



Onderzoek naar hoe zorgverleners beter hulp kunnen bieden na een spoedkeizersnede

Ontwikkeling ondersteunende brochure

Gezondheidszorg

Bachelor in de vroedkunde

Campus Kortrijk

Sarah Vandewalle

2018-2019 / 3 Vroedkunde



Onderzoek naar hoe zorgverleners beter hulp kunnen bieden na een spoedkeizersnede

Ontwikkeling ondersteunende brochure

Gezondheidszorg

Bachelor in de vroedkunde

Campus Kortrijk

Sarah Vandewalle

2018-2019 / 3 Vroedkunde

Abstract

Probleemstelling: Een spoedsectio heeft een significant hoger risico op fysieke complicaties dan een electieve keizersnede. Bovendien is er ook een hoger risico op psychische problemen, zoals een postpartumdepressie, posttraumatische stressstoornis en een postnatale psychose. Daarnaast heeft de bevallingswijze ook een invloed op de moeder-kindbinding, de borstvoeding etc. Zonder de gepaste steun, vroegtijdige detectie en gepaste behandeling kan het bijdragen tot heel wat gevolgen voor zowel moeder, kind als partner. Uit onderzoek bleek dat zorgverleners, meer bepaald vroedvrouwen, een belangrijke rol spelen bij het al dan niet ontwikkelen van psychische problemen. Echter, vaak zijn zorgverleners zich niet bewust van hoe hun handelen de mentale gezondheid van de vrouw kan beïnvloeden.

Onderzoeksdesign: observationeel prospectief onderzoek

Methode: Informatie werd enerzijds verkregen aan de hand van een literatuurstudie. Anderzijds werd op sociale media een oproep verspreid, gericht op vrouwen die een spoedsectio ondergingen. Vrouwen meldden zich vrijwillig aan voor een semigestructureerd interview. Aan de hand van bevindingen uit de literatuurstudie, alsook de bevindingen verkregen aan de hand van vijf interviews, werd een brochure ontwikkeld.

Resultaten: Uit de literatuurstudie en interviews kwamen de zaken 'kwetsbaarheid', 'communicatie', 'controleverlies' en 'angst', naar voor als de pijnpunten in de begeleiding van vrouwen die een spoedsectio hebben ondergaan.

Conclusie: Vroedvrouwen oefenen een belangrijke invloed uit op hoe een spoedsectio wordt ervaren. Het is belangrijk om zich als vroedvrouw bewust te zijn van de mogelijke pijnpunten en de aanbevelingen voor de praktijk te volgen, om de zorg bij een spoedsectio te optimaliseren.

Trefwoorden: spoedsectio, spoedkeizersnede, psychische problemen, psychische morbiditeit, pijnpunten, zorgverlening

Woord vooraf

Eindelijk, het laatste jaar. Wat heb ik hier naar verlangd. Ik was er niet geraakt zonder mijn ouders, zij waren en zijn al altijd mijn rots in de branding.

Graag wil ik ook mevrouw Delbaere en mevrouw Steenhaut bedanken. Zij namen met veel enthousiasme de opdracht als interne en externe promotor op zich. Ik kon hen altijd bereiken en ze stonden mij met raad en daad bij!

Bedankt aan de mama's die een spoedsectio ondergingen en hierover een interview wilden geven. Enkele keren zat ik met een krop in mijn keel. Een voor een sterke dames, die schitterende moeders zijn!

Ook bedankt aan iedereen die in het kader van de Delphi procedure mijn brochure wou lezen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	1
2	Literatuurstudie	3
2.1	Zoekstrategie.....	3
2.2	Keizersneden of sectio's.....	5
2.2.1	Soorten sectio's of keizersneden	5
2.2.2	Prevalentie keizersneden	7
2.3	Spoedkeizersnede of spoedsectio.....	9
2.3.1	Inleiding.....	9
2.3.2	Foetale redenen om over te gaan tot spoedsectio	9
2.3.3	Maternale redenen om over te gaan tot een spoedsectio	10
2.4	Mogelijke problemen na spoedkeizersnede	13
2.4.1	Foetale morbiditeit na een spoedkeizersnede	13
2.4.2	Maternale fysieke morbiditeit na een spoedkeizersnede.....	15
2.4.3	Maternale psychische morbiditeit	16
2.4.4	Effect van een spoedkeizersnede op de relatie tussen moeder en kind	21
2.5	Begeleiding vrouwen na spoedkeizersnede.....	24
2.5.1	Inleiding.....	24
2.5.2	Ondersteuning door partner en familie	24
2.5.3	Ondersteuning door zorgverlener.....	25
3	Methode.....	27
3.1	Algemene methode.....	28
3.1.1	Deelnemers	28
3.1.2	interview.....	29
3.1.3	Data-analyse.....	29
3.1.4	Bericht op sociale media	29
3.2	Onderzoeksdesign	30
3.3	Ontwikkeling vragen.....	30
3.4	Ethische aspecten.....	31
4	Resultaten	32
4.1	Kwetsbaarheid.....	32
4.2	Communicatie	33
4.3	Controleverlies	36

4.4	Angst.....	37
5	Discussie.....	39
5.1	Algemeen	39
5.2	Delphi Procedure.....	41
5.3	Sterktes en zwaktes.....	42
5.3.1	Literatuurstudie.....	42
5.3.2	Rekrutering.....	42
5.3.3	Interviews.....	42
5.3.4	Brochure.....	42
5.4	Aanbevelingen voor zorgverleners	43
6	Besluit.....	45
7	Bibliografie	46
8	Bijlagen.....	53

1 Inleiding

Sinds 1985 zijn sectio caesarea steeds meer ingeburgerd geworden in zowel ontwikkelde als ontwikkelingslanden (WHO, 2015). Daarom voerde de internationale gemeenschap voor gezondheidszorg een onderzoek naar het ideale percentage sectio's. Men vond dat dit cijfer tussen de 10-15% zou moeten liggen. Bovendien stelde de Wereld Gezondheid Organisatie ook vast dat de voordelen van een sectio in sommige gevallen opwegen tegen de nadelen, in die gevallen wordt een sectio aanbevolen om moedersterfte en neonaatsterfte te voorkomen (human reproduction programme WHO, 2015).

Een sectio wordt bijvoorbeeld aanbevolen wanneer de toekomstige moeder al eerder meerdere sectio's heeft ondergaan of wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een stuitligging. In dergelijke gevallen wordt er meestal, voorafgaande op de arbeid en bevalling, al met de toekomstige ouders overlegd en wordt er al informatie gegeven, en noemt men het een geplande keizersnede (NVOG, 2011; Suwal, Shrivastava, & Giri, 2013).

Soms wordt de sectio aanbevolen op het laatste moment, wanneer de moeder vaak al in arbeid is, maar een vaginale bevalling niet mogelijk is of niet aanbevolen wordt, bijvoorbeeld in geval van foetale nood. Dan wordt deze sectio een ongeplande sectio of spoedsectio genoemd (Handelzalts et al., 2017; NVOG, 2011; Suwal et al., 2013).

Een spoedsectio wordt niet door alle onderzoeken of instanties gelijk gedefinieerd. Sommige verwijzingen spreken over een spoedsectio wanneer de keizersnede niet meer dan acht uur voor de operatie gepland was (Rowlands & Redshaw, 2012), andere bronnen definiëren een spoedsectio als een keizersnede die wordt uitgevoerd in geval van nood (Yang & Sun, 2017), een ander artikel heeft het over een ongeplande sectio indien deze uitgevoerd wordt na het begin van de arbeid (Zanardo et al., 2016). In deze studie wordt een spoedsectio beschouwd als een keizersnede uitgevoerd bij zwangerschappen waar aanvankelijk een vaginale bevalling was gepland, maar waarbij er zich een onverwachte indicatie voor een sectio ontwikkelde.

Veel studies hebben het verband tussen mortaliteit en bevallingswijze onderzocht. De WHO is van mening dat, wanneer medisch gerechtvaardigd, een sectio de maternale en perinatale sterfte en morbiditeit effectief kan voorkomen. Maar er is geen bewijs dat een sectio voordelen kan bieden voor vrouwen of pasgeborenen wanneer de procedure niet nodig geacht wordt. Zoals bij elke operatie, worden sectio's geassocieerd met risico's op korte en lange termijn, die voor schade kunnen zorgen. Daarnaast kan deze schade een invloed hebben op de gezondheid van de vrouw, haar kind en toekomstige zwangerschappen (human reproduction programme WHO, 2015) Een andere studie concludeert zelfs dat een keizersnede meer dan dubbel zo gevaarlijk is dan een vaginale bevalling met een factor van 2 tot 11 (Petitti, 1985; Rowlands & Redshaw, 2012).

De incidentie van de complicaties bij geplande keizersnedes verschilt bovendien van de incidentie van complicaties bij de spoedsectio's. Studies hebben aangetoond dat de incidentie van maternale en foetale complicaties relatief hoger was bij ongeplande keizersnedes dan bij geplande keizersnedes (Yang & Sun, 2017). Er is niet alleen een significant verschil tussen complicaties, maar de bevallingswijze heeft ook een invloed op de emoties van de moeder en de moeder-kindbinding; bij vrouwen die een spoedkeizersnede ondergingen werd er vastgesteld dat er een significant slechtere moeder-kindbinding was (Carquillat, Boulvain, & Guittier, 2016;

Handelzalts et al., 2017; Heinrichs, Fritze, Klassen, & Curtis, 2013; Rowlands & Redshaw, 2012). Bovendien rapporteerden deze vrouwen ook vaker post-traumatische stresssymptomen dan vrouwen die een geplande keizersnede hadden (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Rowlands & Redshaw, 2012).

Verder toonde kwalitatief onderzoek aan dat vrouwen die een spoedsectio ondergingen een breuk ervoeren in het proces dat doorloopt van de zwangerschap tot aan de bevalling waarbij de natuurlijke band wordt opgebouwd (Elvander, Cnattingius, & Kjerulff, 2013; Herishanu-Gilutz, Shahar, Schattner, Kofman, & Holcberg, 2009; Karlström, 2017).

Een studie uit 2010 (Tham, Ryding, & Christensson, 2010) ging na hoe vrouwen met en zonder posttraumatische stresssymptomen na hun keizersnede steun ervoeren. Zo'n 122 recent bevallen vrouwen werden geïnterviewd zes à zeven maanden na hun ongeplande keizersnede. De meeste vrouwen klaagden over het gebrek aan informatie en de lage continuïteit van het personeel op de postnatale afdeling. Alsook vonden ze dat ze niet voorbereid waren op de lichamelijke vermoeidheid en pijn die ze zouden ervaren, ze waren van mening dat ze te weinig informatie hadden gekregen over de symptomen die volgen op een keizersnede.

Een beschermende factor om PTSS-symptomen te voorkomen en om te preveniëren dat een vrouw haar geboorte als traumatisch ervaart, was sociale steun (De Schepper et al., 2016; Noyman-Veksler, Herishanu-Gilutz, Kofman, Holcberg, & Shahar, 2015). De studie achtte dat, aangezien ondersteuning een belangrijke beschermende factor is, de zorgverleners ook zouden kunnen dienen als een aanvullende of alternatieve bron van bijstand. De identificatie van vrouwen die behoefte hebben aan extra hulp na hun bevalling, kan hun prognose verbeteren en hun kansen op het ontwikkelen van postnatale psychopathologie verminderen. Een bijkomend voorstel was om deze vrouwen en hun familieleden te voorzien van psycho-educatie over het belang van ondersteuning na de spoedkeizersnede (Noyman-Veksler et al., 2015). Een andere studie (De Schepper et al., 2016) suggereerde dat het tekort aan informatie over PTSS in het onderwijs van zowel verloskundige als geneeskunde studenten tot onwetendheid leidt en moet worden opgelost. Daarenboven moeten evidence-based richtlijnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd door alle zorgverleners (De Schepper et al., 2016).

Het doel van deze studie is een totaalbeeld te ontwikkelen over hoe vrouwen die een spoedkeizersnede hebben ondergaan, betere ondersteuning kunnen krijgen van gezondheidswerkers. Aan de hand van wetenschappelijke bevindingen en aanvullende resultaten uit interviews met vrouwen die een spoedsectio ondergingen, wordt een brochure opgesteld. Deze brochure zal voor zorgverleners een handvat zijn om beter met dergelijke problematiek om te gaan. Enerzijds zal het een volledig beeld scheppen over mogelijke fysieke als mentale problemen, anderzijds zal het evidence-based richtlijnen bevatten om beter zorg te bieden.

Primaire vraag: hoe ervaren vrouwen de zorgverlening na een ongeplande keizersnede en hoe kunnen gezondheidswerkers betere begeleiding bieden?

2 Literatuurstudie

2.1 Zoekstrategie

Voor het verkrijgen van wetenschappelijke literatuur werden twee zoektermen opgesteld, ten eerste '(unplanned OR emergency OR unexpected OR secondary) AND (C-section OR caesarean section OR caesarean section OR abdominal delivery OR surgical birth OR surgical delivery) AND (psychological impact OR outcomes OR psychological wellbeing OR adaptation OR postpartum concerns)' en ten tweede '(unplanned OR unexpected OR secondary) AND (caesarean section OR abdominal delivery) AND (psychological impact OR psychological wellbeing OR postpartum concerns OR experience)'.

Als elektronische database werd voornamelijk PubMed gebruikt, maar ook op Medline werd gezocht naar aanvullende artikels.

Aan de hand van de eerste zoekterm, werden er in totaal 2522 artikels gevonden op PubMed en 219 artikels op Medline. Na selectie op titel bleven er nog 19 artikels op PubMed over en 12 artikels op Medline. Daarna werd ook geselecteerd op inhoud, hierna werden er negen artikels geselecteerd op PubMed en 4 op Medline.

Ook de tweede zoekterm leverde een aantal artikels op, namelijk 245. Voor deze zoekterm werd enkel PubMed gebruikt. Na selectie op titel bleven er nog 19 artikels over. Daarna werd geselecteerd op inhoud. Er bleken uiteindelijk 6 artikels over te blijven, die relevant bleken voor deze studie.

Selectie van artikels gebeurde aan de hand van in- en exclusiecriteria. Artikels werden voornamelijk geïncludeerd indien ze als thema 'secundaire sectio' of 'spoedkeizersnede' of 'on geplande keizersnede', in combinatie met 'beleving' of 'ervaring' hadden. Bovendien werden ook artikels die handelden over 'psychologische morbiditeit' of 'psychopathologie' na verschillende bevallingsmethoden geïncludeerd. Artikels die gingen over psychische morbiditeit bij de partner, werden geëxcludeerd, alsook artikels die als hoofdthema de fysieke complicaties belichtten. Er werd geen restrictie opgelegd in verband met het land waar het onderzoek plaatsvond. De reden hiervoor is dat de wijze waarop de spoedsectio wordt uitgevoerd, waaronder verschillen in steriliteit of technische aspecten, niet van belang is voor deze bachelorproef. Er werd vanuit gegaan dat de beleving/ervaring van moeders na een spoedsectio, ongeacht waar deze wordt uitgevoerd, relatief gelijklopend is. Qua jaartal werd gepoogd artikels te excluderen die werden gepubliceerd voor 2000. Dit aangezien de opvang van vrouwen in de loop der jaren toch al veel veranderd is. Echter, één artikel uit 1985, namelijk 'Maternal mortality and morbidity in cesarean section' van Pettiti (Petitti, 1985) is wel geïncludeerd in de studie. Het artikel bleek nog steeds relevant, aangezien er ook andere artikels van na de jaren 2000 te vinden zijn, waarin net hetzelfde geconcludeerd wordt, maar het artikel van Petitti, toonde daarenboven aan dat een keizersnede schadelijker is met een factor van twee tot elf.

Relevantie van artikels werd vooral gecontroleerd aan de hand van het lezen van het Abstract. Indien de bevindingen uit het Abstract relevant leken, werd het volledige artikel gelezen.

Naast de verkregen artikels aan de hand van deze twee zoektermen werden ook artikels verkregen door de bibliografie van de verkregen artikels te bestuderen. Hierdoor werden nog extra artikels gevonden.

Daarnaast werden ook losse zoektermen in PubMed ingevoegd, waaronder 'complications cesarean section', 'cesarean section', 'prevalence cesarean section', 'indications emergency section', 'fetal and maternal outcome emergency section'. Hierdoor werd er specifiekere informatie verkregen voor een bepaald subthema. Enkele artikels die via deze zoekterm gevonden werden, waren echter gelijk met de artikels die aan de hand van de twee zoektermen geselecteerd werden.

Bovendien werd extra duiding over postnatale depressie, postnatale psychose en PTSS ook verkregen door deze termen in te typen op Google. Vooral richtlijnen van het KCE, informatie van Kind en Gezin, bevindingen van de WHO, NICE en NVOG werden zo toegevoegd aan deze studie.

2.2 Keizersneden of sectio's

Een keizersnede is een kunstverlossing, waarbij het kind via een operatie geboren wordt. Een sectio is één van de meest uitgevoerde operaties wereldwijd (human reproduction programme WHO, 2018c). Een keizersnede wordt uitgevoerd door een gynaecoloog, die bij deze operatie een horizontale incisie van 10-15 cm maakt vlak boven de schaamstreek.

Echter, een keizersnede is geen eenduidig begrip. Er bestaan twee types sectio's. Zo kun je spreken over een primaire of electieve keizersnede, maar ook over een secundaire of ongeplande keizersnede, ook wel een spoedkeizersnede genoemd. Het is van belang een onderscheid te maken tussen een geplande en ongeplande keizersnede, aangezien er een duidelijk verschil is tussen de mortaliteit en morbiditeit bij een geplande keizersnede en de complicaties bij een ongeplande keizersnede (Yang & Sun, 2017). In volgende paragrafen wordt er dieper ingegaan op de verschillende soorten keizersneden en hun prevalentie.

Aan de hand van een classificatiesysteem dat bestaat uit vier categorieën, wordt de urgentie van de keizersnede bepaald. Categorie twee, drie én vier zijn primaire keizersneden. Categorie één keizersneden zijn de spoedkeizersneden

Een keizersnede van categorie één is een sectio waarbij het kind binnen de 30 minuten geboren moet zijn. Een keizersnede van deze categorie moet snel worden uitgevoerd, aangezien er een onmiddellijke dreiging voor het leven van de moeder of het kind bestaat. Dit is de spoedsectio.

Een keizersnede van categorie twee moet binnen de 8 uur worden uitgevoerd. Er is geen onmiddellijke dreiging voor moeder of kind.

Een keizersnede van categorie drie wordt bij voorkeur op de dag van de indicatiestelling uitgevoerd en ten laatste de volgende dag.

Een keizersnede van categorie vier, moet binnen de week worden uitgevoerd, op een tijdstip dat de gynaecoloog en de moeder overeenkomen (Federatie Medisch Specialisten, 2018).

Vrouwen die een keizersnede ondergaan, tenderen meer pijn te ervaren tijdens de bevalling, een langer en moeilijker postnataal herstel te hebben, en bovendien een groter risico te hebben op latere keizersneden, onverklaarde doodgeboorte en miskramen in volgende zwangerschappen (Noyman-Veksler et al., 2015).

2.2.1 Soorten sectio's of keizersneden

2.2.1.1 Primaire of electieve keizersnede

Men spreekt over een geplande keizersnede wanneer er voorafgaande op de arbeid en bevalling, al in samenspraak met de gynaecoloog en toekomstige ouders beslist werd om een keizersnede uit te voeren. De keizersnede wordt in dit geval meestal uitgevoerd om een specifieke medische redenen, wanneer een vaginale bevalling een verhoogd risico inhoudt voor de moeder of het kind (KCE, 2016).

Er zijn verschillende aanleidingen om een keizersnede vooraf te plannen. Een van de meest voorkomende indicaties voor een electieve keizersnede is een stuitligging, waarbij een externe kering niet succesvol of gecontra-indiceerd is ("Caesarean section | Guidance and guidelines |

NICE," 2011). Andere medische redenen zijn een placenta praevia, een IUGR, een maternale infectie etc. Het komt echter ook voor dat er geen indicatie is om een keizersnede uit te voeren, maar dit wel gevraagd wordt door de parturiënte. ("Caesarean section | Guidance and guidelines | NICE," 2011).

Een andere veelvoorkomende reden om een keizersnede te plannen, is een meervoudige zwangerschap. Men raadt aan om bij een tweelingzwangerschap waarbij het eerste lid van de tweeling niet in hoofdligging ligt, een keizersnede uit te voeren. Bij meerlingen die bestaan uit meer dan twee leden, wordt quasi altijd voor een keizersnede gekozen, aangezien de grote kans op complicaties ("Caesarean section | Guidance and guidelines | NICE," 2011).

Wanneer de vrouw al tweemaal een keizersnede heeft ondergaan, wordt er ook meteen geopteerd voor een derde keizersnede, dit door het grote risico op een uterusruptuur. Wanneer er slechts eenmaal een keizersnede is uitgevoerd in het verleden, kan de vrouw vaginaal bevallen ("Caesarean section | Guidance and guidelines | NICE," 2011).

2.2.1.2 Secundaire, niet-electieve, ongeplande keizersnede of spoedkeizersnede

Naast de primaire of electieve keizersnedes, bestaat er nog een tweede soort sectio, namelijk een keizersnede van ongeplande aard. In dit geval wordt vaak pas tijdens de bevalling duidelijk dat een keizersnede nodig zal zijn of wordt een keizersnede op het laatste moment aanbevolen. Deze tweede categorie wordt een ongeplande, secundaire, niet-electieve of spoedkeizersnede genoemd.

Een spoedkeizersnede wordt niet in elk onderzoek of door verschillende instanties gelijk gedefinieerd. Sommige bronnen spreken over een keizersnede die tijdens de arbeid uitgevoerd wordt uit noodzaak vanwege een niet-progressieve arbeid of foetale nood (Kok et al., 2014). Andere bronnen spreken over een keizersnede die niet meer dan acht uur voor de operatie gepland was (Rowlands & Redshaw, 2012). In deze studie wordt een spoedsectio beschouwd als een keizersnede uitgevoerd bij zwangerschappen waar aanvankelijk een vaginale bevalling was gepland, maar waarbij er zich een onverwachte indicatie voor een sectio ontwikkelde.

Het grootste deel van de niet-electieve keizersnedes wordt verricht wegens niet-vorderende arbeid wegens foeto-pelviene disproportie (20.7%) of foetale nood (15.4%) (Devlieger, Martens, Goemaes, & Cammu, 2018).

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen absolute en relatieve indicaties (Mylonas & Friese, 2015). Een absolute indicatie is een indicatie waarbij er geen twijfel mogelijk is over de noodzaak van een keizersnede. Voorbeelden hiervan zijn foetale asfyxie, foetale acidose, navelstrengverzakking, uterusruptuur etc. Een voorbeeld van een relatieve indicatie is een pathologisch CTG, waarbij moet afgewogen worden in welke mate het kind het verder verloop van de arbeid al dan niet nog aankan. Bij een afwijkend CTG in de uitdrijvingsfase kan de bevalling zo snel mogelijk beëindigd worden door een kunstverlossing met behulp van forceps of ventouse, en is een spoedsectio niet altijd de snelste of beste optie.

Enkele belangrijke verschillen met een geplande keizersnede zijn, dat bij een spoedkeizersnede in sommige gevallen algemene verdoving noodzakelijk is. Dit heeft als gevolg dat de parturiënt volledig in slaap wordt gebracht met verdovende medicatie, die voor een deel bij de baby terecht

komt, wat kan zorgen voor complicaties bij de geboorte van het kind. Bovendien mag de partner de operatiezaal vaak niet binnen in het geval van een spoedkeizersnede (AZ Sint-Lucas, 2016; AZ Sint Jozef, 2016; Uz Gent, 2018; Uz Leuven, n.d.). In enkele ziekenhuizen, vooral in Nederland, kan de partner tijdens de spoedsectio meevolgen vanuit de familiekamer. Dit is een kamer, gelegen net naast de operatiezaal, waar de partner via een glazen wand kan meevolgen (Geboorte Huis Leiden, n.d.; Universitair medisch centrum Groningen, n.d.).

2.2.2 Prevalentie keizersneden

2.2.2.1 Aantal keizersneden wereldwijd

In 2016 werd er aan de hand van gegevens uit 150 landen vastgesteld dat gemiddeld 18.6% van alle geboorten via sectio werden uitgevoerd, variërend van 6% in de minst ontwikkelde en 27.2% in de meest ontwikkelde regio's. Latijns-Amerika en de Caraïben kennen het hoogste percentage (40.5%), gevolgd door Noord-Amerika (32.3%), Oceanië (31.1%), Europa (25%), Azië (18.2%) en Afrika (7.3%). Tussen 1990 en 2014 steeg het wereldwijd gemiddelde met 12.4% (Betrán et al., 2016).

Binnen Europa is Cyprus, met 52.2 % van de bevallingen die gebeurt via keizersnede, absolute koploper. In IJsland gebeuren het minst aantal keizersneden, namelijk 14.8% (Heylen, 2015).

Wereldwijd worden de meeste keizersneden uitgevoerd in Brazilië, waar ongeveer 51.9% (waarvan 42.9% in de publieke sector en 87.9% in de particuliere sector) bevallingen worden uitgevoerd door middel van een keizersnede (Nakamura-Pereira et al., 2016).

In België worden alle gegevens in verband met geboorten en neonatale epidemiologie nauwkeurig bijgehouden door het Centre d'épidémiologie périnatale voor de kraamklinieken in het Franstalige deel van België en het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie voor de kraamklinieken in Vlaanderen. De jaarverslagen tonen aan dat het aantal keizersneden in het Vlaams, Frans en Brussels Gewest vrij gelijklopend zijn, namelijk 20.6% in Vlaanderen, 22.2% in Wallonië en 20.4% in Brussel. Verder onderzoek toont wel aan dat er een groot onderscheid bestaat tussen verschillende ziekenhuizen. Het ziekenhuis met het hoogste aantal keizersneden, heeft een sectiopercentage van 30.5%. In het ziekenhuis met het laagste aantal keizersneden, ligt dit percentage op 13.4%. In Vlaanderen wordt het overgroot aandeel van de keizersneden gepland, in Brussel of Wallonië is er amper verschil in het aantal geplande als ongeplande keizersneden (Devlieger et al., 2018; KCE, 2016).

2.2.2.2 Aanbevolen percentage keizersneden

Het aantal sectio's is sinds 1985 wereldwijd fors toegenomen. De stijging is vooral op te merken in landen met een middelhoog en hoog inkomen, en dit ondanks het ontbreken van bewijzen dat een keizersnede voordelen biedt, integendeel zelfs, sommige studies tonen verband tussen de toenemende keizersnedepercentages en slechtere uitkomsten (Betrán et al., 2016). Daarom probeert de Wereldgezondheidsorganisatie sinds 1985 het aantal keizersneden in te perken door het ideale percentage keizersneden vast te leggen op 10 à 15 procent (human reproduction programme WHO, 2018b; WHO, 2015).

Om dit ideale percentage vast te leggen baseerde de WHO zich op een systematische review van beschikbare studies die het ideale percentage keizersnede in een bepaald land vastlegden en een wereldwijde analyse met behulp van de laatste beschikbare gegevens. Men kon concluderen dat

indien het aantal keizersneden aan het gevonden percentage voldoet, de maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit verlaagde. Voormalig directeur prof. Dr. Temmerman, de directeur van de WHO-afdeling voor reproductieve gezondheid en onderzoek, besloot uit dit onderzoek dat deze conclusies de waarde van een keizersnede bij het redden van moeders en kinderen benadrukken, en dat het dus noodzakelijk is dat vrouwen deze optie wordt geboden in nood. Dr Temmerman wijst er echter ook op, dat indien het aantal keizersneden de 10-15% prevalentiegraad overschrijden, er geen bewijs is voor een daling in de sterftcijfers (human reproduction programme WHO, 2018b). Met andere woorden, wanneer een medisch probleem wordt vastgesteld bij moeder of bij het ongeboren kind, kan een sectio ernstige gevolgen voorkomen. Er moet echter stilgestaan worden bij het feit dat veel keizersneden om niet-medische redenen worden uitgevoerd, dan bestaat de vraag of de voordelen nog opwegen tegen de nadelen. Tegenwoordig worden keizersneden al te vaak gezien als een alternatief voor een normale vaginale bevalling, met als 'voordeel' dat deze vooraf gepland en voorbereid kan worden (KCE, 2016).

In 2010 werden er, ondanks de aanbevelingen, in bepaalde Europese landen zo'n 35 % van de geboortes via keizersnede uitgevoerd (KCE, 2016). In 2008-2010 gebeurde in ons land bijna 21% van de bevallingen via sectio (Van Brabandt, 2013). De stijgende percentages keizersneden enerzijds waarschijnlijk te wijten aan de veranderde risicoprofielen voor zowel de moeders als de kinderen. Wetenschappelijke vooruitgang heeft gezorgd voor een groeiende medicalisering, wat enerzijds zorgt voor een hogere graad van gezondheid, maar anderzijds ook voor een groeiend besef inzake risico's. Een keizersnede wordt tegenwoordig vaak uitgevoerd om het risico op een bepaalde complicatie te vermijden, maar deze gedachtegang gaat voorbij aan het feit dat een keizersnede een chirurgische ingreep is en blijft en een tal van mogelijke complicaties voor zowel moeder als kind heeft. Anderzijds is deze stijging ook te wijten aan het groeiende aantal verzoeken door de moeders zelf (Mylonas & Friese, 2015)

In 2015 werd de aanbeveling van 1985, waarbij gestreefd moest worden naar een ideaal percentage, vervangen door de aanbeveling om enkel een sectio uit te voeren indien het echt nodig is. Met deze nieuwe aanbeveling wil de WHO erop wijzen dat een keizersnede in bepaalde gevallen zijn nut kan bewijzen, maar indien er geen noodzaak is, een vaginale bevalling de voorkeur heeft (human reproduction programme WHO, 2015; KCE, 2016).

2.3 Spoedkeizersnede of spoedsectio

2.3.1 Inleiding

In deze bachelorproef wordt een spoedkeizersnede gedefinieerd als een keizersnede uitgevoerd bij zwangerschappen waar aanvankelijk een vaginale bevalling was gepland, maar waarbij er zich een onverwachte indicatie voor een sectio ontwikkelde.

In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op de verschillende redenen om over te gaan tot een spoedsectio, waarbij eerst de foetale redenen en daarna de maternale redenen worden besproken.

2.3.2 Foetale redenen om over te gaan tot spoedsectio

2.3.2.1 Zuurstoftekort

De hoofdreden om over te gaan tot een spoedkeizersnede is het optreden van zuurstoftekort. Hierbij is het belangrijk een onderscheid te maken tussen hypoxemie, hypoxie en asfyxie. Uit onderzoek blijkt dat zo'n 4.2% van alle opnames op neonatologie of NIC te wijten zijn aan asfyxie (Devlieger et al., 2018).

Hypoxemie is de begintoestand van zuurstoftekort, de zuurstofsaturatie daalt en het arteriële bloed wordt beïnvloed. De cel- en orgaan systemen blijven hun functies behouden. In dit geval kan de foetus aan de hand van verschillende beschermingsmechanismen, zoals een effectievere zuurstofopname en afname van beweging en activiteit, de situatie gedurende dagen of zelfs weken verdragen.

Hypoxie is een toestand waarbij de zuurstofsaturatie nog meer afneemt en er andere, meer sterkere beschermingsmechanismen moeten worden geactiveerd, zoals de uitscheiding van adrenaline en afname perifere bloeddorstrooming. Een foetus die zich in deze toestand bevindt, moet binnen enkele uren bevrijd worden.

Wanneer we spreken over asfyxie, is de situatie zo urgent dat de foetus binnen enkele minuten ter wereld moet gebracht worden. De zuurstofsaturatie is zodanig laag dat er een risico op orgaanfalen bestaat. De foetus reageert met maximale activering sympathisch zenuwstelsel, de afgifte van een maximale hoeveelheid stresshormonen en de activering van anaerobe afbraak in centrale organen (neoventa Medical AB, 2009; Spitz, Van Calsteren, & Verhaeghe, 2016).

Echter, sommige foetussen hebben tijdens de zwangerschap al enkele van hun beschermingsmechanismen opgebruikt. Hierdoor is voor sommige baby's een toestand van hypoxemie of hypoxie amper onder controle te houden, laat staan dat ze dit dagen of uren volhouden. Een foetus die over minder beschermingsmechanismen beschikt bij het begin van de arbeid, kan in enkele minuten van een toestand die ogenschijnlijk perfect is naar dringende foetale nood gaan. Wanneer een keizersnede nodig is wegens foetale nood, is er een 'decision-to-delivery' interval van maximaal 30 minuten vastgesteld als het ideale tijdsbestek waarbinnen het kind geboren moet worden (neoventa Medical AB, 2009).

2.3.2.2 Navelstrengprolaps

Navelstrengprolaps komt voor bij zo'n 2 op 1000 geboortes. Door manipulatie of door de kou, treedt er compressie of spasme van de navelstreng op. Hierdoor wordt de bloedflow belemmerd, waardoor asfyxie en uiteindelijk sterfte kan optreden.

Risicofactoren voor navelstrengprolaps zijn liggingsafwijkingen, waardoor het voorliggend deel niet goed aandrukt en de navelstreng tussen cervix en voorliggend deel vast kan raken, vroeggeboorte, multipariteit, polyhydramnion, laag geboortegewicht en het spontaan of kunstmatig breken van de vliezen bij een niet aandrukkend voorliggend deel.

Wanneer dit optreedt, is het belangrijk efficiënt te handelen, dit wil zeggen, de blaas te vullen, het voorliggend deel op te duwen, Trendlenburg-positie etc. Dit om compressie van de navelstreng tegen te gaan.

Indien de navelstrengcompressie leidt tot een abnormaal foetaal hartritme, is er een DDI van 30 minuten vastgesteld. Indien de compressie daalt en een normaal foetaal hartritme optreedt, is de geboorte binnen 60 minuten aanvaardbaar (Prins, van Roosmalen, Scherjon, & Smit, 2014; Smit et al., 2014).

2.3.2.3 Uitgezakte extremiteiten

Het komt zelden voor dat bij het voorliggend deel uitgezakte extremiteiten aanwezig zijn, de incidentie varieert van 0.4 tot 0.13 procent. Toch is het belangrijk bewust te zijn dat enkele gevallen leiden tot een baringsonmogelijkheid tenzij het een heel klein of overleden kind is.

Volgende types zijn een baringsonmogelijkheid: hoofd en twee handen, hoofd en arm, hoofd en voet, hoofd en hand en voet, hoofd en hand en twee voeten, hoofd en voet en twee handen. Bovendien is er in deze gevallen relatief vaak een combinatie met navelstrengprolaps. Het uitvoeren van een spoedkeizersnede is onvermijdelijk (Dörr, Khouw, Jacquemyn, Chervenak, & Nijhuis, 2014).

2.3.2.4 Stuitbevalling

Er zijn drie soorten stuitliggingen. Ten eerste de onvolkomen stuit, waarbij de benen langs het lichaam liggen, de incidentie hiervan a terme is 2.25%. Ten tweede kun je ook spreken over de volkomen stuitligging, waarbij de voeten naast de stuit ligging, hiervan is de incidentie 0.75%. Tenslotte bestaat er nog de voetligging. De algemene incidentie van stuitliggingen in de a terme periode bedraagt 3-4%. Een vaginale stuitbevalling is mogelijk. Echter, soms treden er problemen op tijdens de arbeid, bijvoorbeeld het stagneren van de ontsluiting, of bij de bevalling zelf, wanneer de verschillende handgrepen niet werken. In deze gevallen wordt er ook een spoedkeizersnede uitgevoerd (Dörr et al., 2014; NVOG, 2008b; Prins et al., 2014). Onderzoek (Hannah et al., 2000) heeft uitgewezen dat een geplande keizersnede aan te raden is bij een stuitbevalling, aangezien de perinatale mortaliteit, neonatale mortaliteit en neonatale morbiditeit significant lager is bij een geplande sectio. In de studie werden geen verschillen gevonden tussen incidentie van maternale mortaliteit of morbiditeit.

2.3.3 Maternale redenen om over te gaan tot een spoedsectio

Hoewel een spoedkeizersnede meestal wordt uitgevoerd omwille van foetale nood, zijn er ook maternale indicaties om over te gaan tot een spoedsectio (Spitz et al., 2016).

2.3.3.1 *Abruptio placentae*

Een abruptio placentae of placentaloslating is een voortijdige loslating van de placenta. De incidentie bedraagt ongeveer 0.2% (enkel rekening houdend met klinisch manifeste placentaloslatingen) (Prins et al., 2014). De loslating kan partieel of volledig zijn. Wanneer de placentaloslating volledig is, moet er zo snel mogelijk een spoedkeizersnede worden uitgevoerd. Indien de loslating slechts partieel is en de foetale conditie het toelaat, kan er afgewacht worden om bijvoorbeeld nog longrijping te geven (NVOG, 2008a).

2.3.3.2 *Placenta praevia*

Bij een placenta praevia, ook wel voorliggende placenta, is de placenta dicht bij of over het ostium internum geïmplant. Dit komt voor bij zo'n 0.3 tot 0.5% van alle zwangerschappen. De frequentie neemt toe met de leeftijd en pariteit (Prins et al., 2014). Er zijn vier types te onderscheiden, namelijk:

- Placenta praevia totalis, waarbij de placenta volledig over het gehele ostium internum ligt;
- Placenta praevia partialis, waarbij het ostium internum gedeeltelijk is bedekt;
- Placenta praevia marginalis, waarbij de placenta niet over, maar vlak naast het ostium internum ligt;
- Laagliggende placenta, waarbij de placenta in het onderste uterussegment is ingeplant, zo'n 2.5 tot 5 cm verwijderd van het ostium internum.

Bij een laagliggende placenta, kan een vaginale bevalling worden nagestreefd. Wanneer de placenta minder dan 1-2 cm van het ostium internum is verwijderd, is een keizersnede aan te raden. Vaak wordt deze ook gepland. Maar plots optredend bloedverlies, dat niet adequaat te behandelen is of dat een duidelijke impact heeft op de foetale conditie, geeft aanleiding tot een spoedkeizersnede (NVOG, 2008a; Spitz et al., 2016).

2.3.3.3 *Pre-eclampsie en HELLP*

Pre-eclampsie is een aandoening die zich uitsluitend voordoet in de tweede helft van de zwangerschap. De prevalentie bedraagt rond de 8 à 10% bij nulliparae. Pre-eclampsie is een aandoening waarvan de etiologie nog niet volledig bekend is. Lokale endotheelschade, in combinatie met placentaire ischemie leidt uiteindelijk tot het ontwikkelen van deze aandoening. De meest gekende symptomen zijn hypertensie, proteïnurie en oedeem. Uiteindelijk kan pre-eclampsie leiden tot gegeneraliseerde endotheelschade, wat kan leiden tot nierfunctiestoornissen, leverproblemen, hersenschade etc.

In ernstige gevallen kan pre-eclampsie zich verderzetten en kan HELLP zich ontwikkelen. Soms is er echter geen sprake van pre-eclampsie, maar wel van HELLP, HELLP kan dus ook alleen voorkomen. HELLP is een acroniem voor 'hemolyse, elevated liver enzymes, low-platelet count'. Vooral hemolyse, stollingsstoornissen en leverparenchymische schade staan op de voorgrond (Prins et al., 2014).

Bij ernstige pre-eclampsie en bij het HELLP-syndroom biedt verlossing de enige uitweg. Soms is zo snel mogelijk vaginaal bevallen mogelijk, maar soms is er hier ook geen tijd meer voor en biedt een spoedkeizersnede de enige uitweg (NVOG, 2005).

2.3.3.4 Iteratieve keizersnede bij vrouwen in arbeid

Wanneer een vrouw met littekenuterus, waarbij een electieve keizersnede is voorzien, toch in arbeid gaat, moet een spoedkeizersnede worden uitgevoerd. Het risico op een uterusruptuur is immers vergroot (NICE, 2011).

2.3.3.5 Placenta accreta, increta of percreta

Een placenta accreta, increta of percreta is een placenta die zich geheel of gedeeltelijk op een abnormale manier gehecht heeft aan de wand van de uterus, de decidua van het myometrium ontbreekt. De incidentie van placenta accreta is sinds 1980, waar placenta accreta voorkwam bij 1 op de 4000 zwangerschappen, gestegen naar 3 op de 1000 tot 1 op de 530 zwangerschappen. Deze stijging is te wijten aan het stijgende aantal keizersneden (Dörr et al., 2014).

Bij een placenta accreta is de placenta geheel of gedeeltelijk vergroeit met het myometrium; bij een placenta increta is de placenta in het myometrium gegroeid; bij een placenta percreta is de placenta door het myometrium heen gegroeid en vergroeid met omliggende structuren en organen. Er is een hoge graad van maternale mortaliteit en morbiditeit, voornamelijk door massaal bloedverlies.

Bij verdenking van placenta accreta, increta of percreta wordt een geplande keizersnede uitgevoerd bij een zwangerschapsduur van 37 weken. Echter, niet alle gevallen van placenta accreta, increta of percreta worden op tijd opgespoord (Spitz et al., 2016).

