Voor de geboorte zorgen

Naar een nieuwe transitie in de geboortezorg

Sien Beckers

Derk Loorbach

September 2026

Staat van transitie geboortezorg

Bron foto:
Trace Limburg

drift for transition

Over het onderzoek

In het najaar van 2025 heeft Zorg Instituut Nederland (ZIN) DRIFT gevraagd om op een innovatieve manier te kijken naar de Nederlandse geboortezorg. De vraag was hierbij niet om tot een kwantitatief oordeel te komen van hoe het ervoor staat in de sector maar om te verkennen (1) welke veranderdynamiek er speelt, (2) wat de richting is waarin het veld zich ontwikkeld, en (3) wat dat voor de toekomst betekent: een ‘Staat van Transitie’.

De geboortezorg is niet toevallig gekozen als centraal onderwerp in dit onderzoek: er wordt veel gesproken over en gereflecteerd op de huidige staat van de geboortezorg en er is onduidelijkheid over wie er regie heeft op het inzetten van een andere koers binnen de sector. Deze analyse beoogt niet om antwoorden te geven maar dient vooral als kader voor een beter gesprek. Dat doen we door te streven naar een beschrijvende (historische) analyse en een transparante inhoudelijke interpretatie daarvan.

We danken alle gesprekspartners in interviews en sessies, net als onze opdrachtgevers, voor hun openheid, betrokkenheid en nieuwsgierigheid. We hopen van harte dat de lezer dit stuk met open hart en geest tot zich neemt: het is tijd om de emergente transitiebeweging in de geboortezorg door te zetten!

Sien Beckers en Derk Loorbach

Waarom een staat van transitie onderzoek?

- Diepgewortelde problemen in onze maatschappij aanpakken vereist fundamentele verandering.
- Reguliere sturing is vooral gericht op incrementele verbeteringen: transitietheorie geeft handvaten om ruimte te maken voor meer fundamentele verandering én in om productief in te spelen op al bestaande, wenselijke, veranderdynamiek.
- Het analyseren en duiden aan de hand van een 'staat van transitie' is niet een puur wetenschappelijke analyse maar net het startpunt van een maatschappelijke discussie.
- Dit onderzoek heeft als doel om transitiedynamiek binnen de geboortezorg te verkennen en te onderzoeken hoe hier mee om te gaan.

drift for transition

Doel van het onderzoek

- Inzichtelijk maken van de historisch oorsprong van het huidige geboortezorgsysteem;
- Belichten van onderliggende fundamentele problemen die ten gronde liggen aan de toenemende druk en spanningen in de sector;
- Beter zicht krijgen op de transitiedynamiek die ontstaat als reactie daarop.

Maar ook…

- Maatschappelijke discussie over de richting en snelheid van de transitie aanmoedigen en voeden;
- Gedeelde probleemdefinitie en urgentie voor verandering creëren.

Onderzoeksmethode

- **Desk study:** Analyse van relevante documentatie. Beleidsstukken, rapporten, evaluaties maar ook position papers, opiniestukken of nieuwsartikelen.
- **Interviews:** Invloedrijke of inspirerende actoren in het veld. Zowel vernieuwers als behoudende stemmen.
- **Reflectiesessies:** Presenteren en bediscussiëren van ‘Staat van transitie’ met professionals, bestuurders, beleidsmedewerkers, etc. uit de (geboorte)zorg.

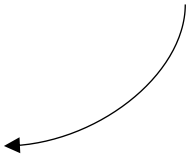
Doel: Iteratief tot een gevalideerd en herkenbaar **transitienarratief** komen, bestaande uit 4 onderdelen.

Ga naar de volgende slide om de 4 onderdelen te ontdekken.

drift for transition

Inhoudsopgave

Klik op de blokken om naar de hoofdstukken door te linken!



Historische analyse
Het ontstaan van het huidige regime in de geboortezorg

Probleemanalyse
Symptomen van onduurzaamheid

Transitiedynamiek
Welke transitie-dynamiek zien we in de geboortezorg?

Het vervolg
Aanpak voor transitie

drift for transition

Afbakening: Pre-conceptie tot 2 jaar (eerste 1000 dagen)

- Ervaringen en omstandigheden in deze periode voor, tijdens en na de zwangerschap hebben een enorme impact op gezondheid, welzijn en dus de biologische, sociale en psychologische ontwikkelkansen gedurende het hele leven. De focus van het onderzoek ligt daarom de zwangerschap, geboorte én de eerste levensfase.

- Het geboorte en baarproces behelst veel meer dan enkel medische processen: naast fysiologische factoren hebben ook sociale- en leefomgevingsfactoren een grote invloed op de werking en positionering van de sector in de maatschappij. Een brede benadering van wat gezondheid en ontwikkeling behelzen is dan ook essentieel om (1) verschillen in uitkomsten binnen de huidige geboortezorg te begrijpen en (2) deze structureel aan te pakken door het huidige systeem vanuit rechtvaardigheidsperspectief kritisch in vraag te stellen. De afbakening sluit zodoende ook aan bij die van de belangrijkste beleidskaders en toekomstvisies binnen de geboortezorg.

- Tegelijk beschouwen we de geboortezorg in dit onderzoek ook als een illustratief domein voor bredere ontwikkelingen binnen de zorg. Hoewel we specifiek verkennen welk dynamieken zichtbaar zijn in de geboortezorg, vallen er parallellen te trekken met veranderingen binnen de rest van het zorgsysteem.

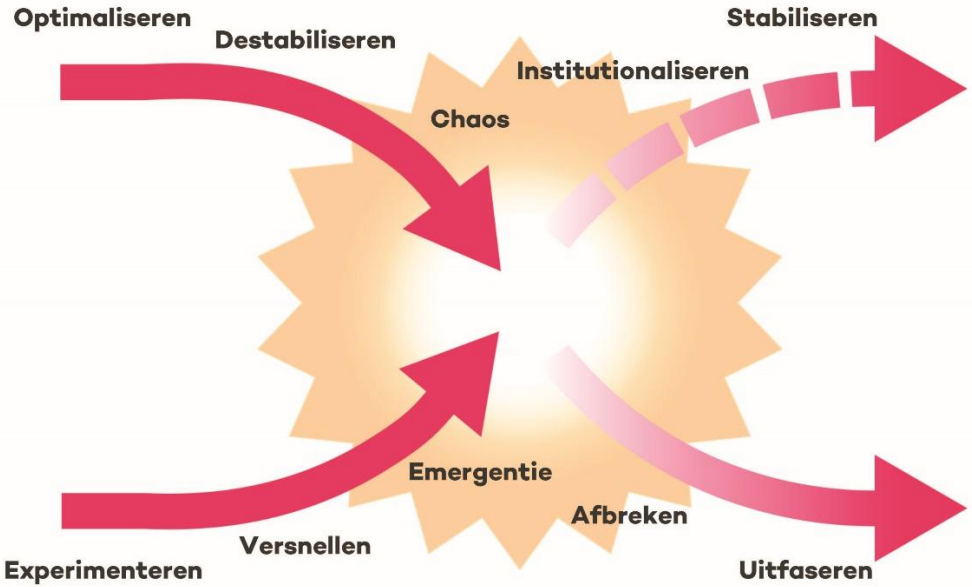
drift for transition

Ons perspectief: transitie

Vanuit DRIFT kijken we naar hardnekkige problemen vanuit transitieperspectief. Hierin kijken we naar de ontwikkeling van zogenaamde '**maatschappelijke regimes**' op de lange termijn.

