

Inleiden van de bevalling

Bij een inleiding wordt de bevalling kunstmatig op gang gebracht. Dit gebeurt met medicijnen die de weeën opwekken. Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. De inleiding zelf wordt vaak door een klinisch verloskundige gedaan of een arts in opleiding tot gynaecoloog (arts-assistent). Deze folder geeft algemene informatie. Aan het einde van deze folder vindt u een woordenlijst. U bevalt in het Haga Juliana Geboortecentrum (HJGC). Hier kunt u vragen stellen over de gang van zaken op de Verloskunde Verpleegafdeling.

Waarom wordt een bevalling ingeleid?

De gynaecoloog adviseert meestal een inleiding als hij of zij verwacht dat de situatie voor uw kind buiten de baarmoeder gunstiger zal zijn dan daarbinnen. De bevalling wordt dan opgewekt op een tijdstip dat de toestand van het kind nog goed is en de gynaecoloog verwacht dat de baby een normale bevalling kan doorstaan. Ook ernstige klachten van u zelf kunnen een reden zijn om de bevalling in te leiden. Enkele veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn: over tijd zijn (zwangerschapsduur van 41-42 weken), langdurig gebroken vliezen, groeivertraging van het kind en een verslechtering van het functioneren van de placenta.

Over tijd zijn (serotiniteit)

Er vinden extra controles plaats als u 41 weken en 3 dagen zwanger bent. De gynaecoloog beoordeelt dan meestal de hoeveelheid vruchtwater door middel van een echoscopisch onderzoek. Ook wordt een Cardio Toco Gram (CTG) gemaakt. Dit is een registratie van de harttonen van de baby. Als uit deze onderzoeken blijkt dat de conditie van het kind achteruitgaat, kan de gynaecoloog adviseren de bevalling in te leiden. Meer informatie vindt u in de folder 'Meer dan 41 weken zwanger'.

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, heet dit 'langdurig gebroken vliezen'. De bevalling kan dan alsnog uit zichzelf op gang komen. Wel wordt meestal een bevalling in het ziekenhuis geadviseerd, omdat er iets meer infectiegevaar bestaat. Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen. Bij koorts (meer dan 38 graden °C) moet u contact opnemen met uw verloskundige of gynaecoloog. Als de vliezen langer dan 3 dagen gebroken zijn bij een voldragen zwangerschap, is er minder kans dat de weeën nog spontaan op gang komen.

De gynaecoloog, klinisch verloskundige of arts-assistent adviseren meestal een inleiding tussen 24 uur en 3 dagen na het breken van de vliezen. Wij overleggen met u wat het beste tijdstip is om u in te leiden. U krijgt hier een aantal gesprekken over. Als de vliezen vóór de 37e week breken, wordt er - zolang er geen tekenen van infectie zijn - vaak langer met een inleiding gewacht.

Groeivertraging van de baby

Als uw verloskundige of gynaecoloog vindt dat uw baby aan de kleine kant is, onderzoekt hij/zij 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. 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). Door 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, bespreekt de gynaecoloog een inleiding.

Andere redenen

Er zijn nog veel andere redenen voor een advies 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. In sommige ziekenhuizen wordt soms op verzoek van de zwangere een inleiding afgesproken zonder dat hiervoor een medische reden bestaat.

Hulpverleners verschillen soms van mening over de noodzaak van een inleiding. Twijfelt u eraan of het echt nodig is de bevalling in te leiden, bespreek dit dan met uw gynaecoloog, klinisch verloskundige of arts-assistent. Mocht u er samen niet uitkomen, dan kunt u desnoods ook een andere gynaecoloog of in een ander ziekenhuis om een tweede mening vragen.

Vorbereiding

Om te beoordelen of het mogelijk is de bevalling op gang te brengen, doet de gynaecoloog, klinisch verloskundige of arts-assistent een inwendig onderzoek. Vaak gebeurt dit op de polikliniek.

