



## Het inleiden van de bevalling

U krijgt deze brochure als aanvulling op de mondelinge informatie die de arts of verloskundige u heeft gegeven. De informatie uit deze brochure is voor een deel gebaseerd op de patiënteninformatie van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Daarnaast beschrijft deze brochure wat u kunt verwachten wanneer u in het UMCG wordt opgenomen voor het inleiden van de bevalling.

Soms geeft uw arts of verloskundige andere informatie en/of adviezen dan hierin staat beschreven. Bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of dat er recent nieuwe inzichten zijn op dit gebied.

Als u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, dan kunt u hiermee altijd terecht bij uw arts of verloskundige.

### Waarom wordt een bevalling ingeleid?

Tijdens de zwangerschap kan om verschillende redenen worden besloten om een natuurlijk / spontaan begin van de bevalling niet af te wachten en de bevalling in te leiden.

Veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn:

- over tijd zijn (serotiniteit).
- langdurig gebroken vliezen
- groeivertraging van de baby
- een verslechtering van het functioneren van de placenta.
- zwangerschapvergiftiging / hoge bloeddruk
- tweeling zwangerschap.

#### Over tijd zijn/serotiniteit

Als u 2 weken na de uitgerekende datum niet bevallen bent, spreekt men van 'over tijd' zijn. U bent dan 42 weken zwanger. De arts of verloskundige beoordeelt rond deze termijn (tussen 41 weken + 3 dagen en 42 weken) de hoeveelheid vruchtwater door echoscopisch onderzoek. Ook wordt een CTG (cardiotocogram) gemaakt, dit is een registratie van de harttonen van de baby. Als uit deze onderzoeken blijkt dat de conditie van uw kind achteruitgaat, kan de gynaecoloog of verloskundige adviseren de bevalling in te leiden. Meer informatie vindt u in de brochure 'Overdragenheid'.

#### 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 en de bevalling nog niet spontaan begonnen is, spreekt men van langdurig gebroken vliezen. De bevalling kan dan alsnog uit zichzelf op gang komen, maar de kans op een infectie wordt groter. De verloskundige adviseert dan meestal een bevalling in het ziekenhuis, omdat er iets meer infectiegevaar bestaat. Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen. Bij koorts (meer dan 38 graden), neemt u contact op met de verloskundige of gynaecoloog. De gynaecoloog adviseert meestal een inleiding 24 uur na het breken van de vliezen. Als de vliezen vóór de 37 weken breken, wordt vaak wat langer gewacht met inleiden zolang er geen tekenen van een infectie zijn. Meestal tot de zwangerschapsduur van 37 weken.

### **Groeivertraging van de baby**

Als de verloskundige of arts vindt dat uw baby aan de kleine kant is of niet goed groeit, onderzoekt de arts/verloskundige met een echo of dit inderdaad zo is. Ook weinig vruchtwater kan een teken zijn van een kleine of te kleine baby. Regelmatige echo's kunnen informatie geven over de verdere groei van uw baby. Als het nodig is controleert de arts de conditie van uw baby met een CTG. Bij onvoldoende groei of aanwijzingen voor de achteruitgang van de conditie van uw baby, kan de gynaecoloog adviseren om de bevalling in te leiden.

### **Achteruitgaan van de functie van de placenta**

Een baby in de buik krijgt voeding en zuurstof via de placenta, dit wordt ook wel de moederkoek genoemd. Als de moeder tijdens de zwangerschap bijvoorbeeld een te hoge bloeddruk of suikerziekte heeft, kan de placenta minder goed gaan functioneren. Als het dan voor het kind beter lijkt om geboren te worden of voor de moeder om complicaties te vermijden, bespreekt de gynaecoloog een inleiding met u.

### **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 enkele bijzondere gevallen, wordt op verzoek van de zwangere een inleiding afgesproken zonder dat hiervoor een medische reden bestaat.

## **Vorbereiding**

Tijdens de zwangerschap kunt u op de polikliniek uw eigen wensen over de bevalling met de verloskundige of arts bespreken. Dit legt u vast in een geboorteplan. U bent (met uw partner of naaste) welkom op de voorlichtingsavond voor zwangeren. Aansluitend kunt u een kijkje nemen op één van onze verloskamers.

