



Alle ziekenhuizen beschikken over een vorm van pijnbestrijding

# Partus en pijn hoeven nergens hand in hand

drs. A.M.J.V. Schyns-van den Berg, anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht

drs. N.M.A.A. Engel, anesthesioloog, MUMC Maastricht

prof. dr. M.A.E. Marcus, hoogleraar anesthesiologie, MUMC Maastricht

drs. I.C.M. Beenackers, anesthesioloog, UMC Utrecht

Auteurs zijn vier van de vijf bestuursleden van de sectie obstetrische anesthesie van de NVA.

Correspondentieadres:  
schyns@asz.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De vele media-aandacht voor pijnbestrijding tijdens de bevalling is een goed moment om de belangrijkste feiten en mogelijkheden op dit gebied eens onder elkaar te zetten. Want de pijndeskundigen zelf zijn nog nauwelijks aan het woord geweest.

**S**inds het verschijnen van de jaarlijkse AD Ziekenhuis Top 100 staat pijnbestrijding tijdens de partus in de belangstelling.

Daarbij kwamen alle experts aan het woord, behoudens de anesthesiologen zelf, toch nauw betrokken bij het onderwerp. De vele media-aandacht leidde in september tot schriftelijke vragen van Tweede Kamerlid voor de PvdA mevrouw Arib.<sup>1</sup>

Deze vragen bieden een mooie route voor een rondleiding langs de (on)mogelijkheden en de beschikbaarheid van pijnbestrijding tijdens de bevalling.

**1** *Bent u op de hoogte van het feit dat zwangere vrouwen in veel Nederlandse ziekenhuizen geen pijnbestrijding krijgen?*

Waarschijnlijk doelt mevrouw Arib op het niet overal altijd voorhanden zijn van één soort pijnbestrijding, de epidurale analgesie. Echter, in alle Nederlandse ziekenhuizen beschikt men te allen tijde over medicamenteuze pijnbestrijding, epiduraal of anders.

Er bestaan verschillende mogelijkheden, maar ze dienen alle te voldoen aan een aantal voorwaarden: de veiligheid van moeder en kind moet vooropstaan, de pijnstilling moet snel

Alle experts kwamen aan het woord over pijnbestrijding tijdens de bevalling behalve de anesthesiologen.

beeld: Getty Images

en eenvoudig zijn toe te dienen, titreerbaar en consistent in werking, comfortabel voor de moeder, en hulpverleners zo min mogelijk hinderen.

#### ● Lachgas

Lachgas was vele jaren in gebruik, heeft mogelijk enige analgetische werking, maar is vooral sederend: 'Lachgas helpt niet omdat vrouwen minder pijn hebben, maar omdat de pijn hen minder interesseert'.<sup>2</sup>

Een dubbelblinde gerandomiseerde studie liet geen verschil zien in VAS (*Visual Analogue Scale*)-pijnscores van vijf opeenvolgende contracties bij gebruik van 50 procent lachgas/50 procent zuurstof, en vijf contracties onder 100 procent lucht. De pijn in beide studiegroepen was groot en niet significant verschillend.<sup>3</sup>

In Nederland werd het in 2004 door de Inspectie voor de Volksgezondheid en de Arbeidsinspectie geweerd van locaties die niet beschikten over adequate afzuigsystemen, zoals bijvoorbeeld verloskamers en eerstehulpkasten, wegens onduidelijkheid over mogelijke schade van chronische lachgasblootstelling aan de (zwangere) medewerkers.<sup>4</sup>

Na recent veiligheidsonderzoek in Geboortecentrum Sophia in Rotterdam heeft men van de Arbeidsinspectie nieuwe toestemming gekregen voor toepassing aldaar. Verder onderzoek zal zich hopelijk ook richten op de mogelijke analgetische werking.<sup>5</sup>

#### ● Parenterale opioïden

Door introductie van remifentanil (Ultiva), een synthetische opioïde, is er een hernieuwde belangstelling ontstaan voor deze middelen. Dit middel heeft echter, als alle opioïden, bijwerkingen: sedatie, jeuk, misselijkheid/braken en ademdepressie.

