

**Extra bevallingsinformatie**

Tijdens je bevalling kunnen er zich gebeurtenissen voor doen die extra aandacht nodig hebben. Vaak zijn dit symptomen dat de bevalling anders verloopt dan we idealiter graag zouden willen. De bevalling verloopt bijvoorbeeld traag, het vruchtwater blijkt niet helder of er doet zich een combinatie van factoren voor die maken dat we moeten besluiten hoe we samen verder gaan. In dit informatieblad vind je extra achtergrond informatie die je dan kunt gebruiken om je te helpen beslissen wat je wilt dat er gaat gebeuren.

Dit blad is niet bedoeld om je angstig te maken voor de complicaties die kunnen optreden tijdens je bevalling. De meeste vrouwen kunnen met goede hulp en ondersteuning prima zelf bevallen. Het kan juist ook rust geven als je al weet wat een complicatie in houdt en je al weet wat we er aan kunnen doen. Ook kun je meestal niet zo goed meer helder nadenken als je aan het bevallen bent: je hoofd zit dan door de hormonen veel meer in een instinctieve modus dan in de denkstand. Als ik dan een uitgebreid verhaal ga vertellen krijg je maar de helft mee en verstoort dit je bevalling onnodig doordat je uit je bevalroes wordt gehaald. Als laatste scheelt het tijd en kunnen we sneller bijsturen als ik je alleen hoef te herinneren aan wat je al weet. Lees deze info daarom goed door en denk alvast samen na over wat je in een dergelijke situatie zou willen. Je mag natuurlijk te allen tijde weer van gedachten veranderen en iets anders beslissen.

**Keuzes maken**

Ik leg bij elke stap tijdens de bevalling uit wat er gebeurt, waar we staan en wat mijn medisch advies is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, mijn ervaring en wat er bij jullie wensen past. Op het moment dat de bevalling natuurlijk en spontaan verloopt, weet je lichaam zelf prima hoe het een kind moet baren. Je lijf heeft daar dan geen tot weinig hulp bij nodig en mijn taak bestaat vooral uit jou mentaal ondersteunen en coachen en je laten weten dat alles goed gaat.

Op het moment dat er zich iets bijzonders voor doet leg ik jullie dit voor en geef ik een advies over hoe ik denk dat we het beste verder kunnen gaan. Daarbij is er ook aandacht voor jullie persoonlijke wensen, omstandigheden en emoties.

Elke zorgverlener (ook in het ziekenhuis) is verplicht je goede begrijpelijke uitleg over een complicatie te geven en je te adviseren over de vervolgstappen. Ook hoort men expliciet toestemming te vragen voor er bijvoorbeeld een ingreep wordt gedaan of een medicijn wordt gegeven (informed consent). De eindregie blijft altijd bij jou/jullie. Je mag dus als je dat zelf wilt een medisch advies niet opvolgen en een ander besluit nemen. Zeg jij nee tegen een advies of ingreep dan dient dit gerespecteerd te worden, zelfs al is je zorgverlener het daar misschien niet mee eens. Je mag ook zelf aangeven of je bijvoorbeeld wel of geen stagiair erbij wilt laten zijn of niet.

**Verantwoordelijkheid**

Wie is dan waar verantwoordelijk voor? Als verloskundige hoor ik jullie goed te informeren, ben ik verantwoordelijk voor de medische adviezen die ik geef en de handelingen die ik uit voer. Mijn doel is om al mijn kennis en al mijn vaardigheden in te zetten en jullie zo goed mogelijk bij te staan. Jullie wensen worden daarbij te allen tijde gerespecteerd.

Jullie maken zelfstandig jullie eigen keuzes keuzes nadat jullie goed geinformeerd zijn. Het is erg persoonlijk hoe iedereen voordelen en risico’s opvat en afweegt. Niemand staat in jouw schoenen en jij moet uiteindelijk verder leven met de besluiten die je genomen hebt. Niemand kent jullie beter dan jullie jezelf kennen. Niemand anders kan zo goed bepalen wat het beste voor jullie is. Daarom is de eindbeslissing altijd aan jou/jullie.

**Inwendig onderzoek**

Ik beperk inwendig onderzoek doen tot het minimum wat nodig is voor goede zorg.

