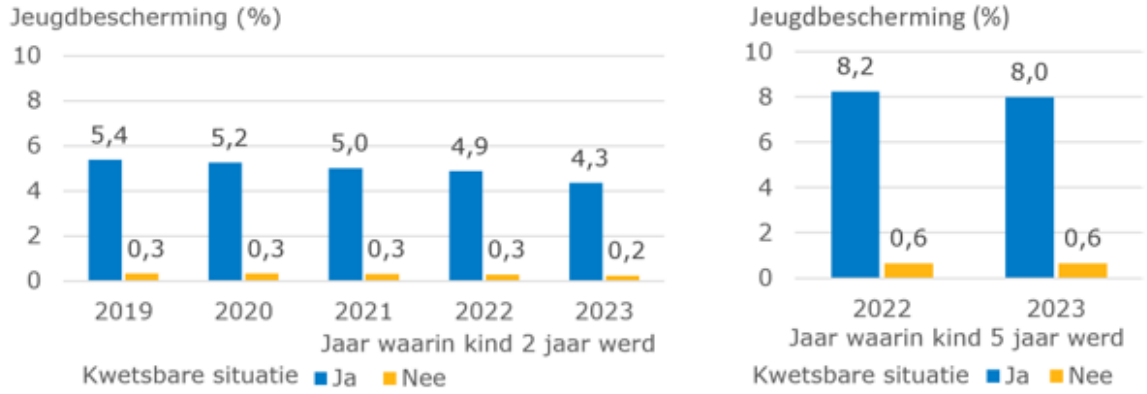
Figuur 9: Gebruik van jeugdhulp zonder verblijf in de eerste twee (links) en eerste vijf (rechts) levensjaren



Het percentage kinderen met een jeugdbeschermingsmaatregel is hoog voor kinderen in een meervoudig kwetsbare situatie (Figuur 10). Er is wel een lichte daling, van 5,4% (2019) tot 4,3% (2023). Een jeugdbeschermingsmaatregel wordt door de rechter dwingend opgelegd. Een kind wordt dan 'onder toezicht gesteld' of 'onder voogdij geplaatst', met als doel de bedreiging voor de veiligheid en ontwikkeling van het kind weg te nemen. Jeugdbescherming komt ook op vijfjarige leeftijd veel vaker voor bij kinderen in een kwetsbare situatie (8%). Bij kinderen die zich niet in een meervoudig

kwetsbare situatie bevinden ligt dit percentage onder de 1% op zowel twee- als vijfjarige leeftijd. Het CBS rapporteerde al eerder dat jeugdbescherming het vaakst voorkomt bij kinderen met gescheiden ouders en/of een laag inkomen. De daling in jeugdbescherming tussen 2022 en 2024 komt overeen met de landelijke trend en wordt deels verklaard door meer inzet van andere hulp (zonder tussenkomst van de rechter) en kritischere afwegingen voor gedwongen maatregelen. Het gebruik van jeugdhulp, met name zonder verblijf, is de afgelopen jaren toegenomen onder alle jeugdigen (van ruim 500.000 in 2017 naar ruim 600.000 in 2023), en de gemeentelijke kosten voor jeugdhulp stijgen. De daling in jeugdbescherming lijkt echter niet te betekenen dat er minder problemen zijn; professionals signaleren complexere situaties en maken zich zorgen dat gezinnen soms te lang in vrijwillige hulp blijven zonder voldoende interventie (15). Ook het gebruik van jeugdhulp bij kinderen tussen 0 en 4 jaar is afgenomen. Dit roept de vraag op of er voldoende vroeg wordt geïnvesteerd in preventieve ondersteuning bij jonge kinderen, om latere, zwaardere zorg te voorkomen.

Figuur 10: Gebruik van jeugdbescherming in de eerste twee (links) en vijf (rechts) levensjaren



Wanneer enkel wordt gekeken naar eerstgeborenen, blijven verschillen voor alle typen jeugdhulp nog steeds zichtbaar.

