

Bevallen in Máxima MC

De zwangerschap, bevalling en kraamperiode zijn vaak een bijzondere en spannende tijd. We willen graag dat u en uw partner goed voorbereid zijn. Daarom hebben we deze folder met zorg samengesteld.

De informatie in deze folder helpt om u goed voor te bereiden op het gesprek met uw verloskundig zorgverlener over de bevalling en de periode daarna. Zo weet u wat u kunt verwachten en welke keuzes u kunt maken.

Heeft u vragen of is iets niet helemaal duidelijk? Laat het dan gerust weten aan je zorgverlener. We staan voor u klaar.

Waar in deze folder 'u' staat, kunt u dit ook lezen als 'jullie', 'u en uw partner', net wat voor jullie past.

Onze visie op zorg tijdens de bevalling

In Máxima MC (MMC) werken we volgens het principe van Family Integrated Care. Dat betekent dat moeder en kind centraal staan. Als het medisch verantwoord is, blijven jullie 24 uur per dag bij elkaar. Ons team zet zich in voor een goede afloop van de zwangerschap en bevalling, met als doel: een gezonde moeder en een gezond kind.

We vinden het daarnaast belangrijk dat jullie met een goed gevoel terugkijken op de bevalling. Heldere en open communicatie speelt daarbij een grote rol.

Bij opname in het ziekenhuis bespreken we met u en uw partner:

- waarom u bent opgenomen,
- wat we denken dat er nodig is,
- en waarom we een bepaalde behandeling adviseren.

Dit doen we bij elk nieuw onderzoek en elke handeling opnieuw. Zo nemen we u stap voor stap mee in de besluitvorming. We voeren geen handelingen uit zonder uw toestemming. Heeft u vragen of is iets niet duidelijk? Stel ze gerust. We leggen het graag nog eens uit of op een andere manier als dat helpt.

Voelt u zich ergens niet prettig bij, bijvoorbeeld bij een voorstel of bij een zorgverlener? Geef dat dan aan. Samen kijken we wat er nodig is om u veilig en gehoord te laten voelen.

De informatie in deze folder is van algemene aard en is bedoeld om u een beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In uw situatie kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze folder is dan ook slechts een aanvulling op de specifieke (mondelinge) voorlichting van uw specialist of behandelaar.

Praktische informatie

Belangrijke telefoonnummers

Polikliniek gynaecologie – route 001	(040) 888 83 80
Kraamsuites/spoed – route 105	(040) 888 95 51
Obstetric High Care – route 116	(040) 888 93 00

Adres

Máxima MC – Vrouw Moeder Kind-centrum
De Run 4600
5504 DB Veldhoven

MijnMMC

Na uw eerste afspraak krijgt u toegang tot uw persoonlijke MijnMMC-pagina. Hier vindt u uw zorgpad en informatiefolders per trimester. Open de afspraak 'Verloskunde' en klik op 'alle folders'.

Bezoekersregeling

De regels rondom het bezoek kunnen soms veranderen. We raden aan om de website te bekijken of het verplegend personeel van de afdeling te vragen om op de hoogte te zijn van de laatste bezoeksregels. Directe familie is altijd welkom!

Studenten en artsen in opleiding

MMC is een opleidingsziekenhuis. Tijdens controles en de bevalling kunt u studenten tegenkomen (verpleegkundigen, verloskundigen of artsen in opleiding). Zij werken altijd onder toezicht. Geef het gerust aan als u liever geen studenten bij uw zorg heeft. Ook kunt u artsen in opleiding tot gynaecoloog (AIOS) of basisartsen (ANIOS) tegenkomen.

Wat u vooraf kunt regelen

Kraamzorg

Het is verstandig om u op tijd in te schrijven bij een kraamcentrum of kraambureau. Doe dit vóór de 12e zwangerschapsweek. Informeer bij uw zorgverzekeraar met wie zij samenwerken. U heeft mogelijk recht op een kraampakket. Dit krijgt u dan tijdens de zwangerschap thuisgestuurd.

Verloskundige eerste lijn

Ook als uw zwangerschap volledig in MMC wordt begeleid, is het belangrijk dat u zich aanmeldt bij een verloskundigenpraktijk in de buurt. Na de bevalling neemt deze verloskundige de zorg thuis over tijdens de kraamtijd. Zij zijn 24/7 bereikbaar voor vragen of zorgen.

