INFO VOOR OUDERS

OPNAME OP DE MATERNITEIT

UZ GENT

UNIVERSITEIT GENT

INHOUD

01	Zwanger!	5
02	Ons mandaat	5
03	Team	6
04	De afdeling Verloskunde	9
05	Medisch personeel van de afdeling Verloskunde	11
06	Opname tijdens de zwangerschap	14
07	Opname voor arbeid en bevalling	15
08	Opname voor inleiding van de bevalling	15
09	Verloop van de inleiding	17
10	Opname met gebroken vliezen zonder weeën	19
11	Verloop van de arbeid	21
12	Verloop van de bevalling	26
13	Keizersnede	31
14	Groep B-streptokokken (GBS)	36
15	Stuitligging	37

16	Navelstrengbloed	39
17	Lichamelijke veranderingen tijdens de kraamperiode	41
18	Verloop van de kraamperiode	47
19	Baby's eerste levensdagen	52
20	Voeding van je baby	58
21	Naar huis	59
22	Perinatale kinesitherapie	60
23	Wetgeving	61
24	Thuiszorg en extra dienstverlening	65
25	Kinderopvang	67
26	Praktische informatie	67
27	Nuttige telefoonnummers	71

01 ZWANGER!

Je bent zwanger... Van harte gefeliciteerd!

Ongetwijfeld heb je veel vragen over de zwangerschap, de prenatale opvolging, de bevalling en allerlei praktische zaken.

In de brochure die je ontving bij je eerste prenatale consultatie kon je reeds informatie vinden over het verloop van de prenatale consultaties in het UZ Gent. In deze brochure lees je meer over de opname op de afdeling Verloskunde. Heb je na het lezen nog vragen, aarzel dan niet om ze bij een volgend bezoek aan je gynaecoloog of vroedvrouw te stellen.

02 ONS MANDAAT

De afdeling Verloskunde biedt verloskundige zorgverlening van hoge kwaliteit, op een moedervriendelijke manier, in nauw overleg met de patiënt en in samenwerking met de aanverwante disciplines. Dat betekent een natuurlijke, niet-gemedicaliseerde aanpak van de normale zwangerschap en bevalling, wat doorgaans een natuurlijk, fysiologisch proces is. Maar als er verwikkelingen zijn, kunnen we snel en adequaat ingrjpen. Stel het je dus voor als een thuisbevalling in een omgeving waar de hoogtechnologische methodes en kennis verborgen aanwezig zijn.

De afdeling Verloskunde maakt deel uit van de Vrouwenkliniek. Naast de standaard verloskundige zorgen beschikken we over een Maternal Intensive Care unit (MIC). Samen met de afdeling Neonatale intensieve zorg behandelen we patiënten die nood hebben aan hooggespecialiseerde zorg en die doorverwezen worden vanuit andere ziekenhuizen. We hebben daarvoor een samenwerkingsakkoord met 32 ziekenhuizen in Oost- en West-Vlaanderen en in Zeeuws-Vlaanderen.

Om zowel de normale als de hoogrisicozwangerschap en -bevalling optimaal te laten verlopen vinden we:

- dat de zwangerschap zo weinig mogelijk gemedicaliseerd moet worden.
- dat de bevalling zo natuurlijk mogelijk moet verlopen.

We streven naar een drastische vermindering van het aantal ingeleide bevallingen, keizersnedes en kunstverlossingen. Dat geldt uiteraard voor de normale zwangerschap en bevalling. We omringen de hoogrisicozwangere met de beste hoogtechnologische zorgen.

Wat wij belangrijk vinden

De vrouw en haar partner krijgen zoveel mogelijk informatie en inspraak. We treden op als een multidisciplinair team: alle zorgverstrekkers – gynaecologen, vroedvrouwen, neonatologen, andere specialisten, huisartsen en kinesisten – werken nauw samen. Onze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en ervaring. We garanderen een optimale zorg door de topexpertise van het UZ Gent. Er is steeds een vast staflid aanwezig, ook 's nachts en in het weekend.

03 TEAM

Diensthoofd

Steven Weyers

Naast onderstaande vaste stafleden wordt het artsenteam aangevuld met een wisselend aantal assistenten en residenten.

Stafleden

Hoog- en laagrisicoverloskunde

Isabelle Dehaene

Kristien Roelens

Ellen Roets

Griet Vandenberghe

Noortje van Oostrum

Roger Heydanus

Laagrisicoverloskunde

Herman Depypere

Chloë De Roo

Lien Dhaenens

Frank Dumortier

Menekse Göker

Tjalina Hamerlynck

Philippe Tummers

Frauke Vanden Meerschaut

Steffi Van Wessel

Glenn Vergauwen

Stephanie Deblaere

Laagrisicoverloskunde Gynteam Lokeren

Lynn Opdecam

Joke Bulthé

Ann De Smet

Eva D'Hoore

Annabel Goossens

Kathleen Verbeken

Kristin Van Mensel

Patricia Scheidt

Als patiënt heb je het recht om zelf een zorgverlener te kiezen. Een zorgverlener weigeren op basis van geslacht, huidskleur of geaardheid kan niet. Het UZ Gent is een opleidingscentrum en heeft een performant wachtsysteem van assistenten en stafleden, maar kan geen garantie bieden op de aanwezigheid van een specifieke zorgverlener.

04 DE AFDELING VERLOSKUNDE

Locatie

De verpleegafdeling van de afdeling Verloskunde bereik je via ingang 50, route 515. Het verloscomplex is met de afdeling verbonden.

Wanneer je overdag wordt opgenomen, kan je de verpleegafdeling Verloskunde bereiken via ingang 50 (lift aan de hoofdingang).

's Nachts (na 22 uur en vóór 6 uur) is de hoofdingang gesloten. De afdeling is dan bereikbaar via een aparte (ingang 54) met parlofoon (zie 'Praktische informatie'). Neem lift nr. 22 naar de tweede verdieping.

Parkeren

Er is een parking voor opname op het verloscomplex net voor de nachtingang (ingang 54). Volg het gele bord 'Dringend vervoer Verloskwartier - parking' (zie 'Praktische informatie'). Hier kan je parkeren tussen 22 uur en 6 uur of bij dringende opname. We vragen wel aan je partner om de auto nadien te verplaatsen. De grote bezoekersparking bevindt zich centraal op de campus in de parkeertoren.

Structuur

Verpleegafdeling

De verpleegafdeling heeft 7 tweepersoons- en 16 eenpersoonskamers voor observatie van zwangere vrouwen en voor bevallen patiënten.

Er zijn twee eenheden:

- Materniteit: hier worden de patiënten opgenomen die bevallen zijn, en worden zwangere vrouwen met minder ernstige pathologie geobserveerd.
- MIC (Maternal Intensive Care): hier worden zwangere vrouwen geobserveerd met ernstige pathologie (bv. ernstige preëclampsie, preterme contracties en ontsluiting,...) en zwangere/bevallen patiënten die doorverwezen werden uit andere ziekenhuizen.

Deze twee eenheden zijn in de praktijk niet van elkaar gescheiden en vormen één afdeling.

Verloscomplex

Het Verloscomplex heeft vijf arbeids- en verloskamers. Eén kamer heeft een relaxatie- en bevallingsbad.

Verder zijn er twee volledig uitgeruste operatiezalen voor keizersnedes en vaginale bevalling van hoogrisicopatiënten (bv. meerlingen).

05 MEDISCH PERSONEEL VAN DE AFDELING VERLOSKUNDE

Specialisten

Overdag

De stafleden van de verlosafdeling zijn verantwoordelijk voor de MIC-afdeling. Zij zorgen voor:

- de opname van zwangere patiënten die doorverwezen werden uit een ander ziekenhuis. Ze bepalen ook de behandeling van deze patiënten.
- uitwerking van de behandeling van zwangere patiënten die worden opgenomen vanop de eigen prenatale raadpleging in het UZ Gent.
- dagelijks bezoek bij en opvolging van elke zwangere patiënte.
- verantwoordelijkheid voor de verlosafdeling.
- supervisie bij bevallingen van patiënten van wie de eigen gynaecoloog niet beschikbaar is.

Voor deze taken bestaat een beurtrol. Elke specialist heeft vaste supervisiedagen in het verlos-complex en op de afdeling.

's Nachts en in het weekend / op feestdagen

Tijdens de wachtdienst is er dag en nacht een staflid aanwezig in het ziekenhuis. Vóór de start van de wachtdienst en 's morgens, na afloop ervan, vindt een overdracht plaats tussen de artsen. Alle patiënten worden besproken.

Als je op deze momenten bevalt, wordt de bevalling in principe door de arts-assistent van wacht (met supervisie door het staflid van wacht) begeleid, tenzij je op voorhand andere afspraken met je gynaecoloog had gemaakt.

Gynaecologen in opleiding (arts-assistenten)

Het Universitair Ziekenhuis Gent is een opleidingscentrum voor toekomstige gynaecologen. Dagelijks is minstens 1 assistent permanent aanwezig op de verlosafdeling en op de verpleegafdeling. Je kan bij deze arts terecht met eender welke vraag of eender welk probleem. De arts-assistent overlegt elk probleem met het verantwoordelijk staflid.

Ook 's nachts is er permanent een arts-assistent aanwezig die onmiddellijk kan overleggen met het inslapend staflid.

De arts-assistenten worden in ons centrum opgeleid en zijn vertrouwd met onze behandelprotocollen. Die worden voortdurend bijgewerkt aan de hand van recente wetenschappelijke gegevens.

Neonatologen

Kris De Coen

Lara Garabedian

Linde Goossens

Pauline Naessens

Annelies Keymeulen

Koenraad Smets

Sophie Vanhaesebrouck

Alexandra Zecic

Julie De Meulemeester

Het UZ Gent is een supraregionaal perinataal centrum (P*-centrum). Er is een intense samenwerking tussen het verloskundig team op de MIC-afdeling van de materniteit en het team van de dienst Neonatale intensieve zorg. Deze samenwerking zorgt voor continuïteit tussen de medische en verpleegkundige zorg van de moeder en haar ongeborene(n) en diezelfde zorg voor de moeder en haar pasgeboren kind(eren) onmiddellijk na de bevalling.

De overgrote meerderheid van de pasgeborenen kan, zoals in andere kraamklinieken, zonder bijkomend risico opgevangen worden in de verloskamer en bij jou op de kamer verblijven. Op vraag van de gynaecoloog en in bepaalde omstandigheden (bv. vroeggeboorte, vertraagde foetale groei, lange arbeid, enz.) zal een kinderarts-in-opleiding (indien nodig bijgestaan door een kinderarts-neonatoloog) aanwezig zijn bij de bevalling om bijkomende zorgen aan je baby te verstrekken mocht hij of zij ze nodig hebben.

Elke pasgeborene wordt kort na de geboorte onderzocht door de kinderarts; soms reeds in de verloskamer, maar meestal bij jou op de kamer binnen de 24 uur na de geboorte. Elke dag (behalve op zondag) komt de kinderarts naar de materniteit voor een zaalronde van alle pasgeborenen. Je kan hem of haar bij elk bezoek vragen stellen.

Je zal ook informatie en nuttige tips krijgen bij het eerste onderzoek en bij het ontslagonderzoek vóór je de materniteit verlaat. De baby's die op zaterdag samen met mama het ziekenhuis verlaten, onderzoekt de kinderarts op vrijdag; de baby's die op zondag naar huis gaan, onderzoekt de kinderarts-in-opleiding op zaterdag.

Pediatrische opvolging van je baby, na jullie ontslag uit het ziekenhuis, is niet mogelijk bij deze artsen.

Vroedvrouwen

De vroedkundige equipe bestaat uit een 50-tal gemotiveerde vroedvrouwen die samen met de medewerkers van andere disciplines instaan voor de totale zorg van moeder en kind, zowel voor, tijdens, als na de bevalling.

De vroedvrouwen van het UZ Gent zijn niet alleen gespecialiseerd in de begeleiding van de normale fysiologische arbeid en bevalling, maar zijn ook extra opgeleid om de hoogtechnologische zorg van een MIC-afdeling te kunnen bieden. Alle vroedvrouwen kregen ook extra vorming over de begeleiding van borstvoeding.

Aan het hoofd van het verpleegkundig team staat Anne Huygevelt, hoofdvroedvrouw, bijgestaan door Femke Monsaert en Asmahane Hachmi, adjunct-hoofdvroedvrouwen.

Anne Huygevelt

Femke Monsaert

Asmahane Hachmi

Anesthesisten

Het UZ Gent volgt de nieuwste trends en veranderingen in de verloskundige anesthesie op de voet. Aanpassingen van bestaande werkwijzen worden met het volledig team van anesthesisten doorgenomen. Dag en nacht kan je een beroep doen op een anesthesist met expertise ter zake. De verloskundige anesthesist neemt ook deel aan multidisciplinaire vergaderingen waar bepaalde zwangere patiënten met een ernstige medische voorgeschiedenis grondig besproken worden.

Andere

Het UZ Gent is niet alleen een opleidingscentrum voor toekomstige gynaecologen, ook vroedvrouwen in opleiding, artsen in opleiding en kinesitherapeuten komen er hun vaardigheden vervolmaken. Het is mogelijk dat je bij je opname mee wordt begeleid door een van hen. De medewerkers in opleiding moeten zich altijd eerst aan je voorstellen en je akkoord vragen. We waken er in elk geval over dat je bevalling discreet verloopt en dat maximaal één medewerker in opleiding erbij aanwezig is.

06 OPNAME TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Soms moet je tijdens de zwangerschap opgenomen worden, bv. wanneer je vroegtijdig contracties hebt die ontsluiting veroorzaken, wanneer je last hebt van een hoge bloeddruk en eiwit in de urine (zgn. preëclampsie of zwangerschapsvergiftiging), wanneer de baby onvoldoende groeit,... Je (verwijzende) gynaecoloog en de MIC-arts zullen je uitleggen waarom een opname nodig is en waaruit de behandeling zal bestaan.

07 OPNAME VOOR ARBEID EN BEVALLING

Wanneer je zwangerschap probleemloos verloopt, word je pas bij het begin van de arbeid opgenomen om te bevallen. Dit bevallingsproces begint niet bij iedereen op dezelfde manier.

Meestal krijg je eerst contracties of weeën die nog wat onregelmatig kunnen zijn. Wanneer je buik regelmatig, ongeveer om de 5 minuten, pijnlijk hard wordt, is de arbeid mogelijk begonnen.

Soms breken de vliezen eerst. Je hebt dan oncontroleerbaar vochtverlies. Een opname is dan nodig. Als je twijfelt, kan je het best contact met ons opnemen. Soms merk je nog niet veel van contracties, maar verandert de baarmoederhals en heb je bloedverlies.

Je komt het best naar het ziekenhuis:

- als je pijnlijke weeën hebt die regelmatig komen (ongeveer elke 5 minuten).
- als je bloedverlies hebt, behalve kort na een vaginaal onderzoek door de arts/vroedvrouw.
- als je oncontroleerbaar vochtverlies hebt.
- als je je kindje veel minder of niet meer voelt bewegen.
- als je om een andere reden ongerust bent.