Beschouwing

Ontwikkeling van een meervoudig kwetsbare situatie in gezinnen
Ongeveer één op de vijftien kinderen groeit op in een gezin met een combinatie van meerdere risicofactoren en onvoldoende beschermende factoren. Het aandeel kinderen dat opgroeit in een meervoudig kwetsbare situatie is de afgelopen jaren gedaald, van 8,2% in 2017 naar 6,6% in 2023. Deze daling hangt samen met trends in de onderliggende risico- en beschermende factoren van ouders van deze kinderen. Zij hebben bijvoorbeeld vaker een betaalde baan, een hoger inkomen en opleidingsniveau.

Bovenstaande ontwikkelingen sluiten aan bij bredere sociaaleconomische verbeteringen onder de Nederlandse bevolking, zoals recent ook gepubliceerd door het CBS. Hierin wordt benadrukt dat hoewel de algemene omstandigheden in de eerste 1000 dagen van kinderen tussen 2007 en 2021 zijn verbeterd, de opeenstapeling van risicofactoren bij gezinnen met de laagste welvaartniveaus juist is toegenomen (16). Het percentage kinderen in een kwetsbare situatie neemt dus af, maar gezinnen in een meervoudige kwetsbare situatie lijken kwetsbaarder te worden. Dit benadrukt het belang van investeren in omstandigheden van gezinnen in de eerste 1000 dagen.

Kinderen in gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie hebben structureel hoger zorggebruik en hogere zorguitgaven in de eerste zes jaar na geboorte
Geboren worden en opgroeien in een kwetsbare situatie kan gevolgen hebben voor de toegang tot zorg en de ontwikkeling en gezondheid van kinderen (5-10, 17). Zo laat recent onderzoek verschillen zien in ontvangen kraamzorguren tussen gezinnen met verschillende kwetsbaarheden (17). Daarnaast blijkt dat sociaal-maatschappelijke omstandigheden in de eerste 1.000 dagen van invloed zijn op latere schoolprestaties (9). In onderzoek naar voorspelmodellen voor jeugdzorggebruik kwamen meerdere risico- en beschermende factoren naar boven, die al voor de conceptie kunnen worden herkend (18). Ten slotte zijn verschillen in zorguitgaven eerder gevonden bij volwassen Nederlanders met verschillende sociaaleconomische posities (19).

De resultaten in het huidige onderzoek vullen deze kennis verder aan: verschillen in zorggebruik en -uitgaven zijn al zichtbaar vanaf jonge leeftijd en aanwezig in zowel het medisch als sociaal domein. Kinderen die opgroeien in een meervoudig kwetsbare situatie hebben structureel hogere medische zorguitgaven binnen de Zvw. Vooral de uitgaven aan paramedische zorg en mondzorg nemen relatief meer toe. Ook binnen het sociaal domein maken zij vaker gebruik van speciaal onderwijs, jeugdhulp en jeugdbescherming. Ondanks het hogere zorggebruik is onbekend of gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie daadwerkelijk voldoende toegang hebben tot en gebruik maken van passende zorg en ondersteuning. Factoren zoals gezondheidsvaardigheden, leefstijl, woon- en leefomstandigheden kunnen hierbij een rol spelen. Het is ook mogelijk dat gezinnen belemmeringen ervaren in het verkrijgen van de juiste zorg en ondersteuning. Daarom blijft het belangrijk om, naast kwantitatieve data, ook de ervaringen en behoeften van ouders en kinderen zelf te verkennen. Structureel samenwerken met ouders, mensen met ervaringskennis en -deskundigheid, is daarbij helpend om het bereik, de toegankelijkheid en effectiviteit van zorg en ondersteuning voor gezinnen in een kwetsbare situatie te verbeteren.

Effecten op de gezondheid en ontwikkeling van kinderen op langere termijn
Bij de interpretatie van de ontwikkelingen is het belangrijk rekening te houden met de context van de gebruikte data. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met de mogelijke impact van programma's en interventies in het vroege leven, zoals Kansrijke Start, Nu Niet Zwanger of VoorZorg. Deze initiatieven richten zich op het verminderen van kwetsbare omstandigheden en het vergroten van de eigen regie over kinderwens. Sinds 2018 wordt landelijk ingezet op Kansrijke Start en sinds 2022 ontvangen alle gemeenten financiële middelen. In sommige gebieden worden deze initiatieven al langer en intensiever ingezet, wat mogelijk invloed heeft gehad op risicofactoren, zorggebruik en zorguitgaven. Veel van de positieve effecten worden mogelijk pas op termijn zichtbaar. Het vaststellen van de daadwerkelijke invloed van Kansrijke Start en gerelateerde interventies vraagt langdurige monitoring en aanvullende (effect)evaluatie.

