

# Het inleiden van de bevalling

## Inhoud

Inleiding	3
Waarom wordt een bevalling ingeleid?	3
Over tijd zijn	3
Langdurig gebroken vliezen	3
Groeivertraging van de baby	4
Achteruitgaan van de functie van de placenta	4
Andere redenen	4
Vorbereiding	4
Wanneer is een inleiding mogelijk?	5
Als de baarmoedermond onrijp is	5
Methoden om de baarmoedermond rijp te maken	5
Na afloop	6
Het inleiden van de bevalling	7
Het opwekken van de weeën	7
Controle van het kind en de weeën	7
Hoe gaat de bevalling verder?	7
Na de bevalling	7
Rooming-in	8
Wie zijn er bij de bevalling?	9
Risico's en complicaties	9
Zijn er alternatieven?	10
Verklarende woordenlijst	11
Vragen	12

**Bij een inleiding brengt men de bevalling kunstmatig op gang. Dit gebeurt met medicijnen die de weeën opwekken. Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. Deze folder geeft algemene informatie. Aan het einde vindt u een verklarende woordenlijst. Als u na het lezen van de folder nog vragen heeft kunt u die altijd stellen.**

Het kan voorkomen dat, ondanks de zorgvuldige planning van de inleidingen, alle verloskamers 's morgens in gebruik blijken te zijn door patiënten die tijdens de nacht zijn opgenomen. Daarom vragen we u om zeven uur 's ochtends te bellen om te kijken of er daadwerkelijk plaats is. In principe wordt u om acht uur op de verloskamer verwacht.

### **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 men 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, langdurig gebroken vliezen, groeivertraging van het kind en een verslechtering van het functioneren van de placenta.

#### *Over tijd zijn*

Als u een tot twee weken na de uitgerekende datum niet bevallen bent, spreekt men van 'over tijd' zijn. U bent dan 42 weken zwanger. De medische term hiervoor is serotiniteit. De gynaecoloog beoordeelt dan de hoeveelheid vruchtwater door middel van echoscopisch onderzoek. Ook wordt een CTG (cardiotocogram) gemaakt, een registratie van de harttonen van de baby. Als uit deze onderzoeken blijkt dat de conditie van het kind achter-uitgaat, kan de gynaecoloog adviseren de bevalling in te leiden.

#### *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 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) moet u contact opnemen met de verloskundige of gynaecoloog. Als na 24 uur de bevalling nog niet opgang gekomen is, adviseren wij een inleiding. Als de vliezen vóór de 37 weken breken, wacht men vaak langer met een inleiding zolang er geen tekenen van infectie zijn.

### *Groeivertraging van de baby*

Als de verloskundige of gynaecoloog vindt dat uw baby aan de kleine kant is, krijgt u een echo om dit te onderzoeken 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). 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, bespreekt de gynaecoloog een inleiding.

### *Andere redenen*

Er zijn nog vele 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.

## **Vorbereiding**

Om te beoordelen of het mogelijk is de bevalling op gang te brengen, doet de gynaecoloog een inwendig onderzoek. Dit gebeurt al op de polikliniek. Neem dezelfde spullen mee 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. Aflleiding kan dan plezierig zijn.

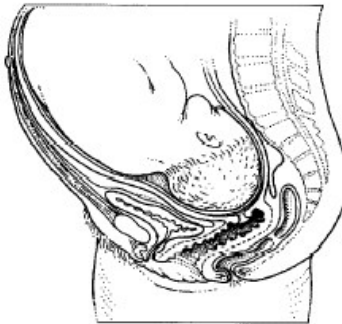
## Wanneer is een inleiding mogelijk?

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 tekeningen ziet u voorbeelden van een rijpe en een onrijpe baarmoedermond. Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Meestal is er nog geen ontsluiting. Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Deze voelt ook weker aan, en vaak is er al wat ontsluiting. In dat geval is het mogelijk een inleiding af te spreken.

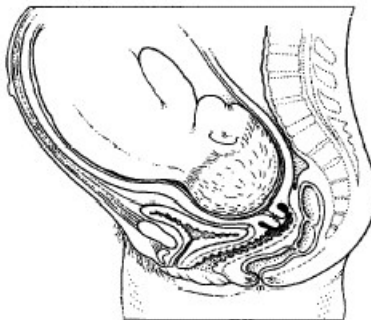
### *Als de baarmoedermond onrijp is*

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).

Rijpe  
baarmoedermond



Onrijpe  
baarmoedermond



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

De meest toegepaste methode is het toedienen van misoprostol-tabletten (ook wel cytotec genoemd). De eerste dag mag u de dosering innemen met

wat water. Rondom de inname van de tablet ligt u aan het CTG. Afhankelijk van de hoeveelheid contracties van de baarmoeder en de ontsluiting krijgt u 3 x een dosering op 1 dag, om de 4 uur. Als het CTG goed is en u voelt zich goed, kunt u tussendoor rond lopen. Aan het begin van de tweede dag wordt opnieuw een inwendig onderzoek verricht om te beoordelen of u inleidbaar bent. Als blijkt dat de baarmoedermond nog niet rijp genoeg is, krijgt u nogmaals een dag misoprostol-tabletten. Ze worden nu echter vaginaal ingebracht. Nu moet u een uurtje blijven liggen. De verdere gang van zaken blijft hetzelfde. U blijft tijdens de priming opgenomen. We hopen dat u op dag 3 wel inleidbaar bent. Mocht dit niet zo zijn, krijgt u waarschijnlijk een rustdag. Verder beleid wordt met u en uw partner besproken.

Soms wordt er gekozen voor het inbrengen van een foleycatheter. Dit is een slangetje met aan het uiteinde een ballonnetje. Die wordt met behulp van een eendenbek (speculum) in de baarmoedermond ingebracht. Daar wordt het ballonnetje met water opgeblazen om zo tot ontsluiting te komen. De foleycatheter blijft 24-48 uur zitten. Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn. De gynaecoloog bespreekt met u welke methode wordt toegepast.

#### *Na afloop*

Na afloop van een inwendig onderzoek is er vaak wat bloedverlies. U hoeft daar niet van te schrikken. Na het geven van hormonen controleert men de conditie van het kind 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. Prostaglandinen maken niet alleen de baarmoedermond rijp, maar ze kunnen ook weeën veroorzaken. Vaak ontstaan er na het inbrengen 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**

Bij een inleiding brengt men de weeën op gang en controleert men de conditie van het kind.

### *Het opwekken van de weeën*

Het op gang brengen van de weeën gebeurt door middel van het breken van de vliezen waarna u weeënopwekkers (oxytocine) in het infuus krijgt. Er wordt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm ingebracht en daarop sluit een dun slangetje aan. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk beginnen dan de weeën.

### *Controle van het kind en de weeën*

De conditie van uw kind wordt gecontroleerd met een CTG. Zowel de hartslag van het kind als de weeën kunnen via een band om de buik gemeten worden. Voor de hartslag wordt meestal een draadje (schedelelektrode) op het hoofd van het kind vastgemaakt om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek, dit kan alleen nadat de vliezen gebroken zijn. 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 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. Bij een inleiding met tabletten zijn er vaak eerst veel harde pijnlijke buiken zonder dat dit nog echte ontsluitingsweeën zijn. Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstillers vragen. Wanneer u pijnstilling of pijnbestrijding nodig heeft dan beschikt Ziekenhuis Gelderse Vallei over verschillende vormen van pijnmedicatie. Een daarvan is een infuus met de pijnstiller Remifentanyl. Via een pompje kunt u zichzelf een dosis geven. Hier zit een begrenzing op ter voorkoming van overdosering. Ook is het mogelijk om een ruggenprik te krijgen.

### *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 verwijderd de verpleegkundige het infuus. Meestal kunt u binnen 24 uur weer naar huis.

