**INLEIDING VAN UW BEVALLING**

**OP DE KRAAMSUITES**

FRANCISCUS GASTHUIS & VLIETLAND

# Inleiding

Zojuist is er met u gesproken over een inleiding van de bevalling. Deze afspraak wordt zoveel mogelijk in overleg met u gemaakt, maar kan vervroegd of verlaat worden indien dit medisch noodzakelijk is en de afdelingsbezetting dit toelaat. Mocht u vóór de geplande datum klachten krijgen of begint de bevalling, dan kunt u contact opnemen met uw eigen verloskundige of met onze polikliniek, afhankelijk waar uw controles plaatsvinden.

Bij een `inleiding` brengt men de bevalling kunstmatig op gang. Dit gebeurt met een ballon of medicatie die de weeën opwekken. Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. In deze folder vindt u algemene informatie.

Soms geeft een gynaecoloog of verloskundige u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is. U volgt dan het advies van uw behandelaar. U kunt al uw vragen met uw arts of verloskundige bespreken.

**Waarom wordt een bevalling ingeleid?**

De gynaecoloog adviseert meestal een inleiding als hij verwacht dat de situatie voor uw kind buiten de baarmoeder gunstiger is dan daarbinnen. De bevalling wordt dan opgewekt op een tijdstip dat de toestand van het kind nog goed is en men verwacht dat het kindje een normale bevalling kan doorstaan. Ook ernstige klachten van uzelf kunnen een reden zijn om de bevalling in te leiden. Een aantal veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn: over tijd zijn, langdurig gebroken vliezen, groeivertraging van het kind en een verslechtering van het functioneren van de placenta.

Over tijd zijn (serotiniteit)

Als u twee weken na de uitgerekende datum niet bevallen bent, spreekt men van 'over tijd' zijn. De medische term hiervoor is serotiniteit. Er wordt met u besproken of u met 41 weken of bij 42 weken zou willen worden ingeleid. Indien u tot 42 weken wenst af te wachten, wordt door uw behandelaar de hoeveelheid vruchtwater beoordeeld door middel van echoscopisch onderzoek. Er wordt ook gekeken of de baby goed lijkt te groeien en of de baby voldoende beweegt. Als uit deze onderzoeken blijkt dat de conditie van het kind mogelijk achteruitgaat, kan uw behandelaar adviseren de bevalling in te leiden. Uitgebreidere informatie vindt u in onze folder `serotiniteit`.

Langdurig gebroken vliezen

Het breken van de vliezen is vaak het eerste teken van het begin van de bevalling. Als de vliezen langer dan 24 uur gebroken zijn, spreekt men van langdurig gebroken vliezen. De bevalling kan dan alsnog uit zichzelf op gang komen. Wel adviseert men 24 uur na het breken van de vliezen meestal een bevalling in het ziekenhuis, omdat de kans op een infectie iets groter is. Een infectie kan worden aangetoond met een vaginale kweek en een bloedonderzoek. De verpleegkundige strijkt dan met een wattenstokje eerst langs de ingang van de vagina en daarna langs de anus. Soms wordt ook nog een echo gemaakt om de hoeveelheid vruchtwater te bepalen. Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur te meten. Bij koorts (meer dan 38ºC) moet u contact opnemen met de verloskundige of gynaecoloog. De gynaecoloog adviseert meestal een inleiding tussen 24 uur en drie dagen na het breken van de vliezen. Als de vliezen vóór de 37e week breken, wacht men vaak langer met een inleiding, zolang er geen tekenen van infectie zijn. Uw baby zal, indien de vliezen langer dan 24 uur gebroken zijn, 24 uur ter observatie opgenomen blijven.

Groeivertraging van de baby

Als de verloskundige of gynaecoloog vindt dat uw baby aan de kleine kant is, dan onderzoekt men met een echo of dit inderdaad zo is. Ook weinig vruchtwater kan duiden op een klein of te klein kind. Regelmatige echo’s kunnen informatie geven over de verdere groei van het kind. Zo nodig vindt ook controle van de conditie van het kind plaats met een CTG (hartfilmpje). Bij onvoldoende groei of dreigende achteruitgang van de conditie van uw kind, kan de gynaecoloog een inleiding adviseren.

Achteruitgaan van de functie van de placenta

De baby krijgt voeding en zuurstof via de placenta (moederkoek). Bij bijvoorbeeld een te hoge bloeddruk of suikerziekte tijdens de zwangerschap, kan de placenta minder goed gaan functioneren. Als het dan voor het kind beter lijkt om geboren te worden, wordt met u besproken om de bevalling in te leiden.

Andere redenen

# Er zijn nog vele andere redenen om een bevalling in te leiden. Deze kunnen te maken hebben met het verloop van de vorige bevalling of met andere bijkomende problemen tijdens de huidige zwangerschap.