Als het nodig is om de bevalling op gang te brengen (bevalling in te leiden), zal de arts of verloskundige allereerst een inwendig onderzoek doen om te beoordelen of een inleiding mogelijk is. Vaak gebeurt dit op de polikliniek. De arts of verloskundige bespreekt ook wat er gaat gebeuren bij een inleiding. Een inleiding is pas mogelijk als de baarmoedermond al een beetje open en verweekt is. Wanneer op de polikliniek is vastgesteld dat de baarmoedermond eerst nog rijp gemaakt moet worden, krijgt u een afspraak mee voor een opname. Wanneer uw baarmoedermond voldoende rijp is, kan uw bevalling worden ingeleid. U krijgt dan een afspraak mee voor het inleiden van de bevalling.

## **Praktische informatie**

Als u een afspraak (datum) meekrijgt voor een ingeleide bevalling, belt u op de dag van de afspraak 's ochtends al rond 6.00 uur naar de afdeling Verloskunde, telefoonnummer (050) 361 30 82. Vanwege de onvoorspelbaarheid van dit specialisme, is niet van te voren te zeggen of er op de dag van de afgesproken inleiding een verloskamer vrij is. Als er plaats is, moet u uiterlijk 6.30 uur op de afdeling L3 zijn. Wij kunnen dan met de inleiding starten vóór dat de overdracht van de verpleegkundigen plaatsvindt. Dit is belangrijk omdat de bevalling dan kan plaatsvinden bij een zo volledig mogelijke bezetting. Wanneer er geen plaats is, wordt de inleiding naar een later tijdstip verschoven. Soms kan dit meteen afgesproken worden, een andere keer wordt u hierover teruggebeld.

De verloskamers vindt u op afdeling L3. Hiervoor gaat u in het UMCG bij Poortweg 12 naar de 3e etage. U volgt het bordje 'Verloskamers'.

Meestal neemt u bij een ingeleide bevalling dezelfde spullen mee als bij een 'gewone' bevalling: kleding voor uzelf voor tijdens en na de bevalling, toiletartikelen, babykleertjes en een fototoestel/telefoon. Ook is het verstandig wat voor ontspanning en tijdverdrijf mee te nemen. De eerste uren zijn er soms nog niet zoveel weeën. Afleiding kan dan plezierig zijn. Vanzelfsprekend kan uw partner of naaste bij u 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. Dit noemt men een staande baarmoedermond. Meestal is er nog geen ontsluiting. Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Men spreekt dan over een verstreken baarmoedermond. Deze voelt ook weker aan, en vaak is er enige ontsluiting. In dat geval is het mogelijk een inleiding af te spreken.

#### **Als de baarmoeder onrijp is**

Wanneer de baarmoedermond onrijp is en er toch een dwingende reden is om de bevalling op gang te brengen, kan de gynaecoloog adviseren de baarmoedermond 'rijp' te maken. In medische termen spreekt men dan van 'primen' (Engels voor voorbereiden). Het uiteindelijke doel van primen is de baarmoedermond te rijpen en een ontsluiting te bereiken van 2 á 3 cm, waardoor de bevalling kan worden ingeleid.

#### **Methoden om de baarmoedermond rijp te maken**

Het rijpen van de baarmoedermond gebeurt altijd in het ziekenhuis, tijdens een opname. Een methode om de baarmoedermond rijp te maken is het inbrengen van een katheter (een dun slangetje) in de baarmoedermond. Na het inbrengen van de katheter wordt aan de top een klein ballonnetje met water gevuld. Hierdoor komen vanuit de baarmoeder en de baarmoedermond natuurlijke hormonen vrij (prostaglandines) die de rijping van de baarmoedermond versnellen. Een ballonkatheter kan ingebracht worden met een spreider (speculum). Het inbrengen van de spreider of de katheter geeft soms een onaangenaam gevoel. Een ballonkatheter blijft 24 uur en zo nodig langer, zitten. In deze periode kunt u gewoon rondlopen en douchen, meestal ondervindt u weinig hinder.

Een andere methode om de baarmoedermond rijp te maken is het inbrengen van een medicijn (prostaglandinen) hoog in de vagina bij de baarmoedermond. Prostaglandinen zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen; ze spelen ook een rol bij het op gang komen van de bevalling. Prostaglandinen bestaan in tabletvorm en in de vorm van een kleine tampon/veter. De arts brengt dit met de vingers diep in de vagina in, in de buurt van de baarmoedermond. Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn. De arts of verloskundige bespreekt met u welke methode wordt toegepast.

