

Inleiden van de bevalling

Verloskunde & Gynaecologie

Inleiding

Bij een inleiding wordt de bevalling kunstmatig op gang gebracht. Hiervoor moet de baarmoedermond 'rijp' zijn. Als dit nog niet het geval is, zal er begonnen worden met het "[primen](#)" oftewel het "rijp maken" van de baarmoedermond. Verderop wordt hier iets meer uitleg over gegeven.

Daarna zal de inleiding plaatsvinden. Dit gebeurt meestal met medicijnen die de weeën opwekken.

Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder eindverantwoordelijkheid van een gynaecoloog. De begeleiding bij uw bevalling wordt gegeven door een klinisch verloskundige of een arts assistent van de gynaecologie samen met de verpleegkundige van de verloskamers.

Deze folder geeft algemene informatie over inleiden van de bevalling in ons ziekenhuis. Aan het eind vindt u een verklarende woordenlijst.

Waarom wordt een bevalling ingeleid?

De gynaecoloog adviseert een inleiding wanneer dat beter is voor de conditie van moeder en/of kind.

Enkele veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn: over tijd zijn, langdurig gebroken vliezen, groeivertraging van het kind, verminderd vruchtwater, verslechtering van het functioneren van de placenta, hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap en afwijkende bloedwaarden.

Over tijd zijn

Bent u twee weken na de uiterekende datum niet bevallen, dan spreekt men van serotiniteit, het 'over tijd' zijn.

U bent dan 42 weken zwanger. In MST overwegen we een inleiding na een zwangerschapsduur van 41 weken. Zie voor meer informatie de folder [zwangerschap na 41 weken](#).

Langdurig gebroken vliezen

Het breken van de vliezen kan het eerste teken van het begin van de bevalling zijn. 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. Een verloskundige of (arts assistent) gynaecoloog moet vast stellen of de vliezen daadwerkelijk gebroken zijn.

Als uw vliezen langer dan 24 uur gebroken zijn, moet u in verband met infectiegevaar voor controle naar het Observatorium (H21 in het Vrouw Kind Centrum) komen. Hier wordt uw temperatuur gemeten, een CTG gemaakt en eventueel bloed geprikt.

Ook wordt er een anus/perineumkweek bij u afgenomen om mogelijke bacteriën, die infecties kunnen veroorzaken, op te sporen.

Deze controles worden zo nodig de volgende dag herhaald, het is niet nodig om de anus/perineumkweek te herhalen. Blijft alles goed gaan en bent u na 48 uur nog niet bevallen, dan wordt u ingeleid.

Als de vliezen vóór de 37 weken breken, wordt vaak langer afgewacht met een inleiding zolang er geen tekenen van infectie zijn.

Achteruitgaan van de functie van de placenta

De baby krijgt voeding en zuurstof via de placenta. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een te hoge bloeddruk of suikerziekte tijdens de zwangerschap dan kan de placenta minder goed gaan functioneren. Als het dan voor het kind beter is om geboren te worden, adviseert de gynaecoloog een inleiding. Ook kunnen afwijkende bloedwaarden of specifieke klachten gevaarlijk zijn voor de moeder waardoor een inleiding noodzakelijk is. Meer informatie vindt u in de folder [hoge bloeddruk in de zwangerschap](#).

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.

Gynaecologen 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.

Vorbereiding

Wat moet u meenemen:

- Kleding en toiletartikelen voor u zelf
- Kleding en toiletartikelen voor uw partner
- Kleertjes en de Maxi-Cosi voor de baby
- Slippers/pantoffels
- Iets om te ontspannen/tijd verdrijf
- Fles voor de baby (wanneer u van plan bent flesvoeding te gaan geven)

Andere voorbereidingen:

- Geen sierraden dragen
- Geen nagellak
- 7 dagen voor de geplande inleiding de schaamstreek niet ontharen om een infectie te voorkomen als gevolg van het ontstaan van wondjes.

Wanneer is een inleiding mogelijk?

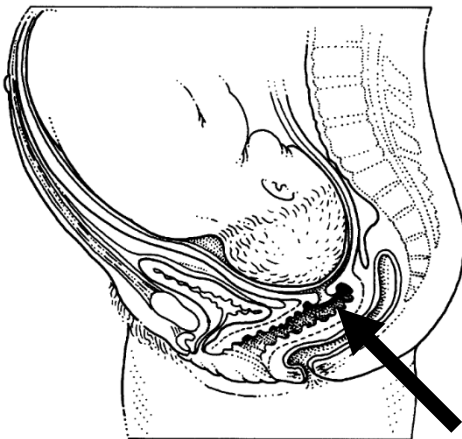
Om te beoordelen of een inleiding mogelijk is, doet de arts assistent gynaecoloog of verloskundige een inwendig onderzoek. Een inleiding is pas mogelijk wanneer de baarmoedermond al een beetje open en verweekt is. Verloskundigen en gynaecologen gebruiken hiervoor de term 'rijpheid'.

Op de tekeningen ziet u voorbeelden van een rijpe en een onrijpe baarmoedermond. Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Dit noemt men een staande portio (portio is het medische woord voor baarmoedermond). Meestal is er nog geen ontsluiting.