Remifentanil werkt snel en kort: iv toegediend, als bolus via een PCA (*Patient Controlled Analgesia*)-pomp, kan de barende vrouw zelf inspelen op haar weeën.

Eliminatie vindt snel plaats door omzetting tot inactieve metabolieten, ook in de baby, waardoor na de geboorte minder ademdepressie optreedt vergeleken met andere opioïden. Recent Nederlands onderzoek toont aan dat remifentanil ten opzichte van pethidine en fentanyl de grootste (matige) afname in VAS-pijnscores laat zien (evenals de hoogste sedatiescores en saturatiedalingen, en de hoogste patiënttevredenheid), maar dat effectiviteit

na twee uur weer afneemt.<sup>6</sup> Momenteel lopen meerdere vervolgonderzoeken.

#### ● Neuraxiale analgesie (epiduraal/CSE)

Neuraxiale analgesie benadert de ideale analgesie enigszins. Het is veilig voor moeder en kind, wordt eenvoudig toegediend, is voorspelbaar en stuurbaar, en werkt snel. Nadelen zijn er ook. Zo bestaat er een iets hogere kans op een vaginale kunstverlossing (maar het aantal keizersnedes lijkt niet toe te nemen).<sup>7</sup> Temperatuursverhoging bij de barende vrouw (meestal minder dan 1 °C) vormt een ander terugkerend probleem, omdat bij de baby met temperatuurverhoging neonatale sepsis uitgesloten dient te worden. De etiologie is onduidelijk; meerdere hypothesen worden onderzocht.

Tegenwoordig is de motorische blokkade geminimaliseerd door het gebruik van steeds lagere concentraties lokale anesthetica gemengd met opioïden, wat patiëntencomfort verhoogt en het percentage bijwerkingen (zoals het vroeger geziene verhoogde risico van malrotatie en mogelijke kunstverlossing) vermindert. Het voordeel van de CSE-techniek (*Combined Spinal Epidural*) ten opzichte van de epidurale techniek is dat er voor het invoeren van de epidurale katheter eerst in het liquor een opioïde/lokaal anestheticum wordt toegediend. Dit bespoedigt de pijnstilling en geeft minder motorische blokkade. Daarnaast daalt de totale hoeveelheid toegediende medicatie, waardoor lagere concentraties in maternaal en foetaal bloed optreden en er een kleinere kans op een kunstverlossing is. Wel ervaart de vrouw vaker jeuk en kunnen kortdurende ritmeveranderingen van de foetus voorkomen.

2

*Is het waar dat er sinds twee jaar een richtlijn bestaat waarin pijnbestrijding bij de bevalling 24 uur per dag wordt gegarandeerd?*

De richtlijn Medicamenteuze pijnbehandling tijdens de bevalling, die op initiatief van de NVA en NVOG in 2008 verscheen na een langdurig traject, is een document met aanbevelingen en handelingsinstructies, ter ondersteuning van de dagelijkse praktijk.<sup>8</sup>

Verder geeft de richtlijn aanbevelingen voor voorlichting, doorverwijzing, welke bewakingsapparatuur er gebruikt kan/moet worden, en wordt er ruim aandacht besteed aan de organisatorische aspecten rondom pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Slechts door optimale samenwerking tussen alle betrokken partijen, gebaseerd op onderling vertrouwen en ondersteund door duidelijke werkafspraken, zal het mogelijk zijn iedere

## Neuraxiale analgesie is veilig voor moeder en kind

## In steeds meer ziekenhuizen is epidurale pijnstilling beschikbaar

barende de meest geschikte en de beste behandeling aan te bieden die voorhanden is.

In deze set van aanbevelingen wordt erkend dat er sprake is van beperkte menskracht en middelen, en beperkende omstandigheden. Desondanks heeft dit niet de uitbreiding van de beschikbaarheid van een 24-uurs epidurale voorziening in de weg gestaan.

Dankzij de inspanning van de betrokken professionals is het aantal ziekenhuizen dat de 24-uursdienst voor het geven van epidurale pijnstilling heeft doorgevoerd, de laatste twee jaar enorm uitgebreid.

