

24 uurszorgenkind: epiduraal

T. de Neef en A. Franx, met medewerking van
D. van Dijk en A. Schyns-van den Berg

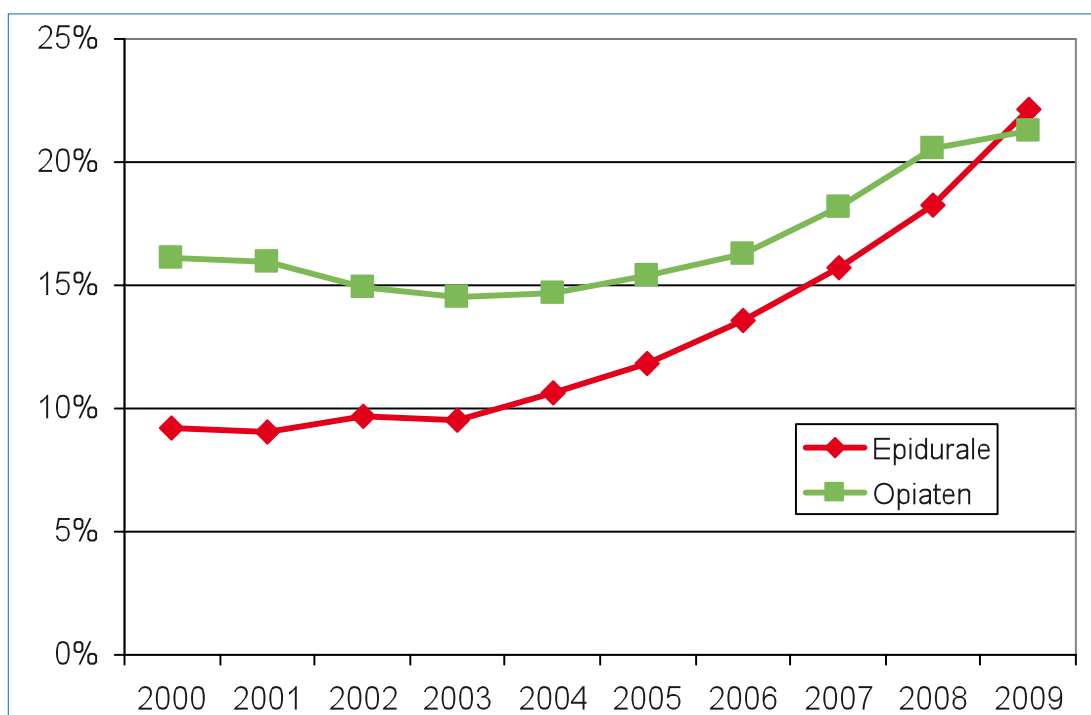
INLEIDING

Inzicht in de kwaliteit van zorg is in het belang van patiënten/cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de overheid. In 2007 hebben acht partijen - de Consumentenbond, IGZ, NFU, NPCF, NVZ, Orde van Medisch Specialisten, V&VN, en Zorgverzekeraars Nederland - zich verenigd in het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, afgekort als ZiZo. ZiZo werkt aan het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van instrumenten om kwaliteitsinformatie beschikbaar te krijgen. Voor de verloskunde heeft ZiZo in 2009 een set van indicatoren voor medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling ontwikkeld. De resultaten van de eerste uitvraag van deze indicatoren worden binnenkort verwacht. Det van Dijk heeft ons ertoe aangezet alvast te kijken naar deze indicator met behulp van LVRinsight.