Een 'regime' zien we als de dominante **cultuur, structuur en werkwijzen**' die in een maatschappelijk systeem gaandeweg ontstaan. Zo'n regime kan geleidelijk aan onder druk komen te staan omdat de samenleving verandert, maar het regime in hoge mate stabiel is.

Door te kijken naar de **transitiedynamiek** binnen de Nederlandse geboortezorg ontstaat inzicht in de weerstanden en barrières tegen verandering, maar krijgen we ook beter zicht op mogelijke (en gewenste) alternatieve toekomsten.



drift for transition

Historische analyse

Het ontstaan van het huidige regime in de geboortezorg

drift for transition

Diepe wortels

- Historisch gezien was de geboortezorg lange tijd een informeel, gedecentraliseerd en vrijwel non-hiërarchisch en relationeel systeem: vroedvrouwen maakten deel uit van de gemeenschap en kennis was opgebouwd uit mondelinge overdracht, ervaring en intuïtie.
- Zwangerschap en geboortes worden grotendeels gezien als natuurlijke processen. Soms ging het echter ook mis: sterfte of complicaties bij geboorte of baren kwamen tot in de 20e eeuw vele malen vaker voor dan vandaag.
- Tegelijk verliepen de meeste bevallingen ook toen goed en natuurlijk, in een eigen omgeving met steun van ervaren mensen die vaak een band hadden met moeder, omgeving en aandacht voor die context. In de huidige verloskunde zien we nog veel elementen terug die stammen uit deze historische, meer natuurlijke, benadering van het geboortemoment.
- Onder invloed van allerlei culturele, technologische en economische ontwikkelingen is deze natuurlijke benadering steeds verder gemarginaliseerd geraakt.

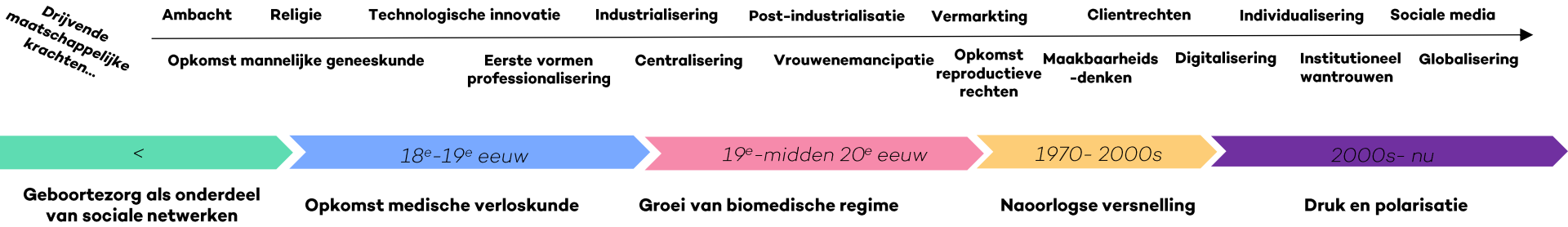
“Door toenemende technologische mogelijkheden en wetenschappelijke ontwikkelingen, veranderde het maatschappelijk begrip van ‘gevaar’ van een natuurlijk en onvoorspelbare gebeurtenis naar een gebeurtenis die te voorspellen, controleren en voorkomen was: een ‘risico’”
(Goodarzi, 2021)

drift for transition

Hoe is de Nederlandse geboortezorg geëvolueerd?

De Nederlandse geboortezorg is door de tijd heen sterk veranderd. Deze ontwikkeling kan niet los gezien worden van bredere maatschappelijke veranderingen: net als alle maatschappelijke sectoren, staat de geboortezorg voortdurend in interactie met de veranderende context waarin ze functioneert. Waar geboorte vroeger voornamelijk ingebed was in lokale sociale netwerken en vrouwelijke ervaringskennis, verschoof de zorg geleidelijk naar een sterk geprofessionaliseerd en gemedicaliseerd systeem. Vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw zorgden technologische innovaties, institutionalisering en toenemende risicobenaderingen voor verdere integratie van geboortezorg binnen het medische domein. Tegelijkertijd ontstonden ook tegenbewegingen die het licht schenen op het belang van autonomie, gelijkwaardigheid en ruimte voor diverse perspectieven in geboorte en ouderschap.

Onderstaande tijdslijn toont hoe geboortezorg voortdurend mee evolueert met een veranderende maatschappij en haar dominante waarden, kennisvormen en machtsverhoudingen:



drift for transition

Hoe is de Nederlandse geboortezorg geevolueerd?

Geboortezorg als onderdeel van sociale netwerken

<

- Vroedvrouw als autonoom ambachtelijk beroep
- Ervaringskennis en mondelinge overdracht
- Huiselijke setting met ondersteuning vanuit sociaal netwerk
- Bakers als eerste kraamhulp

Opkomst medische verloskunde

18e-19e eeuw

- Artsen betrokken bij gecompliceerde gevallen
- Beginnende invloed van anatomische kennis en medische innovatiedrang
- Eerste geboortehuizen
- Eerste educatieve en wettelijke maatregelen over uitoefening verloskundig beroep

Groei van biomedische regime

19e-midden 20e eeuw

- Aanzienlijke daling moeder- en kindersterfte door medische en hygiënische innovaties
- Protocollisering (medisch én hygiënisch) en professionalisering
- Aparte opleidingen voor kraamzorg en verloskunde
- Bevallingen vinden voornamelijk thuis plaats