2.3.3.6 Vasa praevia

Een vasa praevia is een foetaal bloedvat dat ingeplant is in de vliezen ter hoogte van het ostium internum, de prevalentie wordt geschat op 1 op de 3000 à 6000 bevallingen (Prins et al., 2014). Een keizersnede is in dit geval de enige optie. Indien het voorliggend bloedvat niet ante partum werd gediagnosticeerd, is er een hoge graad van mortaliteit. Indien bij het breken van de vliezen sprake is van een vasa praevia, moet het kind binnen de vijf minuten verlost worden (NVOG, 2008a; Spitz et al., 2016).

2.3.3.7 Stagnatie arbeid of verlengde tweede fase

Wanneer de arbeid niet vordert zoals verwacht, wordt er eerst nagegaan wat de mogelijke oorzaak kan zijn. Indien er ondanks verschillende ingrepen geen verdere ontsluiting wordt verkregen, of de uitdrijving niet voltooid kan worden, zal de overgang tot een (spoed)sectio noodzakelijk zijn (Spitz et al., 2016).

2.3.3.8 Falen van verlossing aan de hand van ventouse of forceps

Wanneer de tweede fase van de uitdrijving aan de hand van forceps of vacuüm niet progressief is, of indien de bevalling niet na vier tracties is gerealiseerd, of indien de uitdrijving aan de hand van ventouse of forceps niet binnen de twintig minuten is voltooid, moet overwogen worden de procedure te staken en over te gaan tot een spoedkeizersnede (Dörr et al., 2014).

2.4 Mogelijke problemen na spoedkeizersnede

Er werd meermaals onderzoek gevoerd naar de complicaties na een geplande keizersnede versus de complicaties na een spoedkeizersnede. Het blijft belangrijk erbij stil te staan dat zowel bij een electieve als bij een spoedkeizersnede het risico op complicaties bestaat (Spitz et al., 2016). Echter, na onderzoek werd besloten dat zowel het aantal maternale complicaties als het aantal foetale complicaties hoger is na een spoedkeizersnede dan na een electieve sectio. Er werd vastgesteld dat een hoger aantal vrouwen na een spoedkeizersnede te kampen had met infecties, koorts, urineweginfecties, wonddehiscentie, diffuse intravasale stolling en de noodzaak om her te opereren in het postpartum (Dimitrova, Pandeva, Tsankova, & Pranchev, 2005; Prins et al., 2014; Yang & Sun, 2017). Bovendien werd er ook vastgesteld dat er een hoger neonataal mortaliteitscijfer is na een spoedsectio (Yang & Sun, 2017)

In volgende paragrafen wordt de foetale en maternale morbiditeit na een spoedsectio aangekaart. Hierbij worden eerst de mogelijke foetale problemen beschreven, waar wordt ingegaan op mogelijke respiratoire complicaties, maar ook het effect van een keizersnede op de darmflora wordt aangehaald.

Vervolgens wordt er wat langer stilgestaan op mogelijke maternale problematieken, waar zowel op de fysieke als psychische problemen wordt ingegaan. Bij psychische problemen worden drie ziektebeelden, namelijk depressie, psychose en posttraumatische stressstoornis aangehaald. Deze stoornissen hebben niet enkel een invloed op het psychisch welzijn van de moeder, maar kunnen ook leiden tot obstetrische complicaties en een verstoorde moeder-kind relatie (Wewerinke, Honig, Heres, & Wennink, 2006).

Tenslotte worden de mogelijke gevolgen op de moeder-kind relatie aangesneden.

2.4.1 Foetale morbiditeit na een spoedskeizersnede

Hoewel dezelfde complicaties worden gevonden na een spoedkeizersnede of een electieve sectio, is er toch een significant verschil in de incidentie (Yang & Sun, 2017). Het risico op perinatale morbiditeit en sterfte bij een sectio is de afgelopen jaren afgenomen. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de stijgende incidentie ervan. De mogelijke gevolgen en problemen zijn hierdoor in de loop van de jaren steeds duidelijker geworden. Daarom werd steeds meer onderzoek gedaan naar mogelijke maatregelen om te anticiperen op de problemen. Zo wordt in sommige gevallen surfactant toegediend ter preventie van respiratoire problemen, vooral wanneer de sectio prematuur wordt uitgevoerd. Toch is de foetale morbiditeit nog steeds hoog in vergelijking met een normale vaginale bevalling. Bovendien is er meer kans op foetale complicaties na een spoedsectio dan na een electieve sectio (Benzouina et al., 2016).

Ten eerste zijn er na een keizersnede meer respiratoire complicaties, zoals het transiënte tachypnoe syndroom, respiratoire distress en pulmonale hypertensie. Deze verhoogde kans wordt beïnvloed door verschillende factoren, namelijk weeënactiviteit, zwangerschapsduur en het niet passeren door het baringskanaal (Dörr et al., 2014). Kinderen die geboren worden via een electieve keizersnede vertonen meer ademhalingsproblemen, wat kan toegeschreven worden aan de te lage gestationele leeftijd bij de geboorte. Aangewezen wordt om een sectio pas uit te voeren na minstens 39 weken, dit om deze problematieken te vermijden (Dörr et al., 2014). Het tijdstip van een spoedsectio kan niet gekozen worden. Wanneer er sprake is van foetale of maternale nood, kan er niet langer gewacht worden en moet de keizersnede zo snel mogelijk

worden uitgevoerd. Belangrijke bemerking is dat neonaten die preterm geboren worden met behulp van een electieve keizersnede, vaak corticosteroiden gekregen hebben om de immaturiteit van de longen zo goed mogelijk op te vangen. Neonaten die preterm geboren worden via een spoedkeizersnede, krijgen deze voorbereiding meestal niet, simpelweg omdat er geen tijd meer voor is (Stordeur, Jonckheer, Fairon, & De Laet, 2016). Een nadeel aan het plannen van de sectio op 39 weken is het gevaar op optreden van weeënactiviteit of het breken van de vliezen voor de geplande datum. Dit resulteert dan meestal in een spoedkeizersnede, wat tot een hogere graad van maternale en neonatale mortaliteit kan leiden (Ashtiani, Hagmolen, Vreede, Vogt, & van Elburg, 2009).

Een belangrijke maatstaf voor de 'rijpheid' van de longen, is de aanwezigheid van surfactant. Deze natuurlijke stof zorgt voor daling van de oppervlaktespanning, hierdoor collaberen de longblaasjes niet bij een uitademhaling (van den Brande et al., 2017). De productie en afgifte van surfactant komt bij de 32^e zwangerschapsweek goed op gang. Echter, het surfactantsysteem moet nog uitrijpen. Dit gebeurt onder invloed van hormonale veranderingen, bijvoorbeeld de uitstoot van steroïden en catecholaminen, die een belangrijke rol spelen bij de klaring van vruchtwater uit de longen na de geboorte (Ashtiani et al., 2009). Voor deze uitrijping is een bepaald niveau van stress noodzakelijk, wat kan verkregen worden door weeënactiviteit en passage door het geboortekanaal (van den Brande et al., 2017). Het ondergaan van weeën en de passage door het geboortekanaal is dus een beschermende factor voor ademhalingsproblemen. Er kan dus gesteld worden dat kinderen die geboren worden na een spoedkeizersnede beschermd worden doordat ze enige weeënactiviteit hebben ondergaan (Ashtiani et al., 2009; van den Brande et al., 2017).

Recent werd ook onderzoek verricht naar het effect van een keizersnede op de darmflora van de kinderen. Onderzoek toont aan dat de intestinale flora van kinderen geboren door middel van sectio minder bifidobacteriën bevat, wat erop neer komt dat deze kinderen dezelfde darmflora hebben als diabetische personen. De goede maternale bacteriën die kinderen normaal meekrijgen door hun passage door het geboortekanaal, ontbreken bij kinderen geboren via keizersnede, maar de slechte bacteriën, die hun immuunsysteem in gevaar kunnen brengen, zijn vaak wel aanwezig. Resultaten van verschillende Braziliaanse onderzoeken tonen een stijging van obesitas aan, van zo'n 33-50 % bij kinderen die geboren werden via een keizersnede, Noorse studies toonden dan weer een hogere prevalentie van astma na geboorte via sectio. Andere onderzoeken tonen bovendien een associatie aan tussen verschillende vormen van dermatitis op het later leven, een hogere incidentie van neonatale infectie etc. (Kulas, Bursac, Zegarac, Planinic-Rados, & Hrgovic, 2013). Over de associatie tussen bovengenoemde ziekten en keizersnede, zijn twee hypothesen. De eerste hypothese luidt dat door passage door het maternale geboortekanaal, verschillende bacteriën worden overgebracht naar de pasgeborene. Deze maternale bacteriën stimuleren de neonatale witte bloedcellen en andere componenten van het immuunsysteem, wat bijdraagt aan een verhoogde afweer van het lichaam. Een tweede hypothese luidt dat kinderen geboren via een sectio, een gastro-intestinaal systeem hebben dat gekoloniseerd wordt door huid- en nosocomiale bacteriën, die het neonatale immuunsysteem verzwakken (Carrapato, Ferreira, & Wataganara, 2017; Kulas et al., 2013).

Er mag echter niet voorbijgegaan worden aan de reden voor de spoedkeizersnede, een sectio biedt in sommige situaties, ondanks de mogelijke problemen, toch een betere uitkomst dan wanneer geen sectio zou worden uitgevoerd (human reproduction programme WHO, 2018b).

2.4.2 Maternale fysieke morbiditeit na een spoedkeizersnede

Bij elke operatie is er een risico op complicaties, logischerwijs zijn complicaties ook mogelijk na een keizersnede. Complicaties kunnen leiden tot problemen tijdens of na de keizersnede, maar kunnen ook een mogelijke rol spelen bij volgende zwangerschappen.

Eerst en vooral worden de intra-operatieve complicaties besproken. Allereerst is de factor 'tijd' tijdens een spoedkeizersnede van essentieel belang. Er wordt zo snel mogelijk gewerkt om het leven van de baby of van de moeder te redden, wat dus een kortere preparatietijd en minder goede chirurgische voorbereiding tot gevolg heeft (Benzouina et al., 2016; Yang & Sun, 2017). Indien tijdens de bevalling al een epidurale verdoving werd geplaatst, kan de anesthesist voldoende medicatie via deze weg toedienen. Indien niet, wordt de keizersnede onder algemene verdoving gedaan. Dit heeft een bijkomend risico voor het kind. Een deel van de anesthesie kan naar het kind gaan, waardoor het wat suffer en slapper kan zijn bij de geboorte. Ook voor de moeder bestaat er een risico op aspiratiepneumonie (Prins et al., 2014). Ten tweede is er een verhoogd risico op laceraties. De kans op laceraties hangt af van bepaalde risicofactoren, zoals een hoog foetaal geboortegewicht, foetale nood, dystocie, maternale leeftijd en een reeds goed ingedaald voorliggend deel. Uit onderzoek (Bergholt, Stenderup, Vedsted-Jakobsen, Helm, & Lenstrup, 2003) bleek dat de algemene kans op laceraties tijdens een spoedkeizersnede 6.8% bedraagt, terwijl dit bij een electieve sectio slechts 1.7% was. Bijvoorbeeld, de kans op een cervicale laceratie tijdens een spoedkeizersnede was 4.6%, terwijl dit bij een electieve keizersnede slechts 1.4% was. De kans op vaginale laceraties bij een spoedsectio was 1.7%, terwijl dit bij een electieve sectio 0% bedroeg. Andere intrapartale complicaties zijn infecties, orgaanverwondingen, anaesthetische complicaties, bloedverlies, etc. (Paranjothy et al., 2010; Prins et al., 2014). De bekwaamheid en ervaring van de gynaecoloog die de spoedkeizersnede uitvoert, speelt een grote rol bij de kans op intra-operatieve complicaties. Niet enkel de kans op laceraties is verhoogd, het algemene risico op complicaties tijdens een spoedsectio (14.5%) ligt veel hoger dan het risico op complicaties bij een electieve keizersnede (6.8%) (Bergholt et al., 2003).

Infectie is de meest voorkomende postoperatieve complicatie. Indien profylactisch antibiotica wordt toegediend komt een infectie slechts in 5% van de gevallen voor, zonder antibiotica nadert dit de 85%. Endometritis komt bijvoorbeeld vaak voor in het postpartum, al verdwijnt over het algemeen 90% tot 95% van de gevallen binnen de 72 uur. Bovendien treedt bij ongeveer 5% van alle keizersneden wondscheiding op, twee derden van deze gevallen zijn het gevolg van een onderliggende infectie. Aangezien vrouwen een verblijfsonde krijgen wanneer ze een sectio moeten ondergaan, komen urineweginfecties ook vaak voor. Tijdige verwijdering van deze sonde kan deze problematiek tegengaan. Tenslotte komen trombo-embolische stoornissen drie tot vijf keer vaker voor na een keizersnede dan na een vaginale bevalling. Profylaxe voor en na de bevalling zorgt ook hier voor een daling van het risico (American Academy of Family Physicians. & Murphy, 1970). Maternale morbiditeit na een electieve keizersnede is slechts minimaal verhoogd in vergelijking met die na vaginale bevallingen, bovendien zijn de operatierisico's slechts de helft van die geassocieerd met een spoedsectio (Mylonas & Friese, 2015).

Ten slotte moet er worden stilgestaan bij complicaties tijdens volgende zwangerschappen, namelijk uterusruptuur, onvruchtbaarheid, placenta-afwijkingen (placenta praevia, increta, accreta, percreta), buitenbaarmoederlijke zwangerschappen etc. (Mylonas & Friese, 2015).

Uit onderzoek is echter gebleken dat het doorstaan van contracties vóór de keizersnede wordt gezien als een beschermende factor voor complicaties. Dit is enerzijds te verklaren door het feit dat er een betere vasoconstrictie is van de baarmoederwand, indien de vrouw al contracties heeft ondergaan. Anderzijds is het onderste uterus segment ook dunner bij vrouwen die contracties hebben ondergaan, waardoor er minder kans is op ernstig bloedverlies (Bergholt et al., 2003). Een premature spoedsectio, een spoedsectio wanneer er al gebroken vliezen zijn, een spoedsectio wanneer het voorliggend deel al diep is ingedaald en een spoedsectio bij een macrosoom kind, worden dan weer gezien als risicofactoren voor complicaties (Dörr et al., 2014).

2.4.3 Maternale psychische morbiditeit

De geboorte van een kind is een belangrijk moment voor vrouwen. Een negatieve ervaring hiermee kan leiden tot psychologische problemen. De meest voorkomende pre- en postnatale psychiatrische stoornissen zijn depressie, psychose en posttraumatische stressstoornis (Handelzalts et al., 2017).

Perinatale psychische stoornissen beïnvloeden niet enkel het welzijn van vrouwen, maar ook van hun baby's, hun partners en hun gezin (Hanlon & Beckmann, 2015). Uit onderzoek bleek dat vrouwen die bevielen aan de hand van een kunstverlossing met forceps of via een ongeplande keizersnede de slechtste emotionele en fysieke gezondheid meldden (Rowlands & Redshaw, 2012).

De belangrijkste risicofactor voor een psychiatrische stoornis tijdens de zwangerschap of na de bevalling, is de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen in de anamnese. Obstetrische risicofactoren zijn onder andere een ongeplande of ongewenste zwangerschap, zwangerschap gerelateerde hypertensie, vroeg ontslag uit het ziekenhuis, maar ook het ondergaan van een spoedkeizersnede. Andere risicofactoren zijn onder andere een lage sociaaleconomische status, een negatief zelfbeeld, gevoel van verlies van controle tijdens de zwangerschap etc. (Bydlowski, 2015; Wewerinke et al., 2006).

In volgende hoofdstukken wordt er dieper ingegaan op de drie meest voorkomende psychische problemen na een spoedkeizersnede. Allereerst wordt de postnatale depressie besproken, daarna de postnatale psychose en ten slotte de posttraumatische stressstoornis.

2.4.3.1 Postnatale depressie

Een postnatale depressie overkomt 10-20% van alle moeders en ongeveer 1-2% van alle vaders. In Vlaanderen zou naar schatting jaarlijks ongeveer 10.0000 vrouwen getroffen worden door een postpartumdepressie (Saeys et al., 2014). Onder invloed van sterke hormonale en lichamelijke veranderingen, hebben veel mama's last van de zogenaamde 'babyblues' of huildagen. Wanneer die sombere stemming langer dan 10 à 14 dagen blijft aanslepen, moet er indachtig zijn op het mogelijk ontstaan van een post-partumdepressie (Kind en Gezin, n.d.-a).

Een kind krijgen is een ingrijpend gebeuren. Zowel lichamelijk als hormonaal, als emotioneel en sociaal maakt de moeder veel veranderingen door, bovendien vraagt de baby veel zorg en heeft het paar plots een heleboel nieuwe verantwoordelijkheden (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, 2013).

Een postnatale depressie begint meestal binnen de zes weken na de bevalling. Niet enkel na een geboorte, maar ook na een miskraam of abortus, kunnen vrouwen deze ziekte krijgen. Bovendien

kan ook de partner een postnatale depressie doormaken (Kind en Gezin, n.d.-a). De depressie wordt afhankelijk van het aantal symptomen mild, matig tot zwaar genoemd (O'Hara & McCabe, 2013).

Er zijn verschillende signalen die wijzen op een mogelijke postnatale depressie. Voorbeelden hiervan zijn: somberheid, extreme vermoeidheid, gebrek aan eetlust, huilbuien, slapeloosheid etc.

Een postnatale depressie is een van de meest kritieke problemen in het postpartum, niet enkel omdat PPD (post-partumdepressie) een nadelige invloed heeft op de moeder-kind binding, een risico is voor het vroegtijdig stopzetten van de borstvoeding en het gevolgen kan hebben voor het kind, zoals cognitieve vertraging en verminderde sociale interacties (Hanlon & Beckmann, 2015), maar ook omdat 20% van de overlijdens in het postpartum te wijten zijn aan suicide, wat de eerste overlijdensoorzaak is bij pasbevallen vrouwen (Badr & Zauszniewski, 2017; Saeys et al., 2014). Uit onderzoek bleek dat de meest gestelde diagnose bij vrouwen die stierven door zelfmoord in deze postnatale periode depressie was, die recent ontstaan was (Khalifeh, Hunt, Appleby, & Howard, 2016). Bovendien gaat een postnatale depressie gepaard met een verhoogde kans op huwelijksproblemen en echtscheidingen, een verhoogd risico op kindermishandeling en verwaarlozing (Saeys et al., 2014).

Ongeveer een vierde van de vrouwen met een postnatale depressie, ontwikkelt een chronische stemmingsstoornis, waarvan zo'n 25% een recidiverende depressie ontwikkelt (Hanlon & Beckmann, 2015).

De belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van een postnatale depressie is de aanwezigheid van een stemmingsstoornis in de anamnese, bovendien kan de aanwezigheid van een stemmingsstoornis bij een eerstegraadsfamilielid of de aanwezigheid van depressieve symptomen in de zwangerschap ook een rol spelen (Wewerinke et al., 2006).

Uit onderzoek (Koo, Lynch, & Cooper, 2003) is gebleken dat de kans op een postpartumdepressie significant hoger is na een spoedkeizersnede in vergelijking met een niet urgente bevalling, dit werd deels verklaard door het groot gevoel van stress en angst dat gepaard gaat met een spoedsectio. In een ander onderzoek (Patel, Murphy, & Peters, 2005) vond men geen bewijs om aan te nemen dat een spoedkeizersnede meer kans heeft op een postpartumdepressie. Deze verschillen zijn te wijten aan het feit dat de definiëring van een postnatale depressie kan verschillen, maar ook aan het feit dat er verschillende tools bestaan om de kans op een postnatale depressie na te gaan (Noyman-Veksler et al., 2015).

De eerste uren na de geboorte zijn cruciaal voor de moeder-kind binding. Na een spoedsectio zijn moeder en kind langere tijd gescheiden aangezien de moeder na de keizersnede nog even op de intensive care moet blijven. Bij een keizersnede kunnen de eerste gevoelens van afstand en onthechting van het kind langer blijven hangen, er is een merkbare vertraging in de vorming van de band tussen moeder en kind. Vaak duurde dit enkele weken, of zelfs langer. Echter, een grote variabiliteit is merkbaar (Herishanu-Gilutz et al., 2009; Noyman-Veksler et al., 2015). Daarnaast kan een postnatale depressie zorgen voor een kortere borstvoedingsperiode, alsook kan het aanleiding geven tot meer problemen bij de borstvoeding. Deze problemen worden meestal veroorzaakt door vermoeidheid en het weinige vertrouwen in het eigen kunnen (Sockol, Epperson, & Barber, 2013).

2.4.3.2 Postnatale psychose

Er wordt geschat dat 1 à 2 op 1000 bevallen vrouwen een postpartumpsychose ontwikkelt (Beyondblue, 2011). Synoniemen voor een postnatale psychose zijn kraambedpsychose, postpartum psychose of puerperale psychose (Wesseloo, Richard, Burgerhout Karin M., Koorengel Kathelijne M., 2015). Hoewel dit minder vaak voorkomt, is het een psychiatrische noodsituatie die doorgaans onmiddellijke opname vereist omwille van het gevaar voor zowel moeder als kind. Een postnatale psychose ontstaat doorgaans binnen een week na de bevalling (Beyondblue, 2011; Kind en Gezin, n.d.-b). Toch kan een psychose tot vier weken na de bevalling ontstaan, bovendien kan een psychose ook ontstaan na het stoppen met het geven van borstvoeding (Kind en Gezin, n.d.-a).

Kenmerkend is het verstoord contact van de moeder met de buitenwereld, ze leeft in haar eigen werkelijkheid en ziet of hoort dingen die er voor anderen niet zijn. Het denken over zaken is verward, haar reacties zijn anders dan voordien. Voorafgaand aan de psychose is er vaak de neiging tot isolement, achterdocht, angstig gedrag en concentratiestoornissen (Kind en Gezin, n.d.-b).

Dikwijls zijn het de familieleden die het vreemde gedrag als eerst opmerken. Het begint bij rusteloosheid, slapeloosheid, agitatie en stemmingswisselingen, uiteindelijk evolueert dit naar verwardheid, hallucinaties, wanen en een gestoorde realiteitsbeleving, maar ook fasen van een wisselend bewustzijn en symptomen van manie en depressie (Erasmus MC, n.d.). De moeder gedraagt zich overactief, heeft een verstoord realiteitsbesef en verstoord extreem onvoorspelbaar gedrag. Haar wereldbeeld kan bovendien extreem negatief zijn, wat kan leiden tot suïcideneigingen (Gezondheid en wetenschap, 2016). De wanen die de moeder ontwikkelt tijdens de psychose hebben vaak te maken met haar baby. Wanneer de moeder heel angstig is, omdat ze er bijvoorbeeld van overtuigd is dat iemand haar kind wil afpakken, zet ze alles op alles om haar kind te beschermen (Wesseloo, Richard, Burgerhout Karin M., Koorengel Kathelijne M., 2015).

De oorzaak van een postpartumpsychose is nog niet duidelijk. Er is nog geen duidelijk verband gevonden tussen omgevingsfactoren of hormonale veranderingen en het ontstaan van een postpartumpsychose. Mogelijk bestaat er een link tussen genetische en immunologische factoren en het ontwikkelen van een kraambed psychose (Wewerinke et al., 2006).

Risicofactoren voor het ontwikkelen van een psychose zijn onder andere de aanwezigheid van een bipolaire stoornis in de anamnese of bij familie (Wewerinke et al., 2006). Echter, de meeste patiënten die een postpartumpsychose doormaken, hebben geen psychiatrische anamnese (Erasmus MC, n.d.). Obstetrische risicofactoren zijn primigraviditeit, perinatale sterfte en het doormaken van een spoedkeizersnede. Overige risicofactoren zijn het ontbreken van een partner of het gebrek aan sociale steun (Wewerinke et al., 2006). Vrouwen die na een vorige bevalling een postnatale psychose hebben gehad, hebben een kans van 23-44% om bij een volgende bevalling te hervallen (Wesseloo, Richard, Burgerhout Karin M., Koorengel Kathelijne M., 2015).

2.4.3.3 *Posttraumatische stressstoornis*

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een angststoornis die kan ontstaan na het meemaken van een trauma. Een trauma kan worden opgelopen na het meemaken van een levensgevaarlijke gebeurtenis, zoals een terreuraanslag, een ernstig ongeval, oorlog, verkrachting etc.

Een bevalling, in het bijzonder een spoedkeizersnede, kan ook als traumatisch worden bevonden, en kan dus ook aanleiding geven tot het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis.

Volgens de DSM-V kan je over PTSS spreken indien aan zeven criteria wordt voldaan. Men stelt de diagnose door systematische na te gaan of een traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden in het verleden en of deze gebeurtenis al dan niet herbeleefd (flashbacks) of vermeden wordt en tot prikkelbaarheid leidt. Vaak is de slaap verstoord door nachtmerries of heeft de patiënt zo veel angst voor het trauma dat hij of zij niet durft te slapen. Ook overdag kunnen allerlei zaken die de persoon aan het trauma doen denken, de herinnering terug levend maken waardoor het lijkt alsof de gebeurtenis opnieuw gebeurd. De duur van de symptomen moeten langer dan één maand aanwezig zijn om te kunnen spreken over PTSS (American Psychiatric Association, 2013; Andersen et al., 2012; Tham, Christensson, & Ryding, 2007). Ongeveer 1 à 2% van alle vrouwen leidt aan posttraumatische stress postnataal (Andersen et al., 2012).

Sommige vrouwen maken tijdens hun bevallingsproces dingen mee die elk normaal persoon zou kunnen traumatiseren. Echter, voor sommige vrouwen zijn het niet zozeer sensationele of dramatische gebeurtenissen die het trauma veroorzaken, maar zaken zoals het verlies van controle, verlies van waardigheid, vijandelijke houding van mensen in de omgeving, het gevoel niet gehoord te worden of niet volledig geïnformeerd te zijn over medische procedures, negatieve emoties, kunnen ook leiden tot een trauma. Of een bevalling nu wel of niet als traumatisch wordt ervaren, hangt van verschillende factoren af. Zo speelt de persoonlijkheid van de moeder zelf een rol, bijvoorbeeld haar verwachtingspatroon rond het moederschap en de bevalling, maar ook een laag gevoel van zelfwaarde, onzekerheid, perfectionisme, traumatische gebeurtenissen in de jeugd etc. Ook sociale factoren kunnen een invloed hebben, zoals een gebrekkige sociale context, een lage socio-economische status, een verstoorde partnerrelatie etc. Ook obstetrische risicofactoren werden geïdentificeerd, waaronder een ongeplande sectio werd gezien als een belangrijke risicofactor (Wewerinke et al., 2006). Ook andere medische factoren, zoals het ondergaan van een kunstverlossing aan de hand van vacuüm of forceps, het doormaken van zwangerschapscomplicaties zoals vroeggeboorte en pre-eclampsie, het ervaren van weinig steun van de zorgverleners, alsook het ondergaan van een zeer pijnlijke bevalling zijn risicofactoren om PTSS te ontwikkelen (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-c).

Echter wanneer vrouwen volledige ontsluiting hadden en toch nog een spoedsectio moesten ondergaan, hadden de vrouwen minder kans op PTSS. Volledige ontsluiting is dus een beschermende factor voor het ontwikkelen van PTSS. Dit kan verklaard worden door het feit dat de vrouwen op dit moment hun arbeid bijna hadden vervuld en zich tevreden voelden over het feit dat ze al zo ver geraakt waren in hun bevallingsproces (Tham et al., 2007).

Niet alleen de moeders, maar ook partners of andere aanwezigen kunnen getraumatiseerd raken door een bevalling (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-c).

Verschillende mensen reageren verschillend na een traumatische ervaring, dit heeft te maken met hoe ze omgaan met een stressvolle situatie. Het concept van 'sense of coherence', SOC, wordt aangehaald als een belangrijke factor in hoe mensen met een stressvolle situatie omgaan. De SOC is gebaseerd op drie componenten: begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving. Algemeen wordt aangenomen dat vrouwen met een hoge SOC beter kunnen omgaan met een stressvolle situatie en dit leidt tot een betere gezondheid en kwaliteit van het leven. De SOC, ook wel salutogenese genoemd, kan worden nagegaan door middel van een vragenlijst (Tham et al., 2007).

Een tweede vragenlijst dat zijn nut bewezen heeft bij het onderzoek naar posttraumatische stressstoornissen, is de 'Impact of Event Scale', IES. Deze schaal meet of er sprake is van posttraumatische stress symptomen (Tham et al., 2007).

Kwalitatief onderzoek suggereert dat PTSS na de bevalling een negatieve invloed heeft op zowel de partnerrelatie als de relatie tussen moeder en kind. Bovendien wezen studies aan dat PTSS, maar ook postpartumdepressie, een sterke invloed hebben op de ontwikkeling van het kind, maar ook op diens gedrag. Personen leidend aan PTSS, zijn op verschillende vlakken aangetast in hun dagdagelijkse functie, bijvoorbeeld carrière, onderwijs, gezinsleven. Bovendien is er een groot economisch verlies door ziekteverlof, het lager functioneel niveau of invaliditeitspensioen. Daarenboven is het risico op suïcide bij personen met PTSS sterk toegenomen (Andersen et al., 2012).

Het doormaken van PTSS na een bevalling is enorm lastig voor vrouwen, ze voelen zich geïsoleerd en afgezonderd van andere moeders, aangezien ze aanvoelen dat er een groot verschil is tussen hun bevallingservaring en die van de andere moeders. Bovendien is er weinig begrip voor PTSS na een bevalling door de maatschappij, die verwacht dat de vrouwen en partners hun bevallingservaring snel verwerken. Dit leidt ertoe dat vrouwen vaak geen gepaste begeleiding vinden, doordat andere vrouwen die geen bevallingstrauma hebben, de invloed van een traumatische bevalling vaak niet begrijpen. Hierdoor voelen de vrouwen zich vaak alleen en depressief, bovendien zitten ze vaak met een enorm schuldgevoel. Vele vrouwen met PTSS ervaren de grootste moeilijkheden bij het vormen van een hechte band met hun kind, aangezien de baby hen telkens herinnert aan het ondergane trauma (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-c).

Belangrijk is het onderscheid maken tussen PTSS en een postnatale depressie, dit zijn twee aparte pathologieën, die elk een andere behandeling vragen. Wel is het belangrijk te beseffen dat een depressie hand in hand kan gaan met PTSS (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-c). Wat PTSS na een bevalling onderscheidt van een postnatale depressie is vooral het herbeleven, de verhoogde waakzaamheid en de schrikreacties. Ongewild komen beelden terug, komt de geur terug van het ziekenhuis etc. Deze flashbacks kunnen leiden tot angstaanvallen. Het lichaam van de vrouw is in een constante staat van alertheid, wat leidt tot prikkelbaarheid, onrust, angst en vermoeidheid. Ook volgens oorzaak kan een verschil worden gemaakt, posttraumatische stresssymptomen worden veroorzaakt door het ervaren van een traumatische bevalling, een postpartumdepressie kan het gevolg zijn van hormonale veranderingen.

2.4.4 Effect van een spoedkeizersnede op de relatie tussen moeder en kind

2.4.4.1 Hechting

Hechting werd omschreven als een emotionele relatie tussen twee personen gekenmerkt door wederzijdse genegenheid en een verlangen om nabijheid te behouden (Taylor, Atkins, Kumar, Adams, & Glover, 2005). Het is dus het aangaan van een duurzame affectieve band met een hechtingsfiguur. Deze hechtingspersoon staat in voor de emotionele veiligheid en geborgenheid van de hechtingzoekende (Verdult, 2009).

Afgelopen decennia werd de relevantie van de binding tussen moeder en kind en het effect ervan op de ontwikkeling van het kind meer en meer onderzocht. Het vroege postpartum is een gevoelige, kritieke periode voor de vorming van een goede hechting. Er zijn echter zaken, zoals het scheiden van moeder en kind bij de geboorte en de wijze van geboorte, die een belangrijke invloed hebben op het ontwikkelen van de moeder-kind-band (Zanardo et al., 2016).

Volgens onderzoek hadden vrouwen met een postnatale depressie meer kans op langdurige problemen bij het ontwikkelen van affectie tegenover hun kind. Dit suggereert dat kinderen van een moeder die een postpartumdepressie meemaakte, meer kans hebben om tijdens hun ontwikkeling problemen te hebben met de cognitieve en emotionele ontwikkeling (Taylor et al., 2005). Aangezien uit onderzoek (Koo et al., 2003) gebleken is dat de kans op een postpartumdepressie significant hoger is na een spoedkeizersnede, kan een spoedsectio ook een invloed hebben op de binding.

Het onderzoeken van de moeder-kind-hechting gebeurt door middel van de Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) (Zanardo et al., 2016). Dit is een individuele vragenlijst van acht items die peilt naar de gevoelens van de moeder tegenover haar nieuwe baby (Taylor et al., 2005).

Het is belangrijk aan te duiden dat hechting niet begint na de geboorte, maar deze in de ontwikkeling van de baby doorloopt van het prenatale naar het postnatale leven (Verdult, 2009). Uit onderzoek (Herishanu-Gilutz et al., 2009; Noyman-Veksler et al., 2015) is gebleken dat vrouwen die een spoedkeizersnede ondergingen een breuk ervoeren in het proces van de vorming van de natuurlijke band die voorkomt uit de zwangerschap.

Tijdens de geboorte is het risico op traumatisering erg groot, omdat de foetus bij de bevalling in een overgangsfase bevindt, een erg kritiek moment. Tijdens een ideale geboorte gaan de moeder en het kind samen door het pijnlijke proces en ervaren ze beiden, op het moment van de geboorte, een gevoel van bevrijding, opluchting en vreugde. Echter, in werkelijkheid is zo'n 90% à 95% van de geboortes traumatisch voor een pasgeborene (Verdult, 2009).

Er is aangetoond dat de binding na een niet-vaginale bevalling moeilijker verloopt dan na een gewone vaginale bevalling (Zanardo et al., 2016). De eerste uren na de geboorte zijn cruciaal voor de moeder-kind binding. Na een (spoed)sectio zijn moeder en kind langere tijd gescheiden aangezien de moeder na de keizersnede nog even op de intensive care moet blijven. Bij een keizersnede is er dus een vertraging in de vorming van de band tussen moeder en kind (Herishanu-Gilutz et al., 2009; Noyman-Veksler et al., 2015). Bovendien treden er na een keizersnede vaker hechtingsproblemen op doordat de emotionele pijn van het kind niet begrepen wordt door zijn omgeving en omdat de handelingen tijdens en na de keizersnede de band tussen moeder en kind verstoren. Bovendien hebben vrouwen die bevallen door middel van een sectio,

minder oxytocine. Oxytocine speelt een belangrijke rol bij stressreductie van de pasgeborene. Bovendien wordt oxytocine niet voor niets het 'knuffelhormoon' genoemd, het levert immers een noodzakelijke bijdrage aan innigheid, huidcontact en aan hechting (Verdult, 2009).

Daarenboven werd het onderscheid in hechting na een geplande sectio en na spoedkeizersnede ook onderzocht. Aangezien een electieve keizersnede vooraf gepland werd, kon de vrouw zich voorbereiden en eventueel de datum kiezen wanneer het haar best uitkwam. Echter, spoedsectio's worden meestal uitgevoerd om medische redenen bij de moeder of bij het kind. Dit zijn veelal noodsituaties, wat ervoor zorgt dat de bevalling een stressvolle gebeurtenis wordt. Na onderzoek (Zanardo et al., 2016) werd aangetoond dat vrouwen die een spoedkeizersnede ondergingen een veel moeilijkere band ontwikkelden met hun kind dan vrouwen die vaginaal bevallen waren. Deze bevindingen wezen erop dat moeders van wie hun bevallingswijze plots moest veranderen, moeilijkheden ondervinden met het vormen van een band, wat ervoor zorgt dat hun gevoelens tegenover hun pasgeboren kind eerder negatief waren dan positief, en vaak te maken hadden met teleurstelling, en soms zelfs afkeer uitlokte tegenover hun kind.

Uit onderzoek is gebleken dat kinderen die opgegroeid zijn met een gebrekkige hechting, andere hersenen ontwikkelen, met name, de orbitofrontale cortex van de rechter hemisfeer vertoont minder synaptisering. De orbitofrontale cortex wordt geassocieerd met het vermogen om gevoelens te kunnen herkennen aan de hand van gezichtsexpressie, maar ook het vermogen om intieme en sociale relaties aan te kunnen gaan (Verdult, 2009). Het ervaren van een zwakkere moeder-kind-binding kan dus leiden tot een verminderde emotionele en mentale ontwikkeling, wat op zijn beurt kan leiden tot slechtere sociale mogelijkheden. Daarnaast gaan deze kinderen vaak minder lang naar school, door de verminderde emotionele en mentale ontwikkeling. Deze kinderen zijn bovendien minder in staat om langdurige relaties op te bouwen en hebben vaker agressief gedrag in vergelijking met kinderen die een goede hechting ondervonden (Zanardo et al., 2016). Hechting is dus van belang voor de gezonde ontwikkeling van de hersenen. Bovendien werkt stress, zoals bij een spoedkeizersnede, negatief op de groei van de neurale netwerken, maar ook op de verhoudingen van de neurotransmitters, die als functie een goede prikkeloverdracht in de hersenen hebben (Verdult, 2009).

2.4.4.2 Borstvoeding

Tijdens de eerste vier à zes levensmaanden wordt exclusieve borstvoeding aanbevolen voor alle zuigelingen (human reproduction programme WHO, 2009, 2018a). Borstvoeding vermindert de frequentie of ernst van bepaalde aandoeningen, zoals gastro-intestinale infecties, middenoorontstekingen, respiratoire infecties, bacteriëmie en sepsis bij prematuren, bacteriële meningitis, urineweginfecties etc. Bovendien vermindert borstvoeding het risico om later overgewicht of obesitas, diabetes, lymfomen, leukemie, enz. te ontwikkelen. Onderzoek heeft bovendien aangetoond dat de cognitieve ontwikkeling lichtjes sneller verloopt bij borstvoeding dan bij kunstvoeding. Daarenboven zijn er talrijke voordelen voor de moeder, zoals verminderde kans op postpartum-bloedingen, snellere involutie van de uterus, verminderd menstrueel bloedverlies, lactatie amenorroe, verminderd risico op premenopauzale borstkanker, verminderd risico op ovariumkanker, verminderd risico op diabetes mellitus type twee etc. Bovendien leidt een geslaagde borstvoeding tot positieve psychologische effecten, zoals een optimale moeder-kind binding en het versterken van het zelfvertrouwen (Alliet et al., 2012).

Keizersneden worden geassocieerd met meer gezondheidsproblemen bij moeders en baby's, zoals een hogere incidentie van maternale infectie, een grotere kans op bloedingen, maar ook meer kans op ademnood of hypoglycemiën bij de neonaten. Dit alles kan een negatief effect hebben op het al dan niet slagen van de borstvoeding (Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway, & Tough, 2016).

Onderzoek heeft aangetoond dat vrouwen die via een keizersnede, electief of spoed, bevallen, minder snel geneigd zijn om voor borstvoeding te kiezen of de start van borstvoeding uitstellen. Nochtans is het geven van borstvoeding binnen het eerste uur na de bevalling, een belangrijke voorspeller voor het verdere verloop van de borstvoeding. Vertragingen in de start van de borstvoeding na een keizersnede, zijn geassocieerd met maternale-infantiele scheiding, verminderd zuigvermogen, verminderde zuigelingen receptiviteit en onvoldoende melktoevoer, wat uiteindelijk vaak leidt tot een verkorte periode van borstvoeding. Bovendien wordt skin-to-skin na een keizersnede ook minder direct gedaan dan na een vaginale bevalling, nochtans wees onderzoek uit dat huid-op-huid contact meteen na de geboorte kan leiden tot een betere start, onderhoud en duur van borstvoeding.

Er werd ook onderzoek gevoerd naar het verschil in borstvoeding bij vrouwen die bevallen via spoedkeizersnede en bij vrouwen die bevallen via geplande keizersnede. Vrouwen die bevallen via een spoedsectio hadden meer kans om te stoppen met borstvoeding binnen de eerste twaalf weken postpartum. Bovendien mislukte de eerste poging tot borstvoeding vaker, waren de moeders niet in staat om hun baby de eerste 24 uur borstvoeding te geven en konden ze geen borstvoeding geven bij het verlaten van het ziekenhuis (Hobbs et al., 2016). Ander onderzoek rapporteerde vergelijkbare resultaten (Zanardo et al., 2010). Er werd verondersteld dat de verhoogde maternale en foetale stress, geassocieerd met complicaties bij de bevalling, gerelateerd is aan toegenomen moeilijkheden met de borstvoeding en vroegtijdige stopzetting van de borstvoeding (Hobbs et al., 2016).

Bovendien gebeurt een spoedsectio vaak onder algemene anesthesie, hierdoor kan er pas met de borstvoeding begonnen worden als de vrouw volledig bijgekomen is van de narcose en opnieuw controle heeft over haar lichaam. Daarenboven kan de baby als gevolg van de algemene verdoving wat suf zijn, daardoor moet er in het begin soms worden afgekolfd (La Leche League, n.d.).