Mogelijk zijn er ook effecten op de gezondheid en ontwikkeling van kinderen die in de huidige studies (nog) niet zichtbaar zijn. Dat geldt ook voor effecten op langere termijn. Het landelijk bijeen brengen van data vanuit de jeugdgezondheidszorg kan daarin verdere inzichten bieden en bijdragen aan monitoren, leren en verbeteren. Uit regionale cijfers blijkt bovendien dat er regionale verschillen zijn, wat het belang onderstreept van het benutten van data op alle niveaus (landelijk, regionaal, lokaal).

Doorontwikkeling berekening kwetsbaarheid op basis van landelijke registratiedata
De berekening van een meervoudig kwetsbare situatie is tot nu toe gebaseerd op de situatie van moeders en het huishouden in het jaar voor de bevalling. Een partner kan

mogelijk risico's in het gezin versterken, of juist een beschermende (balancerende, veerkracht biedende) rol hebben. Daarnaast kunnen risico- en beschermende factoren veranderen tijdens de zwangerschap, bevalling of na de geboorte, waardoor een kwetsbare situatie kan ontstaan, veranderen of afnemen. De berekening van kwetsbaarheid kan daarom worden doorontwikkeld door rekening te houden met kenmerken van de partner en het dynamische karakter van kwetsbaarheid in de eerste 1.000 dagen. In de toekomst zal het RIVM samen met experts de berekening van kwetsbaarheid met landelijke registratiedata verder verbeteren. Daarbij is het doel om te komen tot een duurzame, compacte en toepasbare berekening, die beleidsmakers en professionals beter ondersteunt met concrete handvatten. Daarbij is het van belang om niet alleen te focussen op gezinnen met de grootste kwetsbaarheden, maar ook aandacht te besteden aan gezinnen met milde risicofactoren waar ondersteuning gewenst is.

Aanbevelingen: blijvend investeren in jonge gezinnen
De resultaten onderstrepen het belang van tijdige signalering, en samenhangende en preventieve ondersteuning voor gezinnen. Door vroeg te investeren wordt de kans vergroot op een gezonde ontwikkeling van kinderen, en kunnen problemen en hogere zorg- en maatschappelijke kosten op latere leeftijd worden voorkomen (11).
Wat betreft het 'wrong pocket' probleem, waarbij de baten van preventie niet altijd terechtkomen bij de partij die investeert, laat deze studie zien dat er zowel in het medisch als sociaal domein winst te behalen is. Dat onderstreept het belang van gezamenlijke investeringen en structurele samenwerking tussen alle partners, waaronder gemeenten, professionals, zorgverzekeraars en ervaringsdeskundigen, wat nog niet altijd vanzelfsprekend is (13). Binnen het Dutch Heckman Consortium wordt samengewerkt aan onderzoek naar welke investeringen in het jonge leven het meeste (maatschappelijk) rendement opleveren, op het gebied van gezondheid, gelijkheid, arbeidspotentieel en brede welvaart.

Het blijvend borgen van initiatieven zoals Kansrijke Start en het optimaliseren van de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein zijn daarbij belangrijk. Daarbij is het relevant om kennisdeling te stimuleren, regionale verschillen te monitoren en ruimte te bieden voor lokaal maatwerk. Meer investeren in preventie en vroege hulp 'aan de voorkant' sluit aan bij ontwikkelingen zoals het IZA/AZWA en wordt ook benadrukt in het nieuwe coalitieakkoord (20, 21). Ook is Kansrijke Start inmiddels doorontwikkeld naar een structureel beleidsdossier (22), inclusief structurele middelen voor gemeenten, en staat onder andere het terugdringen van zorgkosten centraal als onderdeel van de AZWA-afspraken. Het aangaan van een meer gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij alle niveaus (van lokaal tot landelijk) en verschillende domeinen en beleidsterreinen betrokken zijn, kan bijdragen aan een toekomstbestendige en effectieve (Kansrijke Start) aanpak.