Na-oorlogse versnelling

1970- 2000s

- Meer ziekenhuisbevallingen
- Doorontwikkeling en verdere integratie van medische en technologische innovaties
- Ontwikkeling en invoering eerste Verloskundige Indicatielijst
- Opkomst anticonceptie
- Huisartsen trekken zich terug uit geboortezorg

Druk en polarisatie

2000s- nu

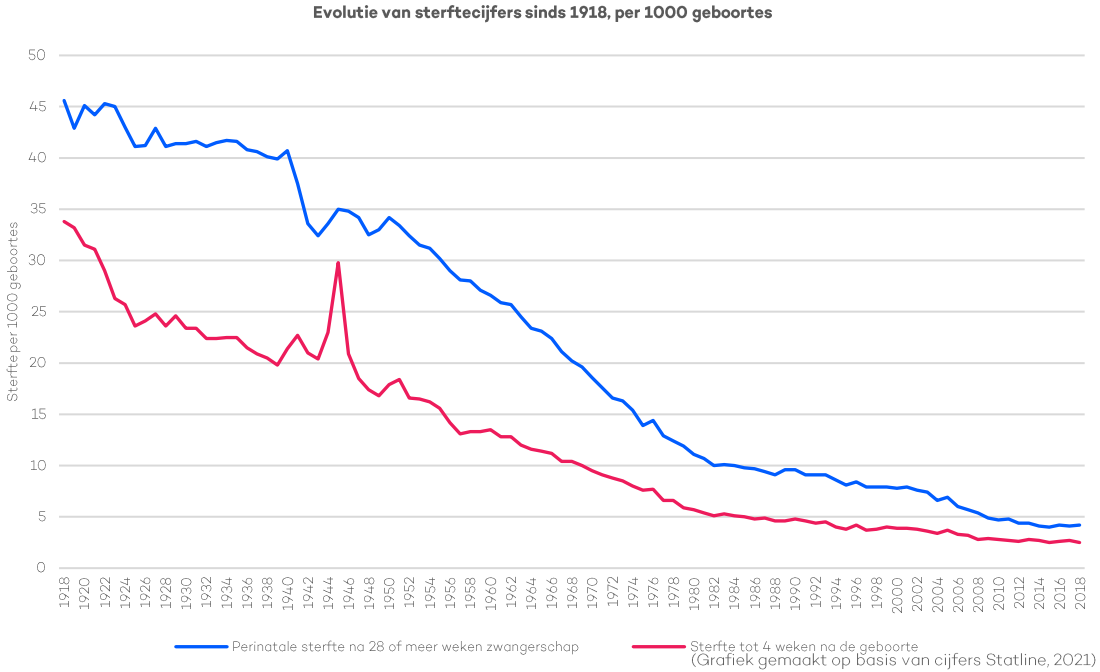
- Opkomst alternatieven die ruimte bieden aan gelijkwaardiger proces
- Beweging naar meer integrale geboortezorg
- Snelle verspreiding van informatie onder patiënten

drift for transition

De geboortezorg heeft ons veel gebracht

- De ontwikkeling van de Nederlandse geboortezorg heeft een enorme daling in de kinder- en moedersterfte met zich meegebracht.

- Medische kennis, verbetering van hygiëne, technologische innovatie en betere organisatie van de zorg hebben hier sterk aan bijgedragen.



(Grafiek gemaakt op basis van cijfers Statline, 2021)

drift for transition

Geboortezorg 'regime'

- Vanuit transitieperspectief herkennen we een historisch gegroeid ‘regime’ waarin, **risicoreductie en het ten koste van alles voorkomen van sterfte centraal staan.**
- Wat **afwijkt van de norm vraagt om en rechtvaardigt interventie.**
- Vastgelegde protocollen en procedures maken individuele professionals **verantwoordelijk voor afgebakende interventies.**
- Processen zijn ingericht op efficiëntie en controle, met een nadruk op **stroomlijning, voorspelbaarheid en standaardisatie.**

Er zijn tal van concrete voorbeelden te noemen van hoe deze regimekarakteristieken doorwerken en zich materialiseren in de cultuur, structuur en praktijk van de geboortezorg.

Enkele voorbeelden…

Gelaagde en gefragmenteerde beroepsstructuur. Elk beroep heeft eigen normen, codes, functiebeschrijving en cultuur en het verzekeren van een goede samenwerking is afhankelijk van persoonlijke relaties dan wel van structurele borging.

Productielogica vormt een belangrijk onderdeel van het systeem: betalingen vinden plaats per zorgepisode, shiften duren 8 uur en productiviteitseisen gelden per vierkante meter

Meetbare indicatoren zoals ontsluiting, tijd of groei van de baby zijn leidend

Risicofixatie als barrière voor systeemverandering

In de geboortezorg is het voorkomen van risico's een belangrijke drijfveer achter de historische verbeteringen. Het is vergelijkbaar met sectoren als waterbeheer of financieel management: door risico's goed in te schatten kunnen maatregelen genomen worden die het beste rendement opleveren. Tegelijk zien we ook dat als het dan toch mis gaat, de reflex is dat er dan nieuwe regels, protocollen en behandelingen volgen om de kans op herhaling in de toekomst zoveel mogelijk uit te sluiten.

Het in beeld brengen van de risico's vraagt allerlei interventies, controles en onderzoek, om vervolgens met ingrepen en behandelingen die risico's te voorkomen. De wisselwerking tussen maatschappelijke behoefte, technische mogelijkheden en een marktgedreven beroepsveld beweegt zo steeds meer richting de kleinste nog niet geïdentificeerde en uitgesloten risico's. De combinatie van het steeds verder dichtregelen als reactie op dingen die misgaan, in combinatie met de voortstuwende kracht van onderzoek noemen we de risico-regelparadox: op een gegeven moment worden systemen zo complex, duur en inert dat juist die enorme ordening een systeemrisico wordt.

Leren van de energietransitie: Een technologische focus

De systemische risicofixatie binnen de geboortezorg is allesbehalve een uniek fenomeen. Denk aan het energiesysteem: een sector die historisch is ontworpen rondom een stabiele energielevering die centraal gestuurd wordt. Met nieuwe technologie kunnen mensen zelf producent worden en verschuift de balans, en worden vooral netbeheerders en beleidsmakers geconfronteerd met toenemende onzekerheid. Een van de gevolgen: netcongestie.