2.5 Begeleiding vrouwen na spoedkeizersnede

2.5.1 Inleiding

Lange tijd werd gedacht dat de geboorte van een kind enkel een positieve ervaring kon zijn voor een moeder, de laatste jaren werd er echter ook bij stilgestaan dat een bevalling een negatieve, zelfs traumatiserende ervaring kan zijn (van Heumen, Hollander, van Pampus, van Dillen, & Stramrood, 2018). Tijdens de zwangerschap en bevalling vinden immers veel fysieke, psychologische veranderingen plaats, die kunnen leiden tot stress. Dit verhoogde stressniveau kan leiden tot het ontwikkelen van psychiatrische ziekten (Wewerinke et al., 2006).

Aangezien psychische problemen voor zowel de vrouw, het kind en de omgeving belangrijke consequenties kan hebben, is het belangrijk de aandoening of het risico op de pathologie vroeg te herkennen en adequaat te behandelen (Wewerinke et al., 2006).

Indien het risico bestaat op psychische problemen of de pathologie al aanwezig is, is het belangrijk extra opvolging te voorzien en zo nodig door te verwijzen naar een gespecialiseerde afdeling voor moeder en kind.

2.5.2 Ondersteuning door partner en familie

Onderzoek toonde aan dat ondersteuning van de familie, vooral van de partner, erg belangrijk was voor de vrouwen na het ondergaan van een spoedkeizersnede. De partner speelt zo'n grote rol, aangezien hij sinds het begin van de zwangerschap betrokken was bij het proces. Veel partners begeleiden hun vrouw naar de prenatale kliniek, volgen samen prenatale lessen en ervaren de geboorte samen (Tham et al., 2010).

De eerste week na de geboorte is de partner vaak thuis, daarnaast komen familieleden of kennissen ook geregeld over de vloer. De steun die de vrouwen ervoeren van hun partner was voor vele vrouwen erg belangrijk, echter, vrouwen die een traumatische bevalling hadden ondergaan, waren dikwijls niet tevreden over zijn hulp. Volgens deze vrouwen begreep de partner niet hoe de vrouw zich voelde, wat voor nog meer moeilijkheden zorgde voor haar (Tham et al., 2010). Vaak worden partners tijdens een spoedkeizersnede niet toegelaten in het operatiekwartier (Johansson, Rubertsson, Rådestad, & Hildingsson, 2012). Het gebeurt dus soms dat de partner geen informatie kan geven over wat er gebeurd is in het operatiekwartier, aangezien hij of zij zelf niet weet wat er precies gebeurd is.

Onderzoek toont aan dat het belangrijk is dat de omgeving met de moeder praat en ervoor zorgt dat er minder schuldgevoel is, zorgt voor hulp in het huishouden en zorg voor het kind, maar een belangrijke schakel is in het op tijd inschakelen van extra hulp (Kind en Gezin, n.d.-a).

Onderzoek toonde bovendien aan dat psycho-educatie voor familieleden en de partners, vlak na de bevalling een grote hulp kan zijn. Deze sessies zouden dienen om de naasten meer inzicht te doen krijgen in het belang van de ondersteuning. Hiermee wordt beoogd de beschikbaarheid en het begrip van de partner en overige familieleden toe te doen nemen. Het doel is de vrouw beter te omringen, zodat haar situatie kan verbeteren (Noyman-Veksler et al., 2015). Naast psycho-educatie kan de vroedvrouw tijdens een prenatale consultatie informatie geven aan de partner over wat van hem of haar verwacht wordt tijdens de bevalling en het postpartum. Zelfs al loopt

de bevalling anders dan verwacht, het blijft makkelijker voor de partner om de noden te herkennen (Tham et al., 2010).

Als partner kan het erg lastig zijn om te gaan met een partner die een traumatische bevalling achter de rug heeft. Het belangrijkste is om er te zijn voor je echtgenote, haar aan te moedigen om hulp te zoeken, om te praten over wat er gebeurd is. Er zijn vier sociale steuncompetenties van toepassing. Als eerste speelt de partner een belangrijke schakel in de signaalherkenning, sommige vrouwen praten liever niet over hun spoedsectio, maar hebben het er wel moeilijk mee. De partner is vaak de eerste persoon die veranderingen in gedragingen opmerkt en hulp kan inschakelen. Ten tweede is het tonen van nabijheid belangrijk. Het tonen van aanwezigheid, haar erop wijzen dat hij of zij er is voor haar is belangrijk. Ten derde dient de partner hulp op maat te geven, te handelen vanuit wat zij nodig heeft. Als laatste dient de partner regelmatig te controleren of zijn hulp of steun nog effectief is, misschien moet de hulp aangepast worden of dienen er extra diensten ingeschakeld te worden (Kind en Gezin, n.d.-a).

2.5.3 Ondersteuning door zorgverlener

Goede zorg begint bij het eerste moment van contact. Vrouwen met een negatieve/traumatische bevallingservaring beschreven de vroedvrouw vaak als onzeker, nerveus, ongeïnteresseerd. Daarenboven vonden ze dat er niet genoeg steun werd gegeven. Het uitstralen van rust en zelfverzekerdheid, een zorgzaam eerste gesprek, blijk van kennis van zaken, kunnen ervoor zorgen dat de zorgvrager zich meteen minder gestresseerd voelt (Fenwick, Gamble, & Mawson, 2003; Lindberg, Ohrling, & Christensson, 2008).

In een recent onderzoek (Hollander et al., 2017) werd aan vrouwen gevraagd wat volgens hen bijdroeg aan de negatieve bevallingservaring, volgende punten werden het vaakst beschreven.

- Een gebrek aan of verlies van controle
- Angst voor levens- of gezondheidsgevaar voor de baby
- Hoge pijn-intensiteit of fysiek ongemak
- Communicatie/uitleg

Zo'n 54.6% van alle deelnemers van het onderzoek gaf aan dat het gebrek aan of het verlies van controle een grote rol speelde bij negatief/traumatisch ervaren van hun bevalling. Ondersteuning in het algemeen door zorgverleners, kan de vrouw beschermen tegen posttraumatische stresssymptomen na een traumatische bevalling. Goede ondersteuning tijdens de geboorte kan het stressniveau verminderen, ervoor zorgen dat de vrouw een maximaal gevoel van controle heeft over haar bevalling en mogelijke angst of negatieve stemmingen in het postpartum doen dalen (Tham et al., 2010). Vrouwen die een spoedkeizersnede ondergingen meenden vooral de controle over het geboorteprocés te verliezen, door een gebrek aan betrokkenheid bij de beslissing om over te gaan tot een keizersnede (Fenwick et al., 2003; Stichting Bevallingstrauma, n.d.-b; Tham et al., 2010). Dit gevoel van controle kan volgens onderzoek verhoogd worden door te allen tijde 'Informed Consent' toe te passen, beslissingen van de zorgvrager serieus te nemen, maar daarenboven is het zeer belangrijk volledig te zijn in de uitleg en na te gaan of de zorgvrager alles begrepen heeft.

Als tweede risicofactor gaven vrouwen de angst voor levens- of gezondheidsgevaar voor de baby aan. De hoofdreden om over te gaan tot een secundaire sectio is foetale nood. Het spreekt dus

voor zich dat deze vrouwen zich zorgen maken. Vaak wordt de vrouw in allerlei klaargemaakt voor de keizersnede, en wordt er weinig stilgestaan bij haar bezorgdheden, laat staan dat er naar gepeild wordt. Communicatie/uitleg zal hierbij belangrijk zijn (Hollander et al., 2017).

Ten derde beschreef zo'n 47.4% van de vrouwen de hoge pijn-intensiteit of het fysiek ongemak. Uit onderzoek bleek dat vrouwen na een spoedkeizersnede zich vaak niet voorbereid voelden op de vermoeidheid of pijn die ze zouden ervaren. De vrouwen rapporteerden een tekort aan informatie of gaven aan dat de informatie die ze kregen tegenstrijdig was, door te weinig continuïteit in het kraampersoneel (Hollander et al., 2017).

Ten laatste werd communicatie/uitleg aangehaald. Uit onderzoek (Hollander et al., 2017) bleek dat de interactie tussen patiënt en zorgverlener tijdens de spoedkeizersnede een belangrijkere oorzaak van het trauma was dan de interventie zelf. Communicatie is uiterst belangrijk. Het compassievol luisteren, nieuwsgierig zijn en de juiste vragen stellen om erachter te komen hoe de zorgvrager zich echt voelt, houdt de communicatie open en eerlijk. De zorgvrager voelt zich meer op zijn gemak indien de zorgverlener dezelfde communicatiestijl gebruikt. Het is dus belangrijk na te gaan of de zorgvrager meer mens- en relatiegericht communiceert of meer taak- en doelgericht. Andere zaken die je als zorgverlener moet achterhalen om effectief te communiceren is of de zorgvrager intro- of extravert is, of de persoon graag over haar gevoelens praat enzoverder. Slechts wanneer dezelfde communicatiestijl wordt gehanteerd, wordt de basis voor een vertrouwensgesprek gelegd. Niet enkel de verbale, maar ook non-verbale communicatie is belangrijk, een fysieke aanraking kan ook vertrouwen opwekken. Iedereen heeft nood aan huidcontact, echter niet iedereen staat er zo voor open of vindt dit zo fijn. Het is dus belangrijk je zorg af te stemmen op de individuele persoon. Ten slotte is het belangrijk je als zorgverlener bewust te zijn dat je met je communicatie ook onbedoeld kunt kwetsen. Bovenop hun leed door de spoedkeizersnede, komt er door het gebrek aan medeleven nog eens extra leed. Dit leed-op-leed wordt vaak in de hand gewerkt door een bepaalde werkstijl en werkhouding in stand te houden. Hierdoor ben je als zorgverlener verbind voor de negatieve effecten van je werkstijl op anderen. Een aantal van deze communicatiefouten worden hier opgesomd:

- Vermijden: sommige zorgverleners kunnen niet goed om met vrouwen die een traumatische bevalling hebben meegemaakt. Door de pijn van de zorgvrager te negeren probeert de zorgverlener zichzelf te beschermen. Hierdoor wordt er extra pijn veroorzaakt bij de zorgvrager.
- Distantiëren: Sommige zorgverleners richten zich enkel op de lichamelijke aspecten van de zorg, zoals de wonde bij een spoedsectio, maar erkennen de emoties van de vrouw niet.
- Redden: Andere zorgverleners willen de zorgvrager 'redden', bieden allerlei oplossingen aan, maar werken zo de slachtofferrol in de hand.
- Aanklagen/'blaming the victim': Soms wordt er door bepaalde uitspraken het gevoel gegeven dat de spoedkeizersnede de vrouw haar eigen schuld is.
- Hersenspoelen: De zorgverlener probeert een positieve draai te geven aan de spoedsectio, door bijvoorbeeld te zeggen: 'Je baby is toch gezond?'. Door een positieve draai te geven aan het verhaal, ga je voorbij aan hoe de vrouw zich op dat moment voelt (Stichting Bevallings trauma, n.d.-d, n.d.-a).

Een ander onderzoek (De Schepper et al., 2016; Tham et al., 2010) toonde aan dat vrouwen in de periode na de keizersnede graag een gesprek hadden gehad met de vroedvrouw of gynaecoloog die aanwezig was bij de sectio, bijvoorbeeld op het moment dat de vrouw op consultatie moet na zes weken. In sommige gevallen is de partner immers ook niet aanwezig bij de spoedkeizersnede, waardoor niemand uit haar directe omgeving vragen kan beantwoorden of kan vertellen wat en hoe alles gebeurd is.

Onderzoek toonde bovendien aan dat identificatie van vrouwen die behoefte hebben aan extra hulp na de bevalling, hun prognose kan verbeteren en de kans op het ontwikkelen van postnatale psychopathologie sterk kan verminderen (Noyman-Veksler et al., 2015). Een gebrek aan kennis kan ervoor zorgen dat vrouwen, die deze extra ondersteuning nodig hebben, onopgemerkt blijven. Daarom is het belangrijk om kennis over postnatale posttraumatische stressstoornissen te implementeren in de opleiding van verloskundige en medische studenten. Het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen en het implementeren van een screeningsmethode om symptomen van posttraumatische stress na te gaan, kan voorkomen dat vrouwen met deze pathologie onopgemerkt blijven en geen passende zorg ontvangen (De Schepper et al., 2016).

We kunnen besluiten dat bewustwording van het feit dat een groot aantal vrouwen een spoedkeizersnede als traumatisch ervaart, en het grote gevolgen en problemen kan veroorzaken erg belangrijk is. Als vroedvrouw is het dan ook noodzakelijk je bewust te zijn van de impact op het welzijn van de patiënt (De Schepper et al., 2016). De invloed van jouw communicatie, de mate waarin je empathie toont, maar ook je non-verbale communicatie is onmiskenbaar (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-b). Ook is het belangrijk de vrouwen die behoefte hebben aan extra zorg te identificeren, zodat hen extra ondersteuning kan worden geboden (De Schepper et al., 2016; Noyman-Veksler et al., 2015). Als zorgverlener is de rol in begeleiding, identificatie en opvolging doorslaggevend (Hollander et al., 2017).

3 Methode

Deze bachelorproef heeft als doel een totaalbeeld te ontwikkelen over hoe vrouwen die een spoedkeizersnede hebben ondergaan, betere ondersteuning kunnen krijgen van

gezondheidswerkers. Hiervoor worden er interviews afgenomen bij vrouwen die een spoedkeizersnede ondergingen, waarin gepeild wordt naar hun ervaring. Aan de hand van de resultaten uit de literatuurstudie en de aanvullingen uit de interviews, wordt een brochure gemaakt. Deze brochure zal zorgverleners meer informatie verschaffen over hoe ze met deze problematiek moeten omgaan.

3.1 Algemene methode

Op sociale media wordt een oproep verspreid worden met de vraag wie ooit een secundaire sectio/spoedkeizersnede heeft ondergaan en bereid is hierover een interview te geven. Het doel van de studie, namelijk nagaan hoe vrouwen die een spoedsectio ondergingen beter ondersteund kunnen worden door gezondheidswerkers, wordt duidelijk gemaakt in de oproep.

De uitnodiging is gericht op Nederlandstalige vrouwen die twee tot zes maanden geleden bevallen zijn. Deze twee maanden worden ertussen gelaten om te voorkomen dat de vrouw nog niet volledig hersteld is, wat kan leiden tot een negatiever gevoel. Daarnaast wordt er ook gekozen om maximaal zes maanden na de spoedkeizersnede te interviewen, om te voorkomen dat bepaalde items vergeten worden. Zo wordt geprobeerd een zo volledig en correct mogelijk beeld een spoedkeizersnede te schetsen

Geïnteresseerden kunnen contact opnemen via mail, waarbij ook verdere vragen of onduidelijkheden zullen worden verhelderd.

Bij interesse wordt een datum afgesproken waarop langsgegaan wordt bij de vrouwen thuis voor een interview. Aan de hand van de informatie uit het literatuuronderzoek worden de vragen voor het interview voorbereid. Tijdens dit interview wordt gepeild naar de omstandigheden, aanleiding, gevoelens, informatievoorziening, mogelijke problemen in het postpartum etc.

Dit interview wordt opgenomen en vervolgens uitgetypt. Indien de vrouwen na dit interview nog op bepaalde zaken denken, kunnen ze deze zaken doormailen.

Met al de informatie uit het literatuuronderzoek en de informatie verkregen via de interviews, wordt er een brochure gemaakt. Het doel is de brochure nadien te laten controleren door twee vroedvrouwen, twee gynaecologen, twee vrouwen (al dan niet bevallen via keizersnede) en twee medestudenten uit de derde bachelor in de vroedkunde. Indien 80% van deze personen akkoord gaat met de brochure, is de brochure relevant (Delphi procedure).

3.1.1 Deelnemers

Voor de studie worden zowel Nederlandstalige, als Franstalige en Engelstalige vrouwen toegelaten. Exclusiecriteria zijn vrouwen waarbij complicaties (bij moeder of kind) zijn opgetreden tijdens de keizersnede, om een zo correct mogelijk beeld te creëren.

Uiteindelijk werden de bevindingen van vijf vrouwen die bevielen via spoedsectio verzameld. Drie van de vrouwen ondergingen een spoedsectio wegens niet vorderende arbeid. Bij twee van hen werd eerst nog geprobeerd via Kristeller en ventouse, maar werd uiteindelijk overgegaan tot spoedsectio, omdat ook de ventouse geen soelaas bracht. Twee vrouwen ondergingen een spoedsectio wegens foetale nood, waarbij bij één vrouw de oorzaak een bloeding was, en bij de andere vrouw een aanhoudende deceleratie zonder recuperatie.

Een van de vrouwen had al een keizersnede achter de rug wegens een stuitligging.

Twee van de vrouwen hadden al een kindje.

Al de vrouwen hadden een epidurale verdoving voor de spoedkeizersnede, maar bij één van hen werkte deze epidurale verdoving niet, waardoor de vrouw onder algemene anesthesie gebracht werd.

Een van de kinderen bleef na de spoedsectio een nacht ter observatie op de neonatologie in het ziekenhuis zelf, een ander kindje werd overgebracht naar een NICU in een ander ziekenhuis.

Bij één vrouw ging de wonde nadien terug open, waardoor extra thuisverpleging nodig was. De andere vrouwen hadden geen complicaties nadien. Bij de neonaten was er geen sprake van morbiditeit, één kindje was prematuur, maar stelt het goed.

3.1.2 interview

Bij de eerste twee vrouwen werden de voorbereide vragen niet stelstelmatig overlopen, maar werd gevraagd aan de vrouwen hun verhaal eens te doen, en werd achteraf nagegaan of alle vragen in het verhaal aan bod waren gekomen. Dit leidde tot veel informatie, die niet altijd even bruikbaar was voor de brochure en niet altijd even relevant was in het kader van deze bachelorproef. Daarnaast was het ook tijdrovend om alle informatie te verwerken. Daarom werd aan de andere drie vrouwen gevraagd de vragen te beantwoorden. Dit zorgde enerzijds voor een snelle winst aan relevante informatie, anderzijds zorgde dit ook voor tijdsbesparing.

De vrouwen zullen verteld worden dat ze mogen stoppen op elk moment, en niet hoeven te antwoorden indien ze niet willen.

Er werd gestreefd naar een vijf tal interviews. Echter, wanneer er na deze vijf interviews geen coherentie zou geweest zijn, zouden er extra interviews worden uitgevoerd. Maar de bevindingen uit de verschillende interviews waren gelijklopend.

3.1.3 Data-analyse

De interviews worden achteraf herbeluisterd, waarna relevante informatie wordt uitgetypt in een Word Document.

Ook verdere informatie via mail zal worden doorgelezen en geïmplementeerd in de brochure indien van toepassing.

3.1.4 Bericht op sociale media

‘Mijn naam is Sarah Vandewalle, ik ben derdejaarsstudente vroedkunde.

Voor mijn bachelorproef onderzoek hoe vrouwen die een spoedsectio ondergaan, beter ondersteund kunnen worden door gezondheidsmedewerkers. Door middel van interviews en verdere research zal een brochure worden ontwikkeld die voor zorgverleners een houvast kan zijn om beter hulp te bieden.

Concreet ben ik dus op zoek naar vrouwen die zo'n 2 à 6 maanden geleden bevielen door middel van een spoedkeizersnede of een ongeplande keizersnede en bereid zijn hierover een interview te geven.

Bent u geïnteresseerd of heeft u verdere vragen? Contacteer me via sarah.vandewalle@student.vives.be

Delen mag!

3.2 Onderzoeksdesign

Het design van deze bachelorproef is een prospectief observationeel onderzoek, aangezien de informatie wordt gehaald uit interviews. Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek, om in zo'n kort mogelijke tijd, zoveel mogelijk informatie te verzamelen.

3.3 Ontwikkeling vragen

Tijdens de interviews wordt eerst gepeild naar de aanleiding en omstandigheden van de spoedsectio. Hierbij worden volgende vragen gesteld:

- Hoe verliep de periode van opname tot het moment waarop u klaargemaakt werd voor een spoedsectio? Werd de reden aangehaald? Was uw partner aanwezig bij de mededeling?
- Kwam dit nieuws totaal uit de lucht gevallen of was u enigszins voorbereid?
- Hoe was de vertrouwensband met de vroedvrouw en gynaecoloog voor de keizersnede?

Daarna wordt nagegaan hoe de vroedvrouw of arts de vrouw en haar partner mededeelde dat er een spoedsectio moet uitgevoerd worden.

- Wie vertelde u dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan?
- Hoe voelde u zich wanneer u te horen kreeg dat u een dringende keizersnede moest ondergaan?
- Kon u eventuele vragen stellen?

Vervolgens wordt nagegaan hoe de periode, na de mededeling dat er moest overgegaan worden tot sectio tot het moment waarop de vrouw op de operatietafel lag, verliep.

- Werd de spoedkeizersnede uitgevoerd onder algemene anesthesie of had u een epidurale verdoving?
- Waar was uw partner terwijl u naar het operatiekwartier werd gebracht?

Vervolgens wordt nagegaan hoe de vrouw zich voelde na de sectio.

- Hoe voelde u zich wanneer u wakker werd?
- Kreeg u de mogelijkheid om met iemand te praten (een psycholoog, sociaal assistent, vroedvrouw, gynaecoloog...)? Had u er nood aan om met iemand te praten? Zo ja, met welke vragen zat/zit u allemaal?
- Kwam de vroedvrouw of arts die u mededeelde dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan, later nog informatie geven?
- Hoe verliep de genezing van de wonde in het postpartum?

Bovendien wordt gepeild naar de begeleiding. Er wordt nagegaan of de vrouw vond dat ze genoeg informatie kreeg, maar ook hoe ze de steun door de vroedvrouw, familie, partner, ... ondervond.

- Hoe ervoer u de begeleiding op materniteit?
- Hoe ervoer u de informatie over de wonde, genezing, mobiliteit, litteken etc.?
- Hoe ervoer u de informatievoorziening omtrent de mogelijkheid tot extra hulp thuis (zelfstandig vroedvrouw, kraamzorg...)?
- Hoe ervoer u de steun van familie en van uw partner?

Ook wordt nagegaan of de vrouw moeilijkheden ondervond met de borstvoeding en binding, maar ook of ze last had van psychologische problemen.

- Gaf u borstvoeding, zo ja, hoe verliep deze dan?
- Hoe verliep het wennen aan uw (nieuwe) rol als moeder?
- Hoe voelde u de periode na de bevalling?

Ten slotte wordt gevraagd welke zaken de moeder zelf graag in de brochure zou zien.

- Welke zaken wil u absoluut in de brochure zien, of over welke zaken ontving u te weinig informatie?

3.4 Ethische aspecten

Voor het praktijkonderdeel van deze bachelorproef werd een aanvraag tot advies ingediend bij de dienst Medische ethiek van het AZ Groeninge te Kortrijk. De studie met registratienummer AZGT2018015 werd uiteindelijk goedgekeurd nadat het formulier 'goedkeuring door dienstverantwoordelijken' aan de aanvraag werd toegevoegd.

4 Resultaten

In de interviews kwamen enkele zaken regelmatig terug. Indien uit ten minste vier van de vijf interviews dezelfde zaken konden worden gehaald, werden deze items 'pijnpunten in de begeleiding van vrouwen die een spoedkeizersnede hebben ondergaan' genoemd. De volgende zaken kwamen in minimaal vier van de vijf interviews terug: kwetsbaarheid, communicatie, controleverlies en angst.

4.1 Kwetsbaarheid

Het ervaren van een spoedkeizersnede is een ingrijpende gebeurtenis. Zowel voor de spoedkeizersnede als na de keizersnede kwam in verschillende interviews een **gevoel van 'machteloosheid', 'hulpeloosheid', 'aan het lot overgelaten'** naar voor.

Voor de keizersnede kwamen vele vroedvrouwen, gynaecologen/assistenten onderzoeken. De vrouwen rapporteerden dat ze onder de indruk waren van hoeveel verschillende personen ze hadden gezien, hoeveel verschillende zorgverleners haar hadden onderzocht, voor hun keizersnede. Doordat de spoedkeizersnede vaak moest gebeuren om hun kind te redden, werden vooraf niet veel vragen gesteld bij al die onderzoeken en ondergingen de vrouwen deze. Het was vaak pas na de keizersnede dat de vrouwen beseften hoeveel mensen aan hun lichaam hadden gevoeld, en enkele vrouwen gaven aan dat ze zich hierdoor enorm kwetsbaar voelden. Ook tegenover hun partner vonden de vrouwen dit soms moeilijk, hij had immers ook moeten zien hoe zoveel verschillende mensen zijn vrouw hadden 'betast'.

'De maandag moest ik voor de eerste keer douchen en de verpleegster zei dat ze me gerust wou helpen, maar ik zei meteen 'nee, dat gaat wel lukken', de laatste drie dagen hadden me al zoveel mensen betast om te voelen naar mijn ontsluiting, om me te wassen...'

'Je voelt je wel een beetje vies nadat zoveel mensen je hebben betast en naakt gezien, ik was blij toen ik thuis voor het eerst weer alleen onder de douche stond.'

'Hij hielp me dan mij uit te kleden, broek naar beneden, er ligt daar dan een gigantisch maandverband, je kan er niet naast kijken, voor hem moet dat ook wel... Op dat moment voel je je echt zwak, echt waar, ik heb me nog nooit zo zwak en kwetsbaar gevoeld. Je hangt volledig af van andere mensen, je kan niks, dat vond ik erger dan de pijn aan mijn buik.'

Na hun keizersnede rapporteerden enkele vrouwen dat ze zich aan hun lot overlaten voelden. Ze werden na de keizersnede naar een kamer gebracht, met of zonder hun baby, en dan beseffen ze pas hoe gelimiteerd ze zijn in hun doen en laten.

'Naast de vroedvrouwen op materniteit hebben we nooit iemand anders gezien. Het werd ons ook nooit aangeboden, dus wisten we niet of het kon. Ik werd aan m'n lot overgelaten op een lege kamer.'

'De vroedvrouwen waren wel heel lief, maar na de geboorte draait eigenlijk alles rond de baby en naar mijn gevoel komt de mama op de tweede plaats, terwijl een keizersnede eigenlijk wel een serieuze operatie is.'

Enkele vrouwen halen daarbij het tekort aan ondersteuning of de onderbemanning op de materniteit aan. Vooral 's nachts is dit volgens hen een probleem, aangezien ze overdag kunnen rekenen op de aanwezigheid van hun partner of bezoek.

‘Ik ben geen vier dagen gebleven, ook omdat er zodanig weinig ondersteuning was, ik dacht ik kan dan evengoed thuis zijn.’

‘De eerste nacht dat ik ze bij me had, lag ze te wenen om haar voeding te hebben, ik kon niks doen, ik kon haar niet nemen, ik kon haar voeding niet verwarmen, ik kon ze niet verpamperen... Ik belde, maar het duurde in totaal meer dan veertig minuten voor er iemand kwam. Ze lag intussen te schruwelen van de honger, ik lag ook te wenen. De verpleegster van de nacht kwam toe en vroeg wat er was, ‘waarom ween je?’. Ik was toen wel echt kwaad, ik zei ‘ik kan niks, ze ligt te wenen en ik kan niks, hier zit een drain daar een sonde, ik lig vast ik kan niks, ik kan ze niet helpen’. Ik voelde me kapot gaan vanbinnen, ik hing volledig af van anderen.’

‘Er was niet echt een mogelijkheid om uitgebreid met iemand te praten. Het was ook heel druk in het ziekenhuis op dat moment. Eigenlijk denk ik dat een gesprek met een psychologe na een spoedkeizersnede eigenlijk niet slecht zou zijn. Dan kan je uw hart eens luchten en voel je u misschien minder slecht in de dagen erna.’

Uit de interviews bleek daarnaast ook dat de hulp van de partner én omgeving onmiskenbaar is. Het waren vaak de partners die mogelijke problemen herkenden en op tijd zorgden voor hulp. De vrouwen gaven aan zich angstig te voelen om hulp in te roepen. Zelf zouden ze deze stap pas veel later gezet hebben, omdat het voor hen voelde als ‘falen’. Wanneer iemand anders een bepaalde maatregel voorstelde, zorgde dit voor een gevoel van opluchting.

‘Ik dacht dat ik echt een postnatale depressie zou hebben, mijn man had het ook al aangegeven... Het was dan ook mijn vroedvrouw die dan zei dat ze liever zou hebben dat ik een psycholoog opzocht om eens over alles te praten’

‘Ik was fysiek en mentaal ‘op’ , en ben in huilen uitgebarsten. De fysieke pijn aan mijn borsten en keizersnede, het slaaptekort, de continue ‘bezorgdheid’ over mijn kindje, .. het was me allemaal wat teveel. Mijn man heeft me dan de nodige steun gegeven, hij stelde voor om te stoppen met kolven, zodat ik al meer tijd had om te slapen en ook geen pijn meer zou hebben. Toen hij mij dat voorstelde was ik opgelucht, eenmaal de beslissing genomen was om te stoppen met borstvoeding viel er als het ware een last van mijn schouders.’

4.2 Communicatie

Uit de interviews kwam ook naar boven dat de vrouwen problemen ondervonden inzake de communicatie. Hierbij werden verschillende aspecten benoemd, namelijk: niet gehoord worden, tegenstrijdig advies krijgen of verkeerde informatie ontvangen.

- Niet gehoord worden

De vrouwen rapporteerden dat er vaak niet naar hen geluisterd werd. Vaak werd de communicatie met de vrouw verbroken omdat alles heel erg snel moest gaan om het leven van de

baby te redden. Daardoor werden wensen van de vrouw niet ingevuld. Zo beschreef een vrouw dat ze constant vroeg wanneer ze haar man erbij zouden halen, maar uiteindelijk werd de keizersnede uitgevoerd zonder hem.

‘Ze waren langs alle kanten bezig, er was al iemand mijn buik aan het ontsmetten en het enige wat ik zei was ‘waar is mijn man, ik wil hebben dat mijn man erbij is, ik wil dat hij erbij is...’ Hoeveel keer ik dat gezegd heb, ik weet het niet, ze zeiden constant ‘we gaan hem gaan halen, we gaan eerst kijken dat alles hier is voorbereid, maar we gaan hem direct gaan halen.’

Een andere vrouw vertelde dat haar zoontje 's nachts bij haar werd weggehaald, zodat ze beter kon slapen. Ondanks gevraagd te hebben hem niet te veel bij te voeden, werd deze vraag niet in rekening gebracht.

‘De tweede nacht hebben ze hem wel meegenomen voor een uur of drie, zodat ik ging kunnen slapen, achteraf bekeken vind ik dat wel jammer, ik had er niet zelf achter gevraagd. Ze hebben hem dan wel meer bijvoeding gegeven dan ik gevraagd had. Ik had gezegd maximum 10 cc bijgegeven, want ik voed naargelang natuurlijke maaginhoud, ze hebben hem wel meer gegeven. Het was dan gebeurd, ik heb er dan geen ruzie om gemaakt...’

Ook bij de beslissing om over te gaan tot spoedkeizersnede, werden de vrouwen niet altijd betrokken, soms werd deze beslissing zelfs niet meegedeeld.

‘Wij als ouders zagen dat er iets grondig mis was, omdat men direct rondbelde naar arts/nicu team enz. Na uiteindelijk zelf letterlijk te vragen van ‘wordt het spoedsectio?’ bevestigde men ons vermoeden.’

Daarnaast rapporteerden de vrouwen vaak dat omstaanders geen begrip opbrachten voor hun situatie. Vaak werd het gegeven ‘(spoed)keizersnede’ verbloemd of werd er gefocust op de afloop: ze waren beiden gezond. De vrouwen geven aan dat de omstaanders vaak niet de bedoeling hadden om te kwetsen, maar dit wel deden door hun gebrek aan medeleven. Deze communicatiefout wordt ook wel ‘hersenspoelen’ (Stichting Bevallingsstrauma, n.d.-d, n.d.-a) genoemd, door bepaalde opmerkingen wordt er voorbij gegaan aan hoe de personen zich op dat moment voelen. Hierdoor hadden de vrouwen het gevoel hun emoties en gevoelens voor zichzelf te moeten houden, aangezien omstaanders er toch niet altijd correct op reageerden.

‘De meeste mensen zeggen ‘wees gelukkig, de baby is gezond en jij bent gezond, het zal allemaal goed komen, hadden ze dat niet gedaan was je kindje er niet’. Het eerste moment heb je iets van hou je mond, je weet niet wat ik heb meegemaakt, hoeveel pijn ik heb gehad, hoe lang die bevalling heeft geduurd, ik heb het gevoel dat ik 31 uren weeën heb gehad en dan opeens een keizersnede en met die pijnstillers heb je eerst het gevoel van, het is oké, tot je moet beginnen wandelen en je kleden. Nu kan ik het wel al een beetje relativieren.’

‘Al onze vriendinnen zijn zo in dezelfde periode mama geworden, en dan zeiden ze van ‘jij hebt nog geluk, het was keizersnede’...’

- Tegenstrijdig advies

Bovendien werden volgens de vrouwen veel tegenstrijdig advies geven, voornamelijk over de borstvoeding. In de interviews haalden de vrouwen vooral aan dat het advies tegenstrijdig was doordat ze zoveel verschillende gezichten zagen, die telkens verschillende informatie gaven. Vele vrouwen zochten extern hulp voor de borstvoeding, omdat ze in de war raakten door de adviezen op de materniteit.

‘Ik vond het nogal verwarrend dat er zoveel ‘verschillende’ dingen werden gezegd en was meer dan opgelucht dat een zelfstandige vroedvrouw bij me langskwam thuis, wiens raad ik gewoon kon opvolgen zonder andere professionele meningen waartussen ik kon kiezen/twijfelen.’

‘Bij mijn zoontje kreeg ik in het ziekenhuis verkeerd advies (aanleggen om de zoveel uur in plaats van op vraag, gebruik van fopspeen etc.) en ik had toen heel wat opstart problemen. Nu wou ik correcte info en heb ik dus direct zelf contact genomen met IBCLC lactatiekundige.’

‘Over borstvoeding heb ik wel klachten, te weinig tijd, maar vooral verkeerd advies. Ik moest zelf een kolf vragen, terwijl ze eigenlijk wel zelf konden gezegd hebben dat aangezien er geen melk uitkwam ik beter wel kon afkolven. Had ik het niet zelf gevraagd, ging het er niet komen. Van mijn eerste kindje is het bijna mislopen mijn borstvoedingsverhaal door slecht advies in het ziekenhuis, uiteindelijk heb ik meer dan een jaar borstvoeding gegeven van mijn eerste kindje, ik weet nu wel een beetje hoe of wat, uiteindelijk is het van mijn eerste nog goed gekomen dankzij mijn zelfstandige vroedvrouw.’

Aangezien de opstart van borstvoeding na een keizersnede, laat staan na een spoedkeizersnede, vaak al wat moeilijker is dan na een natuurlijke bevalling, is het geven van correct en eenduidig advies een belangrijk punt. Met andere woorden, de adviezen die door de vroedvrouwen worden gegeven op de dienst, moeten met elkaar overeenstemmen en tegenstrijdige adviezen moeten vermeden worden. De vrouwen rapporteren een tekort aan eenheid binnen de afdeling en informatievoorziening.

- Verkeerde informatie

Het ondergaan van een (spoed) –keizersnede is lichamelijk en psychologisch zwaar. In de periode na de keizersnede, is het belangrijk duidelijke en juiste informatie te krijgen. Zo rapporteerden enkele vrouwen dat ze totaal geen idee hadden wat zich had afgespeeld, vaak hadden ze geen idee hoe hun lichaam er na de keizersnede uitzag, en waren ze wat gechoqueerd door het litteken, de (eventuele) redon, de verblijfsonde... Vaak werd ook geen informatie gegeven over de wonde zelf, tot op het moment van ontslag bij het overlopen van de ontslagbrief.

‘Wij zijn de woensdagmiddag naar huis gegaan, en toen kwam die assistente ook met de voorschriften, onder andere om die draadjes uit te halen, en toen pas had ik door dat er draadjes in zaten...’

‘Ze gingen mij even later komen wassen, maar eigenlijk had ik nog niet stilgestaan bij wat er daar vanonder allemaal gebeurd was. Opeens kwamen ze om mij te wassen en toen zag ik wel een gigantische plakker hangen, ik dacht ‘amai, ze hadden geen grotere plakker zeker’, maar toen ze meer naar beneden gingen had ik pas door dat er daar een drain zat en dan vanonder een sonde.’

Ook over het herstel van hun lichaam of de genezing van het litteken wordt soms te weinig of verkeerde informatie gegeven. Voor de vrouwen is dit een houvast te weten wanneer hun lichaam hersteld zal zijn en hoe het er dan zal uitzien. Op die manier zouden ze zich beter kunnen voorbereiden op de grootte van het litteken.

‘Qua mijn lichaam, ik ben maar elf kilo bijgekomen in mijn zwangerschap en mijn gynaecoloog had gezegd dat ik het redelijk snel weer zou kwijt zijn, maar die laatste drie kilo’s geraak ik niet kwijt... Dat was dus ook niet waar dat ik alles snel zou kwijt zijn... Ook die snede, iedereen zegt het is maar 10 cm, maar van mij is hij groter, waarschijnlijk omdat ze er zo snel uit moest...’

‘Ik wist dat ik niet mocht sporten, enkele weken niet met de auto mocht rijden, en dat ik ijzertabletten moest innemen, maar daar bleef het ook bij. Er werd weinig info gegeven over het behandelen van de wonde en over eventuele kwaaltjes.’

4.3 Controleverlies

Voor sommige vrouwen kwam de beslissing om over te gaan tot een spoedkeizersnede uit de lucht gevallen. Hoewel de vrouwen vaak opgelucht waren dat de beslissing genomen werd, hadden ze het gevoel hun geboorteprocés uit handen te moeten geven. Vele vrouwen waren bovendien onder de indruk van hoe medisch alles te werk ging. Ze hadden immers een natuurlijke bevalling voor het oog, en wanneer dit opeens werd omgezet tot spoedkeizersnede, was er van de gezellige sfeer die gecreëerd wordt in de verloskamers, niks meer te merken. Nadat hun kind geboren was, lagen ze op de operatietafel en hadden ze amper het gevoel bevallen te zijn. Ze gaven aan niet echt betrokken te worden bij het hele gebeuren.

‘Ik vind ook wel, het is echt ziekenhuis, ziekenhuis een keizersnede, het is er koud, er speelt geen radio, je hoort de dokters tegen elkaar babbelen alsof je er eigenlijk niet bij bent, ze waren bezig over Waregem koerse’. Niemand die uitleg geeft terwijl je daar ligt...’

Door volledig te zijn in de uitleg over wat er zal gebeuren, kan de vrouw het gevoel hebben enigszins de controle te behouden. Echter, in spoedsituaties is er soms weinig tijd om over alles informatie te geven. Toch kan dit problemen of negatieve gevoelens in de periode na de keizersnede tegengaan.

‘Veel tijd voor vragen was er niet. Het moest uiterst snel gaan.’

‘Opeens krijg ik een maskertje op mijn mond ‘het is voor je rustig te maken, je moet een paar keer rustig inademen, het is om je kalm te maken’, en het volgend moment dat ik wakker kwam, voelde ik haar hechten.’

Door de controle plots te verliezen of niet betrokken te worden bij de beslissing, kan het vertrouwen in de zorgverleners beschadigd worden. De vrouwen rapporteerden dat ze alles ondergingen in de hoop hun kindje zo te kunnen redden. Door het beschadigde vertrouwen door het geven van verkeerde of te weinig informatie, geloofden de vrouwen de zorgverleners niet meer volledig.

‘Toen ze klaar waren zeiden ze ‘we gaan nu eens gaan kijken naar je man’, dus ze rijden mij met dat bed en opeens gaat er daar een deur open en ik zie mijn man staan, maar ik zie nergens het kindje. Ik zweer het, op dat moment, ik dacht echt dat ze mij iets hadden wijsgemaakt, dat het kindje er eigenlijk toch niet doorgekomen was...’

De vrouw die tijdens de spoedkeizersnede onder algemene verdoving was geweest, rapporteerde dat ze graag zo’n zes weken later, op hetzelfde tijdstip dat het postnataal onderzoek bij haar eigen gynaecoloog gepland stond, een terugkoment zou zien met de gynaecoloog die de spoedkeizersnede uitvoerde. Ze zat immers met vragen die niet door haar eigen gynaecoloog, maar ook niet door haar partner beantwoord konden worden. De andere vrouwen, die niet onder algemene verdoving waren geweest, maar waarvan de keizersnede niet door hun eigen gynaecoloog uitgevoerd was, gaven ook graag meer informatie te krijgen over het hoe en waarom van de keizersnede, maar kregen hier dan ook vaak de kans niet toe, aangezien de controle na zes weken bij hun eigen gynaecoloog was.

