

Maak pijn bespreekbaar met de pijnlineaal

Josien de Boer en Mieke Aitink

Bij dit tijdschrift vindt u een pijnlineaal. Hiermee kunt u werken volgens de kernaanbevelingen uit het KNOV-standpunt 'Voorlichting over pijn en pijnbehandelingen tijdens de bevalling'. Tijdens de bevalling geeft de cliënt met de pijnlineaal aan hoe zij de pijn ervaart. Met deze kennis kan de verloskundige met de vrouw bespreken hoe zij om kan gaan met de pijn en welke interventies ingezet kunnen worden om te zorgen dat de pijn op een, voor de vrouw, draaglijk niveau blijft.

vrouw vragen. De pijnlineaal is een mooi hulpmiddel om de pijn bespreekbaar te maken.

Baringspijn is anders

Baringspijn verschilt van andere pijn, omdat de vrouw weet dat de pijn tijdelijk is en ergens voor dient: de geboorte van haar kind^[4,5]. De beleving van de pijn kan daardoor ook anders zijn. Het ei van Loeser laat zien dat pijn uit meerdere 'lagen' bestaat^[6]. (figuur 1) Een barende vrouw uit haar pijn verbaal en laat haar pijn aan de buitenwereld zien met haar gezichtsuitdrukking en haar



De pijnlineaal is bedoeld om met de barende vrouw over de pijn(beleving) te praten

Waarom een pijnlineaal?

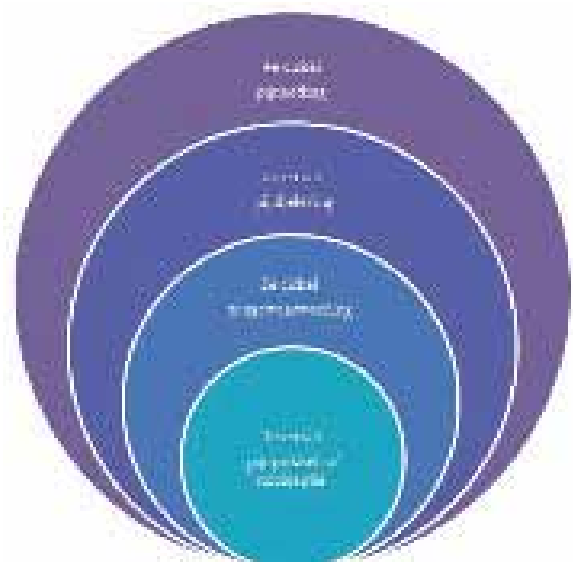
Pijn is altijd subjectief. In de gezondheidszorg komt steeds meer aandacht voor het meten van pijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) schrijft voor om, volgens het Veiligheids Management Systeem bij volwassen ziekenhuispatiënten, dagelijks de pijn te meten met een numerieke pijnscore (0-10)^[1]. Doel is de pijnbeleving te objectiveren en passende, adequate pijnbehandeling geven. Zorgverleners, ook verloskundigen, kunnen pijn tijdens de baring niet altijd goed inschatten^[2,3]. Daarbij komt dat verloskundigen aan het gedrag van de vrouwen niet altijd kunnen zien hoeveel pijn deze hebben. Om een goede indruk te krijgen moet de verloskundige dit dus aan de

Dr. Josien de Boer is medisch psycholoog en beleidsmedewerker richtlijnontwikkeling bij de KNOV;

Mieke Aitink MSc is verloskundige en beleidsmedewerker deskundigheidsbevordering bij de KNOV

Corresponderend auteur: jdeboer@knov.nl

Figuur 1: Het ei van Loeser



houding. De beleving van pijn wordt bepaald door de emoties en gedachten die de pijn oproept. Daardoor zijn er individuele verschillen in de beleving van pijn, ook van baringspijn. De vrouw wordt de pijn gewaar op verschillende plaatsen (buik, rug, benen), op verschillende manieren (continu of in golven) en met verschillende kwaliteit (stekende, zeurende of drukkende pijn). Door de individuele verschillen in de gewaarwording en beleving van baringspijn zijn er ook individuele verschillen in wat de vrouw een acceptabel pijnniveau vindt.

Meer comfort, meer ontspanning of meer controle en minder angst? Of vooral minder pijn. Hierin kunnen barende vrouwen ook nog onderscheid maken tussen 'helemaal geen pijn meer' en 'de pijn op een hanteerbaar en/of draaglijk niveau houden'.