Ik kan door mijn ervaring en doordat ik vroeg bij jullie aanwezig blijf aan jouw gedrag meestal heel goed afmeten hoe het gaat met de voortgang van je bevalling. Als je bevalling erg lang duurt, zich andere bijzonderheden voor doen of als jij zelf graag wilt weten waar je aan toe bent dan kan het nuttig zijn. Dit gaat altijd in overleg met jullie.

Bedenk dat het meten van je ontsluiting een moment opname is, soms kan de situatie snel veranderen.

In het ziekenhuis gelden er meestal bepaalde afspraken over wanneer en hoe vaak er inwendig onderzoek wordt gedaan. Je mag hier altijd van afwijken als je dat wilt. Ook horen ze je altijd uit te leggen waarom ze denken dat het nuttig zal zijn om te doen.

**Mogelijke bijzonderheden voor en tijdens de bevalling**

Hieronder vind je uitleg over een aantal mogelijke gebeurtenissen tijdens de bevalling.

Bedenk dat er vele bevalscenario’s mogelijk zijn: wie weet zie je geen enkele complicatie langs komen of gebeuren er meerdere tegelijk waar we rekening mee moeten houden. Lees ze door, bedenk wat je dan het liefst zou willen en en laat het daarna weer los tot het moment zich misschien voor doet. Dan is het vroeg genoeg om er weer verder over na te denken.

**Je hebt ijzertekort en daardoor een laag Hb**

Bij 30 weken kun je als je dat wil je Hb controleren door bloed te prikken in het lab. Is je Hb laag, dan kun je kiezen voor natuurlijke methoden en voedingsadviezen om je ijzergehalte te verhogen. Als dat onvoldoende werkt kan ik staaltabletten voorschrijven. Als die onvoldoende effect hebben of het is te kort dag om tabletten de tijd te geven om te werken (je bent bv al 37 weken zwanger) kan een ijzeroplossing per infuus een optie zijn. Een laag Hb kan wat meer risico geven bij een thuisbevalling omdat je minder reserve hebt bij meer bloedverlies. Ik informeer jullie en help jullie beslissen welke opties het beste bij jullie passen.

**We denken dat je een flinke baby draagt**

Als ik denk dat de baby groter aan voelt dan gemiddeld of als ik denk dat je veel vruchtwater hebt kunnen we bespreken of je een groeiecho wilt laten maken.

We bespreken de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van het schatten van de groei, de mogelijke redenen voor een grotere baby of meer vruchtwater, welke onderzoeken als je dat wilt extra gedaan kunnen worden en hoe een groter kind de bevalling kan beinvloeden. Soms kan het nuttig zijn om advies aan de gynaecoloog te vragen.

**We denken dat de baby minder goed groeit**

Als ik denk dat de baby kleiner aan voelt dan wat er gemiddeld bij je zwangerschapsduur en postuur past of als ik denk dat je weinig vruchtwater hebt kunnen we bespreken of je een groeiecho wilt laten maken.

We bespreken de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van het schatten van de groei, de mogelijke redenen voor een kleinere baby of minder vruchtwater, welke onderzoeken als je dat wilt extra gedaan kunnen worden en wat de invloed ervan kan zijn rondom de bevalling. Soms kan het nuttig zijn om advies aan de gynaecoloog te vragen. Als je kindje echt veel te klein blijft is het goed om na te denken of je wilt dat de gynaecoloog de zorg over gaat nemen. Een in de groei achter gebleven kind is kwetsbaarder en heeft minder reserve bij de bevalling en soms een moeilijkere start na de geboorte. Dan kan de extra zorg die in het ziekenhuis beschikbaar is fijn zijn. Dit kunnen we dan uitgebreid samen bespreken.