‘Wat ik vooral goed zou vinden, is dat terugkoment. Niet gewoon eens op controle bij de gynaecoloog, maar echt met de gynaecoloog die de bevalling gedaan heeft om te overlopen hoe alles gegaan is. Bij een spoedkeizersnede gaat alles zo snel, die vragen, het eerste moment heb je dat niet, en dat komt pas achteraf. Als het je eigen gynaecoloog is die de keizersnede doet, kan je dat dan vragen na die zes weken. Maar als het een andere is, dan zou het goed zijn om na de controle bij je eigen gynaecoloog, nog eens te kunnen praten met de gynaecoloog die je bevalling gedaan heeft, ook al is het maar vijf of tien minuten. Volgens mij kunnen ze nog altijd het meest van al antwoorden geven. Dat zou voor mij een grote redding zijn, een antwoord op al die vragen... Het zijn vragen waar ik nooit een antwoord op zal hebben.’

4.4 Angst

De vrouwen rapporteerden ongerust of angstig te zijn over het leven van hun kind. Vaak werd de spoedkeizersnede in allerijl uitgevoerd om het kind te kunnen redden, en was er geen tijd voor vragen. Maar ook in de periode na de bevalling, zelfs bij thuiskomst, rapporteren de vrouwen vaak extra bezorgd te zijn over hun kindje.

‘Ik was op voorhand bang dat mijn zoontje met mogelijk letsel op de wereld zou komen omwille van zuurstoftekort of complicaties tijdens de bevalling. Ik bleef echter wel kalm, ik dacht ‘dit moet ik gewoon ondergaan, er is niets aan te veranderen, gewoon mensen hun werk laten doen.’

‘Angst, onzekerheid. Vooral de vraag ‘haalt ons meisje het? ‘ wat staat ons te wachten? Gaan we haar mogen zien?’

‘Ik denk dat je dan een beetje op ‘survivalmodus’ overschakelt.’

‘De eerste week na de bevalling heb ik het heel moeilijk gehad. Ik kon het precies niet verwerken dat de bevalling niet op een natuurlijke manier gelukt was en dat ik daardoor niet mobiel was. Ik had ook last van mijn bekken en was héél bezorgd over de baby.’

Na de geboorte kampten enkele vrouwen met de angst hun kind niet te herkennen als hun eigen kind. Het niet aanwezig zijn van de partner bij de keizersnede, wordt gezien als een extra risico om problemen te hebben bij het wennen aan de nieuwe rol.

‘De angst dat ze zou verwisseld worden met een andere baby omdat we haar niet bij ons hadden en fouten zo snel gebeuren. Bizar, maar dat spookte immens door m’n hoofd.’

Ook wanneer het kindje meteen werd overgebracht naar een ander ziekenhuis en het contactmoment tussen moeder en baby langere tijd wordt uitgesteld, blijkt het moeilijker om te wennen aan deze nieuwe rol.

‘Ik voelde me wel direct mama van haar, maar toch voelde het anders. Het was alsof ik mijn kind niet kende, ik wist niet hoe ze reageerde op prikkels, wat ze wel of niet fijn vindt.’

5 Discussie

5.1 Algemeen

In de interviews werden verschillende topics uit de literatuurstudie bevestigd. Onder andere het belang van goede ondersteuning door de partner werd door de verschillende vrouwen aangehaald. De vrouwen uit de interviews waren over het algemeen tevreden over de steun en hulp die ze van hun partner hadden ondervonden. Voor de vrouwen was het erg belangrijk dat hun partner aanwezig kon zijn bij de spoedkeizersnede. Een vrouw waarvan de partner niet bij de keizersnede aanwezig was, rapporteerde dat dit een enorm gemis was. Voornamelijk omdat ook zij zich niks herinnerde doordat ze op het laatste moment onder volledige narcose ging. Hierdoor waren er veel vragen waarop ze nooit een antwoord zou weten, bijvoorbeeld 'hulde ze bij de geboorte? Had ze nog een vernixlaag?' etc. Daarenboven werd ook gevreesd dat ze haar kind niet zou herkennen als het hare, omdat zowel zij als haar partner niet bij het moment van geboorte waren. Daarnaast was er bij een vrouw ook de angst voor verwisseling van de baby, angst om haar eigen kind niet te herkennen.

Vrouwen rapporteerden wel dat ze vaak door omstaanders (familieleden, vrienden etc.) niet begrepen werden. Aan opmerkingen als 'wees blij, je kindje is gezond', ook wel 'hersenspoelen' genoemd (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-d), hadden ze geen boodschap. Omstaanders waren er vaak niet van bewust dat hun opmerkingen kwetsend overkwamen. Vooral in de periode vlak na de keizersnede kwamen deze opmerkingen bij de vrouwen hard aan, na een tijdje konden ze alles wat beter relativeren. Deze communicatiefouten (Stichting Bevallingstrauma, n.d.-d), bijvoorbeeld 'vermijden/distanitiëren/redden/'blaming the victim'/hersenspoelen' kunnen leed-op-leed veroorzaken, wat wil zeggen dat bovenop de pijn van het ondergaan van een spoedsectio, bepaalde uitdrukkingen extra kwetsen.

De partners en de omgeving speelden vaak een belangrijke rol in het herkennen van mogelijke problemen en het op tijd inschakelen van gepaste hulp. Zo rapporteerde een vrouw dat het haar man was die had voorgesteld te stoppen met de borstvoeding omdat ze er aan onder door ging, en dat dit voor haar een opluchting was, zelf zou ze niet 'gedurfd' hebben deze beslissing te nemen omdat dit voor haar voelde als 'falen'. Een andere vrouw werd er door haar man en de zelfstandige vroedvrouw op gewezen dat het een goed idee was om psychologische hulp in te schakelen om te kunnen praten over wat er gebeurd was en alles te kunnen verwerken. Onderzoek toonde aan dat de partner een belangrijke rol speelt, niet enkel als steunpilaar, maar ook als tussenpersoon om hulp in te schakelen (Kind en Gezin, n.d.-a).

In de interviews werd net zoals in de literatuurstudie het 'controleverlies' vaak aangekaart. Uit wetenschappelijk onderzoek (Hollander et al., 2017) bleek dat zo'n 54.6% van alle deelnemers het verlies van of gebrek aan controle zag als een belangrijke factor die meedroeg tot een negatieve bevallingservaring. In de interviews rapporteerden de vrouwen dat ze hun geboorteprocés plots uit handen moesten geven, en opeens overdonderd werden door een groot aantal zorgverleners die alles klaarmaakten voor de keizersnede. Vaak moest alles zo snel gaan dat er geen tijd was om vragen te stellen en bepaalde wensen, bijvoorbeeld het nemen van foto's, de aanwezigheid van de partner, achterwege werden gelaten. Daarnaast werden ze vaak niet op de hoogte gebracht van wat er zou gebeuren, zo rapporteerde een vrouw dat ze een masker op haar neus kreeg, zagezegd om te kalmeren, maar dat ze pas wakker werd bij het hechten... Door het plotse,

ongewilde of onaangekondigde verlies van controle, raakten enkele vrouwen het vertrouwen in de zorgverleners kwijt. Zo vertrouwden ze de zorgverleners niet meer op hun woord wanneer gezegd werd dat hun kind het gehaald had.

Zowel in het literatuuronderzoek (Hollander et al., 2017) als in de interviews kwam het thema 'angst' naar voor. Vaak had deze angst te maken met het leven van hun kind, maar was er geen tijd om hierover vragen te stellen. Na de spoedkeizersnede kwam bij enkele vrouwen, vooral vrouwen die onder algemene narcose waren of waarvan hun kind meteen werd overgebracht naar een ander ziekenhuis, de angst naar boven dat ze hun eigen kind niet zouden herkennen, zich niet meteen mama zouden voelen. Het wennen aan de nieuwe rol als moeder blijkt in deze gevallen vaak moeilijker, daarenboven blijkt dat wanneer de periode waarin de mama en het kind gescheiden waren langer duurde, dit nog extra bijdroeg tot moeilijkheden in de hechting.

In de interviews kwamen problemen met communicatie ook frequent naar voren. Onderzoek toonde aan dat de interactie tussen patiënt en zorgverlener tijdens de spoedkeizersnede een belangrijkere oorzaak van het trauma was dan de interventie zelf (Hollander et al., 2017). In de interview konden drie aspecten inzake communicatieproblemen worden onderscheid, namelijk: niet gehoord worden, tegenstrijdig advies en verkeerde/geen informatie. Ten eerste hadden de vrouwen vaak het gevoel dat er niet naar hen geluisterd werd. Dit zorgde voor enerzijds frustraties, maar anderzijds ook voor minder vertrouwen in de zorgverleners. Daarnaast meldden de vrouwen en partners vaak dat op het moment waarop de beslissing werd genomen om over te gaan tot spoedkeizersnede, het koppel niet betrokken werd. Zo meldde een vrouw dat na het bekijken van de echo langs alle kanten getelefoneerd werd en allerlei zorgverleners de kamer binnenkwamen, maar er naar hen toe niet gecommuniceerd werd. Ze moesten uiteindelijk zelf de vraag stellen of het een keizersnede zou worden.

Ten tweede kregen de vrouwen vaak tegenstrijdig advies, dit voornamelijk over de borstvoeding. Een partner beschreef het als volgt: 'ze geven advies voor hun eigen gemak...'. Enkele vrouwen meldden dat ze soms verkeerd advies kregen, maar voornamelijk de grote hoeveelheid aan verschillende adviezen zorgde ervoor dat de vrouwen in de war geraakten. Opvallend was dat multipara, die al een borstvoedingsverhaal achter de rug hadden, externe hulp zochten. Tijdens hun verblijf op materniteit zochten ze antwoorden bij hun zelfstandige vroedvrouw, bij een externe lactatiekundige of in boeken of op internet.

Ten derde hadden vrouwen het moeilijk met het feit dat verkeerde informatie werd gegeven. Zo werd aangehaald dat verkeerde informatie gegeven werd over hun herstel, wat zorgde voor ontgoocheling en frustratie. Daarnaast werd er soms ook geen informatie gegeven over hoe de wonde eruit zag. Zo kwam een vrouw pas bij het verkrijgen van de ontslagpapieren tot de vaststelling dat er draadjes zaten in die wonde die niet zouden verteren.

Ten slotte werd in het literatuuronderzoek 'de hoge pijn-intensiteit of het fysiek ongemak' als vierde factor die bijdroeg tot een negatieve bevallingservaring gevonden (Hollander et al., 2017). In de interviews bleek dat dit voor hen niet zozeer een rol speelde, wel kwam het gevoel van 'kwetsbaarheid' naar voren. Enerzijds gaven de vrouwen aan dat de aanwezigheid van het grote aantal zorgverleners, de weinige continuïteit in het kraampersoneel en de vele onderzoeken ervoor zorgde dat de vrouwen zich bij thuiskomst wat 'vies' voelden. Vaak gaven ze aan na hun spoedkeizersnede geholpen te worden door hun echtgenoot bij het douchen dan door nog een

andere vroedvrouw. Daarnaast gaven de vrouwen aan dat ze zich na de keizersnede aan hun lot overgelaten voelden. Met of zonder baby werden ze naar een lege kamer gebracht, en vaak hadden ze geen informatie gekregen over de wonde of beperkingen in mobiliteit. Daarnaast haalden enkele vrouwen de onderbemanning op de materniteit aan, dit vooral 's nachts. Zo gaf een vrouw aan dat ze minder lang bleef in het ziekenhuis omdat er toch heel weinig ondersteuning was, een andere vrouw haalde aan dat ze veertig minuten had moeten wachten nadat ze gebeld had voor een flesje. Tegen die tijd lag haar kindje al te schreeuwen in zijn bedje, en ook zij voelde zich miserabel omdat ze niks kon doen.

5.2 Delphi Procedure

Nadat de resultaten uit de interviews gekend waren, werden deze gekoppeld aan de gegevens uit de literatuur. Zo werd uiteindelijk een brochure ontwikkeld. De bedoeling was om deze brochure naar twee gynaecologen, twee vroedvrouwen, twee moeders én twee medestudenten door te sturen om de relevantie van de brochure na te gaan.

Uiteindelijk werd de brochure naar vier gynaecologen doorgestuurd, slechts één gynaecologe vond de tijd om de brochure door te nemen. Naast enkele grammaticale bemerkingen, kwam de opmerking dat niet elke aanbeveling altijd haalbaar is. Dit is een terechte opmerking, aangezien niet elke spoedsectio gelijk is. Toch kunnen alle aanbevelingen altijd in het achterhoofd gehouden worden en kan er telkens gestreefd worden zoveel mogelijk van deze zaken in de praktijk om te zetten. Het is geen zwart-wit verhaal, kleine veranderingen kunnen al een grootte impact hebben op hoe de spoedsectio ervaren wordt door de vrouw.

Daarnaast werd de brochure aan vier vroedvrouwen gegeven, waaronder één hoofdvroedvrouw. Er waren enkele grammaticale bemerkingen, waar uiteraard rekening mee werd gehouden. Ook kwam de vraag of er geen cijfermateriaal bestaat van de kans op postnatale depressie, postnatale psychose en posttraumatische stressstoornis specifiek na een spoedsectio. Een exact cijfer van de verhoogde kans op een postnatale psychose werd niet gevonden. We kon uit een onderzoek volgend besluit in verband met postpartumdepressie worden gevonden:

- Vrouwen die een spoedsectio hebben ondergaan hebben een relatief risico van 1.81 om een postnatale depressie te krijgen, vergeleken met vrouwen die geen spoedsectio hebben ondergaan (Koo et al., 2003).
- Vrouwen die een spoedsectio hebben ondergaan hebben 9% kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (Andersen et al., 2012), de algemene kans om postnataal posttraumatische stress te hebben is 1 à 2%.

Ook werd de brochure aan drie moeders gegeven. Alle drie deze vrouwen hadden nog geen (spoed)sectio ondergaan. Het doel hiervan was dat de vrouwen met een objectieve blik de brochure konden lezen en zich niet konden laten beïnvloeden door eigen ervaringen of gevoelens. Afgezien van enkele grammaticale bemerkingen, waren er weinig opmerkingen. Ze vonden het goed dat de brochure bedoeld was voor zorgverleners/vroedvrouwen en niet voor de moeders, omdat het lezen van de brochure, na het ondergaan van een spoedsectio als choquerend ervaren zou kunnen worden.

Daarnaast werd de brochure ook gegeven aan twee medestudenten. Er waren geen inhoudelijke opmerkingen.

Bovendien werd de brochure ook gegeven aan een sociaal verpleegkundige van Kind en Gezin. Vanuit haar werkgebied, die zich focust op de zorg na de opname in het ziekenhuis, gaf ze nog enkele aanbevelingen, die werden toegevoegd aan de brochure.

Ten slotte werd de brochure ook gelezen door een student master in de seksuologie. Er waren van haar kant geen opmerkingen.

5.3 Sterktes en zwaktes

5.3.1 Literatuurstudie

Ten eerste is het begrip 'secundaire keizersnede' niet eenduidig en wordt het in de literatuur op verschillende wijzen gedefinieerd. Hierdoor is het mogelijk dat bepaalde onderzoeken niet binnen een bepaald zoekdomein vielen, en dus niet in de literatuurstudie werden opgenomen. Daarnaast werden in de literatuurstudie voornamelijk Engelstalige en Nederlandstalige studies betrokken, waardoor misschien niet alle belangrijke studies werden geïnccludeerd.

5.3.2 Rekrutering

Vrouwen die deelnamen aan de studie en bereid waren een interview af te leggen, werden gerekruteerd via de sociale media. Op deze manier werd mogelijk slechts een bepaalde groep mensen bereikt. Daarnaast werd rekening gehouden met de afstand waarbinnen de vrouwen woonden, waardoor voornamelijk resultaten uit West-Vlaanderen verkregen werden.

5.3.3 Interviews

Tijdens de eerste interviews werd gevraagd naar het volledige bevallingsverhaal, en werd op die manier de informatie verkregen waar de vragenlijst naar peilde. Echter, op deze manier werd veel meer informatie verkregen dan bruikbaar was, wat niet enkel tijdrovend was om om te zetten in geschreven tekst, maar daarnaast ook soms voor verwarring zorgde. Daarom werd in de volgende interviews enkel gepeild naar de antwoorden op de vragen uit de vragenlijst. Hierdoor werd er een eenduidiger antwoord gegeven, maar is het mogelijk dat bepaalde informatie of ervaringen niet verteld werd.

Daarnaast werden slechts vijf interviews uitgevoerd. Uit alle interviews kwam quasi dezelfde informatie, waardoor er gesteld kan worden dat er coherentie is. Echter, indien er meer interviews werden uitgevoerd, kon er mogelijk nog extra informatie verkregen worden.

5.3.4 Brochure

Ter aanvulling van deze bachelorproef werd een brochure opgesteld op basis van de resultaten die verkregen werden met de interviews en de literatuurstudie. Aangezien bepaalde onderzoeken niet werden geïnccludeerd in de literatuurstudie en aangezien slechts een beperkt aantal interviews werden afgenomen, is het mogelijk dat bepaalde inzichten of resultaten niet in de brochure voorkwamen.

Ter controle werd deze brochure doorgestuurd naar twee gynaecologen, twee vroedvrouwen, twee moeders en twee collega-studenten. Helaas vond slechts één gynaecologe de tijd om de brochure door te lezen. Echter, de brochure werd ook naar een medewerker van Kind en Gezin doorgestuurd en een studente master in de seksuologie, waardoor er vanuit meerdere standpunten, niet enkel het verloskundig standpunt, naar de brochure werd gekeken.

Na de interviews werd ook gevraagd aan de moeders wat zij graag in de brochure zouden zien. Enkele moeders hadden graag meer informatie over borstvoeding (eventueel specifiek voor prematuurtjes), over waar ze terecht kunnen met hun ervaringen op NICU etc. Ook werd gevraagd om praktische tips, zoals hoeveel stoelgangsluiers per dag, hoeveel voedingsmomenten etc. op te nemen in de brochure. Deze wensen kaderden echter niet binnen het doel van deze bachelorproef, waardoor deze niet in de brochure opgenomen worden. Daarnaast was er een moeder die aangaf dat dat ze vindt dat elke moeder, voor hun bevalling, informatie moet krijgen over een spoedsectio, zodat elke moeder zich hierop wat kan voorbereiden. Na overleg met enkele vroedvrouwen, en andere moeders die geen spoedsectio hadden ondergaan, werd beslist deze aanbeveling niet op te nemen in de brochure. Professionals gaven aan dat het voor onnodige ongerustheid zou leiden, en ook de moeders gaven aan hier geen nood aan te hebben.

5.4 Aanbevelingen voor zorgverleners

Deze aanbevelingen komen voort uit de resultaten van de literatuurstudie alsook uit de resultaten van de interviews.

Het gevoel van verlies van controle werd zowel in de literatuurstudie, alsook in de interviews gevonden. Om dit controleverlies tegen te gaan, kunnen volgende inzichten richting geven:

- Hoewel een spoedkeizersnede een noodsituatie is die onmiddellijke actie vereist, is het voor de vrouwen een angstig moment dat veel vragen oproept. Korte duiding over de toestand van hun kind alsook over wat hen te wachten staat, kan rust en controle brengen.
- De vrouw 'mee laten beslissen' of kort overleggen met de vrouw over de noodzaak van een spoedkeizersnede, kan genoeg zijn om de vrouwen het gevoel te geven dat ze inspraak hadden in de beslissing en de controle niet verloren.
- Vrouwen die onder algemene narcose bevielen of vrouwen waarvan de partner niet aanwezig kon of mocht zijn bij de spoedkeizersnede, gaven aan dat een terugkommoment voor hen een enorme meerwaarde zou zijn. Dit terugkommoment zou best zo'n zes weken na de keizersnede worden georganiseerd, bijvoorbeeld wanneer de vrouwen op postnatale consultatie komen bij hun gynaecoloog. Dit terugkommoment hoeft niet lang te duren, vrouwen gaven zo'n 5 à 10 minuten aan, maar zou voor hen het ideale moment zijn om bepaalde vragen te stellen. Belangrijk is dat dit moment door de zorgverleners zelf wordt georganiseerd, dat de vrouwen er met andere woorden niet zelf om moeten vragen en dat het bij de gynaecoloog die de spoedkeizersnede uitvoerde, plaatsvindt.

Ten tweede werd het gevoel van angst door de vrouwen aangehaald. Hierbij kunnen we deze aanbevelingen formuleren:

- De vrouwen hadden vooral angst met betrekking tot hun kind. Deze angst is een normaal gegeven, maar korte duiding over de toestand van het kind, en wat er hen te wachten staat, kan deze angst minimaliseren.
- Daarnaast waren de vrouwen bang hun kind niet te herkennen als hun eigen kind. Vaak was deze angst groter wanneer de partner niet aanwezig mocht of kon zijn of wanneer de baby meteen werd getransfereerd naar een ander ziekenhuis. Het toelaten van de partner bij de ingreep, ook wanneer de vrouw onder algemene anesthesie wordt geopereerd, zou voor deze vrouwen een hulp geweest zijn. Voor de vrouwen waarvan

hun kind werd getransfereerd, is directe briefing over de toestand van de baby, het geven van fotomateriaal alsook de mogelijkheid om hun kind zo snel mogelijk te volgen naar het ander ziekenhuis bevorderlijk.

Ten derde werden problemen met de communicatie aangehaald. Hierbij worden volgende aanbevelingen gegeven:

- Probeer als zorgverlener te allen tijde te luisteren naar de wensen, vragen, onzekerheden etc. van de moeder. Wanneer bepaalde wensen niet werden gehoord of tegen de wil van de vrouw bepaalde handelingen werden verricht, leidt dit tot een vertrouwensbreuk.
- Deel de beslissing om over te gaan tot een spoedkeizersnede mee vooraleer allerlei handelingen worden verricht om de vrouw in gereedheid te brengen voor de keizersnede. Ook al wordt verondersteld dat de vrouw beseft dat het een spoedkeizersnede wordt, het letterlijk uitspreken van de woorden is nodig.
- Maak als dienst een eenduidig beleid op inzake de borstvoeding. Zorg ervoor dat de adviezen die gegeven worden op één lijn liggen. Aangezien de borstvoeding na een keizersnede al moeilijker op gang komt en de vrouwen daarnaast met veel onzekerheden zitten, is een eenduidig beleid nodig.
- Probeer als dienst eenduidig te zijn over welke vroedvrouw welke kamer verzorgd. Het constant zien van nieuwe gezichten bracht de vrouwen in de war.
- Geef na de keizersnede informatie over wat er gebeurd is, waarom er werd overgegaan tot keizersnede, wat de toestand van het kind is, maar ook vooral hoe de wonde eruit ziet. Neem na de keizersnede even tijd om bij de vrouw te blijven in de kamer, om de directe vragen te beantwoorden. Dit zorgt er enerzijds voor dat de vrouw zich niet aan haar lot overgelaten voelt, maar anderzijds komt dit ook de vertrouwensband ten goede.
- Geef altijd juiste informatie over het herstel en het litteken. Voor de vrouwen is het een houvast te weten wanneer hun lichaam hersteld zal zijn en hoe het er dan uit zal zien. Ook informatie over wanneer het gewicht van voor de bevalling weer bereikt zal zijn, moet correct zijn. Vaak kan dit niet helemaal juist worden gezegd, geef dit dan ook aan.
- Zorg ervoor dat communicatiefouten zoals vermijden, distantiëren, redden, 'blaming the victim', hersenspoelen niet worden gemaakt. Dit komt kwetsend over
- Ga na of de vrouw graag met een psychologe zou praten, deze professionals hebben de tools en kunde om beter op bepaalde zaken in te spelen dan een vroedvrouw.
- Heb aandacht voor de overdracht naar de zelfstandig vroedvrouw die verder aan huis zal gaan (met toestemming van de moeder). Het is heel belangrijk dat de zorgverlener die zorgt voor de verdere opvolging op de hoogte is van wat er zich heeft afgespeeld. Bij deze kan ook nagevraagd worden of dit mag gebriefd worden aan de huisarts.
- Heb extra aandacht bij het navragen naar verdere hulpvoorziening thuis. Geef voldoende informatie over kraamzorg.

Als vierde punt kwam het gevoel van kwetsbaarheid naar voren.

- Beperk het aantal gezichten die de vrouw ziet, alsook het aantal mensen die haar onderzoeken. Bijvoorbeeld, wanneer de gynaecoloog net onderzocht heeft, heeft het geen enkel nut om meteen nog eens te onderzoeken als vroedvrouw, tenzij de gynaecoloog dit aangeeft.

- Zoals in het puntje communicatie al aangehaald werd, voelden de vrouwen zich na de keizersnede vaak aan hun lot overgelaten. Zorg ervoor dat er na de keizersnede een zorgverlener in de kamer bij de vrouw aanwezig is, zodat de eerste vragen, onzekerheden of ongerustheden kunnen worden uitgeklaard. Het tonen van de wonde en het wijzen op een eventuele redon of verblijfsonde kan nuttig zijn op dit moment.
- Hou er rekening mee dat indien de vrouw belt, deze kamer wordt voorgenomen op de kamers van 'mobiele vrouwen'. Vooral 's nachts werd de lange wachttijd aangekaart, waardoor de vrouwen vaak meer dan een halfuur moesten wachten op bijvoorbeeld een flesje om hun kind te voeden. Dit zorgde voor de vrouwen voor een gevoel van frustratie omdat ze niet 'zelfstandig' konden zorgen voor hun kind, niet konden bewegen en volledig afhankelijk waren van anderen.

Ten slotte kwam er in de literatuurstudie 'de hoge pijn-intensiteit en/of het fysiek ongemak' naar voor. In de interviews kwam dit niet zo sterk naar voor, toch blijft het belangrijk met enkele zaken rekening te houden:

- Zorg ervoor dat de vrouw meteen na de keizersnede weet heeft van mogelijke pijnbestrijdingsmiddelen.
- Zorg ervoor dat de vrouw kennis heeft van haar ziekteverloop, wanneer het eerste opstaan gepland staat etc. Op deze manier kan de vrouw zich mentaal voorbereiden.
- Zorg ervoor dat de aanbeveling voor de eerste zes weken postpartum naar mobiliteit toe volledig en mondeling worden toegelicht. Zo weten de vrouwen wat ze kunnen verwachten.
- Zorg ervoor dat de informatie die de vrouwen ontvangen over pijn, herstel en fysiek ongemak eenduidig is.

6 Besluit

De resultaten uit de literatuurstudie en de interviews tonen aan dat zorgverleners een belangrijke invloed uitoefenen op hoe de spoedkeizersnede ervaren wordt. In de zorgverlening werden vier pijnpunten, namelijk kwetsbaarheid, communicatieproblemen, angst en controleverlies, aangehaald die bijdroegen tot een negatievere bevallingservaring. Bij elk van deze pijnpunten werden enkele aanbevelingen geformuleerd die bijdragen tot een betere praktijk. Het is voor vroedvrouwen nuttig zich bewust te zijn van de mogelijke pijnpunten en de aanbevelingen voor de praktijk te volgen, om de zorg bij een spoedsectie te optimaliseren.

7 Bibliografie

- Alliet, P., Arts, W., De Greef, E., Hauser, B., Hoffman, I., Mahler, T., ... Quintelier, S. (2012). *Richtlijnen over borstvoeding en kunstvoeding voor zuigelingen van tot maand*. Retrieved from <https://www.kindengezin.be/img/consensus130625.pdf>
- American Academy of Family Physicians., J. D., & Murphy, N. J. (1970). *American family physician. American Family Physician* (Vol. 91). American Academy of Family Physicians. Retrieved from <https://www.aafp.org/afp/2015/0201/p178.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Posttraumatische-stressstoornis*. Retrieved from www.dsm-5.nl.
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *91*(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Ashtiani, N., Hagmolen, W., Vreede, T. W., Vogt, W. P., & van Elburg, R. M. (2009). Respiratoire complicaties bij vroege electieve sectio caesarea | Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Retrieved November 4, 2018, from <https://www.ntvg.nl/artikelen/respiratoire-complicaties-bij-vroege-electieve-sectio-caesarea/artikelinfo>
- AZ Sint-Lucas. (2016). *Keizersnede*. Retrieved from http://www.azstlucas.be/frontend/files/userfiles/files/Patientenfolders/2016_keizersnede.pdf
- AZ Sint Jozef. (2016). *Keizersnede kraamafdeling informatiebrochure*. Retrieved from <http://www.azsintjozef-malle.be/WebFiles/AZSintJozef/Documents/Keizersnede 09 09 2016.pdf>
- Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, *4*(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2017.01.001>
- Benzouina, S., Boubkraoui, M. E., Mrabet, M., Chahid, N., Kharbach, A., El-hassani, A., & Barkat, A. (2016). Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco. *Pan African Medical Journal*, *23*. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.23.197.7401>
- Bergholt, T., Stenderup, J. K., Vedsted-Jakobsen, A., Helm, P., & Lenstrup, C. (2003). Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *82*(3), 251–256. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00095.x>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*, *11*(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Beyondblue. (2011). *Clinical practice guidelines Depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis-in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals*. Melbourne. Retrieved from <http://cope.org.au/wp-content/uploads/2013/12/Perinatal-Mental-Health-Clinical-Practice-Guidelines.pdf>
- Bydlowski, S. (2015). Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la

- naissance : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 44(10), 1152–1156. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.016>
- Caesarean section | Guidance and guidelines | NICE. (2011). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance#procedural-aspects-of-cs>
- Carquillat, P., Boulvain, M., & Guittier, M.-J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>
- Carrapato, M. R. G., Ferreira, A. M., & Wataganara, T. (2017). Cesarean section: the pediatricians' views. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(17), 2081–2085. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1237496>
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Devlieger, R., Martens, E., Goemaes, R., & Cammu, H. (2018). *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2017*. Retrieved from www.zorg-en-gezondheid.be
- Dimitrova, V., Pandeva, I., Tsankova, M., & Pranchev, N. (2005). [Post-operative complications following elective and emergency caesarean delivery]. *Akusherstvo i Ginekologija*, 44(7), 15–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544715>
- Dörr, J. P., Khouw, V. M., Jacquemyn, Y., Chervenak, F. A., & Nijhuis, J. G. (2014). *Obstetrische interventies* (3rd ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the First Baby Study. *Birth*, 40(4), 289–296. <https://doi.org/10.1111/birt.12065>
- Erasmus MC. (n.d.). Psych | Postpartum Psychosis | Research and Education | Erasmus MC. Retrieved November 15, 2018, from <http://psych.erasmusmc.nl/disorders.html>
- Federatie Medisch Specialisten. (2018). Beleid rondom spoedoperaties - Richtlijn - Richtlijndatabase. Retrieved November 3, 2018, from https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/beleid_rondom_spoedoperaties/startpagina_-_beleid_rondom_spoedoperaties.html
- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J. (2003). Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarian: a Birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 10–17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12588615>
- Geboorte Huis Leiden. (n.d.). Bevalling. Retrieved December 22, 2018, from <https://www.lumc.nl/org/geboortehuis-leiden/u-bent-zwanger/bevalling/Keizersnede/>
- Gezondheid en wetenschap. (2016). Postnatale psychose en andere postnatale psychische stoornissen · Gezondheid en wetenschap. Retrieved November 15, 2018, from <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/postnatale-psychose-en-andere-postnatale-psychische-stoornissen>
- Handelzalts, J. E., Waldman Peyser, A., Krissi, H., Levy, S., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2017). Indications for Emergency Intervention, Mode of Delivery, and the Childbirth Experience.

PLOS ONE, 12(1), e0169132. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169132>

- Hanlon, A. J. M., & Beckmann, M. M. (2015). Mode of birth and early postnatal psychological morbidity. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 55(6), 578–583. <https://doi.org/10.1111/ajo.12387>
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet*, 356(9239), 1375–1383. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3)
- Heinrichs, J., Fritze, Z., Klassen, T., & Curtis, S. (2013). A Systematic Review and Meta-analysis of New Interventions for Peripheral Intravenous Cannulation of Children. *Pediatric Emergency Care*, 29(7), 858–866. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182999bcd>
- Herishanu-Gilutz, S., Shahar, G., Schattner, E., Kofman, O., & Holcberg, G. (2009). On becoming a first-time mother after an emergency Caesarean section. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 967–981. <https://doi.org/10.1177/1359105309341205>
- Heylen, K. (2015). België scoort goed op vlak van keizersnedes. *VRT*.
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515–523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- human reproduction programme WHO. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- human reproduction programme WHO. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates Caesarean section rates at the hospital level and the need for a universal classification system. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf
- human reproduction programme WHO. (2018a). WHO | Baby-friendly Hospital Initiative. *WHO*. Retrieved from <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
- human reproduction programme WHO. (2018b). WHO | Caesarean sections should only be performed when medically necessary says WHO. *WHO*.
- human reproduction programme WHO. (2018c). WHO | Tool to calculate caesarean section reference rates at health facilities is launched: the C-Model. *WHO*.
- Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.12.003>
- Karlström, A. (2017). Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. *Midwifery*, 50, 253–258. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.016>

- KCE. (2016). *Keizersnede : wat ouders in spe moeten weten - KCE*. Retrieved from <https://kce.fgov.be/nl/keizersnede-wat-ouders-in-spe-moeten-weten>
- Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L., & Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1)
- Kind en Gezin. (n.d.-a). Post-partumdepressie. Retrieved May 6, 2019, from <https://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/anders-dan-verwacht/post-partumdepressie/>
- Kind en Gezin. (n.d.-b). Post-partumpsychose. Retrieved November 15, 2018, from <https://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/anders-dan-verwacht/post-partumdepressie/#Post-partumpsychose>
- Kok, N., Ruiters, L., Hof, M., Ravelli, A., Mol, B., Pajkrt, E., & Kazemier, B. (2014). Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: a nationwide comparative cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(2), 216–223. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12483>
- Koo, V., Lynch, J., & Cooper, S. (2003). Risk of postnatal depression after emergency delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29(4), 246–250. <https://doi.org/10.1046/j.1341-8076.2003.00104.x>
- Kulas, T., Bursac, D., Zegarac, Z., Planinic-Rados, G., & Hrgovic, Z. (2013). New Views on Cesarean Section, its Possible Complications and Long-Term Consequences for Children's Health. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 67(6), 460–463. <https://doi.org/10.5455/medarh.2013.67.460-463>
- La Leche League. (n.d.). Keizersnede | Borstvoedingorganisatie La Leche League. Retrieved November 18, 2018, from <https://www.lalecheleague.nl/borstvoeding-abc/artikel/5-keizersnede>
- Lindberg, I., Ohrling, K., & Christensson, K. (2008). Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 472–483. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19186768>
- Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(29–30), 489–495. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>
- Nakamura-Pereira, M., do Carmo Leal, M., Esteves-Pereira, A. P., Domingues, R. M. S. M., Torres, J. A., Dias, M. A. B., & Moreira, M. E. (2016). Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproductive Health*, 13(S3), 128. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>
- neoventa Medical AB. (2009). *Foetale bewaking en ST-analyse*. Mölndal.
- NICE. (2011). *Caesarean section | Guidance and guidelines | NICE*. NICE. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators.

- Psychology & Health*, 30(4), 441–455. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281>
- NVOG. (2005). *Chronische hypertensie in de zwangerschap Versie 2.0*. Utrecht. Retrieved from <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Chronische-hypertensie-in-de-zwangerschap-2.0-16-03-2005.pdf>
- NVOG. (2008a). *Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap Versie 2.0*. Retrieved from <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Bloedverlies-in-de-tweede-helft-zwangerschap-2.0-19-03-2008.pdf>
- NVOG. (2008b). *Stuitligging Versie 2.0*. Retrieved from https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/12175/Stuitligging.pdf
- NVOG. (2011). *Indicatiestelling Sectio Caesarea Versie 1.0*. Retrieved from https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/12184/Indicatiestelling_sectio_caesarea.pdf
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Paranjothy, S., Griffiths, J. D., Broughton, H. K., Gyte, G. M., Brown, H. C., & Thomas, J. (2010). Interventions at caesarean section for reducing the risk of aspiration pneumonitis. In S. Paranjothy (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004943.pub3>
- Patel, R. R., Murphy, D. J., & Peters, T. J. (2005). Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ*, 330(7496), 879. <https://doi.org/10.1136/bmj.38376.603426.D3>
- Petitti, D. B. (1985). Maternal mortality and morbidity in cesarean section. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28(4), 763–769. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4075629>
- Prins, M., van Roosmalen, J., Scherjon, S., & Smit, Y. (2014). *Praktische verloskunde* (13th ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>
- Saeyns, F., Godderis-T'jonck, D., Schryvers, K., Persyn, P., Jans, V., & Croo, C. (2014). *Voorstel van resolutie* (Vol. 436). Retrieved from www.vlaamsparlement.be
- Smit, M., Zwanenburg, F., van der Wolk, S., Middeldorp, J., Havenith, B., & van Roosmalen, J. (2014). *Navelstrengprolaps in de eerstelijns verloskundige praktijk in Nederland; casuïstiek uit de praktijk*. Retrieved from https://tvv.knov.nl/serve/file/tvv.knov.nl/tvv_articles/135/pdf_file/Smit_M_et_al_Navelstrengprolaps_in_de_eerstelijns_verloskundige_praktijk_in_Nederland;casuïstiek_in_de_praktijk_TvV_2014;04_p_27-31.pdf
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1205–1217. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>
- Spitz, B., Van Calsteren, K., & Verhaeghe, J. (2016). *Verloskunde*. Uitgeverij LannooCampus.