**Voorbereiden**

Om te beoordelen of het mogelijk is de bevalling op gang te brengen, doet de gynaecoloog of verloskundige een inwendig onderzoek.

# Over het algemeen moet u dezelfde spullen meenemen als bij een 'gewone' bevalling: kleding voor uzelf voor tijdens en na de bevalling, toiletartikelen en babykleertjes. Ook is het verstandig wat ter ontspanning en tijdverdrijf mee te nemen. De eerste uren zijn er soms nog niet zoveel weeën. Afleiding kan dan fijn zijn.

**Wanneer is een inleiding mogelijk?**

Een inleiding is pas mogelijk als de baarmoedermond al een beetje open en verweekt is. Verloskundigen en gynaecologen gebruiken hiervoor de term 'rijpheid'. Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Meestal is er nog geen ontsluiting.

# Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen wat korter en voelt week aan. Soms is er al wat ontsluiting. In dat geval is het mogelijk een inleiding af te spreken.

**De baarmoedermond rijp te maken (primen)**

Als de baarmoedermond niet rijp genoeg is om in te leiden, krijgt u een afspraak om te komen voor het primen. Houdt u er rekening mee dat u vaak niet op die dag al gaat bevallen. Het rijp maken van de baarmoedermond kan soms een paar dagen duren.

**Hoe maak je een baarmoedermond rijp?**

Om de baarmoedermond rijp te maken is het inbrengen van een katheter (een dun slangetje) in de baarmoeder een mogelijkheid. Dit inbrengen gaat met behulp van een eendenbek (speculum) of via toucher (inwendig onderzoek). Door de inwendige druk op de vliezen en de baarmoedermond door de ballonkatheter wordt er wat ontsluiting gemaakt. Na het inbrengen van de ballonkatheter wordt aan de top een ballonnetje met water gevuld, ter grootte van een stuiterbal. Voor en na het inbrengen van de ballonkatheter wordt de conditie van het kind met behulp van een CTG, de registratie van de hartslag van de baby, gecontroleerd. Daarnaast zorgt de druk ervoor dat het lichaam hormonen (prostaglandine) aanmaakt die de baarmoedermond rijpen.



Vaak valt de ballonkatheter er vanzelf uit en kunnen de vliezen worden gebroken. U heeft dan zo’n 2-3 cm ontsluiting. Gemiddeld duurt dit een dag, maar soms ook wel eens  langer. Deze periode kunt u thuis afwachten, meestal ondervindt u weinig hinder. U kunt gewoon rondlopen en douchen. Baden, inwendig spoelen of seksuele gemeenschap raden wij af in verband met een verondersteld verhoogd risico op een infectie als de ballon in de baarmoeder zit. Het is verstandig deze dag(en) thuis te blijven en zorg te dragen voor voldoende rust met het oog op de komende bevalling.

Het is mogelijk dat u wat menstruatieachtige buik-/rugpijn ervaart en wat meer harde buiken. Het is ook normaal als u wat slijm of bloed (gelijk aan een menstruatie) verliest. Wanneer de ballon eruit valt/kapot knapt mag u deze gewoon weggooien en neemt u telefonisch contact met ons op.

De dag na de plaatsing van de katheter, wordt u opnieuw beoordeeld. Indien de baarmoedermond rijp is, kunnen de vliezen gebroken worden en zal de bevalling starten. U krijgt dan ook een infuus met medicijnen om de weeën op te wekken.

Soms is de baarmoedermond nog niet rijp, dan wordt er specifiek naar uw situatie gekeken. Het kan zijn dat het ballonnetje herplaatst wordt, soms wordt er extra water in het ballonnetje gebracht of wordt er misoprostol gegeven (zie onder). Indien de vliezen gebroken worden of er misoprostol toegediend wordt, zult u opgenomen blijven in het ziekenhuis.

**Wanneer moet ik bellen als ik thuis ben?**

* Bij ongerustheid mag u altijd contact opnemen
* Als u (veel) pijn ervaart
* Als u de baby minder voelt bewegen dan u gewend bent
* Als de vliezen breken (let hierbij op de kleur van het vruchtwater)
* Bij veel helderrood bloedverlies
* Als de ballon eruit valt/ kapot knapt
* Bij koorts ≥38 graden

**Voorbereiden met een tabletje (misoprostol)**

Soms is het niet mogelijk om de catheter in te brengen of heeft deze onvoldoende effect, dan kiezen we voor misoprostol. U wordt hiervoor altijd opgenomen in het ziekenhuis. Het inbrengen van het tabletje gebeurt door u zelf via de mond.

