

Werken met baringspijn

Irena Veringa

Vroedvrouwenfilosofie

Het begeleiden van baringspijn is één van de essentiële onderdelen van het werk van de verloskundige. Eigenschappen als geduld, volharding en vertrouwen in het baringsproces hebben lang geleden de grote filosoof Socrates al geïnspireerd. Zijn moeder was een vroedvrouw en een grote inspiratie bron voor hem [Sauvage, 1959]. Op basis daarvan heeft Socrates zijn beroemde gesprekstechnieken ontwikkeld: de vroedvrouwentechniek. Socrates vond dat het omgaan met kennis analoog is aan de manier waarop een vroedvrouw een bevalling begeleidt: afwisselend aanmoedigen om door te gaan of te stoppen, soms masseren en soms een beetje kracht uitoefenen. Vaak zei hij tegen zijn leerlingen: "Ik oefen hetzelfde beroep uit als mijn moeder, mijn taak is de bevalling van de geest te bevorderen...". Hij assisteerde zijn moeder dikwijls bij de bevallingen en hij leerde van haar kritisch naar zich zelf te kijken. Socrates is beroemd geworden met zijn uitspraak "Ken u zelf!". Dat was zijn leidmotief bij de benadering van kennis over de werkelijkheid. Ook nu moeten wij proberen deze 'reflexieve' vroedvrouwentechniek levend te houden. Hoe denken wij in de hedendaagse verloskunde over het baringsproces? Kennen wij ons zelf in de rol van de hulpverlener?

Een kritische blik

Recente onderzoeksbevindingen suggereren dat onze begeleiding en aanpak van baringspijn zouden moeten veranderen. Marlies Rijnders, verloskundige en onderzoeker bij TNO, beschrijft hoe vrouwen in Nederland na drie jaar terugkijken op hun bevalling [Rijnders et al, 2008]. De situatie blijkt zorgelijk: één op de vijf Nederlandse vrouwen zijn niet tevreden over de manier waarop de bevalling is verlopen. Zij gaven onder andere aan dat ze niet goed konden omgaan met de baringspijn en onvoldoende keuze hadden wat betreft pijnstilling tijdens de bevalling. Ontevredenheid over een zo belangrijke en indrukwekkende gebeurtenis als de geboorte van het eigen kind kan consequenties hebben, niet alleen voor de moeder - kind relatie maar ook voor het gehele gezin [Green et al, 1990; Porter et al, 2006]. We kunnen op twee manieren naar deze bevindingen kijken. Enerzijds kunnen wij stellen dat 'het glas meer dan half vol is'. Er zijn immers veel vrouwen (vier op de vijf) die wél tevreden waren; anderzijds kunnen we ook voor de socratische houding kiezen en stellen: De gangbare aanpak blijkt niet altijd effectief. De vraag is waar-

aan dat ligt en wat er in de begeleiding veranderd zou moeten worden.

Op verzoek?

De CBO Richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' lijkt een antwoord te geven op deze vraag. Althans, het geeft duidelijk aan hoe efficiënte medicamenteuze pijnbehandeling van baringspijn eruit moet zien. De zwangere vrouw in Nederland hoeft in geval van baringsnood niet meer te strijden om de epidurale anesthesie en de Nederlandse verloskundige zorgverlener erkent dat een doeltreffend pijnstilling dag en nacht beschikbaar moet zijn voor haar cliënten. Zo lijkt de CBO richtlijn bij te dragen aan een maatschappelijk draagvlak voor het 'recht op een pijnloze bevalling'.

Er zijn echter ook kritische reacties zoals van huisarts Lagro-Janssen. Zij laat zich kritisch uit over de suggestie die van de CBO Richtlijn uitgaat dat 'het verzoek van de vrouw voldoet als indicatie' voor pijnbestrijding bij de bevalling [Lagro-Janssen, 2009]. Zij wijst op de culturele dimensie van pijn tijdens de bevalling en concludeert dat de Nederlandse vrouw steeds minder vaak bereid is om baringspijn te dragen, terwijl de pijn die hoort bij lichaamsverfraaiingen als piercings en tatoeages als vanzelfsprekend geaccepteerd wordt.