In veel ziekenhuizen is het mogelijk om al voor de inleiding een kijkje op de verloskamers te nemen. U moet dezelfde spullen meenemen als bij een 'gewone' bevalling: kleding voor uzelf vóór, tijdens en na de bevalling, toiletartikelen en babykleertjes. Ook is het verstandig wat ter ontspanning mee te nemen. De eerste uren zijn er soms nog niet zoveel weeën. Afleiding kan dan plezierig 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'. Op de afbeeldingen ziet u voorbeelden van een rijpe en een onrijpe baarmoedermond. Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Dit wordt een staande portio (baarmoedermond) genoemd. Meestal is er nog geen ontsluiting.

rijpe baarmoedermond

Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Hier wordt dan gesproken over een 'verstreken portio'. Deze voelt ook weker aan, en vaak is er al wat ontsluiting. In dat geval is het mogelijk een inleiding af te spreken.

Als de baarmoedermond onrijp is en er toch een dwingende reden is om de bevalling op gang te brengen, kan de gynaecoloog, klinische verloskundige of arts-assistent adviseren de baarmoedermond 'rijp' te maken. In medische termen wordt dan gesproken van 'primen' (voorbereiden).

De behandeling

CTG

Na uw komst op de Verloskunde Verpleegafdeling maakt een verpleegkundige een CTG. Met behulp van dit apparaat worden de hartslag van uw baby en de eventuele baarmoederactiviteit (weeën) geregistreerd en gecontroleerd. Hiervoor krijgt u 2 banden met 2 doppen eronder om uw buik bevestigd. Dit onderzoek duurt ongeveer een half uur. De verpleegkundige controleert ook uw temperatuur, polsslag en bloeddruk.

Als het CTG gemaakt is, mag u uit bed en rondlopen, tenzij anders met u wordt afgesproken. Het CTG wordt herhaald bij onrust of samentrekkingen van de baarmoeder. Dan worden ook uw bloeddruk, temperatuur en hartslag gemeten en vastgelegd.

Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

Er zijn verschillende methodes om de baarmoedermond rijp te maken. In het HJGC is de eerste keus om de baarmoedermond te “primen” met behulp van een ballonkatheter. Dit is een soepel slangetje dat via de vagina bij u wordt ingebracht. Na het CTG doet de arts een inwendig onderzoek bij u. Tijdens dit onderzoek plaatst de arts met behulp van een eendenbek (speculum) de ballonkatheter.

Dit onderzoek is vergelijkbaar met een inwendig onderzoek waarbij een uitstrijkje wordt afgenomen. Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn. Na het inbrengen van de ballonkatheter wordt weer een CTG gemaakt.

Als bij het plaatsen van de ballonkatheter de vliezen breken, verwijdert de arts de ballonkatheter in afwachting van het ontstaan van spontane weeën. Het is ook mogelijk dat de weeën die ontstaan na het inbrengen van de ballonkatheter, weer afzakken.

Afhankelijk van de indicatie voor het inleiden van de bevalling, mag u mogelijk met de ballonkatheter naar huis. De arts of klinisch verloskundige bespreekt dit met u. Wij verwachten u dan de volgende ochtend om 6.30 uur op de consultenkamer van de verloskamers voor een controle. Voor meer informatie over een ballonkatheter in de thuissituatie, zie de folder ‘Ballonkatheter; adviezen bij gebruik in de thuissituatie’: <http://folders.hagaziekenhuis.nl/2223>

Andere mogelijkheden zijn het toedienen van Prostaglandinen. Dit zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen. Ze spelen ook een rol bij het op gang komen van de bevalling. Ze zijn er in tabletvorm (Misoprostol) en in geleivorm (Prostin gel). De gel kan met een spuitje in de vagina ingebracht worden. U voelt daar over het algemeen weinig van.

Na het verwijderen van de ballonkatheter wordt u geadviseerd om tabletten te gebruiken. Een alternatief kan zijn om (een) rustdag(-en) in te bouwen. Dit is afhankelijk van uw situatie en de reden van het primen. Deze tabletten rijpen de baarmoedermond verder. Er zijn 2 soorten tabletten:

1.Misoprostol oraal

U krijgt 2 tabletten Misoprostol die u met een beetje water kunt innemen. Na het innemen van de tablet wordt er een CTG gemaakt. Als het CTG gemaakt is mag u uit bed en rondlopen, tenzij anders met u wordt afgesproken. Het CTG wordt bij weeënactiviteit herhaald.