In 2021 werd ruim 62% van de eerstelijns zwangerschappen doorverwezen naar het ziekenhuis. In dat geval neemt uw eigen verloskundige na de bevalling de zorg weer over.

De bevalling voorbereiden

Als u gaat bevallen in MMC zijn er een aantal zaken die u van te voren kunt of moet regelen.

Wat neemt u mee?

Wees goed voorbereid en zet thuis een vluchtbox klaar, die u meeneemt zodra u gaat bevallen in MMC. Daarin stopt u de volgende benodigdheden:

Voor uzelf

- Identiteitsbewijs
- Telefoonnummers die u bij de hand wilt hebben
- Fototoestel
- Toiletartikelen
- Makkelijk zittende kleding
- Pyjama of ochtendjas
- Warme sokken of sloffen
- Ondergoed
- Een 2 euromuntstuk voor een rolstoel
- Borstvoedingskussen (als u er één bezit)

Voor de baby

- Babykleden, zoals een mutsje, rompertje en pakje. Maat 50-56 is voor een pasgeborene een gangbare maat
- Een uitgekookte fles indien u flesvoeding wenst te geven
- Omslagdoek
- Babyzitje (MaxiCosi)

Tijdens uw verblijf in de kraamsuite mag uw partner blijven slapen. Het is dus handig dat uw partner ook een tas met slaapspullen klaarzet, met makkelijk zittende kleding en eventueel badslippers.

Samen Zwanger

Om u voor te bereiden op uw bevalling hebben we een speciale webpagina ontwikkeld. Op deze pagina vindt u alle informatie over het verloop van de zwangerschap, bevallen in ons VMK-centrum, mogelijkheden van pijnbestrijding maar ook de periode na de geboorte en babyvoeding. En natuurlijk een rondleiding door onze prachtige kraamsuites door middel van een [interactieve video](#).

Wanneer moet u bellen?

Neem in de volgende situaties contact op met het Vrouw-Moeder-Kind centrum van MMC.

Eerste trimester (= tot 16 weken zwangerschapsduur)

- **Bloedverlies**
Vaginaal bloedverlies aan het begin van een zwangerschap komt regelmatig voor. Maar dit is wel altijd een reden om contact met ons op te nemen.

- **Misselijkheid en braken**

Dit is een veel voorkomende klacht, die kan optreden in het eerste trimester van de zwangerschap. Bij aanhoudende misselijkheid of veelvuldig braken gedurende de dag, waarbij u niet meer goed kan eten en/of drinken, uzelf slap voelt of duizelig bent willen we graag dat u contact met ons opneemt.

- **Vochtverlies**

Vochtverlies kan een teken zijn dat de vliezen gebroken zijn. Ongeacht de kleur van het vochtverlies vernemen wij het graag als u de indruk hebt dat de vliezen zijn gebroken.

Tweede en derde trimester (16 tot 37 weken zwangerschap)

- **Buikpijn en/of weeën**

Bij regelmatige buikpijn elke 10 min of vaker die in rust niet overgaat

- **Vaginaal bloedverlies**

Helderrood vaginaal bloedverlies is altijd een reden om direct te bellen

- **Slijmprop**

Het is normaal om rondom de uitgerekende datum de slijmprop te verliezen (slijm met soms een spoortje bloed). Hiervoor hoeft u niet te bellen. Het verlies van de slijmprop hoeft ook geen direct teken van de bevalling te zijn.

- **Verlies van vruchtwater**

We vernemen het graag als u de indruk hebt dat de vliezen zijn gebroken. De kleur van het vruchtwater kan helder zijn (kleurloos/troebel water met eventueel witte vlokjes, soms wat rozig van kleur), bruin of groen (dit kan een teken zijn dat de baby in het vruchtwater heeft gepoept). Het maakt niet uit welke kleur het vruchtwater heeft; we willen graag dat u ons dan belt.

- **Minder of geen 'leven' voelen**

Het is belangrijk op het bewegingspatroon van de baby te letten. Ieder kind heeft zijn of haar eigen bewegingspatroon. Tot 24 weken zwangerschapsduur kan het bewegingspatroon wisselen. Daarna hebben baby's een bepaald bewegingspatroon en is het belangrijk dit patroon te herkennen. Neem contact met ons op als u twijfelt over de bewegingen van uw baby.