Vanuit het bestaande regime is dit vooral een technisch vraagstuk dat de voorspelbaarheid bedreigt: mogelijke overbelasting moet voorspeld en gecontroleerd worden. Tegelijk is de ontwikkeling van decentrale oplossingen niet te stuiten, en stimuleert het lokale netwerken van burgers en bedrijven tot allerlei (sociale) innovaties. Deze dynamiek valt niet te controleren, maar juist de ingesleten technische en risicomijdende benadering van het regime maakt nu extra kwetsbaar: het leidt tot blinde vlekken en gemiste kansen.

drift for transition

Probleemanalyse

Symptomen van onduurzaamheid

drift for transition

Geboortezorg in een veranderende wereld

De vraag of en hoe de geboortezorg zo door moet en kan gaan wordt inmiddels steeds prangender. De context waarin de geboortezorg opereert is immers sterk verandert. De afgelopen jaren zetten een aantal structurele ontwikkelingen de kwetsbaarheid van het huidige systeem steeds meer in de verf:

- Zorgbrede **personeelstekorten** hebben ook invloed op de geboortezorg.
- Door migratie en verstedelijking wordt het **cliëntenbestand steeds meer divers**: ouders hebben andere achtergronden en kenmerken dan pakweg 30 jaar geleden.
- Tegelijk hebben ook 'omgevingsfactoren' als luchtvervuiling, stress en armoede en de **toenemende ongelijkheid** in welke groepen daardoor getroffen worden, invloed op de **kansen die mensen hebben om bewust, gezond (en gelukkig) zwanger en ouder(s) te worden**.
- **Digitalisering en andere technologische ontwikkelingen** veranderen hoe informatie gevonden en gedeeld wordt.

drift for transition

De druk neemt toe…

De wereld is sterk veranderd en dat brengt allerlei uitdagingen met zich mee. De sector zoals die momenteel functioneert staat steeds verder onder druk omdat die in haar huidige vorm moeilijk antwoord kan bieden aan de uitdagingen die deze veranderingen met zich meebrengen.

drift for transition

De symptomen van toenemende druk poppen steeds vaker, en op meerdere plekken in het systeem, op.

De **toegankelijkheid van de geboortezorg lijdt** onder structurele personeels- en capaciteitstekorten: kraamzorg wordt steeds schaarster en is ongelijk verdeeld over bevolkingsgroepen en ook ziekenhuizen moeten vaker bevalstops invoeren door capaciteitsproblemen. Tegelijk lopen gemarginaliseerde groepen een hoger risico op een negatieve bevalervaring en lopen vrouwen met chronische stress een hogere kans op medische complicaties in de geboortezorg. Het huidige systeem sluit niet altijd goed aan bij de behoeften en ervaringen van vrouwen die buiten het 'gemiddelde patientbeeld' dat in de zorg heerst.

Door hier niets aan te doen, **loopt de sector aanzienlijk risico om ongelijkheden te vergroten en te reproduceren**. Tegelijk keert een groeiende groep ouders zich af van het bestaande geboortezorgsysteem. Negatieve bevalervaringen, publieke schandalen en een bredere afname van vertrouwen in instituties spelen daarbij een belangrijke rol. Andere groepen bewegen juist sterker richting het dominante regime, waarin risicovermijding en maakbaarheidsdenken centraal staan.

En ook in het maatschappelijk debat neemt de **polarisatie rondom geboortezorg** toe. Sociale media en de verspreiding van desinformatie versterken deze tegenstellingen verder. Hierdoor ontstaat een steeds grotere afstand tussen verschillende perspectieven op zwangerschap, geboorte en zorg, wat de zoektocht naar gedeelde oplossingen bemoeilijkt.

Een enorme vooruitgang?

Keuzes uit het verleden hebben een grote impact gehad op hoe bijvoorbeeld het financieringsmodel, juridische aansprakelijkheid en praktijkprotocollen binnen de geboortezorg zijn gevormd. Ze bevestigen telkens weer de dominante regimelogica die gericht is op het reduceren van medische risico's.

Als reactie op toenemende druk wordt in de geboortezorg steeds verder gestapeld met nieuwe protocollen of samenwerkings-initiatieven. Het doel: het systeem beter doen werken. Interventies worden steeds weer ontworpen vanuit dezelfde basislogica van het regime waardoor de onproductieve machtsverhoudingen of onduurzaamheden die daar inherent aan zijn, in stand blijven of versterkt worden.

Een tekenend voorbeeld...

Een goed begin

De geboortezorg heeft in de 20e eeuw enorme resultaten geboekt. Vanaf begin deze eeuw stokte deze vooruitgang echter en bleek dat de perinatale sterfte in Nederland hoger lag dan in andere vergelijkbare Europese landen. Deze bevinding (zie rapport een Goed Begin) was een van de belangrijke aanleidingen voor een recente hervormingsgolf binnen de geboortezorg.

De cijfers dwongen de sector tot kritische reflectie en de oorzaak van de relatief hoge cijfers werd grotendeels gezocht binnen de organisatiestructuur van de Nederlandse geboortezorg: meer samenwerking tussen beroepsgroepen zou moeten leiden tot een daling in de sterftecijfers. Na de doorvoering van enkele organisatorische maatregelen kon een daling in de sterftecijfers geïdentificeerd worden. Deze daling was echter van korte duur en de herstructureringen bleken niet voldoende om de structurele druk op de Nederlandse geboortezorg langdurig te verlichten.

drift for transition

In dezelfde groef: verandering maar geen verbetering

Als reactie op de kwaliteitsdruk binnen de sector werden de zeilen regelmatig bijgetrokken. De invoering van de VIL leidde tot een strakkere focus op het in kaart brengen van risico's, met de implementatie van integrale geboortezorg diende de verkokering van beroepsgroepen binnen de sector aangepakt te worden en met programma's als kansrijke start werden de oorzaken achter gezondheidsverschillen scherper in kaart gebracht.

Dit soort maatregelen hebben echter geleid tot de verdere bestendiging van een specifieke blik op de opgaves waar de geboortezorg voor staat. Namelijk als een **sector waarin problemen primair benaderd kunnen worden, en oplosbaar zijn als, organisatorische vraagstukken waarin controle, monitoring en risicoreductie een sleutelrol spelen**. Tegelijk botst deze benadering ook op haar grenzen: de maatschappelijke kosten van de geboortezorg nemen toe, de werkdruk stijgt en ook ongewenste neveneffecten van deze risicobenadering stapelen zich op.

Hoewel het moeilijk is om cijfermatig inzicht te krijgen in hoe dergelijke herstructureringen invloed hebben gehad op de resultaten binnen de geboortezorg, suggereren een aantal onderzoeksresultaten dat er een gebrek is aan structurele verbetering. Wel zijn de kosten van de sector sterk gestegen en vinden er meer ingrepen plaats.

Enkele voorbeelden...

- De uitgaven aan de geboortezorg stijgen in 2023 met 8,3% ten opzichte van het voorgaande jaar (NZA, 2023)
- Er is een toename van inleidingen van 22,8% in 2018 naar 26,5% in 2020 (Amsterdam UMC, 2022)
- Toename van (geplande en ongeplande) keizersnedes van 16,8% naar 19,4% tussen 2015 en 2024 (Peristat, 2025)

drift for transition

Samenvattend: Transitieopgave

- De versterkte inzet op een biomedische benadering van de afgelopen jaren heeft relatief weinig winst opgeleverd in sterftereductie.
- De hoeveelheid uitgevoerde interventies en kosten van de geboortezorg zijn sterk gestegen.
- Er zijn bewijzen dat een exces aan interventies en medische ingrepen rond de geboorte zowel op korte- als lange termijn negatieve effecten kan hebben voor moeder en kind.
- Maatschappelijke polarisatie rondom het geboortemoment in combinatie met toenemende maatschappelijke ongelijkheden en bijhorende kwetsbaarheden, hebben geleid tot een verharding van het regime.

"Zien we de geboorte als een natuurlijk proces of als een risico?"

"We naderen een kruising waar de vraag voorligt of we een goede balans tussen technische en natuurlijk weten te vinden of dat we doorzetten naar een systeem waarin vooral technische elementen domineren."

drift for transition

Transitiedynamiek

Welke transitiedynamiek zien we in de geboortezorg?

drift for transition

Een destabiliserend regime...

Het besef dat de druk onvolhoudbaar wordt, wordt op verschillende plaatsen in de sector omgezet in actie. Enerzijds wordt er veel gegrepen naar **medische of technologische oplossingen voor structurele problemen** en ook huidige manier van werken wordt steeds efficiënter ingericht: denk aan processen, protocollen en procedures die telkens weer wat verder worden aangescherpt.

Maar ook van 'buitenaf' wordt er **geëxperimenteerd met praktijken die opereren volgens alternatieve waarden als gelijkwaardigheid, vertrouwen of preventie**. Die lopen echter nog veelvuldig vast op opgeknipte structuren of strikte protocollen en ook **onderliggende, niet uitgedaagde, machtsdynamieken** binnen de sector leggen een demper op hun potentieel om de sector radicaal te veranderen.

Een **transitieperspectief kan helpen om dynamieken van elkaar te onderscheiden**, te duiden en erop te sturen. Dit niet doen, brengt risico's met zich mee: Als de nieuwe manier van denken, doen en organiseren doorontwikkelt en versnelt maar ook het huidige regime verder geoptimaliseerd wordt, ontstaan er twee parallelle bewegingen die naast elkaar bestaan.

Emotie in de geboortezorg

Er is weinig emotioneler dan de geboorte van een kind, behalve dan het overlijden ervan. In alle cijfers, statistieken en onderzoeken speelt op de achtergrond altijd een beladen discussie over wat de geboorte is en wie er over gaat. De discussies hier over tussen verloskundigen en gynaecologen gaan in de kern over fundamenteel verschillende opvattingen die samen hangen met cultuur, identiteit, waarden en wereldbeelden.

De beweging die de afgelopen decennia is ingezet richting een meer biomedische benadering wordt vaak rationeel onderbouwd. Echter lijkt deze ook normatief en ideologisch gedreven: vanuit onderliggende overtuigingen over veiligheid en goede zorg. Tegelijkertijd is er slechts beperkt cijfermatig bewijs voor de noodzaak van deze verdere medicalisering. In tegenstelling zijn er dan weer wel sterke aanwijzingen dat risicomijding en medische interventies steeds meer zijn gaan bepalen hoe geboortezorg wordt ingericht. Net omdat de geboortezorg een domein is waarin veiligheid, risico en emotie sterk met elkaar verweven zijn geraakt, is het tijd om het gesprek aan te gaan over hoe verschillende waarden en perspectieven zich tot elkaar kunnen verhouden binnen de sector.

Leren van de voedseltransitie

In de landbouw is al decennia een discussie gaande over wat goed boeren is: zoveel mogelijk produceren en inzetten op kwantiteit versus het produceren van kwantiteit in balans met de natuur. Inmiddels is duidelijk dat de negatieve impact van kunstmest en pesticiden sterk teruggebracht moet worden, maar dat leidde de afgelopen jaren tot hevige protesten en politieke spanningen.

De transitiepijn bij boeren uitte zich in emotionele protesten, vlagvertoon en geweldsuitbarstingen. Ze zijn goed te begrijpen vanuit de bedreiging die een transitie betekent voor hun identiteit en overtuigingen: hu hele carrière hebben, ze mede door de samenleving en financiële sector, geweid aan een intensief bedrijf. De omslag die de samenleving, rechter en deel van de politiek nu vraagt (minder intensief en meer ecologisch), grijpt hier diep op in. Het is dan ook noodzakelijk om een goede omgang te vinden met de emoties en het onvermijdelijke uitfaseren dat deel is van transitie.

drift for transition

We zien transitiedynamiek ontstaan…

- Op regimeniveau is er sprake van toenemende destabilisatie en tekenen van chaos: interne spanningen, gebrek aan richting, institutioneel wantrouwen en toenemende polarisatie.

- Er zijn tal van initiatieven die de grenzen tussen biomedische en natuurlijke benaderingen proberen te slechten. Ze komen op kleine schaal tot nieuwe routes maar breken nauwelijks door.

- Er zijn amper voorbeelden van afbraak of uitfaseren: gevestigde machtsstructuren en opvattingen blijven dominant. De heersende interventie- en marktlogica draagt hier sterk aan bij.

- Er zijn weinig voorbeelden van institutionele pogingen om nieuwe opvattingen te vertalen naar beleid en regels.

drift for transition

Niches: alternatieve manieren van denken, doen en organiseren binnen de geboortezorg

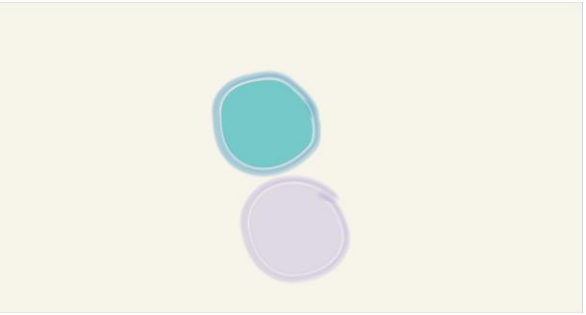
In respons op de toenemende druk binnen de geboortezorg, wordt er overal in het land geëxperimenteerd met alternatieve praktijken of samenwerkingsvormen. Denk aan initiatieven die inspelen op de **psychosociale behoeften** van ouders en gezinnen, zoals Centering Pregnancy, traumasensitief werken binnen de geboortezorg of babygroepen.