**Je draagt de GBS bacterie bij je**

Groep B Streptokokken zijn een type bacterien die ca 25-40% van alle vrouwen bij zich draagt in hun vagina. Als je de GBS ook in je urine hebt, heb je meer bacterien dan normaal. Hier kom je vaak achter door een blaasontsteking of bij toeval door een uitstrijk bij andere klachten. Dit kan wat meer risico geven tijdens de bevalling. Bij de geboorte kan de bacterie op de baby over gaan. Van de besmette kinderen wordt een klein percentage daarvanernstig ziek en moet worden opgenomen op de baby IC van het ziekenhuis. Een heel klein aantal van de ernstig zieke kindjes overlijdt hier aan. Mocht je deze bacterie bij je dragen dan kunnen je ervoor kiezen ook je urine te laten testen. Een infuus met antibiotica tijdens de bevalling kan de kans dat je baby ziek wordt van de GBS minimaliseren. Ik informeer jullie en help jullie beslissen welke keuzes het beste bij jullie passen.

**Meconiumhoudend vruchtwater**

Meconium is de eerste poep die al tijdens de laatste weken van je zwangerschap in de darmen van je baby zit. De meeste babies poepen pas na hun geboorte. Als de vliezen dan openen en het vruchtwater komt vrij dan zal het helder van kleur zijn.

Als een baby al in de baarmoeder heeft gepoept, dan lost de poep op in het vruchtwater en zal dit groen of bruin van kleur zijn. Als het poepen al wat langer geleden is is het meestal opgelost en verdund, als het recent gebeurde ziet er vaak uit als dikke erwtensoep. Het poepen gebeurt bij toeval en heeft op zichzelf geen betekenis.

Als het goed gaat met je baby voor en tijdens de geboorte, dan gaat je baby pas ademen nadat hij geboren is. Dan is het meconium houdende vruchtwater zelden een probleem. Ik ben extra alert dat de baby geen mond vol prut heeft en ongehinderd kan gaan ademen. Als je verticaal bevalt (bijvoorbeeld op de kruk) heeft dit als voordeel dat slijm met prut al uit de mond loopt voordat het lijfje geboren wordt. Dit maakt de kans op het inademen van meconium kleiner.

Als een kindje het benauwd heeft tijdens de geboorte kan het in de baarmoeder al ademhalingsbewegingen gaan maken (gaspen). Hierbij komt er dan meconium in de longen terecht. Wanneer het kind geboren wordt bemoeilijkt dit de ademhaling en kan de baby hulp nodig hebben van de kinderarts om de meconium uit de keel en longen te verwijderen en voldoende zuurstof binnen te krijgen door beademing. Een deel van deze kindjes wordt daarom opgenomen op de NICU. Daarom is de algemene afspraak in Nederland dat meconiumhoudend vruchtwater een reden is voor overname van de zorg door de gynaecoloog in het ziekenhuis. Daar is er gewoon meer hulp bij de hand als nodig. Meestal hoor je het aan de hartslag van de baby of hij het benauwd heeft. Daarom zou ik bij dikke soep bij 38 weken en een trage hartslag echt adviseren richting ziekenhuis te gaan. Dunne opgeloste poep bij 41+ weken en een prima hartslag hoeft juist weer niks te betekenen. De keus ligt uiteindelijk bij jullie.

**De navelstreng zakt uit**

Een zeldzame complicatie waarbij een groter of kleiner stukje van de navelstreng tussen het hoofdje van de baby en jouw bekken is geglipt. Als een kind goed zit ingedaald aan het eind van de zwangerschap sluit het hoofdje als een kurk in een fles je bekken goed af en is de kans dat dit kan gebeuren miniem. Bij een niet ingedaald hoofdje zou het kunnen dat de navelstreng uit zakt op het moment dat de vliezen breken. Dit hoor je aan de hartslag, daarom kom ik dan altijd hartje luisteren. Soms voel je de streng bij inwendig onderzoek een stukje uit de baarmoeder hangen. Zo lang er geen weeen zijn en jij zoveel mogelijk ligt is de kans klein dat de streng wordt geplet en de bloedtoevoer naar de baby wordt afgeklemd klein. Weeen en lopen vergroten de druk enorm en dan kan dit wel gebeuren. Het geldende advies is dan een keizersnee, omdat de baby overlijdt als de toevoer echt wordt afgeklemd. Zijn we thuis dan zorgt op handen en voeten zitten met je billen in de lucht ervoor dat de druk zo min mogelijk is terwijl we op de ambulance wachten. Ook kan ik met een catheter je blaas vullen, waardoor je volle blaas het hoofdje van de baby omhoog drukt zodat er minder druk op de navelstreng is. Met jouw toestemming ga je dan direct door naar de OK in het ziekenhuis omdat dan echt elke seconde verschil kan maken.