- **Klachten die passen bij een hoge bloeddruk**

Bij klachten van hoofdpijn, duizeligheid, sterretjes zien, misselijkheid, braken, plotseling veel vocht vasthouden of gevoel van een strakke band om de bovenbuik willen we graag dat u ons belt.

- **Jeuk**

Tijdens de zwangerschap is het normaal om soms lichte jeuk op de buik te ervaren. Bij jeuk zonder zichtbare huidafwijkingen op handpalmen, voetzolen, achter de oren of over het gehele lichaam willen wij graag dat u contact opneemt.

- **Pijn bij het plassen**

Dit kan soms betekenen dat u een blaasontsteking hebt, waarbij u meer kans hebt op een vroeggeboorte.

Rondom de uiterekende datum na 37 weken zwangerschap

Is het uw eerste kind? Neem dan contact op wanneer de weeën (harde en pijnlijke buiken) een uur à anderhalf uur om de vier minuten (of vaker komen) en een minuut duren. Bij een volgend kind belt u wanneer de weeën om de vijf minuten of vaker komen, gedurende een uur. Of wanneer de pijn thuis ondraaglijk is. En uiteraard bij alle andere bovengenoemde klachten.

Twijfelt u, bent u ongerust of mocht u de behoefte voelen om advies omtrent weeën en/of vruchtwaterverlies te krijgen, aarzel niet om te bellen. Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar

Telefoonnummers

- **Polikliniek (040) 888 83 80**
Bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.00 uur.
- **Spednummer (040) 888 95 51**
's Avonds, 's nachts en in de weekenden.
Dit nummer belt u ook met weeën, gebroken vliezen of bloedverlies.

De verloskamers

De verloskamers, ook wel kraamsuites genoemd, bevinden zich in het Vrouw-Moeder-Kind-centrum van MMC op de 1e verdieping, route 105. De afdeling is bereikbaar via de hoofdingang, en overdag ook via de zij-ingang van het Vrouw-Moeder-Kind Centrum. Indien u belt met zwangerschapsklachten of symptomen die wijzen op een bevalling, dan verzoeken wij u naar de kraamsuites te komen. Indien anders, dan hoort u dit aan de telefoon. Let op: wij komen niet bij u thuis zoals de 1e lijns verloskundige dat doet.

Wij raden u aan om, voordat de bevalling daadwerkelijk begint, de route die u moet nemen om in MMC te komen een keer te oefenen. Dit om onrust tijdens de autorit van huis naar MMC te voorkómen. Het is uw eigen verantwoordelijkheid vervoer te regelen om naar het ziekenhuis te komen in geval van klachten of de bevalling, ook indien u niet in het bezit bent van een eigen vervoermiddel. Geef tijdens de zwangerschap aan als u vervoersproblemen hebt die u niet zelf kunt oplossen.

Aankomst in het ziekenhuis

Bij aankomst in het ziekenhuis wordt u ontvangen door een verpleegkundige. Om de baby te kunnen monitoren wordt er gebruik gemaakt van een CTG-apparaat (hartfilmpje). Dit wordt direct bij binnenkomst aangesloten. Het geeft ons een indruk van de conditie van de baby. Het CTG kan draadloos aangesloten worden, zodat u bewegingsvrijheid hebt. Het CTG-apparaat registreert uitwendig door middel van twee banden om de buik. Eén knop registreert de weeënactiviteit en de andere knop registreert de hartslag van de baby. U kunt hiermee in bad en onder de douche.

Wie begeleidt de bevalling

Als u voor de bevalling naar het ziekenhuis komt, dan zullen een aantal mensen voor u gaan zorgen. Om de rust tijdens de bevalling te waarborgen, zijn dit zo min mogelijk mensen.

Een arts (wel/niet) in opleiding tot gynaecoloog en een verloskundige hebben samen dienst tijdens de dag, avond of nacht. Zij verdelen de zorg. De arts (wel/niet) in opleiding tot gynaecoloog of de verloskundige zal samen met de verpleegkundige voor jullie zorgen. Er wordt gewerkt met diensten van 8 uur, dit betekent dat het voor kan komen dat er tijdens uw verblijf gewisseld wordt van dienst team.

