

# Informatie



## Bevallen na een eerste keizersnede



**Deze keuzehulp is bedoeld voor vrouwen die zwanger zijn en in een eerdere zwangerschap een keizersnede hebben gehad. Voor de huidige zwangerschap zal samen met jouw eventuele partner en jouw gynaecoloog een keuze gemaakt moeten worden over de manier van bevallen: het nastreven van een vaginale bevalling of een geplande keizersnede. In onderstaande tabel wordt aangegeven wat de opties inhouden.**

In onderstaande tabel wordt aangegeven wat de opties inhouden.

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Wat houdt het in?	Je bevalt in het ziekenhuis met continue bewaking van de baby (CTG)  Als het niet lukt wordt er alsnog een (spoed) keizersnede gedaan	De baby wordt geboren via een geplande operatie bij 39 weken

Er wordt naar gestreefd om tijdig tijdens de zwangerschap samen met jouw gynaecoloog een voorlopige keuze te maken. Uiteraard kunnen zich later in de zwangerschap nog veranderingen voordoen die de keuze kunnen veranderen. Dit betekent dat de manier van bevallen, indien nodig, tussen de 36 en 40 weken wederom met je besproken zal worden.



Aan de hand van een stappenplan bespreek je met jouw gynaecoloog punten die belangrijk zijn bij het maken van een keuze tussen een vaginale bevalling en een geplande keizersnede.

Deze bespreekpunten zijn:

1. jouw eventuele voorkeur vóór het gesprek;
2. jouw ervaringen met een eerdere bevalling;
3. informatie over de voor- en nadelen en mogelijke complicaties van een vaginale bevalling of een geplande keizersnede;
4. jouw overwegingen bij het afwegen van beide opties;
5. de wensen en/of voorwaarden waaronder je voor een vaginale bevalling zou willen kiezen;
6. een voorlopige keuze;
7. hoe verder.

### Stap 1

Voordat je deze keuzehulp doorneemt had je misschien al voor jezelf een voorkeur. Waar gaat op dit moment je voorkeur naar uit?

- Een vaginale bevalling
- Een geplande keizersnede
- Niet van toepassing, ik heb nog geen voorkeur

### Stap 2 Mijn eigen ervaring

Zijn er ervaringen vanuit de vorige bevalling die voor jou meewegen in jouw beslissing?

.....

.....

.....

.....

.....



Wat zijn voor je andere belangrijke factoren, zoals ervaringen in de directe omgeving, die jouw beslissing rondom deze bevalling beïnvloeden?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Stap 3 Vergelijken

In stap 3 worden de voordelen, nadelen en risico's van een vaginale bevalling en een geplande keizersnede besproken. Sommige nadelen die horen bij een geplande keizersnede komen ook voor bij vrouwen die alsnog een (spoed) keizersnede krijgen. In de onderstaande tabel staat een algemeen overzicht van wat een vaginale bevalling of een geplande keizersnede betekent voor de moeder, de baby en de kraamperiode. De kansen op complicaties en de gevolgen voor toekomstige zwangerschappen worden later in deze keuzehulp toegelicht.



## Overzicht betekenis vaginale bevalling en geplande keizersnede

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Wat betekent het voor de moeder	<p>Meer betrokkenheid bij de geboorte van de baby</p> <p>Meemaken van 'gewone geboorte': kind op de borst, snel starten borstvoeding, meer controle over eerste uren na geboorte</p> <p>Pijn van de weeën</p> <p>Mogelijkheid van vaginaal inscheuren en hechtingen</p> <p>Risico op een (spoed) keizersnede</p>	<p>Meer controle over wanneer en hoe de bevalling plaatsvindt (tenzij de bevalling toch eerder begint)</p> <p>Soms eerste tijd na geboorte zonder kind doorbrengen op OK/uitslaapkamer. Bij 'gentle sectio' i.p. als bij vaginale bevalling</p> <p>Pijn na de operatie</p> <p>Risico's zoals bij elke operatie: hoger risico op trombose, infectie, bloedingen</p> <p>Kans dat er, in plaats van de ruggenprik, algehele narcose moet plaatsvinden</p>