#### *Na afloop*

Na het rijp maken van de baarmoedermond is er vaak iets bloedverlies. U hoeft daar niet van te schrikken. Na het inbrengen controleert men de conditie van de baby met behulp van een CTG. Zeker bij een erg onrijpe baarmoedermond is het nogal eens nodig de behandeling te herhalen, soms gedurende een paar dagen achtereen. U blijft deze periode opgenomen in het ziekenhuis. Vaak ontstaan er na het inbrengen van beide methodes harde buiken. Dit zijn meestal nog geen weeën. Men spreekt pas van weeën als er ontsluiting ontstaat. Soms gaan de harde buiken wel over in weeën en komt de bevalling spontaan op gang.

## Het inleiden van de bevalling

Wanneer uw baarmoedermond voldoende rijp is, kan uw bevalling worden ingeleid.

### Inwendig onderzoek

Een inleiding begint meestal met een inwendig onderzoek (toucher). U ligt hierbij op een verlosbed, soms worden de beensteunen gebruikt. Tijdens dit inwendig onderzoek breekt uw arts of verloskundige de vliezen. Dit gebeurt door een krasje te maken op de vliezen. U voelt dan warm vruchtwater via de vagina naar buiten stromen. Het breken van de vliezen is nodig voor het opwekken van de weeën.

### Het opwekken van de weeën

De meest gebruikte methode voor het opwekken van de weeën is door middel van een infuus. Men brengt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm en sluit daarop een dun slangetje aan. De naald gaat er dan uit en het slangetje blijft achter. Een infuuspomp dient medicijnen (oxytocine) toe om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk aan beginnen dan de weeën. De medicatie wordt net zo lang opgehoogd tot er voldoende goede weeën zijn, zowel in aantallen als in sterkte.

Ontsluitingsweeën komen regelmatig, zijn pijnlijk en zorgen voor het vorderen van de ontsluiting.

### Controle van de baby en de weeën

De arts of verloskundige controleert de conditie van uw baby met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Ook inwendig, via een draadje (schedelelektrode) vastgemaakt op het hoofd van de baby, kunnen de harttonen geregistreerd worden. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. 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 en registreert men de weeën met een klein metertje geplaatst op de buik.

### Hoe gaat de bevalling verder?

Na het starten van de inleiding is het verloop in principe hetzelfde als bij een spontane bevalling. De weeën worden langzaam 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. Ook is het soms mogelijk om de weeën in bad op te vangen of in in bad te bevallen. Vraag de mogelijkheden aan uw verloskundige. In veel gevallen kan de hartslag van de baby worden bewaakt met een draadloos CTG-apparaat. U heeft dan meer bewegingsvrijheid, u kunt dan ook douchen of in het bad zitten. De geboorte van de baby vindt over het algemeen 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.

De arts of verloskundige die uw bevalling begeleidt, zal u regelmatig inwendig onderzoeken om de vordering van de bevalling te beoordelen. Mede aan de hand van de bevindingen van het inwendig onderzoek, wordt beoordeeld of u meer of minder weeënopwekkend middel (oxytocine) nodig heeft.

Wanneer u volledige ontsluiting heeft en drukgevoel, start u met persen. Het persen en de geboorte van de baby en de moederkoek gaan niet anders dan bij een spontane bevalling. Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstilling vragen. Meer informatie hierover kunt u lezen in de folder 'Pijnbestrijding tijdens de bevalling'.

### **Wie zijn er bij de bevalling?**

Een bevalling na een inleiding vindt plaats in het ziekenhuis. Vanzelfsprekend is uw partner of iemand anders die u graag bij de bevalling wilt hebben welkom. De bevalling wordt ingeleid onder leiding van een verloskundige of een arts in opleiding tot gynaecoloog. Beide overleggen nauw met de dienstdoende gynaecoloog. Daarnaast is er altijd een verpleegkundige aanwezig bij uw bevalling. De verpleegkundige loopt regelmatig binnen op de verloskamer en is uw aanspreekpunt bij vragen en/of problemen. Zij overlegt vervolgens met de arts of verloskundige.

In het ziekenhuis zijn er naast verpleegkundigen ook leerling verpleegkundigen, verloskundigen in opleiding en co-assistenten (medische studenten) aanwezig. U kunt van tevoren navragen wie er bij uw bevalling zullen zijn. Uiteraard heeft u zelf inspraak op de aanwezigheid van studenten bij uw bevalling, bespreekt u dit gerust met ons.