De gynaecoloog is eindverantwoordelijk. Hij of zij is altijd op de achtergrond aanwezig, maar zal niet bij elke bevalling aanwezig zijn. Wel is de gynaecoloog altijd beschikbaar. Ook de gynaecologen werken met een dienstsysteem. De gynaecoloog die dienst heeft tijdens uw bevalling zal daarom vaak niet uw vaste gynaecoloog van de polikliniek zijn.

De bevalling

U kunt op meerdere manieren bevallen en de bevalling kan op meerdere manieren beginnen. Als u gezond bent en uw zwangerschap volstrekt normaal verloopt, kunt u kiezen voor een thuis- of poliklinische bevalling (met uw eigen verloskundige uit de verloskundigenpraktijk komt u bevallen in een kraamsuite van MMC). Veel vrouwen bevallen in het ziekenhuis onder medische begeleiding (een klinische bevalling). De bevalling kan spontaan beginnen of kan worden ingeleid. Ook is het mogelijk dat de baby geboren wordt via een keizersnede (gepland danwel in overleg besloten tijdens de bevalling).

Enkele cijfers

Van de 2978 bevallingen in 2021 (100%), bevielen 2485 vrouwen (82.5%) onder leiding van MMC. De overige 493 vrouwen bevielen onder leiding van de 1e-lijns verloskundige. Van die 493 vrouwen beviel 7.1% thuis en 10.3% beviel poliklinisch.

13.5% (402 vrouwen) werd tijdens de bevalling verwezen naar MMC. De meest voorkomende reden om verwezen te worden tijdens de bevalling is de wens voor pijnstilling (36.1%) en het niet vorderen van de ontsluiting (8.2%).

Spontane start van de bevalling

Een natuurlijke start van de bevalling begint meestal met weeën die steeds krachtiger en regelmatig komen. Ongeveer 9 van de 10 bevallingen begint op deze manier. Bij de andere bevallingen die spontaan beginnen breken eerst de vliezen. Hierna krijgt 70% van de vrouwen binnen 24 uur vanzelf weeën. Soms herkent u de start van de bevalling aan slijmerig bloedverlies.

Weeën

Een wee is een samentrekking van de baarmoederspier. Het voelt als een kramp in uw onderbuik die langzaam opkomt, erger wordt en dan weer afzakt. U kunt zo'n wee vergelijken met een golf die aanspoelt op het strand. In het begin voelt u de pijngolf aan komen rollen. Net voor de golf omslaat, is de pijn het hevigst. Daarna trekt de golf terug en voelt u de pijn weer minder worden. Tussen de weeën door is er rust in de buik. De weeën worden sterker, komen vaker en regelmatig en doen meer pijn naarmate de bevalling vordert. Wanneer u contact op moet nemen met MMC, leest u onder het kopje "*Wanneer moet u bellen?*"

Gebroken vliezen

Tijdens de zwangerschap is de baby omhuld door vliezen met daarin het vruchtwater. Bij het breken van de vliezen, komt dit vruchtwater vrij. Het kan een plons vocht zijn, maar u kunt ook kleine beetjes vocht verliezen. Normaal is vruchtwater helder van kleur, kleurloos of roze. Soms heeft het een gele, groene of bruine kleur. Dit betekent dat de baby in het vruchtwater heeft gepoept. Dit wordt meconiumhoudend (meconium= poep van de baby) vruchtwater genoemd.

Het is van belang de baby dan steeds in de gaten te houden met een CTG (hartfilmpje) om de conditie te beoordelen. Het grootste aantal baby's heeft geen last van meconiumhoudend vruchtwater. Het risico van meconiumhoudend vruchtwater is dat de baby bij de geboorte een slechte start kan hebben. Het is hierdoor in enkele gevallen nodig een spoedkeizersnede te verrichten of dat de baby opgenomen wordt op de medium of intensive care voor baby's (NICU), omdat er sprake is van verdenking infectie of ademhalingsproblematiek.

Het vruchtwater wordt continu aangemaakt, dus nadat de vliezen zijn gebroken, kunt u steeds een beetje vruchtwater blijven verliezen. Als u denkt dat de vliezen gebroken zijn (ongeacht de zwangerschapsduur), mag u direct contact opnemen met de kraamsuites. U komt dan voor extra controle naar MMC. We controleren dan de kleur van het vruchtwater, maken een hartfilmpje (CTG) en eventueel een echo. Probeer wat vruchtwater op te vangen in een potje, zodat wij het makkelijk kunnen beoordelen.