Bel de verlosafdeling even voor je langskomt (tel. 09 332 21 52).

08 OPNAME VOOR INLEIDING VAN DE BEVALLING

Een inductie of inleiding van de baring is het kunstmatig op gang brengen van de arbeid en de bevalling. Dit kan om verschillende redenen gebeuren. In ons ziekenhuis maken we een onderscheid tussen een ‘medische inductie’ en een ‘niet-medische of electieve inductie’.

Medische inductie

Het inleiden van de baring is nodig omwille van een medische reden. Dit zijn enkele voorbeelden:

- Je hebt suikerziekte en gebruikt insuline (ofwel suikerziekte die er al vóór de zwangerschap was of zwangerschapssuikerziekte) en je suikerwaarden zijn zeer moeilijk te regelen en schommelen zeer sterk.
- De baring komt niet op gang en je bent al meer dan één week voorbij de uitgerekende bevallingsdatum.
- Je hebt zwangerschapsvergiftiging.

Een opsomming van alle medische redenen is hier niet mogelijk, aangezien elke situatie verschillend is. De voor- en nadelen van het verderzetten van de zwangerschap worden afgewogen tegen de voor- en nadelen van het in gang zetten van de bevalling.

Je gynaecoloog zal je uitleggen waarom het inleiden van de bevalling in jouw situatie de beste oplossing is voor jou en/of je ongeboren kindje.

Niet-medische of electieve inductie

In dit geval is er geen medische reden om de baring in te leiden. De baring wordt ingeleid om bijvoorbeeld praktische redenen (afwezigheid van de partner, subjectieve last, ...).

Als een bevalling wordt ingeleid, heb je een hogere kans op een langere arbeid, een kunstverlossing (zuignap of verlostang) en keizersnede. Daarom streven we in ons ziekenhuis naar een spontane arbeid. Bovendien blijken baby's die geboren worden tussen 37 en 38 weken zwangerschapsduur meer risico te hebben op een moeilijkere start en op ademhalingsproblemen dan baby's die geboren worden na 39 weken zwangerschapsduur. Als je toch kiest voor een electieve inleiding, plannen we die dus bij voorkeur na 39 weken zwangerschap.

Als je in overleg met je arts beslist om de bevalling toch in te leiden, vragen we je om een toestemmingsformulier te ondertekenen waarin je verklaart dat je ondanks bovenstaande informatie toch de voorkeur geeft aan een inleiding van de baring.

Aankomst in het ziekenhuis

Je arts zal het moment van opname met je afspreken. Dat moment hangt af van de rijpheid van de baarmoederhals en of het je eerste bevalling is of niet.

Als je 's avonds wordt opgenomen omdat we 's nachts starten met de pre-inductie of inductie, vragen we om je tussen 19 en 20 uur aan te melden op de afdeling. Als je pas 's morgens wordt opgenomen, verwachten we je om 6 uur op de afdeling.

De vroedvrouw ontvangt je bij aankomst in het ziekenhuis en brengt je naar een arbeids-en bevallingskamer.

Om je beter te kunnen begeleiden en verzorgen tijdens je verblijf in ons ziekenhuis, zal de vroedvrouw wellicht nog een kort opnamegesprek met jou voeren. Ze kijkt ook je temperatuur, pols en bloeddruk na. Als er een bloedafname moet gebeuren, plaatsen we een microclave ('slotje'), waarop later indien nodig een infuus kan aangeschakeld worden.

Geef bij opname zeker door welke medicatie je thuis neemt. We vullen deze gegevens zorgvuldig aan in je dossier. Als je de medicatie aan de vroedvrouw geeft, zal zij ervoor zorgen dat je ze op het juiste tijdstip krijgt. Vergeet deze medicatie dan niet bij ontslag terug mee te nemen naar huis.

De assistent-gynaecoloog die verantwoordelijk is voor de verlosafdeling komt zich voorstellen. Als je opgenomen wordt voor een electieve inleiding, zal hij/zij je ook vragen om het toestemmingsformulier af te geven dat je op de raadpleging van de gynaecoloog gekregen hebt.

Vergeet niet het toestemmingsformulier mee te brengen, anders kan de inleiding niet doorgaan.

Je wordt aan een CTG-toestel (cardiotocograaf) of monitor gelegd. Dit toestel registreert de harttonen van de baby en de weeën. Deze registratie duurt ongeveer 30 minuten. Tijdens de arbeid doen we nog een aantal registraties.

Trek gemakkelijke kledij aan voor de arbeid en de bevalling, bijvoorbeeld een lang T-shirt of een kort slaapkleed met korte mouwen. Hou er rekening mee dat dit vaak niet meer schoon te krijgen is na de bevalling! Je mag je ondergoed aanhouden.

09 VERLOOP VAN DE INLEIDING

Een inleiding gebeurt enkel wanneer de weeën nog niet gestart en de vliezen nog niet gebroken zijn. De baring kan pas ingeleid worden als de baarmoederhals 'rijp' is (minstens 3 cm open). Als dit bij jou nog niet zo is, zal er eerst een pre-inductie of rijping van de baarmoederhals plaatsvinden.

Wat is een pre-inductie?

Pre-inductie is de kunstmatige uitrijping van de baarmoederhals zodat de eigenlijke inductie een veel grotere kans op slagen heeft. Hiervoor wordt een gel met hormonen ingebracht door de opening van de baarmoederhals. Deze gel maakt de baarmoederhals zachter, en doet ze verkorten en opengaan. Een pre-inductie is dus de voorbereiding op de eigenlijke inductie.

Verloop van een pre-inductie

Je ligt in gynaecologische houding voor de plaatsing van de sonde. Na het inbrengen van een speculum (zoals bij een gynaecologisch onderzoek) wordt een sonde met een ballonnetje ingebracht tot

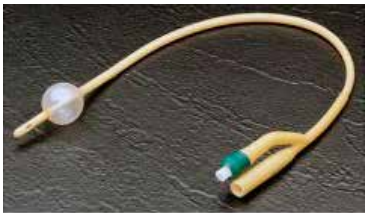
voorbij de baarmoederhals. Wanneer de sonde op zijn plaats zit, wordt het deel dat in de baarmoeder zit met water gevuld, tot er zich een 'ballonnetje' vormt. Dit voorkomt dat de sonde terugglijdt. Daarna wordt de gel via de sonde ingebracht.

Eens de sonde met gel in de baarmoederhals zit, kan je krampen in de onderbuik krijgen. Die zijn te vergelijken met menstruatiepijn. De buikkrampen kunnen constant aanhouden of in golven komen. We spreken pas van weeën als de baarmoederhals ook ontsluit.

Het eerste half uur moet je in bed blijven liggen zodat de ingebrachte gel niet onmiddellijk uit de baarmoeder kan lopen. Intussen zal de vroedvrouw een CTG-registratie afnemen om na te gaan hoe de baby reageert op de pre-inductie en om de evolutie van de baarmoederactiviteit te registreren.

Verwijdering van de sonde

Wanneer de baarmoederhals 3 cm ontsloten is, kan de sonde verwijderd worden. Het is ook mogelijk dat de sonde spontaan uit de baarmoederhals en vagina glijdt, bijvoorbeeld als je naar het toilet gaat. Dat is geen probleem. Verwittig wel de vroedvrouw.



Sonde met ballon

Het is moeilijk te voorspellen hoeveel tijd je nodig zal hebben om tot voldoende rijping van de baarmoederhals te komen. Dit is van verschillende factoren afhankelijk (eerste bevalling of niet, rijpheid van de baarmoederhals op het ogenblik van de pre-inductie, e.a.).

Hoe gebeurt de inductie of inleiding?

Om de baring op gang te brengen, breekt de arts de vliezen met een haakje (een vliezenbreker) via de vagina. Dit voelt meestal aan als een gewoon inwendig onderzoek.

Vliezenbreker

Wanneer je weinig of geen weeën krijgt (na het breken van de vliezen), plaatst de vroedvrouw een infuus (of wordt een infuus gekoppeld aan het eerder geplaatste slotje). Daarin is een hormoon opgelost dat de weeën opwekt of versterkt. Het kan ook zijn dat de vliezen spontaan breken en dat er geen infuus nodig is.

10 OPNAME MET GEBROKEN VLIEZEN ZONDER WEEËN

Bij het merendeel van de vrouwen bij wie de vliezen spontaan breken, komt de arbeid (weliswaar soms na enige tijd) spontaan op gang. Aangezien elk vaginaal onderzoek de kans op een opstijgende infectie naar de baarmoeder verhoogt, zal je bij gebroken vliezen niet vaginaal onderzocht worden zolang de weeën niet zijn begonnen. Daarom hebben we de gewoonte om 24 uur af te wachten (op voorwaarde dat je GBS-negatief bent – zie hoofdstuk 'Groep B Streptokokken').

Als de weeën na 24 uur nog niet begonnen zijn, beoordelen we de rijpheid en de ontsluiting van de baarmoederhals wel door middel van een vaginaal onderzoek.

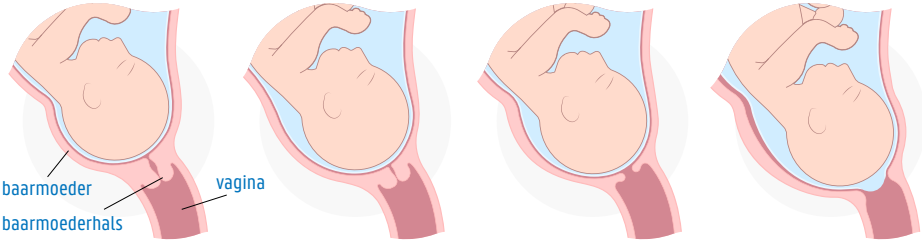
Als je GBS-positief bent, wachten we geen 24 uur af. In dat geval beginnen we onmiddellijk met de toediening van antibiotica en de opwekking van weeën.

De baarmoederhals is nog niet rijp

Als de baarmoederhals onvoldoende rijp is, krijg je een infuus met medicatie om de baarmoederhals rijp te maken. Je krijgt hiervan pijn in de onderbuik (zoals bij menstruatie). Zodra de baarmoederhals rijp genoeg is, schakelen we over op andere medicatie die de weeën opwekt.

De baarmoederhals is rijp genoeg

Als de baarmoederhals rijp genoeg is, krijg je een infuus met medicatie dat de weeën opwekt zoals bij een inleiding. Het verdere verloop van de bevalling is hetzelfde als bij een spontane arbeid.



Geen verstrijking of ontsluiting

30% verstreken en geen ontsluiting

100% verstreken en 3 cm ontsluiting

Volledige ontsluiting

PHILIPS
PHILIPS

11 VERLOOP VAN DE ARBEID

Duur van de arbeid

Hoelang de arbeid zal duren en wanneer de bevalling juist zal plaatshebben, is moeilijk in te schatten.

Wanneer de arbeid goed op gang is (regelmatige, pijnlijke contracties om de 2 à 3 minuten) en als de baarmoedermond voldoende rijp en week is, ontsluit een zwangere vrouw gemiddeld 1 cm per uur. Dit kan sneller gaan vanaf een tweede of derde kindje.

Op regelmatige tijdstippen gebruiken we een CTG-toestel om de conditie van de baby en de regelmaat van de contracties te beoordelen.

Zitbal

In principe mag je de houding aannemen die je verkiest: liggen, zitten op een stoel of een bal of rondlopen. Dat is geen probleem aangezien CTG–controle ook kan gebeuren met een telegeleid systeem. Zeg aan de vroedvrouw en je partner wat je wil. Probeer je zo goed mogelijk te ontspannen. Concentreer je op je ademhaling door langzaam in en uit te ademen.

Het is bijzonder belangrijk dat je jezelf goed kan ontspannen tijdens de arbeid. Als dat niet lukt, verloopt de ontsluiting van de baarmoederhals en de indaling van je baby moeizamer. De manier waarop je je het best kan ontspannen, verschilt van persoon tot persoon. Sommige vrouwen voelen zich comfortabel in bed, andere op de bal, voorovergebogen of rondlopend. Weer andere vrouwen kunnen het best ontspannen in bad. Je kan ook een douche nemen. De waterstralen op de huid hebben vaak een ontspannend effect.

Tijdens de eerste fase van de arbeid kan je iets lichts eten en/of iets drinken. Wanneer je actief in arbeid bent, drink je het best enkel water of isotone dranken (sportdranken).

Rol van je partner of begeleider

Je kan je tijdens je verblijf op de verlosafdeling laten vergezellen door de persoon van je keuze. Heel vaak is dat je partner, soms is dat ook een andere persoon (familielid, vriend(in), vroedvrouw, doula,...). Om de rust en de sereniteit van alle bevallende vrouwen in het verloscomplex te garanderen, vragen we je om je door niet meer dan twee personen te laten vergezellen. De persoon die aanwezig is kan alleen al door er te zijn heel wat voor je betekenen. Zeg wel wat je verlangt of juist niet kan verdragen. Sommige vrouwen worden tijdens de arbeid liever niet aangeraakt.

Wanneer je lage rugpijn hebt, kan de pijn verzacht worden door je rug te laten masseren. Als je het warm krijgt door de geleverde arbeid, kan je je gezicht laten verfrissen met een koud washandje. Laat je helpen als je wil rondlopen of een douche wil nemen. Als je alleen bent, kan je steeds een beroep doen op de vroedvrouw.

Relaxatie in bad

Sommige vrouwen die zonder pijnstilling willen bevallen, hebben veel baat bij een arbeid in bad. Dat helpt om je te ontspannen en de weeën op te vangen. Je lichaam is gedeeltelijk gewichtloos en dat geeft je meer bewegingsvrijheid: je kan makkelijker van houding veranderen. Onze verlosafdeling heeft een relaxatie- en bevallingsbad. Als je graag een relaxatiebad wil, zeg dat dan bij je opname op onze afdeling aan de vroedvrouw die je ontvangt. Terwijl je in bad zit, kunnen we de harttonen van de baby beluisteren met een waterdicht monitorsysteem.

Relaxatiebad

Epidurale verdoving

Wanneer het niet je lukt om voldoende te ontspannen en wanneer je te veel pijn hebt, kan je opteren voor een epidurale verdoving of ruggenprik. We gebruiken gecombineerde spinale-epidurale verdoving of CSE.

Toediening

Wacht niet tot je volledig uitgeput bent om een ruggenprik te vragen. Eerst moeten we een infuus met vocht toedienen om een plotse daling van de bloeddruk tijdens de epidurale verdoving te voorkomen. De anesthesist is bovendien, afhankelijk van het ogenblik en de drukte in de operatiezaal, niet altijd onmiddellijk beschikbaar. Ten slotte duurt het ook enige tijd (10-20 minuten) na het plaatsen van de ruggenprik vóór je voldoende pijnstilling ondervindt.

We vragen je om rechtop op de rand van het bed te gaan zitten. De anesthesist zal je instructies geven over hoe je je rug moet krommen en de vroedvrouw zal je hierbij helpen. De anesthesist trekt een steriele jas en handschoenen aan en gebruikt steriel materiaal om de verdoving toe te dienen.