	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Wat betekent het voor de baby?	Een natuurlijke geboorte bereidt de baby beter voor op zelfstandig ademen	Bij een geplande keizersnede is de totale kans op complicaties ietsje kleiner
Wat betekent het voor de kraamperiode?	Snel naar huis  Na 2-3 dagen kun je 'normale werkzaamheden' uitvoeren	3-4 dagen in het ziekenhuis  Na 4-6 weken kun je 'normale werkzaamheden' uitvoeren

### Wat is mijn kans dat het lukt om vaginaal te bevallen?

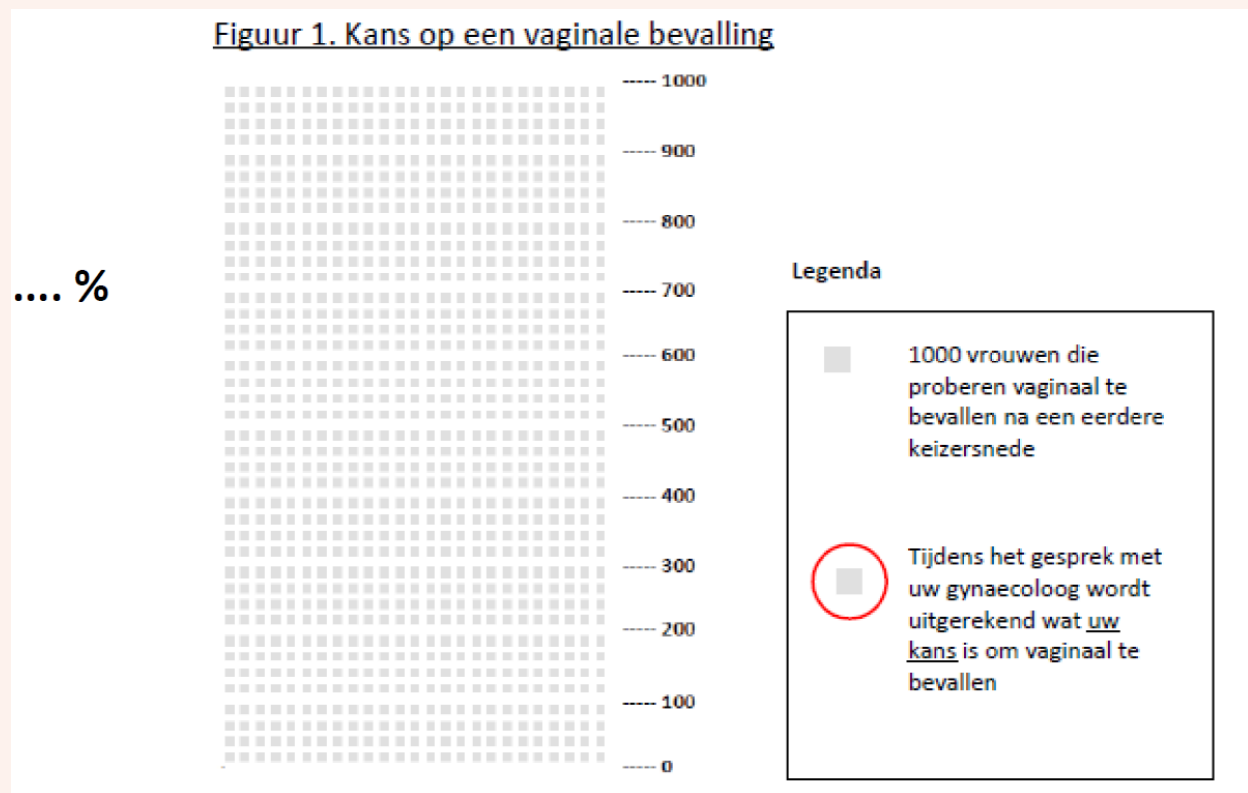
De totale kans op complicaties is kleiner bij vrouwen die vaginaal bevallen. Bij gemiddeld 70-75% van de vrouwen die dit probeert lukt dat ook en voor de totale groep is een geplande keizersnede dus niet beter. Echter, als jouw kans op slagen veel kleiner of groter is, kan dit in de keuze mogelijk wel meespelen.