Voordelen

Vragen naar pijn heeft veel voordelen. Veel zwangeren zien op tegen de pijn tijdens de bevalling^[4]. Voor hen is pijn een heel essentieel onderdeel van de bevalling, zeker



Twijfel niet aan wat de vrouw zegt

Beleving van pijn kan veranderen

Tijdens de bevalling kan de ervaring en beleving van pijn veranderen^[4,5,7]. Hierdoor kan de vrouw een andere beoordeling geven van wat zij nog draaglijke pijn vindt. Mogelijk spelen endorfinen hierbij ook een rol. Soms kunnen vrouwen de pijn beter verdragen wanneer zij weten dat zij bijna volledige ontsluiting hebben en zich daar op kunnen instellen. Soms leren vrouwen tijdens de bevalling om beter te ontspannen of beter om te gaan met de weeën. Hierdoor ervaren zij meer controle en kunnen zij de pijn beter verdragen. Het omgekeerde kan ook gelden. Vrouwen die door de vermoeidheid juist minder energie hebben om de weeën op te vangen of hun ademhaling te reguleren, kunnen juist meer pijn ervaren. Twijfel niet aan wat de vrouw zegt. Als zij zegt dat zij geen controle over de weeën heeft of de pijn ondraaglijk vindt, dan ervaart zij dat zo. Juist omdat de beleving van pijn tijdens de baring kan veranderen, is het raadzaam hier regelmatig naar te informeren.

Samen praten over pijn

De pijnlineaal is bedoeld om met de barende vrouw over de pijn (beleving) te praten. En om een beeld te krijgen van hoeveel pijn de vrouw op dat moment ervaart. Dit is nodig om een inschatting te kunnen maken van de draagkracht van de vrouw en om samen te overleggen over de behoefte aan een interventie of pijnbehandeling. Ook is het nodig om het doel van de interventie te kunnen bepalen. Waar heeft de vrouw behoefte aan?

als zij voor het eerst gaan bevallen. Door ernaar te vragen, merkt de cliënt dat de verloskundige haar serieus neemt. Door samen te bespreken wat er aan de pijn gedaan kan worden, direct met medicatie of indirect via ontspanning en meer comfort, wordt de barende betrokken bij het beleid. Dit is een bepalende factor voor de tevredenheid^[7]. Ook opent het de mogelijkheid om gericht tips geven, bijvoorbeeld over de ademhaling, het zoeken van afleiding of het vinden van een comfortabele houding. Door regelmatig te informeren naar pijn houdt de verloskundige voeling met de pijnbeleving en de behoefte aan interventies.

Hoe gebruikt u de pijnlineaal?

De lineaire visueel analoge schaal (VAS) is het meest gebruikte en onderzochte pijnmeetinstrument^[6]. Dit is een lijn van exact tien centimeter met de uiteinden links 'geen pijn' en rechts 'ondraaglijke pijn' of een equivalent hiervan. De VAS-score vraagt meestal naar de pijnintensiteit. Aangezien ook baringspijn meer is dan pijnintensiteit alleen, is het een pijnscore met beperkingen. Daar staat tegenover dat het een relatief simpele meting is die snel gedaan kan worden, bij barende vrouwen een pré.

De KNOV-pijnlineaal heeft twee kanten. Op de ene kant staat een 'klassieke' VAS. Onder de uiteinden van de lijn staan twee gezichtjes voor laaggeletterden of anders-taligen: een lachend gezicht en een van pijn vertrokken

gezicht. Deze gezichtjes zijn afkomstig van de gezichtjes-schaal^[6]. De instructie die u de barende vrouw geeft is: 'Hoeveel pijn heeft u nu, op dit moment? U kunt dit aangeven door het schuifje te zetten op dat punt van de lijn. Zet u het schuifje helemaal links dan heeft u geen pijn, zet u het schuifje helemaal rechts dan heeft u ondraaglijke pijn.'

Op de andere kant van de pijnlineaal staat een lijn van tien centimeter met een centimeterverdeling. De verloskundige kan op deze lijn zien wat de pijnscore van de vrouw is en deze in het partusverslag noteren.