- Stichting Bevallingsstrauma. (n.d.-a). Informatie voor zorgverleners | Stichting Bevallingsstrauma. Retrieved March 4, 2019, from <https://stichtingbevallingstrauma.nl/1008-2/>
- Stichting Bevallingsstrauma. (n.d.-b). *Lesmateriaal Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) na een bevalling*. Retrieved from www.stichtingbevallingstrauma.nl
- Stichting Bevallingsstrauma. (n.d.-c). PTSS na bevalling | Stichting Bevallingsstrauma. Retrieved November 15, 2018, from <https://stichtingbevallingstrauma.nl/ptss-na-bevalling/>
- Stichting Bevallingsstrauma. (n.d.-d). Traumabewuste zorgverleners | Stichting Bevallingsstrauma. Retrieved March 4, 2019, from <https://stichtingbevallingstrauma.nl/traumabewuste-verloskundigen/>
- Stordeur, S., Jonckheer, P., Fairon, N., & De Laet, C. (2016). *Geplande keizersnede: wat zijn de gevolgen voor de gezondheid van moeder en kind? – Synthese*. Retrieved from www.kce.fgov.be
- Suwal, A., Shrivastava, V. R., & Giri, A. (2013). Maternal and fetal outcome in elective versus emergency cesarean section. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 52(192), 563–566. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25327227>
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45–51. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>
- Tham, V., Christensson, K., & Ryding, E. L. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(9), 1090–1096. <https://doi.org/10.1080/00016340701507693>
- Tham, V., Ryding, E. L., & Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(4), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.06.004>
- Universitair medisch centrum Groningen. (n.d.). *Een keizersnede*. Retrieved from <https://www.umcg.nl/IDocuments/Keizersnede.pdf>
- Uz Gent. (2018). Keizersnede - Uz Gent. Retrieved December 22, 2018, from [https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/verloskunde/Opname en bevalling/Paginas/Keizersnede.aspx](https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/verloskunde/Opname%20en%20bevalling/Paginas/Keizersnede.aspx)
- Uz Leuven. (n.d.). Keizersnede UZ Leuven. Retrieved December 22, 2018, from <https://www.uzleuven.be/nl/keizersnede>
- Van Brabant, H. (2013). Zijn er te veel keizersnedes in België? - Gezondheid - Knack. Retrieved from <https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/zijn-er-te-veel-keizersnedes-in-belgie/article-normal-91199.html>
- van den Brande, J. L., Heymans, H. S. A., de Kock, I., Monnens, L. A. H., den Ridder, K., & Ulijn, R. (2017). *Kindergeneeskunde voor kinderverpleegkundigen - Google Boeken* (2nd ed.). Bohn Stafleu van Loghum. Retrieved from https://books.google.be/books?id=xieCdq12sisC&pg=PA233&lpg=PA233&dq=surfactant+passage+geboortekanaal&source=bl&ots=CwKuW9twuO&sig=yD5ZayKMj9ic8STLaQNbU8XFVNQ&hl=nl&sa=X&ved=2ahUKEwj-uv_U-breAhUDqaQKHXrdDaIQ6AEwAHoECAAQAQ#v=onepage&q=surfactant%2520passage%25

- van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J., & Stramrood, C. A. I. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 348. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00348>
- Verdult, R. (2009). *De vroege hechting van baby's*. Amersfoort. Retrieved from <http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/De Knoop Amersfoort 2009.pdf>
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. (2013). Postpartum depressie by VVGG - issuu, 8. Retrieved from https://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_postpartum2004_issuu
- Wesseloo, Richard, Burgerhout Karin M., Koorengel Kathelijne M., B. V. (2015). Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 25–33. Retrieved from <https://www6.erasmusmc.nl/zwangerschapspychiatrie/verwijzers/5041219/?reason=404>
- Wewerinke, A., Honig, A., Heres, M. H. B., & Wennink, J. M. B. (2006). [Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 150(6), 294–298. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16503019>
- WHO, H. (2015). WHO | WHO statement on caesarean section rates. *WHO*, 8. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1
- Yang, X.-J., & Sun, S.-S. (2017). Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296(3), 503–512. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4445-2>
- Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*, 99, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006>
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275–279. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x>

8 Bijlagen

-bijlage 1: Evidentietabel

-bijlage 2: Flowchart

-bijlage 3: Interviews

-bijlage 4: Advies Commissie Medische Ethiek

-bijlage 5: Brochure

Bijlage 1: Evidentietabel

Title, authors, first publication	Aim of the study studiedesign	population	Procedure	Results	Conclusion
<p>Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review</p> <p>Andersen L.B. Melvaer L.B. Videbech P. Lamont R.F. Joergensen J. S.</p> <p>2012</p>	<p>-risicofactoren voor ontwikkeling PTSD nagaan</p> <p>-observationale studie</p>	<p>-vrouwen die bevielen van een levend kind</p>	<p>-literatuurstudie aan de hand van Medline</p> <p>-uiteindelijk 31 studies geïnccludeerd in de studie (27 observationele studies – 4 reviews)</p>	<p>-verschillende risicofactoren werden gevonden die geassocieerd werden met PTSD na de geboorte.</p> <p>-belangrijkste risicofactoren waren subjectieve nood/stress tijdens de arbeid en obstetrische interventies</p> <p>-andere risicofactoren: voorgeschiedenis mentale problemen tijdens zwangerschap, complicaties kind, psychosociale factoren, lage graad van ondersteuning</p>	<p>-Verschillende risicofactoren werden gevonden die geassocieerd werden met PTSD na de geboorte.</p> <p>-Aanbevelingen m.b.t. screening en toekomstig onderzoek worden gegeven</p>
<p>Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco</p> <p>S. Benzouina, M. Boubkraoui, M. Mrabet,</p>	<p>-foetale uitkomst na electieve en spoedsectio vergelijken, alsook de verschillen in indicaties van electieve keizersnede en spoedkeizersnede</p> <p>-vergelijkende prospectieve studie in dwarsdoorsnede</p>	<p>-588 keizersneden, waarvan 446 spoedkeizersneden en 142 electieve sectio's</p>	<p>-uitgevoerd in 'Souissi maternity hospital of Rabat in Marocco' van 1 januari 2014 tot 28 februari 2014</p> <p>-data-analyse met focus op foetale uitkomst en indicatie van de keizersnede</p>	<p>-significante associaties tussen een spoedkeizersnede en: jonge moeders, analfabetisme, primipariteit, onvoldoende prenatale zorg, verwijzing van andere zorginstelling omwille van zwangerschapscomplicaties of bevallingscomplicaties, keizersnede uitgevoerd onder algemene anesthesie, lager</p>	<p>-hogere kans op complicaties na spoedkeizersnede dan na electieve keizersnede</p> <p>-vroegge herkenning en doorverwijzing van moeders die waarschijnlijk keizersnede zullen ondergaan, kan de incidentie van spoedsectio's en dus de incidentie van foetale complicaties verminderen</p>

<p>N. Chahid, A. Kharbach, A El-hassani, A. Barkat</p> <p>2016</p>				<p>geboortegewicht en vroege neonatale sterfte, opname op NICU.</p> <p>-meest voorkomende indicatie spoedkeizersnede: foetale nood</p> <p>-meest voorkomende indicatie electieve sectio: voorgeschiedenis van keizersnede</p>	
<p>Intraoperative surgical complication during caesarean section: an observational study of the incidence and risk factors</p> <p>Bergholt, T. Stenderup, J. K. Vedsted-Jakobsen, A. Helm, P. Lenstrup, C.</p> <p>2003</p>	<p>-incidentie van intra-operatieve chirurgische complicaties in verband met een voorgeschiedenis van keizersneden en het opleidingsniveau van de chirurg nagaan</p> <p>-observationale studie</p>	<p>-7782 vrouwen bevielen waarvan 929 door middel van een sectio</p>	<p>-onderzoek door middel van de medische dossiers van deze vrouwen</p>	<p>-totaal aantal percentages was 12.1%. Aantal complicaties bij spoedsectio was 14.5%, in vergelijking met 6.8% in de electieve groep</p> <p>-het opleidingsniveau van de chirurg en de ervaring van keizersneden in het verleden, waren niet geassocieerd met meer intra-operatieve complicaties.</p>	<p>-bloedverlies en cervicale laceraties waren de meest frequente intra-operatieve complicaties</p>
<p>The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014</p> <p>Betrán, A.P.</p>	<p>-trends en incidentie van keizersnede van 1990 tot 2014 beschrijven</p> <p>-data-analyse</p>	<p>-data van 150 landen</p>	<p>-verzamenen van nationaal representatieve gegevens over het aantal keizersneden van 1990 tot 2014</p> <p>-berekenen van regionale en subregionale gemiddelden</p>	<p>-momenteel 18.6% van alle geboorten keizersnede</p> <p>-variatie 6%-27.2%</p> <p>-hoogste CS-percentages in Latijns-Amerika en de Caraïben</p> <p>-laagst aantal keizersneden in Afrika</p>	<p>Het aantal keizersneden is wereldwijd toegenomen</p>

<p>Ye, J. Moller, A. Zhang, J. Gülmezoglu, A.M. Torloni, M.R.</p> <p>2016</p>				<p>-wereldwijd gemiddelde steeg van 1990 tot 2014 met 12.4%</p>	
<p>Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations</p> <p>Bydlowski, S.</p> <p>2015</p>	<p>-maternale psychologische en psychiatrische problemen van de postpartumperiode nagaan</p> <p>-bibliografisch onderzoek</p>	/	<p>-onderzoek op databases met volgende trefwoorden: perinatal, postpartum, breastfeeding, birth, weaning, peripartum, lactation, postnatal, moordisorders, anxiety disorders, depression, anxiety, psychosis – gecombineerd met volgende termen: prevalence, incidence, recurrence, development, identification, scale, assessment, test, father, man, husband, partner, hormones, treatment, intervention, prevention, testing, therapy, medicine, medication, to prescribe, prescription</p>	<p>-perinatale periode is een vatbare periode voor gezondheidsproblemen</p> <p>-verschillende psychologische veranderingen</p> <p>-psycho-emotionele problemen hebben invloed op psycho-emotionele ontwikkeling van het kind</p> <p>-postpartumdepressie is de meest voorkomende complicatie</p> <p>-zwangerschap en postpartum zijn periodes waarin innige band met zorgverleners kan worden ontwikkeld, dus een ideale periode om mentale, sociale en somatische aspecten aan te pakken</p> <p>-vroeg detectie en behandeling van psychische stoornissen is essentieel voor de rest van het gezin en ouder-kind relatie</p>	<p>-screening en preventie van psychische stoornissen is essentieel en is de verantwoordelijkheid van alle hulpverleners die contact hebben met moeder en kind</p>

<p>How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences?</p> <p>Carquillat, P. Boulvain, M. Guittier, M.</p> <p>2016</p>	<p>Vergelijking van geboorte-ervaring na verschillende soorten bevallingen</p> <p>dwarsdoorsnede onderzoek</p>	<p>-291 primipara</p>	<p>-vragenlijst 4-6 weken postpartum die peilde naar hun bevallingservaring</p>	<p>-eerste methodes na geboorte: negatiever na keizersnede dan vaginale geboorte</p> <p>-emotionele status na geboorte: slechter na keizersnede (meer bezorg, minder veilig, minder zelfzeker)</p> <p>-relatie met personeel: negatiever na spoedsectio en instrumentele bevalling</p> <p>-gevoelens één maand postpartum waren negatiever na spoedkeizersnede</p>	<p>-methode van bevalling beïnvloedt de geboorte-ervaring</p> <p>-implicaties:</p> <p>(1)gezondheidsmedewerkers moeten zich focussen op wat vrouwen belangrijk achten bij hun bevalling om een positiever ervaring te creëren. (2) na keizersnede is extra aandacht nodig</p>
<p>Maternal and fetal mortality and complications associated with cesarean section deliveries in teaching hospitals in Asia</p> <p>Chongsuvivatwong, V. Bachtiar, H. Chowdhury, M. E. Fernando, S. Suwanrath, C. Kor-anantakul, O. Tuan, L.A. Lim, A. Lumbiganon, P.</p>	<p>-vergelijking sterfte, morbiditeit van spoedsectio en electieve sectio met de morbiditeit en mortaliteit van vaginale bevallingen</p> <p>-prospectieve studie</p>	<p>-12591 vaginale bevallingen - 3062 electieve sectio's – 4328 spoedsectio's</p>	<p>Vrouwen werden gevolgd tot 5 dagen postpartum</p>	<p>-mortaliteit van moeders verschilde niet veel na vaginale bevalling of electieve sectio</p> <p>-mortaliteit was hoger na spoedsectio</p> <p>-significant lagere incidentie van complicaties na vaginale geboorte</p> <p>-neonatale sterfte per 1000 bevallingen was 7 na vaginale bevalling, 2.2 na electieve CS en 12.4 na spoedsectio</p>	<p>Maternale complicaties zijn hoger na keizersnede, maar neonatale complicaties kunnen worden voorkomen door electieve sectio</p>

<p>Manandhar, B. Mughtar, M. Nahar, L. Hieu, N.T. Fang, P.X. Prasertcharoensuk, W. Radnaabarzar, E. Sibuea, D. Than, K.K. Tharnpaisan, P. Thach, T.S. Rowe, P.</p> <p>2010</p>					
<p>Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study</p> <p>De Schepper, S. Vercauteren, T. Tersago, J. Jacquemyn, Y. Raes, F. Franck, E.</p> <p>2016</p>	<p>Onderzoek naar de prevalentie van post-traumatische stressstoornis en de rol van persoonlijke en obstetrische risicofactoren, alsook de rol van verloskundige zorg</p> <p>Prospectieve cohort studie</p>	<p>-week één postpartum: 340 vrouwen -week zes postpartum 229 vrouwen</p>	<p>-data collectie tijdens de eerste week postpartum: socio-demografische en obstetrische informatie nagaan en informatie in verband met de zorg van het vroedkundig team d.m.v. zelfrapportage -zes weken postpartum: PTSS beoordeling en impact van de gebeurtenis werden opnieuw beoordeeld d.m.v. telefonische interviews of e-mails</p>	<p>-de prevalentie van PTSS varieerde van 22-24% in de eerste week en van 13-20% na zes weken -risicofactoren voor PTSS na zes weken: islamitisch geloof, traumatische bevallingservaring, gezinsinkomen van 2500 euro, geschiedenis van psychologische of psychiatrische stoornissen, arbeid of bevalling met complicaties -beschermende factoren: verzorging vroedvrouwenteam, mogelijkheid om vragen te</p>	<p>-contextuele factoren zoals religie, sociaaleconomische status, geboortevergeving zijn belangrijke factoren om in het achterhoofd te houden als verloskundige - verloskundige zorg factoren (mogelijkheid vragen stellen, controle hebben over bevalling) kunnen beschermend zijn voor PTSS</p>

				stellen, ervaren van een normale fysiologische geboorte	
<p>Post-operative complications following elective and emergency caesarean delivery</p> <p>Dimitrova, V Pandeva, I Tsankova, M Pranchev, N</p> <p>2005</p>	<p>-frequentie van complicaties na spoedsectio en electieve keizersnede analyseren en soorten complicaties tussen de twee groepen vergelijken en risicofactoren voor complicaties analyseren</p> <p>-retrospectief onderzoek</p>	<p>-574 complicaties na electieve sectio en 292 complicaties na spoedsectio</p>	<p>-gegevens m.b.t. complicaties na keizersnede werden geanalyseerd</p>	<p>-frequentie van complicaties na electieve sectio was 1.4%, frequentie van complicaties na spoedsectio was 2.05%</p> <p>-geen significant verschil in soort complicaties</p> <p>-complicaties waren frequenter na eerdere sectio</p>	<p>-keizersnede vormt belangrijke chirurgische ingreep die wordt gekenmerkt door morbiditeit. Het risico op complicaties lijkt hoger te zijn na eerdere keizersnede</p>
<p>Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: Findings from the first baby study</p> <p>Elvander, C. Cnattingius, S. Kjerulff, K.H.</p> <p>2013</p>	<p>Nagaan wat het effect van enerzijds angst voor de geboorte en anderzijds de wijze van bevalling is op de geboortebeleving</p> <p>Prospectief onderzoek</p>	<p>3006 vrouwen</p>	<p>-interview in derde trimester van de zwangerschap en 1 maand postpartum ter beoordeling van angst en geboorte- en bevallingservaring</p>	<p>-vrouwen met matige angst en vrouwen met veel angst hadden, een negatievere bevallingservaring en werden meer getroffen door een spoedkeizersnede of instrumentele geboorte in vergelijking met lage niveaus van angst.</p> <p>-fysiologische vaginale geboorte werd met de hoogste kans op een positieve geboorte-ervaring geassocieerd</p>	<p>Zowel prenatale angst als wijze van bevalling hebben invloed op bevallingservaring</p>

<p>Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarian: a Birthrites initiative</p> <p>Fenwick, J. Gamble, J. Mawson, J.</p> <p>2003</p>	<p>-percepties van vrouwen over een keizersnede nagaan en/of nagaan of ze probeerden een vaginale bevalling na een keizersnede te verkrijgen</p> <p>-pilotstudie</p>	<p>59 vrouwen</p>	<p>-enquête werd verspreid waarin 22 gesloten en open vragen waren in opgenomen waarin vooral werd ingegaan op volgende factoren: 'ondersteuning', 'geschonden verwachtingen', 'controleverlies', 'taal, attitude en zorgpraktijken zorgverleners', 'ervaring van arbeid en cascade aan interventies', 'chirurgische geboorte en scheiding van de baby'</p>	<p>-sommige vrouwen hebben een psychologisch trauma na een spoedsectio</p> <p>-vrouwen wijzen op de behoefte aan zorgverleners die niet enkel begrijpen welke problemen zich kunnen voordoen, maar ook meer inzicht hebben op de impact van hun interacties met vrouwen</p>	<p>-de individuele behoeften van vrouwen moeten worden beoordeeld en openlijk erkend</p> <p>-er moet een inspanning worden geleverd om een vertrouwensband met wederzijds respect te bekomen</p> <p>-het delen van accuraat en juiste informatie vergroot het gevoel van participatie en controle bij de vrouw</p> <p>-zorgverleners moeten hun verantwoordelijkheid nemen en erkennen voor de impact van hun interacties met de vrouwen</p>
<p>Indications for Emergency Intervention, Mode of Delivery, and the Childbirth Experience.</p> <p>Handelzalts, J.E. Waldman Peyser,A. Krissi, H. Levy, S. Wiznitzer, A. Peled, Y.</p> <p>2017</p>	<p>Vergelijking van de bevallingservaring na een electieve sectio of vaginale bevalling met de bevallingservaring na een vacuümextractie of spoedsectio en de indicaties tot interventie nagaan</p> <p>Cross-sectionele vragenlijststudie</p>	<p>-469 vrouwen</p>	<p>-72 uur na bevalling werd door 469 vrouwen de 'Childbirth Experience Questionnaire' ingevuld alsook een persoonlijke informatie vragenlijst. Ook werd het intrapartum dossier gebruikt.</p>	<p>-vaginale of electieve sectio werd geassocieerd met een positievere geboorte ervaring dan een spoedsectio of bevalling d.m.v. vacuümextractie</p> <p>-interventies als gevolg van foetale of maternale nood resulteerden in een positievere geboorte-ervaring dan interventies omwille van stagnatie van de arbeid of bevalling</p>	<p>-spoedsectio's of instrumentele bevallingen zijn geassocieerd met een meer negatieve maternale ervaring</p> <p>-vrouwen die een spoedsectio ondergingen omwille van arrestatie van de arbeid, hadden een negatievere geboorte-ervaring dan vrouwen die de interventie ondergingen wegens maternale of foetale redenen</p> <p>-follow up na spoedsectio of vacuümextractie is belangrijk, vooral na arrestatie van de arbeid</p>

<p>Mode of birth and early postnatal psychological morbidity.</p> <p>Hanlon, A.J.M. Beckmann, M.M.</p> <p>2015</p>	<p>-onderzoeken of vrouwen na een instrumentele bevalling of keizersnede meer problemen in verband met slecht slapen, relatie problemen of problemen met eetlust ervaren dan vrouwen die een vaginale geboorte hebben ondergaan</p> <p>Retrospectieve cohort studie</p>	<p>-1816 vrouwen met vaginale geboortes en 1205 vrouwen met instrumentele geboorte of keizersnede</p>	<p>Retrospectieve cohort studie van a term geboren eenlingen van 1 januari 20013 tot 31 december 2013</p>	<p>Geen verband tussen wijze van geboorte en symptomen van psychische morbiditeit postnataal.</p> <p>Symptomen van psychische morbiditeit kunnen wel in verband worden gebracht met nullipariteit, een ongeplande zwangerschap en het gebrek aan ondersteuning door de partner</p>	<p>-geboortewijze is niet geassocieerd met meer of minder symptomen van psychologische morbiditeit</p> <p>-antenatale screening m.b.t. de zwangerschap en aanwezigheid van een sociaal ondersteuningssysteem is belangrijk om interventies te kunnen implementeren bij vrouwen met een risico op postnatale depressie</p>
<p>On becoming a first-time mother after an emergency Caesarean section</p> <p>Herishanu-Gilutz, S. Shahar, G. Schattner, E. Kofman, O. Holcberg, G.</p> <p>2009</p>	<p>Onderzoek naar betekenis van subjectieve ervaringen van moeders die door middel van een spoedsectio bevelen</p> <p>Kwalitatief onderzoek</p>	<p>10 vrouwen die bevelen van een eerste kind aan de hand van een spoedsectio</p>	<p>-open interviews bij vrouwen die een spoedsectio ondergingen</p> <p>-de narratieve verslagen werden geanalyseerd m.b.v. de methode van Giorgi</p>	<p>-moeders beschreven een gevoel van vervreemding van de baby bij het eerste vasthouden, alsook moeilijkheden bij dit eerste vasthouden, overbezorgdheid, en angst voor wiegendood</p> <p>-een paar vrouwen losten hun problemen op door een 'symbolische adoptie' van hun kind uit te voeren</p>	<p>-het onderzoek toont de psychologische en interpersoonlijke gevolgen van spoedsectio's aan, met name de nadelige gevolgen op de moeder-kind binding</p> <p>-sensibilisering van medisch personeel in verband met verstoring in de moeder-kind band is belangrijk</p> <p>-moeder-kind band kan verbeterd worden door de moeders hun verhalen over het moederschap te laten reconstrueren</p>
<p>The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first</p>	<p>Wijze van geboorte en initiatie van borstvoeding, duur van borstvoeding en moeilijkheden op vier</p>	<p>3021 vrouwen</p>	<p>- vragenlijsten ingevuld op <25 weken zwangerschap en 34-36 weken zwangerschap en 4 maanden postpartum</p>	<p>-meer vrouwen met electieve keizersnede waren niet van plan borstvoeding te geven in vergelijking met spoedsectio's en</p>	<p>-geplande sectio houdt verband met vroege stopzetting van borstvoeding</p> <p>-aanvullende ondersteunende zorg moet beschikbaar worden gesteld aan</p>

<p>four months postpartum.</p> <p>Hobbs, A.J. Mannion, C.A. McDonald, S.W. Brockway, M. Tough, S.C.</p> <p>2016</p>	<p>maanden postpartum vergelijken</p> <p>Prospectieve cohort studie</p>		<p>-gegevens over demografie, geestelijke gezondheid, levensstijl en gezondheidsdiensten verzamelen</p>	<p>vaginale geboorten</p> <p>-vrouwen die d.m.v. een spoedsectio bevielen hadden meer borstvoedingsproblemen</p> <p>-vrouwen met electieve sectio stopten vaker voor 12 weken met borstvoeding</p>	<p>vrouwen die borstvoeding geven aan een spoedsectio</p>
<p>Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views.</p> <p>Hollander, M.H. van Hastenberg, E. van Dillen, J. van Pampus, M.G. de Miranda, E. Stramrood, C. A. I.</p> <p>2017</p>	<p>-de percepties en ervaringen van vrouwen met een traumatische bevallingservaring onderzoeken en kwantificeren om na te gaan welke mogelijkheden er zijn om geboortetrauma te preveniëren en de zorg te verbeteren</p> <p>Retrospectief onderzoek</p>	<p>2192 vrouwen met een zelf gerapporteerde traumatische bevalling</p>	<p>Vrouwen werden aangeworven via sociale media en vulden een vragenlijst van 35 items in</p>	<p>-meest frequente antwoorden op de vraag naar zelfgerapporteerde attributies van het trauma en hoe het trauma voorkomen kon worden waren: (1) gebrek en/of verlies van controle, (2) angst voor de gezondheid of het leven van de baby, (3) hoge intensiteit van pijn en ongemak</p> <p>-meest frequente antwoorden hoe de zorgverlener het trauma had kunnen voorkomen was: meer communiceren/uitleggen, meer luisteren en ondersteunen emotioneel en praktisch</p> <p>-meest frequente antwoorden wat de zorgverlener zelf had kunnen doen: weigeren van of vragen om bepaalde interventies</p>	<p>-Vrouwen schrijven hun traumatische ervaring vooral toe aan het gebrek aan en/of verlies van controle, communicatieproblemen en praktische/emotionele steun</p> <p>-de vrouwen geloven dat het trauma in veel gevallen zou kunnen worden verminderd of voorkomen worden door betere communicatie en ondersteuning van de zorgverleners of door zichzelf, door bijvoorbeeld te vragen om interventies of deze te weigeren</p>

<p>Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study.</p> <p>Annika Karlström,</p> <p>July 2017</p>	<p>-vergelijken van zelfgerapporteerde geboorte-uitkomsten van vrouwen die een spontane bevalling hadden en degenen die een spoedsectio hadden</p> <p>Prospectieve longitudinale cohort studie</p>	<p>870 vrouwen waarvan 766 een vaginale geboorte hadden en 104 een spoedsectio ondergingen</p>	<p>Vragenlijsten werden ingevuld in het midden van de zwangerschap, twee maanden postpartum en een jaar na geboorte</p>	<p>-angst voor bevalling was tweemaal zo hoog bij vrouwen die een spoedsectio te hadden, ze hadden vaker een BMI van meer dan 30, waren vaker primipara en verkozen in het midden van de bevalling eerder een electieve sectio</p> <p>-inductie, gebruik van oxytocine voor verbetering contracties, het gebruik van epidurale verdoving was meer voorkomend bij vrouwen met een spoedsectio</p>	<p>-vrouwen die een spoedkeizersnede ondergaan hebben meer kans om angst te ervaren en een negatieve bevallingservaring te hebben</p> <p>-essentieel om als vroedvrouw om een gevoel van controle te bevorderen, de vrouw bij de procedure te betrekken en in de bedreigende situatie toch een gevoel van veiligheid te creëren. Dit is mogelijk in een relatie die wordt gekenmerkt door wederkerigheid, dialoog, vertrouwen, gedeelde verantwoordelijkheid en aanwezigheid</p>
<p>Risk of postnatal depression after emergency delivery</p> <p>Koo, V. Lynch, J. Cooper, S.</p> <p>2003</p>	<p>Nagaan of vrouwen die een spoedsectio ondergingen een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een postpartum depressie</p> <p>Retrospectief vergelijkende cohort studie</p>	<p>250 vrouwen waarvan 55 een spoedsectio ondergaan hadden en 191 vrouwen die niet met spoed bevallen waren</p> <p>-van 4 vrouwen waren er geen gegevens</p>	<p>-minstens zes weken na de bevalling werden ze gevraagd de Edinburgh Postnatal Depression Scale in te vullen</p>	<p>-Er was een significante stijging van het risico op een postpartumdepressie bij vrouwen die een spoedsectio ondergaan hadden</p>	<p>-vrouwen die een spoedsectio ondergingen hadden quasi tweemaal het risico op het ontwikkelen van een PPD in vergelijking met vrouwen die niet met spoed bevallen waren</p> <p>-speciale aandacht voor vrouwen die bevallen aan de hand van een spoedsectio is aangewezen</p>
<p>Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden.</p> <p>Lindberg, I.</p>	<p>-de verwachtingen van vrouwen inzake postnatale zorg beschrijven</p>	<p>-140 zwangere vrouwen vulden de vragenlijst in, waarvan 120 een</p>	<p>-vragenlijst en persoonlijkheidsvragenlijst</p>	<p>-61.3% wou ontslagen worden uit het ziekenhuis na 72uur, ongeacht de afstand tussen het ziekenhuis en hun thuis</p> <p>-toegang tot het kraampersoneel</p>	<p>-vrouwen vinden het belangrijk zelf te mogen bepalen wanneer ze ontslagen worden uit het ziekenhuis</p> <p>-vroedvrouwen meten zich meer concentreren op de individuele</p>

<p>Ohrling, K. Christensson, K. 2008</p>	<p>-gegevens werden ontleend aan een vragenlijst en een persoonlijkheidsinstrument (SSP)</p>	<p>persoonlijkheidsvragenlijst invulden</p>		<p>werd beschreven als één van de meest belangrijke zaken in de kraamafdelingszorg -van de vader werd verwacht dat hij de belangrijkste persoon in de periode na de bevalling was</p>	<p>behoefte van de vrouw, haar familie, maar ook de vader niet vergeten als een persoon die ondersteuning nodig heeft</p>
<p>Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators Noyman-Veksler, G. Herishanu-Gilutz, S. Kofman, O. Holchberg, G. Shahar, G. 2015</p>	<p>-onderzoek naar de beschermende rol van gevoel van coherentie (SOC) en het effect van sociale steun op postnatale psychologische symptomen en op beperkingen in de moeder-kind binding na een spoed- / electieve sectio</p>	<p>37 vrouwen bevielen door middel van een spoedsectio -21 aan de hand van een electieve sectio -38 via een vaginale bevalling</p>	<p>-beoordeling 6 weken postpartum op PTSS en depressieve symptomen, beperkingen in binding, SOC en sociale steun -tweede beoordeling 6 weken later (op 12 weken)</p>	<p>-spoedsectio levert toename van PTSS-symptomen na 12 weken, maar alleen bij vrouwen die lage maat van ondersteuning rapporteren na 6 weken -SOC voorspelde een afname van de postnatale PTSS en depressie</p>	<p>Sociale ondersteuning kan een buffer vormen tegen het mogelijke traumatische effect van een spoedkeizersnede. SOC is een goede maat voor veerkracht</p>
<p>Operative delivery and postnatal depression: a cohort study Patel, R.R. Murphy, D.J.</p>	<p>-associatie tussen electieve keizersnede en postnatale depressie in vergelijking met vaginale bevalling nagaan en onderzoeken of een</p>	<p>14663 vrouwen</p>	<p>-vragenlijst op 20 weken zwangerschap -'Edinburgh Postnatal Depression Scale' 8 weken postnataal</p>	<p>-geen bewijs dat electieve sectio de kans op postnatale depressie verandert in vergelijking met vaginale bevalling -weinig verschil tussen vrouwen die aan de hand van een</p>	<p>-geen reden om vrouwen anders te behandelen naar wijze van bevallingsmethode -electieve sectio beschermd niet tegen postnatale depressie -geen verhoogd risico op postnatale</p>

<p>Peters, T.J.</p> <p>2005</p>	<p>instrumentele vaginale bevalling of spoedsectio meer is geassocieerd met postnatale depressie in vergelijking met vaginale bevalling</p> <p>Prospectieve populatie-gebaseerde cohortstudie</p>			<p>instrumentele bevalling of spoedsectio bevielen en vrouwen die vaginaal bevielen</p>	<p>depressie na instrumentele bevalling of spoedsectio</p>
<p>Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period.</p> <p>Rowlands, I.J.</p> <p>Redshaw, M.</p> <p>2012</p>	<p>-onderzoek naar fysieke en psychische uitkomsten bij vrouwen in de eerste drie maanden na bevalling en of deze verschillen naargelang bevallingsmethode</p>	<p>5532 vrouwen die antwoorden op een nationaal onderzoek naar de ervaring van vrouwen inzake zorg op de materniteit</p>	<p>-secundaire analyse van onderzoeksgegevens m.b.v. een willekeurige steekproef van vrouwen, geselecteerd uit geboorteaangifte</p> <p>-multinomiale logistische regressiemodellen werden gebruikt om associatie tussen psychologische symptomen, gezondheidsproblemen en wijze van geboorte te onderzoeken</p>	<p>-vrouwen met instrumentele bevalling aan de hand van forceps en ongeplande sectio meldden de slechtste gezondheid en welzijn</p> <p>-fysieke en emotionele gezondheid leek meestal te verbeteren na verloop van tijd, maar vrouwen die bevielen aan de hand van forceps hadden maanden na de bevalling nog last van PTSS</p>	<p>-wijze van geboorte leidt tot verschillen in welzijn</p> <p>-risico op verminderd welzijn is hoger bij vrouwen die bevielen aan de hand van forceps en vrouwen die een spoedsectio ondergingen</p>
<p>Maternal and fetal outcome in elective versus emergency cesarean section.</p> <p>Suwal, A.</p> <p>Shrivastava, V.R.</p> <p>Giri, A.</p>	<p>Incidentie van keizersnede in Nepal nagaan en foetale en maternale uitkomst na electieve en spoedsectio vergelijken</p> <p>Prospectieve studie</p>	<p>254 keizersneden, waarvan 167 spoedsectio's en 87 geplande sectio's</p>	<p>-prospectief onderzoek gedurende zes maanden van alle moeders die een spoedsectio ondergingen in een ziekenhuis in Nepal</p>	<p>-indicaties voor spoedsectio: foetale nood, arbeid met sectiolitteken, stagnatie van arbeid, verlengde tweede fase van arbeid</p> <p>-indicaties electieve sectio: voorafgaande sectio, stuit, CPD, sectio op vraag</p>	<p>-kans op complicaties is groter na spoedsectio dan na electieve sectio</p>

2013				-bij spoedsectio, meer kans op: langer verblijf in ziekenhuis, koorts, UTI, wondinfectie, lage APGAR -meer bloedingen na electieve sectio	
A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood Taylor, A. Atkins, R. Kumar, R. Adams, D. Glover, V. 2005	-een eenvoudige zelfbeoordeling vragenlijst maken om algemene bevolking te screenen op problemen in gevoelens van moeder tegenover het kind Prospectieve studie	162 vrouwen	-op dag drie vulden 162 vrouwen de Edingburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), de Kennerley Blues Scale, de Highs Scale en de nieuwe Mother to Infant Bonding Scale in -12 weken later vulden ze opnieuw de EPDS en Bonding scale in	-sterke correlatie tussen Bonding-scores op dag 3 en 12 weken -Regressie analyses toonden aan dat vrouwen met een verhoogde Blues score er slechter aan toe waren dan vrouwen met verhoogde Highs scores na 3 dagen -vrouwen met een verhoogde EPDS score na drie dagen hadden een slechtere binding de eerste paar weken	Deze eenvoudige vragenlijst is acceptabel voor gebruik bij moeders en geeft significante correlaties weer met de gemoedstoestand in het vroege postpartum
Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section Tham, V. Christensson, K. Ryding, E.L. 2007	Associaties tussen enerzijds het gevoel van coherentie (SOC) en obstetrische en demografische variabelen een paar dagen na de bevalling en anderzijds PTSS na 3 maanden postpartum nagaan bij vrouwen die een spoedsectio ondergingen	122 vrouwen	-twee dagen na de spoedsectio en 3 maanden na de spoed keizersnede werd gevraagd een vragenlijst voor zelfbeoordeling in te vullen -SOC meten: gebruik van Sense of Coherence Scale -reacties op traumatische gebeurtenis meten: gebruik van Impact of Event Scale	-onafhankelijke risicofactoren gerelateerd aan PTSS waren: imminente foetale asfyxie als indicatie voor de sectio, lage SOC bij de vrouw -vrouwen met lage SOC, waren de vrouwen met een intense angst voor de bevalling, immigranten, sociaal achtergestelde vrouwen	-symptomen van PTSS na spoedsectio worden zowel geassocieerd met de persoonlijke coping stijl van de moeder als de omstandigheden van de sectio -vrouwen die behoren tot de groep met lage SOC of vrouwen die een spoedsectio krijgen omwille van asfyxie, moeten extra ondersteuning en follow-up krijgen

	Prospectieve studie				
<p>Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section</p> <p>Tham, V. Ryding, E. Christensson, K.</p> <p>2010</p>	<p>-verschillen tussen vrouwen met en zonder symptomen van posttraumatische stress na een spoedsectio beschrijven en nagaan hoe zij steun ervoeren na de geboorte</p> <p>Kwalitatieve studie</p>	<p>42 vrouwen met PTSS en 42 vrouwen zonder PTSS</p>	<p>-de vrouwen werden geïnterviewd via de telefoon op zes maanden postpartum</p>	<p>-de acties van de vroedvrouwen, de organisatie van de zorg, de emoties van de vrouwen en de rol van het gezin waren de hoofdcategorieën die de perceptie van ondersteuning beïnvloedden</p> <p>-vrouwen met PTSS vonden de vroedvrouwen nerveus, niet-geïnteresseerd, hadden een gebrek aan postnatale follow-up, waren lange tijd in het postpartum vermoed en kregen onvoldoende hulp van hun echtgenoot</p> <p>-vrouwen zonder PTSS voelden zich betrokken bij de beslissing om over te gaan tot spoedsectio en hadden een gevoel van opluchting</p>	<p>-vroedvrouwen en andere zorgverleners, alsook de familie, hebben een belangrijke rol inzake de ondersteuning van vrouwen die een spoedsectio ondergingen</p> <p>-vrouwen met PTSS ervoeren minder steun</p>
<p>Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience.</p>	<p>-de voorspellende waarde van de antepartum kwetsbaarheidsfactoren (zoals sociale steun, coping, voorgeschiedenis van psychiatrische</p>	<p>1599 vrouwen beantwoordden de vragenlijst</p>	<p>-vrouwen met minimaal één zelf gerapporteerde traumatisch bevalling in of na 2005 werden via verschillende sociale mediaplatforms uitgenodigd om deel te nemen</p>	<p>17.4% van de vrouwen die de vragenlijst invulde beantwoordde aan de diagnostische criteria voor PTSS en 26% herkende de symptomen van een vorige bevalling</p>	<p>Lage sociale steun, slechte coping, bijna-doodservaring, daadwerkelijke of dreigende verwondingen aan de baby waren de vier significante factoren die PTSS en/of postpartumdepressie voorspelden</p>

<p>van Heumen, M.A. Hollander, M.H. van Pampus, M.G. van Dillen, J. Stramrood, C.A.I.</p> <p>2018</p>	<p>aandoeningen, angst voor de bevalling) en intrapartum gebeurtenissen analyseren in de ontwikkeling van PTSS bij vrouwen met een traumatische bevalling</p>		<p>aan de studie -vragenlijst van 35 items inclusief een gevalideerde screeningsinstrument voor PTSS, sociale ondersteuning en coping</p>	<p>-26% had in hun leven een psychiatrische diagnose gekregen -5% had PTSS voorafgaande hun bevalling -vrouwen met slechte of matige coping hadden vaker PTSS -lage sociale steun was voorspellend voor PTSS</p>	
<p>Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women.</p> <p>Wewerinke, A. Honig, A. Heres, M.H.B. Wennink, J.M.B.</p> <p>2006</p>	<p>Overzicht bieden van psychose en stemmingsstoornissen tijdens de zwangerschap en perinatale periode en ingaan op risicofactoren voor psychische problemen in de postnatale periode, indicaties voor verwijzen en mogelijke preventieve maatregelen</p>	/		<p>-depressie, paniekstoornis en psychose zijn meest voorkomende psychische ziekten in postpartum -deze ziekten beïnvloeden welbevinden moeder, moeder-kindrelatie -risicofactoren: psychische stoornis in voorgeschiedenis, ongeplande of ongewenste zwangerschap, zwangerschapshypertensie, spoedsectio, laag sociaal economische status, weinig ondersteuning, negatief zelfbeeld etc.</p>	<p>Psychiatrische aandoeningen komen vaak voor bij zwangeren en in de kraamperiode. Deze aandoeningen hebben een hoge recidiefkans en worden algemeen onderbehandeld. Er zijn zowel psychiatrische, als obstetrische als psychosociale risicofactoren, maar het is moeilijk deze te kwantificeren, waardoor de behandelaar per vrouw individueel de kans op psychische problemen moet inschatten.</p>
<p>Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: a systematic review and</p>	<p>Kans op maternale en foetale morbiditeit na spoedsectio en electieve sectio vergelijken</p>	9 artikelen	<p>-artikelen met betrekking tot maternale en foetale uitkomst na EICS en EmCs werden gezocht in verschillende databases</p>	<p>-zowel kans op maternale als op foetale complicaties is hoger bij EmCs dan bij EICS. -veel meer kans op infectie, koorts, UTI, wonddehiscentie,</p>	<p>Spoedsectio's hebben een significant groter risico op maternale en foetale morbiditeit en mortaliteit</p>

meta-analysis Yang X. Sun S. 2017	Data-analyse			diffuse intravasale stolling en heroperatie bij EmCS -meer kindersterfte na EmCS	
Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding Zanardo V. Soldera G. Volpe F. Giliberti, L. Parotto, M. Giustardi, A. Straface, G. 2016	Beoordelen van gevoelens van moeders ten aanzien van hun pasgeboren baby na spoedsectio of electieve keizersnede Observationele prospectieve studie	573 vrouwen, waarvan 73 electieve sectio ondergingen, 81 spoedsectio ondergingen, en 419 een vaginale bevalling hadden	-Mother-to-infant bonding scale werd gebruikt om de gevoelens van de moeder tegenover haar baby te meten	Na een spoedsectio was er een significant hogere score dan na een electieve sectio, wat wees op een slechtere binding	EmCD beïnvloedt de moeder kind binding en haar emoties negatief De vrouwen voelen vaker verdriet en ontgoocheling
Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? Zanardo, V. Svegliado, G. Cavallin, F. Giustardi, A.	Borstvoedingspercentages in een geïndustrialiseerd gebied in Noord-Italië met hoge sectiopercentages evalueren van geboorte tot zes maanden na de bevalling met vergelijking van neonaten geboren via	Borstvoedingspatronen bij 2137 neonaten, waaronder 677 geboren via sectio (398 via electieve sectio en 279 via spoedsectio, en	De bevallingsmethode werd vergeleken met de borstvoedingspatronen	Prevalentie van borstvoeding was significant hoger na een vaginale bevalling, bovendien was er een langere tijd tussen de geboorte en eerste borstvoeding bij neonaten geboren via sectio. Er was geen verschil in borstvoedingspercentages tussen electieve sectio en	Er is geen verschil in borstvoeding tussen spoedsectio's en electieve sectio's. Echter, er is een lager aantal vrouwen die borstvoeding geeft na een sectio in vergelijking na een vaginale bevalling.