*Rekenmodel: jouw persoonlijke kans dat je vaginaal bevalt (vanaf 32 weken zwangerschap)*

Vanaf 32 weken zwangerschap kunnen we jouw kans op slagen berekenen op basis van uw voorgeschiedenis en huidige situatie. Jouw gynaecoloog zal dit aan de hand van een rekenmodel voor je uitrekenen tijdens de afspraak.



Als je kiest voor een vaginale bevalling is jouw persoonlijke kans dat je ook daadwerkelijk vaginaal bevalt:



Wanneer de bevalling vóór de uiterekende datum op gang komt, is de kans dat je vaginaal bevalt mogelijk groter. Als echter de bevalling ingeleid moet worden, is de kans dat je vaginaal bevalt wat kleiner, de rekenhulp moet dan opnieuw worden ingevuld.

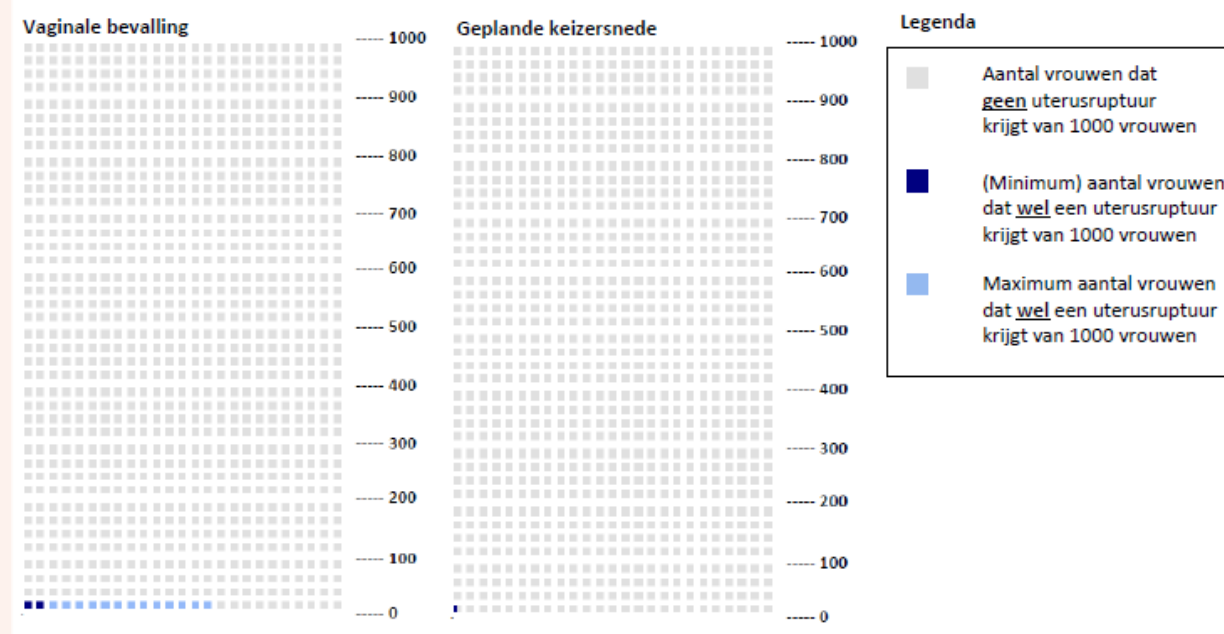
### Wat is de kans op ernstige complicaties bij mij of bij de baby?

Een complicatie waar mensen het meest bang voor zijn is een 'uterusruptuur': dit is het openscheuren van het oude litteken van de baarmoeder. De gevolgen van een uterusruptuur kunnen ernstig zijn voor de moeder en de baby, maar bij snel ingrijpen is het risico op blijvende gevolgen klein. De kans hierop varieert in de wereld van 2 tot 15 per 1000 vrouwen die een vaginale bevalling starten en is waarschijnlijk afhankelijk van risicofactoren zoals bijvoorbeeld het gebruik van medicatie bij een inleiding. We houden hier een gemiddelde aan van deze cijfers.

#### Risico op uterusruptuur per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Uterusruptuur	8 (2 tot 15) per 1000	0,3 per 1000

Figuur 2. Risico op uterusruptuur per 1000 bevallingen





De kans dat er als gevolg van een uterusruptuur of andere mogelijke problemen bij de bevalling, ernstige gevolgen optreden, is erg klein en wordt hieronder beschreven.