**De ontsluiting schiet niet op of de weeen worden minder**

Gemiddeld duurt het open gaan van je baarmoedermond vanaf ca 3 cm opening bij je eerste kind gemiddeld circa 12 uur. Bij een 2e of volgend kindje gemiddeld zo’n 7 uur. De range van wat normaal is is breed, de een heeft meer tijd nodig en bij de ander gaat het sneller dan gemiddeld. Er spelen ook nog andere factoren mee: je omgeving, de mensen die bij je zijn, hoe je je voelt, erfelijke factoren, de ligging van je kind, hoe moe je bent en de houdingen waarin je de weeen op vangt. Als ik denk dat de ontsluiting echt abnormaal traag verloopt zal ik tips met jullie bespreken over hoe we de ontsluiting kunnen stimuleren. Voorbeelden hiervan zijn zorgen dat jij je zo comfortabel en ontspannen mogelijk voelt, massage, andere houdingen waarbij het hoofdje goed op de baarmoedermond drukt of die de baby beter ervoor laten liggen, eten en drinken, een warme douche, regelmatig even plassen, of eventueel de vliezen doorprikken. Als niks lijkt te helpen, dan kan de hulp van de collega’s in het ziekenhuis soms van pas komen. Daar helpen ze dan de weeen om effectiever te worden met een infuus met weeeen stimulerend hormoon erin. Soms kan pijnstilling je dan ook even rust geven om nieuwe energie op te doen.

**Je wilt graag pijnstilling**

Als je tijdens je bevalling besluit dat je pijnstilling wilt dan gaan we als we thuis zijn naar het ziekenhuis. Pijnstilling is thuis helaas niet mogelijk omdat de conditie van de baby daar extra in de gaten kan worden gehouden door continue de hartslag te registreren. Het ziekenhuis neemt de zorg bij de bevalling dan van mij over. Ik blijf als jullie dat fijn vinden als steun en toeverlaat aanwezig.

Veel info over de voor- en nadelen van bijvoorbeeld pethidine, remifentanil en de ruggenprik kun je lezen op internet. Soms komt pijnstilling echt goed van pas: sommige vrouwen kunnen dan beter ontspannen of een tijdje uitrusten als ze heel erg moe zijn en dit kan er dan voor zorgen dat je toch nog goed bevalt.

Alle soorten pijnstilling hebben als nadeel dat je bevalling er door zal veranderen. De cascade van interacties van allerlei stoffen in je lichaam verandert. Je bevalling wordt ook meer medisch en je hebt meer kans op allerlei ingrepen. Meestal worden de weeen minder effectief, is er daarom vaak een infuus met weeenstimulerend hormoon nodig en wordt bewegen beperkter door allerlei banden en draden. De houdingen die je kunt aannemen om je weeen op te vangen en te persen zijn beperkter, meestal is het niet meer erg veilig om nog uit bed te gaan. Dit kan het lastiger maken om de weeen goed aan te kunnen. Bij een ruggenprik krijg je ook een catheter, omdat je niet meer kunt voelen dat je moet plassen. Er is een wat grotere kans dat de dokter moet helpen door middel van een kunstverlossing (vacuumpomp of keizersnee).

**Het hartje van de baby klinkt te snel of te langzaam**

Normaal is de hartslag van de baby zowel in de zwangerschap als tijdens de bevalling tussen de 110 en 160 slagen per minuut. Wanneer je kindje slaapt is hij vaak wat rustiger, bijvoorbeeld 120-130 slagen. Als de baby flink beweegt gaat de hartslag tijdelijk soms wel naar 170-180. Een te trage hartslag ef een veel te snelle kunnen wijzen op problemen met de conditie van je kind. Het kan een teken zijn dat de baby het het benauwd heeft in de baarmoeder, de weeen niet goed aan kan of dat er een infectie ontstaat. Dan kan het beter zijn om naar het ziekenhuis te gaan. Als ik echt denk dat elke seconde telt bel ik een ambulance. Afhankelijk van de situatie bespreken ze dan in het ziekenhuis of je nog verder kunt gaan met bevallen of dat een keizersnee echt wijsheid is. Ik ga natuurlijk met jullie mee.