<p>Cosmi, E. Litta, P. Trevisanuto, D.</p> <p>2010</p>	<p>electieve of spoedkeizersnede en van vaginaal geboren neonaten</p> <p>Cohort studie</p>	<p>1496 vaginaal geboren kinderen</p>		<p>spoedkeizersnede.</p>	
<p>Maternal mortality and morbidity in caesarean section.</p> <p>Petitti, D.B.</p> <p>1985</p>	<p>De mortaliteit en morbiditeit van moeders na een sectio vergelijken met de mortaliteit en morbiditeit na een vaginale bevalling</p>			<p>Een keizersnede is gevaarlijker dan een vaginale bevalling met een factor 2-11. Een goede chirurgische techniek en betere postoperatieve zorg kan de mortaliteit nog verder verlagen. Infectie is de meest voorkomende oorzaak van morbiditeit na een sectio, transfusie is de tweede oorzaak. Het toedienen van profylactische antibiotica kan het risico of infectie doen dalen.</p>	<p>Bevallen via keizersnede heeft meer kans op morbiditeit en mortaliteit dan een vaginale bevalling.</p>
<p>Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial.</p> <p>Hannah, M. E. Hannah, W. J.</p>	<p>Het beleid van geplande vaginale geboorte en geplande keizersnede voor stuitzwangerschappen vergelijken</p> <p>Gerandomiseerd</p>	<p>Gegevens van 2083 vrouwen werden vergeleken</p>	<p>In 121 ziekenhuizen in 26 landen werden 2088 vrouwen die zwanger waren van een kind die in stuitligging was, gerandomiseerd gepland voor een vaginale bevalling of keizersnede. Tot 6 weken na de bevalling werden moeder en kind opgevolgd. Het doel</p>	<p>Van 2083 vrouwen werden gegevens verzameld. Van de 1041 vrouwen die gepland waren om een keizersnede te hebben, bevielen uiteindelijk 941 vrouwen. Van de 1042 vrouwen die gepland was om vaginaal te bevallen, bevielen uiteindelijk 591 vrouwen vaginaal. Perinatale</p>	<p>Een geplande keizersnede is beter dan een geplande vaginale bevalling voor de a terme neonaten in stuitligging.</p>

<p>Hewson, S. A. Hodnett, E. D. Saigal, S. Willan, A. R.</p> <p>2000</p>	<p>onderzoek</p>		<p>was perinatale mortaliteit, neonatale mortaliteit, ernstige neonatale morbiditeit, maternale mortaliteit of ernstige maternale morbiditeit te vergelijken.</p>	<p>mortaliteit, neonatale mortaliteit of ernstige neonatale morbiditeit was significant lager in de groep die een geplande keizersnede onderging (17 of 1039 [1.6%] vs 52 of 1039 [5.0%]; relative risk 0.33 [95% CI 0.19-0.56]; $p < 0.0001$). Er werden geen verschillen gevonden tussen maternale mortaliteit en morbiditeit.</p>	
<p>Interventions at caesarean section for reducing the risk of aspiration pneumonitis.</p> <p>Paranjothy, S. Griffiths, J. D. Broughton, H. K. Gyte, G. M. Brown, H. C. Thomas, J.</p> <p>2010</p>	<p>Bepalen of interventies voorafgaande de sectio het risico op aspiratiepneumonie kunnen verminderen</p> <p>data-analyse</p>	<p>22 studies, over 2658 vrouwen werden geïnccludeerd in de studie</p>	<p>Auteurs beoordeelden onafhankelijk van elkaar de studies op inclusie, risico of bias en bruikbare gegevens</p>	<p>Er is een significant lager risico op een maag-pH van minder dan 2.5 wanneer antacida of H2 antagonisten worden gebruikt bij intubatie.</p>	<p>De resultaten suggeren dat een combinatie van antacida met H(2) antagonisten effectiever is dan wanneer er geen voorgaande behandeling wordt gegeven. Echter geen enkele studie onderzocht mogelijke negatieve effecten.</p>
<p>Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers</p> <p>Johansson, M.</p>	<p>Onderzoeken van Zweedse vader's hun geboorteervaring en factoren die meespelen bij een negatievere</p>	<p>827 vaders beantwoordden de vragenlijst en</p>	<p>Kwantitatieve en kwalitatieve data werd gebruikt. Met beschrijvende statistiek, chi-kwadratentoetsen en risico-</p>	<p>In totaal 604 van alle vaders had een positieve bevallingservaring. Een negatievere bevallingservaring wordt geassocieerd met een</p>	<p>Aangezien de geboorte-ervaring van de vaders geassocieerd worden met de manier van geboorte moet respectvol en empathisch worden gehandeld tijdens de bevalling. Het is essentieel</p>

Rubertsson, C. Rådestad, I., Hildingsson, I. 2012	ervaring Data- analyse		intervallen werd gebruikt	spoedsectio, instrumentele vaginale geboorte en ongenoegen over de medische zorg dat de partner kreeg	om vaders tijdens de periode van de bevalling beter te betrekken en te steunen om een betere bevallingservaring te creëren.
Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. Badr, H. A. Zauszniewski, J. A. 2017	Bewijs verzamelen over de effecten van kangoeroezorg op postpartumdepressies, specifiek gericht op het onderliggende mechanisme van oxytocine-afgifte Data-analyse	/	Literatuuronderzoek op databases als PubMed, CINAHL, Google Scholar Zoektermen: postpartum depressie, postnatale depressie, oxytocine, oxytocinehormoon, kangoeroezorg en skin-to-skin contact	Kangoeroezorg speelt een belangrijke zorg in het verminderen van het risico op een postpartumdepressie. Tijdens de kangoeroezorg wordt de afgifte van oxytocine geactiveerd, wat het risico op depressieve symptomen en maternele stress vermindert.	Kangoeroezorg kan worden gebruikt als een niet-medicamenteuze interventie om een postpartumdepressie te voorkomen of het risico op een postnatale depressie te verminderen
Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry Khalifeh, H. Hunt, I. M. Appleby, L. Howard, L. M. 2016	Trend, aard en correlatieven van zelfmoord bij perinatale en niet-perinatale vrouwen vergelijken Data-analyse	4789 vrouwen tussen de 16 en 50 jaar oud, waarvan 98 (2%) stierf door zelfmoord in de perinatale periode. Daarnaast ook 1485 vrouwen van 20-35 jaar waarvan 4% stierf door zelfmoord in de	Gegevens verkregen uit het 'UK National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide van People with Mental Illness 1997-2012' werden gebruikt	In vergelijking met niet-perinatale vrouwen hadden vrouwen die stierven door zelfmoord in de perinatale periode vaker een diagnose van depressie en hadden ze minder kans op enige actieve behandeling. Vrouwen die stierven door zelfdoding binnen versus buiten de perinatale periode hadden meer kans om jonger te zijn, getrouwd, met kortere ziekteduur en geen geschiedenis van alcoholmisbruik.	De studie toont aan dan een op de 50 vrouwelijke zelfmoorden plaatsvond bij nieuwe of aanstaande moeders. Zelfmoord bij deze groep was vaak gewelddadig. Assertieve follow-up en behandeling van vrouwen met psychische problemen in de perinatale periode is nodig om het risico op zelfmoord aan te pakken.

		perinatale periode			
<p>Preventing postpartum depression: a meta-analytic review.</p> <p>Sockol, L. E. Epperson, C. N. Barber, J. P.</p> <p>2013</p>		<p>37 gerandomiseerde of semi-gerandomiseerde studies waarbij interventie werd vergeleken met controlegroep</p>	Data onderzoek	<p>Depressieve symptomen waren significant lager na behandeling in de interventiegroep. Er was een daling van 27% van de prevalentie van depressieve episodes 6 maanden postpartum. Hoe later de interventie plaatsvond in het postpartum, hoe kleiner de verschillen waren inzake depressieve symptomen</p>	Een breed scala van interventies zijn effectief bij het voorkomen van postpartumdepressies
<p>Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie.</p> <p>Wesseloo, Richard Burgerhout Karin M. Koorengel Kathelijne M. Bergink V.</p> <p>2015</p>	<p>Bespreken van diagnostiek, behandeling en preventie van postpartumpsychose + per onderwerp aanbevelingen doen voor de klinische praktijk</p>	<p>Literatuuronderzoek (boeken, Pubmed...)</p>	<p>Bij vermoeden van een postpartumpsychose is een psychiatrische opname aangewezen om gevaar voor moeder en kind te voorkomen, en om uitgebreid onderzoek te doen naar mogelijke somatische (co)morbiditeit. Lithium, antipsychotica en elektroconvulsie therapie behoren tot effectieve behandelmethodes. Het medicamenteuze beleid ter</p>	<p>Opname is vereist bij postpartumpsychose. Door adequate behandeling genezen bijna alle patiënten met een postpartumpsychose volledig en is de prognose gunstig. Recidief is te voorkomen met lithium.</p>	

			preventie van een terugkerende postpartumpsychose verschilt bij patiënten die in de voorgeschiedenis een postpartumpsychose hebben gehad of bij patiënten met een bipolaire stoornis.		
--	--	--	---	--	--

Bijlage 2: Flowchart

Zoekterm	Database	Aantal artikels	Na selectie op titel	Na selectie op inhoud
(unplanned OR emergency OR unexpected OR secondary) AND (C-section OR caesarean section OR caesarean section OR abdominal delivery OR surgical birth OR surgical delivery) AND (psychological impact OR outcomes OR psychological wellbeing OR adaptation OR postpartum concerns)	PubMed	2522	19	9
	Medline	219	12	4
unplanned OR unexpected OR secondary) AND (caesarean section OR abdominal delivery) AND (psychological impact OR psychological wellbeing OR postpartum concerns OR experience)	PubMed	245	19	6
complications cesarean section	PubMed	23494	9	6
Definition cesarean section	PubMed	239	4	2
prevalence cesarean section	PubMed	11097	11	5
indications emergency section	PubMed	477	8	3
fetal and maternal outcome emergency section	PubMed	414	4	3

Website	Onderwerpen
Kind en gezin	-Postpartum psychose -Anders dan verwacht -geboorte
KCE	-Keizersnede : wat ouders in spe moeten weten - Geplande keizersnede: wat zijn de gevolgen voor de gezondheid van moeder en kind? – Synthese.
WHO	-Baby-friendly Hospital Initiative -Caesarean sections should only be performed when medically necessary says WHO -Tool to calculate caesarean section reference rates at health facilities is launched: the C-Model -WHO statement on caesarean section rates -WHO Statement on Caesarean Section Rates Caesarean section rates at the hospital level and the need for a universal classification system
NICE	Caesarean section Guidance and guidelines
NVOG	-Chronische hypertensie in de zwangerschap Versie 2.0 -Chronische hypertensie in de zwangerschap Versie 2.0

Boek	bibliografie
Foetale bewaking en St-analyse	neoventa Medical AB. (2009). <i>Foetale bewaking en ST-analyse</i> . Mölndal.
Obstetrische interventies	Dörr, J. P., Khouw, V. M., Jacquemyn, Y., Chervenak, F. A., & Nijhuis, J. G. (2014). <i>Obstetrische interventies</i> (3rd ed.). Amsterdam: Reed Business.
Praktische verloskunde	Prins, M., van Roosmalen, J., Scherjon, S., & Smit, Y. (2014). <i>Praktische verloskunde</i> (13th ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Verloskunde	Spitz, B., Van Calsteren, K., & Verhaeghe, J. (2016). <i>Verloskunde</i> . Uitgeverij LannooCampus.

Bijlage 3: Interviews

Interview 1

S: Vertel eens hoe het gekomen is tot opeens een keizersnede.

Mama: Een week voordat ik uitgerekend was, dus 39 weken, om precies te zijn: 38 weken en zes dagen, is mijn water hier thuis gebroken. Maar ik was het niet zeker, het was maar een beetje verlies. Dus ik had een zelfstandige vroedvrouw al van mijn eerste kindje geweest, dus ik had haar gebeld om te vragen of het kan zijn dat mijn water gebroken was. Ze zei ja, dat kan, maar van hieruit kan ik dat niet zien, ze ging dus normaal komen, maar ze was nog bezig. Ik had ook nog niks van weeën dus het was niet dat het dringend was. Ik had haar dus gebeld, rond 11u 's morgens, 'k heb dan rond 12u30 gebeld naar het ziekenhuis en ze zeiden dat ik best eens langskwam. Ook ja, het is een halfuur rijden tot aan het ziekenhuis. Rond 15u waren we in het ziekenhuis, ik had voor de zekerheid alles al in de auto gestopt, je weet nooit, en anders als we nog heen en weer moeten rijden als je zo ver woont, dat is ook iets. Ik kom daar toe, nummertje trekken, het was niet echt 'spoed spoed'. Ik heb heel lang moeten wachten op een dokter vooraleer ze kwamen onderzoeken. Eerst kwam er een vroedvrouw kijken, maar ik verloor eigenlijk niks meer van water. Ze moeten dan zo een test doen om te kijken of het vruchtwater was of niet.

S: een PROM-test waarschijnlijk

Mama: Ja inderdaad, maar het was een dokter die dat moest doen. Maar blijkbaar was het erg druk, dus ik heb moeten twee keer mijn kleren opnieuw aandoen omdat de dokter werd weggeroepen. We zijn dan nog iets gaan drinken in de cafetaria. Het bleek dan uiteindelijk tegen 17u dat het inderdaad vruchtwater was, maar ik had nog niks van weeën. Toch zeiden ze van 'blijf maar hier', mijn vorige was keizersnede, dus ze hadden liever dat ik bleef. En ook waarschijnlijk omdat ik niet naast de deur woon. Ik moest dan aan de monitor liggen, en rond middernacht kreeg ik weeën, maar heel licht, ook maar ieder kwartier. Zo net genoeg om niet te kunnen slapen. 's Morgens om 6u had ik ook nog niet meer opening. Toen ik binnenkwam was het een vingertop en tegen 's morgens was het een centimeter ofzo. Dan hebben ze stimulatiemiddelen moeten bijgeven met het infuus, de weeën kwamen dan wel, maar mijn opening kwam niet. Ik heb dan mijn epidurale gevraagd rond 10u. Ik had het een beetje gehad, ik had al 10 uur weeën, het was niet dat het ondraaglijk was, maar ik was moe. En ik had al in mijn achterhoofd 'dat gaat hier niet vooruit, dat zal gegarandeerd toch een keizersnede worden', ik voelde de bui al hangen, dan kon ik evengoed nu al een epidurale vragen want ik zou toch een moeten hebben'. Rond 12u, ongeveer, heb ik dan mijn epidurale gehad. Ik heb dan nog een beetje kunnen slapen, ik denk een uurtje of twee, denk ik, ik weet het niet zo goed. Er zat nog altijd geen schot in de zaak. Rond vier uur is de assistent dan nog eens gekomen en ze zei 'ja, er zit hier nog altijd geen verandering in, nog altijd maar twee, drie centimeter' of misschien waren het er toch al vier, ik weet het niet meer goed. Ze zei van het zal niet lukken en rond kwart na vijf heb ik dan mijn keizersnede gehad.

S: Eigenlijk gewoon plots gezegd dat het niet ging lukken. Werd het dan eerst met jou besproken?

Mama: Besproken, ja... stilte... ik denk dat mijn man het misschien nog beter weet... Ik was het eigenlijk wel beu, dus ja, op zich.. Plus, ik heb wel veel vertrouwen in mijn gynaecoloog en de

donderdag, de dag nadien want die dag was de woensdag, werkt hij in Leuven, en ik heb dan liever dat het hem was. Ze hebben eigenlijk wel niet echt gezegd of gevraagd om nog even te wachten, ja, goh, het hoefde voor mij ook niet meer.

S: Je was dan uiteindelijk wel blij dat de beslissing genomen werd.

Mama: Ja, ik was er al meer dan 24 uur, ik had iets van, het is genoeg geweest, hij mag komen.

S: Was het dan echt code rood geduwd of hoe ging het dan precies in zijn werk.

Mama: Nee, het was niet echt spoed spoed, maar zijn harttoontjes waren wel al twee keer wat minder geweest, maar dan was het wel weer goed. Maar ik denk dat het uiteindelijk ook om die reden was dat ze dan uiteindelijk... Ja, voor hem duurde het ook lang.

S: Vooraf had je ook al wat laten blijken dat wanneer het keizersnede zou worden dat het oké was?

Mama: Ja, het duurde wel heel lang...

S: Was de assistent dan ook bij de keizersnede?

Mama: Nee, ik denk dat haar shift gedaan was, het was mijn gynaecoloog en iemand anders. Maar ik vond het niet erg, ik was blij dat het mijn eigen gynaecoloog was.

S: De keizersnede zelf dan: Hoe is die dan verlopen?

Mama: Een beetje hetzelfde zoals mijn eerste keizersnede...

S: En het kindje werd dan eerst met de papa al naar de kamer gebracht of hoe ging dat dan?

Mama: Nee, het kindje zit al op de recovery. Eerst, hij was geboren, dat gaat de papa naar beneden voor de metingen en het wegen, dan heb ik hem ook eens gezien, maar je ligt zo vast dat gaat niet zo goed, en dan hechten ze mij. En terwijl dat ze mij toe doen wacht mijn man met het kindje op de recovery.

S: Dus je hebt relatief snel je kindje terug gezien?

Mama: Ja toch wel, 45 minuten, ze hebben wel even werk gehad om me weer toe te doen... Maar ja, op zich, je bent dan van de verdoving zodanig suf, ik zou hem niet durven vasthouden dan... Ja, het is nog zwaar die verdoving dat je krijgt... En ook, ik had niet geslapen die nacht, dus viel ik eigenlijk in slaap tijdens de keizersnede zelf.

S: Tijdens de keizersnede zelf?

Mama: Ja, echt gewoon van moeheid... Ik weet nog dat de anesthesist schrok omdat ik in slaap viel, maar ja, het was gewoon van de vermoeidheid. Terwijl van mijn eerste, ja, dat was gepland, dan heb ik die nacht wel nog even kunnen slapen, ja ook niet zoveel want je hebt een beetje stress, nu had ik eigenlijk bijna niks geslapen...

S: Vind je dan dat er te laat was beslist om keizersnede te doen?

Mama: Nee, ik was wel moe, maar ik wou echt wel de kans hebben om normaal te bevallen, dus...

S: Dan op de recovery was je kindje bij je, daar heb je hem dan voor de eerste keer mogen aanleggen?

Mama: Ja, inderdaad.

S: En dan na een uurtje of twee op de recovery mocht je dan naar de materniteit?

Mama: Ja, ze hebben mij eerst nog op de recovery gewassen, en dan mocht ik naar de materniteit.

S: En hoe viel het verblijf op de materniteit dan mee?

Mama: Niet zo goed... Gohja, de vroedvrouwen doen echt hun best, ik kan daar geen kwaad woord over zeggen, ze doen wat ze kunnen, maar ik vind, ja, onderbemand. Ze hadden gebeld van het verloskwartier naar de materniteit dat ik onderweg was, het was toen al 8 uur, wij waren allebei doodop, ik was al blij dat het mijn tweede was, maar ik heb meer dan een uur moeten wachten voor ik iemand gezien heb.. Ja, wij zaten daar dan op de kamer, we wisten maar half wat we moesten doen... Het was wel heel druk, het lag vol eigenlijk, maar goed, ze moeten hun daar dan maar op voorzien vind ik, iedereen betaalt even veel, ik vind.... Alleja... Of het dan druk is of niet....

S: Hoe vond je het dan, je heb een keizersnede gehad, een secundaire sectio, werd er daar dan over gevraagd hoe het was met jou? Was je ontgoocheld?

Mama: Ik was eigenlijk zodanig moe, ja... Ik vind het wel jammer hoor, ik wou echt natuurlijk bevallen.. Maar op zich was ik al blij dat het vanzelf begonnen was, van mijn eerste, hij lag in stuit, dus ik had de kans niet gekregen...

S: Voor de rest van de zorgen, vond je dat je voldoende informatie kreeg: over de wonde, pijn, mobiliteit, thuishulp dat je kon inschakelen?

Mama: Eigenlijk, het was niet echt nodig... Ik wist een beetje, ik had een zelfstandige vroedvrouw en ik had kraamzorg voorzien... Er was ook wel een zeer goede overdracht gebeurd door het ziekenhuis naar mijn zelfstandige vroedvrouw, mijn vroedvrouw is de dag zelf nog thuis dan langsgesproken. Achteraf is hij wel weer opengegaan, ik heb dan wel een thuisverpleegster moeten vragen, maar ja, nu is alles goed. Ik had nochtans het advies opgevolgd hoor...

S: Bleef die onderbemanningsdienst dan de vier dagen dat je er was?

Mama: Ik ben geen vier dagen gebleven, ook omdat er zodanig weinig ondersteuning was, ik dacht ik kan dan evengoed thuiszijn. Euhm... Ja... De eerste dag was mijn man er wel 's nachts, de tweede nacht niet. Ik zat in de zetel de tweede avond, ik weet het nog goed. Hij lag in zijn bedje, maar ik kon hem er nog niet alleen uithalen. Hij was aan het wenen, wenen, wenen, maar ik kon hem niet pakken. Ze hebben hem horen wenen tot in de hal dat de nachtverpleegster van een andere hal mij is komen helpen. Hij had honger, ik kon hem niet pakken, ik durfde ook niet, ik ben dan zelf ook beginnen wenen. Ja, je zit daar, je kan niks doen, iedereen was naar huis.. En ja, je zit daar, je kan niks doen. Ik dacht ik kan even goed naar huis gaan. Ik heb ook een co-sleeper thuis..

S: Je voornaamste klacht is dan eigenlijk dat je na een keizersnede te hebben ondergaan, op een materniteit kwam waar er dan geen tijd werd gemaakt? Maar voor de rest vond je wel dat er voldoende uitleg werd gegeven?

Mama: Qua info, ja... stilte... Voor me te komen wassen, ze waren echt superlief, en ze namen hun tijd en dan gaven ze ook wel veel informatie, bijvoorbeeld dat ik het goed moet afdrogen na het wassen enzo. Over borstvoeding heb ik wel klachten, te weinig tijd, maar vooral verkeerd advies. Ik moest zelf een kolf vragen, terwijl ze eigenlijk wel zelf konden gezegd hebben dat aangezien er geen melk uitkwam ik beter wel kon afkolven. Had ik het niet zelf gevraagd, ging het er niet komen. Van mijn eerste kindje is het bijna mislopen mijn borstvoedingsverhaal door slecht advies in het ziekenhuis, uiteindelijk heb ik meer dan een jaar borstvoeding gegeven van mijn eerste kindje, ik weet nu wel een beetje hoe of wat, uiteindelijk is het van mijn eerste nog goedgekomen dankzij mijn zelfstandige vroedvrouw. Ze hebben wel alles wat ik vroeg gegeven en ze hebben me wel laten doen. Ja, wel verkeerd advies, bijvoorbeeld, het was wel een studente dan, maar ze zal het wel gehoord hebben van de andere vroedvrouwen ook, ze zei dat ik hem maar om de drie uur mocht voeden... Dat is eigenlijk heel slecht advies, ja, de eerste dagen moet je dat zoveel mogelijk aanleggen, ook al ligt hij er bij wijze van spreken heel de dag aan... Maar dan wel, ik moest hem wel bijvoeden, maar ik wou niet dat ze hem bijvoeden met een fles, want ik wou geen borstverwarring, ze hebben dan wel echt hun tijd genomen om hem met een cupje of spuitje te geven. De tweede nacht hebben ze hem wel meegenomen voor een uur of drie, zodat ik ging kunnen slapen, achteraf bekeken vind ik dat wel jammer, ik had er niet zelf achter gevraagd. Ze hebben hem dan wel meer bijvoeding gegeven dan ik gevraagd had. Ik had gezegd maximum 10 cc bijgegeven, want ik voed naargelang natuurlijke maaginhoud, ze hebben hem wel meer gegeven. Het was dan gebeurd, ik heb er dan geen ruzie om gemaakt... Ze zeiden dat hij honger had, ik denk dan het is niet omdat een baby weent dat hij honger heeft, misschien gewoon zuigbehoefte ofzo, maar ja... Ja het was dan gebeurd...

S: Dan ben je naar huis gegaan? Dag drie dan?

Mama: Ja de woensdag ben ik bevallen en de zaterdag naar huis... Ik zat er echt door op materniteit, vanaf ik thuis was, was het weer beter.

S: Je had wel voldoende zorg thuis?

Ja, ik had een zelfstandige vroedvrouw en kraamhulp, ik was blij dat ik thuis was. Tuurlijk met een vierjarige, zoveel rusten is het niet, maar dan de maandag begon de school opnieuw.

S: Hoe reageerde je familie of omgeving dan?

Mama: Al onze vriendinnen zijn zo in dezelfde periode mama geworden, en dan zeiden ze van 'jij hebt nog geluk, het was keizersnede'... Ik dacht dan ja.. Maar goed, ik ken ook mensen die bevallen zijn via keizersnede en ook normaal, die dan zeggen je kan het niet vergelijken ja... Maar goed, ik kan het goed van me af zetten.

S: Ik maak dus een brochure over een secundaire keizersnede, vooral hoe zorgverleners beter hulp kunnen bieden. Zijn er nog bepaalde zaken dat je zeker wil zien in die brochure?

Mama: Ja, ik denk zoals ik al gezegd had, ja tijd, ze hadden niet echt tijd.. En dan borstvoeding ja, gelukkig dat het mijn tweede al was, ik wist al een beetje... Ja,... Ik vind ook wel, het is echt ziekenhuis, ziekenhuis een keizersnede, het is er koud, er speelt geen radio, je hoort de dokters tegen elkaar babbelen alsof je er eigenlijk niet bij bent, ze waren bezig over 'Waregem koerse'. Niemand die uitleg geeft terwijl je daar ligt...

S: Uiteindelijk was je dan aan het bevallen van je kind...

Mama: En ja, ze betrokken me er niet bij... Van mijn eerste hebben ze gevraagd om foto's te nemen, maar nu niet... Ja ik weet niet zo goed... (vraagt aan haar man of ze het gevraagd hadden).

Man: Van hem moest het ook wel wat sneller gaan dan van de eerste... Van de eerste was dat gepland...

Mama: Nu was dat ook geen spoed hé, het was gewoon omdat het zo druk was dat het rap rap moest gaan.

Man: Ja, het water was al een dag gebroken, ze wisten niet hoe het ermee was, hij (de gynaecoloog) wou hem er zo snel mogelijk uit. De gynaecoloog heeft bepaalde dingen expres verzwegen tegen u, niet verzwegen, maar wel dingen dat hij tegen mij (de papa) gezegd heeft, maar niet tegen u.

Mama: Het is het eerste dat ik daar van hoor.

Man: Het was geen paniek, maar hij moest er dan wel uit.. Ze gingen niet meer langer wachten. Hij moest eruit. Het was nog niet kritiek, maar hij wou geen risico's nemen.

Mama: Ja, ik lag daar al lang ook...

S: Ik neem dus vooral mee: van borstvoeding vond je het advies niet correct, dat niet betrokken werd bij de keizersnede, dat het op materniteit onderbemand was, dat je zelf vroeger bent vertrokken uit het ziekenhuis omdat je vond dat je evengoed thuis kon zijn...

Mama: Ja, inderdaad dat is het... Het is minimum bezetting 's nachts, maar ja, overdag er is bezoek, je man is er, iedereen kan helpen, maar 's nachts ben je daar alleen, er is daar niemand, dat vind ik schandalig... Het ging moeten mijn eerste zijn, ja, het zou niet zo oké geweest zijn... Ja bijvoorbeeld die borstvoeding, als het je eerste is, ga je daar buiten op flesvoeding...

Man: Ja, ze geven advies voor hun eigen gemak meer..

Mama: ik begrijp dat wel hoor, die vroedvrouwen moesten bijna lopen... Respect dat ze het doen hoor.

Interview 2

S: Zou je eens kunnen vertellen hoe alles gelopen is, hoe het gekomen is tot uiteindelijk die spoedsectie?

Ik was uitgerekend voor de 31e december, dus vanaf 24e december was ik in zwangerschapsverlof. De week voordien was er bouwverlof, dus was ik eigenlijk ook thuis, maar toch nog bezig eigenlijk. De 14e was ik moeten gaan op controle bij de gynaecoloog, ze zei dat ze nog redelijk hoog zat, wel al een centimeter opening had, maar ik er nog niet mee moest inzitten, het zou nog niet voor direct zijn. De zaterdagavond ben ik mijn slijmprop verloren. Ik had dat opgezocht op het internet en voor een eerste kindje kon het dan nog 3-4 weken duren, dus ik was op mijn gemak. De maandag had ik echt een 'masker', mijn gezicht was enorm gezwollen, ze zeggen daartegen 'bevallingsmasker' ofzo? Maar wel de hele week last gehad van mijn lies, maar hoe meer ik dat zei, hoe meer dat de mensen zeiden 'het kan niet dat je zo vroeg zal bevallen, een eerste kindje'...

S: wat doe je precies van werk?

Secretaresse, maar langs de andere kant werk ik ook veel in het magazijn mee.

S: wel nog zwaar werk dan in het magazijn?

Ja, eigenlijk wel, ik had altijd het gevoel dat ik eerder zou bevallen dan uitgerekend, maar iedereen zei 'je kan dat niet weten'. De vrijdagmorgen, mijn man was al thuis, ik had afgesproken met mijn baas dat ik nog zou komen voor de loonadministratie, de laatste dag voor de congé, zodat de mannen hun loonbrief hebben enzo... 's Morgens rond 07u kom ik wakker, en met dat ik wou rechtstaan had ik echt een enorme kramp, ik bleef even liggen en het trok weer weg, maar toen ik in de badkamer kwam was het er weer, ik dacht 'wat is dat', maar het trok weer rustig weg, dus ça va. In de douche opnieuw, en ik had echt het gevoel dit is geen normale kramp. Rond kwart voor negen ben ik dan toch nog vertrokken naar mijn baas, intussen toch al een wee of tien gehad, maar niet heel lang, je voelde ze komen en ze trokken weer weg. Ik ben dus eerst naar het magazijn in Izegem gereden, daarna naar mijn baas, de uren verwerkt, de facturen verwerkt, maar zo wel regelmatig even op het puntje van mijn stoel moeten zitten, even rechtstaan, een beetje rondwandelen. Ze vroegen wat er was, ik dacht dat het voorweeën waren, ik had dat al eens gehad aan 29 weken. Dan toch blijven doorwerken en rond 12 u kwam ik weer thuis. Ik zei tegen mijn man 'dat gaat hier maar niet over, ik zou toch graag eens naar het ziekenhuis rijden'. Daar toegekomen, en ze vroegen wat er was, ik zei 'ik denk dat ik voorweeën heb, maar ik zou toch willen weten dat alles in orde is'. Van een eerste weet je ook niet goed wat te verwachten. Dus even aan de monitor gereden. Ik had inderdaad weeën, maar ze waren niet intens genoeg, dus ik mocht weer naar huis gaan. We waren nog geen tien minuten vertrokken uit het ziekenhuis of die weeën kwamen intenser en intenser, het was pijnlijker dan ervoor. Ik had dan toch een Dafalgan genomen rond twee uur, rond 4 uur dan in bad geweest, ik dacht dat het misschien met warm water zou overgaan, maar dat gebeurde niet. In de living dan even op de gymbal gezeten, en getimed. Ze kwamen bijna elke 8 minuten en ze duurden een minuut en een half. Het veranderde wel niet, het bleef om de 8 minuten. Tot opeens om 10 uur 's avonds was het gedaan, met de schaar afgesneden, ik kon alles weer doen. Ik ben dan rustig gaan slapen, tot rond 12u30, ik kwam wakker, en ik wist dat het geen voorweeën waren. Ik dacht 'als ze nu zeggen dat het geen echte weeën waren, dan was er iets mist met de baby, ligt ze ergens op te duwen of is er iets gekneld'.

Ik had ook echt buikkrampen, dus ik ging naar het toilet, en echt pure diarree. Vroeger had ik nog gelezen dat wanneer je darmen alles beginnen te lossen, het de voorbereiding is. Het was weer een beetje beter, dus weer naar boven, maar het kwam weer slechter, dus dan ben ik beneden een beetje op die bal blijven zitten. Het ging weer beter, dus weer naar boven, maar dan weer naar beneden. Intussen was het elke 5 minuten en het duurde ook 1.5 minuten. Dus ik maakte mijn man wakker en zei dat ik dacht dat we toch nog eens moesten terugkeren naar het ziekenhuis. Ik kon bijna niet meer van de pijn. Mijn vriend heeft zich nog gedoucht, ik nog even in het bad, maar het ging niet over. Dus ik ging weer uit het bad en ze kwamen sneller en sneller. Rond kwart voor drie kwamen we aan bij de materniteit. Ik zei dat ik hier al geweest was, maar dat het nu veel erger was dan voordien, dat ik bijna niet meer kon van de pijn en dat een gewone Dafalgan niet meer hielp. Ik dacht dat ik weer even aan de monitor zou moeten liggen, maar ik mocht meteen doorkomen naar de verloskamer. Daar moest ik even een halfuurtje aan de monitor, ze zei dat het gelijk was met toen ik in de namiddag gekomen was, maar ik zei dat ik veel meer pijn had. Maar ze zei dat ze op de monitor niet echt kon zien dat er veel verandering was. Maar ze zei dat ze binnen een halfuurtje ging terugkomen om te kijken of er verandering was. Ze gaf wel al aan dat het niet meer zou zijn om naar huis te gaan. Eerst even op de bal gezeten, daarna een beetje in de douche, ik had enorm veel zeer, ik wist niet wat het was, maar ik zei 'ik denk dat er iets niet juist is'. Ik kreeg koud met de douche, dus ik ben dan in bad gaan zitten en juist op dat moment kwam de vroedvrouw binnen en ze zei - 'gaat het niet meer' en ik zei 'ik heb zoveel zeer, je zal me iets moeten geven, iets sterker dan een Dafalgan'. Ze zei dat er op dat moment een anesthesist bij een andere mevrouw een epidurale aan het steken was, dat hij meteen zou kunnen komen.

S: Intussen had je nog niet dat halfuurtje extra monitor gehad?

Nee, nog niet... Dus ik kwam rustig uit mijn bad en tegen dat ik goed en wel afgedroogd was, was de vroedvrouw daar al met een setje, en tegen dat ik goed zat, was de anesthesist daar. Ik heb niks gevoeld van die epidurale, nochtans mijn man en de vroedvrouw zeiden wel dat ik dat ging voelen, maar ik had gewoon zoveel pijn in mijn dijen en mijn onderrug. De epidurale zat dan en dan de bloeddrukmeter lag aan en dan ook weer de monitor. Toen was het ongeveer 7 uur. Intussen, ik was de week voordien geweest de vrijdag en ik had één centimeter opening, nu had ik nog altijd maar één centimeter opening en ze zat ook nog heel erg hoog, ook nog niks verweekt. Maar van het moment dat mijn epidurale zat, begonnen die centimeters toch op te lopen. En rond 9u30 à 10uur kwamen ze binnen en toen had ik bijna vier centimeter. Ze zat wel nog altijd redelijk hoog, maar ze gingen nog eventjes wachten en dan een pil opsteken zodat alles zou verweken. En dan zou ze ook kijken om de vliezen te breken. Ze waren waarschijnlijk nog maar tien minuten weg, en opeens was het alsof een waterballon met een naaldje was doorprikt. Ik zei tegen mijn man in paniek 'er is iets gebeurd, ik denk dat mijn water gebroken is'. Inderdaad, ik had dan gebeld naar de vroedvrouw en ze zei dat het gebroken was, ze hadden het wel nog niet verwacht op vier centimeter opening. Toen is ze wel snel beginnen indalen, en dan tegen 12u had ik al een vijf centimeter. Ondertussen was de gynaecoloog van de dag eens komen kijken en hij had dan gezegd dat ik niet moest denken dat ik snel ging bevallen, dat ik mijn grenzen zou moeten verleggen. 's Middags, alles was in orde, maar ik had wel al een paar keer gezegd 'mijn epidurale werkt niet'. Maar ze zeiden 'ze werkt wel, leg je beetje meer zus of zo...'. Maar rond 11u, ze zeggen altijd dat het goed is als je op je linkerzijde ligt, en ze dachten dat er misschien iets afgeklemd zat van mijn epidurale dus moest ik eens op de linkerkant liggen en dan ging ze even

later terugkomen om te kijken of het beter was. Een halfuur nadat ze mij op mijn linkerkant gelegd hadden, ik was aan het kijken naar die monitor, ik kon dat hartje meevolgen, maar dat ging van 140 naar 130 naar 120 naar 110 en naar 100. En onder een bepaald cijfer begint alles te 'tuuten', en ik had net tegen mijn man gezegd 'dat cijfer begint hier wel serieus te dalen', de deur ging open, de gynaecoloog kwam binnen, ik denk ook nog twee vroedvrouwen, een assistent-gynaecoloog, direct met een draagbare echo om te kijken, want ze dachten dat ze op haar navelstreng duwde of rond het nekje zat ofzo, maar het was niks. Ze zeiden dat ik dat wel geen twee-drie keer zou moeten doen, dat dat niet zo goed was.

S: Maar ze recupereerde wel weer vanzelf?

Ja, de eerste keer wel, ze keerde op haar gemak terug, maar ze keerde wel goed terug. Ze zeiden 'we gaan je niet meer op je linkerzijde leggen, je mag op je rechterzijde liggen', en ze hebben dan nog een inwendige monitor erbij gestoken, en ze zeiden dat ze alles konden zien op de computer, en dat ze zouden ingrijpen moest het nodig zijn. Maar bon, mijn epidurale werkte nog altijd niet, als ik moest plassen, voelde ik dat. Ze zeiden dat ik dat niet kon voelen, ze gingen sonderen, maar ze dacht niet dat er veel zou uitkomen. Maar effectief, ik moest plassen, maar met dat mijn epidurale niet werkte, voelde ik dat ze dat kuisten en die sonde erin staken, ik voelde alles. Ondertussen hadden er al zoveel mensen komen voelen... Eigenlijk voel je je dan wel een beetje vies. Tegen rond 1u30-2u zat ik bijna rond 6 cm en ze gingen dan nog eens komen want het was dan de overgang van shift. Om twee uur ging die deur open en vroeg ze of die epidurale al beter werkte, maar ik zei van niet, ja, ik bleef daar maar duwen op dat cirkeltje, maar ja, ik zei 'so be it, het zal ook wel lukken zo'. Maar die andere vroedvrouw zei: 'heb je al eens op je linkerzijde gelegen', ja, ik zei 'ja, maar toen heeft het hartje zo naar beneden geweest'. Maar ze zei 'ik zou het toch nog eens willen proberen, misschien zit het ergens afgekneld in je rug'. Ze ging zo een zwangerschapskussen gaan halen en die andere vroedvrouw hielp me draaien, maar van het moment dat ik maar eventjes naar links ging, ging dat hartje weer naar beneden, tot het niet meer tot onder de zeventig ging, maar tot onder de zestig. Het laagste was 53, dat kon de gynaecoloog achteraf zien op mijn monitor. Alles ging in alarm, direct mij teruggedraaid, maar het bleef zakken. De gynaecoloog kwam binnen, de assistent-gynaecoloog, een hele hoop verpleegsters of vroedvrouwen, er stond opeens zeker 5 man in mijn kamer. Direct duwen op mijn buik voor die monitor en iemand anders was bezig met een echo ertussen, en opeens zei er een andere vroedvrouw 'ik ga iets geven in je infuus, jij zal enorm hartkloppingen krijgen' en ik zat direct te trillen in mijn bed, maar de baby kwam er totaal niet door. En opeens hoorde ik zeggen 'spoedsectio, we gaan nu ingrijpen, nu, spoedsectio'. Alles vloog daar in het rond, ik was eigenlijk zodanig in shock aan het gaan, maar op het moment dat ik hoorde spoedsectio had ik wel zoiets van 'yes, ze gaan ze redden, nu gaat het stoppen'. Er was één iemand aan het bellen met de kinderarts, iemand anders dat ze dringend een couveuse moesten brengen en ze bleven maar bellen en intussen kwam er iemand af met een Doptone om direct te kunnen luisteren. Ik kwam daar dan aan en de gynaecoloog vroeg of ik direct kon verkruipen van bed, maar ik kon niet, ik had weeën tot en met, ze hadden intussen al weeënstimulators gegeven ook, ik had extreem veel pijn, ik kon niks, ik lag te daveren, mijn lichaam was mijn lichaam niet. Dan hebben ze mij verlegd en mijn armen vastgebonden en mijn epidurale opnieuw aangesloten, maar dat was allemaal in fracties van seconden. Ze waren langs alle kanten bezig, er was al iemand mijn buik aan het ontsmetten en het enige dat ik zei was 'waar is mijn man, ik wil hebben dat mijn man erbij is, ik wil dat hij erbij is...' Hoeveel keer ik dat gezegd heb, ik weet het niet, ze zeiden constant 'we gaan

hem gaan halen, we gaan eerst kijken dat alles hier is voorbereid, maar we gaan hem direct gaan halen'. De gynaecoloog was intussen al zijn handschoenen aan het aandoen en iemand was bezig met een doppler en opeens hoor ik ze zeggen 'ja ik heb de baby teruggevonden'. En toen kwam de gynaecoloog af met een pinnetje ofzo, want ik voelde constant links-rechts-links-rechts op mijn buik, het was alsof ze aan het zoeken waren waar ze moesten snijden. Maar ik zei 'ik voel dat', ik spande ook helemaal op. Maar ze zei 'het zal meteen gedaan zijn, ze zijn bezig met je epidurale te versterken', en toen zeiden ze 'we gaan nu beginnen'.

S: Was je man er intussen al?