#### *Risico op sterfte per 1000 bevallingen*

	<b>Vaginale bevalling</b>	<b>Geplande keizersnede</b>
Sterfte moeder	0,04 per 1000	0,13 per 1000
Sterfte kind	1,30 per 1000	0,50 per 1000

#### *Risico ernstig letsel baby*

De mildere complicaties bij een geplande keizersnede vergeleken met een vaginale bevalling bij elkaar wegen tegen elkaar op en komen in minder dan 5% van de gevallen voor. Bij een geplande keizersnede worden vaker ademhalingsproblemen gezien maar bij een vaginale bevalling meer problemen met de geboorte van de schouders. Deze verschillen zijn moeilijk tegen elkaar op te wegen en er is geen verschil in neurologische schade of lange-termijn-uitkomst. Er is dus geen verschil in de kans op blijvend ernstig letsel bij de baby.

#### *Risico ernstig letsel moeder*

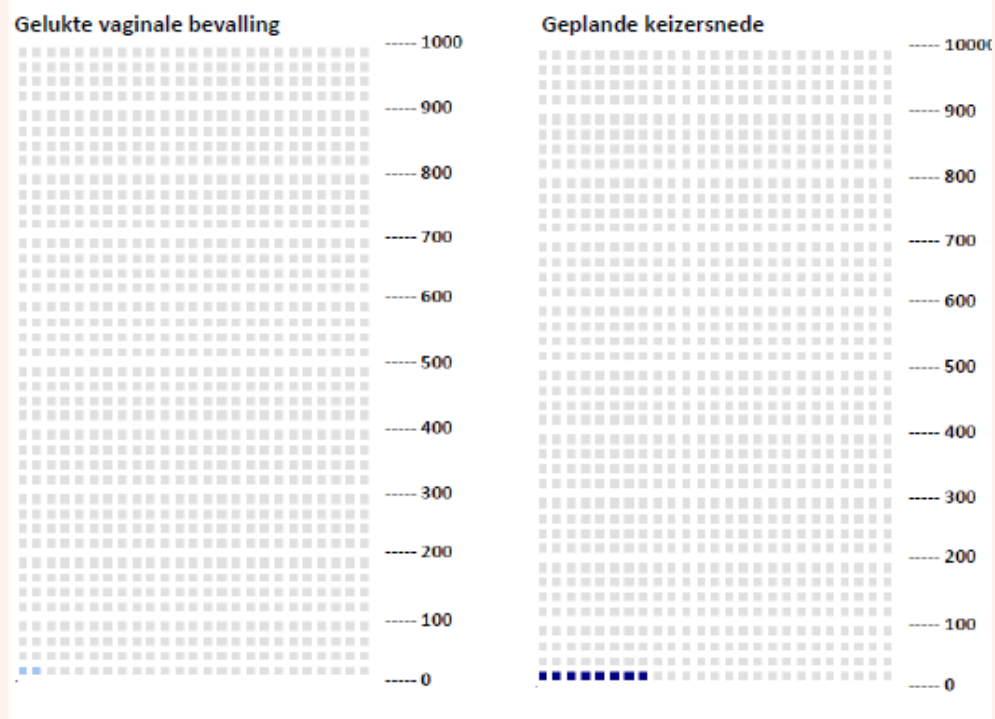
De totale kans op ernstige complicaties bij de moeder (uterusruptuur, baarmoederverwijdering of operatieletsel) worden genoemd in onderstaande tabel. Voor de kans op complicaties is er verschil tussen vrouwen die daadwerkelijk vaginaal bevallen en vrouwen die alsnog bevallen via een niet geplande keizersnede, al dan niet met spoed.