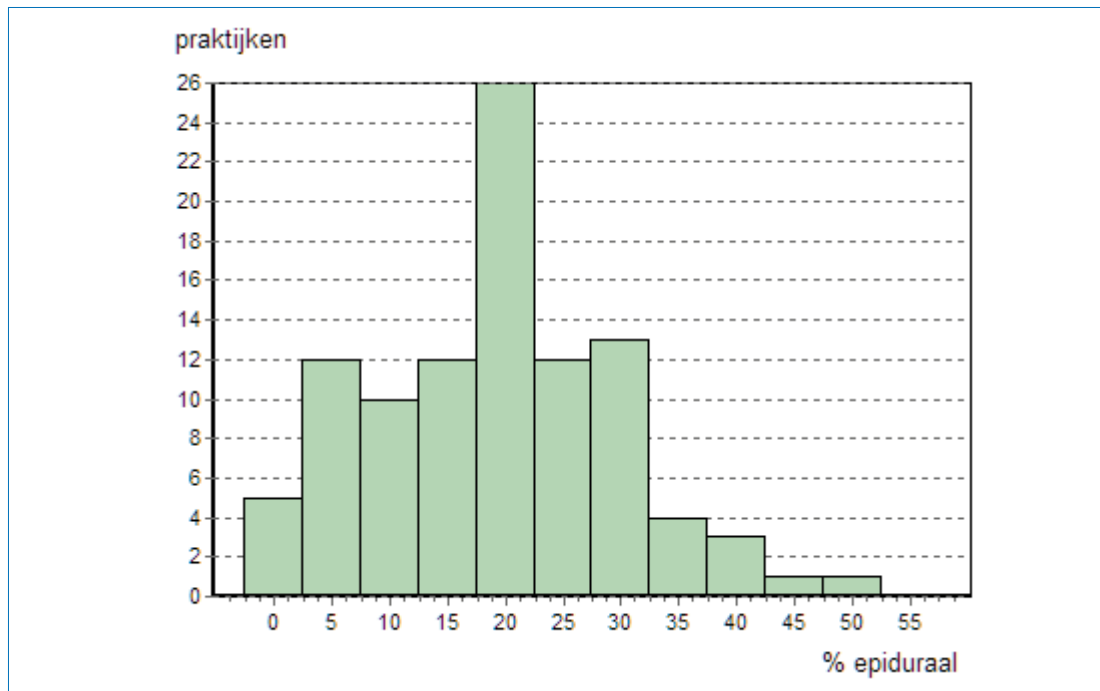
DE ZIZO-INDICATOR

Eén van de maatstaven voor kwaliteit van zorg is de afwezigheid van verschillen tussen beschikbaarheid en uitvoering van een behandeling van een acuut probleem overdag en 's nachts. ZiZo verlangt - in navolging van de interne kwaliteitsindicatoren van de NVOG - van alle praktijken informatie over de toepassing van medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling.²

Met name het dag/nachtverschil in percentages 'epiduraal reeds bij ontsluiting' kan een aanwijzing geven over de kwaliteit van zorg in relatie tot de tijd binnen het etmaal. Maar in de LVR2 wordt niet geregistreerd wanneer een epiduraal wordt geprikt. We hebben slechts de beschikking over het uur van de geboorte zelf. De percentages worden daarom gemeten over een 'verschoven' dag; het etmaal is ingedeeld in de perioden 11:00 - 23:00 en 23:00 - 11:00 (de epiduraaldag en -nacht). Het idee hierachter is



Figuur 1. Toepassing van epiduraal en opiaten in de referentiegroep.



Figuur 2. Verdeling van praktijken naar hun toepassing van epidurale analgesie in 2008/09.

dat bij het merendeel van de partus die in de epiduraal-dag eindigen, de moeder een epiduraal kreeg tijdens kantooruren. De meting wordt beperkt tot patiënten die geen primaire sectio kregen en die tijdens de ontsluiting of reeds daarvoor in de tweede lijn werden begeleid (de zogenaamde referentiegroep).

TRENDS

Medicamenteuze pijnbestrijding tijdens de bevalling wordt de laatste jaren steeds vaker toegepast. In de beschouwde groep - patiënten die niet bevielen door middel van een primaire sectio en begeleid werden in de tweede lijn al vóór of tijdens de ontsluitingsfase - beviel tien jaar geleden twee derde zonder medicamenteuze pijnstilling. Tegenwoordig is dat nog maar de helft. Vanwege de wens om pijnstilling is de tweedelijns populatie ook veranderd. In 2009 zijn opiaten (vooral remifentanyl, Ultiva™) en epidurale analgesie ongeveer even vaak toegepast. Samen zijn ze goed voor 90% van alle medicamenteuze pijnbestrijding. Vooral de toename gedurende de laatste vijf jaar is opmerkelijk, zie figuur 1.

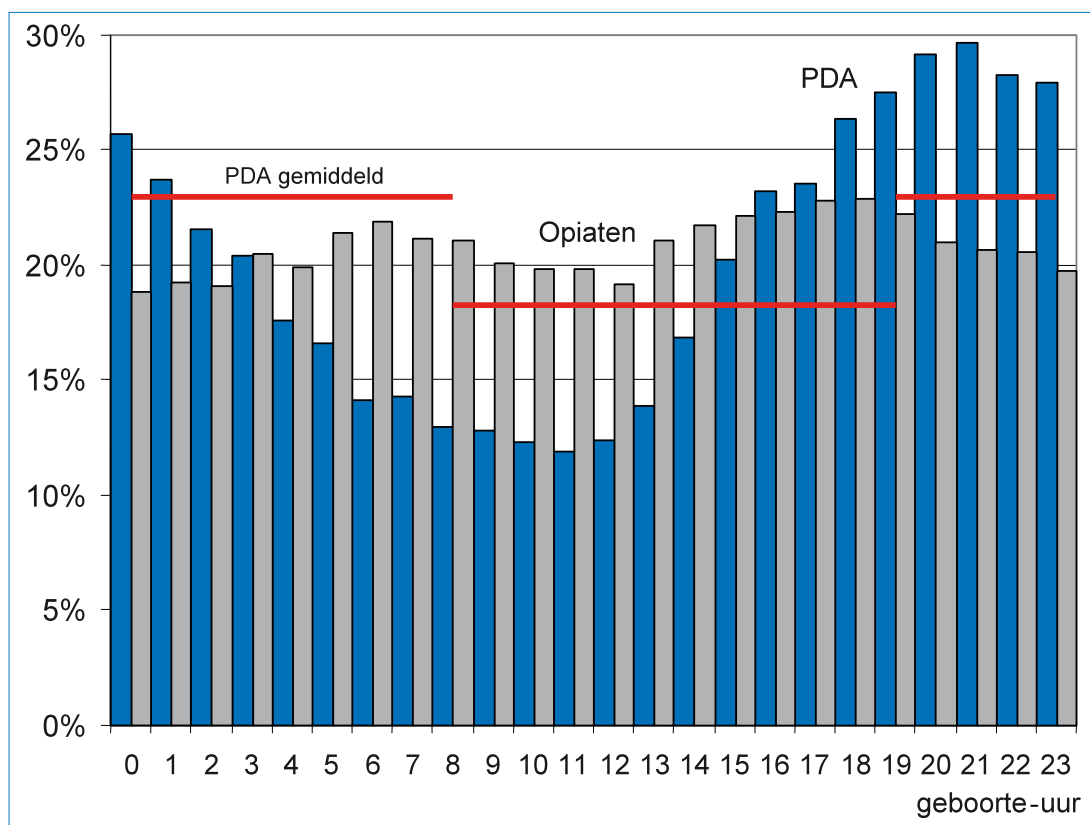
Er bestaan landelijk grote verschillen in de toepassing van medicamenteuze pijnbestrijding. Per praktijk kan dat variëren van circa 35% tot 60%. De spreiding in het gebruik van epidurale analgesie is nog veel groter, zie de verdeling van praktijken in figuur 2. In 2008 en 2009 speelde in zeker tien praktijken epidurale analgesie geen noemenswaardige rol. Er waren ook tien praktijken waar bij meer dan een derde van de patiënten epiduraal werd geprikt.

EPIDURAAL

Figuur 3 toont - voor de jaren 2008-2009 - de percentages epiduraal en opiaten bij bevallingen in de referentiegroep, als functie van het uur van de geboorte.

Het is evident dat er bij epidurale analgesie een sterke afhankelijkheid is van het uur van de dag, terwijl die bij de opiaten vrijwel ontbreekt. Hetzelfde geprononceerde patroon treedt op als we de referentiegroep verder beperken tot spontaan begonnen bevallingen; alleen de posities van minimum en maximum zijn dan iets verschoven.

