

# BEPAALD GEEN LUXE

## *Epidurale analgesie tijdens de bevalling*

In andere westerse landen is het normaal, maar in Nederland wordt bij slechts 10 procent van de bevallingen pijnstilling toegediend. Terwijl baringspijn tot de ergste pijnsoorten behoort.

J.G. NIJHUIS

**D**e organisatie van verloskundige zorg is in Nederland totaal anders dan in de rest van de westerse wereld. De thuisbevalling is daarvan wel het beste bewijs: waar in andere ontwikkelde landen de thuisbevalling nauwelijks voorkomt, is in Nederland het percentage thuisbevallingen min of meer stabiel, ongeveer 30 procent.

De Nederlandse verloskunde speelt zich af in drie zorglijnen. Verloskundigen en huisartsen vormen de eerste lijn, gynaecologen de tweede, en *obstetric high care*-centra de derde. Het merendeel van de zwangeren begint in de eerste lijn, maar wordt ergens in de zwangerschap of tijdens de bevalling verwezen naar de tweede of derde lijn. Ongetwijfeld draagt deze beleidslijn bij aan conservatieve of niet-medicaliserende begeleiding van de zwangerschap en bevalling. In Nederland zijn we terughoudender met het voorschrijven van medicatie of behandelingen dan in de landen om ons heen.

Tijdens de bevalling staat, naast bewaking van de foetale conditie, de begeleiding van de zwangere voorop. Pijnstilling zou minder nodig zijn, als de zwangere maar voldoende gesteund wordt. 'Baringspijn' wordt echter tot een

van de ergste soorten pijn gerekend. Een verzoek om pijnstilling dient dan ook serieus te worden genomen.

Voor medicinale pijnstilling zijn momenteel twee alternatieven beschikbaar: de intramusculaire toediening van opiaatagonisten (pethidine), of epidurale analgesie. Opiaatagonisten hebben tijdens de baring een beperkt en kortdurend pijnstillend effect, ze hebben centrale bijwerkingen (misselijkheid en sufheid) en zijn weinig specifiek.

Epidurale analgesie is het toedienen van een pijnstillend middel via een

en vanwege de mogelijke bijwerkingen en complicaties is de anesthesioloog de aangewezen medisch specialist om de epidurale analgesie te verzorgen.

### KANTOORUREN

Een terugkerend probleem is de beschikbaarheid van epidurale analgesie in de Nederlandse ziekenhuizen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft al in 1998 in haar ledenvergadering een conceptrichtlijn 'epidurale analgesie tijdens de partus' aangenomen. Deze richtlijn

## *De beschikbaarheid van epidurale analgesie is een probleem*

katheter die is ingebracht in de epidurale ruimte. Uit het oogpunt van effectiviteit en kwaliteit van pijnbestrijding is epidurale analgesie superieur aan de intramusculaire opiaattoediening. Een nadeel is dat de behandeling - in vergelijking met de toediening van een opiaat - tamelijk ingrijpend is. Het inbrengen van de katheter vereist een speciale vaardigheid

was opgesteld door een stuurgroep, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), maar uiteindelijk bleek binnen de NVA onvoldoende draagvlak aanwezig te zijn, waardoor de richtlijn niet door de ledenvergadering van de NVA werd aangenomen. Een van de oorzaken hiervan was ongetwijfeld dat in de genoemde >>

<< conceptrichtlijn werd gesteld: 'Epidurale analgesie dient 24 uur per etmaal mogelijk te zijn. Het verlenen van epidurale analgesie uitsluitend tijdens "kantooruren" wordt afgewezen.'

Op dit moment is er derhalve geen gemeenschappelijke landelijke richtlijn. Problemen die de beschikbaarheid in de weg staan, zijn het ontbreken van een financiële vergoeding voor de ingreep en de belasting van de anesthesiologen, met name buiten kantooruren.

Anderen gaven aan dat epidurale analgesie zou leiden tot meer kunstverlossingen en keizersneden, maar studies laten zien dat de mate van pijn ook

hoger is bij vrouwen die uiteindelijk een vastlopende baring doormaken en per keizersnede bevallen. Deze groep krijgt ook vaker epidurale analgesie.<sup>1-3</sup> Zeer recentelijk lieten Wong c.s.<sup>4</sup> zien dat epidurale analgesie eerder een gunstig effect heeft. Dit was voor de redactie van The New England Journal of Medicine reden om in een *editorial* nog eens aandacht te vragen voor het probleem van goede pijnstilling tijdens de baring.<sup>5</sup>