Bij gecombineerde spinale-epidurale anesthesie wordt een eerste dosis pijnstillende medicatie door een zeer fijne naald ingespoten. Dit zorgt voor snellere pijnstilling dan bij een gewone epidurale verdoving. Vervolgens wordt een katheter of fijn buisje opgeschoven dat in je rug blijft zitten. Dat wordt verbonden met een pomp die continu pijnstillende medicatie toedient. Aan de pomp zit ook een drukknop. Als je behoefte hebt aan meer pijnstilling kan je deze knop indrukken, waardoor je een extra dosis medicatie toegediend krijgt. Er bestaat geen gevaar dat je te veel medicatie binnenkrijgt: je kan slechts een maximum aantal keer drukken in een bepaalde tijdspanne. Als ook dit onvoldoende pijnstilling geeft, verwittig je de vroedvrouw.

Epidurale verdoving

Voordelen

Je kiest zelf of je al dan niet een ruggenprik wil. In sommige gevallen kan het nuttig zijn om een CSE te plaatsen.

- Als de ontsluiting stagneert bij een zwangere vrouw die moeite heeft om de weeën op te vangen.
- Bij een lange ontsluitingsfase doordat de baby met het hoofdje in de verkeerde richting ligt en eerst nog moet draaien.
- Bij hoge bloeddruk of zwangerschapsvergiftiging helpt een CSE om de bloeddruk beter onder controle te houden en de bloedtoevoer naar de baby te verhogen.
- In situaties waarbij pijn het best wordt vermeden in het belang van de moeder (bv. bij epilepsie, ernstige hartafwijking van de moeder,...).

Nadelen

Een CSE heeft weinig nadelen:

- Soms daalt de bloeddruk plots bij de plaatsing van de verdoving. Dit kan worden opgevangen door de toediening van extra vocht langs het infuus.
- Heel af en toe hebben vrouwen na de bevalling hoofdpijn die verergert bij het rechtop zitten en overgaat het bij liggen. Die hoofdpijn kan veroorzaakt worden door een klein lek van ruggenmergvocht op de prikplaats. Hiervoor bestaat een adequate behandeling.
- Het gebruik van epidurale anesthesie zorgt voor een iets hogere kans op kunstverlossing (zuignap - forceps) en mogelijk voor een langer durende ontsluitingsfase.

Mag iedereen een ruggenprik krijgen?

Er zijn slechts weinig redenen waarom je geen ruggenprik zou kunnen krijgen:

- Wanneer je een verhoogd risico op bloedingen hebt
- Bij sommige vormen van zwangerschapsvergiftiging
- Als je spuitjes krijgt met bloedverdunners
- Als je bepaalde operaties aan je rug hebt ondergaan
- Als je een afwijking aan de rug hebt

Bespreek dit op voorhand met je gynaecoloog en breng eventueel foto's mee. Als we het probleem op voorhand aan de anesthesist voorleggen, is er vaak wel een oplossing te vinden. Je kan via de vroedvrouw een afspraak maken voor een consultatie bij de anesthesist.

Route 515
Materniteit
Verlosafdeling
verpleegpost

12 VERLOOP VAN DE BEVALLING

Normaal verloop van een bevalling

Als je volledige ontsluiting hebt, is de ontsluitingsfase voorbij. Dan begint de tweede fase van de bevalling: de uitdrijvingsfase. Je baby daalt in het bekken door de voortstuwende kracht van de weeën en door je eigen perskracht als je begint te persen. Bij de doortocht door het kleine bekken past het hoofd van je baby zich aan je bekken aan.

Als je geen ruggenprik hebt, ervaar je meestal een onbedwingbare drang om te persen, soms zelfs al vóór je volledige ontsluiting hebt. Wanneer je wel een verdoving hebt, kan het zijn dat je pas drukgevoel ervaart op het moment dat het hoofdje al een stuk lager zit.

Het is niet zo dat je altijd moet beginnen persen op het moment dat je volledige ontsluiting hebt bereikt. Soms moet de baby nog wat draaien, of zit het hoofdje nog heel hoog. In dat geval wordt beter nog een tijdje afgewacht. In elk geval zal de arts of vroedvrouw je duidelijk zeggen wanneer je mag beginnen persen. wJe hoeft niet per se op voorhand te weten hoe je dat moet doen. De vroedvrouw en de arts leggen je haarfijn uit wat je moet doen en helpen je waar nodig.

De houding waarin je wil bevallen, kan je op voorhand bespreken met je gynaecoloog. Ook de vroedvrouw die je begeleidt bij de bevalling staat open voor je specifieke wensen.

In de meerderheid van de gevallen wordt de baby geboren met het gezichtje naar beneden. Soms wordt de baby met het gezicht naar het plafond geboren (sterrenkijkertje). In dat geval kan de ontsluiting of de uitdrijving langer duren.

Soms beslist de arts of vroedvrouw om een knip (episiotomie) te plaatsen. Dat kan nodig zijn als het perineum dreigt te scheuren, of als de baby om een of andere reden sneller geboren moet worden.

Nadat het hoofdje is geboren, kijkt de arts of vroedvrouw of de navelstreng moet verwijderd worden rond de hals van de baby. Dat is geen reden tot ongerustheid en komt heel vaak voor bij een bevalling.

Luister goed naar de aanwijzingen van de arts en vroedvrouw. Ze zullen je duidelijk zeggen wanneer je even moet stoppen met persen en wanneer je opnieuw mag beginnen.

Na de geboorte van het hoofdje en de eventuele verwijdering van de navelstreng verloopt de verdere geboorte heel snel: eerst worden de schoudertjes en daarna de rest van je baby geboren.

Onmiddellijk na de bevalling

Na de geboorte kan je je baby in je armen nemen en op je huid leggen. Samen met de vroedvrouw en je partner mag je je baby afdrogen, hij/zij krijgt een mutsje op en wordt toegedekt met een voorverwarmde doek om niet af koelen. Huidcontact met je baby is belangrijk voor jullie beiden, om tot rust te komen en de bevalling te verwerken. Het bevordert ook het natuurlijk verloop van borstvoeding. Dit eerste contact proberen we zoveel mogelijk ongestoord te laten verlopen.

De navelstreng wordt vervolgens afgeklemd. Je partner of begeleider mag de navelstreng doorknippen.

Eén minuut, 5 minuten en 10 minuten na de geboorte kent de vroedvrouw een score aan je baby toe (de Apgar-score). Deze score weerspiegelt de manier waarop je baby zijn of haar eerste levensminuten is gestart.

In sommige situaties is de kinderarts bij de geboorte aanwezig en moet je baby onderzocht worden. In dat geval wordt de baby eerst bij de kinderarts gebracht, maar als alles goed is, krijg je hem snel weer bij je en kan je huidcontact hebben met je baby.

Onmiddellijk na de geboorte van je baby krijg je medicatie om de baarmoeder goed te doen samentrekken. Dat bevordert de geboorte van de moederkoek en vliezen (de nageboorte).

Nageboorte

De nageboorte bestaat uit de moederkoek met de navelstreng en de vliezen. Ze wordt meestal binnen het kwartier, maar maximum binnen het uur na de geboorte van je baby geboren.

De nageboorte wordt nergens voor gebruikt. Sommige mensen willen de nageboorte mee naar huis nemen. Wil je dat niet, dan wordt ze vernietigd.

Het bloed dat zich in de placenta en de navelstreng bevindt, is bloed van je baby en wordt mee vernietigd. Als je hiermee akkoord gaat, kan dit navelstrengbloed verzameld worden (zie hoofdstuk 'Navelstrengbloeddonatie'). Je kan er ook voor kiezen de navelstreng te laten uitkloppen, zodat al het bloed dat nog in de placenta zit, naar je baby vloeit. Dat is echter niet compatibel met navelstrengbloeddonatie.

Badbevalling

Voor een baby zou een onderwaterbevalling een minder traumatiserende overgang zijn van de baarmoeder naar de buitenwereld. De baby gaat van het warme vruchtwater naar het warme badwater en licht en geluid zijn meer gedempt.

Er zijn specifieke verwikkelingen beschreven bij onderwaterbevallingen die niet voorkomen bij een bevalling 'op het droge'. Die zijn niet frequent maar kunnen ernstig zijn.

Als je graag onder water wil bevallen, bespreek dit dan op voorhand met je gynaecoloog. Die zal je voldoende uitleg geven zodat je een geïnformeerde keuze kan maken.

Een onderwaterbevalling kan alleen als alles heel vlot en perfect normaal verloopt. In bepaalde gevallen is een onderwaterbevalling niet mogelijk: je arts zal dit op voorhand met je bespreken en uitleggen waarom.

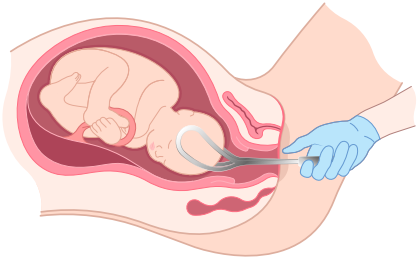
Wanneer je wordt opgenomen en je eigen gynaecoloog niet beschikbaar is, ligt de beslissing altijd bij het superviserend staflid.

Kunstverlossing

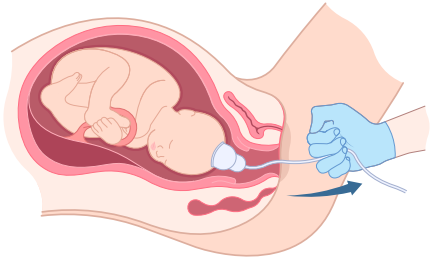
In bepaalde gevallen kan de gynaecoloog beslissen om je te helpen bij de geboorte van je baby. Dat kan gebeuren om de geboorte te versnellen of omdat je al enige tijd aan het persen bent met weinig vooruitgang. Meestal gebruiken we hiervoor een zuignap (ventouse) die op het hoofd van de baby wordt geplaatst. In bepaalde gevallen wordt een forceps (verlostang, vroeger ook wel 'de lepels' genoemd) gebruikt.

De plaatsing van zowel de zuignap als de forceps kan onaangenaam zijn, zelfs met een epidurale verdoving. Met een zuignap of een forceps wordt de weg die de baby moet volgen mee begeleid, maar jij doet nog steeds het grootste werk. Het is dus belangrijk dat je even intensief blijft meepersen.

Bij elke kunstverlossing is de kinderarts aanwezig voor de eerste opvang van de baby.



Forceps of verlostang



Zuignap of ventouse

13 KEIZERSNEDE

Waarom een keizersnede?

Soms kan de baby niet geboren worden langs de natuurlijke, vaginale weg. Dan beslist de gynaecoloog, na overleg, om een keizersnede uit te voeren.

Er zijn twee soorten keizersnedes:

- de electieve, geplande of primaire keizersnede: in dit geval word je op een geplande datum opgenomen voor een keizersnede (bv. als je al tweemaal een keizersnede hebt gehad). Je bent dus niet in arbeid op het moment van de keizersnede.
- de niet-electieve, niet-geplande of secundaire keizersnede: in dit geval was je al in arbeid, of waren je vliezen gebroken. De arts kan tijdens de arbeid beslissen om een keizersnede uit te voeren, bv.:
  - wanneer we vermoeden dat de baby in nood kan raken.
  - wanneer de ontsluiting niet vordert.
- wanneer er wel een keizersnede gepland was maar je vroeger in arbeid/met gebroken vliezen wordt opgenomen.

Voorbereiding op de keizersnede

In ons ziekenhuis zijn er twee operatiekamers op de verlosafdeling. Een keizersnede wordt altijd op onze afdeling uitgevoerd in aanwezigheid van een anesthesist en een kinderarts.

Bij de geplande keizersnede geeft je arts je het uur van opname. Op de dag van de operatie moet je nuchter zijn. Dit betekent niet eten vanaf middernacht. Heldere dranken drinken (water, heldere thee zonder melk, koffie zonder melk en sportdranken) mag nog tot twee uur voor de opname in het ziekenhuis.

Bij de opname scheert de vroedvrouw je schaamhaar gedeeltelijk weg. Je krijgt ook een operatiehemd aan. Een kunstgebit en contactlenzen moet je uitdoen. Je draagt ook geen juwelen, haarspelden of make-up.

De vroedvrouw plaatst een infuus voor vocht- en medicatietoediening. Je krijgt ook een zout smakende oplossing te drinken ter voorkoming van problemen door verslikking.

Verdoving

Locoregionale verdoving

De keizersnede gebeurt bij voorkeur onder locoregionale verdoving (dus een ruggenprik). Bij een electieve keizersnede nemen we rustig de tijd om je te verdoven en je op de operatietafel te installeren.

Ook bij een niet-electieve keizersnede kan in de meeste gevallen nog een ruggenprik worden geplaatst of kan je extra verdoving krijgen langs de reeds aanwezige epidurale katheter.

Het voordeel van een ruggenprik is dat je de geboorte van je kindje bewust meemaakt en hem/haar al onmiddellijk kan aanraken. Je baby krijgt bovendien zelf zo goed als geen verdoving.

Algemene verdoving

Een algemene verdoving heeft een aantal nadelen:

- Je wordt volledig in slaap gebracht en krijgt een buisje in de keel om beademd te worden.
- De verdovende medicatie die je toegediend krijgt, komt ook voor een deel bij je baby terecht. Die kan hierdoor suffer en slapper zijn bij de geboorte. De baby wordt opgevangen door de kinderarts, die daar rekening mee houdt.

Om deze redenen gebruiken we algemene verdoving enkel in zeer dringende gevallen. Bij een algemene verdoving mag de partner niet in de operatiezaal blijven. De vroedvrouw zal hem of haar op de hoogte houden tijdens de ingreep.

De keizersnede zelf

Wanneer de verdoving is geplaatst en je op de operatietafel bent geïnstalleerd, wordt je buik volledig ontsmet en steriel afgedekt. Je krijgt een blaassonde waardoor je urine afloopt in een zakje. Een scherm staat tussen je hoofd en je buik, maar er zit een venster in het laken, zodat je de geboorte van je kindje kan zien – als je dat wil. Als je een ruggenprik hebt, kan je partner nu binnenkomen en naast jou plaatsnemen. Hij of zij blijft de hele operatie bij jou.

De ingreep zelf duurt een half uur tot een uur. De gynaecoloog maakt een horizontale snede in de huid, net onder de haargrens. Deze zogenaamde ‘bikinisnede’ zit na de geboorte verborgen onder de rand van je slipje. Slechts in heel uitzonderlijke gevallen maakt de gynaecoloog een verticale snede, van je navel tot je haargrens. Meestal gebeurt dit enkel als er nog een andere operatie moet plaatsvinden of als je reeds een litteken hebt. Vervolgens worden de buikspieren en het buikvlies geopend.

Bevalling met keizersnede

De snede in de baarmoeder maakt de gynaecoloog bij voorkeur horizontaal in het onderste deel van de baarmoeder. Een litteken op deze plaats heeft de minste kans om te scheuren bij een volgende zwangerschap. Als de baarmoeder op een andere manier wordt geopend (verticale snede), mag je niet meer vaginaal bevallen bij een volgende zwangerschap. Dit gebeurt enkel in noodsituaties (bv. bij een kleine, premature baby in een moeilijke ligging). De tijd tussen het openen van de buik en de geboorte van je kindje is meestal heel kort.