De oorspronkelijke indicator 3b van ZiZo, het percentage epidurale analgesie tijdens de ontsluitingsfase voor bevallingen tussen 20:00 en 8:00 uur, is 23% (aangegeven met de rode lijn). Dit is hoger dan het gemiddelde tussen 8:00 en 20:00 uur (18%). Maar ook de 'verschoven dag', zoals gehanteerd in VOKS, verbergt de werkelijkheid. Van patiënten die om 23:00 uur bevallen heeft maar liefst 28% een epiduraal; voor patiënten die om 11:00 uur bevallen is dat slechts 12% (figuur 3). Het gemiddelde percentage epiduraal tussen 23:00 en 11:00, de 'verschoven epiduraalnacht' uit VOKS, is 18%, maar geeft geen enkel idee van de grote variatie gedurende deze periode. Op grond van deze indicatoren krijgt men de indruk dat de zorg (op het punt van pijnbestrijding) gedurende het etmaal bijna uniform zou zijn. Het lijkt ons echter dat de gezochte maat voor de kwaliteit van 24 uurszorg in de grafiek is af te lezen als het quotiënt van minimum en maximum. Ofwel een verhouding van 1:2; een sterke indicatie dat er in de nacht anders wordt gehandeld dan overdag.



Figuur 3. Pijnbestrijding naar het uur van geboorte (2008-2009). (PDA= peridurale analgesie = epidurale analgesie)

Wij vroegen commentaar aan Xandra Schyns: De hamvraag is natuurlijk wat de oorzaken zijn van dit gesignaleerde verschil tussen dag en nacht in percentages epidurale analgesie. Allereerst vallen de forse verschillen op tussen klinieken onderling wat betreft het percentage partus onder epiduraal. Er zijn geen gegevens bekend per kliniek die deze percentages verbinden aan het aantal ingeleide partus, de samenstelling van de patiëntenpopulaties (de zogenaamde 'casemix') en de gegevens over patiënttevredenheid post partum (een belangrijke stimulans voor optimale pijnbestrijding tijdens de bevalling!). Daardoor zijn deze verschillen vooralsnog moeilijk interpreteerbaar en zelfs onbruikbaar als vergelijkende kwaliteitsindicator. Vervolgens blijkt het lastig om een indruk te krijgen van de kwaliteit van pijnbestrijding gedurende de nachtelijke uren. In de LVR2 is immers niet het tijdstip vastgelegd waarop de epiduraal geprikt werd;

slechts het tijdstip van geboorte is bekend. Na het verschijnen van de CBO-richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling zou overal sprake moeten zijn van 24 uursbeschikbaarheid van epidurale pijnstilling.³ Maar in de praktijk bestaan er natuurlijk grote logistieke verschillen tussen de ziekenhuizen. Dit wordt goed geïllustreerd in tabel 1 (gemaakt met gegevens uit de LVR2, met behulp van LVRinsight). Deze beschrijft het minimum en maximum in de percentages epiduraal zoals die te zien zijn in figuur 3, maar dan voor verschillende soorten ziekenhuizen. Klinieken met een NICU representeren de academische situatie (waar altijd 24 uursaanwezigheid is van anesthesiologen in opleiding). Verder onderscheiden we opleidingsklinieken en de overige (perifere) praktijken. Overigens zullen de patiëntenpopulaties niet geheel vergelijkbaar zijn.

Overdag (rond het maximum) is er nauwelijks ver-

Type kliniek	Aantal klinieken	Minimum % epiduraal	Maximum % epiduraal	Verhouding max/min
Alle samen (figuur 3)	99	12	29	2,4
NICU aanwezig	10	21	31	1,5
Opleiding, zonder NICU	34	13	31	2,4
Geen opleiding, geen NICU	55	8	26	3,2

Tabel 1. Dag/nachtverschillen in epidurale analgesie naar praktijktype (2008-2009).

schil in het gebruik van epidurale analgesie, maar 's nachts blijkt de toepassing ervan sterk afhankelijk van het type kliniek. Bekend is dat men in sommige perifere ziekenhuizen ernaar streeft om in de loop van de avond alle potentiële epiduralen alvast te prikken, terwijl men in andere klinieken juist kiest voor het gebruik van remifentanil. Ook in ziekenhuizen met een 24-uursbeschikbaarheid van epidurale analgesie zal men tijdens spoedingrepen niet altijd onmiddellijk in staat zijn deze behandeling te geven.