**3** Is het waar dat vijftien ziekenhuizen zich niet aan de richtlijn houden en vrouwen in deze ziekenhuizen alleen tussen 9.00 en 17.00 uur pijnbestrijding kunnen krijgen? Welke ziekenhuizen houden zich niet aan de richtlijn en waarom doen ze dat niet?

De richtlijn geeft een reeks aanbevelingen. Sinds de publicatie in 2008 is er veel veranderd: zowel de beschikbaarheid als het gebruik van pijnbestrijding gedurende de partus neemt jaarlijks toe. Daar waar mogelijk hebben de anesthesiologische praktijken in Nederland hun service aan de berende vrouw uitgebreid. Over de 'dekkingsgraad' daarvan lopen de cijfers uiteen.

Tijdens het symposium 'Pijn tijdens de bevalling' op 30 september in Amersfoort, werden de verschillende gegevens over de 24-uursbeschikbaarheid van epidurale analgesie tijdens de partus besproken en vergeleken (zie *tabel 1*).<sup>9</sup> Vooral de cijfers uit 2010 laten een wisselend beeld zien. Zo tekenen de kwaliteitsvisitaties van de NVA nog maar in 4 van de 94 ziekenhuizen een afwezigheid van een 24-uurs epidurale pijnservice voor de obstetrie op, terwijl de stichting Kind & Ziekenhuis, die zich mede tot taak heeft gesteld de kwaliteit van de zorg rond de bevalling te verbeteren, in september 2010 op haar site vermeldt dat in 14 Nederlandse klinieken deze voorziening nog niet beschikbaar is. Nog veel lager is de 24-uursbeschikbaarheid van epidurale analgesie volgens Wassen c.s. Het onderzoek, reeds aangekondigd in Medisch Contact (MC 39/2010: 1952), verscheen kortgeleden in het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie (NTOG).<sup>12</sup> De onderzoekers stelden de beschikbaarheid van epidurale analgesie vast door alle verlosafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen telefonisch te benaderen. Naast 57 klinieken met een 24-uursbeschikbaarheid hadden 29 klinieken weliswaar een 24-uursdienst, maar hiervoor moest bijvoorbeeld eerst intercollegiaal overleg tussen de hoofdbehandelaar (de gynaecoloog) en de uitvoerder (de anesthesioloog) plaatsvinden. Soms diende de dienstdoende anesthesioloog eerst door ernstig onderhandelen overtuigd te worden van de indicatie voor epidurale pijnstilling.

### 1. Epidurale analgesie

publicatiejaar	klinieken met 24-uurs-epidurale service	totaal aantal klinieken	% 24-uurs beschikbaarheid	bron
2004	26	101	26%	Nijhuis <sup>10</sup>
2005	40	101	40%	Krommendijk <sup>11</sup>
2010	57	94	61%	Wassen <sup>12</sup>
2010	81	95	85%	Kind & Ziekenhuis <sup>13</sup>
2010	90	94	95%	visitatie-commissie Anesthesiologie <sup>8</sup>

24-uursbeschikbaarheid van epidurale analgesie tijdens de partus.