Na de geboorte van de baby wordt je buik weer zorgvuldig gesloten. Eerst wordt de baarmoeder gesloten, daarna de buikspieren en daarna de huid. Dit neemt het meeste tijd in beslag en duurt veel langer dan de geboorte van je kindje.

Wat gebeurt er met mijn baby?

Ontmoeting bij keizersnede

De gynaecoloog overhandigt je baby aan de vroedvrouw, die hem of haar even aan jullie toont. Daarna brengt de vroedvrouw de baby naar de kinderarts. De kinderarts onderzoekt je baby en dient de eerste zorgen toe. Zodra dat mogelijk is, mag je partner naar de baby toe.

Ook in het geval van een keizersnede streven we er op onze afdeling naar om je eerste huidcontact met je baby zo ongestoord mogelijk te laten verlopen. Daarom brengt de vroedvrouw je baby, als zijn of haar toestand het toelaat en de kinderarts akkoord gaat, bij jou en legt hem of haar op je borst. Kan dit om een of andere reden niet, dan mag je partner huidcontact hebben met je baby.

In bepaalde gevallen moet je baby opgenomen worden op de neonatale eenheid (N*) of op de dienst Neonatale intensieve zorg. We stabiliseren in dat geval je kindje eerst ter plaatse en nemen het daarna in een transportincubator mee naar de afdeling Neonatale intensieve zorg. Deze afdeling bevindt zich op de eerste verdieping, net onder de verlosafdeling.

We zorgen ervoor dat je, indien mogelijk, je baby kan zien en aanraken voor hij of zij wordt meegenomen. De kinderarts-neonatoloog zal je de eerste uitleg geven. Je partner en jijzelf – zodra het voor jou kan – zijn onbeperkt welkom bij jullie baby op de afdeling Neonatale intensieve zorg (route 650).

Na de keizersnede

Onmiddellijk na de keizersnede word je soms een tijdje meegenomen naar de ontwaakkamer. In die periode is je baby bij je partner op de kamer op de materniteit (tenzij je baby opgenomen werd op Neonatale intensieve zorg). De tijd die je in de ontwaakkamer moet doorbrengen, wordt zo kort mogelijk gehouden. De anesthesist beoordeelt wanneer je terug mag naar de materniteit.

Wanneer je terug op de materniteit bent aangekomen, mag je nog niet onmiddellijk eten en drinken. Je krijgt vocht langs een infuus. Je bloeddruk en pols worden regelmatig gecontroleerd. Bij een ruggenprik zal je nog niet onmiddellijk kunnen lopen; je benen zijn nog verdoofd.

De dag na de operatie beginnen we al met opzitten en voorzichtig stappen. We weten dat door een snelle mobilisatie je darmen sneller op gang komen en het herstel na een keizersnede sneller verloopt. De vroedvrouwen zullen je helpen. Na 24 uur wordt je blaassonde verwijderd. Het infuus wordt na 24 tot 48 uur verwijderd.

Mogelijke verwikkelingen

Een operatie houdt altijd bepaalde risico's in. Gelukkig zijn verwikkelingen bij een keizersnede zeldzaam. Een dringende, ongeplande keizersnede heeft iets meer kans op complicaties dan een geplande keizersnede. De meest frequente complicaties zijn bloedarmoede, nabloeding en infectie.

14 GROEP B-STREPTOKOKKEN (GBS)

GBS-screening

Streptokokken van de B-groep zijn een bepaalde soort bacteriën die kunnen voorkomen in de vagina. Dit betekent niet dat je een infectie hebt: bij ongeveer 20% van de vrouwen is de bacterie gewoon sluimerend aanwezig. Deze bacteriën kunnen verantwoordelijk zijn voor een ernstige infectie bij je baby wanneer die het geboortekanaal passeert. Dat is uitzonderlijk, maar kan wel zeer ernstig zijn. Daarom wordt elke zwangere vrouw gescreend op deze bacterie.

Verloop van de screening

Je wordt zo dicht mogelijk bij de geplande bevallingsdatum gescreend, in de praktijk meestal rond 36 weken zwangerschap. Op dat moment ga je voor de tweede keer bij de vroedvrouw op raadpleging. De screening gebeurt door afname van een vaginorectale wisser. Dit is een wattenstaafje dat even in de vagina wordt gebracht en vervolgens in de aarsopening, net voorbij de sluitspier. Vervolgens wordt dit wattenstaafje gekweekt in het laboratorium.

Je wordt niet op de hoogte gebracht van het resultaat aangezien er vóór de bevalling geen behandeling plaatsvindt. Wanneer je wordt opgenomen in arbeid of voor inductie, is het resultaat zeker beschikbaar.

Wat als je GBS-positief bent?

Vóór de bevalling doen we niets.

Wanneer je wordt opgenomen in arbeid starten we met de toediening van antibiotica. Dat gebeurt via een infuus om de vier uur, zolang je niet bent bevallen. Als je allergisch bent voor penicilline, krijg je een ander antibioticum toegediend.

Wanneer je vliezen gebroken zijn na 37 weken maar je geen weeën hebt, starten we zodra je opgenomen bent met het opwekken van de weeën (zie hoofdstuk ‘Gebroken vliezen zonder weeën’).

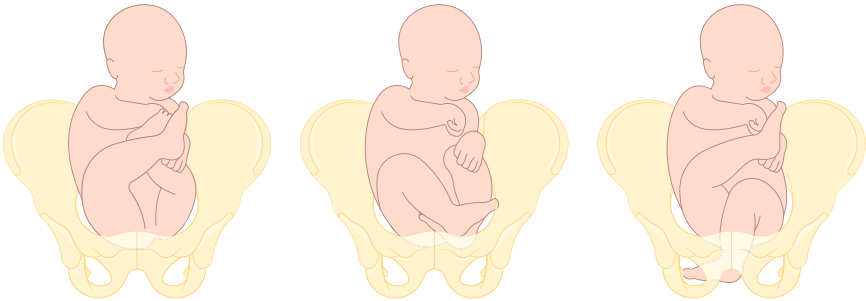
Wat als er nog geen wisser werd afgenomen?

Als de wisser nog niet werd afgenomen, gebeurt dat zo snel mogelijk. Wanneer je in arbeid wordt opgenomen en er is geen kweek bekend, krijg je antibiotica in de volgende gevallen:

- Je vliezen zijn al een tijd gebroken en er zijn tekenen die op een infectie wijzen.
- Je hebt voordien al een kindje met een GBS-infectie gehad.
- Je hebt een urinekweek gehad die positief was voor GBS.

15 STUITLIGGING

Als je baby in stuitligging ligt, zijn er verschillende mogelijkheden: een uitwendige kering, een stuitbevalling of een keizersnede.



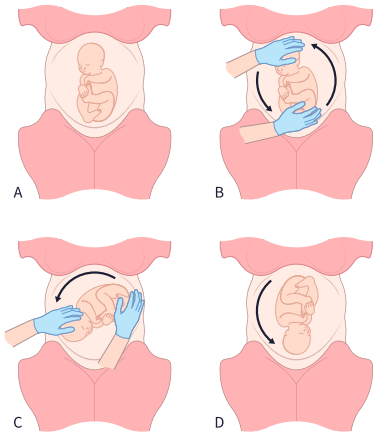
Volkomen stuitligging | Half onvolkomen stuitligging | Onvolkomen stuitligging

Uitwendige kering

Als je baby in stuitligging ligt, kan je eventueel een poging ondernemen om de baby om te draaien. Dit gebeurt in de verloskamer, tussen 36 en 38 weken zwangerschap.

Verloop

Je wordt voor enkele uren opgenomen in de verloskamer. Eerst krijg je een pilletje of een infuus met medicatie die de baarmoeder volledig ontspant. Dit maakt het draaien makkelijker. We monitoren ook eerst je baby.



De kering zelf gebeurt door een of twee gynaecologen, afhankelijk van de persoon die de kering uitvoert. Eerst wordt de stuit van je baby uit je bekken omhoog gedrukt, daarna wordt het hoofdje vastgehouden en wordt de baby zo gedraaid. Achteraf word je nog eens gemonitord om de baby te controleren en gebeurt een bloedafname.

Pijnlijk of gevaarlijk?

Er wordt nogal wat aan je buik geduwd tijdens een uitwendige kering. Sommige vrouwen vinden dit pijnlijk. Als je goed ontspannen bent, is het veel minder pijnlijk. Verwikkelingen bij een uitwendige kering zijn extreem zeldzaam. Een kering is dus een zeer veilige procedure.

Slaagkans

De slaagkans van een uitwendige kering is van heel veel factoren afhankelijk. De ervaring van de persoon die de kering uitvoert is belangrijk. Andere factoren die de kans op slagen verhogen zijn o.a. een stuitje dat nog niet sterk is ingedaald, een heel soepele buik (meerdere kinderen, Afrikaanse vrouwen, een heel ontspannen patiënte).

Factoren die de kans op slagen verminderen zijn o.a. een eerste kindje, een ingedaalde stuit, een moederkoek op de voorwand, minder vruchtwater.

Globaal genomen is de kans dat een kering lukt iets kleiner dan 1/2 (ongeveer 46%). Ook bij een geslaagde kering, dus als je baby met het hoofdje naar beneden ligt, is de kans op een keizersnede bij de bevalling iets hoger dan wanneer de baby van bij het begin met het hoofdje naar beneden lag.

Stuitbevalling

Ofwel is de kering niet geslaagd, ofwel heb je ervoor gekozen om geen kering te laten uitvoeren. In elk geval ligt je baby op het moment dat je moet gaan bevallen nog steeds in stuitligging. In dat geval moet je kiezen tussen een vaginale bevalling of een keizersnede.

Vaginale stuitbevalling

Vaginaal bevallen van een baby in stuitligging heeft door verschillende studies in de literatuur een slechte reputatie gekregen. Er zou een verhoogd risico zijn op verwikkelingen bij de baby. Dat is niet helemaal onjuist. Een vaginale bevalling van een baby in stuitligging kent een hogere kans op complicaties dan een bevalling van een baby die met het hoofdje eerst wordt geboren.

De patiënten die vaginaal bevallen, worden echter nauwkeurig geselecteerd en ook tijdens de bevalling zelf is de drempel om tot een keizersnede over te gaan zeer laag. We doen dit door:

- op voorhand een bekkenmeting uit te voeren.
- een inschatting te maken van het gewicht van de baby.
- andere problemen uit te sluiten (bv. te weinig vruchtwater, te kleine baby, minder goede placentafunctie, aanwezigheid van een baarmoederlitteken).
- de arbeid liefst spontaan op gang te laten komen (inleiding vermijden).
- de ontsluiting nauwkeurig op te volgen. Die moet goed vorderen.
- pas te beginnen persen zodra de stuit zich op de bekkenbodem bevindt (dus niet vanaf volledige ontsluiting).

Door je bevalling nauwgezet op te volgen, blijft de kans op verwikkelingen zo klein mogelijk. Als je beslist om vaginaal te bevallen, gebeurt dit in overleg met je eigen gynaecoloog. Hou er rekening mee dat je gynaecoloog dan ook aanwezig moet zijn voor je bevalling.

Als je wordt opgenomen op een moment dat je eigen gynaecoloog niet aanwezig kan zijn, wordt de beslissing over de bevallingswijze (vaginaal of keizersnede) altijd genomen door de inslapende gynaecoloog.

Keizersnede

Mogelijk ben je niet bereid om vaginaal te bevallen en kies je voor een geplande keizersnede. In dat geval word je op een afgesproken moment opgenomen (zie hoofdstuk 'Keizersnede'). Als je vroeger in arbeid wordt opgenomen, wordt de keizersnede op dat moment uitgevoerd.
Nadelen van een keizersnede:

- Voor jou duurt het herstel langer.
- Je baarmoeder zal een litteken hebben, wat bij een volgende bevalling een kans geeft op scheuren (ongeveer 6/1000).

16 NAVELSTRENGBLOED

Anonieme navelstrengbloeddonatie

Je kindje kan, als je hiermee akkoord gaat, een levensreddende gift doen bij zijn of haar geboorte.

Wat is navelstrengbloed?

Na de bevalling wordt de nageboorte (moederkoek, navelstreng, vliezen) vernietigd. Placenta en navelstreng bevatten gemiddeld nog zo'n 80 ml bloed van je baby. De laatste jaren is gebleken dat dit navelstrengbloed bijzonder rijk is aan stamcellen. Stamcellen zijn in staat om bloed (rode en witte bloedcellen en bloedplaatjes) te vormen. Bij volwassenen zitten deze cellen in het beenmerg.

Gebruik

Kinderen en volwassenen met leukemie kunnen met navelstrengbloed genezen worden. Ook patiënten met bloedziekten of met aangeboren afwijkingen die gepaard gaan met een slechte bloedvorming kunnen geholpen worden. Deze patiënten kunnen getransplanteerd worden met beenmerg van een broer of zus die dezelfde weefselantigenen draagt. Veel patiënten hebben echter geen broer of zus, en de kans dat broer of zus het goede weefseltype heeft is 1 op 4.

In ons land zijn er ongeveer 50 patiënten per jaar die geen geschikte donor vinden. Speciaal voor deze patiënten wordt een niet-familiale donor gezocht die beenmerg kan afstaan. Een tweede veelbelovende behandeling is een transplantatie met stamcellen uit navelstrengbloed.

In België kunnen jaarlijks 50 patiënten geholpen worden met navelstrengbloed, maar 50 navelstrengbloeddonaties zijn hiervoor niet voldoende. Soms moet gezocht worden in een bank met meer dan 1 miljoen giften om een geschikte donatie te vinden.

Navelstrengbloedbank

De navelstrengbloedbank van het UZ Gent is opgericht om de navelstrengbloeddonaties voor bewaring te verwerken en op te slaan. Alle bloedgiften worden getest op allerlei kenmerken die van belang zijn voor de patiënt-ontvanger. Ze worden ingevroren en zo bewaard. Alle banken over de hele wereld wisselen gegevens uit. Zo vergroot de kans dat er ergens op de wereld een geschikte gift voorhanden is.

Afname

Na het doorknippen van de navelstreng wachten we tot de placenta en de vliezen spontaan geboren worden (de nageboorte). Het navelstrengbloed wordt afgenomen tijdens deze rustpauze. Dit duurt enkele minuten en is volledig pijnloos. Je kindje ondervindt geen enkel nadeel aangezien de afname pas gebeurt als de navelstreng al is doorgeknipt.

Als er tijdens de bevalling problemen zijn die de aandacht van de arts en de vroedvrouw opeisen, wordt er nooit navelstrengbloed afgenomen. Ook bij een keizersnede gebeurt dat niet. Om logistieke redenen is navelstrengbloedafname ook niet mogelijk op zaterdag (omdat het bloed dan niet binnen de 24 uur kan opgehaald worden).