De (maatschappelijke) ontwikkelingen rondom de houding ten aanzien van baringspijn vragen van ons verloskundigen om onze kennis te vergroten en onze visie en missie nog scherper te formuleren en uit te dragen. De ondersteuning van de CBO- Richtlijn door onze beroepsgroep mag geen verkeerd signaal afgeven aan onze cliënten. Het is mijns inziens nodig meer diepte en nuancering aan te brengen in de aanbevelingen die deze richtlijn formuleert. Volgens Lagro-Jansen kan de wijze waarop de CBO-Richtlijn is geformuleerd de suggestie wekken dat de inspraak van de hulpverlener onbelangrijk zou zijn. Zij waarschuwt voor de zeer onwenselijke situatie die zou kunnen ontstaan, waarin pijnbestrijding bij de partus *de facto* gelijkgesteld wordt met epidurale analgesie, zoals ook vaak depressie automatisch geassocieerd wordt met het voorschrijven van antidepressiva [Lagro-Janssen, 2009].

Een feit is dat de effectiviteit van de epidurale anesthesie lang niet altijd gegarandeerd is [Agaram et al, 2009]. Zelfs een goed uitgevoerde epidurale anesthesie blijkt het gevoel van stress en angst, die een belangrijke rol spelen bij het verloop van de bevalling, vaak niet voldoende te reduceren [Alehagen et al, 2005]. Van Cranenburgh stelt

in het eerste deel van dit artikel dat het repertoire van pijnbehandelingsmethoden veel breder is en dat er wetenschappelijke bewijzen van effectiviteit beschikbaar zijn.

Waak voor het nocebo-effect!

Er is een nieuwe realiteit ontstaan rondom het omgaan met baringspijn. We moeten ons wel realiseren dat er ook nadelen van pijnbestrijding zijn: de baring wordt gemedicaliseerd, de signaalfunctie van pijn wordt genegeerd en de barende vrouw kan de "voeling" met het verloop van de baring verliezen [Anim-Somuah, 2005]. Het te sterk benadrukken van het belang van pijnstilling respectievelijk de onmiddellijke beschikbaarheid daarvan zou bovendien een nocebo-effect kunnen bewerkstelligen: de overtuiging en verwachting wordt gewekt dat een bevalling wel zeer pijnlijk moet zijn. Misschien is het beter om meer het accent te leggen op de zinvolle en sturende rol van baringspijn maar dan in het licht van neurowetenschappelijk perspectief. Voor de barende vrouw krijgt de pijn dan een positievere betekenis en wordt daardoor minder onaangenaam ervaren: een placebo-effect (zie deel 1). De recent verschenen KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding met de aanbevelingen voor ondersteuning, interactie en voorlichting is een geslaagde poging om een richtlijn te formuleren voor een betere begeleiding van zwangeren [De Boer et al, 2008]. De richtlijn stelt het perspectief van de cliënt en haar tevredenheid centraal.

Daarbij moeten wij er voor waken dat wij niet alleen op tevredenheid van de barende varen. De tevredenheid (satisfactie) is immers sterk afhankelijk van persoonsgebonden factoren en varieert van geval tot geval. In de geneeskunde is bovendien bekend dat patiënten zeer tevreden kunnen zijn over volstrekt nutteloze of zelfs schadelijke behandelingen (bijvoorbeeld antibiotica geven of nodeloze operaties zoals tonsillen weghalen).

Een belangrijke, tot op heden nog onbeantwoorde, vraag is op grond waarvan een barende een keuze maakt, en in hoeverre de verloskundige deze keuze mede beïnvloedt [Van der Hulst et al, 2007]

Cursus is niet genoeg

Er zijn vele soorten cursussen en middelen die de zwangere vrouw voorbereiden op de bevalling, bijvoorbeeld: groepsvoorlichting, folders, videomaterialen, gestandaardiseerde individuele voorlichting, relaxatietrainingen, yoga etc. Het lijkt logisch om hier een weloverwogen, individueel bepaalde keuze uit te maken maar geen van deze methodes lijkt voorlopig superieur. Bij een recente studie (RCT) onder 986 primiparae in 15 centra in Zweden werd een opnieuw geïntroduceerde en toenemend populaire profylaxemethode (volgens Lamaze) vergeleken met de in Zweden gangbare educatiemethode (volgens