### **Na de bevalling**

Na de geboorte onderzoekt de arts of verloskundige uw baby. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. Ongeveer een uur na de geboorte van de moederkoek verwijdt de verpleegkundige het infuus.

Uw arts of verloskundige bespreekt met u wanneer u naar huis mag. Als er geen medische reden is om in het ziekenhuis te blijven, is dit meestal een aantal uren na de bevalling. Soms adviseert men om langer te blijven, zoals bij langdurig gebroken vliezen of bij suikerziekte. Uw baby wordt dan nog één of enkele dagen bij u op de kraamafdeling geobserveerd.

Als het nodig is dat uw baby naar de kinderafdeling gaat, overlegt de verloskundige of arts met u de mogelijkheden waar u kunt verblijven. In een aantal gevallen kan uw kind ook verzorgd worden op de kraamafdeling. U hoeft dan niet gescheiden te worden van uw kind. De kinderarts beslist of dit in uw situatie ook mogelijk is.

### **Risico's en complicaties**

De meeste bevallingen die worden ingeleid, verlopen zonder complicaties. Wel is het noodzakelijk dat een inleiding onder goede controle en begeleiding plaatsvindt. Tijdens de inleiding worden met een CTG de hartslag van uw baby en uw weeën continu geregistreerd. Ook buiten de verloskamers is de CTG-registratie zichtbaar voor de artsen/verloskundigen en verpleegkundigen.

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

#### **Ruptuur van de baarmoeder**

Tijdens een inleiding bestaat een kans op een ruptuur van de baarmoeder oftewel het scheuren van de baarmoeder. Het komt zelden voor en wordt veelal gezien als tijdens een eerdere bevalling een keizersnede heeft plaatsgevonden. Tijdens een inleiding vindt mede hierom continue registratie plaats van de conditie van de baby en de weeënactiviteit.

#### **Keizersnede of kunstverlossing**

Tijdens een inleiding wordt vaker een keizersnede of een kunstverlossing gedaan in vergelijking met een spontane bevalling. Bij een kunstverlossing helpt de arts met een vacuümpomp de baby geboren worden. Voorbeelden waarom een keizersnede of kunstverlossing kan plaatsvinden zijn bijvoorbeeld het niet vorderen van de bevalling of het verslechteren van de conditie van de baby.

#### **Bloedverlies na de bevalling**

Na een inleiding ziet men vaker ruim bloedverlies na de bevalling. Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals het vast blijven zitten van de moederkoek of het niet goed samentrekken van de baarmoeder nadat de moederkoek geboren is. In dit laatste geval kunt u medicijnen krijgen om uw baarmoeder te laten samentrekken en het bloedverlies te beperken.

### **Hyperstimulatie**

Bij hyperstimulatie komen er te veel weeën te snel achter elkaar. Als dit lang duurt, kan de baby zuurstofgebrek krijgen. Meestal is het mogelijk hyperstimulatie te verhelpen door de stand van de infuus pomp te verlagen. Soms wordt een weeënremmend medicijn gegeven.

### **Zijn er alternatieven, mogelijkheden om zelf de bevalling op gang te brengen?**

Een veel gestelde vraag is of u zelf wat kunt doen om de bevalling op gang te brengen. Helaas is dat niet zo. 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 toucher de baarmoedermond los van de vliezen. Dit kan onaangenaam voelen en gepaard gaan met bloederig slijmverlies. Bij een onrijpe baarmoedermond heeft het strippen weinig zin. De kans dat een bevalling daarna spontaan begint, is klein.

### **Vragen**

Heeft u na het lezen van deze informatie nog vragen dan kunt u deze bespreken tijdens uw afspraak op de polikliniek. Het kan handig zijn om vragen van te voren op papier te zetten.

U kunt met uw vragen ook contact opnemen met een medewerker van de polikliniek Verloskunde, telefoon (050) 361 30 80 of tijdens het verloskundig spreekuur op werkdagen tussen 15.00 – 16.00 uur, telefoon (050) 361 26 76.

[verloskunde.umcg.nl](http://verloskunde.umcg.nl)

Voor informatie over zwangerschap en bevallen in het UMCG.

Patiënteninformatie VLC 292 / maart 2020