Toestemming

Al bij de prenatale consultatie bij de vroedvrouw (rond 36 weken zwangerschap) krijg je informatie over navelstrengbloeddonatie. Ook bij je opname op de verlosafdeling zal de vroedvrouw vragen of je bereid bent om navelstrengbloed af te staan. Navelstrengbloedafname kan niet gebeuren zonder je handtekening op een toestemmingsformulier. Je kan dit op de prenatale raadpleging al in orde brengen, ofwel bij je opname op de verlosafdeling. Het toestemmingsformulier moet in elk geval ondertekend zijn vóór de afname van navelstrengbloed kan doorgaan.

Bij goedkeuring tot een navelstrengbloedafname:

- Gebeurt er een bloedfname bij jou (niet bij je kindje). Het bloed wordt getest op bepaalde virussen. Deze testresultaten worden onder medisch geheim behandeld. Als we afwijkingen vinden, laten we je dat wel weten.
- Moet je een medische vragenlijst invullen (die lijkt sterk op de vragenlijst die aan andere bloedgevers wordt voorgelegd). We behandelen je antwoorden vertrouwelijk.
- Vragen we relevante medische gegevens over de bevalling en je kindje op bij je arts (voor zover ze van belang zijn voor de kwaliteit en veiligheid van het navelstrengbloed).

Wat als ik later mijn gift terug wil?

Stel dat je kindje later bijvoorbeeld leukemie heeft en kan geholpen worden met een navelstrengbloedtransplant. Kan je gift dan teruggevonden worden? De code kan op je vraag verbroken worden. Maar…

- We kunnen je niet garanderen dat het navelstrengbloed nog niet gebruikt werd en dus nog in de bank aanwezig is.
- Er kan iets fout gegaan zijn met de afname, verwerking of bewaring.
- Het afgenomen bloed kan niet aan de gestelde criteria hebben voldaan waardoor het toch vernietigd werd.
- Het bloed kan gebruikt zijn om nieuwe technieken voor de navelstrengbloedbank uit te testen.

Navelstrengbloedafname voor privéstockage

Opslag van navelstrengbloed door privéfirma's is in België niet toegestaan, tenzij de firma in kwestie verbonden is aan een officiële navelstrengbloedbank. In dat geval moet de overdracht van het navelstrengbloed via deze bank te verlopen. In ons centrum worden bijgevolg nooit afnames verricht die rechtstreeks aan privéfirma's worden gegeven.

17 LICHAMELIJKE VERANDERINGEN TIJDENS DE KRAAMPERIODE

Tijdens de zwangerschap, maar zeker na je bevalling, verandert je lichaam sterk. Soms gaat dit gepaard met ongemak en misschien ben je over sommige dingen ongerust. De vroedvrouw en je gynaecoloog zullen je informatie geven. Heb je nog vragen, laat het ons dan gerust weten.

In principe heeft je lichaam ongeveer zes tot acht weken nodig om te 'ontzwangeren'. Kwaaltjes waar je tijdens de zwangerschap last van had, bijvoorbeeld aambeien (hemorrhoïden), zullen dus niet onmiddellijk verdwijnen. Sommige ongemakken kunnen kort na een bevalling zelfs nog in ernst toenemen, bijvoorbeeld vochtopstapeling in de benen.

Bloedverlies

De eerste dagen tot weken na een bevalling heb je rood bloedverlies. Qua hoeveelheid is dit te vergelijken met een forse menstruatie. Er kunnen ook stolsels aanwezig zijn. Het is normaal dat je bij het opstaan vanuit liggende houding of bij het geven van borstvoeding/ kolven meer bloed verliest. Als je grote klonters verliest, waarschuw dan de vroedvrouw. Geleidelijk aan zal het bloedverlies bruiner worden en daarna bleker en slijmeriger. Je kan tot zes weken na de bevalling afscheiding hebben.

Vraag hulp:

- als je heel veel bloed verliest.
- als je veel stolsels verliest.
- als je na enkele dagen plots veel of slecht ruikend bloed verliest, buikpijn en koorts hebt of je onwel voelt.

Naweeën

Naweeën zijn pijnlijke samentrekkingen van de baarmoeder na de bevalling. Ze voelen aan als krampen in de onderbuik, soms in de rug, een beetje vergelijkbaar met menstruatiepijn. Ze hebben als doel het bloedverlies te beperken op de plaats waar de moederkoek vastzat (nu een 'open wonde') en wat in de baarmoeder aanwezig is aan bloed en stolsels uit te drijven. Het is dus normaal dat je telkens als je naweeën voelt een toename merkt in je bloedverlies via de vagina.

Naweeën heb je meestal de eerste uren/dagen na je bevalling. Het is bekend dat naweeën meestal pijnlijker zijn en langer duren naarmate je meer bevallingen achter de rug hebt.

Bij het geven van borstvoeding/kolven ervaar je de naweeën sterker en heb je vaak meer bloedverlies. Hetzelfde hormoon dat ervoor zorgt dat de melk uit je tepel komt, zorgt er ook voor dat je baarmoeder samentrekt. Als je flesvoeding geeft, ervaar je de naweeën meer verspreid over de dag.

Hechtingen

Een knip of een scheurtje bezorgt sommige vrouwen heel veel en andere vrouwen heel weinig last. Het is een wondje dat gehecht is en dat je de eerste dagen voortdurend voelt als je zit, ligt of stapt. De eerste uren na een bevalling kan een coldpack de pijn verlichten. Je kan bij veel pijn ook altijd een pijnstiller vragen. Het is belangrijk dat je zwelling zoveel mogelijk tegengaat, want hoe meer zwelling, des te meer pijn.

Tips bij hechtingen

- Probeer om toch op het wondje te gaan zitten, bij voorkeur op een stoel.
- Spoel telkens als je naar het toilet geweest bent de wonde met zuiver water en dep goed droog. Op de kraamafdeling kan je het spoelsysteem aan het toilet gebruiken.
- Verschoon regelmatig je maandverband. Zo beperk je de kans op wondinfectie.

De draadjes bestaan uit oplosbaar materiaal en hoeven niet te worden verwijderd. Soms kan een bepaalde hechting je toch veel last bezorgen. De vroedvrouw kan die verwijderen voor je het ziekenhuis verlaat.

Borststuwing

Tijdens de zwangerschap hebben je borsten zich voorbereid om borstvoeding te kunnen geven. Na de bevalling brengen hormonale processen de volledige melkproductie op gang. Je borsten kunnen zwellen en gespannen aanvoelen.

Een drietal dagen na de bevalling bereikt deze stuwing een hoogtepunt, nadien neemt de stuwing weer af. Soms gaat dit gepaard met een lichte temperatuurstijging.

Wanneer er te veel melk in de borsten blijft staan, kan de normale stuwing overgaan in een ernstige stuwing. De vroedvrouw zal je helpen om dit te behandelen door bijvoorbeeld je baby de borsten beter leeg te laten drinken. Ze zal ook helpen om de pijn te verlichten.

Als je kunstvoeding geeft, kan je ook last hebben van stuwing, zelfs als je melkremmende medicatie hebt genomen (in ons ziekenhuis geven we die niet standaard). Meestal is de stuwing minder erg dan bij borstvoeding. Een tweede keer de medicatie nemen, is meestal niet nodig. De melkproductie stopt vanzelf.

Tips bij normale stuwing

- Voed je baby als hij erom vraagt. Frequent aanleggen voorkomt ernstige stuwing.
- Draag een goed steunende, niet-knellende beha.
- Voor de voeding natte warme doeken op je borsten leggen, zorgt ervoor dat de melkkanalen uitzetten en dat de melk er gemakkelijker uitkomt.
- Na de voeding ijskompressen op je borsten leggen doet de melkkanalen terug verkleinen en kan de zwelling doen afnemen.
- Masseer je borsten zachtjes in de richting van je tepel voor goede lediging van de melkkanaaltjes.

Lees ook onze andere informatiebrochures over borstvoeding, afkolven en kunstvoeding.

Stoelgang en plassen

Vooral als je kleine scheurtjes aan de schaamlippen hebt, kan plassen pijnlijk zijn. Spoel uitgebreid met lauw water om de pijn te verzachten. Door zwelling van de schaamstreek kan je de eerste uren mogelijk niet plassen. Probeer regelmatig op het toilet te gaan zitten. Een ontzwellende pijnstiller en wat koude kompressen brengen meestal de oplossing. Als je na een zestal uren nog steeds niet kan plassen, zal de vroedvrouw je blaas ledigen met een sonde. Dit probleem is meestal van tijdelijke aard Bij klachten zal je urine gecontroleerd worden en mogelijk krijg je een antibioticum voorgeschreven als blijkt dat je een blaasontsteking hebt.

Het is normaal dat je de eerste 48 uur na je bevalling weinig of geen stoelgang hebt. Als je na drie dagen nog steeds geen ontlasting hebt gehad, meld dit dan aan de vroedvrouw.

Maatregelen om de stoelgang te bevorderen

- Pas je voeding aan: veel groenten en fruit en voldoende vezelrijke voeding.
- Beweeg.
- Drink voldoende (1,5 à 2 l per dag).
- Gebruik eventueel een glycerinesuppo.

Als je tijdens de zwangerschap al last had van aambeien, zijn deze vaak erger na de bevalling. Zorg in dit geval zeker voor een zachte stoelgang want constipatie verergert aambeien. Vaak verminderen en verdwijnen aambeien weer de eerste weken na een bevalling. Wees dus wat geduldig en laat zeker geen afbinding of operatie uitvoeren de eerste zes weken na de bevalling.

Spieroefeningen

Een deel van je perinatale kinesitherapiebeurten bewaar je best voor na de bevalling. In principe mag je na een vaginale bevalling snel beginnen met spieroefeningen, zowel lichte buikspieroefeningen als bekkenbodemspieroefeningen. Zware buikspieroefeningen stel je het best uit tot 6 weken na de bevalling. Na een keizersnede wacht je het best met buikspiertraining tot de wonde goed is genezen (tot je postnatale controle, ongeveer 6 weken na de bevalling). Bekkenbodemoefeningen kan je wel onmiddellijk starten.

Gewicht

Kort na de bevalling kan je wel 7 tot 8 kg verliezen. Dat is het gewicht van je baby, de moederkoek en het vruchtwater en van de krimpende baarmoeder.

Ook zal je merken dat je vaker plast: stilaan raak je al het vocht dat je hebt opgestapeld weer kwijt. De andere kilo's (vooral vetmassa) zal je minder snel kwijtraken. De snelheid waarmee je terug op je oorspronkelijk gewicht komt wordt bepaald door:

- je eetgewoonten.
- het feit of je borst- of flesvoeding geeft.
- je oorspronkelijk gewicht vóór de zwangerschap.

Gun je lichaam de tijd om je oude gewicht te herwinnen en pas je levensstijl en eetgewoonten daaraan aan. In elk geval is de borstvoedingsperiode geen geschikt moment om een streng dieet te beginnen.

Psychische problemen

De 'babyblues' of 'maternity blues'

Veel mama's voelen zich prikkelbaar na de geboorte van hun kindje. Momenten van intens geluk wisselen af met momenten van verdriet. Deze emotionele schommelingen kunnen enkele uren, maar soms ook enkele dagen duren. Meestal heb je vooral rond de derde dag last van onverklaarbare huilbuien: de tranen vloeien zonder dat je begrijpt waarom. Soms kunnen deze gevoelens ook pas de kop opsteken als je terug thuis bent.

Het is belangrijk dat je weet dat dit volkomen normaal is. Dit zijn een aantal verklaringen:

- Je lichaam ondervindt een sterke daling van hormoonspiegels en heeft soms moeite om zich hieraan aan te passen.
- Je emoties worden ook beïnvloed door lichamelijke ongemakken zoals pijn aan je knip/scheur, naweeën, pijn bij het voeden.
- Je kan het gevoel hebben dat je de hele dag bezig bent met luiers verschonen, voeden, verzorgen en je kan slaaptekort hebben (door nachtvoedingen).

Sommige moeders voelen zich niet begrepen of schrikken omdat ze niet onmiddellijk het 'moedergevoel' voor hun baby voelen. Soms voelen ze zich hier schuldig over.
Ook je partner speelt een belangrijke rol bij het omgaan met deze gevoelens. Vaders reageren soms anders op de geboorte van hun baby dan moeders. Maar ook voor hen is het een uitdaging en ook zij moeten groeien in hun rol.

Hier zijn een aantal raadgevingen om je door deze moeilijke periode te helpen:

- Rust voldoende. Een middagdutje is geen overbodige luxe. Een gouden regel: probeer wat te slapen als je baby slaapt, volg het ritme van je baby.
- Praat met de vroedvrouw of thuis met je partner en/of je familie over je gevoelens. De gevoelens zijn normaal en je hoeft ze zeker niet op te kroppen.
- Maak tijd voor jezelf en andere dingen dan enkel je baby en de verzorging van je baby: ga eens een kop koffie drinken met een vriendin of ga eens een namiddag de stad in.
- Weet dat niemand zonder problemen de rol van moeder opneemt. Gun jezelf de tijd om te groeien in je moederrol. De liefde voor je baby zal groeien met de tijd.

Hulp zoeken

In sommige gevallen blijven de negatieve gevoelens aanhouden en kan je afglijden naar een postpartumdepressie. Als je last hebt van volgende symptomen neem je het best contact op met je huisarts of gynaecoloog:

- Je slaapt moeilijk en rusten helpt niet meer.
- Je voelt je minderwaardig of hebt schuldgevoelens, je hebt het gevoel dat je gefaald hebt.
- Je hebt lichamelijke klachten die niet overgaan.
- Je bent extreem uitgeput en prikkelbaar.
- Je hebt eetstoornissen.

Een depressie is behandelbaar en kan worden opgelost. Het allerbelangrijkste is dat je hulp zoekt en niet probeert je problemen in je eentje op te lossen.

18 VERLOOP VAN DE KRAAMPERIODE

Duur van de opname

Als je een vaginale bevalling hebt gehad die normaal verlopen is, duurt de kraamopname normaal 3 dagen, de bevallingsdag niet meegerekend. Bij een keizersnede duurt de opname doorgaans wat langer (4-5 dagen).

Uiteraard is deze opnameduur variabel. Als je het ziekenhuis sneller wil verlaten, kan dat meestal, mits je gynaecoloog en de kinderarts toestemming geven.

Zo kan je kiezen voor een kort verblijf om sneller van je baby te genieten in je vertrouwde omgeving. De baby is dan het liefst 48 uur oud. Poliklinisch bevallen behoort ook tot de mogelijkheden. Dan verlaat je na enkele uren of één nacht het ziekenhuis. In beide gevallen moet je een vroedvrouw regelen die je thuis verder opvolgt en begeleidt. Daarnaast kan je ook kraamhulp aanvragen (zie hoofdstuk ‘Kraamhulp’). De kinderarts moet steeds akkoord gaan voor je het ziekenhuis verlaat.