Indien de vliezen zijn gebroken wachten we tot de weeën spontaan op gang komen. Dit doen we minimaal 24 uur. Na 24 uur zullen we een extra onderzoek doen (vaginale kweek) om na te gaan of er tekenen zijn van een GBS-infectie. De moeder kan draagster zijn van deze GBS-bacterie. Dit is niet schadelijk voor de moeder maar kan schadelijk zijn voor de baby. Indien dit niet het geval is, kan er eventueel nogmaals 24 uur gewacht worden, alvorens de bevalling in te leiden.

Vaginaal bloedverlies

Er kan tijdens de ontsluiting of aan het begin van de bevalling wat slijmerig, rood bloedverlies zijn, dit noemen we 'tekenen'. Dit is volkomen normaal. Het is belangrijk dat u contact met ons opneemt als u meer dan een enkele druppel helder bloed verliest.

Ontsluitingsfase

Het opengaan van de baarmoedermond wordt ontsluiting genoemd. Ontsluiting ontstaat door weeën en begint pas als de baarmoedermond helemaal verkort (verstreken) is. De snelheid van de ontsluiting is afhankelijk van onder andere de kracht van de weeën en de ligging van de baby. Bij een eerste bevalling vordert de ontsluiting gemiddeld een centimeter per uur. Bij een tweede (of meerdere) bevalling gaat dit vaak een stuk sneller.

De eerste centimeters van de ontsluiting kunnen wat trager vorderen doordat de baarmoedermond vaak nog moet verslappen (verweken) en korter moet worden (verstrijken). Daarna vordert de ontsluiting vaak wat sneller. Vaak komen de weeën dan ook regelmatig; elke 2-3 minuten. Door het doen van een inwendig onderzoek kan de zorgverlener bepalen hoeveel centimeter ontsluiting er is en of de bevalling voldoende vordert. Ook wordt gevoeld naar de stand van het hoofd van de baby. Om de voortgang van de bevalling goed in de gaten te houden, wordt ongeveer iedere twee uur een inwendig onderzoek verricht om de ontsluiting te beoordelen. We spreken van het begin van de bevalling, wanneer de baarmoedermond volledig verkort (verstreken) is, er minimaal 3 cm ontsluiting is, en er regelmatige weeën zijn.

Uitdrijving ‘het persen’

Wanneer de randen van de baarmoedermond tijdens het inwendige onderzoek niet meer te voelen zijn en het hoofdje dieper is gekomen, is er volledige ontsluiting (10 centimeter). U merkt dat de weeën nu anders aanvoelen en dat u de neiging krijgt om mee te persen. Dit heet persdrang. Deze reflex is vaak moeilijk tegen te houden. Actief zelf meepersen heeft pas zin wanneer de baby diep genoeg in het bekken zit. Soms is de baby nog niet diep genoeg in het bekken ingedaald en vraagt de zorgverlener om de persweeën nog weg te zuchten. Meestal duurt het persen bij een eerste kind tussen de 60-90 minuten. Bij een tweede (of meerdere) bevalling duurt dit vaak minder dan 30 minuten.

Bij een eerste bevalling kan het even duren voordat u van buitenaf iets kunt zien. Naarmate het persen vordert, wordt een steeds groter stuk van het hoofdje zichtbaar. In het begin zakt het hoofd nog terug in de vagina. Wanneer het hoofd ‘staat’ dan blijft het hoofdje ook tussen de weeën door zichtbaar op de bekkenbodem/in de vagina. Probeer goed te luisteren naar de aanwijzingen van de zorgverlener. U krijgt te horen wanneer u beter kan persen en wanneer u beter kan zuchten. Op deze manier wordt er geprobeerd het inscheuren van de bekkenbodem zoveel mogelijk te beperken. Ook wordt de bekkenbodem ondersteund om het risico op uitscheuren te verkleinen.

Na de geboorte van het hoofdje controleren we of de navelstreng om de nek van de baby zit (dit komt vaak voor en is niet erg), zo nodig wordt de navelstreng wat losser gemaakt op dat moment. Daarna vragen we u nogmaals een keer persen om de schouders en de rest van het lichaam geboren te laten worden.

Wanneer we twijfelen over de conditie van de baby of er aanwijzingen zijn dat de baby in nood is, kan het nodig zijn een knip (episiotomie) te plaatsen, een vacuümextractie (kunstverlossing) te doen of een keizersnede. Op dat moment zal dit met jullie besproken worden. We voeren deze ingrepen alleen uit wanneer dit echt nodig is.

Medische handelingen

Er kunnen tijdens de bevalling dingen gebeuren waardoor medische handelingen nodig zijn. Hieronder leggen wij uit welke handelingen er nodig zouden kunnen zijn, wanneer dit kan gebeuren, en hoe vaak dit voorkomt. Natuurlijk zullen wij dit altijd met u bespreken, als dit moment zich voordoet.

Continue CTG bewaking tijdens de bevalling

Om de baby te kunnen monitoren wordt er gebruik gemaakt van een CTG-apparaat (hartfilmpje). Dit wordt direct bij binnenkomst aangesloten. Een normaal hartfilmpje laat ons zien dat de baby in goede conditie is. Het CTG kan draadloos aangesloten worden zodat u alle bewegingsvrijheid hebt die u nodig hebt. U kunt hier zelfs mee in bad of onder de douche. In principe bewaakt het CTG-apparaat uitwendig door middel van twee knoppen die met elastische banden om uw buik bevestigd zitten. Eén knop registreert de weeënactiviteit en de andere knop registreert de hartslag van de baby. Indien het niet goed mogelijk is om de baby uitwendig te registreren zullen wij gebruik willen maken van een schedelelektrode. Een schedelelektrode is een draadje dat we in de hoofdhuid van de baby bevestigen. Indien dit nodig is zullen we dit met u bespreken.

Bijstimulatie (insturen 1e lijn)

Bijna de helft van de vrouwen die met hun eerstelijns verloskundige wilden bevallen worden overgedragen aan MMC. De meest vóórkomende redenen hiervoor waren: 1. ontsluiting die niet voldoende vorderde of 2. een wens voor pijnstilling. Vaak gaan deze twee redenen met elkaar samen, waardoor er moeilijk een exact aantal te geven is. Als de ontsluiting te langzaam gaat wordt er gestart met bijstimulatie (oxytocine via het infuus om de weeën te stimuleren). Het is van belang dat de ontsluiting en het persen niet onnodig lang duren, omdat dit voor moeder en kind risico's op kan opleveren.

Microbloed onderzoek

In sommige gevallen is nodig om tijdens de bevalling een microbloed onderzoek (MBO) te doen. Dit is een onderzoek dat verricht kan worden wanneer er twijfel is over de conditie van de baby. Hierbij wordt een kokertje via de vagina van de moeder ingebracht, waardoor het hoofdje van de baby zichtbaar wordt. Er worden dan een paar druppels bloed uit de hoofdhuid van de baby afgenomen in een buisje en vervolgens direct onderzocht. De uitslag is vaak binnen een minuut bekend. Het wondje op het hoofd van de baby wordt afgedrukt en stopt met bloeden waarna de vaginale koker verwijderd wordt.

De uitslag kan 2 opties geven;

1. De uitslag is prima en de bevalling kan verder normaal verlopen
2. De uitslag geeft aan dat de baby meteen geboren moet worden.

Afhankelijk van hoe ver de bevalling gevorderd is, zal een episiotomie (een knip), een vacuümextractie of een spoedkeizersnede verricht worden.

In 2021 werd in MMC in 20.4% van de bevallingen een episiotomie gezet (knip). Een reden om een knip te zetten is om de bevalling te bespoedigen, wanneer we denken dat de baby in nood is. In enkele zeldzame gevallen wordt er een knip geadviseerd om uitscheuren tot aan de anus te voorkomen. Een vacuümextractie (kunstverlossing) werd in 2021 bij 7.7% van de bevallingen toegepast. Dit kan zijn geweest omdat de baby in nood verkeerde, of dat de uitdrijving na een lange tijd persen niet vorderde waardoor er middels een vacuümextractie geholpen moest worden zodat de baby alsnog vaginaal geboren kan worden.

Nageboortetijdperk en hechten

De nageboorte

Nadat uw kindje is geboren laat de zorgverlener de navelstreng (indien mogelijk) minimaal drie minuten uitkloppen (delayed-cord-clamping). Indien gewenst mag uw partner (of uzelf) de navelstreng doorknippen. In MMC wordt de cordring gebruikt om de navelstreng af te klemmen. Na het afnavelen geeft de verpleegkundige medicatie (oxytocine) via het infuus. Dit is een medicijn om de baarmoeder goed samen te laten trekken, zodat de moederkoek (placenta) zo snel mogelijk geboren wordt en het bloedverlies beperkt blijft. Overmatig bloedverlies is het verlies van meer dan 1000ml bloedverlies. In 2021 was dit bij zeven van de 100 (7.1%) van de bevallingen in MMC het geval. In de meeste gevallen was de reden van deze ruime hoeveelheid bloedverlies het onvoldoende samentrekken van de baarmoeder na de geboorte van de placenta.

Na de geboorte van de baby voelt de zorgverlener regelmatig aan de baarmoeder om te controleren of de baarmoeder goed is samengetrokken. Daarbij wordt er gecontroleerd of de placenta al los is van de baarmoeder en geboren kan worden. Er wordt dan aan u gevraagd om mee te persen. De meeste placenta's worden binnen enkele minuten na de baby geboren. Als de placenta niet binnen 30 minuten wordt geboren, stellen we voor om deze onder narcose te verwijderen op de operatiekamer. In 2021 was dit bij 4 van de 100 (4.2%) bevallingen nodig. Langer dan 30 minuten afwachten of de placenta spontaan komt is niet zinvol, omdat het risico voor overmatig bloedverlies veel groter wordt. Ruim bloedverlies is ook een reden om de placenta op de operatiekamer te verwijderen.

Hechten

Na de bevalling beoordeelt de verloskundige of arts of er gehecht moet worden. Bij de meeste vrouwen, zeker bij een eerste bevalling, is de kans op scheuren van de vagina, schaamlippen of het weefsel tussen de vagina en de anus (perineum) groot (2021 bijna 40 van de 100 bevallingen (38.1%)). Sommige vrouwen kregen een knip (2021, 20.4%). Het is van belang dat diepere scheurtjes of de eventuele knip gehecht wordt om klachten in de toekomst te voorkomen. Dit gebeurt met oplosbaar hechtdraad. Voor het hechten van het weefsel wordt er eerst plaatselijk verdoofd.

Een ruggenprik die tijdens de bevalling werd gezet werkt ook nog bij het hechten. Oppervlakkige scheurtjes hoeven vaak niet te worden gehecht. Wanneer de kringspier van de anus beschadigd is ((sub)totaalruptuur), vindt het hechten plaats op de operatiekamer. De kans op een (sub)totaalruptuur, het uitscheuren (tot aan of deels) van de kringspier gebeurt bij 1 á 2 per 100 vrouwen (1.7%).

Golden hour

Wij vinden het belangrijk dat de baby na de geboorte meteen op uw borst gelegd wordt. Dit is voor veel vrouwen een fijn moment en een beloning voor het harde werken. We doen ons best om de baby tot aan het drinken van de eerste voeding en minimaal 1 uur huid-op-huid bij de moeder te laten liggen. Dit is voor de hechting tussen moeder en kind heel belangrijk.

De baby wordt afgedroogd, toegedekt met warme doeken en krijgt een muts op, zodat het kindje niet afkoelt. Soms is er een reden voor de kinderarts om aanwezig te zijn bij de geboorte van uw kind. Deze is meestal op de achtergrond op de kamer aanwezig. Wanneer er extra handelingen nodig zouden zijn om uw kind direct na de geboorte te ondersteunen, kan dit op de kamer plaatsvinden.

Bezoek

Wij begrijpen dat u familieleden en vrienden graag kennis laat maken met uw baby. Daarom zijn zij direct na de bevalling welkom op uw kraamsuite. De bezoektijden kunnen grotendeels naar eigen wens ingevuld worden. Op de zuigenlingenunit en NICU bepalen ouders zelf wanneer familie en kennissen op bezoek komen. Voorwaarde daarbij is dat één van de ouders van het opgenomen kind aanwezig is. Op de NICU kunnen kinderen tot en met 12 jaar die niet tot het gezin van het horen, helaas niet op bezoek komen. Dit in verband met de kans op het overbrengen van kinderziekten.

Ontslag

Uw arts of verloskundige vertelt wanneer u het ziekenhuis mag verlaten na uw bevalling. Dit is afhankelijk van de bevalling en de conditie van u en uw kind.