Nee, nog altijd niet, ik weet niet hoeveel keer ik het gevraagd heb... Euhm, en toen zei ze van we gaan nu beginnen. Ik voelde ze gewoon beginnen snijden, een centimeter ofzo. Ik zei 'ik voel dat', ze vroeg 'ben je het zeker', 'ja', zei ik 'ik heb enorm veel zeer'. Ze vroeg 'kan je bewegen met je benen', en ik kon gewoon mijn benen in de lucht doen. En toen moest ze iets gezegd hebben over volledige verdoving tegen de anesthesist. Opeens krijg ik een maskertje op mijn mond 'het is voor je rustig te maken, je moet een paar keer rustig inademen, het is om je kalm te maken', en het volgend moment dat ik wakker kwam, voelde ik haar hechten. (stilte)

Ik weet nog net het moment voor ik verdoofd werd, zag ik waarschijnlijk een man of acht in de kamer, de anesthesist zelf, de verpleegkundig-anesthesist, de vroedvrouw, de gynaecoloog, de assistent-gynaecoloog, een kinderarts en nog iemand van neonatologie voor de couveuse zelf. Achteraf had ik echt iets, er was daar 7 à 8 man, waarom kon mijn man er dan niet bij zijn. Ik kom wakker en ik vroeg 'is ze geboren', 'ja, ja, het is een dochttertje, alles is in orde', en 'waar is mijn man', en ze zei 'hij is bij je dochter' en ik vroeg 'was hij erbij?', 'nee, maar nu is hij bij je dochter, je moet er niet mee inzitten, alles is in orde'. Langs de ene kant ben je zodanig verbouwereerd dat je wakker wordt en ze je buik aan het toenaaien zijn en je ziet vanalles rond je, en ik keek naar links en ik zag daar opeens een soort grote soepkom staan met allemaal bloedstelpende doeken, vol met bloed. Ik vroeg 'is dat van mij', 'ja', zei de gynaecoloog 'we hebben redelijk wat moeite gehad om je te hechten', ik heb blijkbaar spataders op mijn blaas of in mijn buik en dat had redelijk wat gebloed. Ik vroeg 'hoe komt het dat haar hartje opeens zo zakte'. De gynaecoloog zei 'we weten het niet, alles was perfect in orde, je vruchtwater was goed, je placenta was perfect in orde, je baarmoeder was in orde, er is eigenlijk niks wat er op duidt waarom dat gebeurd is, we weten het niet'. Toen ze klaar waren zeiden ze van 'we gaan nu eens gaan kijken naar je man', dus ze rijden mij met dat bed en opeens gaat er daar een deur open en ik zie mijn man staan, maar ik zie nergens het kindje. Ik zweer het, op dat moment, ik dacht echt dat ze mij iets hadden wijsgemaakt, dat het kindje er eigenlijk toch niet doorgekomen was.. Ik vroeg 'waar is ze?', maar hij zei direct dat alles goed was, dat ze in de couveuse was, ze reageerde op alles. Ik heb nooit in de recovery moeten blijven, ik mocht direct naar die couveuse gaan kijken. Op het moment dat ze mij voerden was ik wel bang, ik dacht voor hetzelfde geld leggen ze het kindje op mij en heb ik iets van 'aja, een babytje', ik had echt iets van, 'mijn man heeft ze niet geboren weten zijn, ik ook niet'. Voor mij ging dat vooral een geruststelling geweest zijn, hij zou een antwoord kunnen geven op de vragen die ik had. Maar wij naar de couveuse, en ik kreeg dat kindje bij mij en ik had iets van 'het is de mijne', ik was doodcontent dat ik dat gevoel had dat het mijn dochter was. Ze had een infuusje zitten en monitoringetjes op haar borst en ze lag in een verwarmd bedje, maar dat gingen ze dan wegdoen omdat ze mooi omhoog ging qua temperatuur. Wij mochten dan naar de kamer, dat was zo van 'hebben wij een kamer, waar is mijn handtas, waar is mijn portefeuille,

mijn bril', maar mijn man zei dat dat allemaal al op de kamer lag, dus wij daarnaartoe. Ze gingen mij even later komen wassen, maar eigenlijk had ik nog niet stilgestaan bij wat er daar vanonder allemaal gebeurd was. Opeens kwamen ze om mij te wassen en toen zag ik wel een gigantische plakker hangen, ik dacht 'amai, ze hadden geen grotere plakker zeker', maar toen ze meer naar beneden gingen had ik pas door dat er daar een drain zat en dan vanonder een sonde. Dan 's avonds nog eens naar het kindje gaan kijken met mijn ouders en dichtste familie, de eerste avond moest ze wel 's nachts daar blijven, maar de ochtend erop heeft ze voor het eerst bij mij gekomen. De eerste nacht, ja je slaapt niet veel, maar ik had blijkbaar na de keizersnede iets gehad dat 8 uur werkte, maar tegen de morgen vroeg ik of ik een Nurofen mocht. En de vroedvrouw zei 'jij hebt toch een pijnpomp', maar ik had niks en ze vroeg 'hoe ben jij bevallen?', 'onder volledige narcose' zei ik, en zij zei 'maar dat gebeurt hier nooit meer!'. Dat is zoiets dat je op dat moment niet wil horen... En dan ja, de zondagochtend moest ik voor de eerste keer weer op staan, dat was totaal het laatste van mijn gedachten, ik werd meteen misselijk en duizelig, ik moest meteen weer neerliggen. De eerste dag hebben we natuurlijk het meeste bezoek gehad, je bent dan totaal nog niet goed, ik had nog een drain, baxters... Ik kon niet bewegen. De maandag moest ik voor de eerste keer douchen en de verpleegster zei dat ze me gerust wou helpen, maar ik zei meteen 'nee, dat gaat wel lukken', de laatste drie dagen hadden me al zoveel mensen betast om te voelen naar mijn ontsluiting, om me te wassen...

S: Je wou gerust gelaten worden?

Ja inderdaad, mijn man was er, hij ging me wel helpen. Langs de andere kant, als je juist bevallen bent, ook al is het dan keizersnede, je bloedt, maar ik was zo content dat hij er nooit iets van gezegd heeft. Hij heeft me echt bij alles geholpen, dingen aangeven, pampertjes verversen.. Je voelt je echt kwetsbaar dan...

S: Drie drain was ook omdat je zoveel bloed verloren had?

Ja, blijkbaar wel... Maar de redon vulde wel niet veel, dus dat viel uiteindelijk goed mee. Mijn bloedwaarden waren wel niet goed. Ik mocht kiezen tussen pilletjes of een baxter. (Stilte)

Ik had het ook moeilijk met het feit dat het blijkbaar redelijk druk was op het moment dat ik bevallen was, en de eerste nacht dat ik ze bij me had lag ze te wenen om haar voeding te hebben, ik kon niks doen, ik kon haar niet nemen, ik kon haar voeding niet verwarmen, ik kon ze niet verpamperen... Ik belde, maar het duurde in totaal meer dan veertig minuten voor er iemand kwam. Ze lag intussen te schruwelen van de honger, ik lag ook te wenen. De verpleegster van de nacht kwam toe en vroeg wat er was, 'waarom ween je?'. Ik was toen wel echt kwaad, ik zei 'ik kan niks, ze ligt te wenen en ik kan niks, hier zit een drain daar een sonde, ik lig vast ik kan niks, ik kan ze niet helpen'. Ik voelde me kapot gaan vanbinnen, ik ging volledig af van anderen. Ze zei dat het heel erg druk was en dat het haar speet, maar dat maakte mijn rekening niet, het enige wat ik wou dat ze het flesje gaf en het kindje gaf zodat ze kon eten, ik kon dan mijn plan wel trekken. Toen uiteindelijk mocht ik naar huis, ik kon me dan redelijk zelf wassen en mijn plan trekken. De woensdag mocht ik dan naar huis komen, maar je mag niks, je mag niet te veel bukken of heffen. Maar uiteindelijk doe je dat toch, ik ben graag zelfstandig, ik trek graag mijn plan, de eerste weken had ik wel nog geluk dat mijn man thuis was, maar toen hij was gaan werken stond ik er alleen voor. Ik kon niet meer, ik heb dan gezegd ik concentreer me op het kindje, douchen, kuisen en al de rest is voor later... Tot na twee weken dat mijn man was gaan werken, zat ik plots de

zondag in de zetel en ik zei 'ik kan niet meer, ik ben op, mijn huis is een ramp, ik heb voor niks geen tijd meer'. Toen heb ik navraag gedaan voor kraamhulp. Nu komt er elke week iemand vier weken helpen, even tijd voor mezelf. Efkes, zen...

S: Even tijd voor jezelf...

Ja, enkele weken geleden had het kindje erg veel last van krampen en ze had constant liggen wenen en de vrijdag kwam ze van kraamhulp en zei ze 'ga maar een beetje naar je bed, ik kijk wel om een beetje te strijken en voor het kindje', dat doet dan wel deugd. Ik vind nu wel mijn draai. Qua mijn lichaam, ik ben maar elf kilo bijgekomen in mijn zwangerschap en mijn gynaecoloog had gezegd dat ik het redelijk snel weer zou kwijt zijn, maar die laatste drie kilo's geraak ik niet kwijt... Dat was dus ook niet waar dat ik alles snel zou kwijt zijn... Ook die snede, iedereen zegt het is maar 10 cm, maar van mij is hij groter, waarschijnlijk omdat ze er zo snel uit moest.. Ik voel me voor het moment nog niet weer echt mezelf, de oude ik. Ik ben een week of twee terug naar de gynaecoloog moeten gaan op controle en alles is in orde, maar ik heb één iets waar ik nog altijd spijt van heb... Als je gaat voor een kindje kijk je uit naar de zwangerschap, eens je zwanger bent kijk je uit naar de bevalling, naar de kennismaking. Ik had altijd iets, mijn man is mijn ogen en oren als ik er niet ben, mijn man was er niet bij, en we hebben allebei onze blind date gemist. Dat is een erg groot gemis. Je kijkt uit naar die kennismaking, naar dat gevoel van 'ze is geboren'...

S: En er is niemand die je erover kan vertellen?

Ja, nee, niemand kan het vertellen. De zondag na mijn bevalling is die gynaecoloog, want het was niet mijn eigen gynaecoloog, wel nog eens langsgelopen op materniteit omdat ik erachter gevraagd had. Maar het eerste moment denk je nog niet op die vragen, het zijn dan gewoon de vragen van 'waarom heb je beslist me volledig te verdoven'... Pas later kwamen de vragen van 'weende ze als ze geboren was, reageerde ze direct, hoe was ze bij de geboorte, had ze nog een vernixlaagje als ze geboren was? Mijn man heeft ze ook gewoon gezien helemaal ingewikkeld, gewoon haar gezichtje, om te vragen hoe ze zou noemen... Ik zou een afspraak moeten maken met een andere gynaecoloog om te vragen hoe was het, intussen kunnen er al zoveel gepasseerd zijn dat ze het al vergeten is. Dat zijn zo vragen waar ik voor altijd mee zal zitten, en als ze dat later vraagt, zal ik er nooit antwoord op kunnen geven. Die gynaecoloog zei ook, 'als je voor een tweede wil gaan, mag je perfect proberen natuurlijk te bevallen', omdat ze nooit de reden gevonden hebben. Ik zei haar 'nooit meer, als, als we voor een tweede gaan is het meteen een geplande keizersnede'. Ik heb nu zoiets van, ook al heb ik zo afgezien, mijn buik, die pijn, ik zal dat nooit vergeten, de pijn nadien ook, ik dacht dat mijn buik nooit meer zou genezen, ik wil wel nog een tweede kindje, maar enkel met geplande keizersnede...

S: Is er dan wel een reden gevonden waarom je epidurale niet werkte?

Nee, ik weet wel van mezelf dat ik heel slecht, of heel moeilijk reageer op plaatselijke verdoving. Ik heb me nadien wel erg geërgerd aan die verpleegster die dan binnenkwamen op mijn kamer en verwonderd waren dat ik geen pijnpomp had of die dan reageerden 'amai dat gebeurt hier bijna nooit meer' wanneer ik zei dat ik onder volledige verdoving bevallen was. Dan ook, toen ik naar huis mocht, kwam die assistent praten over de pillen die ik moest nemen, en opeens zei ze dat dan binnen 10 dagen de draadjes eruit mochten. Er was blijkbaar nog één gynaecoloog die naaide met onverteerbare draadjes en ik was bij hem bevallen... Uiteindelijk heeft de vroedvrouw aan

huis ze dan uitgehaald, maar ik heb dan nog twee dagen met een verband erover gelopen, ik kon het nog niet aan om het al te zien.

S: Dat was nog een beetje te confronterend?

Ja, ik kon het nog niet aan op dat moment.. Ook, na de bevalling, heb ik het heel moeilijk gehad om alles te verwerken, hoe alles gelopen heeft, en ik heb nu ook een psychologe, gewoon om alles op een rijtje te kunnen zetten.

S: Het is niet dat je denkt dat je depressief bent?

Nee, hoewel ik wel even gevreesd heb dat het daar naar neigde, ik dacht dat ik echt een postnatale depressie zou hebben, mijn man zag het ook.. Ik heb vroeger ook nog een depressie gehad, dus ik ben sowieso al een beetje vatbaarder. Het was dan ook mijn vroedvrouw die dan zei dat ze liever zou hebben dat ik een psycholoog opzocht om eens over alles te praten. Nu, ik heb al zo'n twee-drie keren geweest, en het lukt nu al beter om erover te praten. Ik heb gewoon echt het gevoel dat ik die 'blind date' gemist heb, het moment waar je zo lang naar uit kijkt. Het is alsof je naar een film kijkt en het begin van de film en het einde ziet, maar de clue van het verhaal is weg en ik ga het nooit weten. Stilte...

S: Ze hadden je ook niet gezegd dat je onder volledige verdoving ging?

Nee, ze zeiden dat het een maskertje was om een beetje te kalmeren, en ja ik was meteen weg. (Stilte)

S: Je omgeving? Reageren zij goed?

De meeste mensen zeggen 'wees gelukkig, de baby is gezond en jij bent gezond, het zal allemaal goed komen, hadden ze dat niet gedaan was je kindje er niet'. Het eerste moment heb je iets van hou je mond, je weet niet wat ik heb meegemaakt, hoeveel pijn ik heb gehad, hoe lang die bevalling heeft geduurd, ik heb het gevoel dat ik 31 uren weeën heb gehad en dan opeens een keizersnede en met die pijnstillers heb je eerst het gevoel van, het is oké, tot je moet beginnen wandelen en je kleden. Nu kan ik het wel al een beetje relativieren. Ik heb ook blijven werken tot het laatste, eerst al een jaar moeten proberen om zwanger te worden, dan enorm ziek geweest, hyperemesis, dan werken tot de vrijdag en enkele dagen later was ze er. Ik heb zo nog geen enkel moment gehad om even te genieten. Ik heb niet echt genoten van mijn buikje... Ook die bevalling was zo plots, dan plots een keizersnede...

Ik heb altijd gezegd 'ik wil weten hoe de bevalling zal gaan, hoe alles zal gebeuren', achteraf gezien, is het misschien het beste dat ik het niet wist, omdat ik enorm zou piekeren, maar als je mij nu vraagt 'zou je het opnieuw doen', dan zeker. Ook al weet ik hoe zwaar het zou zijn, als ik zie welke cadeau je krijgt in de plaats, zeker.

S: Maar niet meer natuurlijk?

Nee, sowieso, keizersnede, je zit met je herstel enzo, maar die pijn, ik zal dat nooit vergeten. Ik denk ook een geplande keizersnede, het is meer op het gemak, en als de epidurale dan niet werkt, kan er nog worden gekeken voor iets anders of een oplossing. Maar nu moest het gewoon zo snel

mogelijk geboren en was er geen oplossing meer. Ze was wel volledig ingedaald en ik had al zes centimeter ontsluiting, maar nee, liever niet meer.

S: Hoe lang was de periode tussen dat ze geboren was en dat je ze voor het eerst gezien had?

Ze is rond 14u30 geboren en ik heb ze voor het eerst gezien rond kwart voor vier. Dat was een proper kindje, geen laagje meer, buiten op haar hoofdje kon ik nog een beetje korstjes zien. De dag nadien dat ze op de kamer kwam, was ze gewassen, haar baxtertje was uit...

S: De papa heeft het eigenlijk perfect gedaan, qua hulp, je hebt alles kunnen zeggen tegen hem?

Ja, echt waar. We zijn ook samen geraakt als beste vrienden, we hebben geen geheimen voor elkaar. Ik had gewoon iets van, ik heb daar zoveel uren gelegen, constant verschillende mensen. Je voelt je wel een beetje vies nadat zoveel mensen je hebben betast en naakt gezien, ik was blij toen ik thuis voor het eerst weer alleen onder de douche stond. Voor hem moet dat ook wel raar geweest zijn. Ook, je hebt wel een keizersnede maar hoe dan ook verlies je bloed. Hij hielp me dan mij uit te kleden, broek naar beneden, er ligt daar dan een gigantisch maandverband, je kan er niet naast kijken, voor hem moet dat ook wel... Op dat moment voel je je echt zwak, echt waar, ik heb me nog nooit zo zwak en kwetsbaar gevoeld. Je hangt volledig af van andere mensen, je kan niks, dat vond ik erger dan de pijn aan mijn buik.

Ik ben dan ook nog moeten gaan voor die baxter, daar hebben ze ook niet naar mij geluisterd. Je bent al bijna doorprikt tegen dat je thuis bent, maar er is eigenlijk maar een plaats waar je bij mij kan prikken, ik heb erg slechte aders, maar ze geloofden me niet. Tegen ik thuis kwam zat ik vol met blauwe plekken, ze hadden in mijn handen gestekt, langs de andere kant gestekt...

S: En toen kwam je thuis, en het was alsof je een oorlog had meegemaakt.

Ja, ik voelde me vies, stond vol met blauwe plekken, ik was blij dat ik onder mijn douche stond.

S: De vroedvrouw die aanwezig was bij de sectio, heeft zij nooit tegen je komen praten over hoe het gegaan had?

Nee, ja, op dat eerste moment waren die vragen er nog niet zo helder. Nu is mijn kindje twee maanden, nu heb ik wat tijd gehad om mijn bevalling op een rijtje te zetten, maar nu komen die vragen die ik aan niemand kan stellen, bovendien zit ik nog steeds met het grote gemis dat mijn man er niet bij was. Ik wordt er kwaad van, mijn man is er altijd als ik er niet ben en omgekeerd, ze hadden gezegd dat ze hem meteen gingen gaan halen, nog net voor ik in verdoving ging, en als je dan wakker komt en vraagt of hij er bij was, hoor je van niet. De vroedvrouw die thuis kwam zei ook dat ik eens contact kon opnemen met die gynaecoloog. Maar intussen zijn er al zoveel keizersnedes gepasseerd, het was zo'n druk weekend, ik ben één van de zoveel...

S: Eigenlijk zou de contactname van uit hun kant moeten komen?

Ja, ik zou daar wel echt deugd van gehad hebben. Het zou voor mij beter geweest zijn moest ik een maand of een maand en een half na de bevalling nog eens met iemand hebben kunnen spreken die de volledige bevalling heeft bijgewoond en die kan antwoord geven op al die vragen, want die vragen die ik nu heb, had ik niet toen ik op materniteit lag. Er kwam zoveel op je af, kind en gezin kwam, je leert ze flesje geven, badje geven, pampertjes verversen, je moet voor jezelf

zorgen... Je bent zodanig veel bezig en een tijdje nadat je thuiskomt kun je je bevalling beginnen verwerken en daaruit komen dan die vragen, maar dat is pas na een maand, maand en een half... Als het je eigen gynaecoloog is kan je het op die consultatie na 6 weken eens vragen, anders moet je zo nog een afspraak maken... Dat mis ik wel, een antwoord op al die vragen.

S: Had je op het moment zelf de nood om met iemand te praten?

Ja, ik had wel de vragen van nu nog niet, maar wel andere vragen, ik wou weten waarom dat zo gelopen was, waarom mijn epidurale niet werkte...

S: Heb je kunnen uitten naar de gynaecologen of vroedvrouwen dat je er niet mee akkoord was dat ze beloofd hadden dat ze je man gingen gaan halen?

Ja, maar ze zeiden dat er dan geen tijd meer was, maar ik had het al zo lang gevraagd.. Ze waren daar met acht. Zij hebben allemaal mijn bevalling meegemaakt, maar ik of mijn man niet... Wat maakte het uit dat er één iemand bij was... Ze konden bij wijze van spreken de helft van dat ziekenhuis toelaten, buiten mijn man... Dat is zo nog een punt waar ik kwaad over ben. De volgende keer, het maakt met niet uit wat er gebeurd, hij moet erbij zijn... Dat excuus dat er opeens geen tijd meer was; die deur ging constant open en toe, het was niet veel werk om hem mee te nemen....

S: Vond je dat je voldoende informatie hebt gehad over die keizersnede, over de wonde, over de pijn, over het sporten?

Nee, het enige wat ik wist was dat ik elke vier uur mocht afwisselen tussen Dafalgan en een Nurofen en na zes weken mag je beginnen met kine. Je krijgt dan die papieren mee, je leest dat dan wel, maar ja... Ik moest eigenlijk al twee weken geweest zijn naar de kinesist...

S: Er werd dus niet echt tijd gemaakt om eens uit te leggen hoe alles gegaan was, zoals je zelf zei had je totaal niet door dat er een drain zat?

Nee, wij zijn de woensdagmiddag naar huis gegaan, en toen kwam die assistente ook met de voorschriften, onder andere om die draadjes uit te halen, en toen pas had ik door dat er draadjes in zaten... Ik dacht gewoon dat het verteerbare waren... Van de pil ook, ze hadden mij toen ik 16-17 jaar gezegd dat het zo'n 3 maanden duurt voor die pil volledig werkt. Ze vroegen mij wat ik zou nemen, dus ik zei weer die pil en ik vroeg wanneer ik mocht starten. Ze zei zo'n drie weken na de bevalling en ze zei dat ik na een maand weer volledig beschermd zou zijn. Als ik er allemaal niet achter vroeg, zou ik thuis gekomen zijn en die pil beginnen slikken zijn. Met veel informatie was dat zo, je moest alles vragen. Mijn gynaecoloog zei dan ook dat die pil pas goed werkt na 2-3 maand... Ze zeiden ook dat ik de wonde niet mocht weken, maar het was pas toen ik thuis kwam en die brief las dat ik niet in water mocht zitten omdat ik bloed verloor etc... Er zijn veel dingen waar je zelf op moet denken...

S: Dus ik zal nog eens kort samenvatten welke zaken je graag in de brochure wil zien: Dat ze meer moeten luisteren naar de mensen, dat ze meer informatie moeten geven over verschillende onderwerpen. Wat ik vooral goed zou vinden, is dat terugkoment. Niet gewoon eens op controle bij de gynaecoloog, maar echt met de gynaecoloog die de bevalling gedaan heeft om te overlopen hoe alles gegaan is. Bij een spoedkeizersnede gaat alles zo snel, die vragen, het eerste

moment heb je dat niet, en dat komt pas achteraf. Als het je eigen gynaecoloog is die de keizersnede doet, kan je dat dan vragen na die zes weken. Maar als het een andere is, dan zou het goed zijn om na de controle bij je eigen gynaecoloog, nog eens te kunnen praten met de gynaecoloog die je bevalling gedaan heeft, ook al is het maar vijf of tien minuten. Volgens mij kunnen ze nog altijd het meest van al antwoorden geven. Dat zou voor mij een grote redding zijn, een antwoord op al die vragen... Het zijn vragen waar ik nooit een antwoord op zou hebben. Ik zou ook graag iemand tegenkomen die hetzelfde mee gemaakt heeft, die mij volledig begrijpt, maar veel mensen zijn er precies niet, en zeker niet iedereen wil erover praten... Bij mij, babbelen helpt...

Interview 3

S: Hoe verliep de periode van opname tot het moment waarop u klaargemaakt werd voor een spoedsectio? Hoe werd meegedeeld dat u een spoedsectio moest ondergaan? Werd de reden aangehaald? Was uw partner aanwezig bij de mededeling?

Aankomst in verloskwartier rond middaguur, na half uurtje monitor bleek het om (zware) voorarbeid te gaan. (1 cm opening en nog niet volledig verstreken baarmoederhals) Mogelijkheid om te blijven in ziekenhuis en na twee uur opnieuw een monitor, werd aangeboden, na tweede keer aan de monitor bleek baarmoederhals iets meer verstreken maar nog niet voldoende om opgenomen te worden. Ik kreeg opnieuw mogelijkheid om te blijven en heb die aangenomen, wat goed bleek want half uurtje nadien brak mijn water en werd ik toch opgenomen.

De weeën kwamen traag op gang, omstreeks 18u nam ik een bad in de verloskamer en omstreeks 19u besliste ik de epidurale verdoving te nemen. Ik kreeg die rond 21u bij toen zo'n 5 cm opening. Bij eerdere controles was ook gebleken dat Tijn een 'sterrenkijkertje' was en met zijn hoofdje verkeerd lag. Pogingen om hem om te draaien slaagden niet.

Omstreeks 23u zag de vroedvrouw dat de harttonen van Tijn daalden bij elke wee; waarop ze me aanspoorde te beginnen persen (zonder gynaecoloog). Gynaecoloog kwam binnen bij eerste keer persen. Na twee keer persen besloot zij dan om met de zuignap te proberen, dat werd ook twee keer geprobeerd (inclusief een vroedvrouw die op mijn buik aan het duwen was). Toen werd mij medegedeeld dat een spoedkeizersnede zou ingezet worden omdat er geen beetje schot in de zaak kwam. Tijn wilde helemaal niet zakken.

Woorden van de dokter: we gaan geen risico's nemen en overgaan op spoedkeizersnede. Uw bekken is vervormd en te smal waardoor baby niet langs normale weg kan komen. Uw kindje zit vast in uw bekken.

Partner was aanwezig bij mededeling.

S: Kwam dit nieuws totaal uit de lucht gevallen of was u enigszins voorbereid?

Ik was vrij verrast bij de melding. Voordien was niet gesproken over eventueel vervormd bekken of spoedkeizersnede.

S: Hoe was de vertrouwensband met de vroedvrouw en gynaecoloog voor de keizersnede?

De vroedvrouwen waren heel behulpzaam, vriendelijk en ik had vertrouwen in hun capaciteiten. Idem voor de gynaecoloog van wacht, die ik voordien nog nooit had gesproken. Ze had een nogal directe aanpak en dat kon ik wel waarderen.

S: Wie vertelde u dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan?

De gynaecoloog

S: Hoe voelde u zich wanneer u te horen kreeg dat u een dringende keizersnede moest ondergaan?

In eerste instantie ongerust, maar de beslissing werd snel genomen, en dat vond ik positief. Al bij al had ik maximum een kwartier lang geperst. Ik was op voorhand bang dat Tijn met mogelijk letsel

op de wereld zou komen omwille van zuurstoftekort of complicaties tijdens de bevalling. Door de snelle beslissing van de gynaecoloog was ik toch enigszins 'gerust'. Ik bleef echter wel kalm, ik dacht 'dit moet ik gewoon ondergaan, er is niets aan te veranderen, gewoon mensen hun werk laten doen'.

S: Kon u eventuele vragen stellen?

Ja, ik heb weinig vragen gesteld gezien de situatie voor mij duidelijk was.

S: Werd de spoedkeizersnede uitgevoerd onder algemene anesthesie of had u een epidurale verdoving?

Ik had al een epidurale verdoving.

S: Waar was uw partner terwijl u naar het operatiekwartier werd gebracht?

Die duwde mijn bed samen met de gynaecoloog naar OK. Terwijl ik werd klaargemaakt voor operatie mocht hij niet binnen in het OK, maar werd na zo'n 10 minuutjes uiteraard wel toegelaten.

S: Hoe voelde u zich wanneer u wakker werd?

Ik was bij bewustzijn gedurende volledige procedure. Ik was nogal onder de indruk van mijn keizersnede, vooral van het tempo waarin alles werd uitgevoerd en van het aantal mensen aanwezig in de operatiezaal.

S: Kreeg u de mogelijkheid om met iemand te praten (een psycholoog, sociaal assistent, vroedvrouw, gynaecoloog...)? Had u er nood aan om met iemand te praten? Zo ja, met welke vragen zat/zit u allemaal?

Er werd niet speciaal verwezen naar vertrouwenspersoon maar elke vroedvrouw of arts die mij achteraf heeft gesproken over bevalling en herstel deed dit met de nodige bezorgdheid, tact. Ik voelde niet direct de nood om erover te praten maar die mogelijkheid had ik zeker.

S: Kwam de vroedvrouw of arts die u meedeelde dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan, later nog informatie geven?

Ja. De arts in kwestie heeft me nog op de operatietafel gewaarschuwd dat ik nooit nog een natuurlijke bevalling mag overwegen. De medische reden is dat mijn bekken niet verweekt tijdens een bevalling en ik op geen enkele manier een natuurlijke bevalling zou aankunnen. De arts heeft deze woorden nogmaals herhaald bij een bezoek op de kamer twee dagen nadien.

S: Hoe verliep de genezing van de wonde in het postpartum?

De genezing verliep zonder problemen, het litteken is weliswaar 'grillig'. Ik bedoel daarmee dat je merkt dat het snel moest gaan, heb een kleine 'zwellig' aan de linkerkant die niet volledig weg is, na zes weken. Ik kreeg voldoende uitleg over pijnstilling mee.

S: Hoe ervoer u de begeleiding op materniteit?

Heel goed! De vroedvrouwen, verpleegsters, stagiairs, artsen ... waren allemaal heel zorgzaam en vriendelijk. De begeleiding omtrent de keizersnede verschilde in die over mijn baby, in die zin dat iedereen dezelfde mening toebedeeld is over het verzorgen van de keizersnede, maar niet over het verzorgen van een baby.

Ik ben gestart met borstvoeding in het ziekenhuis, en werd hierin heel goed begeleid door elke vroedvrouw apart, maar elke vroedvrouw heeft een eigen opvatting over 'wanneer' kolven, hoe voeden, Ik vond het nogal verwarrend dat er zoveel 'verschillende' dingen werden gezegd en was meer dan opgelucht dat een zelfstandige vroedvrouw bij me langskwam thuis, wiens raad ik gewoon kon opvolgen zonder andere professionele meningen waartussen ik kon kiezen/twijfelen.

S: Hoe ervoer u de informatie over de wonde, genezing, mobiliteit, litteken etc.?

Ik kreeg voldoende en duidelijke informatie over de keizersnede en hoe hiermee om te gaan.

S: Hoe ervoer u de informatievoorziening omtrent de mogelijkheid tot extra hulp thuis (zelfstandig vroedvrouw, kraamzorg...)?

Ik had op voorhand zelf een zelfstandige vroedvrouw gecontacteerd, op aanraden van vriendinnen en ook van eigen gynaecoloog. Ik kreeg in het ziekenhuis op voorhand veel verschillende alternatieven voor extra hulp thuis.

S: Hoe ervoer u de steun van familie en van uw partner?

Vooral mijn partner heeft me echt gesteund tijdens eerste dagen/weken na de bevalling. Ook mijn familie was behulpzaam.

S: Gaf u borstvoeding, zo ja, hoe verliep deze dan? Hoe verliep het wennen aan uw nieuwe rol als moeder? Hoe voelde u de periode na de bevalling?

Ik ben gestart met borstvoeding maar het verliep niet vlot; in het ziekenhuis heeft men gezien dat Tijn een verkorte tongriem had, waardoor hij niet makkelijk kon aanleggen. Ik heb besloten om dan af te kolven, ik wou wel graag borstvoeding geven. De begeleiding hierbij in het ziekenhuis was heel goed, maar opnieuw dezelfde opmerking als ervoor, veel vroedvrouwen hadden hun eigen kleine details waarin ze verschillen. Ik ben iemand die een duidelijke richtlijn nodig heeft om te volgen, ik was heel onzeker over mijn capaciteiten als mama op dat moment.

Concrete voorbeelden: hoe het 'los masseren' van harde plekken in de borsten moest gebeuren werd door vroedvrouwen verschillend uitgelegd. Vroedvrouwen verschillen ook in mening over het voeden op vraag of wakker maken om te drinken.

Eenmaal thuisgekomen ben ik vrij snel veranderd van gedacht over borstvoeding. De eerste avond na mijn thuiskomst uit het ziekenhuis kreeg ik een enorme 'dip'. De wandeling van de ziekenhuiskamer naar de auto hadden me al uitgeput, ik had ook last van ijzertekort door bloedverlies en voelde me echt belabberd. Bij het thuiskomen moest ik kolven, Tijn drinken geven, .. het was me allemaal even te veel! Vooral het kolven vond ik zowel fysiek als mentaal moeilijk (en beetje pijnlijk). Ik maakt me voortdurend ook ongerust en was onzeker over mijn capaciteiten als mama. Er was mij niet duidelijk gezegd hoeveel Tijn eigenlijk moest drinken, ik kon wel afkolven maar hoeveel ik dan moest geven werd mij niet duidelijk verteld. Ik had het gevoel dat

we hem niet genoeg te eten gaven, en dat het eigenlijk mijn schuld was omdat ik hem niet de borstvoeding kon geven die ik voorop had gesteld.

Ik was fysiek en mentaal 'op', en ben in huilen uitgebarsten. De fysieke pijn aan mijn borsten en keizersnede, het slaaptkort, de continue 'bezorgdheid' over mijn kindje, .. het was me allemaal wat teveel. Mijn man heeft me dan de nodige steun gegeven, hij stelde voor om te stoppen met kolven, zodat ik al meer tijd had om te slapen en ook geen pijn meer zou hebben. Toen hij mij dat voorstelde was ik opgelucht, eenmaal de beslissing genomen was om te stoppen met borstvoeding viel er als het ware een last van mijn schouders.

De dag nadien heb ik het met een zelfstandige vroedvrouw besproken, die me steunde in de beslissing en me heel goede raad gaf over het afbouwen van de borstvoeding. Ze heeft ook een soort flesvoeding aangeraden, de hoeveelheden en frequenties besproken enz.. Zij was heel duidelijk in haar raad, gaf mij één lijn die ik kon volgen en dat was wat ik nodig had.

Nu ik erop terugkijk ben ik wel een klein beetje teleurgesteld in mezelf, ik had wat meer kunnen doorbijten. Misschien probeer ik het nog eens bij een tweede kindje. Het was wel de juiste beslissing op het moment zelf.

S: Welke zaken wil u absoluut in de brochure zien, of over welke topics ontving u te weinig informatie?

Een brochure zou voor mij vooral praktische informatie moeten bevatten.

- voorbeeldschema of dagindeling met daarin tijdstippen / hoeveelheden / ... van het voeden voor elk alternatief (borstvoeden – kolven – flesvoeding) .
- een schema om manueel aan te vullen: de flesjes/voedingen met tijdstip / hoeveelheid per dag / pampers .. – pijnstillers die je nam (ik vergat altijd of ik mijn pijnstiller al had ingenomen, en welke van de twee soorten..)
- Het minimale aantal pipi – pampers & aantal kaka-pampers?
- de 'verzorging' van het litteken van de keizersnede + de pijnstilling (hoeveel van welke pijnstiller en hoe lang?) + signalen van ontsteking ? Do's & don'ts bij keizersnede of praktische tips voor het omgaan met de pijn en verzorging. vb: hoge onderbroeken dragen / buikband of Welke olie of verzorging op lange termijn en wanneer mag je daarmee starten?
- wanneer een vervolgspraak bij gynaecoloog/kinderarts plannen?
- wanneer starten met postnatale kine?
- wanneer mag seks?

Ik wil nog even opmerken dat ik niet ontevreden ben over het verloop van mijn bevalling en de week nadien. Het is wel zo dat ik als 'first time mama' mij heel onzeker voelde over alle beslissingen die ik moest nemen omtrent het voeden, de keizersnede, ... Het is zo dat ik graag duidelijke richtlijnen volg en dat ik veel twijfel als het op 'beslissingen nemen' aankomt. Het emotionele aspect van de spoedkeizersnede was in combinatie met alle nieuwe verantwoordelijkheden wel 'zwaar' maar ik heb de operatie zelf niet als negatief ervaren.

Een brochure zou voor mij een houvast bieden omdat er zo veel verschillende zaken en meningen op je af komen in het ziekenhuis. Zeker over praktische zaken rond borstvoeding en het kolven heb ik veel opgezocht op het internet.

Het aspect 'spoedkeizersnede' komt weinig aan bod tijdens bezoeken aan gynaecoloog en vroedvrouwen bij zwangerschap waarbij uitgegaan wordt van een natuurlijke bevalling. Misschien moet hierover meer gecommuniceerd worden op voorhand?

Interview 4

S: Hoe verliep de periode van opname tot het moment waarop u klaargemaakt werd voor een spoedsectio?

Ik had telefonisch contact gehad met dienst materniteit omwille van bloeding. Mocht direct doorkomen naar de dienst. Eenmaal daar aangekomen zag men direct de ernst en werd ik klaargemaakt voor spoedsectio.

S: Hoe werd meegedeeld dat u een spoedsectio moest ondergaan? Werd de reden aangehaald? Was uw partner aanwezig bij de mededeling?

Na controle inleggers en zien van hoeveelheid bloed + echo werd direct groot alarm geslagen. Wij als ouders zagen dat er iets grondig mis was, omdat men direct rondbelde naar arts/nicu team enz.

Na uiteindelijk zelf letterlijk te vragen van 'word het spoedsectio' bevestigde men ons vermoeden. Partner én zoontje van 3j waren hierbij aanwezig.

S: Kwam dit nieuws totaal uit de lucht gevallen of was u enigszins voorbereid?

Wij waren totaal niet voorbereid. Gingen daags nadien normaal naar pretpark met zoontje en zoontje was ook mee naar het ziekenhuis omdat we dachten dat ik wel weer naar huis ging mogen of dat het observatie ging worden.

S: Hoe was de vertrouwensband met de vroedvrouw en gynaecoloog voor de keizersnede?

Waren allemaal hulpverleners die we niet kenden (weekenddienst) of enkel eens op controle heb gezien.

S: Wie vertelde u dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan?

Gynaecoloog van wacht

S: Hoe voelde u zich wanneer u te horen kreeg dat u een dringende keizersnede moest ondergaan?

Angst, onzekerheid. Vooral de vraag 'haalt ons meisje het?' 'wat staat ons te wachten? Gaan we haar mogen zien?

Ook de angst dat ze zou verwisseld worden met een andere baby omdat we haar niet bij ons hadden en fouten zo snel gebeuren. Bizar, maar dat spookte immens door m'n hoofd

S: Kon u eventuele vragen stellen?

Veel tijd voor vragen was er niet. Het moest uiterst snel gaan

S: Werd de spoedkeizersnede uitgevoerd onder algemene anesthesie of had u een epidurale verdoving?

Epidurale verdoving

S: Waar was uw partner terwijl u naar het operatiekwartier werd gebracht?

Onderweg met zoontje naar de receptie om hem met oma mee te geven. Maar hij was net op tijd terug om mee naar de ok te gaan.

S: Hoe voelde u zich wanneer u wakker werd?

Direct na de ingreep (nooit in slaap geweest) veel angst, je weet niet wat er gebeurt, hoort allerlei toeters en bellen. Je hoort plots je kleintje niet meer huilen enz...

S: Kreeg u de mogelijkheid om met iemand te praten (een psycholoog, sociaal assistent, vroedvrouw, gynaecoloog...)? Had u er nood aan om met iemand te praten? Zo ja, met welke vragen zat/zit u allemaal?

Naast de vroedvrouwen op materniteit hebben we nooit iemand anders gezien. Het werd ons ook nooit aangeboden, dus wisten we niet of het kon. Ik werd aan m'n lot overgelaten op een lege kamer.

Ik wou vooral mijn kindje zien, maar die was reeds naar de nicu in een ander ziekenhuis.

S: Kwam de vroedvrouw of arts die u mededeelde dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan, later nog informatie geven?

Niet dat ik mij kan herinneren. Waarschijnlijk wel in de recovery.

S: Hoe verliep de genezing van de wonde in het postpartum?

Heel veel pijn gehad, reactie op hechtingsdraad gehad. Heb heel lang amper kunnen stappen.

S: Hoe ervoer u de begeleiding op materniteit?

Vlak na de bevalling werd ik in een lege kamer geïnstalleerd en voor de rest zag ik niemand. 's avonds ben ik overgebracht naar het ziekenhuis waar m' 'n dochtertje op nicu lag. Daar een heel fijne begeleiding en hulp gekregen van de verpleging.

S: Hoe ervoer u de informatie over de wonde, genezing, mobiliteit, litteken etc.?

Ze wisten goed hoe ermee om te gaan, gaven de correcte info omtrent veiligheid en genezing, hoe ik best naar de nicu afdeling ging enz...

S: Hoe ervoer u de informatievoorziening omtrent de mogelijkheid tot extra hulp thuis (zelfstandig vroedvrouw, kraamzorg...)?

Dit werd allemaal voorgesteld vlak voor ontslag. Maar hadden al tijdens de zws een zelfstandige vroedvrouw aan huis.

S:Hoe ervoer u de steun van familie en van uw partner?

Partner heeft heel veel gedaan, samen met ouders, zodat het zowel voor mij als voor zoontje thuis leefbaar bleef.

Ik miste vooral mijn vrienden die anders wel zouden komen, maar het nu lieten afweten en niks van zich lieten horen.

S:Gaf u borstvoeding, zo ja, hoe verliep deze dan?

Ik had me vooraf al heel goed geïnformeerd en had ook al 14m borstvoeding gegeven aan zoontje. Ik heb direct mijn nieuwe kolf besteld in de borstvoedingswinkel en haar om advies gevraagd. Bij zoontje kreeg ik in het ziekenhuis verkeerd advies en had toen heel wat opstart problemen. Nu wou ik correcte info en heb dus direct zelf contact genomen met IBCLC lactatiekundige.

Ook via fb zocht ik info omtrent borstvoeding bij prematuurtje en kon deze info goed toepassen. Borstvoeding bij prematuurtje is namelijk anders dan bij een aterm baby. Dat wist ik toen niet, maar gelukkig kreeg ik correcte info.

S: Hoe verliep het wennen aan uw nieuwe rol als moeder?

Heel moeilijk, ik voelde me wel direct mama van Elisa, maar toch voelde het anders. Het was alsof ik mijn kind niet kende, ik wist niet hoe ze reageerde op prikkels, wat ze wel of niet fijn vind,...

S: Hoe voelde u de periode na de bevalling?

Heel erg 'leeg' en verdrietig. Ik heb amper kraambezoek gehad. Ik was bevallen van mijn dochtertje, iets wat heel fijn zou moeten zijn. Een moment waarop iedereen vrolijk en blij op bezoek komt en je feliciteren. Maar nu ze prematuur geboren is durfde precies niemand komen en hebben we dus niks van kraamperiode gehad. Enige bezoek die kwam waren ouders, grootouders en meter/peter. En een enkele vriendin.

Zelfs nu, 8m later, blijft dit gemis enorm pijnlijk. Het is iets wat nooit meer kan hersteld worden. Je komt als ouder in een heel moeilijke periode, maar ook dan ben je fier om opnieuw mama/papa te zijn. Ook dan wil je pronken met je kindje, kunnen vertellen over je ervaring over wat er gebeurd is. En nu bleef ik er gewoon moederziel alleen met mijn emoties. Alsof niemand interesse had in ons kindje.