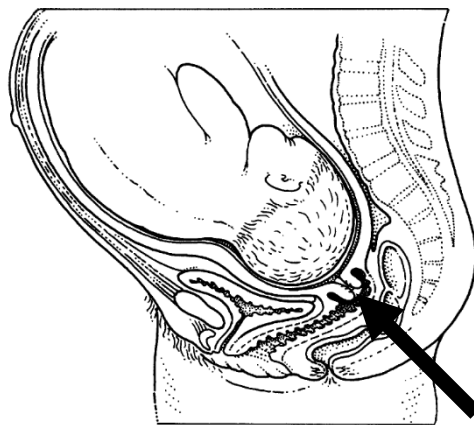
Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Men spreekt dan over een verstreken portio. Deze voelt ook weker aan en vaak is er al wat ontsluiting.

Als de baarmoedermond onrijp is

Wanneer de baarmoedermond onrijp is en er toch een indicatie is voor een inleiding, dan moet de baarmoedermond 'rijp' gemaakt worden. In medische termen spreekt men dan van 'primen' (Engels voor voorbereiden).



Baarmoedermond
Rijpe Baarmoedermond

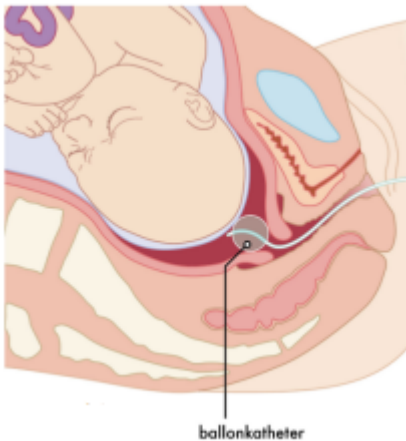


Baarmoedermond
Onrijpe baarmoedermond

Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

Ballonkatheter:

De meest gebruikte methode om de baarmoedermond rijp te maken is een ballonkatheter (Foley katheter) die in de baarmoedermond wordt ingebracht met een speculum en wordt gevuld met enkele centiliters water.



De ballonkatheter zorgt ervoor dat er hormonen vrij komen die de rijping van de baarmoedermond versnellen. Ook geeft de ballon druk op de baarmoedermond waardoor er wat ontsluiting kan ontstaan.

Indien er geen medische noodzaak is kan een gynaecoloog, arts assistent of klinisch verloskundige besluiten dat u met de ballonkatheter naar huis mag om daar de werking af te wachten. U mag thuis gewoon douchen en naar het toilet.

U wordt in principe de volgende ochtend om 7.00 uur op de verloskamers verwacht. Om 6.30 uur belt u met de verloskamers (0534872343) of we u ook daadwerkelijk kunnen ontvangen op dat tijdstip. De arts assistent of verloskundige beoordeelt dan of de baarmoedermond rijp genoeg is om de vliezen te kunnen breken.

- Na het plaatsen van de ballonkatheter is er vaak wat bloedverlies. U hoeft daar niet van te schrikken.
- Om de conditie van de baby te beoordelen wordt er na het plaatsen een hartfilmpje (CTG) gemaakt.
- De ballonkatheter kan er voor zorgen dat u harde buiken krijgt. Dit zijn meestal nog geen weeën en zorgen nog niet voor ontsluiting. Deze harde buiken kunnen wel overgaan in weeën en dan komt de bevalling op gang.
- Bij een erg onrijpe baarmoedermond kan het nodig zijn om de behandeling te herhalen waardoor het primen meerdere dagen kan duren.

Meestal kunt u veilig naar huis met de ballonkatheter. U moet in de volgende gevallen contact opnemen met het ziekenhuis/Observatorium (0631751719):

- Aanhoudend helderrood bloedverlies
- Gebroken vliezen (beoordeel de kleur van het vruchtwater (kleurloos of geel-groen))
- Aanhoudende weeën om de 3 à 5 minuten
- Ongerustheid of de behoefte om te overleggen

Wanneer de ballonkatheter is uitgevallen en u heeft geen van bovenstaande klachten, dan belt u de volgende ochtend op de afgesproken tijd met de verloskamers. Het is dan niet nodig om eerder contact met ons op te nemen.

Prostaglandinen:

Een andere methode die wordt gebruikt zijn tabletten met prostaglandinen. Meestal worden ze oraal ingenomen. Een enkele keer worden ze in de vagina (schede) of bij de baarmoedermond ingebracht. Prostaglandinen zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen. Ze spelen ook een rol bij het op gang komen van de bevalling. Prostaglandinen zijn er naast de tabletvorm ook in gelei-vorm (gel) en in de vorm van een kleine tampon (een 'veter'). Meestal worden de tabletten die oraal ingenomen worden en de veter gebruikt.

Het inbrengen van prostaglandines door middel van een veter gebeurt door een vaginaal toucher (het voelen met vingers in de vagina naar de baarmoedermond). De arts brengt met de vingers de veter diep in de vagina in de buurt van de baarmoedermond. Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn.