Investeringen zijn niet alleen van belang rond de zwangerschap en op individueel gezinsniveau. Er is ook aandacht nodig voor de bredere context. Een stevige basis creëren, met kansen op de arbeidsmarkt, adequate huisvesting, sterke sociale netwerken en vertrouwen in hulpverlening, is essentieel om kwetsbaarheid en ongelijkheid verder en blijvend te verminderen. De periode van de eerste 1000 dagen vormt een 'window of opportunity', maar het verminderen van kwetsbaarheid vraagt om een bredere aanpak waarin gelijkheid centraal staat, met aandacht voor volgende generaties.

Blijvend investeren in kansengelijkheid in de eerste 1000 dagen kan bijdragen aan betere ontwikkelingskansen voor kinderen, zowel in het vroege leven en op school, als later op de arbeidsmarkt en in de verdere maatschappij.

Dankwoord

Wij zijn de volgende collega's erkentelijk voor hun kritische blik, het meelezen en de ondersteuning bij de opmaak van de figuren in dit document: Ir. M. M. Harbers, Dr. I. Meulman en Drs. C. Hendriks (allen RIVM). Ook danken wij de volgende personen voor hun waardevolle feedback en het meelezen van de kennisnotitie: Dr. L.C.M. Bertens en Dr. T.A.J. Houweling (beiden Erasmus MC), Dr. M.J.C. Hendrix (Zuyd Hogeschool), Dr. M. Van den Hof (Amsterdam UMC), Dr. E. Feijen-de Jong (UMCG Groningen), J. de Jeu en J. de Bruin (beiden adviseurs inzet ervaringsexpertise monitor Kansrijke Start). Ten slotte danken we Drs. M.D.D. Schumer-Leemhuis, die als student in 2023 met dit werk startte.

Methodologische verantwoording

Onderzoekspopulatie

Voor deze studie is gebruikgemaakt van DIAPER, een data-infrastructuur waarin gegevens uit verschillende bronnen op individueel niveau aan elkaar gekoppeld zijn. Dit betreft gegevens over de kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten van zwangere vrouwen en pasgeborenen (Perined), declaratiegegevens van zorgverzekeraars (Vektis), en achtergrondinformatie (CBS) over moeder, andere ouder en kind. De studiepopulatie omvat kinderen die in de periode 2017 tot en met 2023 in Nederland zijn geboren, en hun ouders. Alleen kinderen met een bekende (geregistreerde) moeder zijn meegenomen. De andere juridische ouder is mogelijk onbekend.

Dataverzameling

De achtergrondkenmerken van moeders en huishoudens op basis waarvan de kwetsbaarheid bepaald is, komen uit CBS-Microdata bestanden. Ook voor het bepalen van zorggebruik en zorguitgaven (Zvw-zorgkosten), deelname aan speciaal (basis)onderwijs, jeugdhulp en jeugdbescherming is gebruikgemaakt van gegevens die beschikbaar zijn in CBS-Microdata. Gegevens zijn beschikbaar tot en met 2024, met uitzondering van GGZ, jeugdbescherming en jeugdhulp. Voor deze onderdelen is de meest recente, volledige dataset van 2023.
Zorggebruik en -uitgaven zijn vastgesteld op basis van de jaarlijkse uitgaven binnen de basisverzekering (Zvw). Uitsplitsingen waren beschikbaar voor huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, farmacie, paramedische zorg, en mondzorg. Zorggebruik is vastgesteld op basis van het al dan niet hebben van zorguitgaven voor dit type zorg in het betreffende jaar. Voor huisartsenzorg is eerst het inschrijftarief in mindering gebracht. Alle zorguitgaven worden weergegeven in 2023-prijzen, waarbij een bbp-inflatiecorrectie is toegepast. Voor speciaal (basis)onderwijs is gekeken of een kind tot en met het kalenderjaar waarin het vijf jaar oud werd, hiervan op enig moment gebruik heeft gemaakt. Voor jeugdhulp en jeugdbescherming is gekeken of kinderen dit tot en met het kalenderjaar van de tweede of vijfde verjaardag hebben ontvangen. Jeugdhulp is uitgesplitst naar jeugdhulp met en zonder verblijf.