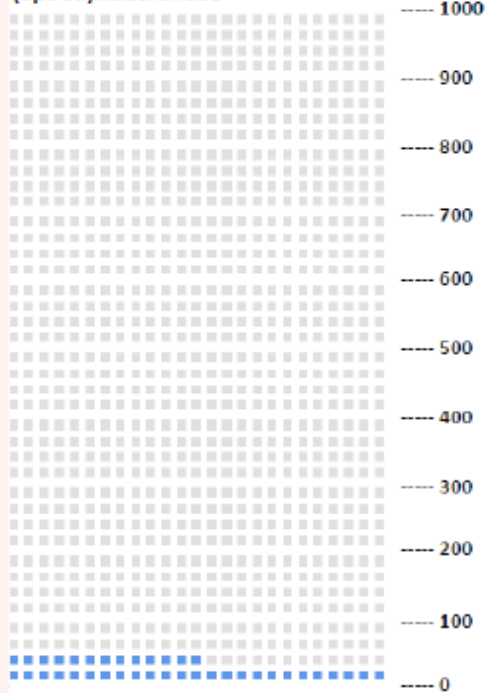
Risico's ernstige complicaties bij moeder per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Ernstige schade moeder	Daadwerkelijke vaginale bevalling: 2 per 1000	8 per 1000
	Niet geplande keizersnede: 38 per 1000	

Figuur 3. Risico's ernstige schade moeder per 1000 bevallingen



### (Spoed)keizersnede



### Legenda

- Aantal vrouwen van 1000 vrouwen dat geen ernstige complicatie krijgt
- Aantal vrouwen van 1000 vrouwen dat vaginaal bevalt en wel een ernstige complicatie krijgt
- Aantal vrouwen van 1000 vrouwen dat een (spoed)keizersnede krijgt en wel een ernstige complicatie krijgt
- Aantal vrouwen van 1000 vrouwen dat een geplande keizersnede krijgt en wel een ernstige complicatie krijgt



## Heeft mijn keuze invloed op een eventuele toekomstige zwangerschap?

In de meeste gevallen zal na twee keizersnedes de volgende bevalling wederom een keizersnede zijn. Per 'extra' keizersnede neemt de kans op complicaties tijdens een volgende zwangerschap toe. De belangrijkste risico's voor een volgende zwangerschap zijn: een grotere kans op een placenta praevia (placenta die voor de uitgang van de baarmoedermond ligt) en een ingegroeide placenta, waarbij de placenta in de wand van de baarmoeder vastgroeit. Ook is er meer risico op veel bloedverlies, een opname op de intensive care en het nodig zijn van het verwijderen van de baarmoeder. Uiteraard kunnen deze problemen met elkaar samenhangen en is het totale aantal een schatting van het aantal vrouwen dat met één of meerdere problemen te maken krijgt. Ook minder ernstige operatierisico's zoals infecties komen vaker voor na meerdere keizersnedes.