Welke methode er voor het primen wordt gebruikt is per situatie verschillend.

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 vaak door middel van het kunstmatig breken van de vliezen door de gynaecoloog, assistent gynaecoloog of verloskundige (als deze nog niet gebroken waren).

Daarna krijgt u een infuus. Er wordt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm ingebracht. Daarop wordt een dun slangetje op aangesloten. Met behulp van een pomp die op het infuusslangetje wordt aangesloten krijgt u de medicijnen (oxytocine) 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 conditie van uw kind wordt met een CTG gecontroleerd. Dit gebeurt meestal uitwendig met een dop op de buik. Soms wordt een draadje (schedelelektrode) op het hoofd van het kind vastgemaakt om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek.

De weeën worden met een dop op de buik geregistreerd. Een heel enkele keer brengt de verloskundige of arts assistent een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder 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. Als u een infuus met oxytocine heeft, blijft u aan het CTG.

De uitdrijving (het persen) en de geboorte van het kind en de placenta gaan niet anders dan bij een 'normale' bevalling. De geboorte van het kind vindt in het algemeen binnen 24 uur plaats. Naarmate de baarmoedermond rijper is, gaat de ontsluiting vaak sneller. Ook kan de bevalling van een tweede of volgend kind sneller gaan dan die van een eerste.

Bij een inleiding met een ballon of prostaglandines 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. Mogelijkheden voor pijnbestrijding zijn de ruggenprik of pijnstillers met een pomp die aan het infuus is gekoppeld. Op het moment dat u om pijnstilling vraagt wordt besproken wat de beste optie is. Zie voor meer informatie de folder [pijnbestrijding tijdens 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. Voordat u gaat douchen verwijdert de verpleegkundige het infuus. Het ontslag uit ons ziekenhuis is afhankelijk van uw welzijn en/of die van uw baby.

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. In Medisch Spectrum Twente gebeurt dit door een verloskundige of arts assistent die onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog werken en die daarmee nauw overleggen. In ons ziekenhuis zijn er naast verpleegkundigen ook leerling- verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig. U kunt navragen wie er bij uw bevalling zullen 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. Wanneer met de inleiding wordt begonnen terwijl de baarmoedermond nog niet goed rijp is, bestaat er een grotere kans op een zeer langdurige bevalling. Soms wordt er 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 dit niet goed is ingedaald, of bij een stuitligging langs het stuitje. Een keizersnede is dan noodzakelijk.
- 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 te stoppen. Soms is een weeën remmend 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.

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.

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

Een veel gestelde vraag is of u zelf wat kunt doen om de bevalling op gang te brengen. Het antwoord hierop is eigenlijk niets.

Een enkele keer wordt de bevalling zonder inleiding op gang gebracht door middel van strippen. De verloskundige of gynaecoloog maakt dan met de vingers tijdens het vaginaal toucher de baarmoedermond los van de vliezen. Dit kan pijnlijk zijn. Hierna kan wat bloedverlies optreden 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.

Aanvullende informatie

Meer informatie vindt u bijvoorbeeld:

- Op de website van ons ziekenhuis: www.mst.nl
- De Gynaecologie, route H03
- In ons Patiënten Service Centrum, route C02
- Op www.nvog.nl, rubriek voorlichting, verloskunde
- [Folder bevallen in het ziekenhuis](#).

Belangrijke telefoonnummers. Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar.

- Verloskamers route H11 0534872343
- Observatorium route H21 0631751719

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas wanneer u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets niet geheel duidelijk is, vraag de gynaecoloog, arts-assistent, verloskundige of verpleegkundige dan om nadere uitleg.

Woordenlijst

CTG = cardiocogram. Registratie van de hartslag van het kind om de conditie van de baby in de gaten te houden. Hiermee kunnen de weeën ook geregistreerd worden.

Drukkatheter = dun slangetje dat in de baarmoeder wordt gebracht om de kracht van de weeën te beoordelen en om na te gaan hoe vaak de weeën komen.

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 met behulp van medicijnen.

Oxytocine = het medicijn dat de weeën op gang brengt. Een andere naam is Syntocinon.

Placenta = moederkoe.

Remifentanyl = pijnstillend middel via het infuus.

Portio = baarmoedermond.

Primen = het rijp maken van de baarmoedermond zodat deze geschikt wordt voor inleiding.

Prostaglandine = het hormoon dat de baarmoedermond rijp maakt of de bevalling op gang brengt.

Schedel-elektrode = een 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 uitgerekende datum blijft bestaan.

Speculum = een instrument waarmee de verloskundige of arts via de vagina naar de baarmoedermond kijkt.

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

Bronvermelding

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze folder geldt als een aanvulling op het persoonlijk gesprek met uw gynaecoloog of andere hulpverlener van Medisch Spectrum Twente. Deze informatie is van toepassing op alle ziekenhuizen in Nederland. Daar waar de gang van zaken verschilt met die in Medisch Spectrum Twente, is dit aangepast in de tekst van deze folder. Er is veel aandacht besteed aan de inhoud van deze folder. Dit betekent dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. De NVOG is niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder.