

Geboorteplan

Afdeling gynaecologie en verloskunde

AZM

November 2014



Inleiding bij dit document

Wat is een geboorteplan

Een geboorteplan is een schema waarin je beschrijft wat je verwachtingen en wensen zijn rondom de bevalling. De verwachtingen en wensen bespreek je met je zorgverlener om deze zo goed mogelijk met elkaar af te stemmen om zo tot een haalbaar voornemen te komen.

Waarom dit geboorteplan

Een bevalling is een belangrijke gebeurtenis in je bestaan. De wijze waarop je naar je bevalling terugkijkt wisselt sterk. De tevredenheid over de bevalling hangt sterk samen met de verwachtingen vooraf. Als aan deze verwachtingen niet wordt voldaan zijn vrouwen nadien minder tevreden. Het lijkt dus belangrijk de verwachtingen, wensen en angsten vooraf goed helder te bespreken. Ten eerste kan hier dan zo goed mogelijk rekening mee worden gehouden. Ten tweede kunnen sommige verwachtingen van tevoren worden bijgesteld, al is het maar omdat de bevalling volledig anders kan verlopen dan je tevoren bedenkt.

Locatie

In het Nederlandse verloskundige zorgsysteem kan meer dan elders in de wereld. We gaan van het volgende uit; Je kan onder leiding van de verloskundige thuis of in het ziekenhuis of kraamhotel bevallen als het kan en in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog als dat moet. Een zwangere die een gezonde zwangerschap in een veilige omgeving doormaakt heeft dus meerdere keuzes. Zijn er medische of sociale risicofactoren, dan vindt de bevalling in beginsel in het ziekenhuis plaats.

Tegenwoordig wil ongeveer 1 op de 5 vrouwen voor het eerst zwanger thuis bevallen. Bij ongeveer de helft lukt dit ook. De andere helft wordt om uiteenlopende redenen tijdens de bevalling naar de gynaecoloog in het ziekenhuis verwezen. Bij vrouwen die al eens eerder bevallen zijn is dit verwijsperscentage veel kleiner: 5 op de 6 vrouwen bevalt na een eerdere vaginale bevalling bij voornemen tot thuisbevalling ook daadwerkelijk thuis.

Als vrouwen verwezen worden tijdens de bevalling is het vaak om de wens tot pijnstilling (ongeveer 1 op 4). Andere veel voorkomende redenen zijn onvoldoende vordering van de bevalling, of als er meconium in het vruchtwater wordt gezien of de vliezen gedurende meer dan 24 uur zijn gebroken. Gelukkig is er veel minder vaak sprake van een hele grote spoedverwijzing (1 op de 20 bevallingen).

Na een normale zwangerschap kan er ook voor gekozen worden om poliklinisch te bevallen. De bevalling begint dan thuis, en meestal wordt er bij ongeveer 6 centimeter ontsluiting

‘verhuisd’ naar het ziekenhuis. Daar bevalt u onder verantwoordelijkheid van uw eigen verloskundige, maar wordt er gebruik gemaakt van de ruimte en het materiaal van het ziekenhuis. Uw verloskundige kan u dit soms adviseren op medische gronden. Immers tussentijds overleg met de gynaecoloog is dan mogelijk en als het nodig is kunnen we u sneller verder helpen.

Het is belangrijk dat u zich beseft dat er vele momenten zijn dat de zorg voor u overgedragen kan worden aan een andere hulpverlener, en dat de kans hierop ook aanzienlijk is.

Begeleiding

Thuis kunt u worden begeleid door een verloskundige die samenwerkt met een kraamverzorgster. In het ziekenhuis wordt u begeleid door uw eigen verloskundige en kraamverzorgster, samen met een verpleegkundige van het ziekenhuis indien u poliklinisch bevalt. Indien u in de tweede lijn bevalt is er een arts-assistent (een arts die wel of niet in opleiding is om gynaecoloog te worden), klinische verloskundige (een verloskundige die alleen in het ziekenhuis werkt) of gynaecoloog die samen met een verpleegkundige voor u zorgt. Zowel de arts-assistent als klinische verloskundige verlenen de zorg altijd onder verantwoording van een dienstdoend gynaecoloog. Die gynaecoloog begeleidt op de achtergrond, en kan indien dit nodig is erbij geroepen worden. Een operatie team is altijd oproepbaar. Na de bevalling kan een kinderarts (in opleiding) indien nodig uw kind opvangen. Bij elkaar is het dus een groot team aan hulpverleners die intensief met elkaar samen werken. Omdat we onze kennis natuurlijk willen doorgeven aan de hulpverleners van de toekomst, kunnen er stagiaires of co-assistenten aanwezig zijn. Zij leren onder leiding van het team.

Wie zijn er bij de bevalling aanwezig en wanneer komen deze personen erbij?

Rust is belangrijk voor de bevalling. De aanwezigheid van sommige personen kan daarbij erg belangrijk zijn. Wie heeft u graag in de buurt als u gaat bevallen en wie moet er beslist aan uw zijde staan? Wanneer wilt u uw omgeving inlichten of uitnodigen voor bezoek na de bevalling? U doet er goed aan dit te bespreken met uw zorgverlener.

Wie past er thuis op

Indien u kinderen heeft, of er huisdieren zijn, dient u een oppas te regelen die op onverwachte momenten in te schakelen is. Bespreek dit tijdig zodat u hier geen zorgen over heeft als het zover is.

Sfeer: Muziek en licht

Thuis zijn er uiteraard meer mogelijkheden om een voor u zo prettig mogelijke sfeer te creëren. In het ziekenhuis kunt u zelf muziek meenemen indien u dit wenst, in sommige kamers is aangepaste verlichting mogelijk. U kunt van te voren eens rondkijken.

Houdingen

Tijdens het opvangen van de weeën, tijdens het persen en bij de geboorte zelf zijn er verschillende mogelijkheden. U kunt, als de situatie dit toestaat, lopen, staan, zitten, liggen, of leunen. Er is meestal ook een douche of een bad. Ook het persen kan op verschillende manieren. Zowel thuis als in het ziekenhuis zijn er verschillende mogelijkheden. In het ziekenhuis doen zich soms situaties voor die uw bewegingsvrijheid beperken (bijvoorbeeld een ruggenprik). Ook is een bad-bevalling onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis niet mogelijk, dit heeft te maken met de bewaking van de hartslag van de baby gedurende de bevalling. Dit kan wel thuis of in het ziekenhuis onder begeleiding van uw verloskundige mits deze daarvoor open staat.

Pijnbestrijding

Pijnbestrijding: De duur van een eerste bevalling is vaak langer dan die bij een tweede. Gemiddeld duurt een eerste bevalling 12-24 uur. Tijdens het opvangen van de weeën kan een douche of een bad verlichting van de pijn geven, ook kunnen massage, ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen helpen. In het ziekenhuis kan medicatie gegeven worden. De medicatie die in het ziekenhuis wordt gebruikt is meestal via een ruggenprik. Dit is de meeste effectieve manier van pijnstilling, er zijn echter wel een aantal voorzorgsmaatregelen bij nodig. Deze hebben te maken met mogelijke bloeddrukval, en het mogelijk krijgen van koorts als gevolg van de ruggenprik. Als u koorts krijgt kunnen we moeilijk het onderscheid maken tussen koorts ten gevolge van de ruggenprik of infectie in de baarmoeder. De kinderarts zal dan uw kind ter observatie opnemen en antibiotisch behandelen. Alternatieven zijn pethidine (een morfine-achtig middel), of remifentanyl - dit is een kortwerkend morfine-achtig middel dat slechts in enkele ziekenhuizen beschikbaar is.

Bij de bevallingen die in het ziekenhuis zijn begonnen krijgt ongeveer 1 op de 4 vrouwen een ruggenprik. Het blijkt dat continue begeleiding bij de bevalling minder kans op medisch ingrijpen met zich meebrengt. Dit kan helaas lang niet altijd aangeboden omdat er onvoldoende hulpverleners beschikbaar zijn.

www.knov.nl/folderomgaanmetpijn.

http://www.anesthesiologie.nl/p_ruggenprik

De manier van bevallen

Ongeveer 3 van de 4 bevallingen verloopt spontaan via de natuurlijke weg. Bij de 1 op 4 die niet spontaan bevallen zal bij 3 op de 5 een keizersnede worden verricht en 2 op de 5 een vaginale kunstverlossing (vacuüm (zuignap) of forcipale extractie(tang)). De kans op een keizersnede of vaginale kunstverlossing is het kleinst indien u bevalt onder leiding van uw verloskundige. Van de vrouwen die bij de verloskundige starten met bevallen eindigt ongeveer 1 op de 11 in een vaginale kunstverlossing en ongeveer 1 op de 33 in een keizersnede. Als de bevalling wordt begonnen onder leiding van de gynaecoloog is dit 1 op 6 en 1 op 8. Deze getallen gaan over vrouwen met een laag risico.

Redenen waarom een kunstverlossing wordt verricht zijn verschillend. Vaak is het in verband met het stagneren van de bevalling, soms is het vanwege de harttonen zoals die afgelezen worden op het CTG en wordt er gedacht dat de conditie van de baby afwachten niet meer toelaat.

Het is in ieder geval belangrijk dat u zich beseft dat de kans op een kunstverlossing hoe dan ook aanwezig is, en dat dit van tevoren lang niet altijd te voorspellen is.

De baby dicht bij je

Meestal krijgt u de baby na de geboorte direct op de buik. Dit kan natuurlijk anders zijn indien de baby direct moet worden nagekeken door de zorgverlener, of als u een keizersnede ondergaat. In die gevallen krijgt u uw baby toch zo snel als mogelijk bij u, ook kan de partner de baby vasthouden, en is huid-huid contact mogelijk.

Foto's

Bedenkt u van tevoren wie er wanneer foto's gaat maken, en wat er wel en wat niet gefotografeerd mag worden.

De navelstreng en de placenta

Wie knipt de navelstreng door, heeft u bijzondere ideeën over wat er met de placenta gebeurt?

Borstvoeding

Borstvoeding kan het best zo snel mogelijk na de bevalling gestart worden. Thuis helpen de verloskundige en de kraamverzorgster u hierbij. In het ziekenhuis is dit de verpleegkundige, eventueel met ondersteuning door de lactatieverpleegkundige. Indien u borstvoeding gaat geven zal in principe gestart worden met vitamine K druppels (zie ook <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-k.aspx>).

Bezoek na de bevalling

Soms duurt het enige tijd voordat de placenta komt, of moet er nog gehecht worden. In sommige gevallen (1 op 20) is hiervoor alsnog een ingreep nodig. Bereid u uw bezoek voor dat zij na de geboorte van de baby niet direct bij de ouders kunnen komen.

Kosten

Er wordt een eigen bijdrage gevraagd indien er geen medische indicatie (geen verhoogde kans op medische problemen) is en de zwangere toch in het ziekenhuis wenst te bevallen. Deze eigen bijdrage kan oplopen tot 494 Euro. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van uw verzekering. Kijk dit dus altijd van te voren na zodat u niet voor onverwachte verrassingen komt te staan. Het kan ook zijn dat de verloskundige de bevalling in het ziekenhuis begeleidt, maar dat hier wel een medische indicatie voor is (een poliklinische partus ofwel en verplaatste thuisbevalling). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er een verhoogd risico is op een bloeding na de geboorte van de baby. In dit geval is er geen eigen bijdrage nodig. Een bevalling in het ziekenhuis door een tweede- of derdelijns professional wordt ook volledig vergoed.

Geloofsovertuigingen

Indien u een bepaalde geloofsovertuiging heeft is het belangrijk deze te bespreken met uw zorgverlener. Voor Jehovah's getuigen is het belangrijk om een apart plan (niet in dit document) te maken samen met de gynaecoloog en de anaesthesist indien er door het geloof beperkingen zijn met betrekking tot de behandeling van een bloeding rondom de bevalling. Bespreekt u dit tijdig.

Voor moslims is het belangrijk om de voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener te bespreken. In de praktijk is het vaak mogelijk om aan deze wens tegemoet te komen, echter in bepaalde omstandigheden, met name in het ziekenhuis, maken spoedeisende situaties en beschikbaarheid dit onmogelijk.

Specifieke zorgen

Zijn er nog of angsten die niet in dit document aan de orde gekomen zijn, dan is het belangrijk deze nu alsnog te bespreken. Zijn er ervaringen bij u of in uw omgeving die u extra zorgen opleveren? Zijn er dingen waar u bang voor bent of over piekert? Bespreekt u dit!

Tenslotte

Nu al deze zaken aan bod zijn geweest is het tijd om uw vragen te stellen en uw wensen op al deze punten met uw zorgverlener te bespreken. Het opstellen van een geboortepan, rekening houdend met al het bovenstaande is een belangrijke stap in uw voorbereiding. Het geboortepan is een leidraad, en kan bij veranderende omstandigheden in uw zwangerschap aangepast worden samen met uw zorgverlener. Op de volgende bladzijdes kunt u uw wensen verwachtingen opschrijven.

Bevalplan van:	Naam	Geboortedatum
Besproken met:	Naam zorgverlener	Naam zorgverlenende instantie
Besproken op:	Datum	

1. Locatie

	Ja	Nee
Besproken		
Voorgenomen locatie: <input type="radio"/> Thuis <input type="radio"/> Poliklinisch zonder medische indicatie <input type="radio"/> Poliklinisch op medische indicatie <input type="radio"/> Klinisch		
Opmerkingen		

2. Begeleiding van de bevalling

	Ja	Nee
Besproken		
Bezwaar tegen stagiaires of co-assistenten		
Opmerkingen		

3. Wie zijn er bij de bevalling aanwezig en wanneer komen deze personen erbij?

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

4. Wie past er thuis op

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

5. Sfeer: Muziek en licht

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

6. Houdingen

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

7. Pijnbestrijding

	Ja	Nee
Besproken		
Reeds bekende voorkeur		
Indien ja: <input type="radio"/> bad of douche <input type="radio"/> ademhalingstechnieken <input type="radio"/> ontspanningsoefeningen <input type="radio"/> medicatie <input type="radio"/> andere voorkeur (schrijf bij opmerkingen)		
Opmerkingen		

8. De manier van bevallen

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

9. De baby op je buik

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

10. Foto's

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

11. De navelstreng en de placenta

	Ja	Nee
Besproken		
Bijzondere voorkeuren		
Opmerkingen		

12. Borstvoeding / flesvoeding

	Ja	Nee
Besproken		
Voornemens borstvoeding te gaan geven		
Opmerkingen		

13. Bezoek na de bevalling

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

14. Kosten

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

15. Geloofsovertuigingen

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		

16. Specifieke zorgen niet eerder besproken

	Ja	Nee
Besproken		
Opmerkingen		