Maar ook in de **organisatie** van de geboortezorg wordt gezocht naar vormen die ruimte bieden voor relationeel werken, vertrouwen en gelijkwaardigheid in de samenwerking. Trendbreuk in Zuid-Limburg is daar een mooi voorbeeld van: binnen dit initiatief worden allerlei domeinen en organisaties uit de regio aan elkaar verbonden, vanuit het geloof dat niet alleen medische zorg de gezondheid van kinderen en gezinnen bepaalt.

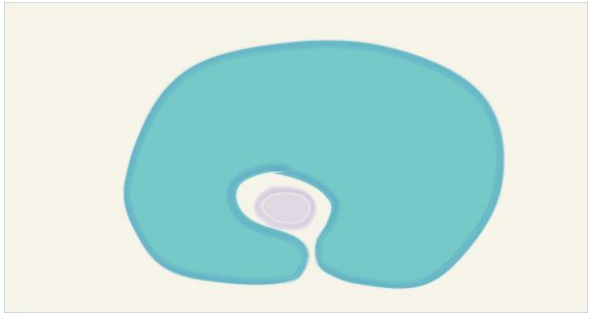
drift for transition

Verschillende toekomstbeelden

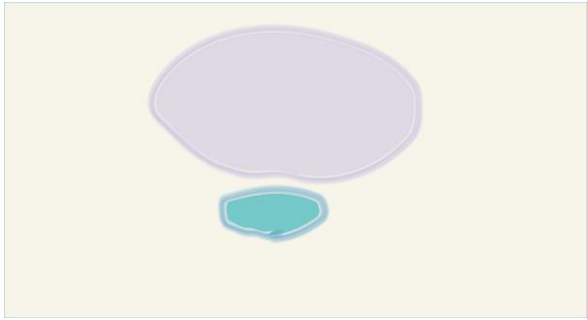
De onvolhoudbaarheid van het huidige systeem wordt sterk en door veel verschillende actoren gevoeld. De beelden over de verandering die er nodig is om het hoofd te bieden aan de opgaves waar de sector mee worstelt, verschillen echter sterk. In gesprekken, visies en vernieuwende initiatieven kunnen we grofweg drie ontwikkelrichtingen destilleren.



Polarisatie tussen medische en sociale elementen

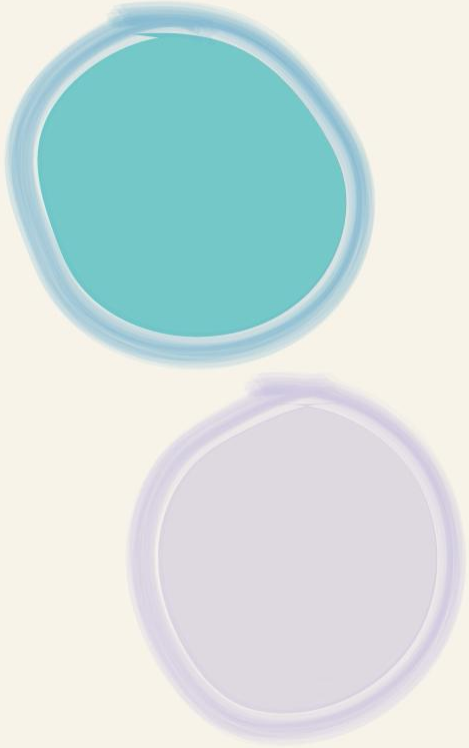


Sociale en fysiologische elementen worden ingekapseld door medische elementen



Medische elementen als ondersteunend aan sociaal fysiologisch proces

Polarisatie tussen medische en sociale elementen

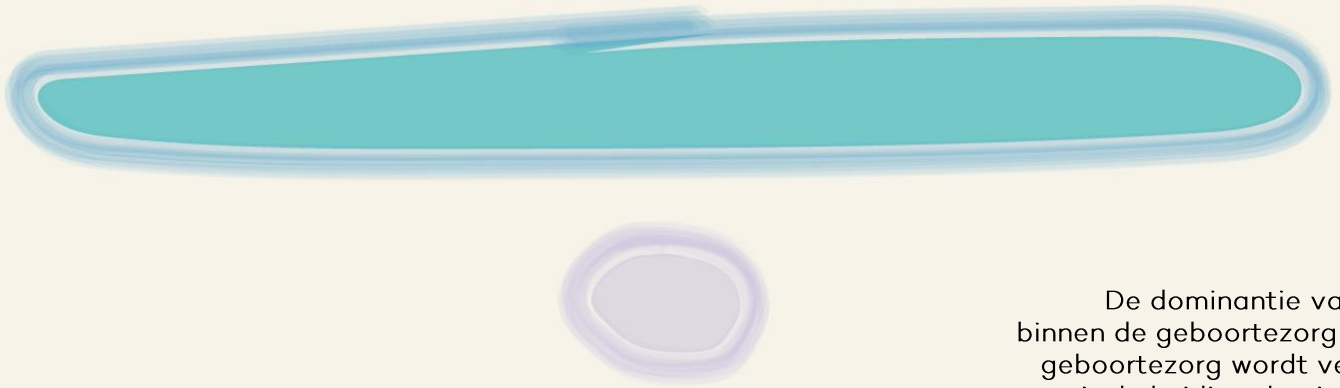


Medische en sociale componenten van de geboortezorg bewegen steeds verder van elkaar weg. De medische geboortezorg ontwikkelt zich tot een steeds hoogspecialistischer domein, terwijl sociale ondersteuning rondom zwangerschap, geboorte en ouderschap zich steeds meer buiten de sector ontwikkelt. Hierdoor neemt de verbinding tussen beide werelden verder af en ontstaat een steeds scherpere scheiding tussen medische en sociale geboortezorg.