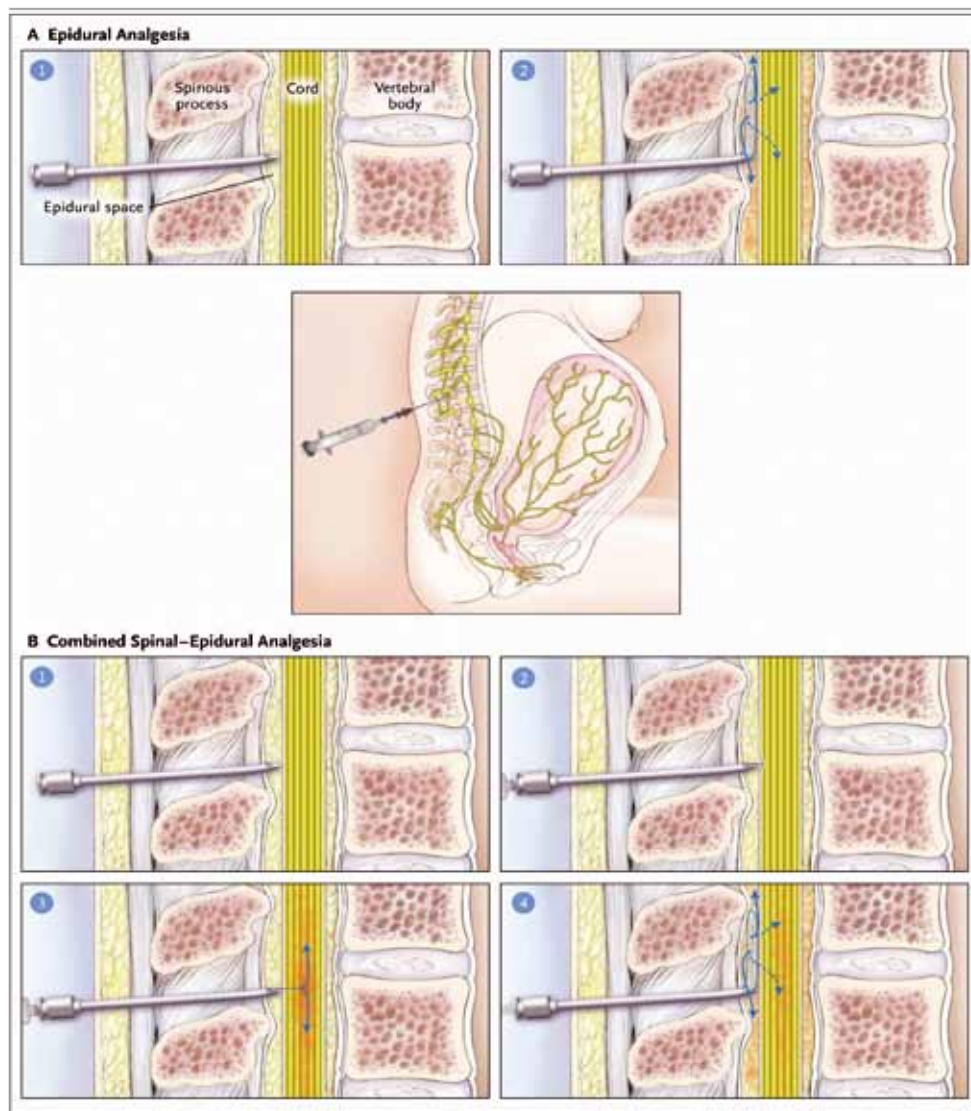
### 2. Telefonische enquête NVA

	24-uursbeschikbaarheid epidurale analgesie	geen 24-uursbeschikbaarheid epidurale analgesie	geënuquêteerde ziekenhuizen
remifentanilprotocol aanwezig	3	5	8
geen remifentanilprotocol	6	0	6
totaal	9	5	14

Telefonische enquête naar beschikbaarheid van 24-uurs pijnbestrijding in veertien Nederlandse ziekenhuizen.

Epidurale analgesie (boven) en gecombineerde spinale en epidurale analgesie (onder).

Uit: Eltzschig, Lieberman, Camann, Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery, NEJM 2003, 343: 319-32.



Niet uit het oog verloren mag worden dat de anesthesioloog tijdens de nachtelijke uren ook voor andere spoedeisende ingrepen verantwoordelijk is, evenals soms voor de intensive care en reanimatie in het ziekenhuis. Door deze spoedeisende hulp kan niet altijd onmiddellijk voldaan worden aan een pijnstillingsvraag vanuit de verloskamers.

Een enkele maal heeft de drukke nachtelijke belasting tot gevolg dat de anesthesioloog niet helemaal van harte ontvankelijk is voor een dergelijk verzoek, en vergt het van de aanvragende arts enige overredingskracht. In een aanzienlijk aantal gevallen blijkt namelijk dat de patiënte al veel eerder had kunnen worden aangemeld, of was er voorafgaande aan het verzoek al enige uren thuis aangetobd.

De sectie obstetrische anesthesie van de NVA heeft de veertien ziekenhuizen die volgens de site van stichting Kind & Ziekenhuis niet be-

schikken over een 24-uurs epidurale service, dit najaar zelf telefonisch benaderd (zie tabel 2).