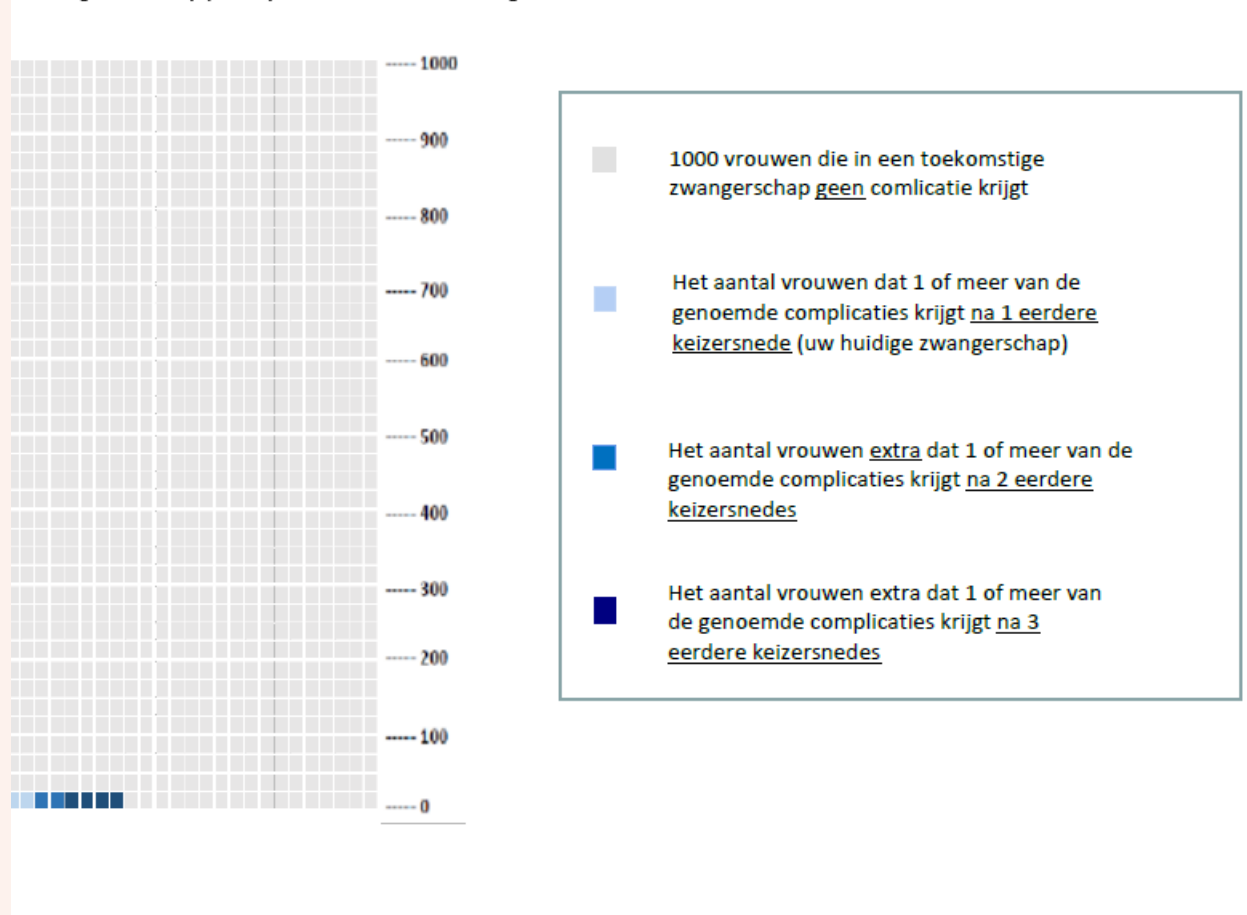
*Kans op optreden van ernstige complicaties bij toekomstige zwangerschappen per 1000 bevallingen*



	Bij 3e keizersnede	Bij 4e keizersnedes
Voorliggende placenta	18 per 1000	30 per 1000
Ingegroeide placenta	6 per 1000	21 per 1000
Baarmoederverwijdering	9 per 1000	24 per 1000
IC opname moeder	6 per 1000	16 per 1000
Bloedverlies met transfusie van > 4 zakjes bloed	8 per 1000	16 per 1000
Letsel aan urinewegen of darmen	12 per 1000	24 per 1000
Schatting totale kans op 1 of meerdere complicaties	40 per 1000	80 per 1000



**Figuur 4 Kans op optreden van het totaal aantal complicaties bij toekomstige zwangerschappen per 1000 bevallingen**



### Samenvattend

In meer dan 95% van alle bevallingen treden geen ernstige complicaties op bij moeder of kind hoe je ook aan de bevalling begint: geplande keizersnede of vaginaal.

De kans op complicaties bij de moeder hangt wel samen met de uiteindelijke manier van bevallen. Bij vrouwen die daadwerkelijk vaginaal bevallen is de kans op ernstige complicaties het kleinst (2 op 1000), gevolgd door de groep met een geplande keizersnede (8 op 1000). Het grootste risico op complicaties heeft de groep die vaginaal begint maar alsnog een keizersnede krijgt (38 per 1000). Hiervan is echter maar in minder dan 5% van de gevallen echt sprake van spoed.

De kans op complicaties in de toekomst neemt toe bij elke extra keizersnede.



## Stap 4 Mijn overwegingen

Hieronder kunt u aangeven wat voor u belangrijke onderdelen zijn om tot een beslissing te komen.