Kamerkeuze

Na de bevalling heb je de keuze tussen een gemeenschappelijke kamer of een eenpersoonskamer. Je kan een eenpersoonskamer niet op voorhand reserveren. Dat is onmogelijk op een kraamafdeling waar wordt gestreefd naar spontane arbeid en bevalling en waar het aantal inducties zoveel mogelijk wordt beperkt.

In sommige gevallen is een eenpersoonskamer niet onmiddellijk beschikbaar als je bevallen bent. Gezien de hoge turnover op onze afdeling (bijna elke dag gaan een aantal mensen naar huis) is dit zelden een probleem dat langer dan één nacht duurt. Zodra er een kamer voor je beschikbaar is, krijg je die toegewezen.

Maaltijden

Het menu kan je raadplegen op kanaal 40 van je televisietoestel. Op weekdagen komt een medewerker van de dienst Catering noteren wat je de volgende dag wil eten en welke portie je verkiest.

Dieetpatiënten krijgen een aangepaste dieetmaaltijd en kunnen indien nodig een diëtiste raadplegen.

Je partner kan eigen maaltijden meebrengen en opwarmen op de dienst. Er zijn microgolfovens beschikbaar. Als je dat wil kan je ook een maaltijd voor je partner op de kamer laten brengen. Voor een ruimer aanbod kan je terecht in het restaurant, de cafetaria's of de foodshops.

Het restaurant vind je aan ingang 8. Het is open op weekdagen, van 11 tot 14.30 uur (maaltijden geserveerd tot 14.15 uur).

De twee cafetaria's van het ziekenhuis vind je aan ingang 50 (open op weekdagen van 7.30 tot 18.30 uur, gesloten in het weekend en op feestdagen) en aan ingang 12 (open op weekdagen van 8.30 tot 18.30 uur, in het weekend en op feestdagen van 8 tot 18.30 uur). Naast de cafetaria's vind je ook voedingswinkels (ingang 50: open op weekdagen van 10 tot 14.30 uur, gesloten in het weekend en op feestdagen / ingang 12: open op weekdagen van 7.30u tot 14.30 uur (gesloten in het weekend en op feestdagen).

In elk kliniekgebouw staan ook drank- en versnaperingsautomaten.

Dienstverlening op de materniteit

Kinesitherapie

Je hebt recht op negen beurten perinatale kinesitherapie, naar keuze te verdelen voor en na de bevalling. Je kan dit doen bij een kinesist naar keuze. Op onze materniteit krijg je niet standaard het bezoek van een kinesitherapeut.

Doopsel

Als je dat wil, kan je je kindje gratis laten dopen in de doopkapel van het ziekenhuis. Hiervoor moet je een aanvraagformulier invullen. Vraag dat aan de vroedvrouw op de kraamafdeling. Voor andere religieuze en filosofische bijstand vind je de telefoonnummers in de opnamebrochure van het ziekenhuis.

Advies op vraag

Je kan een beroep doen op advies en ondersteuning van een sociaal assistente, psycholoog of lactatiekundige/borstvoedingsdeskundige. Via de arts of de vroedvrouw kan je met hen in contact komen.

Bezoek

Op de verlosafdeling mag je je door begeleiders naar keuze laten bijstaan (liefst maximaal twee mensen). In de meeste gevallen is dit uiteraard je partner.

Op de materniteit lopen de bezoekuren van 16 tot 19 uur. Als pas bevallen moeder heb je voldoende rust nodig, net zoals je kindje. Het vele bezoek dat je vaak krijgt op de materniteit is goed bedoeld, maar maakt dat je onvoldoende rust krijgt en soms uitgeput naar huis gaat.

Enkele tips die helpen om het bezoek binnen de perken te houden:

- Verstuur je geboortekaartjes pas na enkele dagen. Naaste familie heb je toch gebeld.
- Vermeld op je geboortekaartje 'graag een telefoontje vooraf' zodat je je dag kan plannen en het niet te druk wordt.
- Vraag aan je bezoek om de bezoekuren te respecteren.
- Hang eventueel een kaartje aan de deur (of vraag dit aan de vroedvrouw) om het bezoek te beperken. 'Een kort bezoekje boeit, een lang bezoek vermoeit'.
- Vraag gerust hulp aan de vroedvrouw om volhardend bezoek op een discrete manier te laten vertrekken.

Blijven slapen

Als je op een eenpersoonskamer verblijft, kan je partner bij jou op de kamer blijven slapen (rooming-in) en helpen bij de zorg. Lig je op een tweepersoonskamer, dan kan je partner enkel overnachten als de bedbezetting het toelaat. We factureren de kamer dan automatisch als een eenpersoonskamer.

Hoe regel je de rooming-in?

Je partner schrijft zich in aan het onthaal (ingang 50) en krijgt daar informatie over de kosten van rooming-in. Die worden aangerekend via de ziekenhuisfactuur. Sommige hospitalisatieverzekeringen dekken de kosten, andere niet. Win op voorhand informatie in zodat je niet voor financiële verrassingen komt te staan.

Bed en ontbijt

We voorzien een bed en ontbijt voor je partner. Blijft je partner langere tijd logeren, bv. omdat je voor observatie opgenomen werd, dan kan je de logistiek medewerkers na verloop van tijd om verse lakens vragen.

Andere maaltijden

Je partner kan ook middag- en avondmaal eten op de kamer. Bestel dit bij de secretaresse of vroedkundige (middagmaal vóór 10 uur en avondmaal vóór 15 uur bestellen). Jullie kunnen dan samen eten. Vraag aan het onthaal hoeveel de maaltijden kosten.
Je partner kan voor het middag- en avondmaal ook terecht in de cafetaria's aan ingangen 50 en 12 of het restaurant (ingang 8). Openingstijden: zie www.uzgent.be/eten-drinken.

Belangrijk

Verwittig de secretaresse of vroedkundige als je partner niet langer blijft slapen. We zetten het verblijf dan administratief stop. Ook als je partner geen extra maaltijden meer wil, moet je dat melden.

Kosten

Voor alle informatie over de kosten voor het verblijf en de maaltijden kan je terecht aan het onthaal (ingang 50).

Goed om weten

- Zorg voor eigen toiletgerief en aangepaste slaapkledij.
- Stap geen dienstlokalen binnen, tenzij het personeel toestemming gaf.
- Eet op de vastgelegde uren.
- Sluit het bed overdag.
- Zorg ook 's nachts actief mee voor je baby.

19 BABY'S EERSTE LEVENSDAGEN

Badje

Geboren worden is voor je baby een grote gebeurtenis. Het is belangrijk dat je baby tot rust kan komen bij mama en papa en goed warm blijft. De eerste verzorging wordt beperkt tot verluieren en controle van de temperatuur. Je baby krijgt het eerste badje pas na zijn/haar eerste levensdag.

De vroedvrouw zal je informatie geven en helpen met de verzorging van je baby, zodat je dat zelf kan wanneer je het ziekenhuis verlaat.

Ontlasting

De eerste ontlasting die je baby maakt is taai, kleverig en donkergroen van kleur en heet meconium. Meconium bestaat uit afgeschilferde darmcellen en bezinksel uit het vruchtwater dat je baby in de baarmoeder dronk. Na enkele dagen wordt de ontlasting van je baby geleidelijk aan lichter van kleur tot hij geel en vormloos is. De samenstelling en frequentie van de ontlasting van je baby kan heel wisselend zijn bij borstvoeding.

Plassen

Gemiddeld plast een baby zo'n 6 à 8 keer per dag. Soms kan er een oranje vlek in de pamper te zien zijn: dit zijn kristallen en die zijn onschuldig.

Verwittig de vroedvrouw of kinderarts als:

- je baby de eerste 48 uur niet heeft geplast.
- de urine van je baby slecht ruikt.
- de urine van je baby er bloederig uitziet.

Geel zien

Nagenoeg de helft van de baby's krijgt enkele dagen na de geboorte een geelachtige schijn in de huid. De beste plaats om de kleur van je baby te beoordelen is aan het raam, in het daglicht. Je kan de geelverkleuring het best zien in het oogwit van je baby.

Deze geelverkleuring wordt veroorzaakt door de kleurstof bilirubine. Bilirubine is het normale afbraakproduct van hemoglobine (de rode bloedkleurstof) die bij ieder van ons wordt aangemaakt en door de lever wordt uitgescheiden in de gal. Het komt zo terecht in de stoelgang. Bij pasgeborenen is de lever soms nog niet voldoende klaar om de bilirubine te verwerken. De hoeveelheid bilirubine in het bloed stijgt dus en veroorzaakt geelverkleuring van huid en oogwit.

Niet schadelijk

Het afbraakproduct bilirubine heeft nuttige, nog grotendeels onopgehelderde eigenschappen in ons lichaam. De geelverkleuring is een natuurlijk verschijnsel dat we meer zien bij borstvoeding dan bij kunstvoeding. Het is belangrijk erover te waken dat deze bilirubine niet te hoog oploopt in het bloed van je baby, vooral als jouw bloedgroep en die van je baby onverenigbaar zijn of als je baby heel snel erg geel wordt. De kinderarts en de vroedvrouw houden dit in de gaten.

De kinderarts heeft een eenvoudig toestelletje dat het bilirubinegehalte in de huid kan meten. Deze waarde komt vrij goed overeen met de bloedspiegel. Bij veel kinderen kan hierdoor een bloedafname vermeden worden. Wanneer we toch de exacte bilirubinewaarde willen bepalen, zal de kinderarts aan de vroedvrouw vragen om een bloedafname te doen bij je baby. Er wordt dan een vene aangeprikt in de hand van je baby.

Behandeling

Als blijkt dat de bloedspiegel voor bilirubine te hoog is voor de leeftijd (in uren) zal de kinderarts voorstellen om je baby te behandelen met lichttherapie (fototherapie). Dat is geen UV-licht. Je baby kan er dus niet door verbranden.

Het gewone blauwe licht bij fototherapie zorgt voor een versnelde afbraak van het bilirubine en doet het bilirubinebloedgehalte dalen. De fototherapielamp wordt ongeveer 30 cm boven je baby geplaatst, meestal tweemaal zes uur per etmaal. Soms is continue fototherapie nodig. De dag nadien kunnen we opnieuw een bloedstaaltje nemen en beslissen om de fototherapie nog 24 uur verder te zetten of te stoppen.

Je baby frequent voeden is ook belangrijk om de bilirubinewaarde in het bloed te doen dalen. Daarom mag je de fototherapie onderbreken om te voeden.

Opsporing van stofwisselingsziekten

Bij pasgeborenen gebeurt een bloedafname voor het opsporen van metabole aandoeningen of stofwisselingsziekten rond de derde levensdag (72 uur na de geboorte)

Wat is een stofwisselingsziekte?

Een heel kleine groep kinderen wordt geboren met een afwijking, veroorzaakt door een stofwisselingsziekte. Stofwisselingsstoornissen zijn vanaf de bevruchting aanwezig, maar komen hoofdzakelijk, en met wisselend tijdsinterval, pas na de geboorte tot uiting. Aanvankelijk lijkt het kindje gezond.

Een stofwisselingsziekte kan hersenbeschadiging veroorzaken. Dat gebeurt meestal traag en de beschadiging wordt ernstiger naarmate de tijd verstrijkt. Als de afwijking in de stofwisseling vroeg genoeg ontdekt wordt, kan ze in een aantal gevallen op een eenvoudige wijze behandeld worden en kunnen ernstige handicaps of chronische aandoeningen voorkomen worden. Daarom krijgen de ouders van alle pasgeborenen in Vlaanderen het aanbod om 11 aangeboren stofwisselingsziekten bij de baby te sporen.

Guthrie-test

De opsporing van deze aangeboren stofwisselingsziekten gebeurt via een bloedonderzoek. De bloedafname kan gebeuren wanneer de baby meer dan 72 uur oud is. Concreet worden enkele druppels bloed op een kaartje met filterpapier opgevangen.

De bloedkaartjes worden daarna voor onderzoek opgestuurd naar een door de Vlaamse Gemeenschap erkend centrum voor opsporing van aangeboren metabole aandoeningen. Je krijgt een strookje van de bloedkaart als bewijs dat de test werd uitgevoerd. Hou dit zorgvuldig bij.

Als je vroeger naar huis gaat, is het belangrijk dat deze test toch tijdig wordt uitgevoerd. Maak hierover dan goede afspraken met de vroedvrouw op de afdeling of met de vroedvrouw die thuis bij je zal langskomen.

De Vlaamse overheid betaalt de kosten voor het onderzoek. Voor de ouders zelf is het gratis.

Als het resultaat van het onderzoek afwijkend is, wordt de kinderarts in ons ziekenhuis verwittigd en is een tweede test nodig. Je wordt daarvan uiterlijk drie weken na de eerste bloedafname op de hoogte gebracht. Als het afwijkende resultaat bevestigd wordt, kan een gepaste behandeling worden gestart.

Navelverzorging

De navelstreng van de baby wordt afgeklemd met een rubberen ringetje, een zogenaamde cordring. De navelstompverzorging beperkt zich tot het droog en schoon houden van de navelstomp zonder verband. Gebruik geen ontsmettingsstof. Het navelstompje hoeft niet afgevallen te zijn voor een badje. Gewoon na het badje droogdeppen met een schone doek volstaat.

Meestal valt het navelstompje af na een 7-tal dagen, maar het kan ook langer duren (tot enkele weken).

Vitamine K en vitamine D

Het is aanbevolen om alle kinderen, of ze nu borst- of flesvoeding krijgen, dagelijks vitamine D te geven. Doe dit vanaf de geboorte tot de leeftijd van 6 jaar het hele jaar door. Baby's die uitsluitend borstvoeding krijgen, moeten ook vitamine K krijgen vanaf de leeftijd van 1 week.

Vitamine K en D zijn zonder voorschrift verkrijgbaar bij de apotheek onder de naam 'Vitamon K' en 'D-cure'.

De druppels laat je in het mondje van de baby vallen, dagelijks op ongeveer hetzelfde tijdstip. Voor voldragen baby's bedraagt de dosis vitamine D vijf druppels per dag in het eerste levensjaar, ongeacht het soort voeding dat ze krijgen. De dosis vitamine K bedraagt vijf druppels per dag vanaf de tweede levensweek en dat drie maanden lang voor alle baby's die minder dan de helft kunstvoeding krijgen. De kinderarts zal je de exacte dosis meedelen.

Vitamine K en vitamine D mogen onmiddellijk na elkaar gegeven worden.

Gehoortest of ALGO-test

De verpleegkundige van Kind en Gezin neemt de gehoortest af na je ontslag uit het ziekenhuis, dus niet op de kraamafdeling. Als je kindje is opgenomen op de afdeling Neonatale intensieve zorg, gebeurt de ALGO-test in de meeste gevallen daar. Meer informatie over de gehoortest krijg je van de verpleegkundige van Kind en Gezin.

Wiegendood

Kans op wiegendood is een angst waar heel wat ouders mee leven. Tot vandaag kan wiegendood nog steeds niet volledig verklaard worden. Enkel wanneer er geen andere verklaringen zijn voor het plotse overlijden van de baby, spreken we van wiegendood. Meestal zijn de baby's tussen één en vijf maanden oud.