Soms is het beter als u langer in het ziekenhuis verblijft, bijvoorbeeld bij langdurig gebroken vliezen, bij suikerziekte of een hoge bloeddruk. Een kind met een laag geboortegewicht of een te vroeg geboren baby wordt soms opgenomen op de kinderafdeling. Meestal mag u zelf in zo'n situatie 7 - 10 dagen in het ziekenhuis blijven. Het is verstandig om bij uw zorgverzekeraar te informeren welke periode vergoed wordt, om te voorkomen dat u een rekening krijgt die u gedeeltelijk zelf moet betalen.

### *Rooming-in*

De moeder, haar baby en het gezin zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Daarom verblijven de moeder en haar baby, zoveel mogelijk, in dezelfde ruimte (rooming-in). Dit is goed voor de binding tussen de moeder, haar baby en het gezin. Rooming-in is er ook voor partners. Alle partners waarvan de (kraam)vrouw op een 1-persoonskamer ligt kunnen blijven overnachten.

Verblijft u op een 2- persoonskamer en wilt u dat uw partner blijft overnachten? Dan kijken we in overleg met u en uw kamergenoot wat hiervoor de mogelijkheden zijn. Op een 4- persoonskamer is het helaas, door de vele wisselingen van patiënten, niet mogelijk om uw partner te laten overnachten.

De moeder (en/of haar partner) zorgt zoveel mogelijk zelf voor haar baby en krijgt daarbij begeleiding van een verpleegkundige of kraamverzorgende. Zodra de moeder/partner de verzorging voor de baby onder de knie heeft, neemt de verpleegkundige de rol van coach op zich, de ouders zelf zijn immers de beste verzorgers! Zo wordt er in het ziekenhuis al een belangrijke basis gelegd voor een goede babyverzorging thuis.



## 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. De bevalling wordt dan begeleid door een arts of een klinisch verloskundige. Zij werken onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Ook kunnen er leerling-verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig zijn. U kunt van tevoren navragen wie er bij uw bevalling aanwezig zijn.

## Risico's en complicaties

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden, of de bevalling nu wordt ingeleid of niet. We bespreken hier 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 zeer langdurige bevalling.
- *Uitgezakte navelstreng.*  
Bij het breken van de vliezen kan de navelstreng uitzakken langs het hoofd van het kind als dit 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 bij een bevalling 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. Als dit lang duurt kan zuurstofgebrek bij de baby optreden. Meestal is het mogelijk hyperstimulatie te verhelpen door de stand van de infuus pomp te verlagen. Soms is een weeënremmend medicijn noodzakelijk. Daardoor keren de weeën 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.

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 twee bevallingen hetzelfde zijn.

## **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 toucher 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.

## Verklarende woordenlijst

- *Ballonkatheter*: dun slangetje dat men soms gebruikt bij het rijp maken van de baarmoedermond; het slangetje wordt in de baarmoedermond ingebracht, aan de binnenkant wordt een ballonnetje opgeblazen.
- *CTG* cardiocogram: 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 kracht van de weeën te beoordelen en om na te gaan hoe vaak zij komen.
- *Ruggenprik*: een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend.
- *Inleiden*: het op gang brengen van de bevalling.
- *Oxytocine*: medicijn dat de weeën op gang brengt; andere naam is Syntocinon.
- *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.
- Remifentanyl: Remifentanyl lijkt een beetje op de pijnstiller morfine. Het wordt gebruikt tijdens de bevalling.
- *Schedelektrode*: dun draadje dat op het hoofd van de baby geplaatst wordt om de harttonen te registreren.
- *Serotiniteit*: een zwangerschap die langer dan twee weken na de uiterekende 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.

## Vragen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, aarzel dan niet en bel gerust. De polikliniek gynaecologie is maandag tot en met vrijdag van 09.00 - 12.00 en 14.00 -17.00 uur bereikbaar op (0318) 43 51 50.

Om 07.00 uur bellen naar de afdeling (0318) 43 47 70.  
U wordt om 08.00 uur verwacht op de afdeling Verloskunde,  
vleugel C, 3de etage, bestemming 185.