Er wordt een hartfilmpje van de baby gemaakt (CTG). Daarna doet de arts of verloskundige een inwendig onderzoek en wordt het tabletje gegeven. Dit alles wordt die dag nog twee keer herhaald, als de baarmoedermond nog niet voldoende rijp is. Is dit wel het geval, dan worden de vliezen gebroken. Ook dit proces kan meerdere dagen duren.

Het is mogelijk dat u wat menstruatieachtige buik-/rugpijn ervaart en wat meer harde buiken. Het is ook normaal als u wat slijm of bloed (gelijk aan een menstruatie) verliest.

**Het opwekken van de weeën**

Als de baarmoedermond rijp is, kunnen de vliezen gebroken worden en krijgt u een infuus. Men brengt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm en sluit daarop een dun slangetje aan. Een pomp dient medicijnen (oxytocine) toe om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk beginnen dan de weeën. Dit gaat in combinatie met het breken van de vliezen.

**Controle van het kind en de weeën**

Men controleert de conditie van uw kind met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Meestal wordt een draadje (schedel-elektrode) op het hoofd van het kind vastgemaakt om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek.

Daarbij worden ook de vliezen gebroken. U voelt dan warm vruchtwater via de vagina naar buiten stromen. Ook kan de verloskundige of arts een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder inbrengen om de sterkte van de weeën te meten. Vaak laat men dit achterwege of registreert men de weeën met een band om de buik.

**Hoe gaat de bevalling verder?**

Na het starten van de inleiding is het verloop in principe hetzelfde als bij een 'normale' bevalling. De weeën worden langzamerhand heviger en pijnlijker. Over het algemeen heeft u de vrijheid om de weeën op uw eigen manier op te vangen: zittend in een stoel, staand naast het bed, of liggend of zittend in bed.

De uitdrijving (het persen) en de geboorte van het kind en de moederkoek gaan hetzelfde als bij een 'normale' bevalling. De geboorte van het kind vindt over het algemeen binnen 24 uur plaats na het breken van de vliezen.

Naarmate de baarmoedermond rijper is, gaat de ontsluiting vaak sneller. Ook gaat de bevalling van een volgend kind meestal spoediger dan die van een eerste.

# Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstillers vragen. U kunt dan een prik krijgen met een sterk pijnstillend middel (pethidine). Een andere mogelijkheid is een ruggenprik (epidurale analgesie). Daarnaast is er een pomp met een pijnstillend middel waarbij u zelf de pijnstilling kunt regelen.

# Afspraken

U krijgt een afspraak mee waarop u zich kunt melden op het tijdstip en locatie die voor u is aangegeven. Soms wordt u gebeld vanwege drukte om contact met ons op te nemen of wordt u zelf gebeld om iets later te komen. In uitzonderlijke gevallen wordt de inleiding een dag uitgesteld.

**Na de bevalling**

Na de geboorte kijkt de arts of verloskundige uw kind na. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. Ongeveer een uur na de geboorte van de moederkoek verwijdert de verpleegkundige het infuus. U gaat na de bevalling zo snel mogelijk naar huis. Soms adviseert men om langer te blijven, zoals bij langdurig gebroken vliezen of bij suikerziekte. Uw kind blijft dan nog één of enkele dagen in het ziekenhuis ter controle.

Bij een kind met een laag geboortegewicht of bij een te vroeg geboren baby duurt de opname op de afdeling Kindergeneeskunde soms langer. Moet uw kindje langer op deze afdeling blijven? Dan is het voor de moeder mogelijk daar ook te verblijven. Zie folder ‘rooming-in’.

Soms maakt uw eigen gezondheid het nodig om langer te blijven, bijvoorbeeld in verband met een hoge bloeddruk of ruim bloedverlies waarvoor een bloedtransfusie noodzakelijk is.

**Wie zijn er bij de bevalling?**

Als u wordt ingeleid heeft u een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen. Een klinisch verloskundige begeleidt de bevalling. Zij werkt onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Daarbij kunnen naast verpleegkundigen ook leerling-verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig zijn. Heeft u hier bezwaar tegen dan kunt u dit aangeven.

# Bij en na ontslag

Bij uw ontslag uit Franciscus Gasthuis en Vlietland krijgt u van de verpleegkundige of kraamverzorgende:

* adviezen ten aanzien van uw herstel na uw bevalling;
* borstvoedingsadviezen;
* overdracht papieren voor de kraamzorg en verloskundige;  een eventuele controleafspraak met de gynaecoloog, arts-assistent gynaecologie of tweedelijns verloskundige;

Na ontslag bezoekt de verloskundige u enkele keren thuis om uw conditie in de gaten te houden. Vijf tot zes weken na de bevalling heeft u een controleafspraak. Deze is óf bij uw verloskundige, of in het ziekenhuis indien dit medisch noodzakelijk is.