Bepaling kwetsbaarheid

Om te bepalen of de leefomstandigheden van de moeder en haar huishouden in het jaar voorafgaand aan de zwangerschap als meervoudig kwetsbaar worden beschouwd, is gebruikgemaakt van het random forest-model dat door het RIVM is ontwikkeld. Dit model voorspelt kwetsbaarheid op basis van de wisselwerking tussen 31 verschillende risico- en beschermende factoren die aanwezig zijn in het jaar voorafgaand aan de bevalling. Het model is beschreven in verschillende artikelen (7, 8) en op de RIVM-webpagina Aanstaande ouders die te maken hebben met een kwetsbare situatie.
Het RIVM heeft het model in twee stappen ontwikkeld. Eerst is met Latente Klassen Analyse (LCA) onder ruim 4.000 vrouwen die de Gezondheidsmonitor invulden gezocht

naar groepen vrouwen met vergelijkbare risico- en beschermende factoren. Daarbij werden vijf groepen gevonden. Eén van deze groepen is aangeduid als 'meervoudig kwetsbaar'. Deze vrouwen hadden verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen tegelijkertijd (bijvoorbeeld sociaaleconomisch, psychosociaal en medisch), en weinig tot geen beschermende factoren. Vervolgens is een Random Forest-model getraind om deze indeling toe te passen op een grotere populatie, zodat kon worden vastgesteld welke gezinnen zich in een meervoudig kwetsbare situatie bevinden. Het Random Forest-model van het RIVM bepaalt meervoudige kwetsbaarheid door te kijken naar de combinatie en samenhang van deze risico- en beschermende factoren: leeftijd, etniciteit, aantal kinderen van de moeder, asielzoekersstatus, opleidingsniveau, huishoudinkomen[2], inkomensbron (uitkering, student, arbeid), schulden, arbeidscontract, arbeidsduur, gezinssituatie, burgerlijke staat, scheiding, gezinsgrootte[2], jeugdondersteuning in gezin (voor een eerder kind)[2], totale zorguitgaven, uitgaven huisarts, uitgaven ziekenhuis, medicatiegebruik, verslavingszorg, ggz-gebruik, licht verstandelijke beperking, slachtoffer/ verdachte van misdrijf, detentie, verhuizingen, verlies partner of kind, woning- en motorvoertuigbezit[2], afstand tot huisarts[2], leefbaarheid van de buurt[2]. De berekening is geen eenvoudige optelsom. Sommige factoren hebben meer invloed dan anderen. Voor de definities van gebruikte populatiekenmerken verwijzen we naar het CBS. Alle kenmerken zijn gemeten in het jaar voor de bevalling, zodat de kenmerken zo min mogelijk waren beïnvloed door de zwangerschap/bevalling. De bepaling van kwetsbaarheid is gebaseerd op routinematig verzamelde gegevens, waarin bepaalde risico- en beschermende factoren (stress, veerkracht, sociale steun, roken, drugs, dakloosheid) niet of slechts beperkt beschikbaar zijn. Ook kunnen gegevens zoals alternatieve hulp/zorg in de registratiedata ontbreken. De bepaling is primair bedoeld als monitoringsinstrument op populatieniveau, en geen volledige maat voor kwetsbaarheid op individueel niveau.