#### MEDISCH GEÏNDICEERD

In Nederland krijgt ongeveer 10 procent van de zwangeren tijdens de bevalling epidurale analgesie (gegevens SPRN;

stichting perinatale registratie Nederland, 2003). In België is dit 64 procent, met een spreiding over de 74 kraamklinieken die varieert van 22 tot 87 procent.<sup>6</sup> In Amerika ligt het percentage eveneens rond 60 procent.<sup>7</sup>

Vooropgesteld dient te worden dat er geen 'goed' of 'fout' percentage is. Maar dat epidurale analgesie 24 uur per etmaal beschikbaar zou moeten zijn, mag niet ter discussie staan. Het American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) stelt: 'There is no other circumstance where it is considered acceptable for an individual to experience untreated severe pain, amenable to safe intervention, while under a physician's care. In the absence of a medical contraindication, maternal request is sufficient medical indication for pain relief during labor.'<sup>8</sup> Dit is in tegenspraak met de heersende opvatting in Nederland dat epidurale analgesie zelden medisch geïndiceerd is.

Los van de inhoudelijke en emotionele argumenten is het in Nederland niet duidelijk hoe het zit. Is de behoefte bij de zwangeren veel lager en is de beschikbaarheid goed geregeld? Of is de beschikbaarheid onvoldoende en wordt daarom vaker naar alternatieven gezocht?

#### ENQUÊTE

Om de vraag naar beschikbaarheid te beantwoorden, heeft de NVOG een compacte enquête gehouden bij alle klinieken in Nederland voor tweede- en derdelijnszorg, waarin werd gevraagd naar de mate van beschikbaarheid van epidurale analgesie. De respons was honderd procent en de resultaten staan samengevat in *tabel 1*. Hieruit blijkt dat in 40 klinieken epidurale analgesie gedurende 24 uur per etmaal gerealiseerd kan worden; dat is 39,6 procent van het totaal. In de niet-academische klinieken is dat 34,4 procent (32 van de 93 klinieken). In nog eens 32 centra is epidurale analgesie overdag en 's avonds wel beschikbaar, maar 's nachts 'met beperkingen'. De drempel die dan aanwezig is, varieert van 'ernstig onderhandelen' tot 'kan alleen door de gynaecoloog zelf worden aangevraagd en niet door de assistent of tweedelijns verloskundige'. In slechts 6 klinieken is epidurale analgesie voor zwangeren niet beschikbaar en in 11 klinieken uitsluitend overdag.

In 1998 stelde de NVOG dat het de voorkeur heeft om epidurale analgesie op de verloskamer toe te dienen, omdat optimale foetale bewaking moet wor-

## 1. BESCHIKBAARHEID

	klein perifeer ziekenhuis (maatschap <4)	groot perifeer ziekenhuis (maatschap >5)	totaal perifeer	academisch ziekenhuis
niet beschikbaar	1	5	6	
alleen overdag	1	10	11	
overdag en 's avonds tot 22-23 uur	5	6	11	
overdag en 's avonds, 's nachts met beperkingen*	6	26	32	
7 keer 24 uur	6	26	32	8
anders	1	0	1	
<b>totaal</b>	<b>20</b>	<b>73</b>	<b>93</b>	

\* 'Beperkingen' wordt op meerdere manieren aangegeven: van 'ernstig onderhandelen' tot 'de gynaecoloog kan het wel aanvragen, maar de assistent niet'.

Beschikbaarheid van epidurale analgesie in 101 verloskundige centra volgens opgave van de gynaecologen.

## 2. LOCATIES

	klein perifeer ziekenhuis (maatschap <4)	groot perifeer ziekenhuis (maatschap >5)	totaal perifeer	academisch ziekenhuis
binnen het verloskamer- complex	3	16	19	8
binnen het OK-complex	15	40	55	
afhankelijk van drukte, OK of VK	1	12	13	
niet beschikbaar	1	5	6	
<b>totaal</b>	<b>20</b>	<b>73</b>	<b>93</b>	

Locatie waar epidurale analgesie in 101 verloskundige centra kan worden gegeven volgens opgave van de gynaecologen.

den gecontinueerd. Bovendien moet de anesthesioloog op de verloskamers kunnen beschikken over alle apparatuur en medicamenten die voor resuscitatie en/of monitoring nodig zijn. De anesthesioloog kan hierbij worden geassisteerd door een anesthesiemedewerker, maar eventueel ook door een daarvoor opgeleide verpleegkundige van de verloskamer. Tabel 2 geeft de situatie anno 2005 weer. In de acht academische ziekenhuizen kan epidurale analgesie routinematig op het verloskamercomplex worden gerealiseerd, maar in de perifere ziekenhuizen is dat slechts bij 20,4 procent het geval (19 van de 93 locaties).