Dick-Read). Wat betreft de vraag naar epidurale anesthesie, de prenatale stress en de satisfactie over de baring, kon geen verschil worden aangetoond [Bergstrom et al, 2009]. Het blijft een vraag of educatie überhaupt een meerwaarde heeft boven 'niets doen', d.w.z. geen enkele vorm van voorbereiding. Het is bij de meeste methodes onduidelijk of en op welke manier invloed wordt uitgeoefend op al aanwezige ideeën over baringspijn (pijn-cognities). Nieuw verworven inzichten in pijnbeleving, geven aan dat de ideeën van de zwangere vrouw over de betekenis van baringspijn een belangrijke invloed hebben op het verloop van de baring en de ervaren pijn [Van Cranenburgh, 2009]. Het is daarom zeer wenselijk informatie te verkrijgen over de individuele achtergronden en wensen van onze cliënten: wat 'denkt, voelt en vindt' de barende vrouw: welke cognities hanteren vrouwen ten aanzien van baringspijn?

Op dit moment voeren wij onderzoek uit naar de invloed van pijn-cognities op baringspijn. Wij hopen dat dit nieuwe inzichten gaat opleveren.

Quo vadis, vroedvrouw?

Nu er een duidelijk richtlijn ligt rondom de medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring, zullen verloskundigen zich duidelijk moeten positioneren ten aanzien van de begeleiding van baringspijn. Van oudsher benadrukken verloskundigen dat de baring een normale fysiologische gebeurtenis is. Dit impliceert dat we inzicht moeten hebben respectievelijk krijgen in de rol van baringspijn en het functioneren van het pijnsysteem tijdens de baring. Verloskundigen zullen in staat moeten zijn een pijnanalyse te maken, onder andere om te weten welke pijnstilling - wel of niet medicamenteus - adequaat is voor wie. Het is de verantwoordelijkheid van de verloskundige als baringspijnbegeleider om te weten waar het coachen ophoudt en de pijninterventie begint. Daarom zal een individueel op maat gesneden begeleiding, d.w.z. gekoppeld aan de persoonlijke ideeën, verwachtingen, angsten van de cliënt, een enorme vooruitgang in de verloskunde kunnen betekenen. Om de complexe baringspijn beter te begrijpen en te begeleiden zou de verloskundige gebruik kunnen maken van de inzichten over pijn die binnen de neurowetenschappen ontwikkeld zijn. De invloed van emoties en cognities op de menselijke fysiologie en op de pijnperceptie is zo langzamerhand een bewezen feit [Hadhazy et al, 1999; Ostelo et al, 2005; Proctor, 2007]. De verloskunde kan daar haar voordeel mee doen [Van Cranenburgh, 2009].

De huidige neurowetenschappelijke opvattingen over pijn sluiten goed aan bij de visie en missie van verloskundigen en kunnen een verrijking betekenen voor de eerstelijns verloskunde. De missie van onze beroepsgroep spreekt van '...voortdurende kwaliteit verbetering van de verlos-

kundige zorg'. De cognitieve neurowetenschappen als een zelfstandige discipline kan een partner hierin zijn. Onze visie die zich vooral kenmerkt door *'de overtuiging dat het voortplantingsproces een normaal proces is'*, zou in de huidige tijd steeds meer onderbouwd moeten worden door wetenschappelijk bewijs uit alle relevante disciplines die het functioneren van de mens bestuderen. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 28a van de digitale versie van dit tijdschrift.