**Het vordert niet met persen**

Gemiddeld duurt het persen bij je eerste kind zo’n 30-90 minuten. Bij een volgend kind varieert het van een paar weeen tot ca 30 minuten. Dat komt doordat bij je eerste je bekkenbodemspieren nog sterker zijn en het langer duurt om de baby door te laten. Bij een volgend kind is alles al eens uit gerekt geweest en geven je weefsels makkelijker mee. Als het persen langer duurt bespreken we samen de mogelijke oorzaak. Het kan zijn dat je heel moe bent, weinig energie hebt, weinig persdrang, dat de baby niet goed blijkt te liggen, of dat er weinig weeen zijn. Afhankelijk van de oorzaak kun je dan eten en drinken, een tijdje rusten, andere houdingen proberen om de weeen en de persdrang te stimuleren of de baby te helpen draaien. Als niks lijkt te helpen kunnen we de gynaecoloog als hulp inroepen.

Soms is de oplossing sterkere weeen maken met een infuus, soms is de enige mogelijkheid een keizersnee. Voorkomen is hierbij beter dan genezen: goede voorbereiding en het scheppen van de juiste voorwaarden om je hormonen zo goed mogelijk hun werk te laten doen maakt de kans dat je goed zelf kunt persen veel groter!

**De placenta komt niet**

Na de geboorte van de baby hoort je baarmoeder flink samen te trekken en kleiner te worden. Daardoor laat de placenta los van de baarmoederwand en worden de afgescheurde vaatjes op de plaats waar de placenta vast zat dichtgeknepen. Zo verlies je niet teveel bloed, meestal minder dan een halve liter. Als je baarmoeder niet goed samen trekt of als de placenta maar half los komt ga je extra bloeden. Ik heb medicatie die ik ook thuis kan geven door een prik in je been om je baarmoeder te helpen samen te trekken. Dit geef ik niet standaard, maar in overleg met jullie als dit verstandig lijkt. Soms is er weinig bloedverlies maar blijft de placenta toch muurvast zitten. We kunnen van alles proberen om hem geboren te laten worden zoals de baby aan de borst laten drinken, medicatie geven, een verticale houding proberen. Komt hij echt niet, dan gaan we als jullie dat goed vinden naar het ziekenhuis. Daar probeert de gynaecoloog dan nogmaals of hij echt niet wil komen. Als hij dan nog vast blijft zitten is de enige oplossing om de placenta er onder narcose in de OK uit te halen.

**Je verliest teveel bloed na de geboorte**

Als de baarmoeder niet goed krimpt of de placent akomt maar half los dan ga je teveel bloeden, Dit kan meteen na de geboorte van de baby gebeuren of pas als ook de placenta eruit is. We kunnen de kans hierop flink kleiner maken door het scheppen van de juiste voorwaarden om je hormonen zo goed mogelijk hun werk te laten.

Als nodig kan ik medicatie geven en/of met een catheter je blaas leeg maken (een volle blaas kan het samentrekken van de baarmoeder in de weg zitten). Als het bloeden ook na deze maatregelen niet stopt of het totale bloedverlies wordt teveel (meer dan 1000cc), dan kunnen we de hulp van de gynaecoloog inroepen. Die kan met een vochtinfuus zorgen dat je circulatie op peil blijft, met medicijnen het bloeden stoppen, een bloedtransfusie geven of desnoods op de OK het bloeden stelpen. Als we thuis zijn kan ik vast een infuus prikken en gaan we per ambulance naar het ziekenhuis. We maken een liter extra bloed aan in de zwangerschap dus we kunnen wel tegen een stootje gelukkig, en de natuurlijke werking van je lichaam stimuleren verkleinen de kans dat dit gebeurt.