Statistische analyses uitkomsten
Bij de analyses over zorggebruik en -uitgaven zijn alleen levendgeborenen meegenomen. Kinderen die gedurende de onderzoeksperiode zijn overleden of niet meer in Nederland woonden, zijn vanaf het daaropvolgende kalenderjaar uitgesloten van verdere analyse. Zorggebruik en zorguitgaven worden gepresenteerd per levensjaar van het kind, maar zijn geanalyseerd per kalenderjaar. Dit betekent dat de leeftijd van het kind binnen een kalenderjaar kan verschillen afhankelijk van de geboortemaand. Bovendien wordt de populatie kleiner naarmate de leeftijd vordert, omdat niet alle kinderen elke leeftijd bereiken. Daarnaast zijn voor moeders zorguitgaven die samenhangen met een (volgende) zwangerschap en bevalling wel meegenomen in berekeningen.
In een sensitiviteitsanalyse is onderzocht of de hogere zorguitgaven bij kinderen die in een kwetsbare situatie zijn geboren, deels te verklaren zijn door minder goede geboorte-uitkomsten, of dat er ook andere factoren meespelen. Door gebruik te maken van inverse probability of treatment weighting (IPTW) zijn zorggebruik en zorguitgaven tussen beide groepen vergeleken, terwijl rekening is gehouden met geobserveerde verschillen in geboorte-uitkomsten. Dit waren: vroeggeboorte, laag geboortegewicht voor zwangerschapsduur, overdracht, lage apgarscore, keizersnede, ziekenhuisbevalling, fluxus, episiotomie, NICU-opname, congenitale afwijkingen, ruggenprik, ernstige ruptuur en geboortejaar. Voor de definities van gebruikte geboorte-uitkomsten verwijzen we naar Perined. Missende geboorte-uitkomstwaarden zijn geïmputeerd.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de gebruikte methode en gemaakte keuzes kan contact op worden genomen met de auteurs.

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

Bronvermelding

1. Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. Science. 2004;305(5691):1733–6.
2. Hanson M, Gluckman P. Developmental origins of health and disease–global public health implications. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2015;29(1):24–31.
3. World Health Organization. What you need to know about Health in All Policies. 2015.
4. de Groot N, Bonsel GJ, Birnie E, Valentine NB. Towards a universal concept of vulnerability: broadening the evidence from the elderly to perinatal health using a Delphi approach. PloS one. 2019;14(2):e0212633.
5. National Academies of Sciences Engineering, and Medicine. Vibrant and healthy kids: Aligning science, practice, and policy to advance health equity. Washington; 2019.
6. L. Blanchette JS, L. Bertens, A. Mulders, E. Steegers. Definitie kwetsbaarheid - voor de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte. 2025.
7. Molenaar JM, van der Meer L, Bertens LC, de Vries EF, Waelput AJ, Knight M, et al. Defining vulnerability subgroups among pregnant women using pre-pregnancy information: a latent class analysis. European journal of public health. 2023;33(1):25–34.
8. Molenaar JM, Leung KY, van der Meer L, Klein PPF, Struijs JN, Kiefte-de Jong JC. Predicting population-level vulnerability among pregnant women using routinely collected data and the added relevance of self-reported data. European Journal of Public Health. 2024;34(6):1210–7.
9. Van den Hof M, Veer I, van Gaalen R, Roseboom T. Clustering of circumstances during the first 1000 days after conception and their association with school performance: a population-based cohort study from the Netherlands. BMJ Public Health. 2025;3(2).
10. van der Hulst M, Polinder S, Kok R, Prinzie P, de Groot MW, Burdorf A, et al. Socio-economic determinants of healthcare costs in early life: a register-based study in the Netherlands. International Journal for Equity in Health. 2022;21(1):5.
11. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science. 2006;312(5782):1900–2.
12. Donkin A, Roberts J, Tedstone A, Marmot M. Family socio-economic status and young children's outcomes. Journal of Children's Services. 2014;9(2):83–95.
13. RIVM. Monitor Kansrijke Start 2024. Bilthoven; 2024.
14. CPB. Ongelijkheid van het jonge kind. Den Haag; 2020.
15. IGJ. Als zelfs overheidsingrijpen kinderen geen bescherming biedt. Utrecht; 2025.
16. CBS. Kansen en risico's in de eerste duizend dagen. Een trendanalyse Kansrijke Start voor de geboortejaren 2007–2021. 2026.
17. RIVM. Kraamzorggebruik: achtergrondkenmerken en verschillen in zorguitgaven in de eerste levensjaren. Bilthoven; 2026.
18. Schreuder A, van Klaveren D, van Nieuwenhuijzen M, Kraaij W, Houweling TA. Predicting youth care between 0 to 4 years of age: a 2015–2019 Dutch population register data study. Children and Youth Services Review. 2025:108600.
19. Loef B, Meulman I, Herber G-CM, Kommer GJ, Koopmanschap MA, Kunst AE, et al. Socioeconomic differences in healthcare expenditure and utilization in The Netherlands. BMC Health Services Research. 2021;21(1):643.
20. Ministerie van VWS. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Den Haag; 2025.
21. Ministerie van VWS. Integraal Zorg Akkoord (IZA). Den Haag; 2022.
22. Ministerie van VWS. Structurele aanpak Kansrijke Start en actieagenda 2026 t/m 2030 'Samen zorgen we voor de eerste 1000 dagen'. 2025.