Daarbij viel allereerst de gedateerdheid van de cijfers van K&Z op: in negen van de veertien gebelde ziekenhuizen worden 's nachts zo nodig gewoon epiduralen geprikt.

Daarnaast beschikken alle klinieken die geen 24-uurs epidurale service bieden, wel 24 uur per dag over pijnstilling door middel van intraveneuze toediening van remifentanyl.

De vijf ziekenhuizen die geen 24-uurs epidurale voorziening bieden, maar wel remifentanyl-analgesie, zijn ofwel grotestadsziekenhuizen, waar ook 's nachts zeer veel gewerkt wordt, of kleine ziekenhuizen, waar de anesthesioloog oproepbaarheidsdienst heeft, en de dag erna de verantwoordelijkheid draagt voor zijn gewone werk. Tenslotte moet de anesthesiologische kwaliteit ook voor andere patiënten 24 uur per dag worden gewaarborgd.



## SAMENVATTING

- In Nederland nemen vraag en aanbod op het gebied van pijnbestrijding tijdens de bevalling steeds meer toe.
- Bijna alle klinieken beschikken over de mogelijkheid tot 24-uurs epidurale analgesie; zo niet, dan zijn er adequate alternatieven voorhanden.
- Om te zorgen dat deze ontwikkeling niet ten koste gaat van de totale anesthesiologische zorg, zullen ook zorgverzekeraars en overheid een (financiële) bijdrage moeten leveren.


**4** *Deelt u de mening dat de richtlijn niet voor niets voorziet in pijnbestrijding bij de bevalling, en dat de ziekenhuizen zich hieraan moeten houden?*

De richtlijn is een aanbeveling; daar waar mogelijk is hij in korte tijd geïmplementeerd. Het is aan de ziekenhuizen om de toekomstige moeders te informeren over beschikbare pijnstilling. De minister verwijst in zijn antwoord naar de hierboven genoemde, niet-actuele informatie op de site van K & Z. Uitspraken gedaan in het AD van begin september jongstleden door de directeur van K & Z, waarin zij stelde dat 'anesthesiologen op de rem staan omdat zij geen zin zouden hebben om 's nachts op te komen draven', hebben voor veel onrust gezorgd. Overigens staan deze beweringen haaks op persuitlatingen van verloskundigen, die anesthesiologen betichten van slinkse marketingtechnieken ter stimulering van het epiduraalgebruik. Als men echter naar de actuele cijfers kijkt, gaat het nog slechts om vijf, merendeels kleine, ziekenhuizen, waar alternatieven altijd voorhanden zijn.

**5** *Welke maatregelen gaat u nemen om ervoor te zorgen dat vrouwen in alle ziekenhuizen conform de richtlijn worden behandeld en dientengevolge 24 uur per dag de mogelijkheid van pijnbestrijding bij de bevalling kunnen krijgen?*

Als gezegd heeft er sinds het verschijnen van de richtlijn een enorme cultuuromslag plaatsgevonden. Bij de zwangere vrouw, die, nu zij de beschikking heeft over de mogelijkheid om tijdens de bevalling pijnbestrijding te krijgen, hier in toenemende mate gebruik van wenst te

maken. Daarnaast bij de betrokken zorgaanbieders, die aan de wens van de moeders in spe om hun kinderen met minder pijn ter wereld te brengen, gehoor hebben gegeven. Echter, twee essentiële partijen zijn tot op heden

niet actief gebleken: de zorgverzekeraars en de overheid. Ook zij horen een rol te spelen in het verder verbeteren van de noodzakelijke organisatorische structuur met bijbehorende financiële middelen, waardoor ziekenhuizen in staat zullen blijven om aan de toenemende vraag te voldoen zonder dat dit ten koste gaat van de totale anesthesiologische zorg. Zij blijven tot op heden achter in dit proces. Bij deze roepen wij hen op hun verantwoordelijkheid te nemen. 