2.Misoprostol vaginaal

Als u de tablet vaginaal toegediend krijgt, doet de arts dit tijdens een inwendig onderzoek. Dit onderzoek is vergelijkbaar met een normaal inwendig onderzoek. Na het inbrengen van de tablet mag u niet rechtop zitten, staan of lopen. Op de zij liggen mag wel. Dit is zelfs wenselijk. Na het inbrengen

wordt er een CTG gemaakt. De weeënactiviteit die ontstaat na het inbrengen van de tablet kan weer afzakken.

Verder verloop van de behandeling

De dag na het plaatsen van de ballonkatheter wordt er weer een CTG gemaakt. De verpleegkundige controleert ook uw temperatuur, polsslag en bloeddruk. Inwendig onderzoek doet de arts alleen als dat nodig is. Een ballonkatheter kan maximaal 48 uur blijven zitten. De katheter valt er vanzelf uit als de baarmoedermond ongeveer 2 cm ontsloten is.

Geen ontsluiting of geen weeën

Als er na 36 uur geen ontsluiting is of de weeën niet doorzetten, overlegt de arts samen met u hoe verder te gaan.

Het inleiden van de bevalling

Bij een inleiding worden de weeën op gang gebracht en de conditie van het kind gecontroleerd.

Het opwekken van de weeën

Het op gang brengen van de weeën gebeurt vaak door middel van een infuus. Dit is een dun slangetje dat in een bloedvat van uw hand of onderarm ingebracht wordt. Een pomp dient medicijnen (oxytocine) toe om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk beginnen dan de weeën.

Controle van het kind en de weeën

De arts of verpleegkundige controleert de conditie van uw kind en de frequentie van de weeën met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Een andere optie om de harttonen van de baby te controleren, is inwendig. Hierbij wordt een draadje (schedelelektrode) op het hoofd van het kind vastgemaakt om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. Daarbij breekt de arts of klinisch verloskundige ook de vliezen. 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.

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 hebt 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 niet anders dan bij een 'normale' bevalling. De geboorte van het kind vindt meestal binnen 24 uur plaats. Naarmate de baarmoedermond rijper is, gaat de ontsluiting vaak sneller. Ook gaat de bevalling van een tweede of volgend kind meestal spoediger dan die van een eerste. Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstillers vragen. Zie hiervoor de folder '[pijnbestrijding bij de bevalling](#)'.

Na de bevalling

Na de geboorte kijkt de arts of verloskundige uw kind na. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. Het infuus wordt verwijderd als u zich goed voelt, heeft gedoucht en spontaan heeft geplast. Ongeveer een uur na de geboorte van de moederkoek verwijdert de verpleegkundige het

inфуus. Meestal kunt u binnen 24 uur weer naar huis. Vaak is dit de volgende ochtend.

Soms adviseert uw gynaecoloog, arts-assistent of klinisch verloskundige om langer te blijven, zoals bij langdurig gebroken vliezen of bij suikerziekte. Uw kind wordt dan nog een of enkele dagen in het ziekenhuis geobserveerd. Bij een kind met een laag geboortegewicht of bij een te vroeg geboren baby duurt de opname op de kinderafdeling soms langer. Meestal mag u in een dergelijke situatie zelf 7-10 dagen in het ziekenhuis blijven. Vraag van te voren aan uw ziektekostenverzekering of deze kosten vergoed worden, of dat u (deels) zelf moet betalen. 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?

Omdat er een medische reden bestaat om de bevalling in te leiden, krijgt u een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen. Meestal begeleidt de arts-assistent of klinisch verloskundige de bevalling. Soms doet de gynaecoloog dit. In ons ziekenhuis kunnen er naast verpleegkundigen ook leerling-verpleegkundigen of coassistenten (medische studenten) aanwezig. U kunt van tevoren navragen wie er bij uw bevalling aanwezig zijn.

Risico's en complicaties

De meeste inleidingen verlopen zonder complicaties. 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. Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden, of de bevalling nu wordt ingeleid of niet. Hieronder staan een aantal complicaties, die met een inleiding kunnen samenhangen.

Langdurige bevalling

Als 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

Als het hoofdje van de baby niet goed is ingedaald, kan bij het breken van de vliezen de navelstreng uitzakken langs het hoofd van het kind, 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 nogal eens bij een inleiding in de baarmoeder wordt gebracht 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. Als dit lang duurt, kan zuurstofgebrek bij de baby optreden. Meestal is het mogelijk hyperstimulatie te verhelpen door de stand van de infuuspomp te verlagen of het infuus te stoppen. Soms is een weeënremmend medicijn noodzakelijk. Daardoor keren de weeën weer met normale pauzes terug.