Tabel 1: Achtergrondkenmerken van zwangere vrouwen en hun partner gemiddeld over 2017 t/m 2023. Gepresenteerd voor gezinnen die zich in een meervoudig kwetsbare situatie bevinden en voor gezinnen voor wie dat niet geldt.

	Moeder		**Partner/ vader/ andere ouder**	
	Meervoudig kwetsbare situatie: ja	**Meervoudig kwetsbare situatie: nee**	**Meervoudig kwetsbare situatie: ja**	**Meervoudig kwetsbare situatie: nee**
Leeftijd				
Jonger dan 20	1.778 (2%)	6.277 (0,6%)	345 (0,5%)	1.483 (0,1%)
20 - 24	13.332 (15,3%)	75.047 (6,8%)	5.240 (7,5%)	27.457 (2,5%)
25 - 29	24.823 (28,4%)	315.287 (28,6%)	14.875 (21,2%)	190.041 (17,6%)
30 - 34	26.190 (30%)	454.703 (41,2%)	20.175 (28,7%)	416.891 (38,7%)
35 - 39	16.085 (18,4%)	212.373 (19,2%)	15.330 (21,8%)	291.343 (27%)
40 en ouder	5.039 (5,8%)	40.092 (3,6%)	13.488 (19,2%)	149.381 (13,9%)
Land van herkomst				
Nederland	43.146 (49,4%)	756.541 (68,5%)	33.447 (47,6%)	747.721 (69,4%)
Europa	6.030 (6,9%)	98.245 (8,9%)	4.002 (5,7%)	80.059 (7,4%)
Turkije	5.379 (6,2%)	36.818 (3,3%)	6.029 (8,6%)	41.700 (3,9%)
Marokko	8.633 (9,9%)	42.380 (3,8%)	8.483 (12,1%)	44.207 (4,1%)
Suriname	5.830 (6,7%)	24.108 (2,2%)	4.087 (5,8%)	25.046 (2,3%)
Cariben NL	4.086 (4,7%)	12.450 (1,1%)	3.038 (4,3%)	13.894 (1,3%)
Indonesië	865 (1%)	16.874 (1,5%)	877 (1,2%)	18.044 (1,7%)
Overig Afrika	6.283 (7,2%)	31.798 (2,9%)	4.450 (6,3%)	31.903 (3%)
Overig Azië	5.194 (6%)	63.720 (5,8%)	4.664 (6,6%)	58.402 (5,4%)
Overig Amerika en Oceanië	1.799 (2,1%)	20.790 (1,9%)	1.092 (1,6%)	16.844 (1,6%)
Hoogstbehaalde opleiding				
Bo, vmbo, mbo1	36.530 (41,9%)	88.433 (8%)	23.912 (34%)	129.497 (12%)
Havo, vwo, Mbo 2-4	36.519 (41,9%)	395.618 (35,8%)	27.219 (38,7%)	413.515 (38,4%)
Hbo, wo	7.006 (8%)	479.843 (43,5%)	7.369 (10,5%)	377.843 (35%)
Eenoudergezin				
Nee	40.292 (46,2%)	926.492 (83,9%)	44.123 (62,8%)	919.215 (85,3%)
Ja	46.035 (52,8%)	131.502 (11,9%)	21.506 (30,6%)	124.950 (11,6%)
Inkomenskwintiel				
Laagste 20%	49.341 (56,5%)	111.844 (10,1%)	22.683 (32,3%)	96.522 (9%)
Laag-midden	17.273 (19,8%)	116.795 (10,6%)	13.886 (19,8%)	100.921 (9,4%)
Midden	10.420 (11,9%)	194.813 (17,6%)	12.776 (18,2%)	190.636 (17,7%)
Hoog-midden	6.069 (7%)	287.657 (26,1%)	9.533 (13,6%)	292.528 (27,1%)
Hoogste 20%	3.224 (3,7%)	346.885 (31,4%)	6.751 (9,6%)	363.558 (33,7%)