## Zorgverzekeraars en de overheid blijven achter



De literatuurlijst en meer MC-artikelen over pijnstilling bij baren vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

# veldwerk

## Selectief

Zorgverzekeraar CZ blijkt graag te boek te staan als selectief. Zo beweert ze dat ze de eerste zorgverzekeraar in Nederland is die selectief zorg bij ziekenhuizen gaat inkopen. Maar volgens mij zijn er tal van andere zorgverzekeraars die hier al langere tijd mee bezig zijn.

Ook beweren ze bij CZ dat zij als eerste zorgverzekeraar hun verzekerden helpen het goede ziekenhuis te selecteren, omdat zij kwaliteitslijsten publiceren. Maar met dit soort lijsten is CZ helemaal niet de eerste. Zorgverzekeraars als Menzis en Agis vertellen al jaren waar hun verzekerden de beste zorg kunnen krijgen. Deze verzekeraars stellen de criteria voor deze lijsten trouwens vast in nauw overleg met de betrokken beroepsgroepen. CZ volgt na alle commotie rond de borstkankerlijst dit voorbeeld en gaat bij het samenstellen van de lijst rond blaaskanker in overleg met de beroepsvereniging van urologen. Loopt CZ nu werkelijk op alle vlakken achter op haar collega-zorgverzekeraars? Nee, dat ook weer niet. Er is één vlak waarop CZ met afstand de eerste is. CZ is namelijk de eerste zorgverzekeraar in Nederland waarvan de rechter zegt dat zij haar verzekerden onjuiste en misleidende informatie heeft verstrekt.

Dát is voor een maatschappelijke onderneming als een zorgverzekeraar een doodzonde. Echter, in de berichtgeving vanuit CZ over het kort geding dat het Slotervaartziekenhuis tegen CZ heeft aangespannen is dit belangrijkste onderdeel in de uitspraak van de rechter niet terug te vinden.

Ik geloof dat ik CZ bij nader inzien toch wel selectief vind.

Aysel Erbudak,  
voorzitter raad van bestuur  
Slotervaartziekenhuis

Referenties:

1. Kamervragen AH 133 2010Z12262.
2. Bishop JT. Administration of nitrous oxide in labor, expanding the options for women. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2007; 52 (3): 308-9.
3. Carstoniu J et al. Nitrous oxide in early labour. Safety and analgesic efficacy assessed by double-blind, placebo-controlled study. *Anesthesiology* 1994; 80: 30-5.
4. Brief Hoofdinspecteur Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Kenmerk IGZ/FMT/GB-04-31749. Den Haag: IGZ; 2004.
5. Drs. J. van der Kooy, arts-onderzoeker: Onderzoek in het geboortecentrum Sophia naar de effectiviteit en veiligheid van lachgas pijnbestrijding bij eerstelijns bevallingen. Lezing tijdens congres: pijn bij de bevalling, Amersfoort, 30 september 2010.
6. Douma MR, Verwey RA, Kam-Endtz CE, Linden PD van der, Stienstra R. Obstetric analgesia: a comparison of patient-controlled meperidine, remifentanyl and fentanyl in labour. *British Journal of Anaesthesia* 2010; 104 (2): 209-15.
7. Anim-Somuah et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane review* 2005).
8. Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. Utrecht, NVA/NVOG, 2008.
9. Drs. A. Schuurhuis, anesthesiologe UMC: Epidurale pijnbestrijding altijd mogelijk. Lezing tijdens congres: pijn bij de bevalling, Amersfoort, 30 september 2010.
10. Nijhuis JG. Bepaald geen luxe. Epidurale analgesie tijdens de bevalling. *Medisch Contact* 2004; 60: 611-3.
11. Gorp SFJ van, Krommendijk EJ et al. Do we need a national guideline for obstetric analgesia in the Netherlands? Evaluation of a questionnaire among dutch anesthetists. *Nederlands Tijdschrift voor Anesthesiologie* 2005; 18: 100-3.
12. Vooraankondiging Onderzoek M. Wassen: 'Ruggenprik lang niet altijd beschikbaar', in rubriek NieuwsReflex, *Medisch Contact* 2010; 39 (65): 1952.
13. Website stichting Kind&Ziekenhuis, september 2010.