#### LOGISTIEK PROBLEEM

Dit is het eerste onderzoek naar de beschikbaarheid van epidurale analgesie tijdens de bevalling in Nederlandse ziekenhuizen. Interpretatie van 'beschikbaarheid' kan voor verschillende uitleg vatbaar zijn, en het is denkbaar dat eenzelfde enquête, beantwoord door anesthesiologen, een iets gunstiger beeld zou geven. Als we uitgaan van kwalitatief hoogwaardige zorg voor zwangeren, dan is het redelijk dat adequate pijnstilling 24 uur per etmaal beschikbaar is. Dit is in Nederland tegenwoordig in alle academische klinieken het geval, maar slechts in 34,4 procent van de niet-academische klinieken. Maar in nog eens 34,4 procent is epidurale analgesie 's nachts wel 'bespreekbaar'. Epidurale analgesie zou mogelijk moeten zijn op het verloskamercomplex, maar dit is slechts in 20,4 procent van de niet-academische klinieken het geval. Ongetwijfeld is dit mede een logistiek probleem, met name in de kleinere centra.

Het NVOG-bestuur wil aandacht voor dit geven. Momenteel wordt met

## DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

*Specialisten, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten niet uitdragen dat epidurale analgesie tijdens de baring een vorm van luxe is.*

de Nederlandse vereniging voor anesthesiologie gesproken over het maken van een nieuwe richtlijn. Het NVOG-bestuur vindt dat specialisten, ziektekostenverzekeraars en beleidsmakers niet langer mogen uitdragen dat epidurale analgesie tijdens de baring een vorm van luxe is. Deze vorm van pijnstilling moet in elke kliniek 24 uur per etmaal beschikbaar zijn. Ook in Nederland moet gelden dat een verzoek om epidurale analgesie bij een zwangere die in partu is, wordt gehonoreerd, ongeacht het tijdstip van de dag, vanzelfsprekend na uitsluiting van medische contra-indicaties. Epidurale analgesie tijdens de baring is dan ook een van de kwaliteitsindicatoren voor de verloskundige zorg. Overigens blijft onverlet dat een goede voorbereiding en begeleiding van de vrouw tijdens de baring de behoefte aan epidurale analgesie zal minimaliseren. Een onderdeel van deze goede begeleiding is de geruststellende zekerheid voor de vrouw dat adequate pijnstilling daadwerkelijk beschikbaar is als zij die nodig heeft. ■

prof. dr. J.G. Nijhuis,  
hoogleraar verloskunde Academisch Ziekenhuis Maastricht  
namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor  
Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Correspondentie: [rnij@sgyn.azm.nl](mailto:rnij@sgyn.azm.nl) of [j.gnijhuis@freeler.nl](mailto:j.gnijhuis@freeler.nl)

#### SAMENVATTING

- Epidurale analgesie tijdens de bevalling is geen luxe waarvoor een 'medische indicatie' moet bestaan, maar een normale vorm van pijnstilling.
- De zwangere dient de zekerheid te hebben dat zij 24 uur per etmaal epidurale analgesie kan krijgen, mits er geen contra-indicatie is.
- Bij voorkeur wordt deze vorm van pijnbestrijding op de verloskamer gerealiseerd.
- In Nederland is de beschikbaarheid van epidurale analgesie nog niet voldoende.
- Er moet een richtlijn 'epidurale analgesie tijdens de partus' komen, die door de NVA en de NVOG wordt onderschreven.
- De 24-uurs beschikbaarheid van epidurale analgesie is een kwaliteitsindicator voor de verloskundige zorg.

#### Referenties

1. Hess PE, Pratt SD, Soni AK, Sarna MC, Oriol NE. An association between severe labor pain and cesarean delivery. *Anesth Analg* 2000; 90: 881-6.
2. Panni MK, Segal S. Local anesthetic requirements are greater in dystocia than in normal labor. *Anesthesiology* 2003; 98: 957-63.
3. Alexander JM, Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ. Intensity of labor pain and cesarean delivery. *Anesth Analg* 2001; 92: 1524-8.
4. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, Yagmour E, Marcus R-jay L, Sherwani SS, Sproviero MT, Yilmaz M, Patel R, Robles C, Grouper S. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *New Engl J Med* 2005; 352: 655-65.
5. Camann W. Pain Relief during Labor. *New Engl J Med* 2005; 352: 718-20.
6. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2003, VZW Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
7. Elzschig HK, Lieberman ES, Camann WR. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* 2003; 348: 319-32.
8. Pain relief during labor. ACOG committee opinion no. 295. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, July 2004.