Niet voor alle kinderen is de vader/andere ouder bekend (n=42.753). Deze gezinnen bevinden zich vaker in een kwetsbare situatie (39,7%). De percentages in deze partner-kolom zijn bepaald voor de kinderen waarvan de vader/andere ouder bekend is.

	Moeder		Partner/ vader/ andere ouder	
	Meervoudig kwetsbare situatie: ja	**Meervoudig kwetsbare situatie: nee**	**Meervoudig kwetsbare situatie: ja**	**Meervoudig kwetsbare situatie: nee**
Inkomensbron				
Inkomen uit werk	18.193 (20,8%)	923.362 (83,7%)	47.303 (67,3%)	977.142 (90,6%)
Uitkering of student	68.683 (78,7%)	152.915 (13,9%)	20.495 (29,2%)	82.432 (7,6%)
Arbeidscontract				
Vast	6.128 (7%)	592.823 (53,7%)	21.559 (30,7%)	589.924 (54,7%)
Tijdelijk	29.583 (33,9%)	319.931 (29%)	25.370 (36,1%)	297.424 (27,6%)
Arbeidsduur				
Voltijd	8.442 (9,7%)	374.060 (33,9%)	35.776 (50,9%)	746.448 (69,2%)
Deeltijd	27.269 (31,3%)	538.694 (48,8%)	11.153 (15,9%)	140.900 (13,1%)
Mate van stedelijkheid				
Zeer sterk	33.324 (38,2%)	313.785 (28,4%)	23.960 (34,1%)	306.617 (28,4%)
Sterk	28.148 (32,3%)	312.974 (28,4%)	21.313 (30,3%)	306.215 (28,4%)
Matig	10.157 (11,6%)	163.401 (14,8%)	8.245 (11,7%)	161.401 (15%)
Weinig	11.453 (13,1%)	210.929 (19,1%)	9.644 (13,7%)	209.082 (19,4%)
Niet	3.462 (4%)	69.224 (6,3%)	2.991 (4,3%)	68.940 (6,4%)
Problematische schulden	13.739 (15,7%)	9.653 (0,9%)	7.666 (10,9%)	17.957 (1,7%)
Gebruik meer dan 5 verschillende medicijnen	45.391 (52%)	91.602 (8,3%)	7.343 (10,4%)	45.755 (4,2%)
Gebruik medicijnen angst en depressie	21.365 (24,5%)	44.386 (4%)	6.985 (9,9%)	41.873 (3,9%)
Gebruik GGZ	24.995 (28,6%)	39.906 (3,6%)	5.132 (7,3%)	27.916 (2,6%)
Niet getrouwd	61.746 (70,8%)	566.162 (51,3%)	45.519 (64,8%)	541.254 (50,2%)
Gescheiden in afgelopen 4 jaar	4.474 (5,1%)	14.367 (1,3%)	2.775 (3,9%)	16.689 (1,5%)
Jeugdhulp voor zwangerschap	20.876 (23,9%)	33.836 (3,1%)	13.352 (19%)	39.197 (3,6%)
Jeugdbescherming voor zwangerschap	5.008 (5,7%)	1.963 (0,2%)	2.637 (3,8%)	3.108 (0,3%)
Zorgkosten hoogste 20%	44.966 (52,2%)	183.697 (17,4%)		
Huisartskosten hoogste 20%	54.013 (62,7%)	174.549 (16,5%)		
Ziekenhuiskosten hoogste 20%	21.365 (24,5%)	92.916 (8,4%)		

Aantallen en percentages zijn gepresenteerd voor het jaar voor de bevalling. In de tabel worden aantallen en percentages van missende waarden niet getoond. De percentages tellen daarmee niet op tot 100%.