Aangeven

Na de bevalling dient u binnen drie werkdagen uw kindje aan te geven bij de gemeente Veldhoven, ook wanneer u zelf in een andere gemeente woont. Dit kan online via www.veldhoven.nl/geboorteaangifte of op afspraak bij de gemeente via tel: 14040. Dit moet gedaan worden door iemand die bij de geboorte aanwezig was.

Benodigdheden bij de aangifte:

- Het paspoort van de moeder.
- Eigen paspoort.
- Trouwboekje (indien u gehuwd bent).
- Het bewijs van erkenning (indien u niet gehuwd bent).

Nacontrole

Binnen zes weken na een normale bevalling volgt een nacontrole. Deze kan in het Vrouw Moeder Kind-centrum plaatsvinden, maar eventueel ook telefonisch of bij de verloskundige in uw buurt.

Pijn tijdens de bevalling

Bevallen gaat samen met pijnlijke contracties, ofwel weeën.

Er zijn verschillende manieren om met deze pijn om te gaan. Het lichaam maakt natuurlijke pijnstilling aan, endorfine. Endorfine zorgt ervoor dat u de pijn beter kan verdragen. Andere, manieren van pijnbestrijding zijn bijvoorbeeld; een warme douche of bad, het wisselen van houdingen of gebruik maken van een skippybal. Tijdens de bevalling is het mogelijk om gebruik te maken van een draadloos CTG waardoor u gemakkelijk verschillende houdingen aan kan nemen.

De warmte van een douche en bad kan helpen te ontspannen en de weeën op te vangen. De kamer waar u verblijft tijdens de bevalling beschikt over een eigen douche, toilet en een aanrecht. Er is dus niet standaard een bad op de kamer aanwezig. Er is op de kraamsuites van MMC een bevalbad aanwezig op de badkamer. Hier kunt u gratis gebruik van maken. Indien het bad op de badkamer niet beschikbaar is, is het mogelijk om gratis een bevalbad op de kamer te plaatsen.

Wanneer u zelf kiest om een bevalbad op de kamer te laten plaatsen en geen gebruik maakt van het bad in de badkamer, zijn hier echter kosten aan verbonden. Vraag dit na bij de zorgverlener.

Als deze manieren onvoldoende helpen om te gaan met de pijn, kunt u kiezen voor pijnstilling door middel van medicijnen. U kunt dit aangeven op het moment dat u hier behoefte aan hebt. Indien u een pijnstillingswens hebt wordt er samen met u en de zorgverlener die voor u zorgt beoordeelt welke vorm van pijnstilling de beste keuze op dat moment is. Dit is afhankelijk van hoeveel ontsluiting, de conditie van de baby, het verloop van de bevalling en de verwachting hoe lang de bevalling nog gaat duren.

In MMC zijn twee manieren van pijnbestrijding tijdens de bevalling beschikbaar door middel van medicijnen:

- Epidurale analgesie (ruggenprik)
- Remifentanil (morfine pompje)

In de folder [pijnbestrijding tijdens de bevalling](#) leest u hier meer over.

In 2021 kozen 49 van de 100 barende vrouwen (49.4%) voor een ruggenprik en 7 van de 100 (6.8%) voor een morfine pompje (remifentanil). Het overige deel beviel zonder pijnstilling. Indien u vanuit de 1e lijns verloskundige overgedragen wordt aan het ziekenhuis in verband met een wens tot pijnstilling, dan wordt er voorafgaand aan het geven van pijnstilling altijd eerst een CTG (hartfilmpje) van de baby gemaakt. Daarnaast krijgt u een infuus waar vocht en zo nodig medicatie door toegediend kan worden. Als alle controles normaal zijn, wordt er pijnstilling geregeld.

Bevalwensen

In deze folder hebben u en uw partner kunnen lezen hoe de geboortezorg in MMC georganiseerd is. Ook heeft u kunnen lezen hoe de zorg verleend wordt tijdens een bevalling en wat u kunt verwachten. Een bevalling kan altijd anders verlopen dan gewenst, maar onze visie en doel is om, samen met u en het team, zo goed mogelijk zorg te verlenen aan u, uw partner en jullie toekomstige baby.

Op het spreekuur, tijdens het bevallingsgesprek, wordt teruggekomen op de informatie die u in deze folder hebt kunnen lezen. Wij horen het graag wanneer er nog bijzonderheden, of zaken waar rekening mee gehouden moet worden, zijn.