Wat vindt u (en uw partner) belangrijk?		Heel belangrijk	belangrijk	Minder belangrijk	Onbelangrijk
<b>Ernstige risico's</b>					
13	bij een vaginale bevalling is het risico op scheuren van het litteken in de baarmoeder (uterusruptuur) groter				
14	bij een vaginale bevalling is de kans op alle ernstige complicaties samen voor de moeder kleiner				
15	bij een keizersnede is de kans op sterfte van de moeder groter				
16	bij een vaginale bevalling en een keizersnede is de kans op blijvend letsel bij de baby ongeveer gelijk				
17	bij een keizersnede is de kans op sterfte van de baby kleiner				
18	elke nieuwe keizersnede geeft grotere risico's voor de volgende zwangerschap				
<b>Na een vaginale bevalling</b>					
19	ben ik eerder hersteld				
20	mag ik meestal eerder naar huis				
21	andere belangrijke redenen:				
22					
23					



## Stap 5 Wensen

Het kan zijn dat jouw keuze voor een vaginale bevalling afhangt van een aantal voorwaarden/wensen (bijvoorbeeld: goede pijnstilling, vlot verloop). Hieronder kun je opschrijven welke dat voor u zijn, zodat dit ook in jouw dossier kan worden opgenomen:

.....  
.....  
.....

## Stap 6 De voorlopige keuze

- Een vaginale bevalling
- Een geplande keizersnede

## Stap 7 Hoe verder?

Je hebt samen met jouw arts een voorlopige keuze gemaakt. Je kunt, nadat je er nogmaals over hebt nagedacht, van mening veranderen. Ook kan het zijn dat de omstandigheden veranderen: er kan een reden zijn voor een inleiding, de baby kan te vroeg komen of de baby kan erg groot geworden zijn. Dit kan jouw slagingskans en daarmee ook jouw keuze veranderen.

Ook kan het zijn dat, indien je voor een geplande keizersnede hebt gekozen, de bevalling toch eerder op gang komt. Hierdoor kan het zijn dat de slagingskans van een vaginale bevalling beter wordt en dat je in dat geval toch een gewone bevalling zou willen.

Er wordt met je afgesproken om indien jouw medische situatie verandert, nogmaals deze keuzehulp door te nemen.

## Inleiding van de bevalling na een keizersnede

Dit onderdeel van de keuzehulp is voor vrouwen die gekozen hebben voor een vaginale bevalling na een eerdere keizersnede en bij wie er nu een reden is om de bevalling te gaan inleiden.





### *Inleiden van de bevalling*

Als een bevalling niet spontaan op gang komt, of als de bevalling om medische redenen eerder moet plaatsvinden, kan die worden ingeleid. Bij een inleiding wordt de bevalling op gang gebracht met een ballonnetje of met medicijnen. In de tabel hieronder staat weergegeven dat het inleiden van de bevalling gevolgen heeft voor de kans dat je daadwerkelijk vaginaal bevalt. Tevens is de kans op scheuring van het litteken van de baarmoeder (uterusruptuur) mogelijk iets groter bij het inleiden van de bevalling.

### **Inleiden na een keizersnede**

Inleiding vaginale bevalling na een eerdere keizersnede

<b>Inleiden vaginale bevalling na een eerdere keizersnede</b>	
Wat gebeurt er met de kans dat je vaginaal bevalt?	Bij een inleiding na een eerdere keizersnede wordt de kans dat je vaginaal bevalt mogelijk iets kleiner. Daarom zal jouw gynaecoloog deze opnieuw voor je uitrekenen.  <b>Jouw nieuwe kans is: _____ %</b>
Wat gebeurt er met mijn kans op complicaties bij inleiden?	<i>Met een ballonnetje:</i> Er is waarschijnlijk geen verschil in de kans op het scheuren van het litteken van de baarmoeder (uterusruptuur). <i>Medicijnen:</i> Bij het gebruik van prostaglandines (gel, tabletten) is dit ongeveer 15 per 1000, bij het gebruik van een infuus ongeveer 10 per 1000.



## Heb je nog vragen?

Bovenstaande informatie zal je met de gynaecoloog bespreken tijdens het consult over jouw bevalling. Eventuele vragen kun je dan stellen. Je mag ook altijd contact opnemen met jouw verloskundige of gynaecoloog.