= Medische componenten

= Sociale componenten

Sociale en fysiologische elementen worden ingekapseld door medische elementen



= Medische componenten

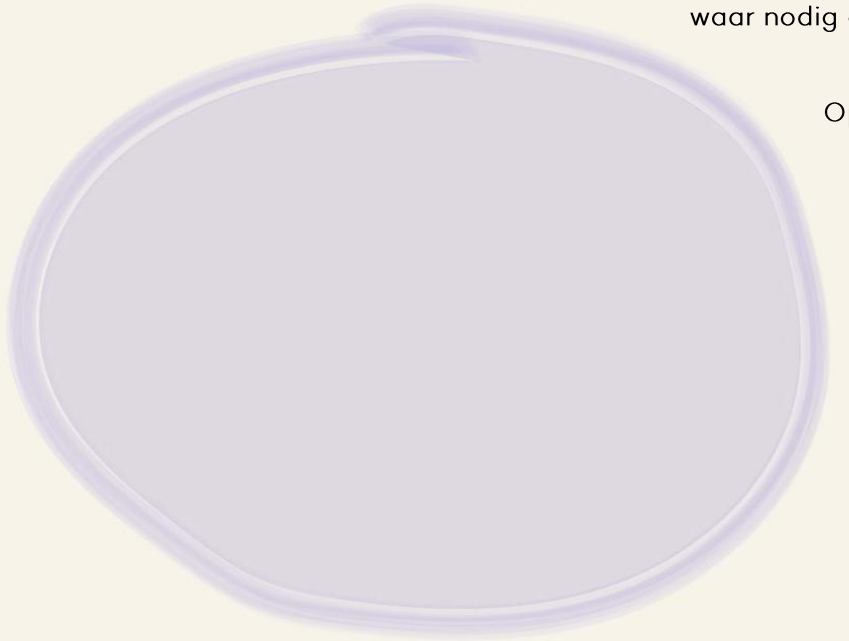
= Sociale componenten

De dominantie van de medische logica binnen de geboortezorg neemt verder toe. De geboortezorg wordt verder geoptimaliseerd vanuit de huidige dominante regimeprincipes, waarbij medische expertise en risicobeheersing leidend zijn. Sociale en fysiologische aspecten worden steeds verder ingekapseld binnen deze medische logica en krijgen een secundaire, ondersteunende rol.

Medische elementen als ondersteunend aan sociaal fysiologisch proces

Het vertrekpunt van de geboortezorg is gezondheid, welzijn en kansrijk opgroeien. Het fysiologische geboorteproces en de (sociale) context rondom zwangerschap en ouderschap staan centraal. Medische expertise is beschikbaar waar nodig en functioneert ondersteunend aan dit proces en deze context.

Op termijn bestaan medische en sociale ondersteuningselementen binnen de geboortezorg niet langer naast elkaar, maar lopen zij steeds meer in elkaar over.



= Medische componenten

= Sociale componenten

drift for transition

Het vervolg

Aanpak voor transitie

drift for transition

Schep ruimte voor beweging

- De geboortezorg zit in een klem: fundamenteel verschillende benaderingen co-existeren maar komen niet tot gezamenlijke doorbraken.
- Erken dat op twee sporen doorgaan de sector niet beter gaat maken. Stagnatie van de veranderingsbeweging is slechts in het belang van professionals en aanbieders.
- Er moet ruimte komen voor synergie tussen verschillende banderingen en keuzevrijheid, in combinatie met het echt anders omgaan met risico's in de sector.
- Transities zijn organische processen die niet klassiek te sturen zijn: institutioneel overleg, protocollen en plannen zijn eerder vertragend of frustrerend.
- Begin bij inzet op urgentie en waarden om vervolgens vanuit de goede praktijken naar systeemdoorbraken toe te werken.

Taal in de geboortezorg

Taal is verre van neutraal. Woorden en uitspraken beïnvloeden hoe we kijken naar zwangerschappen, geboortes of ouderschap. Taal beïnvloedt wat we als normaal zien en wat daar net van afwijkt. Het kijken naar een geboortemoment als een afgebakend, meetbaar en controleerbaar proces zit dan ook diep geworteld in de taal die gebruikt wordt in contact tussen zorgprofessionals maar ook met (aanstaande) ouders. Woorden sturen interventies, beslissingen maar ook verwachtingen. Denk aan termen als “laag-risico bevalling”, “patiënt” of “onvoldoende progressie”, die geladen zijn en een normatieve blik op het geboortemoment in zich dragen en reproduceren.

Werken aan een transitie vraagt dan ook om bewuste reflectie op taal en haar onderliggende denkbeelden.

- *Welke begrippen of woorden zijn dominant?*
- *Welke aspecten van een geboorteproces zijn zichtbaar binnen onze taal?*
- *Aan welke aspecten worden er net geen of amper woorden gewijd?*
- *Zijn er nieuwe termen nodig om alternatieve waarden een semantische plek te geven in de geboortezorg?*

Leren van de onderwijstransitie
Dat taal ons denken stuurt, speelt ook in het Nederlandse onderwijssysteem. Zowel in de maatschappij als in de sector zelf worden hardnekkige en conservatieve beelden bij wat goed onderwijs is, bestendigd door de taal die we gebruiken.

Enkele voorbeelden...
“Er staat één leerkracht de hele week voor één klas.” “School is van 8 tot 15”. “In groep 1-2 is de kleuterjuf vooral aan het knutselen”.

Veel van deze beelden stroken al niet meer met de huidige praktijk, maar loskomen hiervan is lastig. Initiatieven over het hele land proberen nieuwe taal en beelden te scheppen die passen bij de beweging richting een alternatief onderwijssysteem. Denk aan de invoering van flexibele roosters, het werken in lerarencollectieven of vervangende termen als praktisch of theoretisch opgeleid.

drift for transition

Vernieuw de sturing. Een transitie…

1. … ontstaat door gedeelde waarden en verhalen die mensen verspreiden in netwerken: werk aan een fundamenteel nieuwe visie op geboren worden

2. … is een proces van vallen en opstaan en vooruit struikelen: creëer tijd en ruimte voor leren

3. … vraagt expliciete aandacht voor gevestigde belangen, weerstanden en hieraan gekoppelde emoties: organiseer uitfaseren

4. … is een proces waarin de regels van het spel aangepast worden aan de alternatieve waarden: ontwikkel regels en handreikingen vanuit nieuwe waarden

drift for transition

1. Zet in op een nieuwe visie

- We moeten af van de focus op risico's: verschuif het doel van de geboortezorg van 'ten koste van alles levend geboren worden' naar '**gezond geboren worden**'.
- Het gesprek dat hierover gevoerd moet worden gaat over waarden en perspectief. Er zit vanzelfsprekend veel spanning en emotie op hoe men naar goede geboortezorg kijkt.
- Door expliciet een andere waarde (gezond versus levend) als vertrekpunt te nemen, wordt het veld gedwongen kleur te bekennen en in de spiegel te kijken.
- Risico kan geherpositioneerd worden en er ontstaat meer ruimte voor cruciale waarden die in het huidige systeem in de verdrukking zijn gekomen.
- Dat vraagt actieve processturing: ga selectief en gericht partijen met elkaar aan tafel zetten om door een transformatief leerproces heen te gaan.
- Het ontwikkelen van visie in transitie is geen papieren of rationele oefening maar een emotioneel proces van gezamenlijk leren en internaliseren.