De komst van PCA (*patient controlled analgesia*) - remifentanil - leek veelbelovend, maar of dit een waardige vervanging is voor epidurale analgesie is twijfelachtig. Het geeft namelijk slechts in de eerste uren een matige pijnreductie en kan gepaard gaan met sedatie, jeuk en misselijkheid. Ademdepressie vormt een potentieel risico. Daarnaast komt een substantiële hoeveelheid van het medicijn in de bloedbaan van de baby terecht. Door een snelle hydrolyse in inactieve metabolieten en eliminatie lijkt de baby er weliswaar weinig effecten van te onderkennen, maar uitvoerig onderzoek hiernaar heeft nog te weinig plaatsgevonden. Voorzichtigheid lijkt dus op zijn plaats. Bij contra-indicaties voor epiduraal, zoals stollingsstoornissen en wervelkolomafwijkingen, biedt remifentanil mogelijk een tijdelijk werkend alternatief. Omdat remifentanil vooral de eerste paar uur pijnstillende effecten vertoont, zal het met name bruikbaar kunnen zijn bij de al vorderende barende patiënte die nog net even ondersteuning behoeft tijdens de laatste fase van de partus.

Conclusie

De LVR2 is een unieke database waar anesthesiologen jaloers op kunnen zijn. Hier ligt een potentiële bron van informatie die anesthesiologische bemoeienis tijdens de bevalling inzichtelijk kan maken. Er volgen binnenkort toevoegingen en aanpassingen in de LVR2 die hopelijk de anesthesiologische bijdrage aan goede obstetrische zorg beter zullen vastleggen. Of deze wijzigingen de juiste informatie kunnen leveren bij het meten van indicatoren, zal moeten blijken. Gezien het voorgaande moge in ieder geval duidelijk zijn dat er nog te veel onvolkomenheden kleven aan de huidige set indicatoren. We moeten zoeken naar hernieuwde meetmethodes en formuleringen, die een beter waardeoordeel kunnen geven over de kwaliteit van zorg rondom de bevalling.

Literatuur

1. <http://www.zichtbarezorg.nl>
2. *Er is enige verwarring geweest omtrent de definities van de gehanteerde indicatoren. ZiZo beschrijft op haar website de indicatoren als:*
 (3a) *Het percentage patiënten dat in het verslagjaar bevallen is met epidurale analgesie (PDA) of gecombineerde spinale-epidurale (CSE) al tijdens de ontsluitingsfase, op het totaal aantal bevallingen in het verslagjaar, exclusief de patiënten die bevielen door middel van een primaire sectio caesarea.*
 (3b) *Het percentage patiënten met PDA of CSE dat 's nachts (20-8 uur) is bevallen op het totaal aantal patiënten met PDA of CSE al tijdens de ontsluiting.*
 (3c) *Het percentage patiënten dat enige vorm van pijnstilling (anders dan PDA of CSE) heeft gehad op het totaal aantal bevallingen, exclusief primaire sectio caesarea.*
Maar de instructie is vervolgens om de gegevens over te nemen van de VOKS2i rapportage. Bij VOKS worden niet alleen primaire sectio's geëxcludeerd maar ook patiënten die pas bij uitdrijving of daarna werden overgedragen uit de 1e lijn. VOKS telt (bij 3b) bevallingen in de periode 23-11 uur. Bij 3c hanteert VOKS een totaal andere noemer.
Over deze verschillen is gecorrespondeerd tussen ZiZo, PRN en de 2e-lijns praktijken. De definitieve instructie is om de gegevens (en derhalve de definities) van VOKS te hanteren. Teneinde uniformiteit te waarborgen heeft Stichting PRN deze gegevens nogmaals expliciet aan de praktijken doen toekomen.
3. <http://www.cbo.nl>

Auteurs

T. de Neef, fysicus, onafhankelijk auteur van VOKS2i en LVRinsight
A. Franx, voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
D. van Dijk, klinisch verloskundige, Leids Universitair Medisch Centrum
A. Schyns-van den Berg, voorzitter sectie Obstetrische Anesthesie van de NVA en anesthesiologe, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht

Correspondentieadres

E-mail: tdeneef@qolor.nl

Reactie op LVR2

L. van der Leeuw-Harmsen en A. Franx

De rubriek 'Wat ons opvalt in de LVR2' mag zich verheugen in ruime belangstelling. De rubriek heeft als doel de lezer kennis te laten maken met de mogelijkheden van LVRinsight. Aanvankelijk bedachten de makers van LVRinsight (T. de Neef en A. Franx, namens de Stichting Perinatale Registratie Nederland [PRN]) het onderwerp voor de rubriek maar inmiddels worden vooral vragen geanalyseerd die lezers van het NTOG aandragen. LVRinsight is dan ook bedoeld om de LVR2 bruikbaar te maken voor het beantwoorden van alledaagse vragen uit de praktijk. Het artikel 'Epidurale analgesie en vaginale kunstverlossing' is daarvan een recent voorbeeld. Dat aanvullingen en kritische kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij LVRinsight, bewijst de reactie van Leushuis, Ravelli en Van der Post (*NTOG, juni 2010, 183*). Zij vestigen de aandacht op het onderzoek van Leushuis et al. waarbij gesteld wordt dat een multi-variabele analyse inzicht kan geven in de factoren die bijdragen aan de te onderzoeken uitkomst. Een geheel andere benadering van de onderzoeksvraag in een andere populatie, dat zijn weg heeft gevonden in de internationale literatuur en waarop ongetwijfeld vervolgonderzoek gepubliceerd zal worden. De prognostische modellen met betrekking tot de niet-vorderende uitdrijving worden dan ook met veel belangstelling tegemoet gezien.

Uiteraard is er verschil tussen gebruik van LVRinsight en wetenschappelijk onderzoek. LVRinsight is een hulpmiddel om tot hypothesen te komen. Het is snel en flexibel en geeft door zijn presentatie direct inzicht. Met LVRinsight gevormde hypothesen moeten vervolgens door wetenschappelijk onderzoek nader getoetst worden. LVRinsight biedt geen mogelijkheid voor verfijnde wetenschappelijke analyses, maar geeft wel richting aan het denken bij wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen of beleidsbeslissingen. Bij wetenschappelijke analyses wordt dieper op de materie ingegaan: met meer - en meer specifieke en gevalideerde - definities en selecties, wordt rechtstreeks op de dataset gewerkt. De eerste resultaten vergen vervolgens over het algemeen een nadere check en een andere of nadere detaillering, hetgeen met LVRinsight niet mogelijk is. Oftewel: LVRinsight

is er voor snel inzicht op basis van cumulatieve gegevens, en wetenschappelijk onderzoek is er voor toetsing van hypothesen op de dataset.

Een goede afstemming van onderzoeksvragen voor gedegen wetenschappelijk onderzoek is van belang voor het efficiënt inzetten van mens- en denkkraft. De Stichting PRN beheert namens alle zorgverleners die verloskundige data aanleveren en ter beschikking stellen voor onderzoek de Perinatale Databank. Veel gerenommeerde onderzoekers maken daarvan gebruik als externe bewerker (waartoe Leushuis c.s. behoren). Het afstemmen van dit soort uitgebreid onderzoek door gerenommeerde onderzoeksinstellingen vereist veel creativiteit en overleg. Ongetwijfeld zal het op te richten College Perinatale Zorg veel kunnen bijdragen aan het onderling afstemmen van dit type onderzoek.

Naast het faciliteren van de externe bewerkers zorgt de Stichting PRN ook voor het ontsluiten van de databank voor de zorgverleners door zelf bewerkingen uit te voeren (Jaarboeken, LVRinsight, et cetera) en door onderzoeksvragen van zorgverleners te beantwoorden met ondersteuning van gekwalificeerde medewerkers van het bureau PRN. Gezien het fors toenemend aantal gevarenaanvragen afkomstig van zowel jonge studenten als gerenommeerde onderzoekers, is daar veel behoefte aan. LVRinsight zal een deel van deze onderzoeksvragen gaan vervangen en zo ook kunnen bijdragen aan de kweekvijver van nieuwe, creatieve onderzoekers.

Auteur

L. van der Leeuw-Harmsen, voorzitter Stichting PRN

Prof. dr. A. Franx, bestuurslid PRN, redactie LVRinsight

Correspondentieadres

Prof. dr. A. Franx

E-mail: a.franx@elisabeth.nl