Individueel afkappunt

De pijnlineaal moet niet gezien worden als een instrument dat bepaalt wanneer en welke behandeling de vrouw krijgt. Juist omdat baringspijn zo individueel beleefd wordt en de beleving tijdens het proces kan veranderen, is overleggen steeds het devies. Ook bij een vrouw met een pijnscore van 3. Een relatief lage pijnscore betekent niet automatisch dat de vrouw geen pijn heeft of geen behoefte heeft aan interventies. Ook met deze vrouw bespreekt u hoe zij de pijn ervaart en of zij behoefte aan interventies heeft. Natuurlijk betreft u de fase van de baring, de intensiteit van de weeën en uw inschatting van hoe lang het nog gaat duren bij het overleg met de cliënt en haar partner.

Vaak wordt behandeling die de VAS-score onder de 4 brengt als een succesvolle pijnbehandeling beschouwd^[8] en komt iemand in aanmerking voor een pijnbehandeling als de pijnscore hoger is dan 4. Dit criterium staat ter discussie^[8]. Ervan uitgaande dat alleen de vrouw zelf aan kan geven wat een 'succesvolle' behandeling is of wat voor haar een acceptabel pijnniveau is, voldoet dit algemene criterium niet. Sommige auteurs bevelen daarom aan om voor het starten of voor de evaluatie van een pijnbehandeling een uitkomstmaat te gebruiken die weergeeft wat de patiënt een acceptabel pijnniveau vindt^[8]. Om goed aan te kunnen sluiten bij de individuele verschillen in het beloop en de beleving van baringspijn is het raadzaam het beleid af te stemmen op de individuele vrouw.

Sneller verwijzen?

Sommige verloskundigen denken dat, door naar pijn te vragen, vrouwen meer gaan letten op de pijn en daardoor meer pijn zullen ervaren. Mogelijk willen ze dan ook sneller dat er iets aan de pijn gedaan wordt of willen ze sneller verwezen worden voor pijnstilling. Hodnett concludeert dat door de communicatie met de zorgverlener over de pijn de tevredenheid over de baring en de verloskundige zorgverlener toeneemt^[7]. Verloskundigen die al langer vragen naar pijn, zeggen dat dit niet leidt tot meer verwijzingen (persoonlijke communicatie). Hun ervaring is dat het vrouwen rust geeft, wanneer zij weten

dat er ingegrepen wordt en zij pijnmedicatie kunnen krijgen als zij dat willen. Een vergelijkend onderzoek tussen Belgische en Nederlandse vrouwen bevestigt dit^[9]. Nederlandse vrouwen gebruiken het minste analgesie wanneer zij accepteren dat pijn bij de bevalling hoort en zij weten dat zij pijnmedicatie kunnen krijgen^[9]. ■

Kernaanbevelingen in KNOV-standpunt

In het KNOV-standpunt gaan drie van de vijf kernaanbevelingen over het informeren naar pijn en het meten van pijn tijdens de baring^[4].

Kernaanbeveling 3

Informeert tijdens de bevalling bij de barende vrouw in hoeverre zij om kan gaan met de pijn en of zij behoefte heeft aan een comfortverhogende of medicamenteuze pijnbehandeling. Noteer dit in het partusverslag.

Kernaanbeveling 4

Meet regelmatig de pijnintensiteit tijdens de bevalling met de VAS-pijnscore (lijn of lineaal) om zo het verloop van de pijn inzichtelijk te maken voor zowel de cliënt als de verloskundige. Noteer dit in het partusverslag.

Kernaanbeveling 5

Bepaal aan de hand van bovenstaande welke interventie of welke begeleiding het meest gewenst of gepast is. Evalueer samen met de cliënt het effect van de begeleiding of de interventie(s).

Referenties

1. Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, 2009.
2. Sheiner EK, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Mazor M, Katz M. Ethnic differences influence caregivers estimates of pain during labour. *Pain* 1999;81:299-305.
3. Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *J Adv Nurs* 2001;35(2):171-9.
4. Josien de Boer, Alieke de Roon-Immerzeel. KNOV-standpunt Voorlichting over pijn en pijnbehandelingen tijdens de baring. Utrecht, KNOV, 2013.
5. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):S16-S24.
6. van Cranenburgh B. Pijn. Vanuit een neurowetenschappelijk perspectief. Amsterdam: Reed Business, 2009.
7. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):S160-S172.
8. Moore RA, Straube S, Aldington D. Pain measures and cut-offs – no worse than mild pain as a simple, Universal outcome. *Anaesthesia* 2013;68:400-412.
9. Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2010;10:268.