UvA  UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

De 2½ jarige
universitaire deeltijdopleiding tot

**Master of Science
Verloskunde (MSc/Drs)**

academische vorming en
wetenschappelijke scholing in
Evidence Based Midwifery

Locatie: AMC

Voor contact,
voorlichtingsdata,
informatie en
aanmelding:

www.amc.nl/masterverloskunde



Cursus Baringspijn vanuit neurowetenschappelijk perspectief

In samenwerking met de universitaire Master-opleiding Verloskunde UvA/AMC organiseert Stichting ITON een tweedaagse cursus voor verloskundigen

In deze cursus komen zin en onzin van pijn, pijnzin en pijnbestrijding aan bod. Fysiologische en psychologische verklaringsmodellen van baringspijn worden besproken, als ook de rol van neuroplasticiteit bij pijn en een veranderende organisatie van de hersenen tijdens de zwangerschap. Andere onderwerpen zijn:

- Baringspijn en cognitie.
- Medicamenteuze en niet-medicamenteuze pijnstilling tijdens de baring.
- Consequenties voor de praktijk: evaluatie en pijnbehandeling.

De cursus biedt concepten en uitgangspunten die als basis kunnen dienen voor een adequate pijnbehandeling in de zwangerschap en bevalling. Tijdens deze cursus wordt ingegaan op de laatste ontwikkelingen op het gebied van baringspijn. Accreditatie is aangevraagd

Cursusdata

Voorjaar 2010: 13 en 20 april 2010; 1 en 7 juni 2010
Najaar 2010: nog niet bekend

Kosten

Inschrijfgeld € 30,-; Cursusgeld € 360,-

Docenten

Dr. Ben van Cranenburgh, neurowetenschapper, hoofddocent ITON; Irena Veringa, verloskundige, onderzoeker naar baringspijn

Locatie

Stichting ITON, Leliestraat 7C, 2011 BL Haarlem, 023-5341641

Inschrijven

Inschrijven via www.stichtingiton.nl. Het inschrijfgeld bedraagt € 30,- voor alle cursussen. U bent pas ingeschreven na ontvangst van het inschrijfgeld op rekeningnummer 4964454, t.n.v. Stichting ITON, Haarlem. Het cursusgeld à € 360,- moet een maand voor de aanvang van de cursus door ons zijn ontvangen. Vermeld bij de betaling duidelijk uw naam, adres en de cursus.

Meer informatie: info@stichtingiton.nl ■

Werken met baringspijn

- Agaram R, Douglas M, Mc Taggart R, Gunka V. (2009). Inadequate pain relief with labour epidurals: a multivariate analysis of associated factors. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2009;18(1):10-14.
- Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 26(3):153-165.
- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Issue 4. Art. No.: CD000331.
- Bergström M, Kieler H, Waldenström U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 116(9):167 – 1176.
- Boer de J, Zeeman K. KNOV-standaard, Prenatale Verloskundige Begeleiding. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.
- CBO Richtlijn Medicamenteuze Pijnbehandeling Tijdens de Bevalling, (2008). Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. www.cbo.nl/richtlijnen/folder20021023121843/rl_ptp_08.pdf.
- Cranenburgh B. van. (2009). Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief. 7e editie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Green J, Coupland V, Kitzinger J. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth* 7(1):15-24.
- Hadhazy V, Ezzo J, Berman B, Creamer P, Bausell B. (1999). Mind and body therapy for fibromyalgia (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. CD001980.
- Hulst der L e.a., (2007). Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery* 23(3):279-86.
- Lagro-Janssen T. (2009). Geïnformeerde keus aan de vrouw, pijnbestrijding tijdens de bevalling. *NTVG* 153(31):1508-9.
- Ostelo R, Tulder M van, Vlaeyen J, Linton S, Morley S, Assendelft W. (2005). Behavioral treatment for chronic low-back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1*. CD002014.
- Proctor M, Murphy P, Pattison H, Suckling J, Farquhar C. (2007). Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3*. CD002248.
- Porter M, Bahattacharya S, van Teijkingen E. (2006). Unfulfilled expectations: How circumstances impinge on women's reproductive choices. *Soc Sci Med* 62(7):1757-1767.
- Rijnders M. et al. (2008). Perinatal factors Related to Negative or Positive recall of Birth Experience in women 3 Years postpartum in the Netherlands. *Birth*;35(2):107-116.
- Sauvage M. (1959). Sokrates. Utrecht: Het Spectrum.