drift for transition

2. Creëer tijd en ruimte voor leren

- Steeds meer mensen, zowel binnen als buiten de sector, zullen overtuigd raken van urgentie en noodzaak tot structurele verandering. Het huidige systeem is onvolhoudbaar.
- De druk die daaruit voortkomt zet aan tot experimenteren, zoeken en discussieren. Tegelijk wakkert die druk ook angsten, weerstand en onzekerheid aan.
- De reflex om dan terug te grijpen op het oude of juist in crisismanagement te vervallen moet bestreden worden: het zijn juist openingen voor gezamenlijk leren.
- Om met elkaar een collectieve cultuur van 'al doende leren' te ontwikkelen, is actieve sturing en begeleiding nodig.
- Dat kan door systematische reflectie op transitiedynamiek in te bouwen en leersessies te organiseren.
- Een dynamische leeragenda kan steun en voeding geven aan transitiepraktijken en het identificeren van vervolgstappen, randvoorwaarden en doorbraakacties.

drift for transition

3. Agendeer afbouw actief

- Het terugdringen, verminderen of uitfaseren van onduurzame of onrechtvaardige praktijken, denkbeelden of structuren is van groot belang in elke transitie.
- Crises worden veelvuldig beantwoord met experimenten, pilots of systeemoptimalisaties.
- Door enkel te focussen op opbouw, blijven nieuwe praktijken vastlopen: er is amper aandacht voor de actieve afbouw van onderliggende onrechtvaardige denkbeelden, machtsstructuren en opvattingen.
- Er zijn aanwijsbare partijen en krachten die zich vanuit eigenbelang tegen transitie verzetten.
- De inzet op transities roept per definitie weerstand op, maar ook de maatschappelijke druk die oploopt doet dat: professionals ervaren het als een veroordeling van hun inzet. De angst voor verandering komt vaak ook vanuit het onbekende: mensen weten niet hoe of wat ze moeten doen.
- Door expliciet ruimte te creëren voor emoties en uitfaseren in een breder, langere-termijn perspectief te plaatsen kan de ruimte gemaakt worden om hier beter mee om te gaan en de weerstand te verminderen.

drift for transition

4. Ontwikkel regels en handreikingen vanuit waarden

- Vanuit de procedures en handreikingen gaat binnen de geboortezorg grote sturing uit. Momenteel wordt hierin vooral gestuurd op risicoreductie en standaardisatie.
- Ontwikkel daarom handreikingen meer als stimulans voor de gewenste transitiepraktijk vanuit de nieuwe waarden. Benader ze als een stuurplan.
- In de ontwikkeling van beleid is het noodzakelijk selectief partners te betrekken: zorg voor grote vertegenwoordiging van gemotiveerde partijen en beperkt aanwezigheid gevestigde belangen.
- Het vraagt transformatieve professionals en ambtelijke ruimte: zorg voor politiek en bestuurlijk mandaat om vooruit te kunnen struikelen.

drift for transition

Bijlage

drift for transition

Geinterviewden

- Beleidsmedewerkers ministerie van VWS (x2)
- Gynaecologen (x2)
- Bestuurders geboortezorg (x3)
- Directie kraamzorgorganisatie (x2)
- Adviseur risicoverevening
- Kinderarts/sociaal pediater
- Verloskundige (x2)
- Adviseur zorg- en welzijnsorganisatie
- Adviseur clientparticipatie
- Manager ziekenhuisbedrijfsvoering
- Directie cliëntenorganisatie
- Hoogleraar innovatie
- Professor vroege ontwikkeling en gezondheid

drift for transition

Bronnen

Acute geboortezorg visiedocument. (z.d.).
Barriers and facilitators for implementation of continuity of midwife care. (z.d.).
Fysiologisch bevallen is geen nostalgie – het is de toekomst. (z.d.).
Inleiden bevalling moet beter afgewogen. (2022, 1 maart). Amsterdam UMC. https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/inleiden-bevalling-moet-beter-afgewogen
Is netwerkzorg de volgende hype? (z.d.).
Lang en gelukkig – duurzame innovaties in de geboortezorg. (z.d.).
Medical intervention during delivery affects subsequent health of child. (2018, 27 maart). University of Groningen. https://www.rug.nl/news/2018/03/slechtere-gezondheid-kind-na-medisch-ingrijpen-bij-bevalling
Medicalisering van zwangerschappen slecht voor moeder en kind. (z.d.). Gezondheid.be. https://www.gezondheid.be/artikel/voortplanting/medicalisering-van-zwangerschappen-slecht-voor-moeder-en-kind-7304
Nederlandse Zorgautoriteit. (2026, 16 juni). *Structurele bekostiging voor verloskundige samenwerkingsverbanden*. https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2026/06/16/structurele-bekostiging-voor-verloskundige-samenwerkingsverbanden
Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). *Kerncijfers geboortezorg*. https://www.nza.nl/zorgsectoren/geboortezorg/kerncijfers-geboortezorg

drift for transition

Bronnen

Overzichtsnotitie VIL. (2021).
Schaarste of systeemfout? Wat we in de zorg liever niet hardop zeggen. (2026, 17 maart). *Medisch Contact*. https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/schaarste-of-systeemfout-wat-we-in-de-zorg-liever-niet-hardop-zeggen
WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. (2018, 7 februari). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215
WHO statement on caesarean section rates: Frequently asked questions. (2021, 9 juni). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions
Making childbirth a positive experience. (2018, 15 februari). World Health Organization. https://www.who.int/news/item/15-02-2018-making-childbirth-a-positive-experience
Actieprogramma Kansrijke Start voor gezinnen in een kwetsbare situatie. (z.d.). Rijksoverheid. https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/zwangerschap-en-geboorte/actieprogramma-kansrijke-start-voor-gezinnen-in-een-kwetsbare-situatie
Stijging in kosten geboortezorg. (z.d.). Nederlandse Zorgautoriteit. https://www.nza.nl/zorgsectoren/geboortezorg/kerncijfers-geboortezorg
Zorginstituut Nederland. (2026). *Zorg- en ondersteuningsbehoeften van kraamgezinnen in Nederland sinds 2015*. https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2026/08/03/zorg-en-ondersteuningsbehoeften-van-kraamgezinnen-in-nederland-sinds-2015