Oorzaken

Er wordt verondersteld dat wiegendood veroorzaakt wordt door een samenloop van omstandigheden die zowel kind- als omgevingsgebonden zijn. Aangezien de juiste oorzaken onduidelijk zijn, kan wiegendood niet volledig worden voorkomen. Ook polysomnografisch onderzoek (het zogenaamde 'slaaponderzoek' of de 'wiegendoodtest') is niet volledig doeltreffend. Bij sommige ouders leidt het soms tot nodeloze ongerustheid, bij anderen tot valse geruststelling. Bij de meeste normale pasgeborenen is een slaaponderzoek zinloos.

Het kan wel nuttig zijn in de volgende gevallen:

- Ernstige prematuren (<28 weken).
- Baby's met laag geboortegewicht.
- Naaste familieleden van een wiegendoodslachtoffer.
- Baby's met een abnormaal adempatroon.
- Snurkende baby's.
- Baby's die bleek of slap in de wieg worden gevonden.

Tips voor de preventie van wiegendood

Wiegendood is nooit volledig te voorkomen, maar met een aantal maatregelen kan je het risico erop wel sterk verminderen:

- Laat je baby niet op de buik slapen.
- Rook nooit in de kamer van je baby (en bij voorkeur ook niet in de rest van het huis).
- Zorg dat dekentjes en de kleding van je baby zijn afgestemd op de omgevingstemperatuur zodat je kindje het niet te warm krijgt. Een kamertemperatuur van 16-19°C is ideaal voor kinderen vanaf 6 weken.
- Gebruik geen donsdekens.
- Gebruik geen hoofdkussens
- Respecteer het slaapritme en het eetpatroon van je baby.
- Ga bij een hevige huilbui altijd zorgvuldig na hoe je baby is ingeslapen.
- Verlucht regelmatig de kamer van je baby.
- Laat geen huisdieren in de babykamer.
- Leg je kind in een ruim, stevig bedje of wiegje.
- Vermijd geneesmiddelen, maar vooral combinatiegeneesmiddelen, bij jonge baby's.
- Zorg bij verkoudheden voor een goede vrije luchtweg (spoelen met fysiologisch serum).
- Dek een koortsige baby zo weinig mogelijk toe.

Slaaponderzoek

Bij sommige risicogroepen kan een slaaponderzoek nuttig zijn. Dit gebeurt ten vroegste zes weken na de geboorte. Wil je hierover meer informatie, praat dan met de kinderarts die dagelijks langskomt op de materniteit. Meer informatie over wiegendood kan je ook krijgen bij de verpleegkundige van Kind en Gezin.

Opname op de pasgeborenenafdeling (Neonatale intensieve zorg)

Om bepaalde medische redenen kan het nodig zijn om je baby op te nemen op de afdeling Neonatale intensieve zorgen (NICU). Het team van kinderartsen (neonatologen) en verpleegkundigen staat paraat om je kindje de nodige zorgen te bieden.

Wanneer je baby geen intensieve verzorging meer nodig heeft, kan het zijn dat hij/zij overgebracht wordt naar het ziekenhuis waarin jullie kinderarts werkt.

20 VOEDING VAN JE BABY

Uitgebreide informatie over borstvoeding en kunstvoeding vind je in andere brochures van de afdeling. Je kan die krijgen tijdens de GVO-lessen (meer info op de poli) en tijdens je verblijf op onze materniteit.

Borstvoeding

Borstvoeding is de normale voeding voor een baby. Zelf je baby voeden is een innige, intieme ervaring. Borstvoeding geven heeft ook belangrijke gezondheidsvoordelen voor jou en je baby. Het is niet moeilijk maar het is belangrijk dat je goed begeleid wordt en de juiste informatie krijgt. In het UZ Gent besteden we hier veel aandacht aan want een goede start is belangrijk.

Voordelen

Onderzoek heeft aangetoond dat borstvoeding heel wat voordelen heeft voor de baby, jezelf en de samenleving. Hoe langer je borstvoeding geeft, hoe groter het gezondheidsvoordeel voor moeder en kind.

Enkele voordelen voor jezelf:

- Moedermelk is altijd klaar, altijd beschikbaar en altijd op de juiste temperatuur.
- Je baarmoeder herstelt sneller en je hebt minder bloedverlies.
- Je hebt minder kans op bepaalde ziekten, bijvoorbeeld reumatische artritis.

Enkele voordelen voor de baby:

- Moedermelk is rijk aan afweerstoffen die je baby beschermen tegen infecties.
- Moedermelk is licht verteerbaar waardoor de baby minder kans heeft op maag- en darmproblemen.
- Borstvoeding geven vermindert de kans op overgewicht bij je baby.
- Borstvoeding geven verstevigt het gevoel van veiligheid bij je kind en bevordert de hechting tussen moeder en kind.
- Borstvoeding verlaagt de kans op hoge bloeddruk bij je baby.

Enkele voordelen voor de samenleving:

- Een baby die borstvoeding krijgt is minder vaak ziek en kost minder aan de maatschappij (werkverlet, tijdsbesparing).
- Borstvoeding geven is milieuvriendelijk (productie, verpakkingsafval, vervoer).
- Kunstvoeding is duurder dan borstvoeding.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) adviseert om 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven. Ook na de leeftijd van 6 maanden en na het starten van vaste voeding blijft moedermelk een belangrijke voedingsbron voor je baby.

Meer info

Informatie over borstvoeding krijg je tijdens de prenatale consultatie bij de vroedvrouw en de prenatale les. Deze les wordt gegeven door een vroedvrouw en/of lactatiekundige van de materniteit en duurt ongeveer 1,5 uur (graag vooraf inschrijven op tel. 09 332 37 83 of bij de vroedvrouw op de prenatale consultatie). Meer informatie vind je in de brochure 'Borstvoeding' van Kind & Gezin en de ontslagbrochure over borstvoeding van de materniteit die je zal krijgen tijdens je verblijf op onze afdeling.

Kunstvoeding

Als je bewust kiest om geen borstvoeding te geven, of je mag/kan om medische redenen geen borstvoeding geven, kan je je baby kunstvoeding geven. De kunstvoeding die je nodig hebt tijdens je verblijf is in flesjes beschikbaar op de materniteit.

De vroedvrouw op de afdeling zal je tonen hoe je deze voeding thuis moet bereiden.

Meer informatie vind je in de ontslagbrochure over kunstvoeding die je zal krijgen tijdens je verblijf op onze afdeling.

21 NAAR HUIS

Algemeen

Bij een normale, vaginale bevalling duurt het ziekenhuisverblijf in principe 3 nachten. Je kan ook kiezen voor een korter verblijf (zie hoofdstuk 'Verloop van de kraamperiode'). We adviseren je om vooraf contact op te nemen met een vroedvrouw die de zorg voor jou en je baby thuis kan opnemen.

De dag dat je naar huis gaat:

- komen de gynaecoloog en/of assistent bij je langs. Ze onderzoeken je en bespreken de mogelijkheden voor anticonceptie met jou.
- onderzoeken de kinderarts-neonatoloog of kinderarts-in-opleiding je kindje voor ontslag. Dit is een uitgebreider onderzoek dan op de andere dagen.
- komt de vroedvrouw langs voor een ontslaggesprek en om te antwoorden op je vragen.
- regelt de secretaresse de administratie voor je ontslag.
- krijg je een afspraak voor een postnatale controle bij je gynaecoloog na 5 à 6 weken. Als je bent bevallen in een ander ziekenhuis kan je met je eigen gynaecoloog contact opnemen om deze afspraak te plannen.
- krijg je een voorschrift voor eventuele postnatale kinesitherapie als je dat wil.

Richtlijnen na elke bevalling

Het bloedverlies kan nog geruime tijd aanhouden (max. 4 tot 6 weken). Als je kunstvoeding geeft, kan het bloedverlies overgaan in je eerste menstruatie. Zolang je rood bloedverlies hebt, neem je best geen langdurige baden (douchen kan wel) en wacht je met seksueel contact en zwemmen.

Je mag onmiddellijk beginnen met bekkenbodemspieroefeningen. Met zware buikspieroefeningen en zware lasten tillen wacht je het best tot je op postnatale controle bent geweest.

Richtlijnen bij een keizersnede

Indien nodig worden de hechtingen verwijderd bij je ontslag uit de kraamafdeling. Als de wonde goed gesloten is, mag je onmiddellijk douchen. Je hoeft het litteken niet af te dekken. Je draagt het best nog een tijdje een slipje dat tot boven de wonde komt aangezien dit een gevoelige zone is.

Anticonceptie

Als je kunstvoeding geeft, kan je ongeveer twee weken na de bevalling starten met je gewone pil. Je hoeft dus niet te wachten tot het bloedverlies is gestopt of tot je eerste menstruatie.

Als je borstvoeding geeft kan je geen gewone pil nemen, omdat dit de melkproductie kan verminderen. Je kan dan, als je dat wil, een minipil nemen. Die kan je vanaf tien dagen na de bevallig beginnen te nemen, maar je kan er ook nog mee wachten tot wanneer je klaar bent om opnieuw seks te hebben.

Als je een andere anticonceptiemethode verkiest boven de pil, heb je de keuze tussen een vaginale ring of een pleister. Maar je kan deze methodes niet gebruiken als je borstvoeding geeft omwille van hun invloed op de melkproductie.

Zoek je een anticonceptiemethode op langere termijn, dan kan je opteren voor een spiraaltje (hormoonspiraaltje of koperspiraaltje). Beiden zijn mogelijk als je borstvoeding geeft en kunnen reeds geplaatst worden bij de postnatale controle.

Vraag gerust meer informatie aan je arts bij je ontslag. Je kan dit ook bespreken tijdens de postnatale controle.

22 PERINATALE KINESITHERAPIE

Je hebt recht op terugbetaling van 9 beurten perinatale kinesitherapie. Die kan je het best spreiden zodat je een aantal beurten overhoudt na de bevalling. De kinesitherapeut met specialisatie in de perinatale kinesitherapie kan je voor, tijdens en na de bevalling begeleiden.

Vóór de bevalling bestaat de taak van de kinesitherapeut erin om je voor te bereiden op een bevalling zonder angst door middel van ademhalings- en relaxatieoefeningen. Na de bevalling is er nog de postnatale gymnastiek, waarbij de training van de bekkenbodemspieren een belangrijke plaats inneemt.

Voor perinatale kinesitherapie kan je een kinesist naar keuze consulteren. Ook op de materniteit komt een kinesist je een bezoek brengen op de kamer. Postnatale oefeningen kan je beginnen vanaf 5 weken (bij een vaginale bevalling) of 6 weken (als je een keizersnede kreeg) na de geboorte.

23 WETGEVING

Geboorte-aangifte

Wanneer en waar?

De aangifte van je baby moet binnen 15 kalenderdagen gebeuren bij de dienst Burgerlijke Stand van de stad Gent. Is de vijftiende dag een zaterdag, zondag of wettelijke feestdag, dan heb je tijd tot de eerstvolgende werkdag om de aangifte te doen. Je kan de aangifte ook per mail doen. Je mailt daarvoor de volgende documenten door:

- Het aangifte- en registratieformulier dat je na de geboorte van de vroedvrouw krijgt
- De identiteitskaarten van de aangevers (vader en moeder)
- Een kopie van de erkenningsakte
- Een invulformulier dat je op de materniteit krijgt

Wie moet de aangifte doen?

De wettige ouders (vader en/of moeder) moeten het kindje aangeven.

- Gehuwde koppels: je partner kan de aangifte alleen doen.
- Niet-gehuwde koppels: als jullie op voorhand een erkenningsakte hebben laten opmaken, kan je partner de aangifte alleen doen. Jullie kindje krijgt dan de familienaam van je partner. Als jullie geen erkenningsakte hebben laten opmaken, moet je je kindje zelf aangeven en krijgt het ook jouw naam. Als je wil dat je kindje de naam van je partner krijgt, moeten jullie de aangifte samen doen.

Na de aangifte

Bij de aangifte maakt de ambtenaar van de Burgerlijke Stand een geboorteakte op. Je krijgt ook formulieren voor:

- aanvraag van groeipakket voor de uitbetalingskas (voorheen kinderbijslag)
- inschrijving bij het ziekenfonds
- inenting van je kind (verplichte poliovaccinatie)

Moederschapsrust

Moederschapsrust is het wettelijke verlof waar je recht op hebt rond de bevallingsdatum. Het verlof dat je vóór de bevalling opneemt wordt prenataal verlof of zwangerschapsverlof genoemd. Na de bevalling wordt dat postnataal verlof of bevallingsverlof.

Stop tijdig met werken vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. Het is belangrijk dat je goed uitgerust bent. Niet alleen de bevalling, maar ook het prille ouderschap vergen veel van je krachten.

Werkneemsters, werklozen, contractuelen in de openbare sector en statutaire ambtenaren

Voor deze groep bedraagt de duur van de moederschapsrust 15 weken (meerling: 19 weken) of 105 dagen (meerling: 133 dagen). Deze periode kan onderverdeeld worden in:

- een prenataal verlof van maximaal 6 weken (meerling: 8 weken), waarvan 1 week verplicht op te nemen vóór de bevalling.
- een postnataal verlof van minimaal 9 weken (meerling: 11 weken).

Je kan dus maximaal 5 weken (maximaal 7 weken bij een meerling) van het prenataal verlof overdragen naar het postnataal verlof. De laatste twee weken kan je spreiden over minimaal een maand halftijds werk.

De mutualiteit betaalt het volledige zwangerschapsverlof aan een percentage van je basisloon. Statutaire ambtenaren worden doorbetaald door de werkgever.

Zelfstandigen

Zelfstandigen hebben recht op 12 weken zwangerschapsverlof. Hiervan moet je 1 week vóór de geboorte en 2 weken na de geboorte opnemen. In die periode moet je je activiteiten stopzetten.
De overige negen weken zijn facultatief en kan je naar keuze opnemen vanaf 3 weken voor de verwachte bevallingsdatum tot 38 weken na de bevalling.

Je kan die weken opnemen in periodes van zeven kalenderdagen. Tijdens die periode mag je je activiteiten als zelfstandige voor maximaal de helft uitoefenen in plaats van ze volledig stop te zetten. Je kan voor elke week afzonderlijk kiezen hoeveel je werkt. Zo kan je de negen weken (voltijdse) moederschapsrust omzetten in maximaal achttien weken (deeltijdse) moederschapsrust.

Tijdens je verlof ontvang je een uitkering van de mutualiteit (forfaitair bedrag aan het eind van het verlof).

Zelfstandigen die na hun zwangerschapsrust opnieuw aan het werk gaan, hebben recht op moederschapshulp: 105 dienstencheques die je ontvangt via je eigen sociale verzekeringskas.

Langere ziekenhuisopname

Als je kindje na de bevalling in het ziekenhuis moet blijven voor een periode van meer dan zeven dagen, kan je je moederschapsrust verlengen met de volledige opnameduur van je baby, behalve de eerste 7 dagen. Ook zelfstandige mama's hebben in die situatie recht op een verlenging, alleen wordt bij hen geteld in volledige weken opname.