S: Welke zaken wil u absoluut in de brochure zien, of over welke topics ontving u te weinig informatie?

Borstvoeding specifiek bij prematuurtjes
Waar kan je terecht met je emoties/ervaring van nicu?

Interview 5

S: Hoe verliep de periode van opname tot het moment waarop u klaargemaakt werd voor een spoedsectio?

Eigenlijk heel rustig. Ik ben binnengegaan in de materniteit om 13 u. Ik had toen al 7 cm opening en mocht dus meteen naar het verloskwartier. Ik werd daar begeleid door één vroedvrouw, waar ik heel blij om was want ik wilde geen 10 verschillende mensen rond mij zien :) Enkel voor een echo kwam er een andere arts bij (want de baby was een sterrekijker). Om 19u zei de vroedvrouw dat ik mocht beginnen persen.

S: Hoe werd meegedeeld dat u een spoedsectio moest ondergaan? Werd de reden aangehaald? Was uw partner aanwezig bij de mededeling?

Na bijna 1 uur persen (om 20 u) kwam de gynaecologe erbij en zij schrok ervan dat de baby nog totaal niet opgeschoven was. Ze zei: „we proberen nog de zuignap, maar als dat niet lukt wordt het keizersnede”. De zuignap mislukte, dus toen werd ik meteen naar de operatiekamer gebracht aan de overkant van de gang. Mijn partner was aanwezig bij de mededeling. De gynaecologe zei op dat moment dat ze vermoedde dat mijn bekkenuitgang te smal was want de baby was niet zwaar genoeg om niet als sterrenkijker te kunnen passeren, maar dat kon ze toen niet met zekerheid zeggen.

S: Kwam dit nieuws totaal uit de lucht gevallen of was u enigszins voorbereid?

Het nieuws kwam volledig uit de lucht gevallen, zowel voor mij als voor de gynaecologe. Op 37 weken werden eiwitten in mijn urine gevonden (zwangerschapsvergiftiging), dus die week moest ik constant naar het ziekenhuis om aan de monitor te hangen en om mijn bloeddruk en urine op te volgen. Ik had ook al enkel cm's opening toen. In die week hebben ze ook nog verder „gestript” zodat de bevalling zou op gang komen en zodat de bevalling niet zou moeten worden ingeleid. De gynaecologe zei toen al dat het hen verwonderde dat ik nog niet bevallen was omdat de baby echt wel klaar zat. Ook toen ik de dag van de bevalling toekwam op de materniteit zeiden ze dat alles waarschijnlijk snel zou gaan. Toen keizersnede nodig bleek, vielen we dus compleet uit de lucht. Ook de gynaecologe zei dat ze dat eigenlijk echt niet verwacht had.

S: Hoe was de vertrouwensband met de vroedvrouw en gynaecoloog voor de keizersnede?

De vroedvrouw had ik nog nooit gezien, maar ik was wel onmiddellijk op mijn gemak bij haar. De vertrouwensband met de gynaecologe was goed.

S: Wie vertelde u dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan?

Mijn gynaecologe.

S: Hoe voelde u zich wanneer u te horen kreeg dat u een dringende keizersnede moest ondergaan?

Op dat moment kon het mij eigenlijk allemaal niet zoveel schelen en bleef ik eigenlijk wel rustig. Ik denk dat je dan een beetje op „survivalmodus” overschakelt. Ik had het er moeilijker mee nadien, niet vooraf.

S: Kon u eventuele vragen stellen?

Neen, daar was toen geen tijd voor.

S: Werd de spoedkeizersnede uitgevoerd onder algemene anesthesie of had u een epidurale verdoving?

Ik had gelukkig reeds een epidurale gevraagd tijdens de bevalling, dus kon de keizersnede ook onder epidurale verdoving.

S: Waar was uw partner terwijl u naar het operatiekwartier werd gebracht?

Hij was de hele tijd bij mij tijdens de bevalling, maar toen ik naar de operatiekamer werd gebracht moest hij in de gang wachten. Hij mocht pas binnenkomen 2 minuten voor de baby uit de buik kwam.

S: Hoe voelde u zich wanneer u wakker werd?

Ik ben eigenlijk de hele tijd wakker geweest, maar heb op recovery wel de hele tijd geslapen, want ik was wel uitgeput na de arbeid en al die verdoving. Toen ik terug op de kamer was, was ik eigenlijk nog wat „groggy” want ik herinner me van die avond na de operatie eigenlijk niet zoveel. Alles drong nog niet echt door. Ik weet wel nog dat ik het heel jammer vond dat ik de huid op huid niet had kunnen doen en dat ik niet had kunnen genieten van de eerste momenten van de geboorte van ons zoontje.

S:Kreeg u de mogelijkheid om met iemand te praten (een psycholoog, sociaal assistent, vroedvrouw, gynaecoloog...)? Had u er nood aan om met iemand te praten? Zo ja, met welke vragen zat/zit u allemaal?

Er was niet echt een mogelijkheid om uitgebreid met iemand te praten. De vroedvrouwen waren wel heel lief, maar na de geboorte draait eigenlijk alles rond de baby en naar mijn gevoel komt de mama op de tweede plaats, terwijl een keizersnede eigenlijk wel een serieuze operatie is. Het was ook heel druk in het ziekenhuis op dat moment, dus de vroedvrouwen hadden ook heel weinig tijd over om te praten. Ik zat wel met heel wat vragen: Zal mijn tweede kindje ook met keizersnede moeten geboren worden? Zal de wonde snel genezen? Wat is er mis gelopen zodat het keizersnede moest zijn? Komt alles lichamelijk terug goed met mij? enz... Eigenlijk denk ik dat een gesprek met een psychologe na een spoedkeizersnede eigenlijk niet slecht zou zijn. Dan kan je uw hart eens luchten en voel je u misschien minder slecht in de dagen erna.

S: Kwam de vroedvrouw of arts die u meedeelde dat u een spoedkeizersnede moest ondergaan, later nog informatie geven?

De gynaecologe en assistente zijn nog langsgesproken tijdens mijn verblijf om naar de wonde te kijken, voor een kort gesprek en voor de opmaak van de ontslagpapieren. Maar dit was beperkt. Ik had graag wat meer geweten over mogelijke kwaaltjes nadien e.d.

S: Hoe verliep de genezing van de wonde in het postpartum?

In het ziekenhuis vond ik dit zeer zwaar. De eerste dag lig je plat, maar de tweede dag moet je uit je bed. Ik had veel moeite om te wandelen want die wonde trok tegen. En als ik een eind rechtop

zat, werd ik duizelig. Maar toen ik na 4 dagen thuis was, ging het eigenlijk heel snel beter met die wonde. Ik schrok ervan hoe snel mijn lichaam genas. Het litteken zelf is ook heel proper, dus daar zie je weinig van.

S: Hoe ervoer u de begeleiding op materniteit?

Positief, want ze waren heel lief en hielpen zoveel mogelijk. De begeleiding had voornamelijk te maken met de borstvoeding. Daar waren ze heel actief mee bezig om het op gang te krijgen. Wat ik wel jammer vond, was dat ik door mijn keizersnede niet werd betrokken bij het badje geven of het verversen van de luiers. De dag dat ik naar huis moest, heb ik nog aan een vroedvrouw moeten vragen om mij alles eens te tonen omdat ik volledig in paniek was dat ik nog niets had geleerd. Hoe ervoer u de informatie over de wonde, genezing, mobiliteit, litteken etc.? Die informatie vond ik eerder beperkt. Ik wist dat ik niet mocht sporten, enkele weken niet met de auto mocht rijden, en dat ik ijzertabletten moest innemen, maar daar bleef het ook bij. Er werd weinig info gegeven over het behandelen van de wonde en over eventuele kwaaltjes.

S: Hoe ervoer u de informatievoorziening omtrent de mogelijkheid tot extra hulp thuis (zelfstandig vroedvrouw, kraamzorg...)?

Goed, ze zijn allemaal langsgesproken tijdens mijn verblijf op de materniteit om zich voor te stellen en mijn gegevens te noteren. In de toekomst zou ik wel alle informatie al verzamelen op voorhand want ik kon eigenlijk op dat moment niets onthouden en mijn toestand was eigenlijk niet zo goed waardoor ik er op dat moment eigenlijk geen boodschap aan had. Maar op zich vond ik de begeleiding op dat vlak wel oké.

S: Hoe ervoer u de steun van familie en van uw partner?

Heel goed! Mijn partner is mijn volledige verblijf bij mij gebleven in de materniteit om eigenlijk in mijn plaats voor de baby te zorgen aangezien ik me echt niet goed en heel zwak voelde na de operatie. Gelukkig, anders was het een ramp geweest. Mijn moeder is ook eens een halve dag bij mij gebleven om mijn partner eens af te lossen.

S: Gaf u borstvoeding, zo ja, hoe verliep deze dan?

Ja ik gaf borstvoeding. In het begin liep dit niet zo goed, want het was een luie drinker (viel constant in slaap). Daardoor kwam de borstvoeding niet op gang. De vroedvrouwen kwamen dan manueel afkolven en daarna moest ik dan zelf ook constant kolven omdat de baby al meer dan 10% van zijn geboortegewicht verloren was. De combinatie van borstvoeding geven en niet mobiel zijn door de operatie vond ik niet te onderschatten. Ik moest meestal borstvoeding geven in mijn bed en lag meestal al niet in een goeie positie om eraan te beginnen dus de vroedvrouwen hebben het wel serieus moeten forceren en ik heb toch even gedacht aan opgeven, maar toen ik thuis was en ik op mijn gemak was, lukte het al snel veel beter. We zijn nu 2,5 maanden later en de borstvoeding loopt zeer goed.

S: Hoe verliep het wennen aan uw nieuwe rol als moeder?

De eerste week na de bevalling heb ik het heel moeilijk gehad. Ik kon het precies niet verwerken dat de bevalling niet op een natuurlijke manier gelukt was en dat ik daardoor niet mobiel was. Ik

had ook last van mijn bekken en was héél bezorgd over de baby. Ik was panisch voor wiegendood en kon dus echt niet van de baby genieten. Maar na een grote week begon dat te veranderen en toen ben ik ervan beginnen genieten. Ik ben nog steeds bezorgd, maar dat is denk ik wel zo voor iedere nieuwe mama.

S: Hoe voelde u de periode na de bevalling?

Niet goed, zowel mobiel als mentaal. Zoals ik hierboven reeds vermeldde, kon ik het niet verkroppen dat het zo had moeten lopen. En ik vond het verschrikkelijk dat ik bijna niet kon wandelen en niet op stap kon met de baby. Ik denk dat ik me beter had gevoeld als ik toch ietwat voorbereid was geweest op een keizersnede. Eigenlijk zouden ze dat moeten integreren in de infosessies die ze geven in het ziekenhuis rond bevallen.

S: Welke zaken wil u absoluut in de brochure zien, of over welke topics ontving u te weinig informatie?

Eigenlijk vind ik dat er sowieso op voorhand wat info zou moeten gegeven worden over spoedkeizersnedes. Ook al wijst niets erop dat een keizersnede zal nodig zijn, het kan toch altijd gebeuren. Ik denk dat ik mij nadien veel beter had gevoeld, als ik op voorhand voorbereid was geweest op het verloop van een keizersnede.

Wat meer info over de verzorging van de wonde en de mogelijke kwaaltjes nadien zou ook helpen, want ik heb eigenlijk bijna alles zelf moeten opzoeken op internet.

S: In vorige interviews is er gebleken dat vrouwen graag een contactmoment met hun gynaecoloog, zo'n 6 weken na de spoedkeizersnede, zouden hebben om alles nog eens te bespreken en bepaalde vragen te stellen. Kunt u zich hierin herkennen?

Je moet sowieso 6 weken na de bevalling lang bij de gynaecoloog op controle, dus toen heb ik eigenlijk alles kunnen bespreken en vragen. Een extra contactmoment lijkt mij dus niet echt nodig. Ik denk dat het verstrekken van informatie rond een spoedkeizersnede VOORAF nuttiger zou zijn, ook al blijkt een spoedkeizersnede uiteindelijk niet nodig.

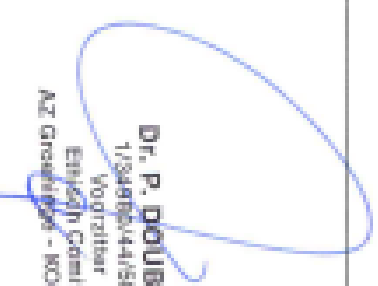
Advies Commissie Medische Ethiek (CME) voor bachelorproef/masterproef

- Dossienummer CME: 18118 (AZGT2018015)
- BUN-nummer: B396201939208.....
- Naam studenten: Sarah Vandewalle.....
- Titel: Omgaan met vrouwen die een spoedkeizersnede ondergaan – Ontwikkeling ondersteunende brochure
- Leidend ethisch comité : AZ Groeninge.....
- Valt onder de experimentenwet Ja (prospectief onderzoek) NEE (retrospectief onderzoek) NVT (niet van toepassing)

In orde?	Niet in orde?	Document	Aanwezig?	Niet vereist	Opmerking
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adviesaanvraag bij de commissie medische ethiek in het kader van een bachelorproef	<input checked="" type="checkbox"/>		- Recruitering via sociale media kan voor privacy-problemen zorgen. Beter via ander kanaal. Onder 'Methodiek', laatste regel van 1 ^e paragraaf : '... nog AAV bepaalde zaken denken, ...'
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beroepsgeheim en Privacy : over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informatiebrief	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toestemmingsformulier (Informed consent)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vragenlijsten of andere meetinstrumenten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No-fault verzekering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goedkeuring voor onderzoek in het kader van een scriptie door de dienstverantwoordelijken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------------------------------	--------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------	--

- Advies + datum advies: Gunstig advies mits rekening houden met opmerkingen 18/02/2019



Dr. P. DOUBEL
1/3486644/580
Voorzitter
Eetisch Comité
AZ Groeninge - Kortrijk



Do's and Don'ts na een spoedsectio

Handvaten voor vroedvrouwen

Sarah Vandewalle

Student Bachelor in de Vroedkunde

Vives Kortrijk

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Deel 1 Mogelijke problemen na een spoedkeizersnede.....	4
1.1. Maternale fysieke morbiditeit.....	4
1.2. Maternale psychologische morbiditeit.....	5
1.3. Effect op relatie tussen moeder en kind.....	6
1.3.1. Hechting	6
1.3.2. Borstvoeding	6
Deel 2 Problemen in de begeleiding na een spoedkeizersnede.....	7
2.1. De omgeving.....	7
2.2. Begeleiding door zorgverleners.....	8
Deel 3 Aanbevelingen voor zorgverleners.....	10
Deel 4 Besluit.....	12

Inleiding

In het kader van een bachelorproef 'Onderzoek naar hoe zorgverleners beter hulp kunnen bieden na een spoedkeizersnede', werd deze brochure ontwikkeld. Deze brochure heeft als doel een totaalbeeld te scheppen over hoe vrouwen die een spoedkeizersnede hebben ondergaan betere ondersteuning kunnen krijgen van zorgverleners. Deze aanbevelingen zijn ontwikkeld door middel van een kwalitatief onderzoek.

In het eerste hoofdstuk worden mogelijke problemen na een spoedkeizersnede geschetst, waarin vooral wordt stilgestaan bij de mogelijke psychologische problemen en bij het effect op de relatie tussen moeder en kind

In het tweede hoofdstuk wordt stilgestaan bij de mogelijke problemen in de begeleiding na een spoedkeizersnede. Deze problemen komen voort uit literatuuronderzoek, alsook uit patiënteninterviews.

In het derde hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven voor zorgverleners.

'Ik denk
dat je dan een
beetje op
'survival-
modus'
overschakelt'

1 Mogelijke problemen na een secundaire sectio

Hoewel na een spoedkeizersnede dezelfde problemen worden teruggevonden als na een primaire sectio, blijkt het risico op morbiditeit toch hoger te zijn. Hierbij spreken we niet alleen over de mogelijke problemen voor de moeder, ook het risico op foetale problemen blijkt hoger te zijn dan na een geplande keizersnede. In deze brochure worden enkel de mogelijke maternale problemen aangehaald.

1.1. Maternale fysieke morbiditeit

Een keizersnede is en blijft een operatie, daaruit volgt dat er altijd een bepaald risico is op complicaties. Deze complicaties kunnen leiden tot problemen tijdens of na de keizersnede, maar kunnen ook een mogelijke rol spelen bij de volgende zwangerschappen.

Bij de intra-operatieve complicaties speelt vooral de factor 'tijd' een rol. Een spoedkeizersnede wordt in allerijl uitgevoerd om het leven van de moeder en/of het kind te redden. Indien de vrouw voordien een epidurale verdoving heeft gekregen tijdens de arbeid, kan de anesthesist meestal langs deze weg voldoende medicatie toedienen. Indien de vrouw nog geen verdoving heeft ontvangen of deze onvoldoende is als operatieve verdoving, wordt meestal overgegaan tot algemene anesthesie. Bij volledige verdoving bij een vrouw die niet nuchter is, bestaat het risico op aspiratiepneumonie. Daarnaast is er een verhoogd risico op laceraties, onder andere van de cervix en vagina. Uit onderzoek blijkt dat het risico op laceraties bij een spoedkeizersnede 6.8% bedraagt, bij een geplande keizersnede is dit slechts 1.7%. Andere mogelijke complicaties zijn infecties, orgaanverwondingen, anesthesische complicaties, bloedingen etc.

In het postpartum is een infectie de meest voorkomende complicatie na een spoedkeizersnede. Om dit te voorkomen, wordt vaak profylactisch antibiotica toegediend. Endometritis is bijvoorbeeld een vaak voorkomende complicatie in het postpartum, al verdwijnt dit over het algemeen 90 à 95% binnen de 72 u na de spoedsectio. Wonddehiscentie treedt bij ongeveer 5% van alle keizersneden op, vaak door een onderliggende infectie. Urineweginfecties treden bovendien ook vaak op, dit door het plaatsen van een verblijfsonde. Het tijdig verwijderen van de sonde kan problemen voorkomen.

Ten slotte bestaat er na een keizersnede een verhoogd risico op trombo-embolische stoornissen. Profylaxe voor de keizersnede, het dragen van TED-kousen, alsook profylaxe nadien, het systematisch toedienen van bloedverdunners, kan het risico op trombo-embolische complicaties verminderen. Daarenboven moet er worden stilgestaan bij mogelijke complicaties tijdens volgende zwangerschappen, zoals een uterusruptuur, onvruchtbaarheid, placenta-afwijkingen, buitenbaarmoederlijke zwangerschappen etc.

1.2. Maternale psychologische morbiditeit

De geboorte van een kind is een belangrijk moment voor koppels. Een negatieve bevallingservaring kan aanleiding geven tot psychologische problemen. Het ondergaan van een spoedkeizersnede is een risicofactor voor het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis, zoals postnatale depressie, postnatale psychose en/of posttraumatische stressstoornis.

Een *postnatale depressie* overkomt 10 à 20% van alle moeders en ongeveer 1 à 2% van alle vaders, uit onderzoek blijkt echter dat vrouwen die een spoedsectio hebben ondergaan, een relatief risico van 1.81 hebben om een postnatale depressie te krijgen. Een postnatale depressie begint doorgaans binnen de zes weken na de bevalling. Verschillende signalen wijzen op een mogelijke depressie, bijvoorbeeld: slapeloosheid, somberheid, extreme vermoeidheid, gebrek aan eetlust, huilbuien etc. Uit onderzoek is gebleken dat de kans op een postnatale depressie significant hoger is na een spoedkeizersnede, dit werd deels verklaard door het groot gevoel van stress en angst dat met een spoedsectio gepaard gaat. Een postnatale depressie is één van de meest kritieke problemen in het postpartum, niet enkel omdat het een nadelige invloed kan hebben op de moeder-kind binding, een risico is voor het vroegtijdig stopzetten van de borstvoeding en gevolgen kan hebben voor het kind (bijvoorbeeld cognitieve vertraging, verminderde sociale interacties), maar ook omdat 20% van de overlijdens in het postpartum te wijten zijn aan suïcide.

'Eigenlijk denk ik dat een gesprek met een psychologe na een spoedkeizersnede eigenlijk niet slecht zou zijn'

Een *postnatale psychose* komt bij 1 à 2 op de 1000 bevallen vrouwen voor. Een postnatale psychose ontstaat doorgaans binnen een week na de bevalling, het kan echter tot vier weken na de bevalling ontstaan. Kenmerkend voor een postnatale psychose is het verstoord contact van de moeder met de buitenwereld, de vrouw leeft in haar eigen werkelijkheid, ziet of hoort dingen die er voor andere mensen niet zijn. Het denken is vaak verward, de reacties zijn anders dan voordien. Voorafgaand aan de psychose is er vaak neiging tot isolement, achterdocht, angstig gedrag en concentratiestoornissen. Hoewel het minder voorkomend is dan een postnatale depressie, is het een psychiatrische noodsituatie die doorgaans onmiddellijk opname vereist omwille van het gevaar voor zowel moeder als kind.

Een *posttraumatische stressstoornis* is een angststoornis die kan ontstaan na het meemaken van een trauma. Volgens de DSM-V kan je over PTSS spreken indien aan zeven criteria wordt voldaan. Men stelt de diagnose door systematisch na te gaan of een traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden in het verleden en of deze gebeurtenis al dan niet wordt herbeleefd of vermeden en tot prikkelbaarheid leidt. Bovendien is de slaap vaak verstoord door nachtmerries of is de vrouw zo angstig dat ze niet durft te slapen. Ook overdag kunnen allerlei zaken de vrouw herinneren aan de gebeurtenis, waardoor de gebeurtenis wordt herbeleefd. De duur van de symptomen moeten langer dan één maand aanwezig zijn. Kwalitatief onderzoek suggereert dat PTSS een negatieve invloed heeft

op zowel de partnerrelatie als de relatie tussen moeder en kind. Daarenboven kan ook de ontwikkeling van het kind vertraging oplopen. Onderzoek toonde aan dat vrouwen die een spoedsectie hebben ondergaan 9% kans hebben op een posttraumatische stressstoornis.

1.3. Effect op relatie tussen moeder en kind

'Het was alsof ik mijn kind niet kende, ik wist niet hoe ze reageerde op prikkels, wat ze wel of niet fijn vind, ...'

1.3.1. Hechting

Hechting wordt omschreven als een emotionele relatie tussen twee personen gekenmerkt door wederzijdse genegenheid en een verlangen om nabijheid te behouden. Na een (spoed)keizersnede zijn moeder en kind langer gescheiden dan na een gewone bevalling. Er is dus een vertraging in de vorming van de band tussen moeder en kind. Daarnaast bleek uit onderzoek dat de ontwikkeling van een band tussen moeder en kind na een spoedkeizersnede vaak moeilijker verloopt doordat de bevallingswijze plots is moeten veranderen of de bevalling niet verwacht werd.

1.3.2. Borstvoeding

Tijdens de eerste vier à zes levensmaanden wordt exclusieve borstvoeding aanbevolen voor alle zuigelingen. Onderzoek heeft aangetoond dat vrouwen die via een keizersnede bevallen, minder snel geneigd zijn om voor borstvoeding te kiezen of de start van borstvoeding uitstellen. Deze vertraging wordt geassocieerd met maternale-infantiele scheiding, onvoldoende melktoevoer etc. Daarnaast toonde onderzoek ook aan dat vrouwen die bevallen via spoedkeizersnede meer kans hadden om te stoppen met borstvoeding binnen de eerste twaalf weken, bovendien mislukte de eerste poging vaker, waren de moeders niet in staat om hun baby de eerste 24 uur borstvoeding te geven en vaak konden ze geen borstvoeding geven bij het verlaten van het ziekenhuis. Er werd verondersteld dat de verhoogde maternale en foetale stress, geassocieerd met de complicaties bij de bevalling gerelateerd is aan de toegenomen moeilijkheden met de borstvoeding. Daarnaast gebeurt een spoedsectie vaak onder algemene anesthesie, waardoor er enkele uren gewacht moet worden tot de medicatie uit het lichaam van de mama is verdwenen, vooraleer gestart kan worden met de borstvoeding.

'ik dacht voor hetzelfde geld leggen ze het kindje op mij en heb ik iets van 'aja, een baby'tje', ik had echt iets van, mijn man heeft ze niet geboren weten zijn, ik ook niet'

2 Problemen in de begeleiding na een spoedkeizersnede

Lange tijd werd gedacht dat de geboorte van een kind enkel een positieve ervaring kon zijn voor een moeder. De laatste jaren groeide het besef dat een bevalling ook een negatieve, zelfs traumatiserende ervaring kan zijn, die aanleiding kan geven tot psychische problemen.

Ondersteuning speelt bij een spoedkeizersnede een cruciale rol. Enerzijds valt de ondersteuning door de partner, familie en omstaanders niet te onderschatten, anderzijds hebben zorgverleners een onmiskenbare rol in herkenning en preventie van psychische problemen.

2.1. De omgeving

Eerst wordt er stilgestaan bij de partner, de persoon die er van het begin van de zwangerschap bij was. Het belang van goede ondersteuning door partners werd door verschillende vrouwen aangehaald. Over het algemeen waren de vrouwen die deelnamen aan de interviews tevreden over de steun en hulp die ze van hun partner hadden gekregen, echter uit onderzoek blijkt dat vrouwen die een traumatische bevallingservaring hebben ondergaan over het algemeen minder tevreden zijn over diens ondersteuning. Voor de vrouwen was het erg belangrijk dat de partner aanwezig was bij de keizersnede, voor hen was dit enerzijds een geruststelling dat ze niet alleen waren, anderzijds konden na de keizersnede vragen worden gesteld en was er iemand waar ze tegen konden praten over wat er gebeurd was.

Vrouwen rapporteerden wel vaak dat ze door omstaanders niet begrepen werden. Aan opmerkingen als: 'Wees blij, je kindje is gezond', hadden de vrouwen totaal geen boodschap. Vaak beseften omstaanders niet dat dergelijke opmerkingen kwetsend overkwamen.

Partners, familieleden, kortom de omgeving van de vrouw, spelen bovendien een belangrijke rol in het herkennen van mogelijke problemen en het op tijd inschakelen van hulp. Zo rapporteerde een vrouw dat het haar man was die voorstelde om te stoppen met de borstvoeding omdat ze er aan onder door ging, en dat dit voor haar een opluchting was. Zelf zou de vrouw het niet 'aangedurfd' hebben om die beslissing te nemen.

'Iedereen zei: 'wees gelukkig, de baby is gezond en jij bent gezond, het zal allemaal goed komen, hadden ze dat niet gedaan was je kindje er niet'. Het eerste moment heb je iets van hou je mond, je weet niet wat ik heb meegemaakt'

2.2. Begeleiding door zorgverleners

In een recent onderzoek werd aan vrouwen gevraagd wat volgens hen bijdroeg aan de negatieve bevallingservaring. Daarbij werden vier zaken aangehaald: *controleverlies*, *angst*, *hoge pijn-intensiteit en/of fysiek ongemak en problemen in communicatie*. Tijdens de interviews die voor dit onderzoek werden uitgevoerd, werd nagegaan of deze zaken ook naar voor kwamen. In de interviews wezen de vrouwen inderdaad ook op het verlies aan controle, de angst, de problemen in communicatie, echter 'de hoge pijn-intensiteit en/of het fysiek ongemak' kwam niet zo sterk naar voor, wel kwam een gevoel van *kwetsbaarheid* naar voren.

'je hoort de dokters tegen elkaar babbelen alsof je er eigenlijk niet bij bent, ze waren bezig over Waregem koers'

Eerst en vooral wil ik het *controleverlies* bespreken. Hierbij haalden de vrouwen de plotselinge, razendsnelle en overdonderende transitie van de rustige, soms zelfs huiselijke bevallingskamer, naar de kille operatiekamer aan, waar ze bevielen zonder betrokken te worden bij het hele gebeuren. Daarenboven was er geen tijd voor vragen, kregen de vrouwen vaak geen informatie over wat er zou gebeuren. Door dit verlies aan controle, door niet te worden betrokken bij de beslissing of door geen informatie te krijgen, kan het vertrouwen in de zorgverleners beschadigd worden. Daarnaast gaven vrouwen die onder algemene narcose bevallen waren aan dat ze een terugkommoment zo'n zes weken na de keizersnede een enorme meerwaarde zouden gevonden hebben. Vaak was de partner bij dit gebeuren ook niet aanwezig en was er niemand die inlichtingen kon geven hoe het gebeurd was of die cruciale vragen kon beantwoorden zodat de vrouw verder kon met haar leven. Dit terugkommoment zou voor de vrouwen een tegemoetkoming zijn aan de controle die ze waren verloren.

Ten tweede haalden de vrouwen aan dat ze zich erg *angstig* hadden gevoeld, niet zozeer over de operatie, maar wel over het leven van het kind. Vragen als 'haalt hij/zij het', 'zullen er letsels zijn'... Doordat alles zo snel had moeten gaan, hadden de vrouwen geen vragen kunnen stellen. Daarnaast zaten de vrouwen ook met de angst hun kind niet te herkennen als hun eigen kind. Wanneer de partner niet bij de keizersnede aanwezig kon zijn, of wanneer het kind meteen na de geboorte werd overgebracht naar een ander ziekenhuis en de vorming van de band tussen moeder en kind verder werd uitgesteld, bleek het moeilijker om aan de nieuwe rol als moeder te wennen.

'haalt ons meisje het? wat staat ons te wachten? Gaan we haar mogen zien? Ook de angst dat ze zou verwisseld worden met een andere baby'

Ten derde spraken de vrouwen over *problemen in de communicatie*. Hierbij konden drie aspecten worden aangehaald, namelijk: niet gehoord worden, tegenstrijdig advies krijgen of verkeerde informatie ontvangen.

De vrouwen rapporteerden ten eerste dat er vaak niet naar hen geluisterd werd, de communicatie werd verbroken doordat alles zo snel moest gaan. Vaak werden wensen van de vrouwen niet ingevuld. Maar ook na de spoedkeizersnede, wanneer het niet meer allemaal zo snel moest gaan, werden soms dingen buiten de moeders wil gedaan, zoals het meer bijvoeden, het kind 's nachts weghalen bij de moeder etc. Ook bij de beslissing om over te gaan tot een spoedkeizersnede, werden de vrouwen niet altijd betrokken, soms werd deze zelfs niet meegedeeld.

Daarnaast werd veel tegenstrijdig advies gegeven, voornamelijk over de borstvoeding. De vrouwen haalden aan dat ze zoveel verschillende gezichten zagen, die telkens andere informatie gaven. Vaak werd externe hulp, bij een zelfstandig vroedvrouw, het internet, een lactatiekundige etc. gezocht, omdat ze in de war raakten door de adviezen op de materniteit zelf.

'Je voelt je wel een beetje vies nadat zoveel mensen je hebben betast en naakt gezien'

Ten slotte werd veel verkeerde informatie gegeven en soms zelfs geen. Zo rapporteerden enkele vrouwen dat zij na hun keizersnede naar hun kamer werden gebracht, zonder precies te weten wat er zich had afgespeeld. Daarnaast werd vaak verkeerde informatie gegeven over het herstel. Voor hen zou het een houvast geweest zijn te weten wanneer hun lichaam hersteld zou zijn en hoe het er dan zou uitzien, bijvoorbeeld de grootte van het litteken kan hierbij belangrijk zijn om aan te geven.

Als vierde puntje kwam het gevoel van '*kwetsbaarheid*' naar voren. Enerzijds de vele mensen die de vrouw hadden onderzocht, anderzijds de grote beperking na een keizersnede speelden hierbij een belangrijke rol. Daarnaast gaven de vrouwen aan dat ze zich na de keizersnede aan hun lot overgelaten voelden. Vaak was het alle hens aan dek geweest voor de spoedkeizersnede, maar nadien werd de mama, met of zonder baby, naar een lege kamer gebracht. Vooral 's nachts was dit voor de vrouwen erg lastig, overdag was er immers bezoek of was de partner aanwezig, maar 's nachts stonden ze er alleen voor. Hierbij haalden de vrouwen de onderbemanning aan, waardoor ze op weinig hulp konden rekenen.

'Na de geboorte draait eigenlijk alles rond de baby en naar mijn gevoel komt de mama op de tweede plaats, terwijl een keizersnede eigenlijk wel een serieuze operatie is.'

'ik kan niks, ze ligt te wenen en ik kan niks, hier zit een drain, daar een sonde, ik lig vast, ik kan niks, ik kan ze niet helpen'. Ik voelde me kapot gaan vanbinnen, ik hing volledig af van anderen.'

3 Aanbevelingen voor zorgverleners

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven voor zorgverleners om beter met deze problematiek om te gaan. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op een grondig literatuuronderzoek, alsook op de interviews die in het kader van deze bachelorproef werden afgenomen.

Het gevoel van verlies van controle werd zowel in de literatuurstudie, alsook in de interviews gevonden. Om dit *controleverlies* tegen te gaan, kunnen volgende inzichten richting geven:

- Hoewel een spoedkeizersnede een noodsituatie is die onmiddellijke actie vereist, is het voor de vrouwen een angstig moment dat veel vragen oproept. Korte duiding over de toestand van hun kind alsook over wat hen te wachten staat, kan rust en controle brengen.
- De vrouw 'mee laten beslissen' of kort overleggen met de vrouw over de noodzaak van een spoedkeizersnede, kan genoeg zijn om de vrouwen het gevoel te geven dat ze inspraak hadden in de beslissing en de controle niet verloren.
- Vrouwen die onder algemene narcose bevielen of vrouwen waarvan de partner niet aanwezig kon of mocht zijn bij de spoedkeizersnede, gaven aan dat een terugkommoment voor hen een enorme meerwaarde zou zijn. Dit terugkommoment zou best zo'n zes weken na de keizersnede worden georganiseerd, bijvoorbeeld wanneer de vrouwen op postnatale consultatie komen bij hun gynaecoloog. Dit terugkommoment hoeft niet lang te duren, vrouwen gaven zo'n 5 à 10 minuten aan, maar zou voor hen het ideale moment zijn om bepaalde vragen te stellen. Belangrijk is dat dit moment door de zorgverleners zelf wordt georganiseerd, dat de vrouwen er met andere woorden niet zelf om moeten vragen en dat het bij de gynaecoloog die de spoedkeizersnede uitvoerde, plaatsvindt.

Ten tweede werd het gevoel van *angst* door de vrouwen aangehaald. Hierbij kunnen we deze aanbevelingen formuleren:

- De vrouwen hadden vooral angst met betrekking tot hun kind. Deze angst is een normaal gegeven, maar korte duiding over de toestand van het kind, en wat er hen te wachten staat, kan deze angst minimaliseren.
- Daarnaast waren de vrouwen bang hun kind niet te herkennen als hun eigen kind. Vaak was deze angst groter wanneer de partner niet aanwezig mocht of kon zijn of wanneer de baby meteen werd getransfereerd naar een ander ziekenhuis. Het toelaten van de partner bij de ingreep, ook wanneer de vrouw onder algemene anesthesie wordt geopereerd, zou voor deze vrouwen een hulp geweest zijn. Voor de vrouwen waarvan hun kind werd getransfereerd, is directe briefing over de toestand van de baby, het geven van fotomateriaal alsook de mogelijkheid om hun kind zo snel mogelijk te volgen naar het ander ziekenhuis bevorderlijk.

Ten derde werden problemen met de *communicatie* aangehaald. Hierbij worden volgende aanbevelingen gegeven:

- Probeer als zorgverlener te allen tijde te luisteren naar de wensen, vragen, onzekerheden etc. van de moeder. Wanneer bepaalde wensen niet werden gehoord of tegen de wil van de vrouw bepaalde handelingen werden verricht, leidt dit tot een vertrouwensbreuk.
- Deel de beslissing om over te gaan tot een spoedkeizersnede mee vooraleer allerlei handelingen worden verricht om de vrouw in gereedheid te brengen voor de keizersnede. Ook al wordt verondersteld dat de vrouw beseft dat het een spoedkeizersnede wordt, het letterlijk uitspreken van de woorden is nodig.
- Maak als dienst een eenduidig beleid op inzake de borstvoeding. Zorg ervoor dat de adviezen die gegeven worden op één lijn liggen. Aangezien de borstvoeding na een keizersnede al moeilijker op gang komt en de vrouwen daarnaast met veel onzekerheden zitten, is een eenduidig beleid nodig.
- Probeer als dienst eenduidig te zijn over welke vroedvrouw welke parturiënte verzorgt. Het constant zien van nieuwe gezichten brengt de vrouwen in de war.
- Geef na de keizersnede informatie over wat er gebeurd is, waarom er werd overgegaan tot keizersnede, wat de toestand van het kind is, maar ook vooral hoe de wonde eruit ziet. Neem na de keizersnede even tijd om bij de vrouw te blijven in de kamer, om de directe vragen te beantwoorden. Dit zorgt er enerzijds voor dat de vrouw zich niet aan haar lot overgelaten voelt, maar anderzijds komt dit ook de vertrouwensband ten goede.
- Geef altijd juiste informatie over het herstel en het litteken. Voor de vrouwen is het een houvast te weten wanneer hun lichaam hersteld zal zijn en hoe het litteken er uit zal zien.
- Zorg ervoor dat communicatiefouten zoals vermijden (het negeren van wat de vrouw heeft meegemaakt), distantiëren (zich enkel richten op het lichamelijke aspect), redden (allerlei oplossingen aanbieden, maar zo de slachtofferrol in de hand werken), 'blaming the victim' (door bepaalde uitspraken de vrouw de schuld geven), hersenspoelen (een positieve draai geven aan de spoedsectio) niet worden gemaakt. Dit komt kwetsend over.
- Ga na of de vrouw graag met een psychologe zou praten, deze professionals hebben de tools en kunde om beter op bepaalde zaken in te spelen dan een vroedvrouw.
- Heb aandacht voor de overdracht naar de zelfstandig vroedvrouw die verder aan huis zal gaan (met toestemming van de moeder). Het is heel belangrijk dat de zorgverlener die zorgt voor de verdere opvolging op de hoogte is van wat er zich heeft afgespeeld. Bij deze kan ook nagevraagd worden of dit mag gebriefd worden aan de huisarts.
- Heb extra aandacht bij het navragen naar verdere hulpvoorziening thuis. Geef voldoende informatie over kraamzorg.

Als vierde punt kwam het gevoel van *kwetsbaarheid* naar voren.

- Beperk het aantal gezichten die de vrouw ziet, alsook het aantal mensen die haar onderzoeken. Bijvoorbeeld, wanneer de gynaecoloog net onderzocht heeft, heeft het geen enkel nut om meteen nog eens te onderzoeken als vroedvrouw, tenzij de gynaecoloog dit aangeeft.
- Zoals in het puntje communicatie al aangehaald werd, voelden de vrouwen zich na de keizersnede vaak aan hun lot overgelaten. Zorg ervoor dat er na de keizersnede een zorgverlener in de kamer bij de vrouw aanwezig is, zodat de eerste vragen, onzekerheden of ongerustheden kunnen worden uitgeklaard. Het tonen van de wonde en het wijzen op een eventuele redon of verblijfsonde kan nuttig zijn op dit moment.
- Hou er rekening mee dat indien de vrouw belt, deze kamer wordt voorgenomen op de kamers van 'mobiele vrouwen'. Vooral 's nachts werd de lange wachttijd aangekaart, waardoor de vrouwen vaak meer dan een halfuur moesten wachten op bijvoorbeeld een flesje om hun kind te voeden. Dit zorgde voor de vrouwen voor een gevoel van frustratie omdat ze niet 'zelfstandig' konden zorgen voor hun kind, niet konden bewegen en volledig afhankelijk waren van anderen.

Ten slotte kwam er in de literatuurstudie '*de hoge pijn-intensiteit en/of het fysiek ongemak*' naar voor. In de interviews kwam dit niet zo sterk naar voor, toch blijft het belangrijk met enkele zaken rekening te houden:

- Zorg ervoor dat de vrouw meteen na de keizersnede weet heeft van mogelijke pijnbestrijdingsmiddelen.
- Zorg ervoor dat de vrouw kennis heeft van haar ziekteverloop, wanneer het eerste opstaan gepland staat etc. Op deze manier kan de vrouw zich mentaal voorbereiden.
- Zorg ervoor dat de aanbeveling voor de eerste zes weken postpartum naar mobiliteit toe volledig en mondeling worden toegelicht. Zo weten de vrouwen wat ze kunnen verwachten.
- Zorg ervoor dat de informatie die de vrouwen ontvangen over pijn, herstel en fysiek ongemak eenduidig is.

4 Besluit

De resultaten uit de literatuurstudie en de interviews tonen aan dat zorgverleners een belangrijke invloed uitoefenen op hoe de spoedkeizersnede ervaren wordt. In de zorgverlening werden vier pijnpunten, namelijk kwetsbaarheid, communicatieproblemen, angst en controleverlies aangehaald die bijdroegen tot een negatievere bevallingservaring. Bij elk van deze pijnpunten werden enkele aanbevelingen geformuleerd die bijdragen tot een betere praktijk. Het is voor vroedvrouwen nuttig zich bewust te zijn van de mogelijke pijnpunten en de aanbevelingen voor de praktijk te volgen om de zorg na een spoedsectio te optimaliseren.