**Telefoonnummers:**

U kunt dag en nacht de kraamsuites bereiken op locatie Gasthuis op **010 - 461 64 23** en locatie Vlietland **010-893 21 00.**

**Risico’s en complicaties**

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden, of de bevalling nu wordt ingeleid of niet. We bespreken enkele complicaties die met een inleiding kunnen samenhangen.

Langdurige bevalling. Als men met de inleiding begint terwijl de baarmoedermond nog niet goed rijp is, bestaat er een grotere kans op een langdurige bevalling. Soms wordt geen volledige ontsluiting bereikt en is een keizersnede noodzakelijk;

Uitgezakte navelstreng. Bij het breken van de vliezen kan de navelstreng uitzakken langs het hoofd van het kind als het kindje niet goed is ingedaald, of bij een stuitligging langs het stuitje. Een keizersnede is dan noodzakelijk;

Beschadiging door het inbrengen van de drukkatheter. De drukkatheter is een dun slangetje dat men nogal eens bij een inleiding in de baarmoeder brengt om de kracht van de weeën te controleren. Als dit slangetje niet goed terechtkomt, kan een bloeding vanuit de moederkoek of een beschadiging van de baarmoeder optreden. Dit komt **zeer zelden** voor. Een keizersnede kan dan noodzakelijk zijn;

Hyperstimulatie. Hierbij komen er te veel weeën te snel achter elkaar. Meestal is het mogelijk hyperstimulatie te verhelpen door de stand van de infuuspomp te verlagen. Soms is een weeënremmend medicijn noodzakelijk. Daardoor keren de weeën weer met normale pauzes terug;

Infectie van de baarmoeder. Als de vliezen gedurende lange tijd gebroken zijn, is er een iets groter risico op een infectie van de baarmoeder tijdens en na de bevalling. Dit is eigenlijk ook geen echte complicatie van de inleiding zelf, maar hangt samen met de reden van de inleiding.

De meeste inleidingen verlopen zonder complicaties en de risico's van een ingeleide bevalling zijn meestal niet groter dan die van een normale bevalling. Wel is het noodzakelijk dat een inleiding onder goede controle en begeleiding plaatsvindt.

Een veelgehoorde opvatting is dat een ingeleide bevalling pijnlijker is dan een normale bevalling. Dit is moeilijk te bewijzen, omdat geen één bevallingen hetzelfde is.

**Kunt u zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen?**

Een veelgestelde vraag is of u zelf wat kunt doen om de bevalling op gang te brengen. U heeft niet veel invloed op de start van de bevalling. Er zijn een aantal methodes (ananashart eten, frambozenblaadjesthee en tonic drinken) waarvan ze zeggen dat dit de bevalling opwekt. Dit is nooit wetenschappelijk bewezen.

Een mogelijkheid om de bevalling zonder inleiding op gang te brengen is 'strippen'. De verloskundige of gynaecoloog maakt dan met de vingers tijdens het inwendig onderzoek de baarmoedermond los van de vliezen. Dit kan pijnlijk zijn. Daarna treedt nogal eens bloedverlies op. Dit kan geen kwaad. Bij een onrijpe baarmoedermond heeft strippen weinig zin. De kans dat een bevalling daarna spontaan begint, is klein.

Mocht u bezwaren hebben tegen een inleiding, bespreek dit dan met uw verloskundige of gynaecoloog. Soms is er een alternatief mogelijk, zoals het nauwkeurig controleren van de conditie van het kind terwijl u afwacht tot de bevalling uit zichzelf op gang komt.

**Woordenlijst**

CTG cardiotocogram: Registratie van de hartslag van het kind om de conditie van de baby in de gaten te houden.

Drukkatheter: Dun slangetje dat men in de baarmoeder brengt om de krachten en frequentie van de weeën te beoordelen.

Epidurale anesthesie: Een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (ruggenprik).

Inleiden: Het op gang brengen van de bevalling.

Oxytocine: Medicijn dat de weeën op gang brengt; andere namen zijn Piton en Syntocinon.

Pethidine: Sterk pijnstillend middel.

Placenta: Moederkoek.

Portio: Baarmoedermond.

Primen: Rijp maken van de baarmoedermond zodat deze geschikt wordt voor inleiding.

Prostaglandine: Hormoon dat de baarmoedermond rijp maakt.

Schedel-elektrode: Dun draadje dat op het hoofd van de baby geplaatst wordt om de harttonen te registreren.

Serotiniteit: Een zwangerschap die langer dan een to twee weken na de uitgerekende datum blijft bestaan.

Spreider: Instrument waarmee de verloskundige of arts via de vagina naar de baarmoedermond kijkt (ook wel speculum genoemd).

Vaginaal toucher: Inwendig onderzoek in de schede met twee vingers om de opening van de baarmoedermond te beoordelen.

*April 2020*