Meer weten

Moederschapsrust is bij wet bepaald in een algemene regelgeving, maar specifieke situaties kunnen soms vragen oproepen. Meer informatie vind je op de website www.riziv.fgov.be bij het thema 'zwangerschap-geboorte'. Je kan ook je ziekenfonds contacteren. Als je ondersteuning nodig hebt vanuit het ziekenhuis, kan je de sociaal werker van onze afdeling contacteren.

Geboorteverlof voor mee-ouders

Een mee-ouder is de persoon die op het moment van de geboorte van het kind met de moeder gehuwd is, wettelijk met de moeder samenwoont of al minstens drie jaar feitelijk met de moeder samenwoont. Dit is niet noodzakelijk een persoon van het andere geslacht.

Werknemers, werklozen, contractuelen in de openbare sector en statutaire ambtenaren

Deze mee-ouders hebben recht op vijftien werkdagen 'geboorteverlof voor mee-ouders'. Die moeten de eerste vier maanden na de geboorte opgenomen worden. De vijftien dagen moeten niet noodzakelijk aaneensluitend worden opgenomen. Meestal gebeurt dit in overleg met de werkgever.

De werkgever betaalt de eerste drie dagen, de mutualiteit de volgende 12 aan een percentage van het basisloon. Statutaire ambtenaren worden de volledige periode betaald door de werkgever.

Zelfstandigen

Voor zelfstandige mee-ouders is geen geboorteverlof voorzien.

Borstvoedingsverlof

Werknemers, werklozen, contractuelen in de openbare sector en statutaire ambtenaren

Voor deze groep bestaan er twee soorten borstvoedingsverlof:

Betaald borstvoedingsverlof (lactatieverlof)

Enkel moeders met een risicoberoep (bv. laboranten) komen in aanmerking voor lactatieverlof. Of je een risicoberoep hebt, kan je te weten komen via de arbeidsgeneesheer op het werk. De duur van het lactatieverlof is variabel, maar maximaal tot je baby 5 maanden oud is. De arbeidsgeneesheer moet het borstvoedingsverlof goedkeuren. De mutualiteit betaalt je in die periode aan een percentage van het basisloon.

Statutaire ambtenaren worden het volledige lactatieverlof betaald door de werkgever.

Onbetaald borstvoedingsverlof

Dit is borstvoedingsverlof dat kan worden opgenomen door moeders die geen risicoberoep hebben. De duur en opname gebeurt in overleg met je werkgever. Dit verlof is onbetaald.

Zelfstandigen

Voor zelfstandige mama's is geen borstvoedingsverlof voorzien.

24 THUISZORG EN EXTRA DIENSTVERLENING

Thuiszorg

Er kunnen thuis nog heel wat vragen opduiken. Aarzel niet om de hulp van een zelfstandige vroedvrouw of een andere hulpverlener in te schakelen. Je kan uiteraard ook bij ons terecht voor alle bijkomende informatie, ook na je verblijf op onze materniteit (tel. 09 332 20 43).

In Vlaanderen bestaan tal van organisaties, uitgaande van mutualiteit of onafhankelijk hiervan, die zich toeleggen op thuiszorg tijdens de kraamperiode. Als je kiest voor een poliklinische bevalling (1 nacht in het ziekenhuis als er geen verwikkelingen zijn), maar ook als je langer in het ziekenhuis blijft, kan extra hulp en ondersteuning tijdens de eerste dagen thuis meer dan welkom zijn. Het is vaak moeilijk om een onderscheid te maken tussen de verschillende diensten, maar in het algemeen onderscheiden we zorg door vroedvrouwen en hulp door kraamverzorgenden.

Vroedvrouwen

Vroedvrouwen staan in voor medische zorgen bij moeder en kind, zoals hygiënische zorgen, wondverzorging, navelverzorging, uitvoeren van de bloedprik voor metabole screening. Ze geven begeleiding, ondersteuning en advies over o.a. voeding van moeder en kind. Indien nodig gebeurt dit in overleg met de huisarts, gynaecoloog en/of kinderarts.

Als je een beroep wil doen op thuiszorgdiensten moet je je hier tijdens je zwangerschap al voor aanmelden. Je reservatie achteraf annuleren, is makkelijker dan op het einde van je zwangerschap nog een regeling te moeten treffen voor thuiszorg. De nodige informatie vind je bij je mutualiteit of op de websites van de expertisecentra voor kraamzorg (zie verder).

Kraamzorg

De eerste maand na de bevalling kunnen kraamverzorgenden het gezin helpen bij de verzorging van moeder en baby, dagelijkse huishoudelijke taken (strijken, boodschappen, koken enz.), opvang van de andere kinderen, … Kortom, ze springen in waar nodig.

Vraag na bij een instantie die de dienstverlening voorziet, wat de voorwaarden zijn.

Organisaties van zorgverleners thuis

Hieronder vind je een niet-exhaustieve lijst van organisaties die o.a. thuiszorg aanbieden. Je kan voor andere organisaties ook terecht op de websites van de expertisecentra kraamzorg (zie verder).

Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen
www.vroedvrouwen.be
Telefoonnummers van zelfstandige vroedvrouwen en/of lactatiekundigen in je buurt vind je terug op deze website.

Expertisecentra kraamzorg
www.kraamkaravaan.be

I-mens
www.i-mens.be

Begeleiding van borstvoeding

Je kan voor begeleiding bij borstvoeding uiteraard altijd terecht bij je zelfstandige vroedvrouw. Naast de al vermelde organisaties kan je ook via andere kanalen hulp en informatie krijgen. Hieronder vind je een niet-exhaustieve lijst van andere groeperingen die zowel uit professionele hulpverleners (vroedvrouwen, lactatiekundigen) als uit ervaringsdeskundigen (moeders met ruime borstvoedings-ervaring, vrijwilligers) kunnen bestaan.

Belgische Vereniging van Lactatiekundigen
www.bvl-borstvoeding.be
Telefoonnummers van lactatiekundigen in je buurt vind je terug op deze website.

Vzw Borstvoeding
Een vereniging van vroedvrouwen, lactatiekundigen en ervaringsdeskundigen.
www.vzwborstvoeding.be / tel. 051 77 18 03

La Leche League Vlaanderen
Internationale organisatie van moeders voor moeders die informatie en steun verleent aan vrouwen die borstvoeding geven. Met o.a. moedergroepen waar borstvoedende ouders samenkomen.
www.lalecheleague.be / tel. 015 55 79 43

Vereniging voor Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding
www.vbbb.be / tel. 03 281 73 13

Mammacafés
Plaatsen waar borstvoedende ouders samenkomen.
www.mammacafe.be

Andere diensten

Kind en Gezin

Kind en Gezin is een door de overheid gesubsidieerde organisatie. Haar missie is om samen met haar partners, voor elk kind, waar en hoe het ook geboren is of opgroeit, zoveel mogelijk kansen te creëren. Alle informatie over Kind en Gezin vind je op www.kindengezin.be.
Tel. (Brussel) 02 533 12 11
Infolijn 078 15 01 00

Expertisecentra voor kraamzorg

Expertisecentra bieden naast thuiszorg door vroedvrouwen en kraamverzorgenden ook extra diensten, zoals een telefonische infolijn, soms een winkel/uitleenbalie (bv. kolftoestellen), organisatie van cursussen/workshops, ...
www.expertisecentrakraamzorg.be

25 KINDEROPVANG

Je moet 100 procent overtuigd zijn van de opvang je die je voor je kindje kiest. Tijdens je zoektocht zijn correct advies en juiste informatie onmisbaar. Vraag de brochure 'Wegwijs in kinderopvang' aan de verpleegkundige van Kind en Gezin. Regel de kinderopvang zo vroeg mogelijk tijdens de zwangerschap!

26 PRAKTISCHE INFORMATIE

Aanmelden

Je hoeft je niet aan te melden aan de centrale balie en kan onmiddellijk naar de verlosafdeling komen (ingang 50, route 515).

Aan de receptie van de materniteit is een bel waarmee je je kan aanmelden. Nadien moet je partner wel de administratie in orde brengen door je in te schrijven aan de aanmeldzuilen aan ingang 50.

Parkeren

Je parkeert in de centrale bezoekersparking. Bij een dringende opname of opname tussen 22 en 6 uur: volg vanaf de hoofdinrit de rode wegwijzers naar de verlosafdeling ('Dringend vervoer Verloskwartier - Parking). Vanaf een opnameduur van 14 dagen krijgt je partner een parkeerkaart om gratis te parkeren. Als je baby is opgenomen op de afdeling Neonatale intensieve zorg kan je daar een parkeerkaart krijgen.

Wat breng je mee?

Administratie

- Identiteitskaart
- Dossier dat je arts je meegeeft (zeker als je niet in het UZ Gent werd opgevolgd)
- Moederboekje
- Eventueel bewijs van erkenning van de baby door de vader (als jullie niet getrouwd zijn)
- Eventuele formulieren voor bijkomende verzekering (hospitalisatieverzekering) of je verzekeringspasje

Voor jezelf

- Toiletgerief
- Nachtkledij
- Pantoffels
- Kamerjas
- (Borstvoedings)beha
- Handdoeken en washandjes

Voorzie benodigdheden voor een opname van ongeveer 5 dagen.

Voor de baby

De meeste mensen voorzien kleertjes voor de baby. Vergeet de babysokjes niet! Er zijn ook babykleertjes beschikbaar op de materniteit, als je dat wil. De volgende spullen hoef je **niet** te voorzien, die hebben we op de materniteit:

- Handdoeken en washandjes voor het toilet van je baby
- Een startpakket met verzorgingsproducten voor de baby (wordt verrekend op je ziekenhuisfactuur)
- Borstcompressen
- Pampers

Als je zelf de verzorgingsproducten voor je baby wil meebrengen, voorzie dan ook een thermometer, borstel en kammetje.

Telefoon

Je mag een mobiele telefoon gebruiken in de verlosafdeling en op de materniteit. Er is ook een telefoontoestel in elke arbeidsverloskamer en in de kamers op de kraamafdeling. Aan de centrale receptie aan ingang 50 krijg je een document met meer uitleg over het gebruik van de telefoon op de kamer. Daar staan ook je telefoonnummer en telefooncode op. De gesprekskosten worden verrekend op je ziekenhuisfactuur.

Televisie

Elke kamer heeft een televisietoestel met afstandsbediening. Via kanaal 40 kan je nuttige informatie over het UZ Gent raadplegen.

Internet

Je krijgt gratis wifitoegang bij inschrijving aan de aanmeldzuilen aan ingang 50. Op de documenten die je ontvangt, staan je logingegevens en paswoord.

Bezoektijden

Verlosafdeling

Maximaal 2 begeleidende personen toegelaten per kraamvrouw. Dag en nacht.

Materniteit

Van 16 tot 19 uur. We vragen met aandrang om de bezoektijden te respecteren.

Identificatiearmband

Elke patiënt die in het UZ Gent wordt opgenomen, krijgt een identificatiearmband om de pols. Het is belangrijk dat je deze identificatiearmband de hele ziekenhuisopname draagt. Door het dragen van de armband kunnen vergissingen vermeden worden. Pas bij je ontslag uit het ziekenhuis, zal een vroedvrouw de armband verwijderen.

Let erop:

- dat je de armband onafgebroken draagt
- dat op de armband je correcte naam, voornaam en geboortedatum staan
- dat de vroedvrouw je vraagt deze gegevens na te kijken bij het aanbrengen van de armband

Als de armband tijdens je verblijf om een of andere reden verwijderd moet worden (bv. bij het plaatsen van een infuus of omdat de armband vuil is), moet onmiddellijk een nieuwe armband aangebracht worden. Als een armband niet mogelijk is, zorgen we voor een goed alternatief.
Je baby krijgt een identificatiebandje (aan een been) en moet dat het hele ziekenhuisverblijf de klok rond dragen.

Geld, kostbaarheden en andere persoonlijke voorwerpen

Aan elk bed staat een nachtkastje dat op slot kan. Wij raden je af om belangrijke geldsommen of waardevolle zaken mee te brengen naar het ziekenhuis. Leg ook geen waardevolle voorwerpen op je nachtkastje. Het UZ Gent is niet aansprakelijk voor verlies of diefstal van geld, kostbaarheden en andere persoonlijke voorwerpen. Als je toch in het bezit bent van waardevolle voorwerpen kan je die, tegen ontvangstbewijs, in bewaring geven bij de centrale receptie aan ingang 50 (inlichtingen: tel. 09 332 20 15).

Ombudsdienst voor patiënten

De medewerkers van het ziekenhuis streven naar goede, zorgvuldige en kwaliteitsvolle dienstverlening, rekening houdend met je noden. Het kan gebeuren dat je, ondanks hun inzet en inspanningen, niet volledig tevreden bent over deze zorg- en dienstverlening. We vragen je om dit rechtstreeks te bespreken met de betrokken zorgverlener, de hoofdverpleegkundige of behandelende arts. Zij zijn bereid met jou te overleggen hoe een probleem of een klacht kan worden opgelost.

Als dat niet lukt of niet tot een oplossing leidt, kan je je richten tot de Ombudsdienst. Je doet dat het best via het contactformulier op www.uzgent.be/ombud. Je kan de dienst ook telefonisch of per e-mail contacteren. Een persoonlijk gesprek is mogelijk op afspraak.

Contact

Ombudsdienst UZ Gent
Ingang 50, route 505
Tel. 09 332 52 34
Fax 09 332 55 91
ombudsdienst@uzgent.be

27 NUTTIGE TELEFOONNUMMERS

Polikliniek Verloskunde

- Secretariaat (afspraken): tel. 09 332 37 83 van 08.30 tot 12 uur en van 13 tot 16.30 uur).
- Vroedvrouw: tel. 09 332 59 56
- Vroedvrouw prenatale diagnostiek: tel. 09 332 57 15

Materniteit

Receptie: tel. 09 332 20 43 (24 op 24 uur)

Verloscomplex

Tel. 09 332 21 52 (24 op 24 uur)

Lactatiekundige

Tel. 09 332 24 36

Sociaal verpleegkundige

Inge De Maertelaere: tel. 09 332 56 41

Infolijn Kind en Gezin

Tel. 078 150 100
www.kindengezin.be

Polikliniek Verloskunde

Secretariaat (afspraken): T +32 (0)9 332 37 83 (van 8.30 tot 12 uur en van 13 tot 16.30 uur).
Vroedvrouw: T +32 (0)9 332 59 56
Vroedvrouw prenatale diagnostiek: T +32 (0)9 332 57 15
www.uzgent.be/verloskunde

Materniteit

Receptie: T +32 (0)9 332 20 43 (24 op 24 uur)
www.uzgent.be/verloskunde

Verloscomplex

T +32 (0)9 332 21 52 (24 op 24 uur)

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

vu: Eric Mortier, gedelegeerd bestuurder UZ Gent, C. Heymanslaan 10, 9000 Gent – 118367 – januari 2023 – versie 16

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
T +32 (0)9 332 21 11 | **E** info@uzgent.be

www.uzgent.be
Volg ons op