**Hechten is soms thuis te moeilijk**

Regelmatig ontstaat er bij de geboorte een scheurtje in het weefsel van de vaginawand, de binnekant van je kleine lippen of in het perineum (het weefsel tussen vagina en anus). Verloskundigen kunnen dit zelf verdoven en hechten, ook thuis. Een knip voorkomt scheuren niet. De tijd nemen bij het laatste stukje persen als de baby bijna geboren wordt helpt om je lichaam de tijd te geven mee te rekken. Luister naar je lijf en volg je impulsen hierbij, meestal hou je dan bijvoorbeeld net op een bepaald moment een beetje in waardoor de schade beperkt blijft. Kleine scheurtjes hoeven soms ook niet gehecht te worden en genezen dan vanzelf.

Soms is de schade zodanig dat het beter is extra hulp en mogelijkheden te regelen. Thuis is er dan vaak te weinig licht om alles goed te bekijken of kan het erg schelen als het bed omhoog kan of je benen even in beensteunen. Soms twijfel ik of de gynaecoloog beter kan hechten dan ik.

In overleg met jullie gaan we dan voor het hechten naar het ziekenhuis als we thuis zijn. We gaan dan per ambulance, niet vanwege spoed maar vanwege comfort omdat je dan kunt liggen tijdens het vervoer.

Op de verloskamer komt de dokter mee kijken en eventueel ook hechten. In circa 1% van alle bevallingen ontstaat er een totaalruptuur: dan is ook de kringspier van de anus stuk. Dan hecht de gyn dit op OK met een ruggenprik en geneest dit bijna altijd zonder restverschijnselen.

**De baby heeft extra zorg nodig**

De meeste baby’s maken na een natuurlijke normale bevalling de overgang naar het leven buiten de baarmoeder zonder problemen. Als een baby echt niet gaat ademen of slap en bleek geboren wordt, dan heb ik bij een thuisbevalling zuurstof bij me en kan ik reanimeren. Dan bellen we de ambulance en gaan we met spoed naar de kinderarts.

Ook voor minder ernstige dingen gaan we soms voor extra hulp en ondersteuning daar naar toe, maar dan met minder spoed. Voorbeelden zijn afwijkingen in de kleur, ademhaling, drinkgedrag en temperatuur van je kindje. Als je kindje wordt opgenomen mag jij als mama altijd mee zodat je dicht in de buurt bij de baby kunt blijven en zodat je borstvoeding wordt gestimuleerd. Als je baby niet zelf kan drinken kun je er een kolf lenen.

**Tenslotte**

Hoe een bevalling uiteindelijk zal lopen weet niemand, soms zie je een complicatie van tevoren aan komen, kunnen we samen tijdig goed bijsturen en gaat alles daarna prima. Soms gebeurt er iets onverwachts wat niemand aan kon zien komen en waar niemand iets aan kan doen behalve de gevolgen zoveel mogelijk beperken. Daarom blijft een bevalling voor iedereen altijd wel een beetje spannend en is het goed om een open mind te houden. Gelukkig gaan de meestal bevallingen prima, je lichaam weet best hoe het moet. Goede ondersteuning helpt je dan om je in rust en vertrouwen daaraan over te geven. Luister ook altijd naar je eigen gevoel en geef het aan als je je ergens ongerust over voelt. Thuis bevallen is bewezen even veilig als in het ziekenhuis en gelukkig is het ziekenhuis vlakbij als nodig!

k heb er in 2014 de boeken op nageplozen en vond deze statistieken (NVOG):

- kans op ernstige ademhalingsproblemen (drie dagen beademing/zuurstof) bij normaal CTG: 2% met meconium, 0,02% bij helder vruchtwater

- perinatale sterfte: 0,15% met meconium, 0,03 bij helder vruchtwater.

- ca 5% van de babys met meconium heeft/krijgt MAS (ademhalingsproblemen door inademen van meconium). Vaker bij overtijd, CTG-afwijkingen, eerste kindjes, meconium onder de stembanden en lage APGAR. Eenderde van de babys met MAS heeft beademing nodig. 12% sterft (dat zou 0,60% van de babys met meconium zijn, wat al meer is dan de perinatale sterfte van 0,15%???)

- MAS na 40 weken: 2,7%, na 41 weken: 3,4%

- MAS bij dik meconium en normaal CTG: 3,7%. Bij afwijkend CTG: 7,3%.

- Tegenwoordig zou er minder MAS voorkomen omdat er eerder wordt ingeleid (daling van 5,8% naar 1,3% in acht jaar)

Heb je hier wat aan?