## Vergoeding zorg

De basisverzekering vergoedt zorg die moeder en baby voor, tijdens en na de bevalling nodig hebben. Dit betekent dat de kosten voor de verloskundige, gynaecoloog en kraamverzorgende vanuit de basisverzekering worden vergoed. Wel kunnen er kosten (deels) ten laste komen van het verplichte eigen risico. Ook zijn er zorgvoorzieningen en behandelingen waarvoor je een eigen bijdrage moet betalen. Denk hierbij aan geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, kosten voor vervoer of de verplichte eigen bijdrage voor kraamzorg. In je zorgpolis kun je lezen welke zorg je vergoed krijgt door je zorgverzekering. Het type zorgpolis bepaalt bovendien of je zelf een zorgaanbieder mag kiezen.

De keuzehulp is ontwikkeld in het kader van de cesarean Section IMPLementation studie (SIMPLE) in het kader van een ZonMW project, subsidienummer 80-82315-97-10005.

## Geboortezorg Zuid aan Zee

Voor iedere zwangere en partner in onze omgeving moet de geboortezorg vertrouwd, laagdrempelig en veilig aanvoelen. Vanuit de gedachte dat de zwangere centraal staat, wordt gewerkt vanuit één team en zet de coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee in op de juiste zorg door de juiste zorgverlener. Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis is onderdeel van deze cooperatie.

Kijk op de website [www.geboortezorgzuidaanzee.nl](http://www.geboortezorgzuidaanzee.nl) voor meer informatie over coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee en welke zorgverleners hierbij aangesloten zijn.

### Projectleiders

Dr. H.C.J. Scheepers, gynaecoloog perinatoloog, Maastricht UMC+

Dr. R.P.M.G. Hermens, IQ Healthcare Nijmegen

### Arts-onderzoekers

Drs. S. Melman, E.N.C. Schoorel, E. Vankan. Maastricht UMC+



## **Projectgroepleden**

Prof. Dr. J. G. Nijhuis, gynaecoloog perinatoloog, Maastricht UMC+  
Dr. L.J.M. Smits, epidemioloog, Maastricht University  
Prof. Dr. T van der Weijden, Maastricht University'  
Dr. A. Kwee, gynaecoloog perinatoloog, UMC Utrecht  
Dr. S.M. van Kuijk, epidemioloog Maastricht University  
Prof. Dr. C.D. Dirksen, HTA deskundige, Maastricht UMC+

## **Expertpanel**

dr. R. Aardenburg, Orbis medisch centrum, Sittard  
dr. K. de Boer, Rijnstate, Arnhem  
dr. T.H.M Hasaart, Catharina ziekenhuis, Eindhoven  
mw. M. Nieuwenhuijze, Academie Verloskunde, Maastricht  
Prof. Dr. J. G. Nijhuis, gynaecoloog perinatoloog, Maastricht UMC+  
dr. M.G. Pampus, OLVG Amsterdam  
Prof. dr. J.J.M van Roosmalen, LUMC, Leiden  
dr F.J.M.E. Roumen, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen  
Prof. dr R. de Vries, Academie Verloskunde, Maastricht  
dr. M.G.A.J Wouters, VU medisch centrum, Amsterdam  
Prof. dr. B.W.J Mol , AMC, Amsterdam

© Dit product is auteursrechtelijk beschermd. De NVOG heeft toestemming gegeven om dit product te vermenigvuldigen of verspreiden.





## Geboortezorg Zuid aan Zee

# De juiste geboortezorg door de juiste zorgverleners

Voor iedere zwangere en partner in onze omgeving moet de geboortezorg vertrouwd, laagdrempelig en veilig aanvoelen. Vanuit de gedachte dat de zwangere centraal staat, wordt gewerkt vanuit één team en zet de coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee in op de juiste zorg door de juiste zorgverlener.

Hierbij staat de continuïteit van zorg voor de zwangere en het streven naar één zorgverlener die haar begeleidt (zwangerschaps- / zorgcoördinatie) voorop. De zwangere krijgt goede zorg van de verloskundige en de kraamverzorgende als het kan en van de gynaecoloog als het moet. Als er toch sprake is van bijvoorbeeld

een medisch noodzakelijke overdracht is alle informatie inzichtelijk en kent deze een vloeiend verloop. Alle partijen in de keten van de geboortezorg hebben een eigen rol en verantwoordelijkheid, die vanuit de ambitie 'één team, één zwangerschapscoördinator en de zwangere' centraal wordt ingevuld.

## De coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee wordt gevormd door