Sneuelen van het infuus

Dit is eigenlijk geen echte complicatie. Wel vinden vrouwen het vaak vervelend als er opnieuw een naaldje in de hand of in de arm ingebracht moet worden.

Tot slot een opmerking over de veelgehoorde opvatting dat een ingeleide bevalling pijnlijker zou zijn dan een normale bevalling. Dit is moeilijk te bewijzen, omdat geen 2 bevallingen hetzelfde zijn.

Kunt u zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen? Zijn er alternatieven?

Een veelgestelde vraag is of u zelf wat kunt doen om de bevalling op gang te brengen. Helaas valt dit vaak tegen. Hoewel sommigen wonderolie aanbevelen, is het nut nooit bewezen. Wel kan dit middel vervelende darmkrampen geven.

Een andere 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. Erna treedt nogal eens bloedverlies op, wat geen kwaad kan. 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 en/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.

Melden

Als u nog niet bent opgenomen, meldt u zich op het tijdstip dat met u is afgesproken bij de Verloskunde Verpleegafdeling.

Uw opname

Informatie over uw opname vindt u in folder '[Veilig bevallen in het HJGC](#)'. Deze ontvangt u op de polikliniek. Tijdens uw opname verblijft u op een eenpersoonskamer.

Bezoek

Wij verzoeken uw bezoek om zich aan de bezoektijden te houden. Met eventuele wensen van u en uw partner wordt uiteraard rekening gehouden.

Tot slot

Hebt u na het lezen van deze folder nog vragen, aarzel dan niet die met uw gynaecoloog te bespreken.

Woordenlijst

Ballonkatheter dun slangetje dat de arts soms gebruikt bij het rijp maken van de baarmoedermond. Via dit slangetje kan de gynaecoloog prostaglandinen inbrengen aan de binnenkant van de baarmoedermond.

CardioTocoGram (CTG) registratie van de hartslag van het kind om de conditie van de baby in de gaten te houden.

Drukkatheter dun slangetje dat in de baarmoeder wordt gebracht om de kracht van de weeën te

beoordelen en om na te gaan hoe vaak zij komen.

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

Gelei of gel (hier) prostaglandinen die in geleivorm in de schede worden ingebracht om de baarmoedermond rijper te maken of de bevalling op gang te brengen

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 of de bevalling op gang brengt.

Ruggenprik een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen 2 ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (epidurale anesthesie).

Schedelelektrode dun draadje dat op het hoofd van de baby geplaatst wordt om de harttonen te registreren.

Serotiniteit een zwangerschap die langer dan 2 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.

Uw afspraak

Mw.

U wordt verwacht opdag

Datum20...

Tijduur

Neem voordat u van huis gaat telefonisch contact op met de Verloskamers. U hoort dan of er plaats en gelegenheid is om u op de afgesproken tijd te kunnen ontvangen.

Telefoonnummer Verloskamers: (070) 210 7560.

U meldt zich aan de balie van de Verloskunde Verpleegafdeling.

Met dank aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Meer algemene informatie is te vinden bij de NVOG: www.nvog.nl

Wat vindt u van deze patiënteninformatie?

Wij horen graag uw mening over deze folder. Wilt u na het lezen van de folder enkele vragen beantwoorden? De vragen vindt u via deze link: <https://folders.hagaziekenhuis.nl/2228>. Hartelijk bedankt alvast.

Spreekt u geen of slecht Nederlands?

De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

Do you speak Dutch poorly or not at all?

This brochure contains information that is important for you. If you have difficulty understanding Dutch, please read this brochure with someone who can translate or explain the information to you.

Czy Państwa znajomość języka niderlandzkiego jest żadna lub słaba?

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

Hollandaca dilini hiç konuşamıyor musunuz veya kötü mü konuşuyorsunuz?

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilinde zorlanıyorsanız, bu broşürü, size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

إذا كنتم لا تتحدثون اللغة الهولندية أو تتحدثونها بشكل سيء إن المعلومات الموجودة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كانت لديكم صعوبة في اللغة الهولندية، فاحرصوا عندئذ على قراءة هذا المنشور مع شخص يترجم المعلومات أو يشرحها لكم.

145921052023